GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef

A BROCA, Secrétaire de la Rédaction

DEUXIÈME SÉRIE — TOME XXXI — 1894

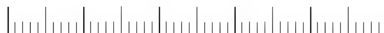


PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120



GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGI

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RE

BULLETIN

Paris, le 4 janvier 1894.

La déclaration médicale obligatoire.

Drs 1, 2, 3, 4, 5, 6.....!

On lira plus loin (page 10) le texte de l'arrêté ministériel du 23 novembre et celui de la circulaire administrative du 1er décembre, tardivement publiés à l'*Officiel* du 30 décembre 1893, qui prescrivent et règlent la déclaration médicale obligatoire des cas de maladies épidémiques, prévue par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Trop de fois déjà cette mesure a été discutée pour que nous ayons à en rappeler le principe et le but; le débat est d'ailleurs devenu sans objet; la loi a parlé, mais il reste permis de rechercher si les détails d'application, tels que les documents officiels précités les ont établis, répondent aux nécessités pratiques d'une mesure singulièrement délicate à l'heure actuelle.

La liste des maladies dont la déclaration est désormais obligatoire pour le médecin est conforme, sauf sur un point, à celle que l'Académie avait dressée dans la séance du 17 octobre dernier; comme celle-ci, la liste définitive élimine trois maladies (érysipèle, rougeole, coqueluche), pour lesquelles le Comité consultatif d'hygiène publique de France demandait également la déclaration. C'est là un point secondaire dans l'espèce, puisque la liste reste ouverte et que le corps médical se déterminera bien plutôt par les mesures prophylactiques mises à sa disposition que par une nomenclature plus ou moins étroite.

D'autre part, l'Académie, par un vote un peu hâtif, avait paru abandonner les restrictions demandées pour les infections puerpérales par sa Commission aussi bien que par le Comité; le ministre a pensé qu'en pareil cas, la déclaration ne devrait pas être exigée « lorsque le secret au sujet de la grossesse aura été réclamé ». Ce point d soulève une foule de questions parmi lesquelles ce savoir dans quelle mesure l'article 378 du Code pén ou non abrogé pour les maladies susvisées par la l 30 novembre 1892 ; nous laisserons pour le moment question de côté, tout en nous permettant de pense le ministre a sagement agi en spécifiant cette restr dans son arrêté.

En fait, d'après la loi elle-même, la déclaration être faite à l'autorité publique; elle doit suivre l gnostic dès que celui-ci est établi; la maladie doit été observée par le praticien qui fait la déclaratio conditions sont précises et limitaient forcémen moyens d'en assurer la mise à exécution.

L'autorité publique est, en France, au point de v la salubrité, essentiellement représentée sur chaque du territoire par le maire, puis par le préfet, aux term articles 97 et 99 de la loi municipale. L'administra pensé qu'il fallait que le maire de la commune ha par le malade et le sous-préfet de l'arrondissement l'arrondissement chef-lieu, le préfet; à Paris, le p de police) fussent à la fois prévenus. « Les prat mentionnés dans l'article 15 de la loi du 30 nove 1892 devront faire la déclaration à l'un ou à l'autre tôt le diagnostic établi », dit l'article 2 de l'arrêté m tériel. Ce sera assurément beaucoup plus commode les administrations préfectorales ; mais ce sera aus complication qu'on aurait bien pu éviter au corps cal et dont on ne verra que trop tôt peut-être les i vénients.

Qu'on nous permette, en effet, de faire observe la prophylaxie doit suivre promptement la déclar A ce prix seulement, celle-ci sera acceptée par le ticiens. Si elle ne devait avoir qu'un intérêt statis quelque grand qu'il soit, cette considération ne le cherait que faiblement pour la plupart ; elle ne les gerait pas à elle seule, en tout cas, à mettre un grande diligence dans l'exécution de l'article 15 loi du 30 novembre 1892 et, par suite, cet articl drait en très grande partie sa raison d'être. Il in donc que la déclaration médicale ne vienne pas ment augmenter le nombre des imprimés qui encom déjà les bureaux de nos administrations publiqu qu'elle ait immédiatement des conséquences prat Or, ces conséquences ne peuvent être que l'appli des mesures prophylactiques dont les Instru

rédigées pour les maladies transmissibles par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, par les Conseils et les Commissions d'hygiène, par les Bureaux d'hygiène et les administrations ou autorités sanitaires, ont fait depuis longtemps l'énumération détaillée. Aussi ne saurait-on s'étonner de voir que, dans la plupart des villes où fonctionnent des services spécialement affectés à la prophylaxie, le corps médical, soit par lui-même, soit à son instigation par les familles ou les ayants droit des malades, se plaise à favoriser peu à peu le fonctionnement de ces services, et, par suite, les moyens d'information des affections transmissibles.

Il convient de ne pas se dissimuler que la crainte d'une ingérence abusive de l'administration, soit dans le traitement du malade, son maintien ou son éloignement du domicile, soit dans la manière de vivre de l'entourage, soit à l'égard des dispositions des locaux habités par le malade, pourrait être une cause de difficultés très grandes dans l'application de l'article 15. On va même, de divers côtés, jusqu'à prétendre que l'obéissance à la loi ne pourra être régulièrement obtenue que lorsque la législation sanitaire en projet sera devenue définitive. Une telle opinion ne tendrait à rien moins qu'à reculer pour de longues années l'acceptation par le corps médical de la déclaration ; car cette législation sanitaire, quelles que soient les améliorations qu'elle pourra présenter, exigera des modifications telles dans nos mœurs et nécessitera des sacrifices budgétaires si considérables que, longtemps encore après sa promulgation, les progrès de l'hygiène publique en France seront dus surtout à la pression de l'opinion publique, encouragée par les succès obtenus dès maintenant en maints endroits.

L'isolement des malades infectieux, leur transport dans des services hospitaliers lorsqu'il doit se faire, la pratique de la désinfection, l'assainissement des habitations, la vaccination et la revaccination, etc., s'ils ne sont pas suffisamment favorisés par la législation en vigueur, ne sont pas cependant rendus impossibles par celle-ci dans la très grande majorité des cas, et chacun sait aujourd'hui combien ils se vulgarisent, combien les mesures prophylactiques sont recherchées, et combien elles ont une action durable, pour peu que l'on s'efforce d'en rendre l'application facile, efficace, discrète, sans ennuis ni dommages pour les malades, pour leurs concitoyens et aussi pour leurs médecins.

Partout où les municipalités ont créé des services sanitaires compétents et, si possible, autonomes, la faveur publique n'a pas tardé à leur être acquise. Il est donc indispensable que partout où de tels services existent, ce soit eux qui reçoivent directement et sans retard les déclarations médicales. C'est pourquoi il n'aurait pas dû suffire de spécifier que la déclaration sera faite à l'autorité publique ; mais il était indispensable de dire nettement qu'en pareil cas, la déclaration serait faite, sous le couvert de l'autorité publique, à celui de ses services qui est à même de faire suivre le plus rapidement cette déclaration des mesures prophylactiques indispensables.

L'on pourrait citer de nombreux exemples des graves inconvénients que présente toute autre manière d'opérer. La déclaration parvient-elle dans un bureau administratif, si c'est un jour de congé, elle est exposée à y demeurer plus ou moins longtemps, ou bien les formalités à remplir pour la transcrire et en faire l'expédition prennent un temps considérable. Les retards sont encore bien plus grands si elle doit passer par plusieurs bureaux d'une ou de plusieurs administrations. On a cité telle ville dans laquelle des déclarations pouvaient, par suite, mettre jusqu'à quatre jours, à certaines époques de l'année, pour être suivies d'effet : on a rappelé aussi certains faits d'après lesquels, dans telle ou telle ville, la prophylaxie était constamment en retard de plusieurs jours sur la demande qui était adressée pour obtenir l'envoi des agents chargés de l'assurer. Les formalités administratives, quelque compliquées qu'elles paraissent, ont assurément presque toujours leur utilité au point de vue de la surveillance et du contrôle ; mais en matière sanitaire, ce qu'il importe, c'est d'assurer au plus vite la prophylaxie chez le malade et dans son habitation ; le contrôle administratif s'exercera ensuite. Agir autrement, ce serait s'exposer à voir se prolonger les manifestations épidémiques et accroître d'une façon vraiment coupable le nombre des victimes inutiles des maladies évitables !

Aussi pourra-t-on regretter que le mode qui vient d'être prescrit pour la déclaration ne tienne pas suffisamment compte de ces considérations pratiques ; il faudra, bientôt sans doute, y revenir, lorsque la loi sur la protection de la santé publique, actuellement soumise aux délibérations du Sénat, sera discutée.

Ce projet de loi n'exonère pas de la déclaration les chefs de famille ou les ayants-droit des malades, tandis que la loi sur l'exercice de la médecine ne pouvait qu'en charger les praticiens. Le mode de déclaration pourrait donc être soumis à une revision plus ou moins prochaine, et l'essai actuellement tenté donnera précisément des indications précieuses à ce sujet.

Comme il fallait s'y attendre, la déclaration médicale devra se faire à l'aide de cartes, du format des cartes postales, circulant en franchise et fournies gratuitement aux praticiens par l'autorité. Celle-ci prescrivant un envoi simultané, dans chaque cas, au maire et à l'administration préfectorale, on ne pouvait faire choix que de cartes ouvertes, d'où l'idée de remplacer les indications sollicitées par des signes de convention ou des numéros. Si la déclaration était faite par le médecin au maire seul et si celui-ci était ensuite tenu d'en informer immédiatement l'administration préfectorale, l'emploi d'une carte fermée deviendrait assurément plus aisé et plus avantageux à tous égards.

Mais laissons de côté ces détails dont toutes les administrations sanitaires ont depuis longtemps prévu les avantages ou les inconvénients, suivant les convenances locales qu'il importe de ne jamais négliger systématiquement. Lorsqu'on étudie le mode de déclaration qui devient désormais uniforme sur l'ensemble du territoire français, ce qui surprend tout d'abord, c'est l'apposition qu'il prévoit de plusieurs numéros sur chaque carte : pour la date, l'indication de l'habitation, la nature de la maladie et le nom du praticien. On conviendra aisément que les deux premiers sont indispensables ; mais pour les deux autres, l'on peut se demander s'ils ne répondent pas plutôt à un système ou à un état d'esprit particulier.

L'administration, suivant en cela des avis émis de divers côtés, juge en effet indispensable de ne désigner que par des numéros les maladies déclarées sur les cartes ouvertes qui devront être envoyées à ses représentants,

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos d'un cas de maladie de Morvan (1), par MM. Leclerc, médecin des hôpitaux de Lyon, et P. Chapuis, interne des hôpitaux de Lyon.

(*Fin.*)

Nous devons maintenant décrire les lésions ou les déformations définitives qui intéressent les membres supérieurs.

Commençons par le *droit* :

La *main* (1), vue par sa face palmaire, est plate, les reliefs thénar et hypothénar ont disparu, la région hypothénar se présente même en dépression. Cet aplatissement donne un aspect de *main de singe* très frappant.

Le *pouce* se présente renflé en baguette de tambour, et coiffé de son ongle en coquille de noisette. Même aspect des ongles qui terminent les moignons des deux derniers doigts raccourcis, en extension constante sur la main.

Le *médius* est dévié latéralement du côté de l'abduction, et se tient demi-fléchi par toutes ses phalanges. Seul des cinq doigts, l'index fait une figure à peu près normale, toutefois très légèrement fléchi dans la main.

La moitié inférieure de l'*avant-bras* est grêle, avec des bords parallèles au lieu d'être divergents de bas en haut et contraste par sa minceur avec la moitié supérieure de l'avant-bras et avec le bras, dont les proportions et l'aspect sont normaux.

La *main gauche* (2) présente, du côté palmaire, le même aspect de main de singe que la droite. Le *pouce* s'allonge tout rectiligne le long du second métacarpien et de l'index, et les *quatre autres doigts* présentent la forme en griffe de la paralysie des interosseux.



Fig. 4

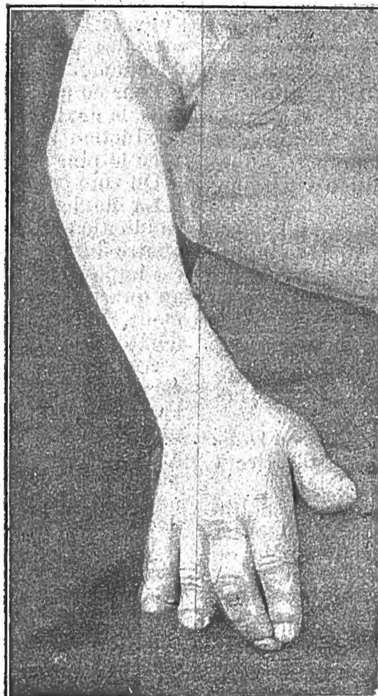


Fig. 5



Fig. 6

Cette main est très fortement déviée du côté cubital. C'est qu'il s'est produit, au déclin du phlegmon antibrachial dont nous avons parlé plus haut, une véritable subluxation de la main sur l'avant-bras. La déformation s'est faite un beau jour, presque d'un seul coup, sans mouvement de la part du malade qui a seulement perçu, sans souffrir, un gros craquement dans le poignet et constaté peu après la déviation en question. La subluxation du carpe gauche a dû se produire par suite d'un travail progressif d'hyperostose du côté des extrémités correspondantes des os de l'avant-bras, hypertrophie qui est particulièrement remarquable pour le radius. Son apophyse styloïde est abaissée beaucoup au-dessous de l'apophyse styloïde du cubitus.

Les troubles nutritifs se sont fait sentir en même temps sur les os du carpe et sur les épiphyses inférieures de l'avant-bras, et les ont soudés ensemble, de façon à produire une ankylose *totale* du poignet gauche.

La moitié inférieure de l'avant-bras et tout le reste du membre supérieur gauche ont un aspect identique au côté droit.

Après ces renseignements fournis par la seule inspection, l'examen de la *sensibilité*, ou, pour mieux dire, *des diverses sensibilités*, donne lieu aux remarques suivantes :

Du côté droit :

La *sensibilité tactile* est très diminuée. Les barbes d'une plume promenées à la surface de la main et des doigts ne sont perçues que si on établit un fort contact. La forme des objets n'est pas reconnue, pas plus du reste que leur volume : ainsi une pièce de cinq francs, un étui de thermomètre, un livre, un flacon en verre ne donnent pas de sensations tactiles dissemblables, ne sont pas différenciés. Aussi le malade ne peut-il arriver à trouver dans ses poches les objets dont il aurait besoin, tels que pièces de monnaie, allumettes, etc. : il ne les « sent » pas. La *consistance* n'est pas mieux appréciée, la main passe indifféremment, sans accuser une différence de résistance, sur les poils d'une brosse, sur un bloc de coton ou sur le ventre d'une pile de Grenet.

Il n'en est pas de même du *poids* des objets placés dans la main, lequel est nettement apprécié. De plus, le malade, après s'être rendu compte par la vue de la position d'un objet, le saisit sans hésitation, les yeux fermés, de sorte que le *sens musculaire* paraît intact.

La *sensibilité tactile* semble se réveiller un peu pour les objets se déplaçant sur la surface de la peau. C'est ainsi que la pointe d'une épingle traînée sur la paume de la main donne lieu à une sensation que ne produirait pas cette même

(1) Fig. 4 et 5.

(2) Fig. 6.

pointe appuyée beaucoup plus fortement en un point constant de la peau.

Nous avons remarqué, d'une façon très inconstante, mais certaine, du *retard* et de la *persistance* de la sensation, et de plus une *localisation* très défectueuse du point impressionné.

La paume est souvent indiquée quand c'est un doigt qu'on touche, ou bien un doigt est accusé à la place d'un autre, etc.

La *face dorsale* de la main est un peu plus sensible que la face palmaire.

La *sensibilité thermique* est au moins aussi émoussée que la précédente.

L'appréciation de la température est tout à fait grossière, les sensations de chaleur ou de froid ne se développent que longtemps après l'immersion de la main dans un liquide à température quelconque, et se développent très lentement; elles persistent longtemps après l'éloignement de l'objet froid ou chaud employé pour l'expérience.

Ainsi, nous avons fait, à plusieurs reprises, les épreuves suivantes : Les yeux du malade étant bandés, nous faisons avec de l'eau bouillante et de l'eau froide divers mélanges dont la température est chaque fois déterminée par un thermomètre à mercure. Le malade ne fait pas la différence entre 16° et 36° centigr., entre 20° et 40°. Il faut, pour qu'il accuse une différence de température, un écart de 30° (20° et 50°) entre les deux liquides. Du reste, une eau à 55° ne lui paraît pas chaude, il faut l'élever à 62° pour déterminer chez lui une sensation de réelle chaleur ; et encore peut-il supporter une immersion assez longue de sa main dans un milieu à pareille température.

Le *froid* n'est pas mieux perçu que la *chaleur* : un morceau de glace mis dans la main ne développe qu'au bout d'une longue durée une sensation de *fraîcheur*.

Enfin nous dirons, sans insister sur les expériences très banales que nous en avons faites, que la *sensibilité à la douleur* est comme les autres tout à fait compromise, surtout à la face palmaire de la main et des doigts, — et qu'elle présente souvent les mêmes particularités de retard et de persistance.

Ainsi, d'une façon générale, toutes les sensibilités se trouvent très diminuées. Mais tout ce que nous venons d'écrire à ce sujet se rapporte seulement à la main et aux doigts.

Les troubles sont beaucoup moins accusés dans la moitié inférieure de l'avant-bras, et diminuent progressivement à mesure qu'on remonte vers le coude. Au-dessus du coude, — et sur tout le reste du corps, — la sensibilité redevient absolument normale.

Les troubles sensitifs ne sont pas d'intensité symétrique sur les deux membres thoraciques. Les remarques qui précèdent, relatives au *droit*, ne peuvent s'appliquer au gauche qu'avec la réserve expresse que tous ces troubles y sont beaucoup moins accusés.

La *main gauche* va dans les poches à la recherche des objets, les reconnaît, les différencie; elle se retire plus vite sous la piqûre d'une aiguille, sous l'impression d'un liquide trop chaud, etc. Mais, à part l'intensité, toutes les sensibilités sont nettement altérées de ce côté comme de l'autre.

Nous avons signalé déjà, en présentant l'aspect des membres supérieurs, l'*atrophie* de leurs extrémités. Un examen plus approfondi permet de reconnaître que cette atrophie intéresse surtout : à la main, les muscles lombricaux et interosseux (main en griffe), les muscles des éminences thénar et hypothénar (main de singe : le pouce est presque complètement inopposable). A l'avant-bras, ce sont les muscles de la face antérieure, les fléchisseurs, le cubital antérieur, les radiaux, le long supinateur, qui sont atrophiés. Il en résulte que, vue par sa face antérieure, la moitié inférieure de l'avant-bras est grêle, en méplat. Les extenseurs, au contraire, les muscles de la face postérieure ne sont pas ou peu touchés, et, vu par derrière, l'avant-bras conserve son aspect à peu près normal. Les masses musculaires du bras et de l'épaule sont absolument intactes, et contrastent singulièrement avec la gracilité, la maigreur des segments sous-jacents.

Ce qu'un examen attentif permet de reconnaître à l'inspection, les courants faradiques viennent encore le confirmer. Voici ce qu'on obtient :

1° Pour le membre supérieur *droit* : les muscles fléchisseurs de la main et des doigts sont *à peine* sensibles à de fortes excitations faradiques. Le long supinateur, le cubital antérieur, les radiaux, les masses thénar et hypothénar ne le sont *pas du tout*. Parmi les extenseurs des doigts, seuls l'extenseur propre de l'index et les grands extenseurs du pouce se contractent. Le cubital postérieur réagit bien.

2° Pour le membre supérieur *gauche* : même inertie des éminences thénar et hypothénar, des radiaux, du cubital antérieur, etc., et des tendons extenseurs du pouce. Seuls obéissent : tous les extenseurs communs des quatre derniers doigts, et les fléchisseurs du pouce et de l'index.

Cette exposition permet de comprendre à quel degré d'impotence fonctionnelle en sont arrivées les extrémités des membres supérieurs.

Du côté *droit* :

Le pouce a encore quelques légers mouvements volontaires, qui paraissent liés surtout aux extenseurs de l'index et du médius, mais qui ne lui viennent sûrement pas des muscles hypothénars, dont l'atrophie est complète et définitive. Le deuxième et le troisième doigts, — les seuls qui n'ont pas suppuré — sont seuls à pouvoir se fléchir, le second très imparfaitement. En revanche, cet index est le seul qui s'étende bien. L'écartement et le rapprochement des doigts sont des mouvements définitivement perdus, même à l'état d'ébauche.

Pour ce qui est des mouvements de la main sur l'avant-bras, la flexion se fait très faiblement, l'adduction est esquissée, l'abduction nulle; l'extension est le mouvement qui se fait avec le plus de force et de vivacité.

Du côté *gauche* :

La flexion de la main se dessine à peine; l'extension, l'adduction et l'abduction sont complètement abolies. Pour les quatre derniers doigts, le plus léger mouvement d'extension est impossible; l'index arrive à se fléchir à demi, le médius au quart, les deux autres n'esquissent même pas le mouvement. Le pouce a de petits mouvements de flexion, et nul d'extension.

Aux deux membres, la supination et la pronation sont conservées, et tout se montre régulier dans les mouvements de l'avant-bras sur le bras et du bras sur l'épaule. Pour ces derniers, toutefois, il faut faire cette restriction que la main atteint difficilement la nuque, comme si la bascule de l'omoplate avait de la peine à être obtenue. Les nerfs cubitaux ne paraissent pas augmentés de volume, ils ne présentent pas de renflements nodulaires.

Du côté des membres inférieurs, rien, si ce n'est un peu d'exagération du réflexe rotulien. Il n'y a jamais eu de troubles vésico-rectaux ou génitaux. La marche est actuellement parfaite.

Sans avoir jamais ressenti aucun phénomène douloureux du côté de la colonne vertébrale, Phil... a vu naître et se développer progressivement, depuis ces 15 dernières années, une cypho-scoliose cervico-dorsale qui est maintenant des plus accusées. La tête est comme posée directement sur le thorax, sans intermédiaire de cou, et, de plus, inclinée sur l'épaule droite.

En regardant le malade, mis à nu, par derrière, on voit que la déformation intéresse 4 ou 5 vertèbres, les dernières cervicales et les premières dorsales, qui font une saillie convexe postérieure. La scoliose vertébrale est à concavité droite, de telle sorte que l'épaule droite — acromion — est abaissée de 28 mm., et que la distance intercosto-iliaque (ou la hauteur du flanc droit) est diminuée d'autant. Il en résulte, chez ce malade à fort embonpoint, un très gros pli cutané sur le côté droit du thorax, à peu près à mi-chemin de l'aisselle et de la crête iliaque. Rien d'anormal du côté du goût, de l'odorat ou de l'ouïe.

La vue est bonne : une légère diminution de l'acuité, en rapport naturel avec l'âge.

Le champ visuel — vision blanche — est diminué symétriquement à droite et à gauche, surtout du côté externe. L'examen ophthalmoscopique n'a rien appris de particulier.

Aucun trouble intellectuel.

Remarques. — L'observation précédente réunit d'une façon très complète l'ensemble des symptômes décrits par Morvan dans le syndrome morbide qui porte son nom. Le malade dont il s'agit est en outre albuminurique et glycosurique d'une manière intermittente, puisque le sucre et l'albumine ont disparu temporaire-

ment sous l'influence d'une hygiène alimentaire appropriée. Y a-t-il une relation de cause à effet entre le syndrome nerveux présenté par le malade et les deux symptômes précédents? La chose est douteuse. Nous avons dit que Phil... est obèse. Or, obésité, glycosurie et albuminurie sont trois incidents qu'il n'est pas rare de trouver réunis chez les malades appartenant à la catégorie des sujets à nutrition ralentie. Nous admettrions plus volontiers cette origine. Revenons au sujet principal de notre relation.

Depuis que l'attention a été attirée sur ce point, on a découvert un certain nombre de malades qui présentaient le syndrome de Morvan non pas seulement en Bretagne, mais un peu partout, en France du moins. Phil..., dont nous venons de rapporter l'observation, est né à Lyon qu'il n'a jamais quitté et ses parents appartenaient à la région lyonnaise. Mais là n'est point le réel intérêt de notre relation, puisque les faits analogues sont dès maintenant assez nombreux. Notre but a été, à l'occasion de ce fait, d'éveiller l'attention sur la question de la pathogénie et de la nature de la maladie de Morvan, qui actuellement est la question à l'ordre du jour.

Qu'est-ce que la maladie de Morvan? Rien qu'un syndrome, mais un syndrome assez original, assez particulier pour qu'on lui ait donné le nom de son inventeur et pour que ce nom lui soit resté.

Au début, toutes nos connaissances sur ce sujet se bornaient à la symptomatologie décrite et publiée ici par Morvan dans un premier mémoire en 1883. Mais à cette époque ni Morvan lui-même, ni ceux qui immédiatement après lui publièrent des faits analogues ne pouvaient produire une seule autopsie : c'est la *phase clinique.*

Presque en même temps, en 1882 et dans les années qui suivirent, un autre syndrome nerveux voyait le jour, sous les auspices de Schultze, Kalher et Roth, et, plus heureux que son contemporain, réunissait tout de suite quelques examens anatomiques qui lui conféraient droit de cité parmi les maladies de la moelle : nous avons nommé la *syringomyélie*, avec sa lésion caractéristique, la formation, dans la substance grise de la moelle, de cavités indépendantes du canal central, par un ou plutôt probablement par plusieurs mécanismes (gliomatose, myélite centrale périépendymaire, etc.); c'est là une question d'anatomie pathologique pure dont nous ne voulons pas nous occuper. A partir de ce moment, le syndrome de Morvan va entrer dans une nouvelle phase, la *phase anatomique.*

MM. Joffroy et Achard, chez deux malades présentant le syndrome clinique de Morvan, sans dissociation de la sensibilité, trouvent à l'examen de la moelle les lésions de la syringomélie. M. Prouff, de Morlaix, chez un malade observé en Bretagne, voit également une moelle syringomyélique. Il est vrai que dans un cas dont l'examen fut fait par MM. Gombault et Reboul, la moelle parut présenter de la sclérose et non pas des lésions cavitaires : les nerfs périphériques dans ce cas étaient hypertrophiés. Des altérations des nerfs ont été vues également dans un cas de Monod et Reboul et dans les deux cas cités de Joffroy et Achard. Se fondant sur les examens anatomiques de Joffroy, Achard et de Prouff, bon nombre d'auteurs soutinrent que maladie de Morvan et syringomyélie sont une seule et même maladie ayant la même caractéristique anatomique. Battus sur le terrain de l'anatomie pathologique, les partisans de la dualité se retranchèrent derrière le domaine de la clinique et prétendirent que la syringomyélie peut toujours se distinguer de la maladie de Morvan par l'existence de la thermo-anesthésie et de l'analgésie et par la conservation de la sensibilité au tact, attendu que cette dissociation de la sensibilité n'existe pas dans la maladie de Morvan. De sorte que si, en tenant compte des examens anatomiques dont nous avons parlé, on est obligé de reconnaître que le syndrome de Morvan doit ou du moins peut comporter les mêmes lésions que la syringomyélie, on est en droit de donner au syndrome de Morvan une autonomie clinique en se basant sur le signe différentiel précédemment cité. Mais bientôt on observa des malades du type Morvan présentant les phénomènes de la dissociation, de telle façon que, pour certains cas du moins, la confusion clinique s'imposa tout comme la confusion anatomique. La vérité est que là comme ailleurs, à côté des deux types principaux : l'un caractérisé surtout par la dissociation des sensibilités, les atrophies musculaires (syringomyélie), l'autre stigmatisé par les panaris, la mutilation des phalanges et l'absence habituelle de dissociation (maladie de Morvan), il y a toute une série de cas intermédiaires : tel est le cas du malade de Pitres (*Acad. de méd.*, nov. 1892), dont il sera parlé plus loin et qui, bien qu'appartenant au type syringomyélique par les autres symptômes, présentait la mutilation des phalanges.

Les choses en étaient là lorsqu'une nouvelle ère vit le jour avec les publications de Zambaco-Pacha, médecin de Constantinople (*Bul. de l'Ac. de méd. et de la Soc. dermat. — Ann. de derm. et de syph.*, 1892-1893). Cet observateur soutient avec conviction que la maladie de Morvan et la syringomyélie (au moins certains cas de syringomyélie) ne sont pas autre chose que des cas de *lèpres autochthones.* Pour lui, la maladie de Morvan n'est que la forme *mutilante* de la lèpre classique; la syringomyélie est une variété de la forme *anesthésique* de Danielssen. Il pense que la lèpre peut même quelquefois au début prendre le masque de la *maladie de Raynaud* ou asphyxie locale des extrémités, ou le masque de *la pellagre;* et, selon lui, dans les Landes où la lèpre survit il y aurait eu parfois confusion. Zambaco est arrivé à ces conclusions après être allé voir sur place, en Bretagne, les malades de Morvan. Il a vu aussi des cas incontestables de lèpre dans le midi de la France, spécialement dans les Pyrénées, puis à Eze, au-dessus de Beaulieu, ainsi qu'à Nice, à Menton et à San-Remo. Selon lui, la lèpre est cosmopolite et la même en Europe qu'en Orient, au Mexique et au Tonkin.

Les communications de Zambaco sont certainement très suggestives. Quand on les a lues, on est sinon convaincu, du moins très ébranlé. Les objections toutefois n'ont pas tardé à surgir. Déjà en 1891, Garcia et Castaneda se sont occupés de la question et ont étudié les rapports de la lèpre avec la maladie de Morvan et la syringomyélie (Revista medica de Bogota, 1891 in *Ann. dermat. et syph.*, avril 1893).

Pour Garcia, les trois maladies en Colombie sont tout un. Selon Castaneda, au contraire, la lèpre diffère des deux autres anatomiquement et cliniquement : les lésions médullaires de la lèpre ne ressemblent pas au gliome; ce sont des lépromes qui, loin de siéger de préférence dans la substance grise centrale, sont d'ordinaire périphériques; le gliome se développe du centre à la périphérie, ce qui est l'inverse pour le léprome, et dans ce dernier les cellules sont farcies de bacilles de Hansen. Au point de vue clinique, les troubles de la sensibilité, quand ils sont limités, sont différents et non semblables. Tandis que dans la lèpre ils sont distribués sur le trajet des nerfs, dans les deux autres cas ils sont répartis par segments de membres tout entiers. MM. Prouff et Baret (*Acad. méd.*, 30 août 1892) croient également à la non-identité de la lèpre et de la maladie de Morvan. Les lésions de la moelle, disent-ils, constantes dans la maladie de Morvan, font défaut dans la lèpre. De plus, ils n'ont jamais observé deux cas de maladie de Morvan dans une même

famille, pas même deux cas chez des sujets ayant habité la même maison. En est-il ainsi de la lèpre? Enfin, dernière objection, M. Vidal a demandé à M. Zambaco de démontrer chez les malades de Bretagne l'existence du bacille de la lèpre. Or, cette preuve bactériologique n'a pas été cherchée sur les malades de Bretagne, mais elle a été faite sur le malade de M. Pitres auquel nous avons déjà fait allusion (*Acad. méd.*, 29 nov., 1892). Chez ce malade, qui présentait le syndrome syringomyélique avec mutilation des phalanges, sans tubercules, sans indurations sous-cutanées, sans renflements nodulaires sur les nerfs, on trouva le bacille de Hansen sur un fragment de nerf sous-cutané. Un seul cas ne peut faire loi. Aux chercheurs de l'avenir d'étudier et de prononcer.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Physiologie de la fièvre (A contribution to the physiology of fever), par Stevens (*The Lancet*, 26 août 1893, n° 3652, p. 492). — L'observation rapportée concerne un jeune enfant qui succomba à une méningite tuberculeuse, après avoir présenté, pendant le dernier jour, une élévation progressive de la température, qui, après avoir monté à 105° F., atteignit après la mort 108°. L'autopsie, pratiquée 12 heures après, montra, en outre des lésions vulgaires de tuberculose généralisée et méningée, la présence de gros tubercules dans les corps striés, auxquels l'auteur fait jouer un rôle dans l'élévation de température.

Maladie de Friedreich (Notes of a case of Friedreich's disease or hereditary ataxia in a girl of eight years of age), par Mac Caw (*The Lancet*, 26 août 1893, n° 3652, p. 1184). — Le fait de maladie de Friedreich rapporté concerne une fillette âgée de 8 ans, qui fut prise, pendant la convalescence d'une pneumonie, 8 à 10 mois auparavant, de désordres de la marche, qui depuis ont progressé lentement. Actuellement le tableau clinique de la maladie de Friedreich est complet: instabilité choréiforme très développée, démarche titubante et ataxique, incoordination légère des membres supérieurs, pieds déformés en varus, scoliose, perte des réflexes rotuliens, parole lente, nystagmus. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité ni de l'intelligence, et l'état général est excellent. Le cas est à noter en raison de l'absence de tout antécédent héréditaire; un frère vivant est encore indemne, mais il est âgé de 5 ans seulement.

Epilepsie tardive (Epilepsia tarda), par Mendel (*Deuts. medicinische Wochenschrift*, n° 45, 9 novembre 1893, p. 1106). — On peut ranger sous la dénomination d'épilepsie tardive les cas qui débutent après l'âge de 40 ans. L'épilepsie tardive présente une gravité absolue et relative plus grande chez les hommes que chez les femmes. Les antécédents héréditaires y jouent, comme dans l'épilepsie juvénile, un rôle important. La marche de l'épilepsie tardive est en général plus douce, rarement progressive comme dans l'adolescence. Il semble même que l'état mental dans l'épilepsie tardive est plus long à se constituer et souffre moins. Ces conclusions sont basées sur de nombreux cas recueillis par l'auteur, qui a de plus rassemblé les statistiques suivantes sur l'âge de début de l'épilepsie :

Sur 1,352 cas, on compte : nouveau-nés, 117; 1 à 5 ans, 188; 6 à 10 ans, 218; 11 à 15, 266; 16 à 20, 230; 21 à 25, 77; 26 à 30, 76; 31 à 35, 38; 36 à 40, 40; 41 à 45, 35; 46 à 50, 37; 51 à 55, 13; 56 à 60, 11; 61 à 65, 5; 66 à 70, 1.

Réaction de dégénérescence (Definition der Entartungs-Reaction), par E. Remak (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 16 novembre 1893, n° 46, p. 1153). — La preuve de la dégénération musculaire est seulement la démonstration répétée de la réaction de dégénérescence (EaR) galvano-musculaire (par excitation directe). On ne peut prendre comme criterium certain l'inversion de la formule des secousses, mais seulement leur lenteur. Les anciennes conceptions selon lesquelles les différents rapports des muscles dégénérés avec les excitations galvaniques et faradiques, dépendaient de la plus grande durée des premières, ne sont pas plus défendables. Il semble plutôt que les phénomènes chimiques et histologiques de la dégénération altèrent le mécanisme de la contraction des muscles de telle sorte que plus sa dégénération est forte, plus il réagit paresseusement sous chaque forme d'excitation électrique partielle, et plus fort sera l'épuisement de cette réaction sous des excitations répétées. La paresse des secousses, sous l'excitation directe faradique et franklinique, ne pourra être interprétée comme réaction de dégénération que si elle est également manifeste sans l'excitation galvanique directe.

Paralysie générale (A study of the temperature in twenty-five cases of general paralysis of the insane), par F. Peterson et Langdon (*The journal of nervous and mental Diseases*, novembre 1893, n° 11, p. 750). — L'auteur a pris la température chez 25 paralytiques généraux, régulièrement toutes les deux heures (12 fois par 24 heures) pendant 6 à 7 jours de suite. Parfois même la température a été prise comparativement sous chaque aisselle. Il est arrivé à cette conclusion ferme, à savoir, que les opinions émises antérieurement par divers auteurs sur cette question et tendant à attribuer à cette maladie un pouvoir hypo ou hyperthermique sont complètement erronées, et qu'il n'existe pas d'élévation ni d'abaissement de température dans la paralysie générale. Il résulte entre autres de ces résultats cette conclusion pratique que le médecin devra chercher dans les causes habituelles (pneumonie) la raison du développement de l'hyperthermie chez un paralytique général.

MÉDECINE

La bradycardie des convalescents (Ueber die Bradycardie der Reconvalescenten), par Dehio (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1893, Bd LII, p. 74). — L'auteur attire l'attention sur un phénomène qu'il a observé chez des convalescents des maladies infectieuses (typhus 2 fois, fièvre typhoïde 2 fois, rougeole, embarras gastrique fébrile) : un ralentissement particulier du pouls.

La bradycardie en question ne se déclare pas brusquement, mais s'établit lentement après la défervescence et persiste une huitaine de jours en moyenne.

Dans les cas légers, les autres symptômes se limitent à une pâleur générale avec, quelquefois, cyanose des extrémités. L'impulsion du cœur est faible, le pouls facilement compressible, dicrote. Par contre, dans les cas graves, les convalescents paraissent encore sous le coup d'une affection sérieuse; et l'on trouve chez eux tout le complexus de la faiblesse du cœur : pâleur et cyanose des téguments, extrémités froides, faiblesse musculaire extrême. Les battements de la pointe sont à peine perceptibles, le second bruit souvent dédoublé.

Si l'on donne à ces malades de l'atropine, le pouls devient plus rapide, mais bien moins rapide que chez les individus bien portants. Ceci montre donc déjà que la bradycardie en question ne tient pas à une irritation du pneumogastrique. Pour l'auteur, elle serait plutôt d'origine cardiaque et tiendrait à l'état de faiblesse irritative du cœur. En absence d'autopsies — tous les malades de M. Dehio ont guéri — la base anatomique de cette bradycardie reste encore inconnue.

Modifications morphologiques du sang chez une ostéo-malacique (Morphologische Blutverændenrungen bei einer Osteomalacie-Kranken), par Tschistowitch (*Berl. klin. Woch.*, 1893, n° 38, p. 918). — Les recherches faites par l'auteur chez sa malade se rapportent à deux questions : la présence des micro-organismes de la nitrification (Winogradski) dans le sang de la malade (nouvelle théorie de l'ostéomalacie lancée par Petrone) et les modifications morphologiques de ce liquide étudiées par un grand nombre d'auteurs dans cette maladie.

La première partie des recherches donna des résultats négatifs. Le milieu de Winogradski ensemencé avec le sang de la malade resta stérile et ne présenta pas trace de nitrification. L'urine de la malade examinée à plusieurs reprises ne présentait pas le plus souvent la réaction d'acide nitrique indiquée par Petrone. Mais ces alternatives de présence et

d'absence d'acide nitrique ont pu être constatées également chez un grand nombre d'autres malades (pneumonie, fièvre typhoïde, cirrhose du foie, etc.).

L'ensemble des recherches hématologiques faites pendant la grossesse et après l'accouchement de cette malade, de même qu'avant et après sa castration, donna les résultats suivants.

La formation des hématies était tantôt abaissée, tantôt normale; les hématies étaient un peu pauvres en hémoglobine, et sous ce rapport le sang rappelait un peu celui des chlorotiques.

Le nombre de leucocytes mono-nucléaires à protoplasma colorable ou non et à noyaux simples ou lobulés, était notablement diminué; celui des neutrophiles poly-nucléaires était également diminué. Le nombre de cellules éosinophiles était tantôt diminué, tantôt augmenté.

Céphalalgie habituelle comme symptôme principal des affections nasales (Habitueller Kopfschmerz als Hauptsymptom verschiedener Nasenleiden), par Scheinmann (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n°s 49-51). — Le travail de l'auteur aboutit aux conclusions suivantes :

1° La céphalalgie habituelle tient dans certains cas à une affection du nez;

2° Très souvent cette céphalalgie persistante reste pendant longtemps le seul symptôme, même dans les affections nasales extrêmement graves;

3° L'exploration du nez s'impose dans toutes les céphalalgies de cause inconnue;

4° La neurasthénie n'exclut pas la possibilité d'une affection locale du nez;

5° Le traitement rationnel de l'affection nasale fait disparaître la céphalalgie.

CHIRURGIE

Nouvelle opération contre le prolapsus du vagin et de l'utérus (Eine neue Prolapsoperation), par Freund (*Centr. f. Gynækol.*, 1893, n° 47, p. 1081). — Le procédé que l'auteur nous expose dans sa communication préalable, consiste en une série (de haut en bas) de sutures circulaires en bourse au fil d'argent. La première suture est placée au niveau des attaches du vagin au col. On enfonce l'aiguille, on la fait cheminer dans le tissu sous-muqueux, on ressort, on enfonce de nouveau et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on arrive à son point de départ. A quelque distance de là, on place une seconde suture, puis une troisième et une quatrième, la dernière dans le plan de la membrane de l'hymen. On serre les fils de façon à laisser toujours un espace suffisant pour le passage du doigt.

Jusqu'à présent, l'auteur a opéré ainsi huit femmes, toutes vieilles. Le temps d'observation, encore très court, ne permet pas de parler des résultats définitifs, mais jusqu'à présent, 15 jours à 3 semaines après, la guérison ne s'est pas démentie.

Quant aux fils laissés en place et qui agissent mécaniquement et ensuite en provoquant une inflammation adhésive, l'auteur pense qu'on pourra les retirer plus tard.

L'opération est facile, se fait rapidement et presque à sec, et peut être pratiquée en policlinique.

Abcès péri-néphrétique pendant la grossesse (Ein primærer paranephritischer Abscess in der Schwangerschaft), par Frees (*Centr. f. Gynækol.*, 1893, n° 42, p. 963). — Il s'agit d'une femme de 18 ans, primipare, entrée à la clinique à la fin du septième mois de sa grossesse. Le lendemain, après avoir été soumise aux frictions au styrax pour gale, elle est prise de frissons et la température monte à 40°1. A l'examen on ne trouva qu'une douleur qui commençait au bord gauche de l'utérus et tenait tout l'hypochondre du même côté en s'irradiant dans la cuisse gauche. Rien du côté de l'utérus ni des autres organes.

Dans la soirée, commencement du travail qui marche mal. On est obligé de dilater l'orifice du col et de perforer, au troisième jour, les membranes. L'accouchement se termina alors rapidement par la sortie d'un enfant un peu asphyxique. Pendant ces trois jours la température s'est maintenue à 39°.

L'exploration de l'abdomen, faite après la délivrance, montra un empâtement diffus occupant tout l'hypochondre gauche. La température, qui après l'accouchement tomba à 37°, remonta le lendemain, avec de nouveaux frissons, à 39°, et la femme considérée comme septicémique fut transportée à la salle des infectées. La situation restant la même, on fit au bout de trois jours, dans la fosse iliaque gauche, au niveau du point douloureux, une incision parallèle à l'arcade de Fallope. On ne trouva pas de pus, mais, le lendemain, il se fit une véritable décharge de pus par le drain laissé dans la plaie. Malgré l'ouverture de la collection, la malade alla de mal en pis, et mourut 3 jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouva un abcès péri-néphrétique considérable avec pleurésie purulente gauche.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies du soldat. — *Etude étiologique, épidémiologique, clinique et prophylactique*, par A. Marvaud. Paris, F. Alcan, 1894. Un vol. in-8° de 839 pages. Prix : 20 francs.

C'est un livre très utile, très sobrement écrit malgré son étendue, très méthodique et très clair que vient de faire paraître M. A. Marvaud. Trente années de pratique médicale dans les hôpitaux de l'armée, une éducation première très complète, plusieurs années d'enseignement à l'école du Val-de-Grâce, un labeur assidu lui avaient donné une connaissance approfondie des questions de médecine d'armée et l'avaient bien préparé à écrire, pour les jeunes médecins militaires et pour tous ses confrères peu au courant de l'épidémiologie et de l'hygiène spéciale dont il s'occupe, un ouvrage qui résume très consciencieusement les matériaux accumulés par ses devanciers.

Ceux-ci, et en particulier MM. L. Colin, Arnould, Vallin, Kelsch, pour ne citer que les plus connus, avaient bien fait connaître les différences qu'il importe de signaler entre le milieu militaire et les autres milieux morbides; M. Marvaud a voulu compléter cette œuvre. Faisant appel aux documents que lui fournissaient les recueils de mémoires publiés par les médecins de l'armée et les volumes où se trouvent consignés les statistiques médico-militaires, il a pu rester fidèle à son titre et nous donner sur les *maladies du soldat* un ouvrage plein d'intérêt.

Mais la statistique médicale ne vaut que par les éléments qu'elle contient et par les désignations sous lesquelles se trouvent classées les maladies. C'est ainsi que, sous les termes de bronchite chronique, de pneumonie chronique, etc., on désignait souvent jadis la tuberculisation pulmonaire; que les mots de fièvre sans épithète ou de fièvre continue figuraient il y a plusieurs années encore sur bien des cahiers de visite où l'on écrirait aujourd'hui fièvre typhoïde. Il a donc fallu à M. Marvaud beaucoup de sagacité et beaucoup de savoir pour arriver à déduire des chiffres fournis par la statistique médicale de l'armée les enseignements positifs qu'on en doit tirer.

Encore n'a-t-il pas été toujours possible à l'auteur de retrouver dans les documents qu'il a compulsés des faits lui permettant de présenter avec tous les détails nécessaires divers points intéressants de la pathologie militaire. C'est ainsi que, dans le long chapitre consacré à la tuberculose, ne se trouvent mentionnées ni la méningite, ni surtout la péritonite tuberculeuse si fréquente cependant et si remarquable parfois par sa tendance à guérir spontanément ou sous l'influence des médications les plus diverses. Chez le soldat comme chez l'enfant, il y aurait un curieux chapitre à écrire au sujet des tuberculoses spontanément curables, qu'elles occupent les séreuses (pleurale ou péritonéale), les ganglions (inguinaux, cervicaux ou bronchiques) ou les articulations.

Mais, il importe de le faire remarquer, ce n'est pas une étude clinique seulement, c'est surtout une étude d'étiologie et de prophylaxie qu'a prétendu nous présenter M. Marvaud. Et, à ce point de vue, les considérations générales qu'il développe sur le rôle des conditions qui entretiennent et favorisent l'évolution des maladies infectieuses sont marquées au coin du bon sens et de l'observation clinique la mieux comprise. Comme la plupart de ses collègues de l'armée et à leur tête, notre savant camarade Kelsch, M. Marvaud voit bien dans le microbe ou le parasite un agent pathogène, mais il affirme que cet agent ne peut devenir nocif que dans des conditions spéciales de débilitation organique créées soit par l'alimenta-

tion, soit par l'encombrement, soit par le surmenage ou toute autre cause secondaire.

Nous n'avons pas à insister sur l'étendue des considérations générales relatives à la morbidité, à la mortalité et aux principales maladies du soldat. Ce premier livre de l'ouvrage qui en marque si bien le caractère sera l'un des plus souvent consultés.

Bornons-nous donc à souhaiter à M. Marvaud tout le succès que mérite l'œuvre à laquelle il a consacré tant de soins et à le recommander non seulement aux médecins de l'armée, mais encore aux épidémiologistes et aux savants qui s'occupent d'hygiène générale.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Monument Charcot. — La première liste de souscription au monument élevé à la mémoire de Charcot est la suivante qui ne comprend que les noms des membres de la *Commission exécutive*.

Ont souscrit : MM. Pasteur, *président d'honneur*, 200 fr.; Prof. Brouardel, *président du Comité*, 200 fr.; D[r] Bourneville, *secrétaire du Comité*, 100 fr.; D[r] Georges Guinon, *secrétaire*, 100 fr.; G. Masson, *trésorier*, 200 fr.; D[r] Babinski, 200 fr.; D[r] Marcel Baudouin, 20 fr.; D[r] Cadet de Gassicourt, 100 fr.; D[r] Galippe, 100 fr.; D[r] Gilles de la Tourette, 100 fr.; Prof. Joffroy, 200 fr.; D[r] Lereboullet, 100 fr.; Londe, interne à la Salpêtrière, 20 fr.; D[r] P. Marie, 200 fr.; Vallery-Radot, 100 fr.

— A dater de ce jour nous recevrons les souscriptions et publierons les noms des souscripteurs. Pour ouvrir la deuxième liste, la *Gazette hebdomadaire* s'inscrit pour 100 fr.

Déclaration des maladies épidémiques. — Nous croyons devoir publier *in extenso*, d'après le *Journal officiel* du 30 décembre dernier, 1° la circulaire adressée aux préfets par M. le Ministre de l'Intérieur; 2° l'arrêté ministériel dressant la liste et fixant le mode de déclaration des maladies épidémiques.

Circulaire relative à la déclaration obligatoire, en cas de maladies épidémiques, prescrite par la loi du 30 *novembre* 1892 *sur l'exercice de la médecine.*

Paris, le 1[er] décembre 1893.

Monsieur le préfet,

Je vous adresse deux exemplaires de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine qui, aux termes de l'article 34, est exécutoire à dater de ce jour.

Cette loi contient des prescriptions concernant les études en vue de l'obtention des diplômes de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme ; il appartient à M. le ministre de l'instruction publique d'en assurer l'exécution. Elle renferme également des dispositions relatives à l'exercice de la médecine proprement dit

Déclaration des cas de maladies épidémiques. — Mesures à prendre. — Une des dispositions les plus importantes de la loi, parce qu'elle a pour but d'assurer la protection de la santé publique, est l'obligation imposée par l'article 15 à tout docteur, officier de santé ou sage-femme, son diagnostic établi, de faire à l'autorité publique la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous son observation. Le même article charge le ministre de l'intérieur d'arrêter, d'une part, la liste des maladies épidémiques dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel, et, d'autre part, le mode de déclaration desdites maladies.

Vous trouverez joint à la présente circulaire un arrêté, en date du 23 novembre, qui contient, dans son article 1[er], la liste des maladies dont il s'agit, dressée, conformément à la loi, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

La déclaration obligatoire se justifie d'elle-même.

« Il est donc impossible, disait le rapporteur de la loi au Sénat, d'organiser l'hygiène dans une ville, dans une commune, si la municipalité, si le bureau d'hygiène qui la représente dans un certain nombre de nos grandes villes françaises ne sont pas prévenus, au début d'une épidémie, de chaque fait de maladie épidémique qui se présente dans la ville ou dans la commune. Il faut connaître le mal dès son apparition, sa localisation dans telle maison, dans tel quartier, pour y porter un remède efficace. »

C'est donc l'intérêt qu'a le corps social à connaître dès son apparition une maladie épidémique qui a conduit le législateur à faire de la dénonciation de cette maladie une obligation pour les médecins.

« C'est là en quelque sorte, disait le rapporteur de la loi à la Chambre des députés, le prix du monopole concédé aux médecins par l'Etat. » Et le rapporteur de la loi au Sénat exprimait la même opinion : « Il est juste que l'administration demande au corps médical des services d'intérêt public en même temps qu'elle lui octroie des privilèges. »

L'article 15 n'est du reste pas une innovation ; il étend à certaines maladies épidémiques l'obligation que l'article 13 de la loi du 3 mars 1822 impose au médecin de dénoncer immédiatement tout cas de choléra, de fièvre jaune ou de peste. Cette obligation n'est pas considérée par les juges les plus compétents comme imposant au médecin la violation du secret professionnel (1). L'obligation nouvelle de déclarer à l'autorité publique les cas de scarlatine, de diphthérie, de fièvre typhoïde, etc., n'est pas davantage contraire au devoir professionnel de secret. La dénonciation à l'autorité publique n'est pas une révélation dans le sens de l'article 378 du code pénal. Par exemple, un médecin ne trahit pas le secret professionnel lorsqu'il délivre à l'administration, qui a, elle aussi, le devoir d'observer le secret, un certificat permettant de séquestrer un aliéné dangereux.

Sans doute, il peut se rencontrer que le devoir du secret résulte non pas de la nature propre de la maladie, mais des circonstances spéciales, exceptionnelles, dans lesquelles cette maladie se produit. Pour la plupart des maladies épidémiques, ces cas seront extrêmement rares. Si, dans une telle occurrence, un médecin était poursuivi pour défaut de déclaration, il justifierait que les circonstances étaient telles qu'il ne pouvait avertir l'autorité publique, et provoquer par conséquent certaines mesures prophylactiques, sans manquer à son devoir professionnel.

Pour une des maladies portées sur la liste, le fait pourra se présenter avec une certaine fréquence, je veux parler des infections puerpérales. Des scrupules se sont élevés à cet égard chez beaucoup de médecins ; les services spéciaux, les personnes s'occupant des questions intéressant les nouveau-nés ont manifesté des appréhensions. Le rapporteur de la loi au Sénat semblait croire que l'article 15 ne s'appliquerait pas aux infections puerpérales. Je n'ai pas cru devoir les supprimer de la liste dressée par l'Académie de médecine et le comité consultatif d'hygiène publique, mais j'ai jugé nécessaire d'accompagner leur indication d'une réserve formelle. La déclaration de l'infection puerpérale ne sera obligatoire qu'autant que le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé. Il ne suffit donc pas, pour dégager le médecin du devoir de la déclaration, que le secret ait été demandé sur le fait de l'infection, il faut qu'il ait été réclamé sur le fait même de la grossesse. C'est seulement dans le cas où la connaissance de l'infection puerpérale révèlerait une grossesse qu'il y a intérêt à cacher, que le médecin ne sera pas tenu d'en faire la déclaration.

Le gouvernement n'avait pas manqué de signaler aux Chambres les considérations qui, hors ces cas exceptionnels, établissent la nécessité et la légitimité de la déclaration. Voici en quels termes il faisait connaître son opinion dans l'exposé des motifs du projet de loi :

« Le gouvernement n'a point hésité non plus à suivre la commission chargée, sous la précédente législature, d'examiner les projets relatifs à l'exercice de la médecine dans la proposition qu'elle avait faite de rendre obligatoire la déclaration par le médecin des cas de maladies transmissibles. Il a pensé, comme le comité consultatif d'hygiène publique, que les éléments constitutifs du secret professionnel ne se rencontrent pas pour la presque totalité des maladies épidémiques et que tout médecin doit être tenu de faire à l'autorité publique la déclaration des maladies transmissibles tombées

(1) D[r] P. Brouardel, *Le Secret médical*, Paris, 1887, p. 233.

sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel.

» Cette question est depuis longtemps à l'ordre du jour de toutes les assemblées médicales et elle a souvent fait l'objet des préoccupations des pouvoirs publics. Dans un grand nombre de pays étrangers (Angleterre, Suisse, Italie, Allemagne, Autriche-Hongrie, Pays-Bas, Etats-Unis), elle est réglée par la loi, et l'exécution des mesures administratives qu'elle comporte ne donne lieu à aucune difficulté. En France, l'Académie de médecine, le comité consultatif d'hygiène publique de France, l'association générale des médecins de France, nombre de conseils d'hygiène, de sociétés médicales dans les départements, en ont fait l'objet de vœux explicites. Les congrès internationaux d'hygiène se sont prononcés dans le même sens. Partout l'on est unanime à penser que cette déclaration est indispensable au fonctionnement des services d'hygiène publique.

» Les médecins légistes eux-mêmes — on le voit par le rapport de M. le président du comité consultatif d'hygiène publique de France — reconnaissent que, pour ces maladies, les exigences du secret professionnel n'existent que très exceptionnellement et qu'elles ne sauraient faire obstacle à l'intérêt supérieur de la santé publique. D'ailleurs, la législation et la jurisprudence actuelles mettent à cet égard le corps médical aux prises avec des difficultés qu'il devient nécessaire d'aplanir par des dispositions législatives.

» Le corps médical ne s'est jamais refusé à admettre que la société, en lui accordant certains privilèges, exige de lui quelques services, et les médecins ont assez souvent payé de leur personne et de leur dévouement dans les épidémies pour qu'on soit certain qu'ils prendront volontiers leur part de responsabilité et d'action dans les mesures destinées à sauvegarder la santé publique.

» La déclaration des cas de maladies transmissibles est donc l'une des charges mêmes de la profession médicale, et c'est répondre à la fois aux intérêts des médecins, des malades et de la société tout entière que de l'inscrire, comme on l'a maintes fois demandé, dans la loi sur l'exercice de la médecine. »

Telles sont, monsieur le préfet, les idées dont vous vous inspirerez pour obtenir des médecins qui exercent dans votre département le concours dont l'administration sanitaire a besoin et dont la loi nouvelle leur fait un devoir. Je ne doute pas que vous ne réussissiez à écarter les scrupules mal fondés et à assurer sur tous les points l'exécution de la loi.

Quant au mode de déclaration, il est du devoir de l'administration de faciliter, par tous les moyens, l'accomplissement de l'obligation imposée dans l'intérêt de la santé publique. A cet effet, j'ai décidé, sur l'avis du comité consultatif d'hygiène publique, que la déclaration se ferait à l'aide de cartes postales détachées d'un carnet à souche et que ces carnets seraient mis gratuitement à la disposition des déclarants. Les cartes devront porter la mention de la maladie observée et les indications nécessaires pour trouver facilement la maison où la maladie s'est produite; ce sont là deux conditions essentielles, sans lesquelles la déclaration serait inefficace. La déclaration devra être datée. Pour tenir compte, dans la mesure compatible avec l'exécution de la loi, de certains scrupules, la nature de la maladie sera désignée par un numéro d'ordre correspondant à une nomenclature inscrite à la première page du carnet. Le médecin ne sera pas tenu de signer sa déclaration; un numéro inscrit sur chacune des feuilles de son carnet suffira pour le faire reconnaître par l'administration. La carte porte : « Nom et adresse du malade », parce que, dans la plupart des cas, il serait malaisé de trouver la maison contaminée si l'on ne connaissait pas le nom du malade; mais l'indication de ce nom n'est pas une formalité essentielle, et le médecin ne serait pas tenu de l'inscrire s'il pouvait, sans le faire, désigner la maison d'une manière suffisamment précise. Enfin, un petit espace sera réservé sur la carte pour que le médecin y mentionne, s'il le juge convenable, les mesures de prophylaxie que la circonstance lui paraîtra comporter.

L'arrêt du 23 novembre décide que l'autorité publique chargée de recevoir la déclaration sera représentée par le maire de la commune habitée par le malade et par le sous-préfet de l'arrondissement; la déclaration devra donc être adressée à la fois au maire et au sous-préfet (au préfet, dans l'[illegible]sement chef-lieu; à Paris, au préfet de police). [illegible] seront disposés à cet effet, chaque déclaration comportant deux avis, adressés d'avance, l'un au sous-préfet, l'autre au maire. Des démarches sont faites en ce moment près de mon collègue M. le ministre du commerce pour obtenir qu'il accorde à ces déclarations le bénéfice de la franchise postale. Quand une décision aura été prise dans ce sens, il suffira au médecin qui vient d'observer un cas de fièvre typhoïde, par exemple, d'inscrire sur chacune des deux déclarations reliées ensemble à la souche une adresse, celle du malade, et un numéro, celui de la fièvre typhoïde; d'écrire au dos d'une des cartes, celle destinée au maire, le nom de la commune, et sur l'autre le nom de l'arrondissement où réside le malade, et de jeter les deux cartes à la première boîte aux lettres qui se trouvera sur son trajet. L'on reconnaîtra qu'il est difficile de simplifier davantage les écritures.

A quel moment le sous-préfet et le maire devront-ils être prévenus? L'article 15 dispose que tout praticien est tenu de faire la déclaration « son diagnostic établi », c'est-à-dire aussitôt que son diagnostic est établi. Cette interprétation résulte avec évidence du but que s'est proposé le législateur en rendant la déclaration obligatoire, et qui est de permettre de porter immédiatement le remède là où est le mal. Le rapporteur de la loi au Sénat, M. Cornil, a écarté la proposition de faire faire la déclaration par le chef de famille, à cause des retards que ce circuit pourrait entraîner. « Pour peu que le chef de la famille ou ses ayants droit, écrivait M. Cornil, mettent de la négligence à faire la déclaration prescrite par la loi et que le médecin lui-même, dont la responsabilité ne serait plus directement en jeu, attende un jour avant d'avertir l'autorité, celle-ci ne serait prévenue de l'apparition d'une maladie épidémique que trente-six ou quarante-huit heures après sa constatation. La maladie épidémique aurait eu le temps de se propager aux membres de la famille, à la maison habitée par elle et aux personnes qui s'y rendent journellement pour leurs relations ou leurs affaires. » C'est donc sans aucun retard, au moment même où son diagnostic est établi, que le médecin doit faire la déclaration.

C'est encore la nécessité d'agir immédiatement qui a rendu nécessaire la double déclaration. Si, en effet, le maire néglige ou refuse de prendre les mesures que commande la protection de la santé publique, il importe que le préfet, en vertu de l'article 99 de la loi du 5 avril 1884, puisse se substituer à lui. Il faut donc que l'administration départementale soit informée indépendamment de la municipalité. Elle le sera par l'intermédiaire du sous-préfet.

La déclaration reçue, que devra faire le maire? Que devra faire le sous-préfet?

Chaque mairie sera pourvue par vos soins d'un ou plusieurs exemplaires de mon arrêté du 23 novembre. Cet arrêté porte la liste numérotée des maladies dont la déclaration est obligatoire, et cette liste est conforme à celle qui sera imprimée sur la couverture du carnet des médecins. Le maire n'aura donc aucune peine à savoir quelle est la maladie dont un cas vient de se produire dans sa commune. Les maladies transmissibles ont fait l'objet d'une instruction générale du comité consultatif d'hygiène publique de France, et chacune d'elles l'objet d'une instruction spéciale. Le maire se reportera à ces documents et, par tous les moyens dont il dispose, il s'efforcera de faire exécuter les prescriptions qu'ils contiennent. Il recommandera surtout de ne laisser approcher du malade que les personnes qui sont nécessaires pour le soigner et de détruire ou de désinfecter avec un soin extrême tous les objets ayant été en contact avec lui. Si le malade est pauvre, le maire jugera sans doute qu'il est de grand intérêt pour la commune, en vue d'éviter les contagions, de fournir gratuitement les désinfectants. Si la maladie déclarée est la variole, le maire devra faire connaître à ses administrés que la vaccination ou la revaccination est le seul moyen efficace d'empêcher la transmission du mal, et s'entendre avec un médecin pour que cette opération soit faite. Du vaccin animal sera, sur sa demande, immédiatement et gratuitement fourni par l'Académie de médecine.

En agissant ainsi, le maire ne fera d'ailleurs que « prendre les mesures nécessaires pour prévenir les épidémies », ce qui est un des devoirs que lui impose l'article 97 de la loi du 5 avril 1884.

Le sous-préfet devra veiller à ce que les instructions du Comité consultatif soient entre les mains du maire et s'assurer que les prescriptions ci-dessus sont exécutées. Plus il

s'occupera avec rapidité et d'une manière méticuleuse du premier cas d'une maladie transmissible, moins il aura à combattre d'épidémies.

Si plusieurs cas de la même maladie venaient à se produire, si ainsi un foyer épidémique était créé, le sous-préfet enverrait immédiatement sur place le médecin des épidémies. Il vous préviendrait, et, à votre tour, vous voudriez bien m'informer de toute épidémie qui aurait un caractère bien déterminé et me faire connaître en détail les mesures prises pour la combattre. Pour chaque cas particulier, j'examinerais avec vous la conduite à tenir.

Même en dehors des épidémies, vous observerez avec soin les déclarations faites par les médecins en exécution de la loi. Vous connaîtrez ainsi les localités dans lesquelles prévaut telle ou telle maladie. Cette étude sera pour vous la plus utile préparation à l'exécution future de la loi pour la protection de la santé publique dont le projet a été adopté par la Chambre des députés et qui est actuellement soumis aux délibérations du Sénat.

J'ai dit que chaque feuille du carnet devra porter un numéro permettant de connaître de quel praticien elle émane. Je vous prie de faire dresser une liste complète des docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes exerçant dans votre département et de donner à chaque praticien un numéro. Un exemplaire de cette liste devra être remis à chacun de MM. les sous-préfets. Après l'avoir dressée, vous me ferez connaître combien vous désirez recevoir de carnets (chaque carnet comprendra vingt déclarations doubles).

Les autres dispositions de la loi du 30 novembre 1892, en tant qu'elles concernent l'exercice de la médecine proprement dit, ne me paraissent motiver de ma part, du moins pour le moment, que deux observations.

Vaccination par les sages-femmes. — Aux termes de l'article 4, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques. Depuis un grand nombre d'années, les sages-femmes font ces opérations. Tous les ans un certain nombre d'entre elles reçoivent des récompenses, des médailles sur la proposition de l'Académie de médecine pour leur zèle à propager la vaccine. Le législateur a tenu à consacrer cette pratique utile par une autorisation formelle.

Exercice de la médecine par les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine. — L'article 6 permet aux internes des hôpitaux nommés au concours, et aux étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, d'exercer, avec l'autorisation du préfet, la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé. L'autorisation du préfet est limitée à trois mois : elle est renouvelable. « Cette disposition nous semble indispensable, disait M. le professeur Brouardel dans un rapport présenté au comité consultatif d'hygiène publique de France sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine ; actuellement, en temps d'épidémie, on fait appel au zèle de ces jeunes gens, on applaudit à leur courage, parfois on les récompense, et même quelquefois on les décore ; mais ils exercent illégalement ; on pourrait les poursuivre. Il en est de même dans le cas de remplacement d'un médecin temporairement empêché d'exercer. C'est en réalité la régularisation d'une situation parfois encouragée, souvent tolérée, quelquefois poursuivie. »

Si l'application des dispositions dont je viens de vous entretenir ou de toute autre partie de la loi du 30 novembre 1892 donnait lieu à des difficultés, vous voudriez bien m'en référer. Pour l'établissement des statistiques qui devront être fournis ultérieurement et la publication des listes prévues aux articles 9 et 10, vous recevrez des instructions spéciales.

Recevez, monsieur le préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur.

Pour le ministre et par autorisation :

Le conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

HENRI MONOD.

Arrêté ministériel.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur.

Vu l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, ainsi conçu :

« Tout docteur, officier de santé, sage-femme, est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

» La liste des maladies épidémiques dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixe le mode de déclaration desdites maladies. »

Vu l'article 21 de la même loi ;

Vu l'avis de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France ;

Sur la proposition du conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Arrête :

Art. 1er. — La liste des maladies épidémiques prévues par l'article 15 précité est dressée de la manière suivante :

1° La fièvre typhoïde ;
2° Le typhus exanthématique ;
3° La variole et la varioloïde ;
4° La scarlatine ;
5° La diphthérie (croup et angine couenneuse) ;
6° La suette miliaire ;
7° Le choléra et les maladies cholériformes ;
8° La peste ;
9° La fièvre jaune ;
10° La dysenterie ;
11° Les infections puerpérales, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé ;
12° L'ophthalmie des nouveau-nés.

Art. 2. — L'autorité publique, qui doit, aux termes de l'article 15 susvisé, recevoir la déclaration des maladies épidémiques, est représentée par le sous-préfet et par le maire. Les praticiens mentionnés dans ledit article 15 devront faire la déclaration à l'un et à l'autre aussitôt le diagnostic établi.

Art. 3. — La déclaration se fait à l'aide de cartes détachées d'un carnet à souche qui portent nécessairement la date de la déclaration, l'indication de l'habitation contaminée, la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre suivant la nomenclature inscrite à la première page du carnet. Elles peuvent contenir, en outre, l'indication des mesures prophylactiques jugées utiles.

Les carnets sont mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs, officiers de santé et sages-femmes.

Paris, le 23 novembre 1893.

CH. DUPUY.

Nécrologie. — La mort subite et prématurée de M. le médecin-inspecteur Guillemin a été une douloureuse surprise pour ses confrères de l'armée. Ceux qui l'ont connu, comme nous-même, depuis ses débuts dans sa laborieuse carrière, qui l'ont suivi à l'Hôtel des Invalides en 1867, puis au siège de Metz, enfin dans les diverses situations qu'il a occupées dans les hôpitaux militaires, ont pu apprécier les qualités de cœur et d'esprit de ce modeste et distingué médecin. Notre regretté camarade a peu écrit, mais ses études d'hygiène, en particulier son projet d'assainissement de la ville de Rouen, ont été très remarquées ; son manuel de bandages et appareils a rendu autrefois bien des services ; ses recherches historiques et critiques sur l'emplacement de l'ancienne Carthage lui ont mérité l'approbation des érudits. Appelé au poste envié de Directeur du service de santé à Alger, Guillemin méritait de vivre quelques années encore pour recevoir la juste récompense d'une vie tout entière consacrée au bien.

L. L.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUPUY-DON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE · N° 2 · 13 JANVIER 1894

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, 12 janvier 1894.

A propos du budget de l'Assistance publique.

La nourriture dans les hôpitaux d'enfants.

L'an dernier, quand nous avons eu pris connaissance des débats soulevés, devant le Conseil municipal de Paris, par le rapport de M. Navarre, sur le budget de l'Assistance publique, nous avons consacré plusieurs articles à l'étude de ces questions dont on ne saurait méconnaître l'importance et dont aucun membre du corps médical hospitalier n'a le droit de se désintéresser. Aujourd'hui la question revient sur l'eau, à propos du même rapport, et il est probable que pendant quelques années le mois de décembre verra périodiquement la discussion renaître de ses cendres. Qu'on nous excuse donc si nous en entretenons de nouveau nos lecteurs.

Les récriminations de nos édiles sont vives et, sans que la nuance politique des orateurs y ait notable influence — mise à part l'éternelle controverse sur la laïcisation — elles s'adressent à la fois à M. le Directeur général et aux chefs de service.

C'est pour le quereller sur diverses obscurités dans ses comptes, sur diverses évaluations budgétaires erronées, que le Conseil municipal a mis M. Peyron sur la sellette. Quant à nous, il nous a reproché notre inexactitude fréquente à remplir nos devoirs et — cette fois encore l'attaque est venue de M. Paul Strauss — notre défaut habituel de déférence vis-à-vis des élus de la grande cité.

Déjà l'an dernier je me suis expliqué sur ces deux griefs généraux, je n'y reviendrai donc pas, et si je prends la plume aujourd'hui, c'est pour l'examen d'un fait tout spécial.

Il y a du coulage dans les hôpitaux : le conseil municipal a protesté avec énergie et M. le Directeur général a avoué en partie, avec la douce philosophie d'une bonne ménagère qui ferme les yeux sur quelques petites secousses à l'anse du panier, parce qu'elle sait par expérience qu'il faut subir ce qu'on ne peut éviter.

Conseillers et Directeur ont d'ailleurs été d'accord pour se lamenter sur l'irrégularité avec laquelle sont tenus les cahiers de visite et pour y trouver le bouc à charger des péchés d'Israël.

D'après le règlement, les prescriptions en aliments et médicaments doivent être faites pendant la visite par le chef de service que suit de lit en lit l'externe porteur du cahier. Sur ce cahier, divisé en colonnes *ad hoc*, les prescriptions sont inscrites à mesure qu'elles sont énoncées.

En fait, dans presque tous les services les choses se passent autrement : la surveillante (ou la sœur) suit la visite en notant les prescriptions sur un petit calepin et elle établit toute seule, à la fin, le cahier réglementaire. Là serait la source de la plupart des abus, ainsi que l'ont révélé il y a peu de temps les enquêtes de contrôleurs spéciaux.

Partant de ce principe, M. Peyron a convoqué les directeurs des hôpitaux, lesquels, après avoir ouï la bonne parole, sont venus la répandre parmi nous, chacun dans son propre établissement, et dimanche dernier M. le Directeur de l'hôpital Trousseau, où j'ai l'honneur d'assister M. le professeur Lannelongue, m'a prié de vouloir bien tenir la main à ce que le cahier de visite fût dorénavant régulièrement établi.

L'efficacité de cette mesure me parut d'abord problématique, je l'avoue, mais avant de la juger je voulus, naturellement, la mettre à l'épreuve et lundi, pour la première fois de ma vie, je fis la visite régulière, suivi d'un externe et du cahier. Recommencer cette besogne tous les jours, je ne le ferai certes pas, car il y en a pour une bonne heure ; ajoutez à cela une heure et demie par jour, au bas mot, pour opérer, une heure et demie pour diriger les pansements, examiner les opérés et les nouveaux, faire la consultation, et vous voyez où cela met la matinée. Mais je la ferai certainement de temps en temps, et surtout je veillerai à ce que l'interne et les externes la fassent tous les jours, car j'ai reconnu qu'on pouvait épargner un peu (moins que ne le pense l'administration toutefois) les deniers de l'Assistance, sans que les malades aient [à] en souffrir.

En outre, dès la première fois, j'en ai tiré un enseignement que voici :

D'après « le cahier », presque aussi compliqué que la « musique » des hôpitaux militaires, les malades sont divisés, pour la nourriture, en : diète, bouillon et potages, 1re, 2e 3e et 4e degrés, régime lacté intégral ou partiel. Les « premier degré » ont de la viande rôtie, du lait, quelques suppléments spéciaux si on les prescrit (côtelette, œufs, poulet, vin de Bagnols) et pas de légumes; les « 4e degré » ont des viandes bouillies, des ragoûts, du vin, des légumes, et pas de lait. Les 2e et 3e degrés se rapprochent du 4e, à la quantité près.

Lorsque, dans ma visite, j'arrivai au pavillon consacré aux berceaux (enfants au-dessous de 5 ans) du service des garçons, la surveillante répondit à une de mes observations que tous les enfants, ou à peu près, étaient au 4e degré, parce qu'à cet âge les légumes étaient utiles. Comme c'est absolument ce que je pense — et le lendemain mon collègue et ami Sevestre me corroborait dans cet avis — je laissai les choses en l'état, tout en déplorant que grâce à ce régime on dût continuer à voir tous les dimanches ces mioches presque à la mamelle se barbouiller la face avec un œuf dur trempé dans un plat de triperie (jusques et y compris les tripes à la mode de Caen). Je ne songeais pas à la question lait et vin.

Or, quand j'arrivai à la salle des filles, je trouvai presque tous les enfants au 1er degré et, quand je demandai pourquoi, la surveillante me répondit qu'à cet âge on considérait en général le lait comme préférable au vin. Comme c'était fort judicieux, je ne protestai point. Mais les légumes? On s'en procure en excès sur les régimes des autres malades par quelques petites ficelles.

Lorsque je soumis ces quelques réflexions à M. le Directeur de l'hôpital, en présence de MM. Sevestre et Le Gendre, je lui dis qu'à mes yeux il fallait, pour donner aux enfants des berceaux une alimentation convenable, faire un mélange des 1er et 4e degrés : viandes rôties et poissons, lait (1er degré) et légumes (4e degré). Or cela est, paraît-il, administrativement impossible. Le seul procédé pratique consiste à savoir à peu près, selon le nombre des opérés, des grands malades, des enfants en bas âge, ce qu'il faut des substances alimentaires diverses et à établir d'après cela un certain nombre de « régimes » plus ou moins fictifs.

Qu'un contrôleur vienne vérifier, cahier en main, si chaque malade est exactement pourvu de ce qui lui est alloué dans les cases situées en face de son numéro, et il constatera des irrégularités. Son rapport attirera sur l'hôpital Trousseau les foudres du Conseil municipal : et cependant le système employé est le seul compatible avec une alimentation *à peu près convenable* des enfants soumis à nos soins.

Si l'on veut exiger dans les hôpitaux d'enfants un cahier tenu réglementairement, il est donc urgent qu'on révise les régimes alimentaires, qu'on tienne compte de l'âge des malades et qu'en particulier, pour les enfants en bas âge, il soit réglementairement possible d'associer le lait (à la place du vin), les viandes rôties (au lieu de ragoûts) et les légumes.

Cette réforme paraît élémentaire. Les suivantes aussi :

1° S'arranger pour qu'on puisse réglementairement donner à manger, le soir au moins, aux malades reçus le matin ; ils ne peuvent toucher de vivres que pour le lendemain; d'où la nécessité pour les surveillantes (ou sœurs) de se procurer des « vivres de réserve » par des régimes fictifs portés au cahier, si elles veulent éviter les réclamations que ne manqueraient pas de faire dans la presse politique les malades affamés.

2° S'arranger pour que le régime spécial des opérés pendant les premiers jours qui suivent l'opération puisse être institué réglementairement dès le premier de ces jours, ce qui est réglementairement impossible, le cahier établi le matin à la visite étant celui sur lequel on touchera les vivres le lendemain.

Mais apporter à ces questions une solution pratique n'est-ce pas beaucoup pour une administration d'après laquelle on n'a pas le droit d'entrer à l'hôpital — c'est à-dire d'être malade — si l'on a plus de 15 ans et moins de 16? A moins que les statistiques ne prouvent que pendant cette bienheureuse période de 365 jours (366 pour les années bissextiles) la morbidité soit absolument nulle.

Commencez par faire des règlements qui ne soient pas absurdes, et alors seulement vous aurez le droit de sévir contre quiconque les transgressera.

A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

De l'acromégalie.

C'est à M. le Dr Pierre Marie que revient tout entier le mérite de la découverte de cette nouvelle maladie pour laquelle il a proposé la dénomination d'*acromégalie*, mais que l'on désigne également, et à juste titre, sous le nom de *maladie de Marie*.

Ce n'est pas qu'avant 1886, date à laquelle fut publié le mémoire où cette affection nous était révélée, on ne connût dans la science de descriptions des phénomènes qui sont actuellement attribués à l'acromégalie, mais les faits auxquels celles-ci correspondaient, alors considérés comme de véritables curiosités, étaient restés confondus, sous des dénominations mal appropriées, avec des états plus ou moins analogues; il est donc permis d'affirmer que leur valeur purement rétrospective n'a été mise en relief qu'après la connaissance du travail de Marie, à dater duquel, au surplus, des publications, toutes confirmatives de l'autonomie de la nouvelle espèce morbide, ont commencé à se multiplier.

Parmi ces observations anciennes, exhumées, pour ainsi dire, à la suite de la découverte de Marie, nous nous contenterons de signaler : une relation clinique due à Saucerotte, d'autres appartenant à Verga et à Brigidi. On peut également rapporter sans contestation à l'acromégalie le cas de myxœdème publié en 1877 par M. Henrot. Il paraît en être de même en ce qui concerne l'histoire clinique qui fait l'objet du mémoire de Fritsche et Klebs.

Depuis, un nombre relativement considérable de publications ont été produites dans tous les pays sur cette affection; aussi, malgré sa rareté relative (il existe un peu plus d'une centaine d'observations aujourd'hui), ses particularités cliniques, aussi bien que les lésions anatomo-pathologiques qui la stigmatisent, sont-elles assez bien connues.

Nous citerons parmi ces travaux : en *France* ceux de Farge, Gouraud, Guinon, Surmont, Pinel-Maisonneuve,

Sollier, Spillmann et Haushalter, Balzer, Duchesneau, Brissaud, Hascovec; en *Angleterre*, ceux de Hadden, Silcock, Walds, Paget, Bury, Kantack, Waddel, Campbell, Boyce et Beadle, Whyte; en *Allemagne*, ceux de Virchow, Erb, Schültze, Ewald, Guerhardt, Mœbius, Mosler, Litthauer, Boltz, Bier, Pel, Fræntzel, Freund; en *Belgique*, ceux de Verstræten; en *Italie*, ceux de Sacchi, Groccu, Bignani, Tanzi, Deuti, Orsi, Bruzzi, Massalongo; en *Russie*, ceux de Shapownikov, Gorjatchew, Gajkienwiczi, Stembo; en *Amérique*, ceux de Adler, Saundby, Duller, Harris, Osborne, Graham, Hary, Packard, Dercum, Berkley, Moncorvo Dana, qui sont plus particulièrement consacrés à la description de faits cliniques.

Les études les plus importantes qui ont été entreprises sur l'anatomie pathologique sont dues à : Broca, Holsti, Marie, Marinesco, Claus et Van der Stricht.

Très peu de temps après la découverte de l'acromégalie, en 1890, Souza Leite publiait une thèse très complète où il exposait fidèlement l'état de nos connaissances à cette époque, et que suivait bientôt une revue générale de Guinon sur le même sujet.

Un travail statistique et critique considérable, basé sur 83 observations rassemblées dans la littérature, par Collins, et une étude didactique toute récente due à la plume autorisée de Rauzier, constituent les travaux d'ensemble les plus récents que nous possédions sur la question (1).

*
* *

L'acromégalie (ἄκρος extrémité, μέγας grand) est, selon la définition de Marie, une maladie caractérisée par « une hypertrophie singulière non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphalique ». On pourrait ajouter, pour compléter cette définition, que cette hypertrophie porte principalement sur les os des extrémités et sur les extrémités des os.

Les symptômes capitaux de l'acromégalie sont des signes purement *objectifs*. Sauf en des circonstances relativement rares, les malades ne se plaignent, en effet, d'aucun trouble fonctionnel, et la maladie se reconnaît par l'aspect des déformations qui ont une analogie telle chez les divers sujets qu'elles leur donnent une certaine ressemblance, et comme un *air de famille*, comme on l'a dit.

Ce sont ces *déformations* qui stigmatisent donc essentiellement l'acromégalie ; nous les exposerons en premier lieu pour passer ensuite en revue les troubles associés ou consécutifs que peut révéler l'examen des divers appareils organiques.

Les *déformations* méritent d'être étudiées quant à leur aspect et quant à la gêne qu'elles peuvent apporter à l'exécution de certaines fonctions : à la *tête* et en particulier à la *face* où elles sont les plus fréquentes, sinon les plus précoces, aux *membres supérieurs*, aux *membres inférieurs*, au *cou* et au *tronc*.

A la *tête*, la boîte osseuse du *crâne* lui-même est très rarement affectée. C'est tout au plus si l'on trouve signalé parfois l'excès de volume des apophyses mastoïdes, ou la saillie de certaines sutures, en particulier de la crête occipitale. Le plus souvent, c'est la *face* elle-même qui est prise et il en résulte des altérations très frappantes des traits du visage et parfois divers troubles fonctionnels assez spéciaux.

Le *front* est bas, les rebords orbitaires saillants, les *yeux* le plus souvent gros, au point de permettre la confusion avec le goître exophthalmique, — parfois, au contraire, petits ou enfoncés. Les *paupières* sont longues, épaisses et pigmentées. Le *nez* est constamment exagéré dans tous ses diamètres, en raison d'une hypertrophie qui porte sur toutes ses parties constituantes. Il est gros, camard, allongé néanmoins, et projeté en avant. Les *pommettes* sont saillantes, non pas en raison de l'exagération des os malaires, mais plutôt par suite de la dilatation de l'antre d'Highmore. La *bouche* offre peu de déformation de la lèvre supérieure, mais la lèvre inférieure, elle est énorme et renversée en bas et en dehors. La *langue* est massive, large et épaisse, sinon très longue. Son hypertrophie peut être telle, que la parole s'en trouve gênée, lourde, presque impossible par moments (Brissaud). Parfois même le malade en arrive à mordre sa langue en mangeant. La *voûte palatine* est élargie, le voile du palais et la luette présentent des dimensions plus grandes. Les *amygdales* sont souvent plus volumineuses, et dans un cas de Schültze elles étaient grosses comme des balles pour jouer à la boule. L'une des déformations de la face la plus caractéristique est la saillie extrêmement considérable du *maxillaire inférieur*, qui détermine par son développement un prognathisme très accusé. Il résulte de là que la face est comme allongée, au point que le menton, « au lieu de constituer, comme d'habitude, l'axe d'un ovale, est devenu l'axe d'une ellipse ». Il arrive aussi, en conséquence du développement extrême du maxillaire inférieur, que les deux mâchoires ne se correspondent plus, et que les dents de la mâchoire supérieure sont distantes d'un ou deux travers de doigt de celles de la mâchoire inférieure (22 mm. de distance ont été notés par Ellinwood entre les deux mâchoires) (1).

A cet égard, Marie a rapporté une observation singulière et très frappante recueillie en Amérique. Le sujet dont il s'agit, étant devenu incapable de mâcher en raison de la production de ce manque de concordance entre ses arcades dentaires, eut recours à un dentiste qui arracha les dents de la mâchoire inférieure, et les remplaça par une pièce placée en arrière, au niveau des dents supérieures. Bientôt, la saillie du maxillaire inférieur poursuivant son évolution hypertrophique, le dentiste dut reculer l'appareil prothétique. Une troisième fois, enfin, il fit l'avulsion des dents supérieures pour les remplacer par un râtelier correspondant au râtelier inférieur ! Les *dents* ne subissent pas d'hypertrophie dans ces cas, mais sont écartées les unes des autres en raison du développement de l'os. Les *oreilles* sont également atteintes et toutes leurs dimensions sont accrues.

Quand ce ne sont pas les troubles de la *mastication* ou

(1) Bibliographie. — La littérature complète de l'acromégalie, jusqu'à l'année 1893, est exposée dans le travail de Collins, que nous indiquons ci-dessous et auquel nous renvoyons pour tous les travaux (au nombre de 120 environ) antérieurs à 1893.

Collins. Acromegaly, *The Journal of Nervous and Mental diseases*, 1893, nos 1 et 2, p. 139. — Claus et Van der Stricht, Etude anatomique et clinique sur l'acromégalie, Gand, 1893. — Hascovec, Note sur l'acromégalie, *Revue de médecine*, 1893, p. 237. — Weiss, Un cas d'acromégalie, *Société des médecins de Vienne*. 17 février 1893. — Whyte. A case of acromegaly, *The Lancet*, mars 1893, p. 642. — Dercum, Two cases of acromegaly, *The American journal of the medical Sciences*, mars 1893, p. 268. — Brissaud, Un cas d'acromégalie, *Revue Neurologique*, 15 mars 1893, nos 3 et 4, p. 55. — Rieder, Un cas d'acromégalie, *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1893, n° 20, p. 391. — Churcha et Hessert, Acromégalie, *Medical Record*, 6 mai 1893, n° 1074, p. 545. — Moncorvo, Sur un cas d'acromégalie chez une enfant de 14 mois, Rio-de-Janeiro, 1893. — Boyce et Beadle, Pathologie du corps pituitaire, *The journal of Pathology*, Londres, 1893, p. 359. — Waddel. Note sur un cas de tumeur pituitaire, *The Lancet*, 22 avril 1893, p. 921. — Rauzier, De l'acromégalie, *Nouveau Montpellier Médical*, 1893. — Valat, Une acromégalique, *Gazette des Hôpitaux*, 9 novembre 1893, n° 128, p. 1209. — Ch. Danas, On acromegaly and gigantism, with unilateral facial hypertrophy, *The Journal of Nervous and mental disease*, novembre 1893, n° 11, p. 725.

(1) Bien que le prognathisme puisse être considéré comme une déformation presque constante, il n'a pas été rencontré par Whyte dans le cas d'acromégalie qu'il a rapporté.

de la *parole* qui font remarquer au sujet l'anomalie dont il souffre, c'est parfois à propos de ses coiffures qui deviennent trop étroites qu'il en est prévenu.

L'ensemble des caractères que nous avons passés en revue donne au visage du malade l'aspect particulier que l'on appelle « facies acromégalique », et qui, à lui seul, permet presque d'établir le diagnostic.

Aux *membres supérieurs*, ce sont les *mains* qui souffrent le plus du fait de la maladie. Le signe le plus spécial qu'elles présentent est qu'elles deviennent larges et épaisses sans que leur longueur se modifie en proportion. Il s'agit de ce que l'on appelle vulgairement des *mains en battoir*. Si l'on examine en particulier chacun des doigts, on constate que les dimensions en longueur du bout à sa base sont conservées, mais que les segments sont gros et courts, « doigts en saucisse ». La circonférence du pouce atteignait 12 centimètres dans un cas de Lombroso. Le développement des ongles n'est pas proportionné à celui des doigts. Ils restent courts et aplatis, chétifs et comme écrasés par les bourrelets charnus qui les entourent (Rauzier). La partie métacarpienne de la main est large, les éminences thénar et hypothénar y forment des saillies en bourrelet, donnant l'aspect qu'on a appelé : main capitonnée. Le poignet reste au contraire mince, relativement, et l'avant-bras et le bras, sauf en des cas exceptionnels, ne participent pas à l'hypertrophie. Celle-ci est d'habitude symétrique, mais néanmoins offre parfois une légère prédominance d'un côté et en particulier du côté droit.

C'est parfois par des troubles fonctionnels assez spéciaux du côté des doigts que se manifestent les premiers signes de la maladie, et ces troubles acquièrent un grand intérêt en ce qu'ils établissent le début non congénital de la maladie. C'est ainsi que la malade de Brissaud fut obligée de se servir successivement d'une série de dés à coudre, de calibre de plus en plus fort. Chez d'autres sujets, ce sont les bagues, les gants qui deviennent trop étroits. En dehors de cela, la gêne fonctionnelle qui résulte de ces dimensions extrêmes des membres est purement mécanique. Tous les mouvements sont exécutés aisément, sauf ceux qui exigent quelque minutie. Parfois, les malades accusent des sensations d'engourdissement ou le phénomène du doigt mort.

Les caractères que l'on retrouve aux *pieds* sont tout à fait analogues. Ceux-ci sont gros, élargis, épaissis, tout en conservant à peu près leur longueur normale. C'est ici, aussi, le volume des orteils et celui de la plante qui est augmenté, alors que les chevilles, le cou-de-pied, la jambe et la cuisse ne présentent pas de déformations appréciables. Les sillons, comme les saillies, sont accentués; parmi les orteils, c'est le gros orteil qui montre le volume le plus considérable. Le talon est également prodigieusement hypertrophié. Parfois, les malléoles sont grosses et les condyles du fémur saillants, mais leurs dimensions extrêmes ne sont jamais comparables aux énormes déformations du pied.

Le *cou* est court et gros; on l'a vu atteindre la circonférence de 47 centimètres. On y constate souvent des engorgements ganglionnaires, et, fait particulièrement important, une diminution du volume du *corps thyroïde*. D'autre part, à la partie inférieure, on détermine souvent une zone de matité rétro-sternale qui paraît être en rapport avec la persistance du *thymus*.

Presque constamment, il existe du côté du *tronc* une déviation de la colonne vertébrale, une véritable cyphose plus ou moins marquée. La tête est penchée en avant, enfoncée entre les deux épaules, le dos rond. On observe, en même temps, une voussure de la partie supérieure du dos. La cyphose est cervicale inférieure et dorsale supérieure, et n'intéresse pas la partie inférieure de la colonne vertébrale. La scoliose et la lordose ont été signalées, moins constamment, toutefois, que la cyphose. Le *thorax* est très déformé, son diamètre antéro-postérieur est augmenté aux dépens du diamètre transversal, sa partie sternale étant projetée en avant. Les côtes sont plus larges, plus épaisses, leurs angles émoussés, les cartilages costaux sont ossifiés; les clavicules sont plus grosses, leurs courbures plus accentuées. Le sternum est élargi et épaissi, parfois bombé. Il résulte, d'une part, de la voussure postérieure, d'autre part de la projection thoracique antérieure, que les malades rappellent jusqu'à un certain point l'aspect de Polichinelle. D'après Marie, tout au moins, le fameux bouffon italien était vraisemblablement un acromégalique.

En même temps que ces déformations, on peut observer un certain nombre de troubles du côté des divers appareils. Le SYSTÈME NERVEUX en particulier est rarement indemne. Dans la sphère *intellectuelle*, un certain nombre d'observations récentes signalent, non seulement une tendance à la tristesse, mais de véritables accès de mélancolie, allant rarement toutefois jusqu'à la stupeur, mais ayant parfois entraîné des impulsions au suicide. Il est noté généralement que ces malades sont découragés, même quand ils ne sont pas tourmentés par la *céphalalgie*. Ce dernier symptôme, qui paraît en relation avec le développement de la tumeur que constitue le corps pituitaire hypertrophié chez le plus grand nombre de ces malades, est assez fréquent. Il consiste en des douleurs de tête très vives et continues, suffisant parfois pour entraîner de l'insomnie persistante, s'exaspérant par la chaleur et par le décubitus horizontal. C'est souvent à propos de cette céphalée que les malades sollicitent les conseils des médecins, plutôt que pour leurs déformations.

Il est rare qu'il existe d'autres phénomènes du côté de la *sensibilité subjective*, sinon des douleurs vagues, mal caractérisées, siégeant dans la continuité des membres, des sensations d'engourdissement, l'impressionnabilité au froid. Quant à la *sensibilité objective*, elle est toujours respectée en ce qui concerne tout au moins la sensibilité générale, et les divers sens *spéciaux* du goût, de l'olfaction et de l'audition. On connaît en effet un certain nombre de cas dans lesquels il existait des troubles de la *vue;* ceux-ci, qui sont ordinairement précédés, alors, ou accompagnés de la céphalée que nous venons de mentionner, paraissent déterminés, comme celle-ci, par la compression exercée sur le chiasma par l'hypertrophie du corps pituitaire. Parfois il s'agit alors d'amblyopie par stase papillaire pouvant aller jusqu'à la cécité par atrophie papillaire. Dans d'autres cas, et le trouble est alors plus caractéristique, on constate (Schulze, Boltz, Packard) de l'hémianopsie bitemporale ou unilatérale.

La *motilité* est presque toujours indemne. Parfois même la force musculaire est accrue dans des proportions notables; d'autres fois au contraire les malades se plaignent de faiblesse et d'anéantissement. Quant à la nutrition des muscles, elle ne semble pas univoque; et si dans certains cas ceux-ci sont normaux, on les a vus aussi tantôt atrophiés, tantôt hypertrophiés. Aussi bien les *réactions électriques* ne sont-elles pas modifiées.

Il en est de même des *réflexes tendineux* qui sont toujours conservés, sauf en cas de complications, ou d'associations morbides.

L'APPAREIL GÉNITAL est presque constamment intéressé. Il existe chez l'homme une augmentation très notable du volume de la verge, les testicules pouvant, soit s'hypertrophier, soit s'atrophier. Mais, en même temps, presque toujours il y a diminution des désirs et de la puissance sexuelle. Chez la femme, en outre de l'augmentation de volume de l'urèthre, du clitoris, et de l'allongement du

vagin, on note, dans la plupart des cas, des troubles de la menstruation. L'irrégularité, puis l'arrêt des règles ont marqué fréquemment le début de la maladie, au cours de laquelle l'aménorrhée est presque constante.

Si l'on en excepte l'augmentation de volume du *larynx*, et des troubles consécutifs de la *phonation*, plus appréciables chez la femme, car il en résulte une voix masculine, on peut dire qu'il n'existe pas de troubles de l'APPAREIL RESPIRATOIRE.

L'APPAREIL DIGESTIF ne présente pas de modifications très importantes. On a noté, il est vrai, de la polyphagie et de la polydypsie, mais ces malades sont souvent glycosuriques. La dilatation de l'estomac, la gastrophose et l'entéroptose ont été signalées.

Du côté de la CIRCULATION, les phénomènes sont inconstants : c'est l'hypertrophie du cœur, d'une part, la dilatation des vaisseaux (hémorrhoïdes, varices) qui se montreraient surtout. L'examen du sang (Marie et Marinesco), a montré une diminution des globules rouges et de la quantité d'hémoglobine, et chez une malade, arrivée à une phase avancée de la maladie, une augmentation du nombre des globules blancs.

Quant aux *glandes vasculaires* sanguines, il existerait presque constamment une survivance, sinon une reviviscence du *thymus*, en même temps qu'une hypertrophie du *corps pituitaire*, et une diminution de volume du *corps thyroïde*.

La *peau* est généralement assez pigmentée, revêtant une teinte brune tirant sur l'olive, et accusée surtout au niveau des paupières supérieures. Les *poils* et les *cheveux* sont rudes et épais, la *sécrétion sudorale* est souvent augmentée, et la moindre fatigue entraîne des sueurs profuses. On a remarqué, dans plusieurs cas, une abondante production de *molluscums pendulums*.

La *sécrétion urinaire* est rarement normale : ses modifications portent surtout sur la quantité qui est augmentée (polyurie); un léger degré d'albuminurie, de la peptonurie, de la glycosurie alimentaire, des crises de phosphaturie enfin ont été rapportées.

*
* *

Le *début* de la maladie est toujours très difficile à apprécier; toutefois certaines remarques des malades, la comparaison de leurs photographies à différents âges ont permis d'établir que l'affection n'est pas congénitale, et se montre d'ordinaire à l'âge adulte, entre 18 et 25 ans. En raison chez la femme de la valeur séméiologique de la suppression des règles, on a pu se baser sur son apparition pour en inférer l'époque du commencement des accidents. Ce sont chez les hommes des gênes fonctionnelles d'ordre divers, étroitesse des bagues, des gants, des souliers, des coiffures, gêne de la mastication, troubles dans le jeu d'instruments de musique, etc., qui permettront parfois de remonter à l'origine des manifestations.

L'acromégalie *progresse* ensuite très lentement, subissant parfois des périodes d'arrêt, relativement longues. Une malade observée par Whyte est restée trois ans stationnaire. La *durée de la maladie* est, par suite, extrêmement lente, de 20 à 30 ans. La *mort* peut survenir, soit par une sorte de cachexie progressive, soit en conséquence des signes graves d'une tumeur cérébrale, soit subitement et sans qu'on puisse alors déterminer la cause de l'issue fatale, soit enfin à l'occasion d'une maladie infectieuse intercurrente.

Le *pronostic*, s'il n'est pas immédiatement grave *quoad vitans*, est néanmoins des plus sévères, non seulement en raison de l'incurabilité de l'infirmité réalisée par les déformations, mais encore par suite de l'état de dépression mentale, dont s'accompagne la maladie, enfin en raison de l'imminence de la mort subite, à laquelle on devra toujours songer.

*
* *

En dépit de l'apparence si spéciale de ces symptômes, l'acromégalie avait été, comme on l'a vu, confondue avec des états plus ou moins analogues. Il importe donc de savoir en établir le *diagnostic différentiel*, ce qui contribuera, de plus, à confirmer l'autonomie de la maladie.

De même que l'acromégalie, le *myxœdème* est caractérisé par une augmentation de volume portant surtout sur la face et sur les extrémités des membres. Toutefois, le gonflement dans le myxœdème est évidemment dû à l'infiltration du tissu sous-cutané : la face *lunaire*, du myxœdème, bouffie uniformément, diffère du visage *anguleux* et déformé de l'acromégalique. Il n'existe enfin, dans le myxœdène, ni cyphose, ni prognatisme, ni hypertrophie de la langue.

La *maladie osseuse de Paget* se rapprocherait plutôt par ses déformations de la maladie de Marie. Dans cette variété d'ostéite, néanmoins, les déformations de la tête sont presque exclusivement dues à des altérations des os du crâne, alors que dans l'acromégalie c'est au contraire la face qui se modifie, le crâne lui-même demeurant presque indemne. Dans l'ostéite, ce sont d'autre part les os *longs* des membres qui sont atteints plutôt que ceux des extrémités. Ceux-ci, enfin, sont affectés, dans la maladie de Paget, d'hyperostoses qui déterminent presque toujours des courbures, altérations qu'on n'observe jamais dans l'acromégalie.

Marie a montré que le *gigantisme* consistait plutôt dans la simple exagération d'un processus normal, que dans un état pathologique. Il apparaît dans le jeune âge, et l'augmentation des diverses parties du corps y est parallèle, aboutissant à faire des individus bien proportionnés, contrairement à ce qu'on voit dans l'acromégalie qui offre des signes pathologiques et des disproportions considérables. Dans deux cas rapportés par Dana, l'acromégalie se serait développée chez des géants professionnels.

Dans la *leontiasis ossea* de Virchow, il existe, à la vérité, des déformations considérables de la face, mais outre qu'alors les membres ne sont pas hypertrophiés, il s'agit dans ce cas d'*hyperostoses* variablement distribuées sur le crâne et la face, qui entraînent des difformités bien différentes par leurs *irrégularités* de la déformation caractéristique de l'acromégalie.

Il serait bien exceptionnel que le *rhumatisme chronique*, que le *rachitisme*, pussent simuler la maladie de Marie, en raison de l'immunité de la face dans ces cas, et des déformations très particulières et surtout articulaires dont s'accompagnent ces maladies.

Nous en dirons autant de l'*éléphantiasis*, dont le diagnostic a néanmoins été établi par nombre d'auteurs. Sa rareté dans nos pays, l'étendue du gonflement qui le caractérise au corps, et non pas seulement aux extrémités mêmes des membres, les signes de l'œdème qui le constituent enfin, ne sauraient longtemps prêter à l'erreur.

En somme, la confusion n'est guère possible qu'alors qu'on est en présence de cette autre affection singulière, différenciée, elle aussi, par Marie, sous le nom d'*ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique*. Et, en réalité, cette confusion aurait été déjà faite, puisque que certaines observations publiées sous le titre d'acromégalie (Erb, Gouraud) devraient, selon Marie, être plutôt rapportées à cette affection nouvelle. Celle-ci, qui survient à la suite de désordres pulmonaires prolongés, se distingue par les signes suivants. Les mains y sont grosses, mais non pas

camardes comme dans l'acromégalie, les doigts sont plus longs et renflés en baguette de tambour. Les ongles, indemnes dans l'acromégalie, y sont énormes, ainsi que les poignets. Les paumes des mains sont au contraire intactes. Il existe alors, enfin, une cyphose dorso-lombaire, et non pas cervico-dorsale. En dernier lieu, la face dans l'ostéo-arthropathie n'a rien d'anormal, non plus que la langue. Il est donc possible de ne pas faire l'erreur, pour peu qu'on tienne compte de ces différences vraiment essentielles.

***

Bien que l'*anatomie pathologique* de l'acromégalie ne repose encore que sur un assez petit nombre d'autopsies, il est néanmoins permis d'affirmer, en se fondant sur les résultats de ces examens, que l'acromégalie est une entité morbide, distincte au point de vue anatomo-pathologique, comme nous avons reconnu déjà qu'elle l'était au point de vue clinique.

Nous passerons successivement en revue les lésions qu'on a décrites du côté : 1° du squelette; 2° des glandes vasculaires sanguines; 3° du système nerveux; 4° des divers appareils, en nous fondant en particulier sur les recherches de Broca, Holsti, Marie et Marinesco, Claus et Van der Stricht.

1° Les altérations du *squelette* (Broca) montrent : au *crâne* et à la *face*, une dilatation anormale des cavités des différents sinus, avec amincissement de leurs parois, et un élargissement considérable de la selle turcique. Les vertèbres, les côtes, les clavicules, les omoplates, les os iliaques sont hypertrophiés. Aux *membres*, on constate l'augmentation de volume des petits os, et le développement des extrémités des os longs; enfin, sur ceux-ci, l'hypertrophie des insertions musculaires et des tubérosités normales.

Au point de vue de leurs modifications de *structure*, les os présentent une augmentation générale du tissu spongieux, avec dilatation marquée des orifices vasculaires. L'examen histologique pratiqué sur le gros orteil, a fait voir à Marie et Marinesco l'existence d'un double processus parallèle de résorption centrale et d'ostéogenèse active périphérique. A cette dernière production, prennent part le périoste et le cartilage articulaire qui y aboutissent par leurs procédés d'ossification normaux, tandis que les cellules spéciales de la moelle (ostéoplastes) paraissent, au contraire, être les agents de la résorption.

2° L'hypertrophie du *corps pituitaire* a été jusqu'ici constatée dans toutes les autopsies d'acromégalie. Aussi, cette constance de l'altération, de même que les caractères particuliers qu'affecte l'hypertrophie de l'organe, ont-ils attiré sur ce point spécial l'attention des pathologistes, dont un grand nombre ont placé dans la lésion du corps pituitaire le substratum anatomique de la maladie.

Le corps pituitaire forme, dans ces cas, une tumeur d'un volume variable, grosse environ comme un œuf de pigeon, d'autres fois comme une pomme d'api. Sa surface est irrégulière, hérissée de petits nodules ; sa consistance inégale, ferme par endroits, friable en d'autres. Sur des coupes, pratiquées après durcissement, l'hypophyse présente les modifications suivantes. Son enveloppe est épaissie par la formation d'un tissu fibreux qui envoie dans la profondeur de la glande des lamelles circonscrivant des espaces où l'on retrouve, comme normalement, les formations glandulaires. Mais celles-ci, si elles rappellent, par leur structure générale, l'aspect des alvéoles glandulaires, en diffèrent notablement néanmoins, car on n'y retrouve plus les cellules normales caractéristiques. A leur place, et remplissant les mailles formées par la disposition imbriquée des lamelles fibreuses sus-indiquées et des vaisseaux, on voit de nombreuses cellules, variables d'aspect et de forme. Un grand nombre de ces éléments sont nécrosés, d'autres ont des noyaux bourgeonnants (mégacaryocytes). En somme, l'hypophyse a perdu, complètement ou non, selon le degré de la lésion, sa structure normale glandulaire, et s'est transformée en une sorte d'organe lymphoïde. Il semble que l'évolution de ce processus reconnaisse les phases suivantes : d'abord, hyperplasie simple des éléments constituants, tissu conjonctif et cellules, ensuite, dégénération du parenchyme seul aboutissant à la nécrose et à la liquéfaction, enfin substitution aux parties détruites d'un tissu nouveau de nature *adénoïde*, dont l'apparition a peut-être précédé la mort du tissu parenchymateux et y a contribué.

Le *corps thyroïde* est généralement atrophié ; l'atrophie porte sur tous les lobes de la glande. Histologiquement, sa charpente conjonctive est devenue plus épaisse ; les éléments glandulaires montrent par places, tantôt de l'atrophie, tantôt de l'hypertrophie. Leur cavité est alors occupée, ou par de la substance hyaline ou colloïde, ou par des cristaux, dont certains, au moins, paraissent provenir du sang (Marie et Marinesco). Il existe, en somme, un processus hypertrophique pour certains follicules, atrophique pour d'autres; ce qui peut expliquer les variations de volume du corps thyroïde notées en clinique. Claus et Van der Stricht ont décrit, de plus, des formations lymphoïdes, disséminées dans la charpente fibreuse, et analogues au tissu nouvellement formé qu'ils ont vu dans le corps pituitaire.

Ces mêmes auteurs ont également signalé dans les *ganglions lymphatiques* du cou la présence de diverses altérations : uniformité de la structure, disparition des follicules lymphoïdes, présence de plusieurs variétés de globules blancs, et en particulier de mégacaryocytes et polycaryocytes, en voie de chromatolyse. Les *amygdales* présentent de la sclérose avec disparition des follicules. La *rate* est hypertrophiée, sa capsule et son système trabéculaire épaissis, et sa pulpe, dont le tissu réticulé est indemne, contient un grand nombre de globules rouges, dont certains en voie de destruction, d'où la pigmentation excessive de l'organe tout entier.

3° Le *système nerveux* central, cerveau, bulbe et moelle, ne présente pas de lésions caractéristiques, mais il en existe du côté du système *grand sympathique*. D'après Marie et Marinesco, c'est le ganglion cervical inférieur qui offre les lésions les plus marquées. Il présente une sclérose interstitielle d'origine vasculaire, considérable, qui a pour conséquence l'altération des cellules et des fibres nerveuses. Dans le *nerf optique* et la rétine, il y a, le même, hyperplasie du tissu conjonctif de la gaine, prolifération névroglique et atrophie des fibres nerveuses. La *peau* offre un épaississement modéré de l'épiderme et de la couche de Malpighi, avec une hypertrophie considérable du derme, dont les fibres conjonctives et élastiques sont augmentées de nombre et de volume, en même temps que leur épaisseur est traversée par des capillaires néoformés. Certains *muscles*, ceux de la nuque en particulier, offrent les lésions de l'atrophie et de la sclérose. Leurs noyaux prolifèrent abondamment, et le sarcoplasma subit des dégénérations vacuolaires et granulo-graisseuses. La *langue* présente, elle aussi, des altérations analogues de ses muscles. Mais ce qui domine dans cet organe et ce qui lui donne ses proportions monstrueuses, c'est surtout l'hypertrophie de toute sa charpente fibreuse.

4° En ce qui concerne les lésions du *cœur* et des gros vaisseaux, on constate seulement, du côté de ceux-ci, de l'hypertrophie concentrique et excentrique, portant sur les tuniques externe et interne, respectant la tunique

moyenne. Le *foie* présente un certain degré d'atrophie et de dégénérescence glandulaire de ses éléments parenchymateux. Claus et Van der Stricht ont constaté dans son tissu inter-lobulaire une légère infiltration du même tissu lymphoïde déjà observée dans d'autres organes. Le *rein* est atteint des lésions de la néphrite mixte chronique; sclérose modérée et diffuse des deux substances corticale et médullaire, et lésions parenchymateuses des tubes contournés, des anses de Henle et des tubes collecteurs.

*
* *

Les notions *étiologiques* que nous possédons sur l'acromégalie sont des plus obscures. Les influences *héréditaires* ne semblent pas jouer de rôle évident, encore que, pour certains auteurs, l'acromégalie reconnaisse une origine névropathique. Les *climats*, les *races* ne paraissent indiquer aucune prédilection. La maladie est presque aussi fréquente chez l'*homme* que chez la *femme*, et il est impossible d'attribuer aucune valeur à l'influence du *sexe*.

L'*adolescence* ou même l'*âge adulte* (de 20 à 40 ans) est l'époque habituelle du début de l'affection; il n'existe jusqu'ici qu'un seul cas (Moncorvo) où cette maladie aurait débuté dans l'enfance.

Les auteurs signalent un certain nombre de causes dites *occasionnelles*, telles que : les influences morales dépressives, ennuis, peines, le traumatisme, le refroidissement, le rhumatisme, la goutte, toutes influences banales et sur lesquelles il est inutile d'insister. Ajoutons qu'on a invoqué sans motifs concluants l'action de diverses *maladies infectieuses* : la syphilis qui a été rencontrée dans quatre observations, la fièvre intermittente, la scarlatine.

*
* *

Sinon en se basant sur ces données étiologiques incertaines, du moins en invoquant les notions fournies par l'anatomie pathologique, et en faisant valoir diverses considérations d'analogie avec d'autres maladies trophonévrotiques, on a pu invoquer diverses hypothèses pour tenter d'interpréter la pathogénie de l'acromégalie.

I. — La *persistance du thymus* a d'abord fait d'abord supposer à Klebs que l'acromégalie résulte d'un développement anormal du système musculaire, dû à la continuation de la formation de germes angioblastes dans les petits vaisseaux du thymus. Il est certain, ainsi que l'objectent Marie et Marinesco, que nous ne savons rien de positif sur la physiologie du thymus, que surtout d'autres affections s'accompagnent de l'hypertrophie de cet organe sans qu'il se produise aucun symptôme analogue à ceux de l'acromégalie, qu'enfin la caractéristique de cette dernière affection ne réside ni dans une hypertrophie excessive des muscles, ni dans une extrême vascularisation.

II. — S'agit-il, selon l'opinion de Freund et Verstræten, des résultats d'une inversion dans la vie génitale, dont le fonctionnement aurait subi, à l'exemple de ce qui se passe dans l'infantilisme ou le gigantisme, des modifications variables? Ces auteurs l'ont soutenu en se fondant sur la constance et la précocité des troubles génitaux dans l'acromégalie. Nous objecterons que, tout d'abord, les désordres de ce genre ont manqué dans quelques cas; que, de plus, les caractères des lésions acromégaliques sont, non pas ceux d'un arrêt ou d'une déviation de l'évolution, mais ceux d'un véritable processus pathologique.

III. — Un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels Recklinghausen, Holschewnikow, font de l'acromégalie une maladie appartenant à la souche névropathique.

L'absence d'hérédité nerveuse, le peu de portée des altérations du système nerveux central, le caractère de lésions secondaires que revêtent les altérations des nerfs périphériques, sont autant de raisons, en dehors de l'absence d'un fait positif, qui nous paraissent s'opposer à l'adoption de cette manière de voir.

IV. — La théorie proposée par M. Marie consiste à admettre qu'il s'agit dans l'acromégalie d'une sorte de *dystrophie* par *auto-intoxication*, résultant de ce que le corps pituitaire lésé ne neutraliserait plus certaines substances dont la rétention consécutive dans l'organisme aurait une influence délétère sur le système nerveux.

L'acromégalie serait ainsi assimilable à cet égard jusqu'à un certain point au myxœdème. Cet auteur base son hypothèse sur les considérations suivantes : Constamment le corps pituitaire a été trouvé hypertrophié dans l'acromégalie, le rôle du corps pituitaire a pour effet, entre autres, de produire une hypertrophie compensatrice du corps thyroïde. Or, Rogowitsch admettant que ces deux glandes sont destinées à neutraliser des substances toxiques, « l'accumulation de ces substances dans les extrémités produirait, en raison d'une prédisposition spéciale, une irritation continuelle dont l'équivalent serait cette hyperplasie du tissu osseux et des autres espèces de tissus conjonctifs. » (Marie et Marinesco.)

On peut soutenir, pensons-nous, à l'encontre de cette conception, que les auteurs ne proposent, du reste, qu'avec d'expresses réserves, les arguments suivants : d'une part, il existe dans la science un assez grand nombre de cas où l'on a constaté à l'autopsie des tumeurs et des destructions du corps pituitaire sans que, pendant la vie, il eût existé de symptômes d'acromégalie; d'autre part, les expériences fort bien conduites de Marinesco (1), confirmées ultérieurement par Vassale et Sacchi (2), ont établi que la destruction du corps pituitaire chez les animaux, si elle déterminait à la vérité la mort par cachexie, au bout d'un certain temps, ne s'accompagnait pas des troubles si spéciaux de l'acromégalie. Aussi n'est-il pas démontré que l'hypertrophie du corps pituitaire, loin d'intervenir ici à titre de cause efficiente, n'est pas très banalement analogue aux diverses autres augmentations d'organes, déterminées par la macrosomie et ne figure par suite que l'une de ses conséquences vulgaires.

*
* *

Divers modes de *traitement* ont été préconisés, tant contre la maladie elle-même que contre les divers accidents qui sont susceptibles de l'accompagner.

La céphalée pourra être combattue par les moyens habituels ainsi que les douleurs des membres et on prescrira à cet effet les opiacés, l'antipyrine : l'insomnie sera traitée par le chloralose et le sulfonal.

La plupart des médicaments proposés pour modifier la dystrophie se sont montrés peu efficaces, tels les iodures, le fer, l'argent, le phosphore. L'arsenic paraîtrait avoir entraîné quelques modifications favorables. On pourra, à l'exemple de M. Brissaud, combattre la dépression intellectuelle, l'état d'apathie du malade à l'aide de l'hydrothérapie. Les préparations toniques seront indiquées en tout cas.

Paul Blocq.

(1) Marinesco, De la destruction de la glande pituitaire chez le chat, *Société de biologie*, 11 juin 1892.

(2) Vassale et Sacchi, Sulla destruzione della ghiandula pituitaria (*Rivista sperimentale di freniatra*, 1892, 11. 3 et 4.

TRAVAUX ORIGINAUX

Œdèmes aigus essentiels localisés sans phénomènes généraux, par GEORGES ETIENNE, ancien interne des hôpitaux de Nancy.

Sous le nom d'*œdèmes aigus rhumatismaux*, Monneret, Ferrand, Fernet, Davaine, Lelong, Kirmisson, Comby, Testelin, Quincke, Dinkelacker, ont décrit et réuni des lésions de nature probablement différente; Chuffart, dans sa thèse d'agrégation (1886), leur consacre un important chapitre dans lequel il condense tous les documents épars sur la question.

Bon nombre des observations publiées ne sont que des cas d'érythème polymorphe primitif ou symptomatique. D'autres observations se rapportent à des cas complexes, (Testelin, Vulpian, Davaine, Chuffart), dans lesquels l'œdème aigu est observé concurremment avec des douleurs rhumatismales, des angines, des névralgies. Dans les cas de Strubing, Falcone, Osler, Collins, ces œdèmes sont accompagnés de symptômes graves, de troubles digestifs, de phénomènes cérébraux; des hémorrhagies multiples avec purpura ont emporté les malades de Kugner et Binet; ces faits semblent se rapporter bien plutôt à un complexus morbide général compliqué de manifestations cutanées, ou à une affection cutanée compliquée de phénomènes gastriques.

Mais, parfois ces œdèmes aigus peuvent se produire en dehors de toute manifestation infectieuse actuelle. Ce fait s'observe chez les arthritiques. C'est alors qu'ils méritent bien le nom d'*œdème aigu essentiel*.

Ces cas sont rares; aussi avons-nous pensé qu'il pourrait être intéressant de rapporter ici une observation que nous avons pu suivre dans ses diverses phases.

OBSERVATION. — X..., étudiant, 24 ans, issu d'un père asthmatique et d'une mère migraineuse.

Bonne santé habituelle, tempérament neuro-arthritique. A eu plusieurs attaques de lumbago et des migraines d'intensité légère et espacées; angine chronique granuleuse.

Jamais de rhumatismes articulaires; est sujet à des éruptions d'herpès labial; porte depuis plusieurs années quelques placards d'eczéma nummulaire chronique.

Lorsqu'il est soumis à l'action du froid humide, en automne surtout, il voit souvent apparaître sur les parties exposées à l'air, et particulièrement à la face dorsale de la main, aux poignets et au visage, brusquement, sans signes prémonitoires, des papules très prurigineuses d'urticaire ortié, qui durent quelques instants et disparaissent très rapidement sans laisser de trace. Cette éruption n'a jamais été accompagnée d'aucune modification de l'état général.

Le 25 janvier 1891, à 3 heures de l'après-midi, il s'aperçoit, par hasard, de la présence d'un œdème considérable du prépuce, entourant le gland, normalement découvert, d'un bourrelet développé surtout sur les parties latérales, beaucoup moins marqué de chaque côté du frein.

L'œdème est mou, blanc, transparent, uniforme, garde l'empreinte du doigt. Ce phénomène n'est accompagné que d'une légère sensation de pesanteur, mais qui augmenta un peu dans la soirée.

Pas d'œdème des bourses, des paupières; il n'existe aucune plaque œdémateuse cutanée.

Absence de tout ganglion enflammé dans l'aine.

A 8 heures du soir, l'œdème a presque disparu; la peau, un peu flétrie, est seulement légèrement transparente.

A minuit, il n'y parait plus rien; et le lendemain, à 8 heures du matin, tout est complètement rentré dans l'ordre.

Cet œdème s'est produit spontanément, sans qu'aucune cause locale appréciable puisse être invoquée. Pas de cause mécanique: coït, frottement, contusion; pas de corps étranger sous le prépuce. Pas d'herpès préputial, de balanite, de varicocèle; le sujet n'a eu à supporter aucune fatigue exceptionnelle ou marche exagérée.

Les urines n'ont jamais renfermé trace d'albumine; jamais le moindre signe de brightisme.

Cet œdème n'est certainement lié à aucune affection rénale ou cardiaque; il est impossible de le confondre avec l'œdème hystérique, essentiellement constitué par un gonflement dur, bleuté, existant d'une façon diffuse sur un membre ou un segment de membre paralysé et anesthésié, tenace, permanent, avec des alternatives de diminution ou d'exagération.

Son évolution aiguë le distingue également très nettement, au point de vue clinique tout au moins, *des œdèmes chroniques* liés à la diathèse arthritique décrits par le professeur Verneuil et sur lesquels M. Desnos (1) a de nouveau attiré l'attention.

La nature *des œdèmes aigus essentiels* est discutée dans une revue générale de la *Gazette des hôpitaux* (2); Courtois-Suffit tend à les confondre avec une forme anormale d'urticaire, *l'urticaire œdémateuse* de Hardy. C'est une conception séduisante quand on rapproche des caractères relevés dans ces observations d'œdème essentiel la description clinique donnée par Hardy (3): « Quelquefois il existe une tuméfaction œdémateuse qui laisse l'empreinte du doigt par la pression et qui occupe une certaine étendue; cette variété, que j'appelle urticaire œdémateux, est observée surtout dans les régions où la peau est doublée d'un tissu cellulaire lâche, c'est-à-dire à la face et principalement aux paupières, aux mamelles chez la femme, aux parties génitales chez l'homme. Dans cette forme, la peau est souvent pâle et le gonflement est produit par un œdème ordinaire. Quelquefois, cependant, on voit sur la partie gonflée quelques élevures de véritables urticaires ou, du moins, il y en a eu momentanément au début de la tuméfaction. »

En 1876, Milton avait décrit déjà cette variété sous le nom d'*urticaire géante* (4) en insistant sur ses apparitions capricieuses et fugaces, et sur le picotement et le prurit qu'elles provoquent.

Dans un travail publié en 1886 sur *l'œdème aigu et l'urticaire arthritique*, Salles identifiait lui aussi les deux affections; Thibierge est du même avis. Peut-être est-ce aussi à l'urticaire œdémateuse qu'il faut rapporter l'œdème aigu pseudo-phlegmoneux de Guyon, Kirmisson et Testelin.

Cependant, en 1888, Osler signale l'association indépendante de l'œdème aigu et de l'urticaire; la même année, Riehl établit encore plus nettement la distinction entre les deux maladies; enfin Brocq, dans son *Traité des maladies de peau* (1890), déclare nettement que ces œdèmes ne peuvent se confondre avec l'urticaire, dont ils n'ont ni la blancheur centrale, ni le prurit, ni la cuisson.

La distinction apparaît nettement dans notre observation; en effet, la personne qui en est l'objet a été plusieurs fois atteinte d'urticaire vraie, dans une circonstance bien déterminée, unique: urticaire des parties découvertes exposées au froid humide; or l'œdème est apparu pendant une journée exceptionnellement douce et sur une région non découverte.

De plus, chez lui, l'urticaire vraie est toujours très prurigineuse; si l'affection est la même, on peut se demander pourquoi cette urticaire ne serait pas douloureuse au prépuce. Si, avec Dubreuilh (5), on admet qu'il n'y ait de différence que dans le siège de l'infiltration, l'urticaire

(1) DESNOS, Œdème rhumatismal chronique. *Soc. méd. des Hôp.*, 13 février 1891.
(2) COURTOIS-SUFFIT, *Gazette des hôpitaux*, 30 novembre 1890.
(3) HARDY, *Traité des maladies de peau*, 1886.
(4) MILTON, *Edinburgh med. journ.*, 1876.
(5) DUBREUILH, L'urticaire. *Gazette des hôpitaux*, 1893.

prurigineuse se localisant dans les couches superficielles, tandis que l'œdème aigu circonscrit siégerait dans le tissu cellulaire sous-cutané, on ne voit pas bien pourquoi, dans le second cas, les filets nerveux cutanés seraient moins distendus par l'infiltration sous-jacente, et moins irrités.

Quant à la nature de ces œdèmes aigus, elle est des plus obscures; dans la plupart des observations que nous avons relevées, il existe des antécédents arthritiques nets; l'évolution des œdèmes aigus n'est pas sans analogie avec les autres manifestations de cette diathèse (la migraine, par exemple); peut-être en sont-ils une localisation rare. C'est, d'ailleurs, la seule donnée que nous possédions.

Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale que six observations analogues à celles que nous venons de rapporter; les voici résumées :

Observation I. *In thèse Testelin.* — Service de M. le professeur Potain, 1884. Journalière âgée de 23 ans, père rhumatisant, mère bien portante. Œdème blanc, élastique, d'abord localisé aux paupières, puis aux membres inférieurs, puis de nouveau aux paupières et à la face. Cette dernière poussée dure sept jours; pas d'albuminurie, rien au cœur.

Obs. II. *In thèse Colleville.* — Service de M. Sevestre, 1884. Thirion Elisa, 33 ans. Pas d'antécédents héréditaires, n'a jamais été malade.

Depuis cinq ou six mois, quelques douleurs vagues dans les membres inférieurs au moment des règles. Pas d'albuminurie.

Depuis quatre ans, œdèmes partiels fréquents, notamment paupières bouffies presque tous les matins. Quelques jours avant son entrée, chémosis énorme que l'on prend pour une conjonctivite purulente qui disparaît en quelques jours; en même temps œdème périmalléolaire.

Du 1er novembre au 20 décembre, alternatives de chémosis, de plaques d'œdème rouge; à ce moment, après les règles, gonflement des mains, de la figure, des paupières, du cou, des jambes, du ventre et des membres inférieurs. Les doigts y laissent un godet, pression un peu sensible. Apyrexie, pas de douleurs articulaires.

Le 31 décembre, il persiste un peu d'œdème des paupières et des membres.

Obs. III de *Riehl* (1888). — Un homme présente pendant plusieurs années des œdèmes erratiques bien caractérisés, alternativement aux paupières, aux lèvres et aux joues; il se produit une fois un œdème de la glotte qui provoque un accès de dyspnée des plus intenses, très fugace, du reste.

Obs. IV de *Riehl.* — Homme de 33 ans, chez qui la première apparition de ces œdèmes aigus à la joue, coïncide d'une façon évidente avec un refroidissement; il se produit également une fois l'œdème glottique.

Obs. V de *Courtois-Suffit.* — Service de M. Hallopeau (1884).

Aucun antécédent héréditaire : 4 mois avant son entrée à l'hôpital, ce malade, âgé de 21 ans, voit subitement survenir un gonflement de la joue droite, puis des tuméfactions œdémateuses, d'un rouge clair, s'étendant d'une clavicule à l'autre et descendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du mamelon gauche. D'autres plaques semblables existent disséminées, à la cuisse, au pubis, au genou droit. Le lendemain le prépuce est gonflé au point de saillir; œdème du gland (dure 2 à 3 heures). Partout, l'aspect de la lésion était le même : surface saillante, tendue, de coloration presque uniformément rosée, se continuant insensiblement avec la peau saine. De dimensions inégales, irrégulièrement circulaires, ces œdèmes étaient très prurigineux.

De ces observations nous croyons devoir rapprocher deux cas décrits par *Garel* (1) sous le nom d'*œdème aigu infectieux bénin du larynx.* L'œdème s'est développé rapidement, a atteint son apogée en quatre ou cinq jours, entraînant une dyspnée complète; pas d'albuminurie; au laryngoscope, on constate la présence d'un œdème mou, tremblotant comme de la gelée; présentant une teinte opaline violacée, bien différente de l'œdème, dur, opaque de la laryngite phlegmoneuse.

(1) Garel, *Revue de Laryngologie*, 1891.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Acromégalie, gigantisme, hypertrophie unilatérale de la face avec autopsie (On acromegaly and gigantism with unilateral hypertrophy facial; cases with autopsy), par Ch. Dana (*The journal of nervous and mental Diseases*, novembre 1893, n° 4, p. 725). — L'auteur a réuni dans ce travail deux observations qui présentent cette particularité commune, à savoir qu'il s'agit de géants présentant des signes de l'acromégalie. Chez l'un d'eux on a constaté en plus les symptômes d'une affection extrêmement rare, puisque dans un travail récent Montgomery n'a pu en rassembler que 9 cas dans la littérature : l'hémihypertrophie faciale progressive. L'un de ces malades a été autopsié : c'était un géant mesurant 7 pieds 10 pouces et pesant 300 livres qui s'exhibait dans les fêtes foraines. Il était d'humeur triste, d'intelligence débile et d'une force musculaire au-dessous de la normale. Il offrait de plus des dimensions excessives de la face et des 4 extrémités, évidemment disproportionnées à sa haute taille. Il entra à l'hôpital dans le subdélire et succomba en quelques jours dans le coma. L'autopsie ne révéla aucune cause évidente de la mort, mais montra une hypertrophie extrêmement considérable du corps pituitaire. L'autre géant, âgé de 19 ans, mesure 7 pieds 4 pouces et pèse 325 livres. Il offre des mains et des pieds véritablement énormes, de la scoliose, de la diminution de la force musculaire, de l'exagération de l'appétit, tous symptômes qu'on doit attribuer à l'association de l'acromégalie. De plus, il existe une déformation de la face consistant en une hémihypertrophie osseuse gauche, occupant tout le domaine du trijumeau, telle qu'*a priori* on aurait pu penser à l'hémiatrophie de la face à droite.

Hémianesthésie et ataxie par lésion du pont de Varole (Hemianesthesia and ataxy from lesions in the pont Varoli), par H. Brown (*The Lancet*, 9 décembre 1893, n° 3667, p. 1437). — Une jeune femme de 24 ans, habituellement bien portante, sans lésions cardiaques ou rénales apparentes, est prise, au milieu d'un repas, d'une sorte d'ictus, et offre à la suite un ensemble de troubles nerveux plus ou moins persistants et ainsi caractérisés : strabisme interne de l'œil droit, paralysie faciale droite complète intéressant l'orbiculaire, hémianesthésie gauche, avec perte du sens musculaire, et incoordination motrice du même côté. L'auteur localise hypothétiquement la lésion dans la partie moyenne de la partie droite de la protubérance, au niveau des fibres radiculaires émergeant des noyaux de la 6e et de la 7e paire, près du faisceau longitudinal postérieur, sans se prononcer sur la nature — probablement d'origine vasculaire — de la lésion.

Suggestion dans le traitement des maladies (Suggestion in the cure of diseases), par Axtell (*The medical and surgical Reporter*, 7 octobre 1893, n° 1910, p. 545). — L'auteur rapporte plusieurs observations de sujets nerveux, dont les troubles fonctionnels ont bénéficié de la suggestion hypnotique. Il montre également que la suggestion non hypnotique, que la confiance inspirée aux malades, sont des éléments de traitement qui peuvent rendre de réels services.

Eréthisme sexuel (Sexual erethism; its neurotic origin and treatment), par Rockwell (*The New York medical Journal*, 19 août 1893, n° 768, p. 201). — L'auteur n'entend pas parler des psychopathies sexuelles décrites par Krafft-Ebing et qui sont dues à des anomalies mentales. Il a en vue des sujets qui sont en proie à des excitations sexuelles constantes, au point qu'il en peut résulter finalement ou la perte de la situation sociale, ou le suicide, ainsi qu'il l'a observé personnellement. Or, en dehors des excitations causées par des troubles périphériques (phimosis, hémorrhoïdes, etc.), ou des lésions du système nerveux central, il existe, à son avis, une excitation purement fonctionnelle qu'il propose d'appeler « psychique », qu'il importe de savoir diagnostiquer. Il connaît le cas d'un jeune homme souffrant d'érections anormales, qui, malgré diverses interventions, ne fut pas guéri, alors qu'il se rétablit rapidement sous l'influence d'une méthode thérapeutique différente et ayant en vue le trouble psy-

chique. L'observation d'un jeune clergyman est rappportée à l'appui. Comme traitement, en dehors de l'influence morale que doit exercer le médecin dans ces cas, l'auteur recommande, en outre des antispasmodiques ordinaires (bromure, chloral, belladone), l'association du gelsemium et du lupulin. Contre l'érection elle-même, le bain local froid et la faradisation générale mériteraient d'être prescrits.

Paralysie diphthérique (Post-diphteric Paralysis of both external recti muscles), par Friedenwald (*Medical News*, octobre 1893, n° 1084, p. 461). — Une enfant de cinq ans et demi est prise de strabisme 5 semaines après une diphthérie si légère qu'elle avait été discutée et qui avait duré trois semaines. On constate du strabisme convergent dû à une paralysie double des deux droits externes. En moins de 16 jours, sous la seule influence d'un traitement tonique, la guérison intervient. Les paralysies post-diphthériques ont un pronostic favorable; elles ne durent guère plus de 15 jours : et le traitement général tonique suffit en la plupart des cas.

Hystéro-épilepsie (The sequel of a published case of hystero-epilepsy), par Alex. Robertson (*The Lancet*, 28 octobre 1893, n° 3661, p. 1052). — L'observation de la malade a été publiée en 1879 (*Lancet*, 12 juin), par Mc Call Anderson. Il s'agit d'un cas classique d'hystéro-épileptique, atteinte d'attaques typiques, avec stigmates (hémi-anesthésie gauche sensitivo-sensorielle) influençables par la métallothérapie et ovarie, qui mourut de phthisie pulmonaire le 28 avril 1893, dans un asile où elle avait dû être internée depuis neuf ans à diverses reprises, et où, en dernier, elle était gardée comme aliénée. L'auteur rappelle que Charcot établissait comme différence entre l'épilepsie et l'hystérie l'absence de troubles vésaniques dans le second cas.

MÉDECINE

Un cas de choléra par infection de laboratoire (Ein Fall von Cholera asiatica durch Laboratoriums-Infection), par Lazarus (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 51, p. 1241). — Un assistant de l'hôpital Moabit est pris brusquement de phénomènes de choléra léger dont il guérit du reste. Dans ses selles on trouve des vibrions cholériques en grande quantité. Comme le malade n'était pas en contact avec des cholériques et n'a pu s'infecter de la façon ordinaire, l'auteur suppose que l'infection eut lieu au laboratoire.

Le sérum de cet assistant, inoculé pendant la convalescence à des cobayes, se montra antitoxique à un très haut degré.

Carie syphilitique de l'ethmoïde (Ueber eine Siebbeincaries nach Lues), par Winckler (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 5, p. 1243). — Il s'agit d'une syphilitique héréditaire de 13 ans, entrée pour un écoulement fétide du nez. A l'examen on trouva une destruction complète des cornets et de la cloison dont il ne restait qu'un bout en avant, de sorte que les fosses nasales ne formaient qu'une seule cavité. Après lavage on a pu constater l'existence d'un empyème des deux antres d'Highmore et une suppuration de l'ethmoïde. On s'attaqua d'abord aux sinus maxillaires. La suppuration une fois tarie de ce côté, on aborda l'ethmoïde par voie extérieure à niveau de la racine du nez d'après le procédé indiqué par Riberi. On put ainsi traiter localement la lésion locale de l'ethmoïde en partie nécrosé. Guérison.

Les cirrhoses atrophiques et hypertrophiques du foie (Ueber atrophische und hypertrophische Lebercirrhosen), par Senator (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 51, p. 1233). — En passant en revue les faits relatifs à la cirrhose du foie, Senator admet qu'on peut grouper tous les cas en trois catégories avec des subdivisions pour les deux premières, à savoir :

I. Cirrhose granuleuse portale de Laennec, avec deux subdivisions : *a*) cirrhose granuleuse avec hypertrophie du foie; *b*) cirrhose granuleuse avec ictère.

II. Cirrhose biliaire avec atrophie secondaire.

III. Cirrhose hypertrophique avec ictère (Hanot).

Pour ce qui est de la cirrhose de Laennec, Senator n'a jamais eu de succès avec le régime lacté et l'iodure de potassium. Il préfère pour ces cas les dérivatifs intestinaux, les diurétiques (calomel et digitale ââ 0.10 centim. 3 fois par jour), la ponction précoce en cas d'ascite. Pour les deux autres catégories de cirrhose, il préconise les grands lavements d'huile d'olive ou de salicylate ou de benzoate de soude, le massage du foie et les cholagogues (calomel, podophyllin).

Le benzosol dans le diabète (Zur Frage der Benzosoltherapie des Diabetes mellitus), par Palma (*Berl. klin. Woch.*, 1893, n° 46, p. 1117). — Il y a un an, Piatkowski a publié un travail dans lequel il soutenait que le benzosol a la propriété de diminuer la glycosurie, de transformer les cas graves en légers, etc.

Palma a repris ces recherches sur quatre diabétiques, et est arrivé à des résultats tout à fait opposés. Le benzosol ne diminue pas la glycosurie, ne relève pas l'état général. Par contre, chez presque tous les malades, la substance en question provoquait des diarrhées profuses, fort graves en l'espèce.

De l'infectiosité du sang des vaches tuberculeuses (Ueber die Infectiositæt des Blutes tuberculœser Rinder), par Bollinger (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 50, p. 965). — L'auteur a pris du sang d'une vache tuberculeuse avec lequel il a inoculé 10 cobayes. Neuf restèrent bien portants, un devint tuberculeux. Ce fait montre, par conséquent, que le sang des vaches tuberculeuses est, dans certains cas, aussi infectieux que le lait ou la viande.

D'après l'auteur, le sang des porcs, chez lesquels la tuberculose a une évolution plus rapide, devrait être encore plus souvent infectieux. Ce fait mérite donc d'être étudié, d'autant plus que le sang de porc est employé sur une grande échelle par les charcutiers.

CHIRURGIE

Cicatrisation de l'intestin sous la suture de Lembert-Czerny après entérectomie (Experimentelle Untersuchungen über die Heilung des Darmes nach Resection bei Anwendung Czerny-Lembert'scher Nahte), par Rindfleisch (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 600). — Les résections de l'intestin (sur une étendue de 10 à 15 cent.) suivies d'entérorrhaphie furent faites sur des chiens. L'opération était conduite aseptiquement et la suture faite à la soie. Les animaux étaient ensuite sacrifiés à des intervalles variables et les parties suturées examinées sous le microscope.

D'une façon générale, on constate que l'accolement de toutes les coupes de l'intestin ne se fait pas uniformément sur toute l'étendue, mais il n'en résulte pas de troubles quand le défaut d'occlusion n'est pas très étendu. C'est le plus souvent la muqueuse qui se réunit mal par places, et souvent elle fait hernie, s'étrangle entre la sous-muqueuse et la musculaire. Les surfaces de section des deux sous-muqueuses n'arrivent pas non plus partout au contact direct, et très souvent on trouve entre elles un pont formé par du tissu conjonctif. Il en est de même des couches musculaires qu'on trouve séparées par du tissu conjonctif encore au bout de 136 jours.

Les propriétés plastiques de la séreuse font que toujours on trouve des adhérences au niveau de la suture séreuse, entre le grand épiploon, le mésentère ou l'intestin. Ces adhérences n'ont pas d'inconvénients bien marqués, mais contribuent par contre à la sûreté de la suture.

Le bourrelet circulaire que donne la suture de Lembert-Czerny n'est jamais gros et par conséquent ne provoque pas de troubles. Il disparaît du reste complètement au bout d'un certain temps.

Somme toute, ces défauts de réunion ne gênent en rien le résultat définitif qui est la réunion assez parfaite de la plaie.

La réaction des tissus envers le fil de soie est variable. Dans certains endroits le fil est infiltré de leucocytes, du moins au début, plus tard on le trouve au milieu d'une cicatrice solide.

Tumeur de la petite lèvre (Ein Tumor der kleinen Schamlippe), par Kirchoff (*Centr. f. Gynækol.*, 1893, n° 45, p. 1036). — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui, à la suite d'un effort, vit apparaître entre ses cuisses une tumeur volumineuse qui descendait jusqu'à moitié de la cuisse. La sortie de la tumeur fut accompagnée d'une douleur telle que la malade perdit connaissance.

A l'examen, on trouvait une tumeur composée de deux parties : d'un pédicule lisse, assez volumineux, qui s'insérait sur la petite lèvre droite, et d'une partie périphérique plus volumineuse formant une sorte de chou-fleur. Vulve et

vagin étaient irrités, le prolapsus datant déjà de huit jours.

La tumeur fut enlevée, sans aucune difficulté, au point d'insertion. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de fibromes multiples présentant par places des nids de cellules fusiformes caractéristiques du sarcome.

Plaie contuse du poignet droit avec section des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce; résultat fonctionnel satisfaisant sans ténorrhaphie, par Pérignon (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1893, n° 41, p. 367). — Une femme de 23 ans a son poignet pris dans une roue d'engrenage et se fait une plaie assez nette, comme par un instrument tranchant, passant par le milieu de la tabatière anatomique.

A l'examen, on trouve une section des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce, et, au fond de la plaie, l'artère radiale vide est flasque. Le bout périphérique du tendon était dans la plaie, le bout central remonté à 4 cm. environ plus haut.

Comme les mouvements du pouce étaient conservés sauf l'abduction qui se faisait un peu moins bien, on s'est contenté de nettoyer et de fermer la plaie. La guérison s'est effectuée sans accidents, et, peu à peu, la main et le pouce ont retrouvé tous leurs mouvements.

En publiant cette observation, l'auteur désire seulement faire voir que, dans *certains cas*, la ténorrhaphie n'est pas indispensable pour obtenir une guérison fonctionnelle complète.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique de dermatologie, par Tenneson 1 vol. in-8° de 496 pages. Paris, O. Doin, éditeur, 1893. Prix : 10 francs.

M. Tenneson résume dans ce volume les études qu'il a poursuivies depuis cinq ans dans le merveilleux champ de recherches de l'hôpital Saint-Louis.

Le lecteur n'attendra pas de nous une analyse détaillée de cet ouvrage. Il nous suffira d'en indiquer le caractère et l'esprit. Sacrifiant presque entièrement l'exposé des lésions anatomiques, l'auteur décrit avec clarté et précision, mais de façon concise et parfois un peu schématique, les diverses dermatoses; chaque description est précédée d'une sorte de glossaire dans lequel l'auteur, faisant montre d'une érudition assez rare actuellement, indique la signification de chaque terme dans les principaux auteurs anciens qui ont décrit les affections cutanées; chacune se termine par un exposé de la pratique thérapeutique de l'auteur, pratique toujours clairement décrite, souvent très personnelle, mais à laquelle on regrette parfois de ne pas voir comparés les modes de traitement usités par d'autres dermatologistes.

M. Tenneson n'a pas essayé — il faut l'en remercier — d'ajouter une nouvelle classification des dermatoses à la trop nombreuse collection amassée par ses prédécesseurs; il n'a pas voulu non plus employer l'ordre alphabétique qui jouit depuis quelques années d'une faveur quelque peu exagérée, pour ranger les affections qu'il décrit. Aussi les chapitres de son livre se suivent-ils sans plus d'ordre que ne se succèdent les malades à une consultation d'hôpital; peut-être le livre aurait-il gagné à être ordonné suivant une classification quelconque, si rudimentaire fût-elle.

De même que l'auteur cherche à simplifier la thérapeutique, il cherche à simplifier les cadres nosologiques et le diagnostic; c'est sans doute pour ce motif qu'il range le pityriasis rosé de Gibert dans l'eczéma, qu'il décrit un psoriasis eczémateux, ce qui a pour effet de supprimer l'embarras du clinicien en présence de certains cas d'un diagnostic ambigu.

M. Tenneson nous excusera de lui signaler — ce qui sera la meilleure preuve du soin avec lequel nous avons lu son livre — une légère inexactitude que nous avons relevée au sujet du molluscum contagiosum (qu'il appelle, avec Bazin, acné varioliforme). Si, comme le dit exactement M. Tenneson, Bateman ne donne à cette affection, dans son *Practical synopsis of cutaneous diseases*, que le nom de molluscum tout court, il désigne expressément dans son *Atlas* sous le nom de *molluscum contagiosum* et représente avec assez de netteté l'affection que Bazin a cru découvrir plus tard et a baptisée d'un nom assez peu satisfaisant : le nom de *molluscum contagiosum de Bateman*, employé couramment par mon maître M. Besnier, a donc, outre l'avantage de l'exactitude clinique, celui de la vérité et de la justice historiques.

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Petit guide d'hygiène pratique dans l'ouest africain, par Scovell Grant, traduit et annoté par J. Navarre, 1 vol. in-16 de 70 pages. Paris, 1893, Doin éditeur.

L'auteur anglais a résumé dans cette petite plaquette, sous une forme concise, les caractères les plus saillants et la prophylaxie hygiénique, le traitement sommaire des affections les plus fréquentes de l'Ouest africain. Le traducteur a élagué complètement ce qui a trait à la thérapeutique médicamenteuse qui doit être réservée aux médecins, laissant subsister les prescriptions hygiéniques et atténuant quelques assertions extraordinaires de l'auteur. Il en a fait ainsi un guide pratique à l'usage des personnes habitant non seulement l'Ouest africain, mais encore les autres pays chauds, auxquelles il pourra rendre des services.

Syphilis et prostitution chez les insoumises mineures, 1878-1887, par O. Commenge, 1 vol. in-8 de 151 pages. Paris, 1893, G. Masson éditeur.

Ce volume est le développement, avec statistiques à l'appui, de communications faites par l'auteur à l'Académie de médecine les 20 mars et 20 décembre 1892. L'auteur y montre combien la syphilis est fréquente chez les insoumises mineures et comment à l'aide de la législation existante on peut sévir contre la prostitution des mineures. Dans un appendice, il reproduit une série d'arrêtés pris dans ce but par diverses municipalités, qui peuvent servir de modèles aux maires soucieux de cette question d'hygiène sociale ; il montre ainsi que, en matière de prostitution, vouloir est pouvoir.

VARIÉTÉS

Nécrologie.

P. Diday. — Il y a quelques semaines, notre cher et vénéré confrère Diday nous envoyait un article écrit avec autant d'esprit que de sens clinique et destiné surtout à rendre justice aux travaux et au talent de son collègue le professeur Poncet (Lyon). Aujourd'hui, une lettre de M. Poncet nous apprend la mort du respecté doyen des chirurgiens de Lyon. La *Gazette hebdomadaire*, qui a compté Diday parmi ses premiers et ses plus affectionnés collaborateurs, doit à sa mémoire un hommage de gratitude et de regrets. Et celui qui écrit ces lignes ne saurait oublier les nombreux témoignages d'affectueuse estime qu'il a reçus du plus ancien ami de son regretté maître Dechambre.

Né à Bourg le 2 janvier 1812, Charles-Joseph-Paul-Edouard Diday avait été interne des hôpitaux de Paris en 1832, en même temps que Hardy, Vernois, Boyer, etc. Reçu docteur en médecine en 1837, il fut bientôt après nommé, au concours, chirurgien-adjoint, puis chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon. Son service dans les hôpitaux et les nombreux travaux cliniques qu'il entreprit dès l'année 1850 ne l'empêchèrent point de continuer sa collaboration aux divers journaux parisiens, en particulier à la *Gazette médicale de Paris*, auxquels il avait donné, pendant le cours de ses études médicales, un si grand nombre d'articles d'histoire et de critique. Diday était, en effet, de ceux qui pensent que le médecin, qu'il soit ou non professeur, doit toujours s'efforcer de faire connaître les idées nouvelles que lui inspirent ses propres recherches ou la méditation des découvertes d'autrui, de les féconder et de les vulgariser par des commentaires saisissants et mieux à la portée de tous les esprits. Alors que le livre est une expression plus réfléchie, plus parfaite de la pensée du médecin, l'article du journal, souvent écrit à la hâte, peut être non moins utile en exposant d'une manière plus concise les faits essentiels, en dissimulant par la précision du style ce qui peut manquer parfois à la maturité de la pensée. Diday a été à ce point de vue un vulgarisateur éminent. Ses articles sur la

Faculté et les hôpitaux, ses luttes pour obtenir ce qu'il croyait juste et utile méritent d'être signalés. Lorsqu'en 1859 il protesta énergiquement contre la Faculté de médecine de Paris qui prétendait exclure de l'enseignement officiel les spécialités médicales telles que la dermatologie et la syphiligraphie, il marchait à l'avant-garde du progrès. Ce n'est que bien plus tard qu'il put applaudir au succès de quelques-uns de ses anciens élèves. On lui a reproché, dans ces dernières années, d'être le dernier représentant des traditions les plus antiques et de personnifier un état d'âme dont on aime à rire. Diday à su faire voir cependant, même par ses polémiques, qu'il pratiquait la tolérance et qu'il restait bienveillant envers ceux que sa plume incisive et mordante molestait parfois.

Ses ouvrages sur la syphilis et les nombreux articles qu'il a écrits dans la *Gazette hebdomadaire* à une époque où la syphiligraphie était en voie d'évolution démontrent la justesse de son esprit critique et l'étendue de ses connaissances cliniques. Citons ici son *Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle* (1853); son *Exposé critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis, suivi d'une étude sur les nouveaux moyens préservatifs du mal vénérien* (Paris, Londres, New-York, 1858); son *Histoire naturelle de la syphilis*, leçons professées à la Faculté de Lyon en 1863; son livre sur la *Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées* (1876).

Rappelons aussi ses éloges de Barrier, Bottex, Pétrequin, etc., et n'oublions pas surtout que ce savant et cet écrivain fut aussi un homme de bien, dévoué à toutes les œuvres de charité et de solidarité professionnelles, toujours prêt à obliger ses amis et à rendre justice à tous les travailleurs. L'Ecole de Lyon perd en Diday un de ses plus dignes représentants.

L. L.

QUINQUAUD. — En quelques jours, malgré les soins les plus attentifs et les plus dévoués, en pleine activité intellectuelle, alors qu'il pouvait espérer la juste récompense de ses laborieuses années d'études, de ses travaux de physiologie et de physique médicale, le Dr Quinquaud vient d'être emporté par une congestion pulmonaire d'origine grippale. Né le 26 décembre 1842, il avait été interne des hôpitaux en 1868, lauréat de la Faculté en 1872, médecin du bureau central en 1878, agrégé de la Faculté en 1885, plusieurs fois lauréat de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, enfin membre de l'Académie de médecine (section de physique et de chimie) en 1891.

Ses travaux scientifiques touchent à toutes les branches de la médecine, mais en particulier à la physique médicale que sa collaboration avec Gréhant lui permit d'enrichir de découvertes et de perfectionnements nombreux. Ses études sur la chaleur animale, sur le spectrophotométrie, sur l'hémoglobine, etc., ont été souvent citées. Ses recherches sur la fonction du foie et sur la formation de l'urée, sur la glycogénie et la glycémie méritent une mention spéciale, aussi bien que les travaux de toxicologie et de physiologie pratique qu'il a entrepris en collaboration avec son ami Laborde. Médecin de l'hôpital Saint-Louis, Quinquaud a écrit sur les dermatoses, en particulier sur le pemphigus, les teignes, les dermatites, la lèpre, etc., un très grand nombre de mémoires spéciaux. Il a publié toute une série d'observations sur les maladies infectieuses, les maladies des enfants, les maladies des vieillards, la thérapeutique, l'hygiène, etc. Mais ce sont surtout ses études de chimie biologique et pathologique qui lui survivront. Il est très rare de trouver des médecins assez laborieux, assez instruits pour s'adonner aux recherches de science pure, pour essayer, avec l'autorité que leur donnent leurs études cliniques et l'expérience qu'ils peuvent acquérir au lit du malade, d'éclairer les nombreux problèmes que seules peuvent résoudre de patientes études de physique et de chimie biologiques. La perte du Dr Quinquaud sera donc vivement sentie par tous ceux qui s'intéressent à ces travaux trop souvent délaissés ou dirigés dans une voie qui n'est pas celle de la clinique.

L. L.

Monument Charcot.

Souscriptions reçues directement par le Trésorier.

2e *liste.*

S. E. le marquis de Dufferin et Ava, ambassadeur d'Angleterre, 100 fr. — La *Gazette hebdomadaire*, 100 fr. — Les *Archives de médecine expérimentale*, 100 fr. — M. A. Kaempfen, 100 fr. — Dr Bergeron, sec. perp. de l'Académie de médecine, 100 fr. — Dr Rendu, 50 fr. — Dr A. Huret, 20 fr. — Professeur Tillaux, 100 fr. — Dr Gilbert Ballet, 100 fr. — Professeur Marey, 20 fr. — Dr André, prof. Faculté de médecine de Toulouse, 100 fr. — Alfred Grandidier, membre de l'Institut, 100 fr. — Pr F. Guyon, membre de l'Institut, 100 fr. — F. Guyon, interne des hôpitaux, 50 fr. — Professeur Lépine (Lyon), 200 fr. — Professeur Proust, 100 fr. — Association générale des Etudiants de Paris, 30 fr. — Dr Collin, Inspecteur général du service de santé, 30 fr. — M. le Préfet de police, 100 fr. — Professeur Grancher, 100 fr. — Professeur Straus, 200 fr. — Dr Sanchez Toledo, 50 fr. — Une anonyme, 50 fr. — Dr Galezowski, 100 fr. — Dr Rafaele Ulecia (Madrid), 100 fr.

Livres déposés au Bureau du Journal

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 19 janvier 1894.

Séance annuelle de la Société de chirurgie.

Eloge du professeur Richet, par M. Ch. Monod.

En applaudissant, mercredi dernier, l'éloquent secrétaire général de la Société de chirurgie, les collègues de M. Ch. Monod n'ont pas voulu seulement rendre justice au zèle infatigable avec lequel il sait remplir le rôle si difficile d'historiographe d'une compagnie savante. Ils ont tenu, de plus, à marquer l'approbation que mérite un éloge aussi bien écrit que discrètement traité.

M. Monod a voulu que le nom de Richet restât gravé dans la mémoire de ses contemporains, d'abord parce qu'il a écrit un livre qui a rendu à plusieurs générations d'élèves les services les plus signalés, ensuite, parce que l'histoire de la vie scientifique de tous ceux qui, comme lui, ont su s'élever aux plus hautes dignités par le seul fait d'un travail sans trêve et sans relâche, mérite d'être racontée. Aussi ne trouvons-nous dans cet éloge que quelques mots très justes de M. Terrier nous montrant Richet comme « le type du chirurgien classique, grand, grave, solennel même; ayant une haute idée de la dignité professionnelle, donnant à tous l'exemple du travail incessant et du devoir accompli », et quelques phrases destinées à faire voir, dans son intérieur familial, un homme qui durant de si longues années a joué dans la société parisienne un rôle si important. Presque tout l'éloge tend à faire ressortir le mérite de son œuvre scientifique et la ténacité de son caractère.

L'œuvre scientifique du professeur Richet a déjà été appréciée dans la *Gazette heddomadaire* par mon collaborateur Broca (1892, p. 24, et 1893, p. 27). Nous emprunterons donc surtout à M. Ch. Monod les passages qui nous racontent les débuts de son illustre maître.

« Didier-Dominique-Alfred Richet naquit à Dijon le 16 mars 1816. Son père, modeste employé, secrétaire de la mairie de Dijon, était alors âgé de soixante ans. Il mourut trois ans après, laissant à sa veuve le soin de son jeune fils et d'une sœur aînée. Une autre sœur, née d'un premier lit, trente ans auparavant, était entrée en religion; elle est devenue supérieure des hospitalières de l'hôpital de Dijon.

M. Richet père, en mourant, avait exprimé le vœu que son fils reçût une éducation libérale. Il voulait lui assurer les bienfaits d'une instruction dont il souffrait d'avoir été lui-même privé. Mme Richet et ses filles n'eurent dès lors d'autre souci que de procurer au jeune garçon les moyens de faire de bonnes études. Mais il fallait se créer des ressources. Mme Richet, veuve et sans fortune, ne voulut les demander qu'au travail. Elle ouvrit, à Dijon, un petit magasin de modes. Le profit qu'elle en tira, grâce à son entente des affaires, à son intelligente énergie, à sa probité universellement reconnue, fut suffisant pour faire face à ses besoins et à ceux de ses enfants.

Alfred Richet fut placé au lycée de Dijon. Ayant conscience des sacrifices que l'on faisait pour lui, il comprit qu'il devait s'en montrer digne. Il tint constamment la tête de sa classe, et, sitôt bachelier, annonça à sa mère son intention de faire ses études de médecine. D'où lui venait cette idée, alors que rien en apparence ne le poussait de ce côté? Il nous faut ici remonter un peu dans l'histoire de la famille Richet. »

M. Ch. Monod nous apprend qu'un oncle de Richet avait été, un peu malgré lui, et durant de longues années, médecin du bey de Tunis. Nul doute que l'exemple et les récits de ce médecin n'aient influencé son jeune neveu dans le choix de sa carrière.

« C'est en 1833 que Richet entra comme externe libre à l'hôpital de Dijon. L'année suivante son parti était pris définitivement : il demandait à sa mère la permission d'aller faire ses études à Paris. Mme Richet y consentit ; mais elle entendait qu'au bout de cinq ans, il serait reçu docteur et reviendrait exercer la médecine à Dijon. Elle s'engageait, de son côté, à lui faire parvenir, pendant cinq années, la somme de 60 francs par mois! Il est vrai que la valise du voyageur se trouva bondée, au départ, de confitures, biscuits et autres provisions légères, qui, par la suite, furent fréquemment renouvelées. Et cependant nos jeunes contemporains se demanderont sans doute par quels prodiges d'économie on pouvait arriver alors à se nourrir, à se loger et à se vêtir avec une aussi modeste pension.

La mère tint rigoureusement parole. Le fils, heureusement pour la science chirurgicale française, manqua à la sienne.

Au bout de cinq ans révolus, tout envoi d'argent cessa Richet était alors interne provisoire. Il se demandait si, obéis-

sant au désir de sa mère, il allait rapidement passer ses examens et rentrer dans sa ville natale, ou si, demeurant à Paris, il ne s'engagerait pas dans la voie des concours qui seule pouvait le conduire aux sommets. Il savait la route semée d'obstacles. Isolé, sans appui à Paris, quelles que fussent son énergie et son ardeur au travail, serait-il en état de les surmonter ?

Un incident s'était produit qui contribua pour beaucoup à mettre fin à ses hésitations. Dupuytren était mort peu auparavant. On sait avec quelle solennité ses obsèques furent célébrées. Dans la foule qui se pressait derrière le char funèbre on ne comptait pas seulement des princes, des pairs de France, toutes les sommités des lettres, des sciences, des arts et de la politique, mais des hommes du peuple en grand nombre, anciens malades de l'Hôtel-Dieu, venant rendre à l'illustre chirurgien un témoignage de reconnaissance.

La grandeur de ce spectacle avait frappé le jeune Richet et éveillé dans son âme de nobles ambitions. Il s'était dit que l'homme honoré de la sorte avait eu, comme lui, les plus humbles origines; qu'il avait connu, lui aussi, les difficultés de la vie et lutté pour l'existence ; que son âpreté au travail, son intelligence et sa ferme volonté avaient suffi pour l'élever aussi haut ; enfin que l'accès de telles destinées n'était interdit à personne. Il s'était promis sinon d'égaler un pareil maître, au moins de consacrer toute son énergie à suivre un aussi glorieux exemple.

Ce souvenir ne cessait de hanter le jeune étudiant. Il se décide à poursuivre la lutte.

En 1839, Richet se présente de nouveau au concours de l'internat. Il est nommé le premier de la promotion, brillant début qui eut sur toute sa carrière une influence décisive.

A dater de ce moment, la vie de Richet est bien connue. Ce sont ses œuvres qu'il importe de louer et, parmi celles-ci, son *Traité d'anatomie chirurgicale*. M. Ch. Monod nous indique bien la genèse de ce livre. « C'était grâce à ses leçons particulières d'anatomie qu'il avait pu vivre, lorsque sa famille l'eut réduit à ses seules ressources. Plus tard, comme aide d'anatomie, puis comme prosecteur, il ne cessa de poursuivre ses recherches sur le cadavre, vérifiant les descriptions classiques, les corrigeant ou les complétant.

» Ses remarques et ses découvertes étaient à mesure consignées par écrit, et il était ainsi arrivé à se former un véritable dossier, plein de vues originales, qu'il n'avait pu jusqu'alors utiliser. Il résolut de les mettre à profit et, à l'exemple de maîtres tels que Velpeau, Blandin, Malgaigne, dont l'œuvre lui semblait à certains égards incomplète, de publier à son tour un traité d'anatomie chirurgicale. Telle est l'origine du livre bien connu de Richet. »

Et plus loin, appréciant le livre en lui-même, « jamais, du moins, dit M. Monod, il ne perd de vue que l'étude anatomique la plus précise et la plus détaillée doit rester l'objet principal de ses efforts. On retrouve, en le lisant, la trace de ses longues recherches sur le cadavre ; l'aide d'anatomie, le prosecteur, celui qui a consacré près de vingt ans de sa vie à l'étude et à l'enseignement de l'anatomie, se révèle à chaque page. Et l'élève, à l'amphithéâtre, le livre en main, a cette rare jouissance de pouvoir, sans peine, en suivant pas à pas la parole du maître, vérifier par lui-même l'exactitude de ses descriptions.

» Voilà, messieurs, ce qui a fait de l'œuvre de Richet le livre de chevet de tant de générations d'étudiants.

» Viennent ensuite les déductions pathologiques, les longues considérations physiologiques ; elles ne seront qu'un attrait de plus. Elles donneront à l'esprit du jeune travailleur cette satisfaction de pouvoir, à mesure qu'il avance dans son étude, apprécier toute l'importance des considérations anatomiques qui ont précédé.

» Joignez à cela la sobriété et la clarté du style, un art véritable dans la façon de présenter et de diviser le sujet, l'intérêt qui s'attache à telles polémiques vigoureusement soutenues, enfin le charme de certains passages où l'homme se révèle dans l'expression simple et naïve d'un juste contentement de lui-même, et vous comprendrez que le *Traité d'anatomie chirurgicale* de Richet, malgré le mérite, à certains égards supérieur, des ouvrages analogues qui ont suivi, compte encore parmi nos meilleurs ouvrages classiques. »

Ces quelques citations suffisent pour bien faire apprécier le savant et son biographe. Elles prouvent tout au moins que le respect des traditions et des maîtres qui les personnifient trouve d'éloquents et de chaleureux défenseurs parmi les représentants les plus autorisés de la chirurgie nouvelle.

L. Lereboullet.

Nous sommes heureux de publier *in extenso* le passage où, dans son allocution, M. Périer, président sortant, a justifié le mode de travail de la Société depuis quelques années :

Mes chers collègues,

L'année 1893 marquera dans les fastes de la Société de chirurgie.

C'est l'année où elle a célébré son cinquantenaire au milieu d'un concours d'associés et de correspondants venus de l'étranger et des points de la France les plus divers. Leur présence a rehaussé l'importance et l'éclat de cette fête trop récente pour que j'essaye d'en évoquer ici le souvenir.

Notre secrétaire général, M. Monod, nous a tracé, vous savez avec quel talent, l'histoire de notre Société depuis son origine. Notre secrétaire annuel a résumé en un tableau d'ensemble le travail accompli au cours de cette année. Dans un instant vous en entendrez la lecture.

En me reportant aux procès-verbaux rédigés par M. Kirmisson avec tant de zèle et de conscience, qui rendent si bien la physionomie de nos séances, je suis tout prêt à vous combler d'éloges. Un scrupule me retient. Me souvenant de l'allocution prononcée à la fête du cinquantenaire par son président, je me sens rappelé à plus de modestie.

Vis-à-vis de M. Verneuil, j'ai pu longtemps me considérer comme un jeune ; mais en dénombrant les collègues qui sont tenus après moi de faire partie de la Société, je me vois graduellement poussé vers le groupe des anciens, je me rapproche peu à peu et forcément de notre éminent collègue, la différence proportionnelle du nombre de nos années va diminuant et j'acquiers, tout en lui gardant le plus grand respect, un certain droit à vous disculper des tendances qu'il vous reproche. C'est à son ardent désir de voir la Société de chirurgie ne rien perdre du prestige qu'il a tant contribué à lui donner que nous devons ses admonestations paternelles.

Comparant l'œuvre des prédécesseurs à l'œuvre actuelle, M. Verneuil se « demande si notre Compagnie est en progrès, au *statu quo* ou en décadence ». Il reconnaît « qu'on travaille plus, mais il resterait à savoir si l'ouvrage actuel est supérieur, égal même, à l'ancien » ; il ne dit pas non, mais il laisse supposer qu'il le pense.

Messieurs, ne vous semblerait-il pas paradoxal de voir les travaux des chirurgiens français diminuer de valeur alors que la chirurgie fait de tels progrès qu'il est devenu banal de les qualifier de merveilleux ?

M. Verneuil semble regretter « de voir se concentrer toute l'ardeur et tout l'intérêt de la chirurgie sur ce qu'il nomme » les laparotomies diverses ».

Mais ces laparotomies diverses, c'est la chirurgie du foie, c'est la chirurgie de l'estomac, celle de l'intestin, de la rate, du rein, sans parler des organes pelviens.

Sur ce champ si vaste et encore inexploré, comment les chirurgiens ne se seraient-ils pas précipités avec ardeur et enthousiasme? Que pouvaient les pionniers qui ont défriché ces terres inconnues, sinon exposer des faits, accumuler des faits? C'est la force des choses! et c'est toujours en vain qu'on essaye de lutter contre la force des choses!

Les faits sont devenus assez nombreux, beaucoup ont subi l'épreuve indispensable du temps et déjà nous voyons poindre le retour de cette ère, si regrettée par notre collègue, « des enquêtes minutieuses et instructives destinées à dissiper bien des ténèbres, à résoudre bien des problèmes. »

En ce moment même, je vais laisser à mon successeur, M. Championnière, le soin de diriger une discussion soulevée par un rapport de M. Quénu sur un travail de M. Lejars. Plus de dix orateurs se sont fait inscrire. Le début, aussi bien pour le fond que pour la forme, nous fait espérer que cette discussion ne le cédera en rien aux plus brillantes et aux plus fructueuses discussions de jadis.

Je suis persuadé que M. Verneuil peut se rassurer; le retour aux anciens errements, qu'avec M. Terrier il juge « indispensable pour conserver intacte la valeur de notre Compagnie et faciliter son évolution scientifique », se fait de lui-même, suivant une loi naturelle. L'équilibre qu'il rêve se rétablira, les prouesses opératoires passeront au second plan : sous la saine influence de la controverse, l'étude approfondie des indications aura porté ses fruits et vous aurez tracé la zone au dedans de laquelle le chirurgien pourra se mouvoir en l'absolue tranquillité de sa conscience.

REVUE GÉNÉRALE

L'ostéomyélite aiguë des vertèbres.

M. Richard Morian (1) vient d'entreprendre une tâche assez difficile : c'est de tracer le tableau clinique et anatomique de l'ostéomyélite aiguë des vertèbres d'après deux observations personnelles et quatre autres (Stanley, Valleix, Kœnig, Hurm) qu'il a trouvées dans la littérature médicale. La tentative de Morian est, autant que nous sachions, le premier essai de schématisation de cette affection rare, très rare même, puisque Albert (2), par exemple, en rapportant le cas de Lannelongue (que Morian n'a pas l'air de connaître), dit n'avoir pas observé dans sa longue carrière « un seul cas de cette localisation rare » (3).

(1) R. Morian, Ueber die acute Osteomyelitis der Wirbel. *Deut. med. Woch.*, 1893, n° 48, p. 1258.

(2) *Traité de chirurgie clinique*, t. II, p. 64, édition française, G. Steinheil, Paris, 1893.

(3) Les cas d'ostéomyélite aiguë des vertèbres étant très rares, nous croyons devoir donner ici le résumé détaillé de ces deux observations :

Observation I. — Garçon de 10 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires, est pris, au commencement de janvier 1891, de douleurs violentes dans le sacrum, avec fièvre élevée et céphalalgie intense. Les douleurs étaient dès le début localisées à la 4e vertèbre lombaire, extrêmement douloureuse à la pression. L'enfant ne pouvait rester couché que sur le dos dans une immobilité complète. Huit jours après, l'état général restant toujours le même, apparition d'une douleur dans le dos du pied droit.

C'est à ce moment que Morian vit le malade. A l'examen, on trouvait un empâtement diffus de toute la région sacro-lombaire, avec sillon correspondant à la ligne des apophyses épineuses et fluctuation manifeste de chaque côté des 3e et 4e vertèbres lombaires. Le dos du pied droit était tuméfié, surtout au niveau du 4e métatarsien où la peau était rouge et fluctuante.

Opération le 20 janvier 1891.

Incision longitudinale de chaque côté des apophyses épineuses des vertèbres lombaires qui conduit sur une collection purulente aussitôt après l'incision de l'aponévrose dorso-lombaire. Il s'écoule une grande quantité d'un pus jaune qui ne renferme que des staphylocoques dorés (examen bactériologique complet). Le doigt introduit dans l'incision arrive sur l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre lombaire; on sent alors que l'apophyse épineuse et l'arc vertébral, jusqu'à l'apophyse transverse, sont dénudés. En retirant le doigt, il est facile de voir que le pus qui s'écoule vient au-dessus et au-dessous de la vertèbre. Pour se créer un accès plus large au foyer, on réunit les deux incisions longitudinales par une incision transversale, on coupe les muscles infiltrés de la gouttière vertébrale, et on constate que l'apophyse épineuse et une grande partie de l'arc vertébral sont infiltrées de pus. On enlève alors avec la pince coupante toute la partie malade de la vertèbre, et on tamponne la cavité avec de la gaze iodoformée.

On incise en même temps l'abcès du 4e métatarsien dont on ouvre le canal médullaire.

La fièvre tomba très rapidement. Les deux plaies étaient en train de se couvrir de granulations lorsqu'au milieu de février la fièvre se ralluma et un abcès profond, gros comme un œuf de poule, apparut sur la face interne du bras gauche. L'abcès, dont le pus ne contenait également que des staphylocoques, fut ouvert le 20 février. Par l'incision on arrivait sur le périoste lisse, velouté; comme l'humérus, simplement tuméfié, n'était nulle part dénudé, on ne fit pas la trépanation de l'os.

Comme cette intervention n'eut aucun résultat, on fit six jours après une trépanation de l'humérus qu'on trouva entouré d'un os nouveau de 2 millimètres d'épaisseur. L'os, ouvert dans toute sa longueur, renfermait deux séquestres étendus, baignant dans un pus jaune.

La guérison ne fut complète que vers la fin d'octobre. Du mois de mai au mois de septembre il sortait de temps en temps par la plaie de petits séquestres. Plusieurs fois on fut obligé d'inciser les fistules, de drainer des abcès, etc.

Aujourd'hui, c'est-à-dire deux ans après l'intervention, la mobilité de la colonne vertébrale est tout à fait normale. Mais l'humérus gauche est aplati et de 4 centimètres plus court que celui du côté droit. Les muscles du bras gauche sont atrophiés.

Observation II. — Garçon de 17 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, sauf une fièvre typhoïde il y a quelques années; est pris le 6 janvier 1893 d'abattement, de fièvre, de douleurs dans les membres, de céphalalgie, de douleurs dans le dos. Le malade arrive le 11 janvier à l'hôpital avec le diagnostic de pneumonie.

A l'examen on trouva une raideur considérable des muscles de la nuque et des épaules, une douleur à la pression des 11e et 12e vertèbres dorsales, de l'inégalité pupillaire, une diminution des réflexes cutanés et tendineux. Ventre tuméfié; constipation depuis plusieurs jours, nausées, mauvais état général.

Les jours suivants l'état resta le même, sauf l'apparition d'un empâtement diffus de la partie moyenne du dos dont la peau se couvrit d'un lacis veineux très développé. Le 23 janvier on constata l'apparition d'une fluctuation profonde au niveau des deux dernières vertèbres dorsales. Incision et évacuation d'un pus rouge brun renfermant une culture pure de staphylocoques dorés. Avec le doigt introduit dans l'incision on arrive sur l'arc vertébral dénudé de la 12e vertèbre dénudée. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Amélioration pendant 3 jours. Le 26, la fièvre monte à 39°, et le malade se plaint de dyspnée et de douleurs dans les deux côtés de la poitrine. A l'auscultation, matité en arrière avec souffle bronchique. Mort le 28 au soir.

A l'autopsie on trouva un exsudat trouble sanguinolent dans le péricarde. Les plèvres congestionnées, couvertes de fausses membranes, renfermaient un liquide trouble et étaient perforées, la gauche dans un seul endroit, la droite dans deux. Ces deux perforations communiquaient avec l'abcès de la 11e vertèbre dorsale, en partie dénudée de son périoste et renfermant un grand nombre de petits abcès. La dure-mère était couverte d'un exsudat grisâtre à partir de la 3e cervicale jusqu'à la 3e lombaire; sa face interne était mate et couverte de foyers hémorrhagiques. La pie-mère était congestionnée à la hauteur de la 11e vertèbre dorsale. La moelle était dure et criait sous le couteau.

La description que nous donne Morian est donc forcément incomplète, abstraite en ce sens que les déductions cliniques sont souvent tirées des dispositions anatomiques de la région. C'est, en somme, un cadre schématique qu'auront à remplir, en le modifiant ou en le complétant, les observations ultérieures.

***

Comme nous venons de le dire, le travail de Morian

est basé sur 6 observations, dont 2 personnelles, ce qui forme avec le cas de Lannelongue un total de 7 cas.

Dans toutes ces observations, il s'agit de sujets à la période de croissance, dont l'âge était compris entre 11 et 18 ans. Trois fois l'ostéomyélite était localisée au segment dorsal de la colonne vertébrale, trois fois au segment lombaire, une fois à la première vertèbre sacrée, et elle avait frappé le corps même de la vertèbre (Stanley, Valleix, Kœnig, Hurm), deux fois l'arc vertébral (Morian), une fois l'apophyse transverse (Lannelongue).

Comme lésion anatomique, on trouve les ravages classiques et la moelle osseuse frappée d'inflammation et de suppuration. Le processus marche dans toutes les directions, arrive à la surface de l'os, soulève le périoste ou son équivalent, le perfore et envahit le tissu cellulaire et musculaire voisin. Quand l'abcès formé aux dépens du corps vertébral se porte en avant, il suit la voie classique des abcès vertébraux d'origine tuberculeuse et arrive quelquefois à s'ouvrir dans les cavités naturelles voisines (dans la plèvre, par exemple, comme dans le second cas de Morian) ou à frapper les articulations adjacentes (articulation sacro-iliaque dans le cas de Valleix, articulation costo-vertébrale dans le cas de Morian).

L'abcès peut encore s'ouvrir dans le canal médullaire aussi bien quand le processus siège dans les corps vertébraux que lorsqu'il occupe les arcs des vertèbres. Cette éventualité doit se produire plus rarement dans le premier cas où le pus rencontre devant soi le ligament longitudinal postérieur très solide et un tissu conjonctif dense et peu vasculaire que dans le second où le tissu osseux est séparé de la dure-mère par un tissu cellulaire lâche, très vasculaire, incapable d'opposer la moindre résistance à la suppuration. On comprend également que le processus sera plus limité dans le premier cas que dans le second où la suppuration pourra frapper tout le tissu cellulaire qui est pour ainsi dire suspendu entre l'occiput et la queue de cheval. En tous les cas, que la suppuration envahisse le canal vertébral en venant des corps ou des arcs vertébraux, on n'observe jamais de phénomènes de compression de la moelle, car l'abcès formé trouve toujours assez de place pour se loger après avoir chassé le sang des vaisseaux caverneux et refoulé un peu le liquide céphalo-rachidien du fourreau médullaire.

Mais si la compression est impossible, en revanche, on peut observer la propagation du processus à la moelle en passant par la dure-mère et la pie-mère. Dans le cas de Kœnig existait une véritable myélite. Dans le second cas de Morian où l'abcès intra-vertébral s'étendait de la troisième vertèbre cervicale à la troisième lombaire, la dure-mère de même que la pie-mère étaient congestionnées, couvertes d'exsudats hémorrhagiques et de produits inflammatoires; la moelle était dure sans toutefois présenter à l'œil nu les lésions de la myélite.

Lorsque le processus débute dans les arcs vertébraux et que l'abcès formé se porte en arrière en passant entre les apophyses transverses et épineuses, le pus se dirigera en bas et latéralement en se frayant un passage à travers les nombreux muscles et aponévroses du dos. Mais si l'abcès s'ouvre entre l'apophyse transverse et la base de l'arc vertébral, le pus se portera en avant et latéralement. Ce fait acquiert une importance toute particulière pour le segment dorsal de la colonne vertébrale où le pus est obligé, par la disposition anatomique de la région, de suivre l'espace intercostal en menaçant de perforer à chaque moment la plèvre, comme cela est arrivé dans le second cas de Morian.

On comprend également que, suivant le siège de la lésion et la marche du pus, on pourra observer encore des abcès rétro-pharyngiens ou rétro-œsophagiens (colonne cervicale), une médiastinite postérieure (colonne dorsale), un abcès péri-rectal (colonne lombaire, sacrococcygienne).

D'après Morian, qui se rapporte à ses deux observations personnelles, l'ostéomyélite aiguë des os spongieux serait infiniment plus grave que celle des os longs. Chez le premier de ses malades, il y eut des abcès métastatiques dans les phalanges, l'humérus avec séquestres nombreux; chez le second malade, la mort survint au milieu de phénomènes de septicémie aiguë avec péricardite hémorrhagique et abcès multiples dans les reins. Cette gravité toute particulière de l'ostéomyélite des vertèbres, Morian croit pouvoir l'attribuer à la haute pression ou tension sous laquelle le pus se trouve dans ces cas; les germes pathogènes et leurs produits passent alors plus facilement dans le sang en provoquant soit de nouveaux foyers de suppuration, soit des phénomènes d'intoxication générale.

***

Telles sont, brièvement résumées, les déductions pathogéniques et anatomo-pathologiques tirées par Morian de l'étude de ses six cas. Elles lui servent aussi pour tracer le tableau clinique de cette affection, principalement d'après ses deux observations personnelles.

L'affection débute comme une maladie infectieuse générale, fièvre avec frissons et pouls rapide, abattement, céphalalgie, perte d'appétit; à ce moment déjà, on trouve un segment de la colonne vertébrale douloureux spontanément ou à la pression. Pour obtenir une diminution, une atténuation de cette douleur, le malade est obligé de prendre une position horizontale appropriée et ne peut presque plus se soulever seul. On pense alors à un lumbago violent ou à une pneumonie au début. Dans certains cas, l'affection revêt de bonne heure la physionomie d'une méningite cérébro-spinale: raideur de la nuque et des muscles du dos avec tête « creusant l'oreiller », et colonne vertébrale immobilisée, inégalité pupillaire, diminution des réflexes. Mais au bout de quelques jours, l'ostéomyélite se dessine davantage: la douleur devient plus localisée, et au niveau des vertèbres malades la peau devient rouge, se couvre de veines dilatées, et à la palpation, on sent un empâtement profond qui, quelques jours plus tard, devient nettement fluctuant. Quand on ouvre l'abcès formé, le doigt introduit dans la plaie arrive facilement sur la vertèbre dénudée. L'évacuation de la collection est suivie d'une amélioration de tous les symptômes. La plaie se ferme ensuite par bourgeonnement; mais la cicatrisation marche lentement et demande des semaines et des mois, pendant lesquels il se fait une élimination presque continue de séquestres.

Le diagnostic doit, par conséquent, être basé sur l'ensemble des phénomènes généraux, la localisation de la douleur à un point où l'on trouve une série de signes permettant de pressentir la formation d'un abcès. Il est facile dans certains cas, difficile dans d'autres. Dans la forme suraiguë septicémique de l'ostéomyélite, la mort peut survenir avant toute localisation du processus. D'un autre côté, on peut être amené à faire le diagnostic différentiel avec d'autres suppurations d'origine non-ostéomyélitique, avec les abcès sous-diaphragmatiques, périrénaux, rétro-péritonéaux. C'est ainsi que, dans un cas de ce genre, Morian eut à ouvrir chez un garçon de 15 ans un abcès qui entourait la première vertèbre lombaire. Comme symptôme, on trouvait chez lui de la raideur de la colonne vertébrale, une douleur localisée aux apophyses épineuses des deux premières vertèbres lombaires. Le pus de l'abcès renfermait des staphylocoques, et la guérison eut lieu sans élimination de séquestres.

Quinze jours environ après l'ouverture de l'abcès, l'enfant fut pris d'une hématurie assez abondante qui ne dura que deux jours. Il fut donc impossible de dire s'il s'agissait là d'un abcès périnéphritique ou d'une ostéomyélite.

Le diagnostic différentiel est facile avec le lumbago simple, la pneumonie, le rhumatisme aigu des vertèbres, affection rare où, le plus souvent, on trouve en même temps d'autres articulations prises. Quant à la méningite cérébro-spinale, l'apparition des phénomènes locaux (localisation de la douleur, formation d'un abcès, etc.) dans l'ostéomyélite, permettra de différencier les deux affections.

Le pronostic de l'ostéomyélite aiguë des vertèbres dépendra en premier lieu de la gravité des phénomènes généraux, du siège de la suppuration. D'une façon générale, l'ostéomyélite des corps vertébraux est plus grave que celle des arcs, et celle des vertèbres dorsales plus grave, à cause du voisinage de la plèvre, que celle des vertèbres cervicales ou lombaires.

Le traitement doit comprendre l'ouverture de l'abcès et l'évacuation de la collection. Si la vertèbre est accessible, on fera bien de la trépaner ou, mieux encore, d'enlever les parties malades quand c'est possible.

R. ROMME.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'avortement d'une réforme à propos d'un rapport du professeur Tarnowsky sur la prostitution en Italie, par le professeur CELZO PELLIZZARI, directeur de la CLINIQUE DERMO-SYPHILOPATHIQUE DE L'INSTITUT SUPÉRIEUR de Florence.

On a plusieurs fois fait grand bruit à l'étranger de *l'expérience malheureuse* tentée en Italie avec le règlement Crispi. On s'est servi pour cela de ce qu'ont dit et écrit plusieurs Italiens, mais surtout d'un rapport lu par le professeur Tarnowsky devant la Société russe de syphiligraphie. Ce document a été reproduit en décembre 1892 dans deux numéros de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie de Paris*.

M. Tarnowsky n'a fait en somme que se confirmer, par notre « malheureuse expérience », dans la foi bien connue que lui inspire la prostitution d'Etat, prise au sens classique du mot.

Mon intention n'est pas d'entreprendre ici une réfutation complète de son travail. Je voudrais simplement démontrer à ceux qui se passionnent pour le rapport russe, que le professeur Tarnowsky, venu en Italie pour juger par lui-même, se serait épargné la peine d'écrire beaucoup de choses inexactes s'il avait cherché à voir aussi ceux qui ne sont pas de son avis; au lieu de cela, il s'est contenté d'entretenir exclusivement les personnes qui partagaient notoirement ses préventions contre le règlement Crispi et avaient manifesté leur opinion par des publications.

I

Si le professeur Tarnowsky m'avait fait le plaisir de venir passer quelques heures auprès de moi, je lui aurais tout d'abord démontré qu'il commet une erreur en disant que la réforme Crispi s'est faite sous l'influence que la Fédération britannique, continentale et générale exerçait sur certain parti politique.

La Fédération britannique a un but très noble : elle veut développer progressivement la femme au point de vue moral; elle cherche à l'empêcher de se vendre pour vivre, et offre aux créatures tombées le moyen de se relever. La Fédération travaille donc à la suppression de tous les facteurs qui contribuent à dégrader la femme ou à la maintenir dans son abaissement.

Le psychologue qui, outre les causes sociales et morales de la prostitution, en étudie aussi les causes physiques et héréditaires, peut admettre qu'il y a des prostituées comme des délinquants de naissance, et tenir l'idéal de la Fédération pour une généreuse utopie. Mais toute tentative de limiter les occasions qui multiplient les cas d'une si grande dégradation sociale, n'en reste pas moins digne de louange et d'admiration; car enfin, l'éducation morale finira bien à la longue par réagir, dans un sens favorable, sur l'hérédité elle-même.

J'ai toujours soutenu, pour ma part, que le législateur et le médecin, quand il est appelé à faire acte de législateur, doivent, tout en applaudissant aux nobles initiatives, prendre les choses comme elles sont et non pas comme elles devraient être, car on ne leur réclame pas des remèdes pour l'usage d'une société telle qu'on peut la rêver ou la désirer.

J'aurais pu montrer au professeur Tarnowsky que mon point de vue et que les autres raisons spéciales qui m'obligent, comme médecin et comme syphiligraphe, à m'écarter des idées trop absolues de la Fédération, se trouvent exposées tout au long dans mon travail sur *la transmission accidentelle de la syphilis* (1). Je lui aurais en outre mis en main des documents démontrant que c'est justement à la suite de cette publication que je fus désigné pour faire partie de la *Commission royale pour l'étude des questions relatives à la prostitution*, constituée en 1883 par le ministre Depretis.

On avait fait entrer dans cette commission des médecins, des juristes, des moralistes et des hommes politiques. Parmi ces derniers, la plupart (je citerai particulièrement le regretté Ubaldino Peruzzi, qui fut nommé président) n'appartenaient pas au parti de M. Crispi.

Seul dans la commission, M. Bertani partageait les idées de la Fédération britannique; mais, tout en faisant entendre la voix du sentiment, il n'oubliait pas qu'il était médecin et législateur; il sut sacrifier quelque chose de ses aspirations et accepta, au point de vue de la prophylaxie publique de la syphilis, les mesures esquissées dans mon travail. La commission aussi accepta mes vues et en tira un règlement qui fut adopté à une grande majorité après deux années d'étude à peu près (2).

Eh bien, c'est ce premier projet qui a servi de base au règlement Crispi, et cela de l'aveu même des membres de la commission nommée par ce ministre. Or, personne, pas plus dans la première commission que dans la seconde, n'a songé un seul instant à « abolir la prostitution », comme on pourrait le supposer d'après le titre du rapport Tarnowsky, dont l'auteur serait bien embarrassé de citer à l'appui de son assertion un seul texte de loi ou une simple disposition réglementaire. On a voulu faire reposer la réglementation sur une base nouvelle plus conforme à la vraie mission de l'Etat, qui se rendait odieux en prenant la responsabilité de vouer lui-même à la prostitution tant de malheureuses. On comptait aussi substituer à la garantie très incomplète que peut donner l'autorité administrative une autre garantie beaucoup plus efficace, celle qui dérive de *la solidarité des intérêts et des responsabilités* individuelles. Je souligne cette formule parce que depuis le jour où le règlement Crispi a été mis en vigueur, ce facteur capital, sur lequel les

(1) *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1882.
(2) *R. Commissione per lo studio delle quistioni relative alla Prostituzione*, etc. Rapport et documents, 2 vol. Florence, 1885.

autorités devaient le plus compter, n'a jamais été mis en jeu et comme s'il n'était même pas dans la conception de celui qui décréta la réforme.

M. Crispi eut le tort de brusquer les choses et les moins surpris de son initiative ne furent pas les membres de la commission, car ils savaient très bien que le pays n'y était moralement et matériellement pas préparé. Et je tiens à le bien constater, ce n'est pas là une chose que je dise pour la première fois, après avoir été douloureusement édifié par « l'expérience » faite. Le nouveau règlement fut mis en vigueur entre la fin de juillet et les premiers jours de septembre 1888. Or, dans une lettre publiée le 5 octobre 1888 par la *Gazette médicale* de Turin, je disais ceci textuellement :

« La commission a exprimé, il y a trois ans, ses vues générales sur la question ; elle a proposé en outre une série de mesures destinées dans leur ensemble à assurer la prophylaxie de la syphilis, de façon à compenser ce qu'on pourrait perdre par la suppression de la visite obligatoire et du traitement forcé.

» Avant de mettre en pratique ces idées générales, il eût été peut-être naturel de consulter la commission qui les avait émises. *Et si l'exécution de quelques-unes des réformes réclamées nécessitait la modification de certains textes de loi, la commission aurait demandé qu'on s'en occupât, dans tous les cas, avant de mettre le nouveau règlement en vigueur.*

» Au lieu de cela, il a plu au ministre de l'Intérieur de nommer une nouvelle commission, puis il a jugé bon de promulguer de sa propre initiative les mesures spéciales.

» Maintenant, ces mesures sont-elles celles et *toutes celles* que réclamait la commission? Il me semble que non.

» Nous pouvons nous être trompés, mais, pour juger loyalement un système, il faut d'abord qu'on l'applique tel qu'il a été proposé ; ensuite qu'une expérience de plusieurs années et non pas seulement de quelques mois vienne fournir *l'ultima ratio !* »

En parlant des lois qui auraient dû précéder la promulgation du règlement, je faisais allusion entre autres aux dispositions générales sur la santé publique et sur la responsabilité en cas de transmission de maladie contagieuse ; je songeais surtout à la réforme des œuvres pies, alors à l'étude dans le Parlement et qui aurait permis de faciliter dans beaucoup de villes le traitement des vénériens qui sont exclus, aujourd'hui encore, d'un grand nombre d'hôpitaux ; il aurait fallu pour cela abolir les servitudes qui pèsent sur beaucoup d'établissements en vertu d'anciennes fondations. C'est par des mesures de ce genre que nous entendions suppléer à la fermeture des syphilicômes.

Mais le règlement précéda malheureusement la loi ; lorsque celle-ci fut discutée, le pauvre Bertani n'était plus là et personne ne s'occupa de ce côté de la question.

Nous étions convaincus qu'avant d'agir on devait préparer les voies. Il était à prévoir que la réforme serait contrecarrée par ceux qui avaient toujours juré sur la foi de tant de patriarches de la syphiligraphie et de l'hygiène publique ; il était, d'autre part, complètement inutile de se dissimuler que le peuple trouve très commode que l'Etat se constitue en toutes choses son tuteur.

Lorsque M. Crispi promulgua le nouveau règlement, le terrain était si admirablement préparé qu'un mois plus tard, c'est-à-dire le 6 octobre, un congrès d'hygiénistes se réunissait pour le condamner *a priori* — le mot peut très bien s'appliquer à un jugement aussi précipité. En outre, M. Crispi, homme d'un esprit supérieur, aurait dû comprendre qu'il était indispensable d'avoir à ses côtés, pour la mise en œuvre de la réforme, un spécialiste convaincu qu'elle était bonne et désireux d'en tirer tout le bien possible. Or, le ministre eut le tort de laisser la direction générale de la santé du royaume à des personnalités sans aucun doute savantes et compétentes, mais qui avaient, dès l'origine, déclaré, en toute franchise, qu'à leur avis le nouveau règlement ne valait rien.

La conséquence était facile à prévoir. Le directeur général se désintéressa de la question. L'application du règlement se trouva ainsi à la merci de fonctionnaires qui désiraient le faire échouer. Des employés, des comptables, etc., se mirent à envoyer imprimés sur imprimés pour régulariser le service sanitaire ; des secrétaires généraux et des députés rédigèrent des circulaires en complète contradiction avec l'esprit du règlement.

J'aurais pu prouver tout cela, pièces en mains, au professeur Tarnowsky et je lui aurais ensuite demandé s'il croyait réellement en son âme et conscience que la réforme Crispi ait jamais été appliquée en Italie.

II

Il semble résulter du rapport Tarnowsky que le règlement Crispi est tombé d'un consentement unanime, sans qu'une voix se soit élevée pour le défendre. L'indignation générale se serait soulevée contre lui, la syphilis ayant doublé pendant son application. Je me vois donc forcé de remettre les choses au point. En me faisant une visite, le professeur Tarnowsky m'aurait évité le désagrément de parler de moi et il se serait épargné, à lui, l'ennui d'avoir avancé des faits erronés.

En Italie, quiconque a voulu se donner la peine d'approfondir la question sait parfaitement comment les choses se sont passées, et mon honorable collègue n'aurait pu que se déclarer convaincu après avoir vu les documents. Voici, en résumé, ce que je lui aurais démontré :

Une fois M. Crispi tombé, les partisans de l'ancien système, s'appuyant principalement sur les réclamations du ministre de la guerre, poussèrent M. Nicotera à revenir sur l'affaire. Celui-ci constitua une commission médicale à laquelle il posa la question suivante :

« Etant donné le règlement actuel sur la prostitution et étant admis, d'une part, que *mon intention n'est pas de revenir à l'ancien régime*, d'autre part, que je suis désireux de tenir compte des réclamations qui m'ont été faites de divers côtés sur l'accroissement des maladies vénériennes et syphilitiques, je désire savoir quelle est sur ce sujet l'opinion des spécialistes et apprendre d'eux quelles modifications il serait possible d'introduire dans le règlement pour l'améliorer au point de vue de la prophylaxie de ces maladies. »

Voici ce que répondit la commission quant à l'accroissement allégué des maladies vénériennes et de la syphilis :

« Quelques-uns des soussignés, se basant sur les observations recueillies dans leur pratique personnelle, ont confirmé qu'une certaine augmentation des maladies vénériennes et syphilitiques s'est réellement produite au cours des deux dernières années, à Naples spécialement. Mais, comme des oscillations partielles et momentanées ont été souvent observées dans la marche des maladies contagieuses en général, et comme les phénomènes de ce genre se sont produits bien des fois dans des conditions qui ne permettent pas d'en dégager positivement la cause, les soussignés ont résolu de s'en rapporter en première ligne à la statistique militaire. Cette statistique est en effet la meilleure pour fournir des indications générales ; elle permet d'établir d'une manière exacte la proportion pour cent des malades ; elle se rapporte enfin à des individus qui se trouvent dans des conditions de santé et d'âge à peu près identiques, tout en vivant dans les milieux les plus variés. »

Ici, pour ne pas me répéter — car je me servirai plus tard des chiffres cités — j'omets le détail du rapport pour en venir directement à la conclusion :

« Il semble résulter de ces chiffres qu'on ne doit pas concevoir de trop vives inquiétudes quant à l'état présent de la santé publique, attendu que nous nous trouvons dans des conditions meilleures qu'en 1881, alors que l'ancien règlement était encore en vigueur. »

Le Dr Tarnowsky aurait pu constater que cette déclaration a été signée d'abord par le professeur Celli, directeur de l'Institut d'hygiène à l'Université de Rome, puis par De Amicis, Campana, Majocchо et par moi, c'est-à-dire par les quatre directeurs des cliniques dermato-syphilopathiques de Naples, Gênes, Parme et Pise. Alors, certainement, le médecin russe n'aurait pas pu écrire dans son rapport : « Dans *toutes les villes universitaires*, les médecins étaient *unanimes* à me répéter : depuis la liberté de la prostitution, le nombre des maladies vénériennes, et particulièrement des syphilitiques, a plus que doublé dans la population masculine. »

Je dois ajouter que la commission faisait suivre sa réponse à M. Nicotera des considérations suivantes :

« 1° Dans certaines villes surtout, les excitations à la débauche ont beaucoup augmenté, à cause d'un relâchement qui s'est produit dans la surveillance de la police, et non pas à cause de l'insuffisance des dispositions réglementaires y relatives. Il suffirait de veiller à l'exécution du règlement.

» 2° Le service sanitaire doit être mis, au ministère de l'intérieur, *sous la direction d'un médecin responsable* qui soit décidé à faire appliquer le système actuel dans toutes ses parties. »

En outre, comme les autorités de la sûreté publique, désireuses de justifier l'inaction de leurs agents, se lamentaient sur l'obscurité des dispositions relatives à la responsabilité des tenanciers, la commission conseilla au ministre de revoir cette partie du règlement pour en rendre les dispositions plus claires et plus pratiques.

J'aurais pu raconter en détail au Dr Tarnowsky ce qui s'ensuivit. M. Nicotera m'appela à faire partie d'une nouvelle commission avec trois membres du Parlement, savoir : M. le professeur Tommasi-Crudeli, qui avait déjà siégé dans la commission Crispi, le Dr Patamia, syphiligraphe bien connu de Naples, et l'avocat Luchini. Ces deux derniers avaient ainsi que moi travaillé dans la première commission Depretis. Le ministre commença par nous réunir en présence du professeur Pagliani, directeur général de la santé, qui faisait de son côté des propositions fondamentalement différentes du règlement Crispi. Je fis alors remarquer que, dans ces conditions, il était impossible d'espérer une entente, car M. Pagliani voulait s'engager dans une voie interdite par les conditions préalablement posées à la commission ; il fallait, à mon avis, choisir entre deux systèmes inconciliables qui, d'ailleurs, pouvaient peut-être l'un et l'autre donner des résultats satisfaisants. J'ajoutai que si le ministre persistait dans son intention de maintenir intactes les bases du règlement Crispi, je pouvais m'acquitter du mandat dont il voulait bien me charger ; dans le cas contraire, je n'avais qu'à me retirer.

M. Nicotera voulut, ou, pour être plus exact, déclara vouloir s'en tenir à notre système, et la nouvelle commission se mit au travail, discutant point par point avec le ministre et avec son secrétaire général. Puis, M. Luchini s'étant retiré pour une question de forme, on me chargea de rédiger le nouveau projet qui fut soumis à M. Nicotera, le 5 juin 1891, après avoir été signé par MM. Patamia et Tommasi-Crudeli.

En outre, le Congrès médical réuni à l'Université de Sienne s'est occupé de la question dans sa *séance générale* du 17 août suivant, à laquelle assistaient beaucoup de professeurs, parmi lesquels plusieurs syphiligraphes. Après une longue discussion sur le règlement Crispi' — M. Tarnowsky doit voir que son « unanimité » commence à se liquéfier, — on acclama mes conclusions portant que *l'application du règlement n'avait pas été assez prolongée pour permettre une appréciation scientifique et que l'expérience devait être bien faite*. De plus, le Congrès adopta à la presque unanimité un ordre du jour *conseillant au ministre de ne pas introduire dans le règlement des modifications qui en altéreraient l'esprit* (1). Malgré tout cela, dès le mois d'octobre de la même année, le directeur général de la santé publique réussissait à faire approuver par M. Nicotera et par le Conseil supérieur d'hygiène un nouveau règlement inspiré par un opportunisme tout autre chose que scientifique. Ce document est l'un des reflets de la phase critique que nous traversons actuellement en Italie. On a fait, il y a quelques années, un grand nombre de réformes tellement libérales qu'on peut très bien se demander si notre pays y était suffisamment préparé. Maintenant on n'ose pas faire franchement demi-tour, parce que nos gouvernants craignent par-dessus tout d'être taxés de rétrogrades. Les réformes sont maintenues, mais on les entoure de mille restrictions voilant si bien le principe que nul ne saurait plus le reconnaître.

Ce qu'il y a de particulièrement aimable dans le cas spécial, c'est qu'un chœur de voix louangeuses s'est immédiatement mis à faire l'éloge du ministre et qu'on a surtout félicité M. Nicotera pour avoir su maintenir intact le grand principe de la liberté individuelle.

Si le professeur Tarnowsky, qui est au nombre des admirateurs du nouveau règlement, s'était soucié de venir prendre des renseignements auprès de moi, je lui aurais fait comprendre à quelles contradictions on se heurte maintenant à chaque pas ; il aurait constaté que certains articles, s'ils étaient appliqués, rendraient possible un arbitraire bien plus grand que celui dont on se plaignait tant sous le régime Cavour. En fait, depuis deux ans à peu près, personne ne sait plus exactement quelles dispositions nous régissent. Les préfets et les questeurs agissent tantôt d'une façon, tantôt d'une autre : ici, les prostituées sont pratiquement libres et l'autorité ne s'occupe pas d'elles ; là, les filles inscrites, outre la visite faite par le médecin de leur choix, doivent se soumettre à un contre-examen hebdomadaire ou même bi-hebdomadaire passé par ordre de la préfecture, et par-dessus le marché, le ministre envoie encore de temps à autre un inspecteur pour contrôler les contrôleurs. Dans certaines villes, les prostituées entrent à l'hôpital et en sortent quand il leur plaît. Dans d'autres, elles ne sont libérées que lorsque le médecin a donné l'*exeat*. Ailleurs la direction des hôpitaux accueille les femmes vénériennes sans s'occuper de leur moralité et les place toutes dans les mêmes salles ; on ne fait aucune objection quand une syphilitique considérée comme dangereuse veut s'en aller, mais on prévient la police. Cette confusion dure depuis deux ans bientôt ; mais que M. Tarnowsky se tranquillise. Certainement, même abstraction faite du principe tant de fois proclamé (2) que les demi-mesures sont toujours les pires, les partisans de l'ancien système n'ont pas encore de quoi se déclarer satisfaits ; nous ne tarderons pas à revenir au *statu quo ante*, et ainsi sera terminée cette comédie qui fait notre divertissement en Italie depuis plusieurs années déjà, mais que, à l'étranger, on a, semble-t-il, le tort de prendre un peu trop au sérieux.

(1) Voir *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, septembre 1891, Milan.

(2) Voir *Lettera aperta al ministro Crispi* (*Giornale ital. delle mal. ven. e della pelle*, mars 1888) et *Discorso fatto al Congresso medico di Siena* (*Ibid.*, septembre 1891).

III

Beaucoup de lecteurs du rapport Tarnowsky, convaincus par les chiffres du savant docteur que le peuple italien est devenu aujourd'hui un ramassis de syphilitiques, doivent être glacés d'horreur en voyant un homme — un syphiligraphe par-dessus le marché — capable de rire d'un tort si grave porté à la santé publique.

Entendons-nous bien. Je ne me divertis pas des résultats d'un fâcheux état de choses, malgré que je les considère comme moins graves que beaucoup de gens ne se plaisent à le dire; je suis d'ailleurs convaincu qu'ils ne dépendent pas entièrement de l'application d'un règlement plutôt que d'un autre, et, par conséquent, je serais même disposé à les subir, si j'étais persuadé que des inconvénients momentanés peuvent nous valoir avec le temps un progrès durable.

Le sentiment qui me domine est tout autre. Je sens le découragement m'envahir quand je vois une expérience qui aurait dû se faire avec tant de droiture et de bonne volonté échouer par l'indifférence des uns, l'impuissance des autres, la méfiance de quelques-uns, le mauvais vouloir du plus grand nombre, et ne servir en définitive qu'à convaincre les gens sérieux qu'il n'y a plus de salut hors la prostitution d'Etat.

En revanche, je ris, quand, m'isolant momentanément du monde, réfugié dans l'isolement égoïste du sceptique qui étudie froidement les choses, je vois se jouer tous les jours et sous toutes les formes la vieille comédie de l'apparence prise pour la réalité.

Je ris, quand je vois des hommes sérieux attacher de l'importance à des documents qui n'en ont pas, se laisser hypnotiser par des semblants de vérité qu'un souffle fait évanouir, et refuser obstinément d'ouvrir l'oreille à la voix du bon sens pour s'incliner devant l'évidence.

Je ris, quand je vois les penseurs robustes, les hommes d'Etat, vaincus par la légion des médiocres qui n'ont jamais possédé une idée en propre et qui triomphent par leur résistance passive.

IV

Mais venons au plus important.

J'ai dit plus haut que les conséquences du règlement Crispi me semblent beaucoup moins graves que ne l'affirment certaines gens. Je vais essayer de le prouver. Sans vouloir jeter le moindre soupçon sur la bonne foi de personne, je prie mon collègue Tarnowsky de bien vouloir me suivre dans quelques considérations.

Les premiers chiffres cités par le docteur Tarnowsky sont relatifs à l'augmentation des vénériens et des syphilitiques, admis dans les hôpitaux de Milan à partir du 1er octobre 1888, date considérée comme celle de la prétendue mise en vigueur de la réforme Crispi. Les statistiques des hôpitaux de Milan ont été groupées pour plus de clarté, et on y a ajouté, comme point de comparaison, les admissions du 1er octobre 1887 au 1er octobre 1888. Voici ce relevé, tel qu'il est cité dans le mémoire Tarnowsky :

Année	1887-88	Vénériens	5.910	Syphilitiques	816
—	1888-89	—	7.590	—	1.320
—	1889-90	—	7.764	—	1.555

J'admets qu'une certaine augmentation se soit produite à Milan, parce qu'un mouvement analogue a été constaté dans d'autres villes et aussi dans l'armée. Je me réserve cependant d'entrer plus tard dans quelques considérations à ce sujet. Pour le moment, je me contenterai de poser au docteur Tarnowsky la question suivante : Vous êtes-vous jamais occupé de rechercher comment se font en Italie et spécialement à Milan les admissions à l'hôpital ?

Quant à moi, je ne sais pas du tout quelles règles ont été suivies à Milan pour l'admission des vénériens avant et pendant l'application du règlement Crispi. Mais je puis dire, par exemple, que si les hôpitaux de cette ville vivent des revenus de leurs biens propres et acceptent sans restriction les individus atteints d'une maladie quelconque, *pourvu qu'ils soient munis d'un certificat médical*, l'augmentation des vénériens hospitalisés peut très bien s'expliquer par la création à Milan et dans les localités voisines de dispensaires dont le personnel est précisément *autorisé à délivrer des bulletins d'admission.*

Il faut savoir en outre que, même dans les hôpitaux dont les actes de fondation n'excluent pas les vénériens, les directeurs avaient l'habitude de faire en pareille occasion des difficultés, pour autant qu'il ne s'agissait pas de cas graves. Maintenant, les hôpitaux de Milan ont certainement reçu, comme les autres, des circulaires portant que les vénériens doivent être admis au même titre que tous les malades, et il n'est pas étonnant que cela aussi ait contribué à accroître le nombre des admissions. Et puis, que le professeur Tarnowsky y songe un peu : est-ce que, à peser rigoureusement les termes, un plus grand nombre d'admissions dans les services hospitaliers correspond nécesssairement à une augmentation des cas ?

A Florence, comme dans toute la Toscane, un autre système est en vigueur : *sauf le cas d'urgence*, on n'admet d'une manière générale les malades de tous genres que s'ils peuvent payer ou s'ils sont munis, outre le certificat médical, d'une attestation par laquelle la municipalité garantit le remboursement des frais.

Au reçu de la circulaire citée plus haut, on se mit à recevoir tous les vénériens sans distinction de nationalité, sauf à présenter les notes à la fin de l'année, même au ministère, quand il n'y avait pas moyen de les faire payer ailleurs.

Maintenant, on sait qu'il y a, dans la population de toute ville, un certain nombre de vagabonds qui, plutôt que de gagner péniblement leur vie, préfèrent de beaucoup se déclarer malades, ce qui leur procure le plaisir d'aller à l'hôpital se faire nourrir chaque fois pendant trois ou quatre semaines. Ainsi, pendant les deux années que j'ai passées à la tête du service des vénériens à l'hôpital de Santa Maria Nuova, je vis constamment se répéter la comédie jouée par des malades qui sortaient non guéris, puis revenaient dans un état pire au bout de quelques jours, se faire entretenir pendant plusieurs semaines, et ainsi de suite. De cette manière, les admissions répétées d'un même individu viennent charger la statistique, et on comprend que ce soit le cas surtout pour la syphilis, maladie à longue évolution et à récidives fréquentes.

Je suis absolument persuadé qu'en pointant avec soin la statistique de notre hôpital, on trouverait que l'augmentation de nombre des vénériens provient du fait que les statistiques, dressées surtout au point de vue administratif, sont faites d'après les inscriptions prises telles quelles, sans rechercher si plusieurs admissions ne se rapportent pas à un seul individu. Ainsi, quand je compare les observations que j'ai notées pendant ces deux années et celles qui ont été à ma disposition dans le même service où j'étais assistant de 1876 à 1880, je ne trouve pas que l'augmentation apparente du nombre des cas corresponde à la réalité. D'autre part, le relevé des consultations publiques accuse une diminution notable.

On conviendra certainement que mes réserves quant à la valeur absolue de la statistique des hôpitaux de Milan sont fondées si on veut bien tenir compte en outre

de la remarque suivante : il y a disproportion d'une part entre l'augmentation de 1,654 vénériens constatée en 1888-89 par rapport à 1887-88, et d'autre part avec les 194 vénériens seulement qui représentent en 1889-90 l'augmentation par rapport à 1888-89. La remarque est d'autant plus frappante que les statistiques portant sur d'autres éléments accusent précisément un plus fort accroissement dans l'année 1889-90. Je me demande donc si le ministère, sollicité par les administrations locales ou désagréablement impressionné en voyant arriver à la fin de l'année une quantité de grosses factures pour frais d'hôpital, n'a pas pris de mesures pour faire tomber la courbe ascendante des admissions. Il peut avoir envoyé aux directeurs des dispensaires une de ces circulaires dont il est si prodigue, *pour leur enjoindre de ne plus faire de largesses dans la distribution des billets d'admission, mais de les réserver pour les cas qui ne peuvent réellement pas être soignés à domicile.*

Maintenant, je dis au Dr Tarnowsky : le jour où on vous a communiqué la statistique des hôpitaux de Milan, avez-vous fait quelque étude soigneuse, dans le genre de celles dont je viens de donner une idée? L'avez-vous faite, oui ou non, avant de conclure que l'accroissement dans le nombre des admissions correspond à un accroissement des cas ?

Non! — Alors, permettez-moi de vous dire que la logique a condamné depuis longtemps le *post hoc ergo propter hoc*, et qu'en présentant l'augmentation du nombre des vénériens dans les services hospitaliers de Milan comme la preuve d'une grave extension des maladies vénériennes due au règlement Crispi, vous pouvez très bien avoir émis une assertion gratuite.

Le rapport Tarnowsky contient un autre document auquel l'auteur paraît attacher une très grande importance : c'est la statistique des syphilitiques accouchées à l'hospice provincial de Milan. La proportion a été, pour la période triennale 1878-1880, de 1.28 0/0 du total et pour la période triennale 1888-1890, de 4.27 0/0.

En sa qualité de syphiligraphe, M. Tarnowsky sait très bien quelle importance peut avoir l'appréciation personnelle quand il s'agit de manifestations éruptives isolées, surtout aux organes génitaux des femmes en couches. Je lui demanderai d'abord s'il est certain que l'hospice provincial ait été dirigé par le même professeur Porro pendant les deux périodes qu'il a prises assez arbitrairement comme point de comparaison. S'est-il demandé si les éléments des deux statistiques ont été rassemblés par un même spécialiste, ou même seulement par deux spécialistes se plaçant au même point de vue scientifique?

Ensuite, je ne comprends réellement pas du tout pourquoi on prend, pour faire les frais du rapprochement, deux périodes triennales aussi distantes. N'était-il pas beaucoup plus simple de publier toute la statistique depuis 1878 jusqu'à aujourd'hui? Pourquoi calculer la seconde moyenne sur une période qui comprend précisément l'année 1888, celle de la mise en vigueur du règlement Crispi, alors qu'il faut évidemment un certain temps pour que la syphilis, augmentant parmi les prostituées libres, se répande dans la population masculine et vienne par contre-coup atteindre les femmes qui forment la clientèle de l'hospice? Et puis j'aurais préféré dans tous les cas, comme premier terme de comparaison, la période de 1881 à 1883. En effet, les statistiques militaires montrent que la moyenne de la syphilis, qui était de 7.86 0/0 dans l'armée en 1880, est montée à 9.26 0/0 en 1881; en 1882, elle tombait à 8.79 0/0 et atteignait l'année suivante, en 1883, 9.83 0/0.

M. Tarnowsky cite comme argument encore plus sérieux les observations faites à l'hospice des Enfants-Trouvés de Milan, ainsi que celles qui ont été apportées par le Dr Titomanlio, de Naples, au premier congrès des maladies de l'enfance, tenu à Rome en 1890. Ces chiffres accuseraient une augmentation très significative de la syphilis héréditaire. Pour répondre, il me suffira d'emprunter les arguments du Dr Concetti (1), qui reprocha vivement au Dr Titomanlio de s'être beaucoup trop hâté dans ses généralisations. M. Concetti fait remarquer que beaucoup de causes, surtout locales, peuvent contribuer à modifier la proportion de la syphilis dans un hospice pendant une période aussi courte. En outre, il est d'autant plus nécessaire de faire porter les études sur une longue série d'années, que la syphilis, comme toutes les autres maladies contagieuses du reste, a, sans cause appréciable, des périodes d'accroissement ou de diminution.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Perversions sexuelles à forme obsédante, par Boissier et Lachaux (*Archives de Neurologie*, novembre 1893, n° 81, p. 374). — L'un des cas a trait à un exhibitionniste qui était obsédé de l'idée de montrer ses organes génitaux à des femmes; l'autre se rapporte à un sujet qui se livrait de façon impulsive à des actes de bestialité. Ces malades appartiennent au groupe des héréditaires syndromiques de Magnan, car, ainsi que l'établissent leurs observations, le processus de leurs aberrations est tout à fait identique à celui des actes symptomatiques de tous les dégénérés obsédés. Aussi, encore qu'ils conservent la conscience, ces malheureux doivent-ils être considérés non pas comme des vicieux dignes de blâme et de vengeance, mais comme des malades auxquels conviennent la compassion et les mesures thérapeutiques.

Sur une lésion systématisée du cervelet et de ses dépendances bulbo-protubérantielles, par Royet et Collet (*Archives de Neurologie*, novembre 1893, n° 61, p. 354). — Il s'agit d'un malade ayant présenté pendant sa vie le tableau clinique presque complet de la sclérose en plaques, et, de plus, un tremblement des cordes vocales, et à l'autopsie duquel on trouva une sclérose du cervelet avec lésions secondaires de la protubérance. Celles-ci ont consisté en particulier en de la sclérose des pédoncules cérébelleux moyens et des olives inférieures. Les signes cliniques : titubation cérébelleuse et maladresse des membres supérieurs, embarras de la parole, troubles oculaires, raideur de la nuque, tremblement intentionnel, ressemblent presque à s'y méprendre à ceux de la sclérose en plaques; aussi ne distinguera-t-on la sclérose du cervelet qu'en prenant en considération les douleurs et les troubles oculaires. Les auteurs sont tentés d'attribuer la dysarthrie constatée dans la plupart des cas du même genre à la perte du pouvoir coordinateur du cervelet, et ils font remarquer que des diverses lésions susceptibles de frapper cet organe, la sclérose serait la seule qui produirait l'embarras de la parole, d'où la supposition que ce trouble de l'émission des mots est en rapport avec l'écorce du cervelet.

Amnésie consécutive à des idées obsédantes, par Féré (*Revue Neurologique*, 15 décembre 1893, n° 23, p. 653). — A la suite des idées obsédantes, on peut observer que les malades sont incapables parfois de reproduire le récit de leurs obsessions vis-à-vis desquelles ils sont comme amnésiques... Ce phénomène est à rapprocher de l'impossibilité constatée chez quelques tiqueux à reproduire volontairement, en dehors de leurs accès, les mouvements qu'ils répètent invo-

(1) L. Concetti, Della sifilide ereditaria nei Brefotrofi, considerata in rapporto con la nuova legge sulla polizia sanitaria dei costumi. *Riforma medica*, 1891.

lontairement. Le cas rapporté a trait à un homme de 34 ans, atteint de scrupules et d'idées fixes, de folies du doute et d'inversion sexuelle, qui présentait de l'amnésie consécutive à ses idées obsédantes.

Sclérose en plaques infantile d'origine grippale, par Massalongo et Sylvestri (*Revue Neurologique*, 15 décembre 1893, n° 23, p. 649). — Les auteurs dégagent les conclusions suivantes de l'étude des cas dont ils rapportent l'observation. Importance étiologique des maladies infectieuses dans la genèse de la sclérose en plaques; aussi bien que les autres maladies infectieuses, l'influenza peut provoquer le développement de la sclérose en plaques. La théorie de la migration des microbes à travers les parois vasculaires malades (d'artérite infectieuse) a plus de valeur que la théorie des toxines produites par les mêmes micro-organismes pathogènes, pour l'interprétation de la pathogénie des plaques de sclérose.

Etiologie de la névralgie du trijumeau (Ein Beitrag zur Aetiologie der trigeminus Nevralgie), par Hœnnecken (*Berliner klinische Wochenschrift*, 30 octobre 1893, n° 44, p. 1072). — On sait bien que les lésions des dents peuvent entraîner des névralgies du trijumeau, et dans ce cas le médecin ne manque pas d'examiner ces organes. Il arrive alors qu'on trouve des dents ou des racines cariées; mais, en dehors de ces altérations, et en l'absence de toute anomalie apparente de la surface de la dent, il peut exister des maladies de la pulpe dentaire elle-même. Ces maladies, capables d'occasionner des névralgies tenaces, sont extrêmement importantes à savoir reconnaître et à traiter. L'auteur relate plusieurs observations de ce genre, avec examen histologique montrant dans une dent, saine en apparence, de l'hyperhémie, ou des concrétions calcaires de la pulpe. Aussi devra-t-on, dans les cas de névralgie, explorer chaque dent avec le plus grand soin, et pratiquer au besoin la trépanation exploratrice sur ceux de ces organes suspects par certaines réactions, et néanmoins intacts en apparence.

Forme spinale névritique de l'atrophie musculaire progressive (Ueber die spinale-neuritische Form der progressiven Muskel-Atrophie), par Bernhardt (*Archiv. de Virchow*, août 1893, Bd 133, Ht 2, p. 259). — L'auteur étudie dans ce travail cette forme particulière d'atrophie musculaire progressive, encore indéterminée au point de vue nosographique, que Raymond a considérée comme une forme intermédiaire entre les myopathies essentielles et les myopathies myélopathiques, et qu'on appelle, en France, le type Charcot-Marie. Elle a été décrite en Allemagne par Hoffmann sous le nom d'atrophie musculaire progressive neurotique. Ultérieurement, et plus récemment Déjerine et Sottas ont différencié une affection qu'ils en ont rapprochée sous le nom de névrite hypertrophique et progressive de l'enfance. Il rapporte trois observations nouvelles, et après discussion des diverses opinions émises par les auteurs, il conclut à l'autonomie de cette affection, qu'il propose de nommer atrophie musculaire progressive spinale-névritique (spinal-neuritische); il la place, confirmant ainsi l'hypothèse de M. Raymond, entre les myopathies essentielles et les formes myélopathiques de l'atrophie musculaire progressive. Elle paraît être une maladie héréditaire ou familiale; et elle peut être en même temps héréditaire et familiale.

Cérébrine alpha et myéline alpha dans le traitement de certaines maladies nerveuses (On cerebrine alpha and myelin alpha in the treatment of certain neuroses), par J. Althaus (*The Lancet*, 3 décembre 1893, n° 3666, p. 1376). — Après un historique de la question des injections d'extraits d'organes, dans lequel l'auteur en fait remonter l'origine à la plus haute antiquité, il nous donne la formule des produits qu'il a employés. Ceux-ci, la cérébrine et la myéline alpha — que ce dernier terme sert à distinguer de la cérébrine chimique et de la myéline vraie — sont composés d'un mélange à parties égales de cerveau ou de moelle de lapin recueillies aseptiquement, de glycérine et de solution phéniquée. Les injections ont été pratiquées tous les deux jours, de 5 à 6 semaines et parfois plus, sur diverses catégories de maladies : ataxie locomotrice, scléroses de la moelle, neurasthénie, épilepsie, hystérie, astasie-abasie, cachexie sénile, convalescence des pyrexies.

Dans aucun de ces cas on n'a pu constater que le médicament eût une action spécifique contre la maladie, mais, presque toujours, il a fait office d'un excellent tonique. Cette action, les extraits la doivent, non pas à la suggestion, mais à l'influence combinée de substances tonifiantes et de produits antitoxiques favorisant et les oxydations cutanées et l'élimination des ptomaïnes.

Borax dans l'épilepsie (A study of the use of borax in epilepsy), par Welch (*The New-York medical journal*, 25 nov. 1893, n° 782, p. 626). — Le traitement de l'épilepsie par le borax, après avoir soulevé un véritable enthousiasme, paraît être retombé dans l'oubli. Outre un certain nombre de succès obtenus par divers observateurs par ce mode de traitement, l'auteur rapporte un cas personnel. Il a trait à une femme âgée de 31 ans, comitiale depuis l'enfance, et qui, malgré des rémissions dues à divers traitements et au bromure en particulier, offrait encore 3 ou 4 crises nocturnes tous les 2 ou 3 jours. De plus, son état mental était déplorable, et son état général accusait une intoxication par le bromure. Le borax ne tarda pas à atténuer la fréquence des crises, au point qu'on n'en compte plus guère qu'une par mois. En même temps, l'état mental s'est élevé. L'auteur insiste beaucoup sur la nécessité d'employer du borax chimiquement pur, attribuant à des impuretés le plus grand nombre des accidents dont on a accusé ce médicament.

MÉDECINE

Ictère des nouveau-nés (Beobachtungen uber Icterus der Neugeborenen), par Schmidt (*Arch. f. Gynækol.*, 1893, Bd XLV, p. 283). — Recherches statistiques sur le moment d'apparition, la durée, l'intensité, etc., de l'ictère chez 149 nouveau-nés. Sur ce nombre, 53,7 0/0 devinrent ictériques ; sur le total des enfants venus à terme, l'ictère ne se déclara que chez 46,5 0/0. On n'a pas trouvé que la ligature tardive du cordon prédisposât à l'ictère ; c'est plutôt le contraire qui serait vrai. Dans aucun cas, l'ictère n'a retenti sur le développement des enfants pendant les 15 jours qu'ils furent en observation.

Compression de la moelle épinière par un kyste hydatique du rachis (Ein Fall von Ruckenmarkskompression durch Echinokokken im Wirbelkanal), par Friedeberg (*Centralb. f. klin. Med.*, 1893, n° 51, p. 105). — Il s'agit d'un homme de 33 ans qui entre à l'hôpital pour une sciatique du côté droit et de la parésie vésicale. L'examen des organes internes ne révèle rien de particulier et le malade est soumis au traitement habituel. Pendant ce temps on voit se dérouler peu à peu les symptômes d'une myélite par compression : les réflexes tendineux d'abord exagérés disparurent, les membres inférieurs, de même que les muscles de la paroi abdominale d'abord frappés de simple parésie, finirent par se paralyser, avec anesthésie complète des parties paralysées, le rectum et la vessie se paralysèrent, des troubles trophiques parurent du côté de la peau (décubitus, desquamation), et le malade finit par succomber 18 mois après son entrée.

A l'autopsie on trouva le sacrum entièrement détruit par des kystes hydatiques qui, sans avoir traversé la dure-mère, remontaient dans le canal vertébral jusqu'à la deuxième vertèbre dorsale en comprimant partout la moelle qui était atrophiée, aplatie. Un autre kyste des dimensions d'un œuf d'autruche avait, après destruction du sacrum, passé dans la fosse iliaque droite.

Un cas de gangrène spontanée (Ein seltener Fall von spontaner Gangræn), par Zeller (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 52, p. 1263). — Il s'agit d'une fille de 20 ans qui au mois d'octobre de l'année dernière est prise de douleurs articulaires, puis de faiblesse dans le bras droit. En même temps, engourdissement et fourmillement dans les doigts droits qui se cyanosent, se décolorent et finissent par se gangréner. Lorsque la malade arriva à l'hôpital, il ne restait plus qu'à faire l'amputation de tous les doigts au milieu des secondes phalanges. Pendant l'opération, on a constaté que la plaie ne donnait presque pas de sang. Après l'opération, on a établi encore que la brachiale et la radiale du côté droit étaient plus flasques et avaient des battements plus faibles que les mêmes artères du côté gauche.

Pour l'auteur, il s'agit là d'un cas de maladie de Raymond, mais sans disposition symétrique des lésions.

Même bacille dans deux cas de melaena (Identische Bacterienbefund bei zwei Melaenafallen Neugeborener), par Gartner (*Arch. f. Gynækol.*, 1893, Bd XLV, p. 272). — L'auteur publie l'observation de deux cas de melaena des nouveau-nés terminés une fois par la mort, une fois par la guérison. Dans le premier cas, le sang pris dans le cœur et l'intestin et les selles hémorrhagiques donna naissance à une culture pure d'un bacille court qui poussait sur la gélatine, l'agar, la pomme de terre en formant des gaz. Ce bacille se colorait par la méthode de Gramm et, injecté dans le péritoine ou autour de la plaie ombilicale des chiens nouveau-nés, tuait les animaux en provoquant des hémorrhagies intestinales. Ce bacille, que Gartner considère comme spécifique, fut retrouvé chez le second malade dans les selles hémorrhagiques et dans le sang pris par piqûre à la région ombilicale et au bras.

Note sur un cas de lèpre, par E. Bodin (*Médecine moderne*, 25 octobre 1893, p. 1022). — Observation de lèpre nerveuse, avec dissociation syringomyélique de la sensibilité sur certaines parties du corps, intéressante par ce fait que le produit du raclage d'une ulcération à type de mal perforant, renfermait une grande quantité de bacilles lépreux; la recherche des bacilles au niveau des ulcérations a en effet échoué dans la plupart des cas relatés par les auteurs.

Gastrite scléreuse (Su di un caso di linite plastica; gastrite del Brinton), par D. Gabbi (*Riforma medica*, 6 et 7 septembre 1893, p. 663 et 676). — Femme de 63 ans; troubles digestifs avec cachexie, tumeur épigastrique et achlorhydrie; on diagnostique un cancer. A l'autopsie, parois de l'estomac épaissies surtout dans la région pylorique où elles atteignent deux centimètres, dures, fibreuses, homogènes; léger rétrécissement du pylore. Au microscope, les lésions ont leur maximum au niveau de la couche sous-muqueuse.

Maladie de Paget du mamelon (A comparison of the results obtained from the inoculation of portions of tissue affected with Paget's disease and of coccidia), par d'Arcy Power (*Journal of Pathology and bacteriology*, novembre 1893). — L'auteur introduit dans le vagin ou sur le prépuce du lapin, préalablement irrités par des badigeonnages d'acide acétique, des fragments de différents tissus pathologiques. Les diverses espèces de carcinome peuvent provoquer des altérations histologiques, mais il ne se produit aucun écoulement vaginal. Les tissus atteints de maladie de Paget provoquent une vaginite bien marquée, intermittente, avec écoulement non purulent. L'inoculation de coccidies du foie de lapin détermine une vaginite analogue, mais beaucoup moins grave et moins durable. Ces résultats semblent prouver qu'il y a une relation entre les coccidies et la maladie de Paget du sein, mais ne sont pas suffisantes pour établir nettement la nature de ces connexions.

CHIRURGIE

Angine de Ludwig (Ueber einen Fall von Angina Ludovici), par Trumpp (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 38, p. 709). — Il s'agit d'un meunier (âge ?), venu consulter pour un mal de gorge datant de cinq jours. Toute la partie latérale droite du cou et une partie du côté droit étaient occupées par une tuméfaction extrêmement dure qui, à gauche, s'étendait du bord inférieur de la mâchoire jusqu'à l'apophyse mastoïde et descendait en bas jusqu'à la clavicule, le long du sterno-mastoïdien. A droite la tumeur restait limitée à la région sous-maxillaire. La muqueuse de la bouche et de la gorge était rouge, congestionnée, les amygdales considérablement hypertrophiées.

En absence de fluctuation, l'auteur prescrivit des frictions antiseptiques sur le cou, et n'ouvrit le phlegmon qu'au bout de trois jours, quand un point fluctuant apparut dans la région sus-claviculaire gauche. Il s'écoula par l'incision un quart de litre de pus; une sonde introduite par l'orifice pénétrait jusqu'au bord inférieur du maxillaire. Lavage du foyer et drainage; guérison.

Comme étiologie, l'auteur n'a pu trouver qu'une carie des deux molaires inférieures du côté gauche.

Kyste sacro-coccygien (Sopra un caso di cisti congenita sacro-coccigea guarita coll' operazione di Kraske), par L. Isnardi (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, juillet 1893, p. 448). — Fille de 23 mois; tuméfaction arrondie située entre l'anus et le coccyx, avec fistule occupant sa partie supérieure et laissant écouler un liquide ayant les caractères du liquide cérébro-spinal, dont on a pu recueillir jusqu'à 7 grammes par heure. Opération de Kraske; on arrive sur un kyste dont on lie le pédicule; les parois du kyste adhérant très intimement aux parties molles, on l'incise longitudinalement, puis on le rugine et on le touche avec du chlorure de zinc à 15 0/0; hémostase au thermo-cautère; pas de suture; deux jours plus tard on remet en place le lambeau ostéoplastique; pas de suppuration; au bout de quatre semaines, petite opération plastique pour oblitérer l'ancien orifice de la fistule.

Du traitement chirurgical des tumeurs de l'intestin, par Boiffin (*Rev. de chir.*, 1893, n° 11, p. 928). — L'intervention doit être précoce dans le traitement des tumeurs de l'intestin; elle doit autant que possible se faire avant l'apparition des accidents d'obstruction intestinale.

L'entérectomie suivie d'entérorrhaphie est bonne dans les cas de tumeur petite, isolable et sans infection ganglionnaire lointaine. Dans les cas contraires (tumeur volumineuse, infection ganglionnaire), l'opération de choix sera l'entéro-anastomose pure, en un temps.

Le procédé de la suture à double étage, en surjet à points passés, est relativement rapide, facile et sûr.

Si l'entéro-anastomose est contre-indiquée par les accidents d'obstruction, par l'état général ou par l'âge du sujet, on se résignera à établir un anus contre nature qui pourra n'être que temporaire.

Greffe de Thiersch pour un arrachement total du cuir chevelu (Ein Fall von totaler Skalpirung durch Thiersch'sche Hautimplantation geheilt), par Riegner (*Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 50, p. 1109). — Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, qui eut tout son cuir chevelu arraché par une machine. La malade arriva à la clinique quelques heures après l'accident avec une plaie qui saignait peu. Comme il ne restait presque rien du cuir chevelu, on couvrit (sous le chloroforme) la plaie avec des lambeaux de Thiersch pris sur les cuisses. La greffe fut couverte de gaze iodoformée et de gaze aseptique. Quand on changea le pansement au bout de 10 jours, la greffe avait pris partout. Quelques lacunes qui étaient restées sur l'occiput furent comblées par des lambeaux pris sur les bras.

De la résection du poignet dans les affections tuberculeuses graves et suppurées de cette région, par Loison (*Rev. de chir.*, 1893, n° 11, p. 893). — Voici les conclusions de ce travail tirées de l'étude de quatre cas personnels:

1° La résection du poignet est indiquée même dans les cas de tumeur blanche du poignet très ancienne et ayant amené des désordres considérables de cette région, à la condition que la chirurgie conservatrice soit autorisée par l'étendue de la lésion et l'état général du malade. 2° Des hémoptysies antérieures ne sont pas une contre-indication à la résection du poignet, quand le malade veut à tout prix conserver son membre. 3° La résection du poignet a souvent pour résultat l'amélioration et la disparition des lésions pulmonaires, quand celles-ci sont venues après la lésion locale, autrement dit quand les lésions pulmonaires sont subordonnées. 4° Dans les tuberculoses anciennes et étendues au métacarpe et à l'avant-bras, l'amputation constitue en principe le moyen de guérison le plus sûr et le plus rapide. Cette règle n'est pourtant pas absolue, et on peut avoir, avec certains traitements opératoires et post-opératoires du poignet, des résultats très heureux au point de vue vital, orthopédique et fonctionnel. 5° Dans les cas de moindre gravité, la résection du poignet faite par la méthode sous-périostée est une opération capable de rendre complètement et définitivement les fonctions du membre malade. Seulement, il faut attendre plusieurs années pour apprécier le degré réel de la restitution fonctionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies de la bouche (*pathologie interne*) **suivi d'un précis d'hygiène de cette cavité,** par E. Maurel. 1 vol. in-8° de 402 pages, Paris, 1893, O. Doin, éditeur. Prix : 8 fr.

L'auteur décrit dans ce volume les affections inflammatoires de la cavité buccale, soit généralisées à toute cette cavité, soit localisées à quelqu'une de ses régions. Il applique à leur pathogénie les données de la microbiologie, qu'il expose en détail dans son introduction, et conclut que toutes les affections inflammatoires de la cavité buccale sont d'origine parasitaire, ou mieux microbienne. Il donne, en particulier, une intéressante théorie de la stomatite mercurielle ; se basant sur ses recherches antérieures sur la résistance des leucocytes aux agents chimiques, il fait voir que la vitalité des leucocytes est compromise par les sels mercuriels à des doses où ceux-ci ne peuvent pas entraver le développement des parasites ; les leucocytes affaiblis ne peuvent plus exercer leur rôle de phagocytes et protéger la muqueuse buccale ; la stomatite mercurielle rentre donc dans le cadre des stomatites d'origine parasitaire, tout en étant occasionnée par le mercure ; cette théorie mixte rend bien compte des deux éléments qui interviennent pour produire cette affection.

M. Maurel nous paraît avoir été moins bien inspiré lorsqu'il a admis l'origine hérédo-syphilitique de la glossite exfoliatrice marginée, et l'origine parasitaire de la langue noire, dans les productions de laquelle les granulations sphériques considérées comme des spores nous semblent bien plutôt être des produits de désintégration épithéliale.

Nous regrettons de n'avoir trouvé dans ce volume ni la description de la leuko-kératose buccale, ni celle des lésions syphilitiques de la bouche, ni celle de la tuberculose linguale, sans parler du cancer que l'auteur éliminait par son titre même.

Malgré ces lacunes, que nous serions heureux de voir combler dans une édition ultérieure, ce livre traite avec compétence et clarté les sujets nombreux auxquels il est consacré, et nous ne doutons pas qu'il trouve un bon accueil auprès des médecins et des dentistes pour lesquels l'auteur l'a écrit.

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas bactériologique (Microphotograph. Atlas der Bakterienkunde), par C. Frænkel et R. Pfeiffer. Livrais. 5 et 6. Berlin, A. Hirschwald.

Cette livraison est conforme à la conception de l'ouvrage des deux savants hygiénistes. On y trouve la figuration microscopique des microbes du charbon bactéridien, du tétanos, de l'œdème malin, de la tuberculose, etc. Un texte très sobre accompagne et complète les figures. Peut-être pourrait-on dire que trop de vérité microscopique nuit à l'enseignement même. En tout cas, les auteurs ont cherché la réalité photographique pure, et leur but est parfaitement atteint.

Thèses de Paris.

Dégénérescence mentale du goitre exophthalmique. par Henri Brunet.

Il n'y a pas de troubles psychiques symptomatiques de la maladie de Basedow. Il n'existe pas de folie qui par sa forme et par sa nature se rattache directement à cette affection.

La plupart des troubles mentaux observés au cours du goître exophthalmique relèvent de la dégénérescence mentale.

Dans la majorité des cas, les troubles psychiques et la maladie de Basedow sont simplement associés chez le même sujet, et les deux ordres de symptômes évoluent d'une façon absolument indépendante.

Dans quelques circonstances, le goître exophthalmique a été la cause déterminante qui a favorisé, chez des dégénérés, l'éclosion de troubles mentaux.

Dans ces derniers cas, les troubles psychiques nous paraissent être le résultat d'une intoxication dont le point de départ se trouve dans un trouble de fonctionnement du corps thyroïde, et dont l'action se manifeste directement sur les centres corticaux.

Les mêmes phénomènes d'intoxication, par leur action sur les centres bulbaires, et chez des sujets qui ne sont pas nécessairement des dégénérés, peuvent donner naissance aux symptômes isolés ou associés de la maladie de Basedow.

Laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup, par Joseph Touchard.

Une laryngite spasmodique à son début peut devenir tellement aiguë, inflammatoire et suffocante que par la continuité et l'intensité de la dyspnée elle en impose pour un croup d'emblée.

On trouvera cependant des éléments de diagnostic dans les caractères de la toux, et surtout dans la marche et la terminaison presque toujours favorable de la maladie.

Cette laryngite paraît localisée dans la portion sous-glottique du larynx.

Au cours de la rougeole on peut également observer des formes très graves de laryngite, qui simulent le croup et cela à trois périodes : soit au début, soit au moment de l'éruption, soit à la période de convalescence.

Que la laryngite soit primitive ou consécutive à la rougeole, la vie peut être menacée par les progrès croissants de l'asphyxie.

On pourra être obligé d'avoir recours à la trachéotomie, mais il ne faudra la pratiquer qu'à la dernière extrémité.

VARIÉTÉS

Monument Charcot.

3e *liste.*

Dr Millard, 100 fr. — Administration de l'Assistance publique, 500 fr. — Dr Brown-Séquard, 20 fr. — Dr Guimbail, 50 fr. — M. Lebel, 40 fr. — M. de Nayer, 100 fr. — Madame Guinon, M. Albert Guinon, 50 fr. — Dr Vilcoq (Soissons), 20 fr. — Salle de garde des internes de Beaujon, 50 fr. — Th. Ribot, 50 fr. — Dr Cartaz, 20 fr. — G. Roux, 20 fr. — Dr Worms, 20 fr. — Professeur Mairet, 25 fr. — Dr Vallin, médecin-inspecteur des armées, 30 fr. — Marty, pharmacien-inspecteur des armées, 10 fr. — Dr Enriquez, 20 fr. — Docteur Hanot, 100 fr. — Mme Marguerite André, 100 fr. — M. Cernuschi, 100 fr.

Nota. — Le trésorier tient des carnets de souscription à la disposition des personnes qui veulent bien s'occuper de recueillir des souscriptions. Les sommes inscrites à ces carnets, comme celles recueillies par divers journaux, seront ultérieurement publiées.

Livres déposés au Bureau du Journal

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille.

Précis de médecine opératoire obstétricale, par S. Rémy, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Paris, 1893, 1 vol. in-18 jésus de 460 pages avec 185 figures. Cartonné. 6 fr.

Thérapeutique journalière. Maladies internes et maladies des enfants, par C. Smith, médecin praticien à Moscou. Paris, 1893, 1 vol. in-18 de 204 pages. 3 fr.

La glande thyroïde et les goîtres, anatomie normale et pathologique, bactériologie, par le docteur Henri Rivière, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Lyon. Paris, 1893, gr. in-8°, 148 pages avec 2 planches. 4 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Paris, 26 janvier 1894.

Syphilis et prostitution. L'éternel débat pour ou contre la réglementation.

Il vient de se passer en Italie une expérience intéressante sur les principaux épisodes de laquelle les lecteurs de ce journal ont été successivement renseignés. Rappelons-les brièvement. On sait qu'avant 1888, en matière de prostitution, le régime en vigueur dans la péninsule était analogue à celui qui gouverne encore actuellement presque toutes les nations de l'Europe, l'Angleterre exceptée. Dans ces pays, l'administration publique a, dans ses attributions, la surveillance de la propagation des maladies vénériennes. Les femmes faisant métier de prostitution sont soumises à certaines obligations, dont la principale est la visite médicale par des médecins désignés par l'administration; lorsqu'elles sont trouvées malades et contagieuses, elles sont envoyées d'office dans des hôpitaux et infirmeries où elles sont gardées jusqu'à leur guérison, ou tout au moins jusqu'à disparition des accidents contagieux. La plupart des villes possédaient ainsi des « sifilicomes » réservés au traitement des vénériennes. Ce système marchait tant bien que mal, plutôt mal que bien, ainsi que cela se voit partout; et l'on conçoit que nombre de bons esprits animés d'idées généreuses et passionnés de liberté songent constamment à l'améliorer. Ils purent faire triompher leur manière de voir auprès d'un ministre qui aimait à mettre en avant ses sentiments de libéralisme, et en mars 1888, sur la proposition de M. Crispi, le roi Humbert rendait un décret qui abrogeait le système en vigueur, et le ministre publiait un règlement sur la prostitution dont la surveillance était organisée sur de nouvelles bases. Au régime Cavour succédait le régime Crispi.

Nous avons nous-même alors donné dans la *Gazette* (1), la traduction de ces règlements; les mesures les plus importantes étaient la suppression des hôpitaux spéciaux ou sifilicomes et l'ouverture aux vénériens et vénériennes de sections spéciales dans les hôpitaux généraux, la création de dispensaires gratuits « offrant les plus grandes facilités pour la cure des maladies syphilitiques et vénériennes » et parfaitement organisés pour porter secours à quiconque y ferait appel. Toutes facilités étant données pour se faire soigner, les prostituées auraient vraiment mauvaise grâce pour ne pas venir d'elles-mêmes trouver le médecin; point n'était besoin d'ailleurs pour celles qui vivaient dans les maisons de prostitution de se déranger; les tenanciers devaient en effet s'engager, sous peine de fermeture, à surveiller la santé de leurs pensionnaires, à les faire traiter eux-mêmes, sinon à les envoyer à l'hôpital; en même temps, diverses mesures étaient destinées à rendre le séjour des filles dans les maisons de prostitution vraiment avantageux. On espérait ainsi attirer et retenir dans les maisons où elles seraient surveillées et soignées le plus grand nombre possible de femmes, augmenter la clientèle de ces établissements par l'appât d'une marchandise saine, diminuer d'autant la prostitution clandestine, et du coup réduire dans une grande proportion les maladies vénériennes. Mais ce qui caractérise à coup sûr cette réforme, c'est la suppression de l'obligation de la visite, la suppression de l'obligation du traitement en cas de maladie. Tout est laissé à la persuasion.

L'intention était louable, l'expérience à coup sûr intéressante, et les syphiligraphes et les hygiénistes de tous les pays se promirent d'en suivre avec soin les résultats.

Hélas! il ne parut pas que ceux-ci fussent excellents.

Déjà l'année suivante, au congrès international de dermatologie et de syphiligraphie de Paris, en 1889, au cours d'une discussion sur ce sujet qui se termina d'ailleurs par l'émission de vœux tout en faveur de la réglementation la plus sévère, nos confrères italiens donnèrent à entendre que les premiers résultats laissaient quelque peu à désirer, mais qu'il fallait attendre au moins trois ou quatre années pour formuler une opinion. Celle-ci se divisa tout naturellement entre partisans et adversaires du régime Crispi, ces derniers, à vrai dire,

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1888, p. 833.

plus nombreux. Leurs arguments prirent corps et se concentrèrent dans le rapport bénévole que fit à la suite d'un voyage en Italie un syphiligraphe russe de grande valeur, le professeur Tarnowsky, de Saint-Pétersbourg. Ce rapport a été traduit et publié dans ce journal par M. Eudlitz, en décembre 1892 (1); disons seulement qu'il constatait qu'à la suite de l'application du nouveau règlement les maladies vénériennes avaient augmenté en Italie d'une façon inquiétante, tant et si bien qu'un mouvement d'opinion, s'appuyant sur la demande de nombreux médecins, réclamait la suppression du nouvel état de choses et le retour à une réglementation. De fait, le ministre de l'Intérieur, M. Nicotera, publia en décembre 1891 un règlement conçu dans l'esprit le plus libéral, mais consacrant de nouveau le principe de la surveillance médico-administrative. Il faut attendre maintenant le résultat de cette contre-expérience. Cependant les idées qui avaient présidé à la rédaction du règlement Crispi n'ont pas été abandonnées de tous leurs partisans et, en réponse au rapport du professeur Tarnowsky, M. le professeur Celso Pellizzari, de Florence, adresse à la *Gazette* la longue communication que, par esprit d'équité, la *Gazette* a tenu à insérer textuellement et dans laquelle il s'efforce de défendre la réforme Crispi, réforme à laquelle il a pris lui-même une part importante, ayant fait partie de la commission qui élabora les projets.

C'est donc un véritable plaidoyer, très intéressant et très habile, rempli de documents statistiques et qui combat sur plus d'un point avec succès les conclusions de M. Tarnowsky. Mais, quel que soit le talent dépensé par M. Pellizzari dans la défense d'une cause qui lui est chère et bien qu'il rejette l'insuccès sur de nombreuses raisons dont la principale paraît être la mauvaise volonté que rencontra de toutes parts l'application du nouveau règlement, il ne dissimule pas que l'expérience a échoué et « qu'elle est de nature à faire croire aux gens sérieux qu'il n'y a plus de salut hors la prostitution d'Etat. »

Il est certain qu'il y a là de quoi faire réfléchir les partisans de la suppression de la réglementation et que l'expérience faite en Italie sera mise à profit par les divers Etats européens.

Il est illusoire de croire, en effet, que les prostituées se feront soigner de leur plein gré. La syphilis est une maladie qui ne fait pas souffrir, à peine gênante; on ne trouvera donc pas de filles malades voulant interrompre leur métier lucratif pour entrer de bonne grâce à l'hôpital; si elles ont consenti une fois à y entrer, elles n'auront de cesse d'en sortir, de s'en échapper avant la guérison complète. Que de fois n'avons-nous pas vu, alors que nous avions l'honneur d'être le chef de clinique de M. le professeur Fournier à l'hôpital Saint-Louis, des filles couvertes de plaques muqueuses demander leur sortie le samedi, l'exiger, après refus du médecin, du directeur de l'hôpital qui n'avait aucun droit pour les retenir, et revenir ensuite le mardi ou le mercredi suivant, n'ayant aucun scrupule à raconter de quelle lamentable façon pour la santé publique elles avaient employé ces jours de vacances. Quelque pénible que cela soit à dire, il ne faut rien espérer de la bonne volonté des prostituées. L'obligation, aussi douce, aussi raisonnable qu'on le voudra, mais l'obligation seule peut être mise en œuvre. Cette obligation, c'est la visite médicale de toute femme faisant le métier de prostitution, le traitement obligatoire de celles qui sont reconnues malades; car, n'en déplaise aux partisans de la liberté individuelle, il s'agit là d'une industrie après tout, d'une industrie insalubre au premier chef, et qui doit être surveillée tout aussi bien que les autres. Maintenant, les systèmes employés jusqu'à présent sont-ils les seuls bons; n'y a-t-il pas des perfectionnements à apporter dans des services dont la réglementation remonte déjà à de bien longues années? L'administration, elle-même, ne nous croirait pas si nous disions que tout va comme il faut. Aussi bien, puisque la lettre du professeur Pellizzari a remis la question sur le tapis, nous proposons-nous, si on veut bien nous le permettre, d'y revenir quelque jour. L'occasion est bonne, car M. le préfet de police actuel, animé des meilleures intentions de réforme dans son administration, est parfaitement au courant de ces questions; peut-être verrons-nous les efforts combinés de tant de personnes réussir enfin, et les discussions mémorables qui ont eu lieu aussi bien à l'Académie de médecine qu'au Conseil municipal de Paris produire quelque utile résultat.

HENRI FEULARD.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1892, p. 607 et 619.

REVUE GÉNÉRALE

Les différents modes d'administration du mercure dans la syphilis.

Les mercuriaux, dont nous nous occupons ici exclusivement au point de vue du traitement de la syphilis, peuvent être introduits de bien des manières différentes dans l'organisme. Ces modes d'administration sont les suivants: ingestion stomacale, frictions, injections, emplâtres, bains, fumigations, suppositoires.

Il est à peine besoin de faire remarquer que, parmi ces divers moyens, les uns sont d'un usage beaucoup plus fréquent que les autres, et que les procédés par ingestion stomacale, frictions et injections sont presque exclusivement les seuls employés. Mais, quel que soit le procédé mis en usage, il importe de faire tolérer le mercure par le malade : d'abord, parce que ce médicament n'a pas de succédané, ne peut être remplacé par aucun autre; ensuite, parce que non seulement il faut le donner pendant un temps assez long au début de l'infection syphilitique, mais parce qu'on est souvent obligé d'y avoir de nouveau recours plusieurs années après le commencement du mal. Il est donc de toute nécessité de faire supporter cet agent si puissant en l'espèce, par conséquent, de choisir, selon les cas, le mode d'administration qui est le plus convenable. Mais, lorsque ce choix est fait pour l'une de ces méthodes, il faut encore examiner quelle est celle des préparations mercurielles à qui il faut donner la préférence. Bien des raisons, d'ailleurs, font choisir telle méthode, tel composé, nous les analyserons à la fin de cet article; nous commencerons par l'étude des différents modes d'administration du mercure; nous examinerons pour chacun d'eux ses diverses préparations, ses indications, ses avantages et ses inconvénients.

1° *Bains*. — Les bains peuvent être administrés de deux façons différentes : soit d'après la méthode du bain

électrique à double compartiment de Gærtner, que nous ne faisons que mentionner; soit d'après une méthode plus simple et plus usuelle qui consiste à additionner l'eau du bain de :

Bichlorure de mercure..........	} ââ 20 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.....	
Eau distillée.....................	200

Il est relativement facile de porter un jugement sur cette méthode; deux cas, seuls, peuvent se présenter : ou la peau est saine, ou elle offre des solutions de continuité. Or, quand la peau est intacte, l'absorption est nulle ou à peu près. Cette question, depuis longtemps en litige, semble aujourd'hui résolue dans le sens de la négative : si on n'altère pas les téguments, soit par des actions mécaniques, soit par des actions chimiques, ils semblent incapables d'absorber. Donc, dans ce cas, la méthode en question n'a aucune valeur. Au contraire, si la surface cutanée est excoriée, ulcérée, présente en un mot des portes d'entrée, l'absorption peut se faire. Mais, dans quelles proportions se fera-t-elle? Il est impossible de le savoir. Elle se fera dans des proportions restreintes, cela est naturel, si les parties dénudées ont peu d'étendue, d'une façon plus notable si elles en ont davantage. Mais il y a là trop de vague, trop d'incertitude. On ne peut se contenter d'une pareille formule. Quelle confiance, par conséquent, avoir en un tel procédé? Les bains ne peuvent rendre de services que pour guérir certaines manifestations locales, telles que syphilides rebelles, notamment les formes sèches et exanthématiques de syphilodermie. Quelques auteurs préconisent encore les bains de sublimé, 1 à 2 grammes par bain, dans la syphilis héréditaire, alors que l'enfant n'étant âgé que de quelques jours on ne peut, d'après eux, administrer le mercure ni à l'intérieur, ni en frictions.

2° *Fumigations.* — Certains expérimentateurs se basant sur ce que, à leur avis, l'action thérapeutique des frictions mercurielles doit être uniquement rapportée aux vapeurs qu'elles répandent, ont conçu l'idée de faire pénétrer directement ces vapeurs dans l'économie. Cette absorption peut se faire soit par la surface cutanée, soit par la voie pulmonaire.

Langston Parker eut le premier l'idée d'administrer le mercure, sous forme de gaz, par les téguments. Lee, Bumstead, Horteloup vantent les effets curatifs de cette méthode et l'innocuité de son application. Lorsqu'on veut confier l'absorption à la peau, la façon d'opérer la plus simple est la suivante : Le malade, assis sur un siège en bois, est enveloppé jusqu'au cou par une grande couverture formant cloche, retombant tout autour de lui jusqu'à terre. Sous le siège on place un appareil spécial qui sert à volatiliser la préparation mercurielle. Celle-ci est habituellement le calomel, que l'on emploie chaque fois à la dose de 1 à 4 grammes. Chaque séance dure environ vingt minutes. Après chacune d'elles, on couche le malade entouré de ses mêmes couvertures pendant trois quarts d'heure. On fait de 2 à 3 fumigations par semaine.

D'après ses partisans, cette méthode est d'une application facile, elle a une action énergique; enfin, elle respecte les voies digestives.

La commodité de son exécution est assez discutable; quant à ce qui a trait à sa puissance, on n'a guère présenté que des guérisons de syphilides. On a aussi reproché à ce procédé de débiliter les malades par des diaphorèses abondantes et répétées. Si l'application est mal faite, on provoque de la toux, des spasmes laryngés, des accès de suffocation. Enfin, la stomatite peut se produire comme avec tous les autres modes d'administration, et, selon l'état d'intégrité plus ou moins parfait de la peau, il y a une quantité de vapeurs absorbée très variable. On agit donc en aveugle comme avec les bains. Ici encore, nous dirons : méthode bonne dans certains cas de syphilides rebelles, mais méthode d'exception.

L'idée d'introduire les vapeurs mercurielles par la muqueuse pulmonaire est due à M. Merget (Bordeaux). Pour ce faire on découpe 1 décimètre carré d'une étoffe en flanelle imprégnée de mercure et on le place sous le drap du traversin, en recommandant au malade de se tenir couché sur le côté; on peut aussi suspendre au cou le morceau d'étoffe à la manière d'un scapulaire. D'après les expériences entreprises à ce sujet, il résulterait que les flanelles mercurielles répandent réellement des vapeurs, que les malades les absorbent, et qu'on retrouve le mercure dans leurs sécrétions. D'après M. Merget, la dose absorbée dans une nuit de huit heures peut atteindre 12 milligrammes dans les conditions les plus favorables.

Cette méthode, passible d'une partie des objections faites pour le mode précédent, s'est peu généralisée jusqu'ici; sa véritable indication se trouve peut-être dans le traitement d'accidents locaux des voies aériennes.

3° *Emplâtres.* — Ce procédé, indiqué par Unna, de Hambourg, a été principalement étudié par M. Quinquaud, qui se sert pour ce mode d'emploi de sparadrap adhésif au calomel dont voici la composition :

Emplâtre diachylon...............	3.000 gr.
Calomel à la vapeur...............	1.000 —
Huile de ricin.....................	300 —

Avant l'application du sparadrap, on lave, on savonne soigneusement la surface cutanée au lieu d'élection, c'est-à-dire au niveau de la région splénique. Puis on y applique un décimètre carré de l'emplâtre et on le laisse en place pendant huit jours. On cesse pendant un même laps de temps et on remet ensuite un autre morceau pendant une nouvelle période de huit jours, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'effet thérapeutique désiré. S'il est nécessaire d'agir plus activement, il suffit d'augmenter les dimensions du morceau de sparadrap. En faisant l'analyse des urines, M. Quinquaud a pu se convaincre que, par cette méthode, il passe à chaque instant dans la circulation une dose infinitésimale de mercure qui vient impressionner les éléments et les maintenir constamment sous l'influence de la même dose du médicament. Quelle est maintenant la valeur de cette méthode? On peut dire qu'elle est facile, d'application aisée et efficace pour le traitement des manifestations superficielles, légères; en effet, en employant ce traitement, on a vu se résoudre des roséoles, des syphilides papulo-tuberculeuses, des syphilides corymbifères, des plaques cutanées, 8 à 15 jours après l'application du sparadrap; mais, de l'avis même de son auteur, cette méthode ne suffirait sans doute pas pour traiter des accidents graves. Nous ajouterons qu'elle ne manifeste pas immédiatement ses effets, car ce n'est qu'à partir du quatrième jour au plus tôt que M. Quinquaud a commencé à trouver des traces de mercure dans l'urine. Ce n'est donc pas une méthode à employer lorsqu'il est indiqué d'agir promptement contre un accident grave.

4° *Suppositoires.* — On a parfois essayé de faire pénétrer les mercuriaux par la voie rectale au moyen de suppositoires. Ce procédé n'est guère entré dans la pratique. Nous nous contentons de le mentionner.

5° *Frictions.* — Les frictions cutanées constituent l'un des modes d'administration du mercure le plus souvent employé, et pour beaucoup de syphiligraphes, en Allemagne principalement, ce procédé doit être la méthode de choix, celui que l'on doit mettre en usage dans la majorité des cas, et par lequel on doit commencer le traitement de la vérole.

Les préparations employées sont variables; en France,

la préférence est accordée à l'onguent napolitain. Certains praticiens se servent d'onguent mercuriel simple, d'autres de calomel, etc. D'après Rurata et Bovero, les frictions au calomel auraient sur les autres l'avantage d'être plus propres, plus faciles à dissimuler, et de ne provoquer ni lésions irritatives locales, ni stomatite.

L'onguent mercuriel double, d'un usage courant chez nous, s'emploie à la dose moyenne de 4 gr. chez un adulte pour une friction. Mais on peut monter jusqu'à 10 et 12 gr. lorsque l'on redoute des accidents cérébraux ou médullaires, ou lorsque les malades font une cure dans une station d'eaux sulfureuses. Ces eaux favorisent en effet la tolérance, sans qu'on puisse en donner encore une raison plausible. Chez la femme adulte, la dose doit être un peu inférieure à celle que l'on emploie pour l'homme. L'enfant en bas âge, qui ne salive pas et chez qui on n'a pas à redouter la stomatite, supporte aisément la dose de 1.50 à 2 gr. Ces quantités sont souvent nécessaires chez lui en raison de la gravité et de la rapidité des accidents provoqués par la syphilis héréditaire.

La friction doit être faite le soir. M. Fournier préconise comme lieu d'élection la partie latérale du tronc, depuis le bas du creux axillaire jusqu'à la crête iliaque. On frotte un jour le côté gauche, le lendemain le côté droit. Parfois même il faut varier davantage le siège des frictions et ne revenir qu'une fois par semaine au même point. La pratique de Lesser, de Neisser, etc., nous semble alors recommandable : on frotte successivement le bras gauche, le bras droit, la jambe gauche, la jambe droite, la cuisse gauche, et enfin la cuisse droite. Le septième jour, on donne un bain et on laisse la peau se reposer. Ces six frictions constituent un cycle complet, un tour. On reprend ensuite dans le même ordre ces différentes parties. M. Fournier recommande encore d'éviter certaines régions : creux axillaire, scrotum, pubis. La friction doit être faite assez énergiquement et durer environ dix minutes pour 4 gr. On met ensuite de l'ouate pendant la nuit; le lendemain matin, on savonne et on saupoudre de riz. Il est bon de donner deux bains émollients par semaine; parfois même, chez les personnes à peau délicate, il faut, tous les deux ou trois jours, laisser une journée de repos. La durée de ce traitement est variable suivant la tolérance, les effets produits, etc.; sa moyenne est de quatre semaines.

Avantages. — Les frictions cutanées possèdent deux avantages considérables : 1° c'est un traitement actif, puissant, agissant rapidement, et souvent, dans des cas où d'autres échouent, dans les glossites tertiaires, par exemple; 2° il laisse indemnes les voies digestives.

Inconvénients. — Ce procédé est sale, affichant; il occasionne de la dermite qui se traduit par de l'érythème, de l'eczéma mercuriel, et qui parfois peut se généraliser et constituer un véritable danger; quelquefois il y a de la diarrhée, mais c'est assez rare. A côté de ces inconvénients, assez bénins en somme, il en existe un plus redoutable, la stomatite; c'est là l'écueil de la méthode. De tous les modes d'administration du mercure, sauf quelques préparations insolubles données en injection, les frictions sont celui qui expose le plus aux inflammations de la muqueuse buccale. Cette stomatite n'a pas de prodromes, elle éclate d'une façon soudaine, elle est plus générale d'emblée, plus grave que les autres. Aussi, dit M. Fournier, si on choisit ce procédé, il faut des indications formelles qui en légitiment l'emploi.

Indications. — On doit réserver ce mode pour les circonstances suivantes :

1° Dans les cas graves, notamment lorsqu'on redoute des accidents cérébraux ou médullaires;

2° Dans les cas rebelles à d'autres procédés;

3° Quand on ne peut se servir de la voie stomacale, soit parce que l'organe est atteint d'une affection quelconque, soit parce qu'il est utile d'administrer d'autres remèdes internes;

4° Dans le jeune âge.

C'est donc une méthode utile, indispensable dans certains cas; mais ce ne saurait constituer une méthode usuelle possible, à cause de ses dangers et de l'ennui qu'elle occasionne aux patients.

Ajoutons qu'ou a essayé, sans beaucoup de succès d'ailleurs, de remplacer l'onguent napolitain par des savons mercuriels.

6° *Injections.* — Les injections sous-cutanées de composés mercuriels sont de date récente dans le traitement de la syphilis; c'est Hébra et Hunter qui, les premiers, appliquèrent cette méthode; Scarenzio, en Italie, la découvrit à peu près en même temps. On peut dire néanmoins que, malgré son origine récente, peu de questions de thérapeutique médicale ont donné lieu à plus de discussions. Adopté avec enthousiasme par les uns, ce procédé a été rejeté par d'autres comme infidèle et dangereux. Selon que l'on emploie des préparations de sels solubles, ou au contraire de sels insolubles, on distingue deux méthodes. Quelle que soit celle à laquelle on a recours, il existe un certain nombre de règles communes à chacune d'elles et applicables au procédé opératoire. Nous les résumerons de la façon suivante :

1° Il faut employer des solutions irréprochables comme composition chimique, et nous ajouterons être sûr du préparateur, afin qu'il n'y ait pas d'erreur possible dans le dosage;

2° Les instruments employés pour faire l'injection, seringue, aiguille, etc., doivent être d'une propreté parfaite; le manuel opératoire doit réunir toutes les conditions possibles d'asepsie;

3° L'injection doit toujours être faite très profondément; c'est là la condition essentielle pour se mettre, autant qu'il est possible, à l'abri des douleurs, des abcès, etc. Mais alors que les uns se contentent du tissu cellulaire sous-cutané, les autres pensent qu'il faut aller encore plus profondément et font pénétrer l'aiguille jusque dans les muscles;

4° Il y a des régions qui supportent mal les injections et qu'il faut éviter, les membres notamment. Le dos, les fesses sont, au contraire, des endroits favorables. Il y a surtout trois grands sièges d'élection : la fossette rétro-trochantérienne, l'ensellure lombaire et la région fessière en un point déterminé par l'intersection de deux lignes, l'une horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus du grand trochanter, l'autre verticale séparant le tiers interne de la fesse de ses deux tiers externes;

5° Enfin, il faut enfoncer d'abord l'aiguille seule, puis attendre un instant pour s'assurer qu'il ne sort pas de sang et qu'on n'a pas pénétré dans un vaisseau. On ajuste alors la seringue et on pousse très doucement l'injection.

Injections solubles. — Nous ne passerons pas en revue toutes les préparations mises en usage; elles sont en grande quantité, la plupart des expérimentateurs ayant adopté des formules différentes; nous renvoyons pour cette étude au travail de M. Chéron (*Tribune médicale*, n°s 41, 42, 43, année 1893). — Nous indiquerons les plus usitées. Ce sont :

Le sublimé corrosif :

Bichlorure de mercure...............	0.50
Chlorure de sodium..................	1 »
Eau distillée.........................	100 »

Une seringue Pravaz contient 5 milligrammes de bichlorure.

La solution de peptone mercurique ammonique qui renferme 1 centigramme de bichlorure pour 1 gramme d'eau distillée.

Les iodures de mercure et notamment la préparation suivante :

Bi-iodure de Hg....................	0 .04
Huile stérilisée....................	10 gr.

Une seringue Pravaz renferme 4 milligrammes de bi-iodure. On injecte par jour une demie à une seringue et demie. Cette dernière préparation a surtout été employée dans la syphilis oculaire.

Les amides mercuriels.

Le cyanure de mercure.

La benzoate de mercure, etc.

Injections insolubles. — Elles diffèrent des précédentes en ce que les doses sont plus fortes et en ce que les injections, au lieu d'être faites chaque jour, ou même plusieurs fois par jour, sont espacées et ne sont faites en moyenne que tous les dix jours. On injecte donc une quantité assez considérable de mercure insoluble qui, d'après les idées des partisans de cette méthode, se solubilisant graduellement, est employée peu à peu. Les préparations le plus fréquemment usitées sont :

Le calomel :

Calomel................	0, 50
Huile de vaseline.......	Q. S. pour 5 seringues.

On peut se servir aussi d'huile d'olive comme excipient. Dans cette formule il y a 0,10 de calomel par seringue Pravaz. Cet agent a une action énergique, mais il entraîne des réactions locales intenses : abcès fréquents, douleur forte et persistante.

L'oxyde jaune de mercure, qui a peut-être moins de réaction inflammatoire que le calomel, mais qui semble agir plus lentement. Il faut se souvenir que, donné concurremment à l'iodure de potassium, il a occasionné des conjonctivites, des dermatites graves, par formation de bi-iodure.

Le mercure métallique, dont la principale préparation est l'huile grise de Lang qui a moins d'inconvénients locaux que les précédentes, mais qui est moins active. D'après Lang, grâce à l'absorption graduelle et ultérieure du mercure injecté, les effets du traitement sont fort prolongés, ce qui constituerait jusqu'à un certain point une efficace prévention des récidives.

Le salicylate de mercure, qui n'occasionne pas d'irritation locale, mais qui est peu actif.

Les thymols mercuriels.

Les phénates mercuriels.

Avantages. — Les avantages certains des injections sont : l'absence de supercherie possible ; un dosage précis du composé mercuriel employé ; une action rapide, puissante, ce qui tiendrait, a-t-on dit, à ce que le médicament est soustrait à l'action du foie qui retient la plupart des métaux tels que le mercure, comme cela arrive dans l'absorption stomacale ; l'intégrité des voies digestives, leur liberté pour d'autres médications.

D'autres avantages sont discutables. C'est ainsi que l'on a prétendu qu'avec les injections solubles la mercurialisation était d'ordre spécial, qu'il n'y avait presque jamais de stomatite, etc. Cela tient, dit M. Fournier, à ce que l'on administre de très petites doses ; il en serait ainsi avec les mêmes doses données par d'autres voies. Et si de petites doses suffisent ici, c'est qu'on a presque toujours appliqué cette méthode au traitement d'accidents bénins, superficiels. Quant aux récidives, elles sont tout aussi fréquentes par ce procédé que par les autres. Ceux qui pensent que cette méthode met davantage à l'abri des récidives n'ont pas suivi pendant un laps de temps assez long leurs malades. La récidive est la règle presque fatale quelle que soit la méthode employée ; c'est l'opinion de syphiligraphes qui font autorité, tels que MM. Fournier, Mauriac, etc.

Enfin on a invoqué en faveur des injections insolubles des avantages réels, mais de valeur secondaire : rareté des visites, bon marché, etc.

Inconvénients. — Ils sont nombreux :

1° Douleur : M. Fournier distingue la douleur de la piqûre, qui n'est d'ailleurs que passagère ; la douleur prochaine de la piqûre survenant quelques instants après ; et enfin la douleur éloignée, apparaissant les jours suivants et qui est la plus persistante.

2° La formation de nodosités sous-cutanées ou intramusculaires. Elles se résorbent quelquefois lentement et rendent douloureuse toute la région avoisinante. Enfin ces indurations peuvent s'abcéder.

3° Parfois même il peut y avoir de véritables gangrènes locales.

4° La stomatite peut se produire ici comme dans tous les procédés. Peu importe la voie d'introduction ; dès que le mercure a pénétré dans l'organisme, le malade est sous le coup des inconvénients et des dangers qu'entraîne cet agent. La stomatite déterminée par les préparations insolubles notamment peut être tout particulièrement grave ; on a vu la mort en être la conséquence. Et cela n'a rien qui puisse surprendre, si l'on réfléchit qu'on injecte une quantité relativement considérable de mercure chez un malade dont on ne connaît pas la tolérance pour ce médicament. De plus, on ignore complètement de quelle façon, et surtout dans quelle proportion journalière se fait l'absorption. Dès que l'injection est faite on n'est plus maître de régulariser cette absorption, tout est livré au hasard. Or, lorsqu'on se se sert d'un agent thérapeutique aussi puissant que le mercure, il faut toujours l'avoir « en main », pouvoir en diriger à volonté la médication. La mercurialisation peut se produire d'une manière aiguë, soit spontanément, soit à la suite d'une cause quelconque, comme un choc sur le foyer d'injection. Dans des cas de ce genre on a parfois été obligé d'aller à la recherche de ce foyer, de l'ouvrir et d'en évacuer le contenu.

5° On a vu, après des injections, se produire un empoisonnement aigu se traduisant par des troubles rénaux, gastro-intestinaux, collapsus, adynamie, mort dans plusieurs cas. Il faut d'ailleurs convenir que parfois le dosage des préparations était défectueux, comme put s'en convaincre Smirnoff.

6° Les embolies pulmonaires ont été signalées dans un certain nombre de cas. D'après une communication de Houlky-Bey faite au deuxième congrès international de dermatologie, 1892, les accidents splanchniques provoqués par les infarctus proviennent de ce que l'excipient employé pour le mercure est un véhicule qui ne se mélange pas au sang.

7° On a aussi vu se produire des céphalées intenses et même des accidents méningitiques, des paralysies musculaires, etc.

Cependant, malgré ses inconvénients, la méthode des injections trouve son indication dans les cas suivants ; ce sont à peu près les mêmes que pour les frictions :

1° Quand il faut frapper un grand coup à bref délai. Cependant certains praticiens éminents pensent qu'on ne doit pas employer les injections dans les cas de syphilis cérébrale ou spinale, ni en général dans les cas de syphilis viscérale.

2° Quand on ne peut recourir à la voie stomacale.

3° Quand le mercure autrement administré ne donne pas de résultats. Par conséquent, comme le dit M. Fournier, c'est une méthode... qui peut rendre d'utiles services... mais qui ne peut être une méthode de traitement usuel de la syphilis. » Déjà au congrès de Copenhague de 1884 la plupart des auteurs, après une longue discussion sur ce sujet, reconnaissaient qu'il est utile de

savoir traiter la vérole par ce moyen, mais qu'il faut réserver cette ressource pour les cas exceptionnels et ne pas vouloir généraliser la méthode en l'appliquant indistinctement à tous les cas. En 1889, au premier congrès international de dermatologie tenu à Paris, bien que plusieurs syphiligraphes se soient franchement déclarés favorables à ce mode de traitement dans tous les cas, la plupart ont été unanimes à le regarder comme une méthode d'exception.

Les injections sous-cutanées constituent un procédé que l'on n'emploie guère chez les enfants. Cependant MM. Moncorvo et Ferreira, de Rio-Janeiro, après avoir traité de la sorte au moyen de calomel, d'oxyde jaune, d'huile grise et de sublimé, des enfants dont les plus jeunes n'avaient que 38 jours, pensent que cette méthode doit être admise dans le traitement de la syphilis infantile.

7° *Absorption stomacale.* — C'est la méthode usuelle courante en France. Sa vogue ne lui vient pas, ainsi que le fait remarquer M. Fournier, d'une supériorité thérapeutique incontestable sur les autres méthodes; non plus de son innocuité, elle expose à la plupart des dangers du mercure. Mais elle constitue un procédé à la fois sûr et commode.

L'école allemande donne cependant la préférence aux injections et aux frictions. Certes, cette méthode comporte des inconvénients : elle expose notamment à la stomatite, aux troubles des voies digestives. Mais comme le médicament est ici donné journellement et à petites doses, il est facile d'en suspendre l'usage dès qu'on voit se produire de la phlegmasie buccale. Quant aux troubles gastro-intestinaux, il est assez rare qu'ils se produisent dès qu'on ne dépasse pas les doses moyennes de mercure. Enfin on n'a ici aucun des inconvénients locaux des frictions ni des injections. Et de plus, quelle méthode pratique, quelle facilité dans le traitement! La syphilis étant une affection chronique exige une médication longue, chronique également, ausssi est-ce un point important de la faire accepter des malades, et pour cela de la rendre commode autant qu'on le peut. Néanmoins, à l'absorption stomacale il faut substituer un autre procédé thérapeutique dans les circonstances suivantes :

1° Quand il faut agir très vite, car l'absorption stomacale constitue un moyen un peu lent.

2° Quand il y a un état morbide des voies digestives ou une intolérance particulière pour le mercure.

3° Quand on a affaire à un individu débilité, « ne se rattachant plus à la vie que par un reste de puissance digestive. »

4° Enfin, quand il faut laisser libre la voie stomacale pour d'autres médicaments.

Les deux composés à peu près exclusivement employés en France sont le sublimé et le proto iodure. Citons encore le calomel, bien toléré et assez efficace chez les nouveau-nés, le bi-iodure de mercure, le salicylate et le tannate de mercure. Ce dernier composé est très vanté en Allemagne. Le tannate de mercure, dit Lesser, est supérieur aux autres préparations internes. C'est Lustgarten qui l'employa le premier. D'après lui, il est très bien toléré et n'occasionne pas d'irritation des voies digestives, sans doute en raison des modifications que subit le tannate de mercure dans ce système, et d'autre part parce que le tannin neutralise peut-être localement les produits d'oxydation ou les changements éventuels de ces produits. On le donne à la dose moyenne de 1 à 4 décigrammes par jour. En France, on a reproché avec raison à ce produit de n'être pas un composé défini.

Le sublimé fait la base de la liqueur de van Swieten, dont chaque cuillerée à soupe renferme environ 1 centigramme et demi de bichlorure, et des pilules de Dupuytren dont chacune contient 1 centigramme du produit actif. La liqueur de van Swieten doit être diluée; le lait est un bon véhicule. La dose moyenne est de 3 centigr. par jour pour un homme adulte, soit deux cuillerées à soupe; elle est de 2 centigrammes pour une femme adulte. Quant aux pilules de Dupuytren, elles sont avantageusement modifiées de la façon suivante :

Bichlorure de Hg..........	} āā 1 centigr.
Extrait d'opium............	
Pour une pilule.	

Le proto-iodure est la base des pilules de Ricord; chaque pilule en contient 5 centigrammes. M. Fournier les remplace par :

Proto-iodure de Hg...........	5 centigr.
Extrait d'opium...............	1 —
Pour une pilule.	

La dose ordinaire pour un homme adulte est de 10 à 12 centigr. par jour, de 7 à 8 centigr. pour une femme. Mais, comme le fait très justement observer M. Fournier, la dose moyenne n'est pas toujours la dose efficace; celle-ci ne se trouve souvent qu'après quelques tâtonnements. On doit prendre les pilules avant ou pendant les repas.

Quelle est la valeur réciproque de ces deux préparations? Le sublimé donne moins de stomatite que le proto-iodure, mais par contre il détermine des gastralgies, des dyspepsies, surtout si on le donne pendant un certain temps; aussi ne doit-on pas l'administrer durant une période de plus de trois semaines à la fois. L'intestin le supporte mieux que l'estomac. Au contraire, le proto-iodure a plus de tendance à atteindre la muqueuse buccale, mais il est, par contre, bien mieux toléré par le reste du système digestif. Enfin, ajoute M. Fournier, dans les phases jeunes de la syphilis le proto-iodure paraît plus actif que dans les phases avancées; c'est le contraire pour le sublimé.

Résumons ce qui a trait à ces différents modes d'administration en disant : il ne faut rejeter aucune méthode ni se passionner pour aucune d'elles; la méthode par absorption stomacale est la méthode de choix dans le plus grand nombre de cas, mais on peut avoir besoin de recourir à une autre : ici comme dans toutes thérapeutiques l'éclectisme est une règle et la systématisation un défaut.

***

8° *Choix du procédé.* — Quelle marche suivre vis-à-vis d'un individu atteint de syphilis? ou encore : étant donné un syphilitique, quelle methode choisir?

On peut, nous semble-t-il, procéder de la manière suivante :

Ou bien le malade est un tout jeune enfant, ou bien c'est un enfant déjà d'un certain âge, un adolescent ou un individu complètement développé.

Si l'enfant est en bas âge, et par là nous le considérons depuis sa naissance jusqu'au moment de sa première dentition, le mode d'administration le meilleur consiste dans les frictions. Certains auteurs ont préconisé, il est vrai, d'autres moyens : le calomel à l'intérieur, les bains de sublimé, les emplâtres, voire même les injections. M. Fournier recommande les frictions cutanées; en 1873, M. Panas indiquait aussi ce procédé comme le meilleur et disait qu'il devait être le seul exclusivement employé. En effet, les accidents de la syphilis héréditaire précoce non seulement sont graves, mais encore ils le sont à brève échéance; il faut donc agir promptement. Deuxième point : les frictions sont très bien supportées chez l'enfant qui ne salive pas; on n'a donc pas à redouter chez lui la stomatite mercurielle, cet écueil au premier

chef de la méthode des frictions chez l'adulte. Que l'on compare en effet les chiffres : 4 grammes par jour d'onguent napolitain constituent la dose moyenne d'un adulte; or, elle est de 1 gr. 50 à 2 grammes chez un enfant nouveau-né. Si en regard de ces chiffres on place ceux qui indiquent respectivement le poids d'un enfant de cet âge et celui d'un homme fait, on voit qu'il n'y a aucune proportion. Enfin, si l'on doit autant que possible sauvegarder l'intégrité du système digestif chez l'homme arrivé à son complet développement, cela est encore bien plus urgent chez l'enfant, que le moindre trouble de ces fonctions peut rapidement mener à l'athrepsie.

Supposons maintenant que nous ayons à traiter un individu d'un certain âge déjà. Deux cas peuvent se présenter : le cas est grave, et on n'est pas maître de choisir tel ou tel moyen; au contraire la vérole est ordinaire, on est maître du choix du médicament qui sera dicté par d'autres considérations. Dans les cas urgents, on ne peut discuter sur le choix du procédé : pas de moyens lents ou douteux, mais sûrs et rapides. On ne doit avoir en vue qu'une seule chose : la vie du malade. Les médications à mettre alors en vigueur sont les frictions et les injections; leurs inconvénients, leurs dangers, s'effacent devant l'impérieuse nécessité de devancer le mal. Certains syphiligraphes recommandent même d'aller jusqu'à un commencement de salivation. Mais tout naturellement il est indiqué de revenir à une pratique plus douce lorsqu'on a frappé un grand coup et prévenu une catastrophe. C'est surtout lorsqu'on redoute des accidents viscéraux, notamment encéphaliques ou médullaires, que cette règle s'impose. Quant à savoir celui des deux procédés qu'il faut choisir, la réponse est à peu près impossible à formuler; c'est un peu une affaire d'idiosyncrasie — de la part de celui qui traite.

Supposons au contraire une vérole d'intensité moyenne. Quelle est alors la raison que l'on doit prendre en considération? Ce sera l'état des voies digestives. L'infection exerçant déjà une action débilitante sur l'organisme, il est urgent de conserver une place forte : le tube digestif. Par conséquent, si le malade a un estomac dont les fonctions s'accomplissent mal, on ne doit pas lui occasionner un surcroît de fatigue et user son peu d'activité en lui administrant du mercure. On le donnera alors par d'autres moyens : frictions par exemple, ou injections, mais en le faisant prendre naturellement à doses moindres que lorsqu'il s'agit d'un cas grave. Il est bien évident qu'on agira encore de même si, après avoir cru pouvoir administrer le mercure par la bouche, on s'aperçoit qu'il est mal toléré.

Un cas particulier du précédent est le suivant : un syphilitique est atteint en même temps d'une autre affection qui nécessite l'emploi de médicaments internes. Ici encore il faudra donner le mercure autrement que par l'ingestion stomacale, car il contribuerait à augmenter la fatigue de l'estomac, et parce qu'il pourrait peut-être dans quelques cas former avec eux dans l'organisme des composés dangereux ou tout au moins sans effets. Si au contraire avec une syphilis d'intensité moyenne on a affaire à un sujet vigoureux, on donnera le mercure par les voies internes. On agira encore de même au début du mal : « Il est impossible, dit M. Fournier, de porter au commencement un pronostic ferme sur la façon dont la maladie évoluera. » On doit donc commencer par agir doucement, et procéder en avançant selon les indications.

Si on se décide pour l'absorption stomacale, on n'oubliera pas que le proto-iodure fatigue moins l'estomac que le sublimé, mais est un peu plus irritant pour les gencives, et l'on agira en conséquence d'après l'état de l'estomac et de la muqueuse buccale, en se rappelant toutefois qu'un peu de stomatite est moins nuisible pour l'organisme que la gastralgie et la dyspepsie, et se combat plus aisément.

Telles sont, nous semble-t-il, les règles que l'on peut tout d'abord poser. D'autres indications de moindre valeur peuvent se présenter: nécessité de cacher le mal à l'entourage, impossibilité de voir fréquemment le malade, etc., etc. C'est alors au médecin de juger dans quelles limites il peut céder à ces exigences d'ordre particulier extra-médical; c'est à lui de peser leur valeur et d'agir en conséquence.

Dr Coffin.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'avortement d'une réforme à propos d'un rapport du professeur Tarnowsky sur la prostitution en Italie, par le professeur Celzo Pellizzari, directeur de la clinique dermo-syphilopathique de l'Institut supérieur de Florence.

(*Fin.*)

Le Dr Concetti, très satisfait de ce que le Dr Titomanlio lui avait fourni l'occasion d'étudier la question à un nouveau point de vue, recueillit les observations faites dans vingt-cinq hospices italiens; il en a tiré les moyennes suivantes de la syphilis infantile pour les 10,588 enfants recueillis de 1880 à 1891 :

Année	1880	moyenne	3.46	Année	1886	moyenne	2.70
—	1881	—	3.15	—	1887	—	3.19
—	1882	—	4.88	—	1888	—	4.28
—	1883	—	4.13	—	1889	—	4.43
—	1884	—	2.94	—	1890	—	3.81
—	1885	—	3.42	—	1891	(1er semestre)	4.78

On voit tout de suite que l'année 1882, bien antérieure à la réforme Crispi, présente une moyenne supérieure à celle de 1891. Et cette poussée de syphilis infantile en 1882 suit, comme on devait logiquement s'y attendre, un accroissement de la maladie chez les adultes constaté l'année précédente — en 1881 — par les statistiques militaires.

Mais le Dr Concetti est un observateur qui ne se contente pas de regarder superficiellement les faits. Après la communication du Dr Titomanlio au congrès des maladies de l'enfance, le Dr Blasi avait cité une circulaire adressée le 5 novembre 1887 aux préfets et aux syndics par le Ministère de l'intérieur. *On enjoignait aux médecins de visiter fréquemment les enfants placés en nourrice à la campagne, afin de retirer promptement ceux qui présenteraient quelque symptôme de syphilis.* M. Concetti pensa que ces inspections devaient avoir eu quelque influence, au moins pendant un certain temps, et il fait remarquer que c'est justement après l'envoi de la circulaire, en 1888 et 1889, qu'on voit augmenter la moyenne des enfants syphilitiques. Le mouvement a été très sensible dans certains hospices surtout, à Rome par exemple.

Le Dr Concetti ajoute à ce propos qu'on est souvent porté à diagnostiquer la syphilis infantile quand elle n'existe pas, ou tout au moins quand on serait seulement autorisé à la soupçonner.

Comme syphiligraphe, il me serait désagréable d'émettre moi-même une semblable assertion, mais puisqu'un confrère s'occupant spécialement des maladies de l'enfance s'en est chargé, je ne puis réellement que m'y associer. Et je demande au Dr Tarnowsky s'il croit, oui ou non, que des circulaires comme celle qu'on vient de

citer, envoyées à des médecins militaires, à des directeurs de dispensaires et à bien d'autres, puissent peser sur les statistiques et faire monter la proportion de la syphilis.

Puisque le Dr Tarnowsky, lui aussi, est un syphiligraphe, je puis bien me permettre de lui poser une question encore, mais celle-ci en confidence: admettons que la réforme Crispi ait fait augmenter la syphilis dans la population masculine. Le règlement ayant été mis en vigueur vers la fin de 1888, à quelle époque devra-t-il faire sentir ses funestes effets sur les nouveau-nés ? A moi, il me semble que la chose devra arriver vers la fin de 1889, et surtout en 1890. Alors, comment se fait-il que les moyennes des hospices fournies par le Dr Concetti nous donnent 4.28 0/0 en 1888, puis 4.43 en 1889, et 3.81 seulement en 1890 ?

Passons maintenant aux autres arguments.

Le Dr Tarnowsky nous dit que parallèlement à l'augmentation du nombre des syphilitiques parmi les hommes, les femmes enceintes et les enfants trouvés, on a pu constater une énorme diminution des prostituées soignées à l'hôpital et que ces femmes n'ont pu manquer de contribuer à la diffusion de la maladie. Ce n'est pas moi qui le contesterai. Nous avions autrefois, dans beaucoup de villes, des syphilicômes de l'Etat qui recevaient les prostituées; maintenant, ces établissements ont été fermés et on a affecté les locaux à d'autres usages. Il en est résulté qu'en fait, les prostituées n'ont plus été soignées du tout, dans un grand nombre de localités. Le ministre s'était figuré qu'il suffirait d'une circulaire pour faire admettre ces femmes comme malades libres dans les hôpitaux généraux. C'était là une illusion. Beaucoup d'établissements ont résisté, opposant à l'ordre du ministre leurs actes de fondation ; d'autres limitèrent le nombre des lits. On se mit alors à délibérer, pour aboutir finalement à une énormité : par circulaire du 26 avril 1889, M. Fortis, secrétaire général du ministère de l'intérieur, autorisa les médecins choisis par les tenanciers à soigner, dans les maisons mêmes, les prostituées vénériennes, *à condition qu'on les isolerait*. Tous les praticiens savent à quoi peuvent aboutir en pratique les réserves de ce genre?

Quoi d'étonnant, dès lors, que les admissions de prostituées à l'hôpital aient diminué?

En outre, il est très naturel que le jour où on annonce à des femmes tenues longtemps dans une sorte d'esclavage, qu'elles sont désormais libres de toute servitude, celles-ci trouvent une sorte de plaisir à ne pas se rendre à l'hôpital, même si elles en ont besoin. On comptait peut-être sur les tenanciers que le règlement déclarait responsables de la santé de leurs pensionnaires, mais ces industriels abritaient leur responsabilité derrière celle du médecin visiteur, dont la fameuse circulaire que je viens de citer leur laissait le choix, sous la réserve, bien entendu, que ce choix serait *approuvé* par l'autorité !

Je puis affirmer cependant, par mon expérience personnelle, qu'après avoir joui de quelques mois de liberté, les prostituées les plus âgées et les plus misérables vinrent peu à peu solliciter des cartes d'admission à l'hôpital. Ces femmes, atteintes pour la plupart de plaies chroniques de l'utérus ou de la vulve, de tuberculose, etc., étaient en somme les mêmes qui déjà, sous le régime Cavour, encombraient d'année en année les syphilicômes dont elles gonflaient les statistiques.

J'ajouterai même que là où le nouveau règlement a été appliqué avec un peu de bonne volonté, il a eu, au point de vue de la prophylaxie publique, des effets qui ne sont pas à dédaigner. A Pise, par exemple, une fois le syphilicôme supprimé, il me resta l'usage de quelques salles où j'eus toute facilité d'admettre les femmes que je considérais comme dangereuses pour la santé publique, étant en même temps directeur de la clinique, du service spécial à l'hôpital et du dispensaire de l'Etat. Une entente s'établit entre le médecin visiteur choisi par les tenanciers de maisons et la clinique, ce qui permit de convoquer les femmes suspectes. Quand nous nous trouvions en présence d'un cas réellement dangereux, l'admission à l'hôpital était immédiatement proposée et je dois dire que les femmes aussi bien que les tenanciers se sont toujours montrés très dociles.

Il est vrai que, dans les premières années où j'avais au syphilicôme les prostituées de Pise et de Livourne, la moyenne des femmes en traitement pouvait être évaluée à vingt ou vingt-cinq, tandis que, dans la dernière période, cette moyenne était tombée à cinq ou six seulement. Cela provient en partie de ce que les prostituées de Livourne ont été soignées à l'hôpital de cette ville. Et puis je rappelle — j'ai déjà cité ces chiffres ailleurs (1) — que pendant trente mois de fonctionnement du syphilicôme de Pise, on ne m'avait envoyé que quatre-vingt-six syphilitiques contre 1,037 prostituées. Je parle des syphilitiques se trouvant dans une période où la contagiosité soit admissible; et encore une trentaine étaient-elles bien douteuses. En outre, le nombre des vraies blennorrhagiques et des vrais chancres nous était très restreint, en comparaison des nombreuses admissions pour herpès récidivant des organes génitaux, catarrhes utérins simples, fistules vulvo-rectales, ulcères chroniques, etc. Dans ces dernières années, au contraire, les prostituées reçues à la clinique étaient exclusivement des syphilitiques ou des vénériennes. On a pu voir, en même temps, augmenter beaucoup le nombre des femmes mariées ou des filles qui, sans pouvoir être considérées comme des prostituées, étaient cependant atteintes de maladies vénériennes. Cette dernière clientèle fuyait autrefois l'hôpital et même la consultation publique.

Je ne crois pas nécessaire de répandre beaucoup d'encre pour combattre les autres arguments basés soit sur des publications trop spéciales, soit sur des déclarations personnelles. Quelle valeur peuvent avoir, par exemple, les observations faites par un dispensaire créé en 1888, et dans lequel on a constaté une augmentation progressive de clientèle pendant deux ou trois années? Créez une consultation gratuite dans une ville quelconque où il n'y en avait pas, instituez en même temps la distribution gratuite des médicaments aux nécessiteux, et dites-moi si, le public s'habituant peu à peu à profiter de cette facilité nouvelle, on ne devra pas avoir, pendant trois ou quatre ans, un accroissement continuel dans le nombre des individus traités. Ne faudrait-il pas aussi tenir compte du zèle excessif que déploient dans la rédaction des statistiques certains dispensaires, à la tête desquels ont été placés *provisoirement* des médecins qui attendent et sollicitent une *nomination définitive*? Comment ne pas douter de la valeur de certains chiffres qui accusent une proportion tout à fait excessive de cas de syphilis par rapport aux autres maladies vénériennes, surtout quand l'auteur des statistiques auxquelles je fais allusion a émis dans ses rapports et dans d'autres publications certaines idées scientifiques qui forcent décidément à révoquer en doute la valeur de ses diagnostics?

V

Toutes ces objections ont été faites tant de fois aux statistiques locales et individuelles, et on les a trouvées si fondées, qu'il a été reconnu, d'un consentement unanime, que les relevés de l'armée présentaient seuls

(1) *Lettera aperta al ministro Crispi* (*Giorn. ital. delle malattie ven., ecc.*, mars 1888).

quelque sécurité. Ces statistiques motiveraient même, à mon avis, certaines réserves; on peut se demander, par exemple, si, dans le cas spécial, les circulaires du ministre de la guerre et l'impulsion donnée par les chefs du service médical, presque tous convaincus de la supériorité du règlement Cavour, sont restées sans effet; on doit admettre, semble-t-il, qu'elles ont plus ou moins stimulé le zèle du personnel chargé de faire les visites et de dresser la statistique.

Je ne sais vraiment pas à quelle source le Dr Tarnowsky doit avoir puisé ses informations pour dire que, pendant la dernière année du régime Cavour, c'est-à-dire, selon lui, de mars 1887 à mars 1888, la moyenne des vénériens était tombée si bas dans l'armée italienne, qu'elle n'était que de 4.25 0/0, tandis que, dès la première année de la réforme Crispi, ce chiffre avait plus que doublé, atteignant brusquement 10.23 0/0. Si le Dr Tarnowsky citait simplement des chiffres, sans ajouter que la proportion a plus que doublé, je supposerais qu'il s'agit ici d'une faute d'impression dans le genre de celle qui se trouve dans certaine analyse du rapport présenté au conseil supérieur de santé par le professeur Pagliani (1). Dans ce résumé, on peut lire que « la statistique de l'armée fait ressortir pour 1890 une proportion de cas de 14.42 0/0 sur la force moyenne de l'armée, chiffre un peu supérieur à celui des années précédentes, 7.95 en 1888, et 10.23 en 1889 »!

J'ai déjà donné à entendre, devant le Congrès médical de Sienne, combien sont déplorables ces fautes d'impression qui donnent au public une très fausse idée des choses. Je supposais d'ailleurs qu'en sa qualité de syphiligraphe, le professeur Tarnowsky devait, de temps à autre, jeter un coup d'œil dans le journal italien de la spécialité; mais comme il ne paraît pas avoir l'habitude de lire les choses écrites par les gens qui ne partagent pas ses idées, je me vois forcé de reproduire ici la statistique donnant la moyenne des vénériens dans l'armée italienne. Ces données, extraites du rapport du professeur Pagliani (2), sont tout ce qu'il y a de plus officiel:

Année	1878	pour cent	10.70	Année	1885	pour cent	8.60
—	1879	—	11.37	—	1886	—	8.18
—	1880	—	11.86	—	1887	—	8.50
—	1881	—	12.39	—	1888	—	7.95
—	1882	—	10.95	—	1889	—	10.23
—	1883	—	10.20	—	1890	—	11.42
—	1884	—	9.47				

Ce tableau prouve, à ce qu'il me semble, deux choses au moins: d'abord que, depuis la dernière année d'application du règlement Cavour jusqu'en 1890, les maladies vénériennes ont augmenté, sans avoir doublé cependant, comme le prétend M. Tarnoksky; ensuite qu'antérieurement déjà, pendant la période triennale 1879-1881, les maladies avaient eu une extension égale et même supérieure à celle de 1890.

C'est en se basant sur ces chiffres que la commission nommée par M. Nicotera fit la réponse déjà citée; c'est sur le vu des mêmes chiffres que le Congrès médical de Sienne invita le ministre à continuer l'expérience commencée.

La direction générale de la santé a si bien compris l'importance du document qu'elle s'est gardée de le produire au conseil d'hygiène quand il fut question d'un nouveau règlement sur la prostitution. Il est vrai qu'au moment opportun, l'un des conseillers tira de sa poche une statistique militaire; seulement, au lieu des deux cent à deux cent cinquante mille hommes de l'armée, le relevé ne comprenait qu'une force de dix à vingt mille soldats, dont les moyennes avaient d'ailleurs été calculées pour la seule période 1883 à 1891, laissant ainsi de côté, par le plus grand des hasards naturellement, les années 1879 à 1881, dont je parlais tout à l'heure (1).

Je demande maintenant au public impartial si de tels procédés sont de bonne guerre et si je n'avais pas raison de dire que les effets attribués au règlement Crispi sont, en somme, moins graves que beaucoup de gens ne se plaisent à le dire.

VI

Ma seconde proposition peut se formuler ainsi: étant admis que les maladies vénériennes, et spécialement la syphilis, aient augmenté depuis la réforme Crispi, il n'est pas du tout certain que ce mouvement dépende du nouveau règlement.

Les maladies vénériennes, comme toutes les maladies infectieuses, ont des périodes d'accalmie suivies de recrudescences subites, sans qu'on puisse donner de ce fait aucune explication plausible. Ce point de vue a été maintes fois soutenu par des spécialistes d'une grande autorité, et, pour ma part, je l'ai souvent invoqué à l'appui de la confiance très limitée que m'inspirent les règlements sur la prostitution, quels qu'ils puissent être d'ailleurs. Si, en effet, les règlements étaient sinon le seul, du moins le principal facteur de la diminution des maladies vénériennes, on pourrait admettre ces petites oscillations, et non pas ces énormes différences qu'on observe dans les statistiques de tous les pays, même là où le caractère national fait respecter scrupuleusement la loi, là où l'esprit essentiellement conservateur en fait d'institutions administratives doit assurer une meilleure application des règlements.

On voit les maladies faire, d'une année à l'autre, des bonds si étranges, que le fonctionnement plus ou moins parfait des règlements ne saurait les expliquer. Il y là quelque chose qui doit être inhérent à la nature même des différentes affections. Au Congrès de Sienne, j'ai rappelé la singulière diminution du chancre mou qui s'est produite en France depuis la guerre de 1870. Mauriac avait entrepris à ce sujet une sorte d'enquête internationale qui fut interrompue, car, en 1875, on vit se produire tout à coup un très notable accroissement. Je fis remarquer au Congrès, à titre de singularité, qu'on avait constaté en même temps à la clinique de Naples une très forte diminution. La statistique de cette clinique donne, en effet, pour 1875, 513 cas de chancre mou, et pour 1876, 183 cas seulement; le saut est si extraordinaire qu'on n'aurait certainement pas manqué de l'attribuer au règlement Cavour si celui-ci avait été par hasard mis en vigueur au cours de 1875, au lieu d'être appliqué depuis 1860, comme c'était le cas.

J'avais l'intention de faire voir quelques-unes de ces fortes oscillations dans la statistique de l'armée anglaise, très instructive parce qu'elle embrasse une longue série d'années, de 1860 à 1886, et aussi parce qu'elle montre pourquoi les Anglais, gens pratiques, ont abandonné la prostitution d'État après l'avoir expérimentée pendant 16 ans (2). Mais, je renonce bien volontiers à cet examen, ne voulant pas qu'on retourne contre moi l'observation

(1) *Gazzetta degli ospitali*, Milan, 1er juillet 1891.

(2) *Relazione del direttore prof. L. Pagliani al consiglio superiore di Sanità circa è fatti principali riguardanti l'igiene, ecc.*, lu à la séance du 8 juin 1891. Rome, typographie des Blancs-Manteaux.

(1) Ministère de l'intérieur, direction générale de la Santé. *Il regolamento sul meretricio davanti al consiglio superiore di sanità.* Rome, typographie des Blancs-Manteaux, 1891, p. 50.

(2) Ceux qui désirent consulter la statistique anglaise la trouveront reproduite dans un article sur la prophylaxie sociale de la syphilis publié par le professeur A. Celli dans la *Riforma medica* en 1891.

que j'ai faite tout à l'heure. On pourrait alléguer, en effet, que le milieu anglais, peu favorable aux institutions de ce genre, a pu influencer les statistiques, bien que les médecins militaires de la Grande-Bretagne se soient toujours, dans leur grande majorité, montrés plutôt favorables aux Acts sur les maladies contagieuses. Je citerai simplement quelques chiffres que j'ai publiés dans un autre travail (1) et qui tous ont été puisés dans des documents officiels.

La statistique de l'armée austro-hongroise présente les oscillations suivantes de 1870 à 1888, c'est-à-dire pendant une époque où il n'y a pas eu de troubles politiques.

Année	1870,	moyenne	des vénériens	81	pour mille.
—	1874,	—	—	53	—
—	1879,	—	—	81,4	—
—	1888,	—	—	65,3	—

Les chiffres de l'armée française, que j'ai pu étudier seulement entre 1865 et 1880, fournissent des oscillations plus fortes encore :

Année	1865,	moyenne	des vénériens	90	pour mille.
—	1868,	—	—	130	—
—	1876,	—	—	56	—
—	1880,	—	—	66	—

Même si on laisse de côté les moyennes les plus faibles, constatées dans les années qui ont suivi la guerre de 1870, on ne peut moins faire que d'être frappé de constater en France des oscillations qui dépassent celles de l'armée italienne. Et il faut noter qu'en France comme en Autriche-Hongrie, les règlements n'ont pas subi de modifications.

Dans mon travail sur les périodes de recrudescence de la syphilis, j'ai attiré l'attention sur ces grands mouvements et j'ai cherché à établir une comparaison entre les statistiques chez différents peuples. J'ai relevé, par exemple, la simultanéité de l'accroissement de la syphilis dans l'armée allemande et dans l'armée italienne en 1882 et en 1883 ; j'ai noté une coïncidence plus récente encore dans l'armée austro-hongroise et dans l'armée italienne en 1889. Il s'agissait alors de savoir si dans les périodes où l'on voit augmenter le nombre des nouvelles infections de la syphilis, il se produit des faits susceptibles de faire admettre une aggravation générale de la maladie. Eh bien, — si toutefois je n'ai pas été victime de rencontres fortuites qui seraient trop extraordinaires — je crois avoir recueilli des données suffisantes pour résoudre affirmativement la question. Je suis persuadé qu'il existe des périodes — il va sans dire que ce ne sont pas des périodes triennales comme le professeur Scarcuzio a eu l'idée de me faire dire (2) — pendant lesquelles la syphilis semble acquérir généralement une nouvelle vigueur. Quant à expliquer, dans tous les cas, le phénomène, c'est une autre affaire ; la chose peut dépendre soit de la résistance moindre des organismes, soit d'une plus grande virulence du mal, soit enfin de ces deux facteurs combinés.

J'ai écrit aussi, et je le répète, qu'à mon avis la dernière période de recrudescence peut très bien s'expliquer par l'épidémie d'influenza qui a frappé une si grande partie de notre population.

Telles sont les principales raisons pour lesquelles je maintiens que, même si le règlement Crispi a contribué dans une certaine mesure à l'augmentation des maladies vénériennes et spécialement de la syphilis, il n'est pas établi que tout le mal doive lui être attribué.

(1) C. Pellizzari, Sui periodi di rinvigorimento della syfilide. (*Riforma medica*, 1892).
(2) A. Scarcuzio, I risultati pratici dell' applicazione del Regolamento 27 ott. 1891 (*Rendi conti* de l'Institut lombard, 1893).

VII

A propos des « effets lamentables » du règlement Crispi, j'ai déclaré plus haut que j'aurais été disposé à les subir, si on avait pu espérer conquérir, au prix d'inconvénients momentanés, un avantage sensible et durable. Je dois, en terminant, expliquer mon point de vue.

Il n'était pas à supposer que l'Etat pourrait brusquement cesser sa surveillance sans qu'il se produise quelques inconvénients. Si le règlement Crispi avait été appliqué d'une manière correcte et complète ; si, au lieu de jouer la comédie à laquelle nous avons assisté, on avait voulu sérieusement mettre en jeu la responsabilité et les intérêts des tenanciers, on aurait pu offrir au public des garanties bien supérieures à celles de l'ancien système ; il n'en est pas moins certain que, pendant quelque temps, beaucoup d'hommes, mis en méfiance, auraient eu recours à la Vénus des carrefours.

Mais les individus dont je parle n'auraient pas tardé à constater les dangers de la prostitution errante, et on les aurait vus bientôt donner la préférence aux femmes qui ont recours aux médecins. L'homme est essentiellement un animal d'habitude; il trouve aujourd'hui très commode que le gouvernement se constitue son tuteur ; mais quand il a une fois découvert qu'il doit veiller sur lui-même, il a vite fait de prendre ses précautions.

Les lois inéluctables de la concurrence — puisque les rapports sexuels en sont venus à être considérés dans certains milieux comme un commerce pur et simple — auraient fini par amener les femmes qui vivent hors des maisons à solliciter spontanément non seulement la visite, mais aussi le certificat de santé.

Malheureusement rien de cela n'est arrivé. Beaucoup trop de prostituées et de tenanciers ont compris dès le début quel était le point faible du règlement et surtout de ceux qui étaient chargés de l'appliquer. On ne se fit pas faute d'en profiter. Les hommes contractèrent des maladies sans faire aucune réclamation ; les autorités ne se soucièrent pas de prendre en cette matière la moindre initiative, se disant, au fond, avec satisfaction, que plus il y aurait d'inconvénients, plus vite on se déciderait à faire un pas en arrière, et les choses continuèrent, pour la plus grande jouissance intime de quelques-uns, à aller de mal en pis dans le plus heureux des royaumes.

Je puis dire cependant qu'à ma connaissance il n'en a pas été tout à fait ainsi dans quelques villes où des réclamations furent faites par des hommes influents qui y avaient envoyé leurs fils pour compléter leurs études. Dans ces localités, la préfecture se décida à charger les médecins des dispensaires de faire, dans les maisons, quelques-unes de ces visites soudaines prévues par le règlement, et on trouva des femmes malades dont l'éloignement fut exigé. Ces visites suffirent pour amener les tenanciers à congédier leurs médecins particuliers, pour employer ceux des dispensaires ; on n'opposa plus la moindre résistance à l'élimination des prostituées dangereuses. Les femmes elles-mêmes se mirent à solliciter leur envoi à l'hôpital, ce qu'on leur accorda avec le plus grand empressement. La population à son tour, qui avait constaté à ses dépens ce qu'on gagne dans la fréquentation d'une certaine catégorie de prostituées, comprit où se trouvait le maximum de garanties, et les clandestines, enfin, pour pouvoir soutenir la concurrence, finirent par réclamer le certificat de santé, faute de quoi elles ne trouvaient plus de clients.

Voilà ce qui s'est fait dans quelques localités, et j'ai en mains des chiffres établissant les effets bienfaisants obtenus par cette méthode. Voilà ce qui aurait pu se passer dans le pays tout entier, si l'idée heureuse et libé-

rale qui était à la base du règlement Crispi avait été semée dans un terrain fécond.

. . . .

J'ai fini, et je conclus en affirmant que je n'ai réellement pas la prétention de convaincre personne; au contraire, je suis absolument persuadé que mon éminent confrère Tarnowsky, par exemple, s'il vient à lire ma réponse, demeurera inébranlable dans son opinion; mais ce n'est pas pour cela que je me croirai autorisé à lui renvoyer son accusation : « *Il n'y a de pire sourd que celui qui ne veut pas entendre !* »

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Astasie abasie (Astasia-Abasia), par C. Weber (*Medical Record*, 23 décembre 1893, n° 1207, p. 808). — L'intérêt de ce travail consiste en ce que l'auteur croit que le syndrome observé chez son malade est en rapport avec une lésion de la moelle dont il entreprend d'établir la localisation. A la suite d'un accident, un homme de 24 ans s'aperçoit en quittant le lit qu'il a dû garder pendant 5 jours (brûlure de jambe consécutive à une chute sur des fils de métal au rouge) qu'il lui est devenu impossible de se tenir debout et de marcher; on constate que, couché ou assis, il exécute avec les jambes tous les mouvements avec précision et vigueur. En dehors d'une abolition des réflexes tendineux et d'une analgésie (avec conservation du tact et de la sensibilité thermique) occupant les membres et le tronc jusqu'à un pouce au-dessus du pubis, on ne trouve aucun autre trouble. Se fondant sur l'absence d'antécédents nerveux héréditaires ou personnels, sur celle de tout stigmate névropathique, l'auteur, après avoir discuté et établi le diagnostic d'astasie-abasie, est d'avis que, dans ce cas, il ne s'agit pas de névrose, mais de lésion organique de la moelle. Celle-ci siégerait, à son avis, au niveau de la région des premières racines lombaires et occuperait les cellules de la corne antérieure; du moins telle serait la localisation qu'autorisent les rapports de la distribution des troubles dissociés de la sensibilité avec ce qu'on sait des fonctions de la moelle. Cette hypothèse est d'autant plus discutable, à notre avis, que la guérison du malade s'est faite au bout de trois mois.

Tremblement héréditaire et chorée, par C. Achard (*La Médecine moderne*, 10 janvier 1894, n° 3, p. 43). — La chorée se développe chez des sujets présentant la prédisposition névropathique. Dans le cas rapporté, il y a eu transmission d'un trouble qui diffère de la chorée, mais qui a néanmoins avec elle un air de famille et qui appartient comme elle aux troubles moteurs. Le malade, âgé de 19 ans, est atteint de mouvements choréiques depuis un mois et demi, surtout prononcés du côté gauche. Il existe, de plus, des mouvements athétoïdes, enfin du tremblement généralisé. On peut remarquer dans ce cas l'association des mouvements choréiques et athétoïdes (syndrome athétoso-choréique). Cette observation vient à l'appui de l'opinion de Joffroy pour qui la chorée se développe non pas seulement chez des sujets présentant une hérédité névropathique en quelque sorte banale, mais est l'indice d'une dégénérescence atteignant surtout le système moteur.

Un cas de tremblement essentiel héréditaire chez un dégénéré, par Vautrin (*Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1893, n° 24, p. 747). — On ne connaît encore jusqu'ici qu'un nombre assez restreint de cas de tremblement héréditaire. Ceux-ci se rencontrent ordinairement dans les familles entachées de tares dégénératives. Le sujet dont l'histoire est rapportée rentre dans cette catégorie; il est fils d'alcoolique, il a eu de l'incontinence d'urine, et offre divers stigmates (malformation des dents et des oreilles, débilité mentale, mélancolie) de dégénérescence. Il est atteint, de plus, depuis son enfance, d'un tremblement généralisé — la tête exceptée — à oscillations très menues, lentes, uniformes, existant au repos et pendant le sommeil, ne s'augmentant pas dans les mouvements volontaires et augmentant sous l'influence des émotions et de la fatigue.

MÉDECINE

Les anémies de la tuberculose pulmonaire et de la carcinose (Ueber die Anæmien bei Lungentuberculose und Carcinose), par Grawitz (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 51, p. 1347). — Dans la tuberculose pulmonaire on trouve à la première période une diminution du nombre d'hématies et de la proportion de résidu sec du sang; pendant la seconde période, malgré les signes extérieurs d'anémie, d'amaigrissement et de formation de cavernes, les hématies ne sont pas diminuées de nombre et sont quelquefois même augmentées, la proportion de résidu sec un peu diminuée; pendant la troisième période, il existe une diminution de tous les éléments figurés et non figurés du sang.

Les recherches faites chez les carcinomateux ont confirmé les données d'autres auteurs : diminution du nombre d'hématies, abaissement de la proportion de résidu sec du sang et du sérum, etc.

Un bacille dans le scorbut (Ueber einen die Gingivitis und Hæmorrhagien verursachenden Bacillus bei Skorbut), par Babes (*Deut. med Woch.*, 1893, n° 43, p. 1035). — L'auteur donne dans son travail la description morphologique et biologique d'un bacille qu'il isola des ulcérations gingivales et des exsudats hémorrhagiques d'un certain nombre d'individus atteints de scorbut. Les expériences sur des animaux faites soit avec les cultures pures du bacille en question, soit avec les sécrétions et le tissu gingival des malades, ont plusieurs fois donné des résultats positifs en ce sens que les animaux succombaient après avoir présenté des hémorrhagies multiples.

D'après l'auteur, le bacille en question serait un hôte habituel de la cavité buccale chez l'homme. On le rencontrerait fréquemment dans l'enduit qui recouvre les dents. Il est possible que dans certaines conditions de mauvaise hygiène, chez des individus devenus peu résistants, le bacille se multiplierait pour envahir la muqueuse gingivale et provoquer ainsi les hémorrhagies caractéristiques.

Elimination par la salive de la morphine injectée sous la peau (Ueber die Ausscheidung des subcutan injecirten Morphiums durch den Speichel), par Rosenthal (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 49, p. 1189). — Les expériences de l'auteur ont porté sur la salive de malades (phthisiques, cancéreux) auxquels on faisait des injections de morphine. La salive recueillie toutes les cinq minutes dans de petits tubes était examinée simultanément par le procédé de Hasemann et le réactif de Frœhde, afin de déterminer d'abord la présence de la morphine, ensuite le moment de son apparition. Ce second point n'a pourtant pu être élucidé, la quantité de salive recueillie chaque fois étant trop petite. Ces expériences ont donné les résultats suivants :

1° La morphine injectée sous la peau, même à dose minima, passe en quantité parfaitement appréciable dans la salive, surtout si l'on a soin d'examiner la salive recueillie pendant plusieurs jours. 2° La morphine s'accumule dans l'organisme et est éliminée très progressivement. 3° La recherche de la morphine, plus facile dans la salive que dans le contenu stomacal, peut trouver ses applications en médecine légale, dans les cas d'empoisonnement par la morphine.

Traitement de la coqueluche par la quinine (Zur Chininbehandlung der Keuchhustens), par Baron (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 48, p. 1165). — Dans une récente épidémie de coqueluche, l'auteur a eu l'idée de traiter une cinquantaine de coquelucheux par la quinine. Les résultats furent très remarquables. Une amélioration très marquée de tous les symptômes se manifeste ordinairement à partir du troisième jour, quelquefois plus tard, vers le cinquième ou le sixième jour; la durée de la maladie est souvent abrégée. La quinine paraît agir presque comme un spécifique dans la coqueluche compliquée de phénomènes pulmonaires.

Quant au mode d'administration, on donne trois fois par jour autant de centigrammes que l'enfant compte de mois, autant de décigrammes que l'enfant compte d'années.

CHIRURGIE

Opération de Porro avec succès pour la mère et l'enfant (Ein Kaiserschnitt wieder nach Porro mit gunstigem Resultat für Mutter und Kind), par Ikeda (*Centr. f. Gynækol.*, 1893, n° 46, p. 1060). — L'observation de l'auteur est intéressante au point de vue de l'indication : rétrécissement cicatriciel du vagin.

Il s'agit d'une femme de 21 ans, II-pare, traitée auparavant pour un rétrécissement cicatriciel du vagin consécutif, en apparence, à une application de forceps. Le traitement consista en dilatation progressive.

La femme redevint enceinte, et arriva à la clinique après le commencement des douleurs. L'exploration montra une déchirure du vagin qui, comme auparavant, admettait à peine deux doigts. On fit par conséquent l'opération de Porro, qui ne présenta rien de particulier.

Note sur les corps étrangers de la synoviale des extenseurs des orteils, par Toussaint (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, octobre 1893, p. 315). — Observation I. — M. X... a ressenti, à la suite de longues courses en bicyclette, une gêne dans les mouvements de flexion du pied gauche sur la jambe; en cherchant s'il n'y a pas de synovite des extenseurs des orteils, on met le doigt sur un corps étranger mobile.

Obs. II. — R... éprouve une gêne dans les mouvements du pied gauche sur la jambe. On sent un corps étranger dans la gaine de l'extenseur commun des orteils.

Obs. III. — F... a une contusion profonde de la région du cou-de-pied gauche par chute de cheval, avec entorse tibio-tarsienne. Il y a 3 ans, ce même pied a subi une entorse violente. On trouve un corps étranger dans la gaine de l'extenseur commun. Ce corps étranger parait être le reliquat inflammatoire du traumatisme subi, il y a 3 ans, par le pied.

Obs. IV. — S... éprouve une gêne douloureuse dans les mouvements du pied gauche; on trouve dans la gaine synoviale de l'extenseur commun un corps étranger.

Lorsqu'il existe des antécédents syphilitiques, il faut donner le traitement antisyphilitique qui peut amener la fonte du corps étranger. Dans les autres cas, il faut opérer.

Mécanisme de la guérison de la péritonite tuberculeuse après la laparotomie (Zur Frage von der Heilwirkung der Laparotomie bei Peritonealtuberculose), par Warnek (*Centr. f. Gyn.*, 1893, n° 50, p. 1159). — De l'étude critique des observations publiées jusqu'à présent et de quatre cas personnels, l'auteur conclut que la laparotomie comprenant une série de manifestations sur le péritoine met cette séreuse dans un état d'irritation qui se traduit par la formation d'un exsudat plastique et des adhérences. Les bacilles périssent dans cet exsudat et les tubercules subissent la dégénérescence fibreuse. Au bout de quelque temps l'exsudat se résorbe à son tour et la guérison est complète.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de microbie, par L. H. Thoinot et E. J. Masselin. Deuxième édition. Paris, G. Masson, 1894, prix : 7 fr.

Ce n'est point seulement une deuxième édition d'un ouvrage déjà classique; c'est un livre nouveau que nous présentent aujourd'hui MM. Thoinot et Masselin. L'historique, les considérations générales sur l'histoire naturelle et la classification des microbes, l'étude morphologique des microbes non pathogènes, d'autres chapitres d'un ordre trop général pour ne pas encombrer inutilement un livre qui doit et veut rester essentiellement pratique, ont été supprimés. Il en est de même de toutes les questions relatives à l'immunité, à la vaccination, aux toxines qui feront l'objet d'un autre manuel non moins intéressant, aujourd'hui que la science microbiologique marche si rapidement dans la voie du progrès. Par contre, toute la partie technique qui est exposée dans les 200 premières pages de l'ouvrage a reçu de nombreux développements. Quant à la deuxième partie, consacrée à exposer les caractères microbiologiques des maladies infectieuses de l'homme et des animaux, elle a été presque entièrement refondue. Les chapitres qui traitent de la tuberculose, de la fièvre typhoïde et des affections intestinales dues au colibacille, de la diphthérie sont à signaler tout particulièrement. En résumé, ce livre est moins un manuel qu'un guide essentiellement pratique, très au courant de la science contemporaine, nécessaire à tous les étudiants et à tous les médecins.

Manuel de diagnostic médical et d'exploration clinique, par P. Spillmann et P. Haushalter. Troisième édition. Paris, G. Masson, 1894, prix : 6 fr.

Nous n'avons point à redire ce que vaut ce manuel. Lorsque sa deuxième édition a paru, notre collaborateur A. Petit (*Gaz. hebd.*, 1890, p. 132) en a fait ressortir tout l'intérêt. Dans cette troisième édition, les auteurs se sont préoccupés de reviser certains chapitres, en particulier ceux qui ont trait aux maladies infectieuses et aux maladies du système nerveux, de façon à les mettre au courant des découvertes les plus récentes. Toute concise qu'elle soit, l'étude des microbes peut être très utile à l'occasion d'un cas clinique déterminé; le chapitre qui traite de l'analyse des urines a été revu et reste excellent. Il en est de même de la partie clinique de ce petit livre, dont le rapide succès est des plus mérités.

Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes, par J. Grasset. Deuxième édition, revue, augmentée et suivie de quelques principes de déontologie médicale. Paris, C. Coulet et G. Masson, 1894, prix : 4 fr.

En quelques semaines, la première édition de ce livre a été enlevée. Ce brillant résultat n'étonnera point ceux qui connaissent le talent avec lequel M. Grasset sait mettre à la portée de tous les ressources de son expérience clinique. Aussi consciencieux qu'il est instruit et expérimenté, notre savant confrère a tenu à revoir la plupart des chapitres de son excellent ouvrage, à compléter ou à rectifier certaines formules, enfin à commencer, dans un appendice qui sera certainement complété, un traité de déontologie médicale. Nous ne doutons pas que la troisième édition ne suive de très près la seconde.

L. L.

VARIÉTÉS

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.

4e liste.

Dr Labric, 100 fr. — Dr Féré, 100 fr. — Dr Legendre, 100 fr. — Mme Legendre, 50 fr. — Mlle Legendre, 20 fr. — Prof. Nocard, 20 fr. — Dr Ch. Eloy, 40 fr. — Dr Paul Berbez, 100 fr. — Salle de garde des internes en médecine de la Salpêtrière, 100 fr. — Externes du service de M. Charcot, 50 fr. — Dr N. Londe, 40 fr. — Dr Hallion, 40 fr. — Dr Pierre Janet, 40 fr. — Dr H. Lamy, 40 fr. — Dr Souques, 40 fr. — Dr Liénart, 20 fr. — Dr Georges Thibierge, 20 fr. — Dr François-Franck, 50 fr. — Prof. Lannelongue, 200 fr. — Dr L. Molas, 10 fr. — Meunier, int. des Hôpitaux, 20 fr. — Baron Larrey, 100 fr — Waldeck-Rousseau, 200 fr. — Auguste Dreyfus, 50 fr. — Kolpakoff, 500 fr. — Anonyme, 500 fr.

Association générale des médecins de France. — M. le Dr Marjolin a informé le Conseil général qu'une place à l'Asile Sainte-Hélène (Epinay-sous-Sénart) est toujours à la disposition de l'Association des médecins de France pour une enfant, *fille de médecin catholique*, orpheline ou dans toute situation ne permettant pas à ses parents de l'élever et âgée de plus de 4 ans. Les demandes d'admission doivent être adressées à M. le Dr Lereboullet, secrétaire général, 44, rue de Lille, ou à M. le Dr Blache, secrétaire général adjoint, 12, rue de Suresnes.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

REVUE GÉNÉRALE

Pathogénie et nature infectieuse de la lymphadénie (leucémie, adénie, pseudo-leucémie, etc.)

On sait que les types morbides divers qui correspondent à la leucémie de Virchow et Bennett, à l'adénie de Trousseau, aux lymphadénomes et aux lymphosarcomes, etc., ont été, sous l'influence des travaux modernes, ramenés à une maladie unique, *la lymphadénie*, dont ils ne constitueraient que des aspects différents.

C'est ainsi que les traités classiques les plus récents envisagent la question et qu'ils décrivent une maladie particulière — la lymphadénie — caractérisée par la formation en quantité et en siège anormal d'un tissu particulier — le tissu réticulé adénoïde, avec des caractères typiques ou atypiques. — Selon le siège de cette néoformation de tissu dans les ganglions, dans la rate, dans les os, dans l'intestin, dans la peau, on a sous les yeux des types divers qui correspondent aux classifications cliniques de la maladie, établies antérieurement : lymphadénie ganglionnaire, lymphadénie splénique, lymphadénie osseuse, etc. Chacune de ces formes peut — ou non — s'accompagner d'augmentation morbide et permanente des globules blancs dans le sang, leucémie, leucocythémie, et l'on a dès lors, par exemple, la lymphadénie ganglionnaire, la lymphadénie splénique avec ou sans leucémie.

Que ces formes diverses de la lymphadénie aient des aspects anatomopathologiques et cliniques qui permettent de les distinguer entre elles, peu importe au point de vue qui nous occupe.

Le fait fondamental, c'est que la leucocythémie de Virchow ou l'adénie de Trousseau, par exemple, ne représentent qu'une maladie unique sous deux aspects différents et que les recherches pathogéniques — bactériologiques dans le cas particulier qui nous occupe — s'appliquent à la lymphadénie en général, qu'elles aient été faites chez un malade atteint de leucémie vraie ou dans un cas d'adénie selon la nomenclature de Trousseau — pseudo-leucémie des auteurs allemands.

* * *

Ceci posé, nous pouvons étudier la question de savoir si la lymphadénie est due à une infection : question déjà posée et résolue dans un sens favorable, bien avant les examens bactériologiques, par différents auteurs. Ceux-ci s'appuyaient, pour défendre cette idée d'infection et en l'absence de renseignements bactériologiques, sur les analogies anatomiques et cliniques qui existent entre la leucocythémie et les maladies infectieuses en général. Il n'était pas jusqu'à l'étiologie qui n'eût été mise à contribution dans ce sens, puisque nombre d'auteurs avaient pu vérifier la justesse de ce fait déjà signalé par Trousseau, c'est-à-dire l'existence, avant l'apparition des premiers symptômes leucémiques, de lésions ulcéreuses siégeant de préférence sur les muqueuses du nez et de la bouche, alors que les premiers phénomènes ganglionnaires dans ces cas se faisaient précisément dans les ganglions lymphatiques du cou. On en trouve, en effet, de nombreux exemples dans la littérature française ou étrangère.

Nul doute que, dans d'autres circonstances, de semblables ulcérations aient pu exister en dehors des lieux que nos moyens d'investigation ordinaire nous permettent d'explorer, l'intestin par exemple.

Leber (1), le premier, semble avoir entrevu la possibilité de voir dans la leucémie la manifestation d'une infection. Après lui, Ebstein (2) et Steinbrügge (3). Ce dernier invoqua même l'influence de la syphilis et de l'infection paludéenne.

Comme nous l'avons vu plus haut, on se basait sur des caractères *cliniques* de la maladie, sur les constatations *anatomiques*, conditions auxquelles il convient d'ajouter des exemples donnés de différents côtés comme une preuve de *sa contagiosité*.

Si, au point de vue de la *preuve clinique*, la leucocythémie à marche chronique ne donnait que des éléments insuffisants de démonstration, il n'en fut plus de même quand Litten (4), Guttmann (5), Nobel (6) et autres eurent publié des exemples de leucocythémie aiguë, surtout quand on eut établi la coexistence fréquente dans ces cas d'altérations ulcéreuses de la langue et de la muqueuse bucco-pharyngée. Outre la marche particulière des accidents et l'analogie indiscutable du processus ganglionnaire avec les adénites vulgaires, on

(1) *Arch. f. Ophthalmologie*, 1878.
(2) *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1879.
(3) *Zeit. f. Ohrenheilk.*, 1886.
(4) *XIe Congr. f. innere Medic.*, Leipzig 1892.
(5) *Berlin. f. klin. Woch.*, 1891, n° 46.
(6) *Deut. med. Zeitung*, 1892.

avait pour ainsi dire sous les yeux la lésion porte d'entrée tout comme dans les affections chirurgicales les plus communes. Enfin la fièvre, les hémorrhagies, etc., complétaient la ressemblance avec les septicémies déjà connues.

D'autre part, on pouvait faire remarquer avec Nette (1), les *analogies anatomiques* existant entre les lésions leucémiques et les lésions habituelles et reconnues telles aux maladies infectieuses, par exemple la leucocytose, la ressemblance des lésions de la rate leucémique molle du début avec celles de la rate typhique et des lésions de la rate indurée de la fin avec la rate paludéenne, etc.

Enfin, un certain nombre d'observateurs croyaient pouvoir citer des cas de *contagiosité* authentique de la maladie. Il y a évidemment de ce chef une série de preuves qui, si elles étaient péremptoires et suffisamment nombreuses, constitueraient un des meilleurs arguments en faveur de sa nature infectieuse. Un certain nombre de ces faits sont certainement susceptibles d'une tout autre interprétation : ce sont ceux par exemple qui concernent une coexistence de différents malades dans une même famille. Strictement, et avec d'autres idées médicales, on peut concevoir dans une famille une prédisposition particulière à la lymphadénie, comme on l'admet encore sans peine pour le cancer. Tel est le cas dû à Casati, qui observa une leucémie splénique chez une jeune fille de 10 ans, dont la grand'mère et le père avaient la même maladie ; tels sont également ceux de Biermer chez deux sœurs de 3 et de 4 ans, de Eichorst chez un garçon de 12 ans et chez son père, de Norbert Orthner chez un bébé de 8 mois 1/2, dont la sœur semble avoir succombé à la même maladie (2). Plus démonstratives sont les deux observations dues à W. P. Obrastzow (3), dans l'une desquelles on voit un chirurgien prendre la maladie et y succomber rapidement, après avoir donné des soins à un leucémique atteint de la forme aiguë et à qui il avait fait un tamponnement pour une hémorrhagie nasale, et dont il avait examiné le sang et les urines.

Quoi qu'on pense de la valeur de ce qui précède, en faveur de la théorie parasitaire, il faut reconnaître que c'est à la bactériologie qu'il appartient de dire le dernier mot.

*
* *

Des résultats positifs, fournis par l'examen bactériologique, ont été obtenus de différents côtés. Les recherches ont porté : *sur le sang* pendant la vie ou après la mort;

Sur les *ganglions lymphatiques* ;

Sur différents organes, en particulier *sur le foie et sur la rate.*

Disons de suite que ces résultats ne concordent pas entre eux, soit qu'ils aient été négatifs, soit qu'ils aient permis de constater une pluralité très marquée de micro-organismes, qu'on peut soupçonner pathogènes. Il n'y aurait donc pas, disons-le de suite, d'après ces faits, un seul microbe pathogène de la leucémie. La théorie de la spécificité de la maladie en subit naturellement le contre-coup, et celle-ci n'apparaît plus que comme un *processus commun* à des infections diverses, mais, hâtons-nous d'ajouter, à des infections d'une nature particulière, modifiées soit par la qualité du germe, soit par le terrain organique sur lequel celui-ci se développe, soit par la localisation du processus infectieux sur tel ou tel tissu, ou sur tel ou tel système organique, soit enfin par des conditions de vitalité inhérentes du germe et qui nous échappent jusqu'à présent.

(1) Inaug. Diss. Greifswald, 1890.
(2) Cités par Pawlowsky. *Deutsch. med. Wochensch.*, 1892, n° 20.
(3) *Deutsch. medic. Wochensch.*, 1890, n° 50.

C'est qu'en effet, à part un certain nombre de microbes particuliers dont les auteurs ont défendu — peut-être à tort — la spécificité, la plupart des observateurs n'ont recueilli que des microbes vulgaires, pyogènes et *qui, précisément dans le cas particulier de la lymphadénie, ne montrent plus cette propriété de faire du pus.* Voilà la preuve de ce que nous disions à l'instant : il s'agit bien évidemment d'une virulence modifiée, d'une manière d'être différente dans les propriétés chimico-biologiques du germe sur les tissus vivants, étant admise bien entendu et péremptoirement la nature infectieuse de la lymphadénie.

Cependant, avant de passer en revue les microbes rencontrés jusqu'ici dans la lymphadénie, il est bon de faire remarquer que tous les cas examinés à ce point de vue n'ont pas donné des résultats positifs.

Un certain nombre de faits, dans lesquels l'ensemencement a été pratiqué avec du sang ou des fragments de tissus leucémiques, montrent, en effet, que les cultures sont restées stériles.

Telles sont les observations faites *sur le sang* par Salander et Hoffsten (1), par Ebstein (2), par Müller (3), par Eickenbusch (4), par Laubenbung (5), puis plus récemment par Trojé (6), par Litten (7), par Wehsemeyer (8), par Guttmann (9) et Michel Dansac (10).

D'autre part, les examens suivants n'ont pas été plus heureux. Westphal (11) n'a rien trouvé dans le sang et dans le suc retiré de la rate pendant la vie, ni dans un un autre cas dans la rate après la mort : Füchs et Kohn (12) dans le foie ; J. E. Schmid (13) sur les coupes de différents organes ; Bramwell (14) dans le cerveau.

Les essais de culture n'ont également rien donné à Ebstein avec du sang et de la sérosité ascitique ; à Westphal et à Guttmann avec des fragments de rate ; à Tricomi (15) avec du sang, des morceaux de la rate, et de la moelle osseuse ; à Litten, à Troje avec le sang.

Tels sont les cas négatifs.

Ces observations, dans lesquelles l'examen bactériologique n'a donné aucun résultat, ont paru suffisantes à quelques-uns pour nier la nature infectieuse de la leucémie. En l'absence de toute donnée positive, l'argument aurait sa valeur. Mais si l'on s'en tient aux principes de la critique, en ce qui concerne les faits positifs de la médecine expérimentale, on ne peut s'empêcher d'attacher une grande importance aux faits qui vont suivre, sans vouloir, bien entendu, tirer de ceux-ci une certitude qu'ils ne renferment pas d'une façon absolue. Mais on ne saurait être autorisé, pour édifier une théorie, de ne s'appuyer que sur les résultats négatifs des observations, ainsi qu'on a tenté de le faire en Allemagne.

(Voir : *München med Wochensch.*, 1893, p. 564. *Ist die Leukæmie eine Infectionskrankheit?* par Wehsemayer).

Ainsi que nous l'avons vu, et sans nous arrêter aux monades décrites par Klebs dans le sang dès 1880, les examens bactériologiques ont fait reconnaître dans les organes et dans le sang de leucémiques des microbes différents.

(1) Analyse *Iahrh. f. Kinderheil.*, 1885.
(2) *Deutsch. Archiv f. klin. Med.*, 1885.
(3) Inaug. Dissert. Gœttingen, 1888.
(4) Inaug. Dissert., Bonn, 1889.
(5) *Arch. f. Gynæcolog.*, XL. H. 3, 419.
(6) *Berlin. medic. Gesellsch.*, 1892.
(7) XI Cong. f. innere Medicin, Leipzig, 1892.
(8) Inaug. Dissert., Berlin, 1890.
(9) *Berlin. klinis. Wochensch* , 1891.
(10) *Med. mod.*, 1892.
(11) *München. med. Wochensch.*, 1890.
(12) In Dissert., Halle, 1891.
(13) In Dissert., Fribourg., 1892.
(14) Anal. *in Centralb. f. klin. Med.*, 1886.
(15) *Riforma medica*, 1892, juin.

Entrevus, mais non déterminés d'abord par suite de l'insuffisance de l'examen microscopique seul, des microbes furent cependant signalés de différents côtés : Mac Gillavry (1), Osterwald (2), Mayet (3) les constatèrent dans le sang; Spilling (4) sur des coupes de la rate, Byron Bramwell (5) dans les ganglions lymphatiques, St. Klein (6), Majocchi et Piccini dans les vaisseaux sanguins du foie et des ganglions lymphatiques. Il s'agissait dans tous ces cas de formes analogues aux staphylocoques, au streptocoque, aux bacilles.

Les cultures permettent dès lors de différencier nettement les micro-organismes que l'on rencontre. Maffucci (7) isole dans les ganglions le streptocoque pyogène, Bonardi (8) dans deux cas de leucémie splénique isole le *staphylococcus pyogenes aureus* et l'*albus*, de même Hewelk, qui le cultive par ensemencement du sang (cité par M. Combemale), de même aussi MM. Roux et Lannois (9) l'obtiennent par les cultures de sang pendant la vie et avec le suc de ganglions hypertrophiés après la mort.

Hinterberger (10) rencontre, dans le foie et dans les ganglions lymphatiques du cou, le streptocoque et les staphylocoques; enfin M. Combemale (11), dans un cas de pseudo-leucémie ganglionnaire, retire des ganglions lymphatiques le *staphylococcus albus*; M. C. Verdelli (12), en ensemençant le sang et de la pulpe ganglionnaire, cultive les staphylocoques blanc et doré.

Ainsi, voilà un groupe assez imposant d'observations dans lesquelles, soit pendant la vie, soit après la mort, on cultive les microbes pyogènes et en particulier le *staphylococcus albus*. Les ensemencements proviennent du *sang*, des *ganglions hypertrophiés*, de la *rate*, etc.

Dans d'autres observations on ne rencontre plus ces microbes vulgaires, c'est ainsi que MM. Kelsch et Vaillard (13), puis M. Fermi (14), isolent et étudient un bacille obtenu par l'ensemencement du sang, du foie, de la rate et des ganglions lymphatiques : bacille court, épais, se colorant à ses deux extrémités et pathogène pour le lapin qu'il tue rapidement et dans le sang duquel on le retrouve en grande quantité.

Après eux Pawlowsky (15) dans sept observations observe et cultive un autre bacille, qu'il rencontre dans le foie, dans la rate, dans les ganglions lymphatiques, dans l'intestin, dans les poumons, dans les reins, dans le cerveau et dans la moelle. Le bacille, difficile à cultiver, ne pousse ni dans le bouillon ordinaire, ni sur la gélatine, ni sur la gélose, ni sur le sérum gélatinisé à l'état anaérobie. Mais on peut cependant en obtenir des cultures, assez abondantes au bout de 14 à 15 jours, dans du bouillon de viande additionné de sérum sanguin. On peut alors l'ensemencer sur agar glycériné. Il se distingue du bacille décrit par Kelsch, Vaillard et Fermi en ce qu'il n'est pas anaérobie, et qu'il n'est pas pathogène pour le lapin.

Bien qu'il n'ait réussi à déterminer chez le lapin aucun phénomène morbide. Pawlowsky estime cependant avoir isolé le microbe *spécifique* de la leucémie.

(1) Analyse *Schmidt's Iahrb.*, 192, 19.
(2) *Arch. f. Ophthalmol.*, 1881.
(3) *Prov. medic.*, 1890.
(4) Inaug. Dissert. *Berlin.*, 1880.
(5) Analyse *Schmidt's Iahrb.* 1886.
(6) *Berlin. klin. Woch.*, 1890.
(7) *Baumgarten's Iahrsbericht*, 1888. Analyse.
(8) *Centralbl. f. allgem. Patholog.*, 1890. Analyse.
(9) *Province médicale*, 1890.
(10) *Deutsch. Arch. f. klin. Medic.*, 1891.
(11) *Rev. de médecine*, 1892.
(12) *Centralbl. f. die medic. Wissensch.*, 1893, n° 33.
(13) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1890.
(14) *Centralblatt für Bacteriolog.*, 1890.
(15) *Deutsche medic. Wochensch.*, 1892, n° 28.

Nous ne nous arrêterons pas à discuter sur ce qu'une pareille conclusion a de risqué.

Les bacilles de Pawlowsky sont petits, à extrémités arrondies, ressemblant assez au bacille typhique; au centre du bâtonnet on observe une zone non colorée renfermant une spore, qui résiste à tous les réactifs colorants employés. Quelquefois ces spores sont doubles, et la substance du bacille se présente de telle façon qu'on croirait avoir une série de cocci sous les yeux.

Voilà à quoi se bornent les documents fournis jusqu'à ce jour par l'examen bactériologique des humeurs et des tissus des leucémiques : un ou plusieurs microbes, reconnus pyogènes et septiques en d'autres circonstances; des bacilles particuliers, non classés encore parmi les espèces pathogènes.

La présence des staphylocoques dans une maladie chronique sans suppuration, pourrait entraîner, *à priori*, un certain scepticisme concernant leur valeur pathogène. Mais ne connaissons-nous pas, pour l'avoir étudiée et reconnue dans d'autres espèces, les modifications de virulence des microbes; ne savons-nous pas que cette qualité des espèces morbides est contingente, variable selon les conditions de l'infection ?

L'argument a certes sa valeur, mais ne saurait suffire en médecine expérimentale; à la notion de *présence* démontrée par la culture, il est indispensable de joindre la notion de la *qualité* de la virulence, en d'autres termes de reproduire chez les animaux, par l'inoculation des germes rencontrés et cultivés, de phénomènes morbides analogues à ceux qui répondent chez l'homme au syndrome clinique de la lymphadénie.

***

La science n'est pas très riche en renseignements positifs fournis par l'inoculation soit des humeurs ou des tissus des malades atteints de leucocythémie, soit des cultures obtenues par l'ensemencement de ces humeurs et de ces tissus. A propos de ces expériences, les auteurs qui se sont occupés de la question objectent que tous les animaux de laboratoire ne sont pas aptes à présenter expérimentalement le syndrome morbide de la leucémie, et qu'il y a là une question d'immunité de la plus haute importance, soit que ces animaux ne soient pas atteints spontanément d'une maladie analogue à la leucémie humaine, soit qu'ils jouissent réellement d'une immunité véritable contre les inoculations expérimentales de ce genre.

La question mérite évidemment qu'on la pose et qu'on y réfléchisse.

Or, d'après M. Wehsemeyer (*loc. cit.*), le choix du lapin comme sujet à expérience est mauvais, car, d'après lui, cet animal semble jouir d'une immunité absolue vis-à-vis de la leucémie ; il n'y a pas dans la médecine vétérinaire un cas, à sa connaissance, où la leucémie se soit développée spontanément chez les animaux de cette race. Parmi les rongeurs, Ebert (*Arch. f. path. Anat.*, 1878) n'en cite qu'un cas chez une souris. C'est surtout chez les carnassiers qu'on l'observe, et en particulier chez les chiens, surtout chez les vieux chiens; on en cite également des exemples chez les porcs, chez les bœufs et chez les chevaux. De ce qui précède, il résulte donc que le chien est l'animal de choix pour ces expériences.

Comme nous le disions plus haut, on a fait des tentatives d'inoculation soit avec les produits morbides directs, soit avec les micro-organismes révélés par les cultures.

L'une et l'autre tentative n'ont pas donné des résultats bien concluants.

Les expériences de Mosler (1), de Nette, de Bollinger (2) avec le sang leucémique ou avec du suc frais de rate leucémique ont été infructueuses; elles ont été faites sur des lapins, sur des souris, sur des chiens, sur des cobayes, sur des singes et sur des poules.

Les injections intra-veineuses n'ont pas donné des résultats plus satisfaisants à Eickenbusch (3), Mosler et autres. Les inoculations multiples de sang défibriné, faites par Nette sous la peau, dans le péritoine, dans les veines de l'oreille, dans la veine épigastrique, dans les vaisseaux de la moelle osseuse, etc., chez deux singes et deux porcs, n'ont pas sensiblement altéré la santé de ces animaux.

Les inoculations avec les sucs ganglionnaires tentées par Troje, par Litten (*loc. cit.*), par MM. Cadiot, Gilbert et Roger (4) ont été également négatives.

Quant aux inoculations faites avec les cultures obtenues avec le sang ou les humeurs des leucémiques, elles sont encore trop peu démonstratives pour qu'on puisse considérer leurs résultats comme certains. Dans aucun cas, je crois, on n'a reproduit chez les animaux la leucémie avec des symptômes caractéristiques.

Le bacille de MM. Kelsch et Vaillard tue, il est vrai, les souris; les staphylocoques isolés par Verdelli ont amené des lésions variables chez les lapins inoculés; mais on ne saurait faire donner aux analogies morbides plus qu'elles ne comportent scientifiquement. D'ailleurs, le lapin n'est-il pas un réfractaire à la leucémie? Les inoculations de Pawlowsky, faites avec le bacille prétendu spécifique, n'ont provoqué aucun trouble de la santé chez les animaux en expérience.

Que conclure de tous ces travaux?

Dans l'état actuel de nos connaissances ou si l'on s'en tient strictement aux faits observés: c'est que l'on a trouvé chez les lymphadéniques, dans le sang et dans les viscères, différents micro-organismes, au premier rang desquels il y a lieu de citer le *staphylococcus albus*, et peut-être aussi, en raison de sa fréquence — 7 fois sur 7 — le bacille de Pawlowsky. Dans la plupart des cas l'inoculation aux animaux a été inoffensive, et dans ceux où elle a amené des troubles morbides, on n'a pas constaté le développement d'une maladie analogue à la lymphadénie humaine.

Il y a donc lieu de se demander si, en particulier pour le staphylococcus albus, il ne s'agit pas d'une infection secondaire, accidentelle dans le cours de la leucémie, et si c'est bien à lui qu'il convient de rapporter la cause de la maladie, dans les observations où on l'a rencontré.

H. Barbier.

1) Cités par Wehsemeyer (*Münch. med. Woch.*, 1893, p. 365).
(2) *Ibid.*
(3) *Inaug. Dissert.*, Bonn, 1889.
(4) *Traité de médecine Charcot Bouchard*, t. II, art. Leucocythémie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de la gastro-entérostomie,

par le Dr J. Thiriar, de Bruxelles.

Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac est, en Belgique, une question très discutée sur laquelle l'accord est loin d'être parfait. La prudence et la sagesse sont la caractéristique des chirurgiens belges et ce que j'écrivais en 1882 à propos de l'ovariotomie est encore rai actuellement. « Celui qui connaît nos habitudes et nos tendances chirurgicales, disais-je alors, ne s'étonnera pas de la circonspection dont firent preuve dans cette circonstance les chirurgiens belges. Profondément respectueux de la vie humaine, nous aimons à ne rien laisser au hasard, nous redoutons les aventures, et, avant de pratiquer une opération nouvelle, nous demandons que son utilité soit bien démontrée (1). » Si l'utilité de la gastrectomie ou d'extirpation partielle de l'estomac cancéreux nous paraît à juste titre très discutable, il ne doit plus en être de même pour la gastro-entérostomie dans le cas d'obstruction pylorique. Je la considère comme une des opérations palliatives les plus précieuses et j'apporte à l'appui de mon opinion les résultats que viennent de me donner deux interventions de l'espèce. De ces deux observations, l'une a déjà été présentée à la Société belge de Chirurgie, l'autre est encore inédite.

Il semble que l'on se soit plu à accumuler les difficultés autour de cette opération; on en a singulièrement exagéré les dangers pour pouvoir mieux la combattre et nous dénier le droit de traiter chirurgicalement les tumeurs de l'estomac. On oublie trop facilement que l'on a affaire à une affection qui conduit à une mort certaine et misérable et que l'opération palliative apporte un soulagement notable au malade. Si elle ne guérit pas radicalement la maladie, le malaise et la douleur disparaissent et cette amélioration persiste parfois pendant bien longtemps.

A la suite de mes deux opérations, j'ai acquis la conviction, et j'espère bien le démontrer, que la gastro-entérostomie n'est ni bien difficile à pratiquer ni bien dangereuse pour l'opéré; qu'elle procure une amélioration constante, un bien-être inespéré aux malheureux malades qui, sans cette bienheureuse intervention, seraient morts à bref délai dans des souffrances horribles; si elle n'est que palliative lorsqu'il s'agit d'une sténose cancéreuse du pylore, elle donne des résultats certains et définitifs lorsqu'on la pratique pour des rétrécissements non cancéreux.

Observation I. — Le 19 juillet dernier, fut admise dans mon service la nommée P... Marie, ménagère, âgée de 41 ans. Elle a eu deux enfants et a toujours été bien réglée. Il y a dix mois, au mois de septembre 1892, elle s'est aperçue pour la première fois de son affection. A cette époque, elle a commencé à vomir tout ce qu'elle prenait, et comme son ventre paraissait augmenter de volume, elle a cru qu'elle était enceinte malgré la persistance des règles. Malgré des vomissements continuels, elle attendit 4 mois 1/2 avant de consulter un médecin. Enfin, son état allant toujours en s'aggravant, elle se résolut à entrer dans mon service après avoir attendu la fin présumée de sa fantastique grossesse.

Etat actuel: La malade dit avoir énormément maigri; cependant son aspect est assez satisfaisant, elle n'est pas trop cachectique. Elle se plaint surtout de douleurs épigastriques violentes et de vomissements continuels. Elle ne peut rien avaler, ni une goutte d'eau, ni la moindre parcelle de nourriture sans la rejeter immédiatement en faisant de violents efforts et en se plaignant de violentes douleurs. Elle accuse la sensation d'un corps mobile qui se déplace facilement dans son ventre et la fait beaucoup souffrir. Les selles sont très peu abondantes et très irrégulières.

A l'examen du ventre, nous constatons qu'il est rétracté et très douloureux à la pression. A la palpation, on perçoit très facilement une tumeur siégeant un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic; elle est arrondie, dure, très mobile, bosselée et grosse comme un œuf de canard. Les autres organes sont sains.

Pendant quelques jours, je tentai de calmer les souffrances de la malade au moyen de la morphine et je la mis au régime lacté. Tout fut inutile. Les douleurs persistèrent ainsi que les vomissements. Les liquides comme les solides étaient immédiatement rejetés; en outre, la malade vomissait, à des

(1) *De l'ovariotomie antiseptique*, etc., etc., 1882, p. 1c.

intervalles très rapprochés, d'assez grandes quantités de matières glaireuses filantes, transparentes. Pas de vomissements sanguinolents ou bilieux.

Voulant soulager la malheureuse, je me déterminai à une intervention chirurgicale : pylorectomie si elle était possible, gastro-jéjunostomie dans le cas contraire.

Quelques jours avant l'opération, je voulus également faire des lavages d'estomac; mais malgré toutes les tentatives, cela fut impossible tant la malade était craintive et indocile. Pendant ce temps la tumeur avait notablement augmenté.

L'opération fut pratiquée le 4 août 1893. Je fis une incision partant de l'appendice xiphoïde et arrivant au nombril sur la ligne médiane. Après avoir ouvert le ventre, il fut immédiatement reconnu que la pylorectomie était complètement irréalisable. La tumeur obstruait non seulement le pylore, mais s'étendait le long de la grande et de la petite courbure : elle était grosse comme les deux poings. En outre il existait un grand nombre de ganglions mésentériques. Je me décidai donc pour l'entérostomie stomacale.

Tout d'abord, le grand épiploon, qui adhérait à la paroi abdominale, fut réséqué en grande partie. Puis, je me mis à la recherche du duodénum et du commencement du jéjunum. Quelques adhérences furent détruites et j'arrivai assez facilement sur le duodénum et le commencement du jéjunum. J'essayai d'accoler le duodénum à l'estomac, ce qui fut très difficile et aurait déterminé une tension très dangereuse dans les sutures à établir. Je fis alors une déchirure au méso-côlon par laquelle je pus faire passer l'anse du jéjunum au moment où elle se détache du rachis. Je parvins ainsi à l'accoler à la face postérieure de l'estomac qu'un aide relevait.

Je pratiquai alors à la partie profonde de cet accolement une demi-couronne de sutures en soie n° 1 séro-séreuse, de façon à ne prendre que les deux tuniques externes des deux viscères. Cette première partie de la réunion établie, j'incisai l'estomac et le jéjunum au moyen d'un scalpel pointu et cela sur une étendue de 4 à 5 centimètres environ. Ces deux ouvertures se correspondaient; on y pouvait introduire deux doigts. Il va sans dire que des compresses aseptiques étaient placées de façon à recueillir le contenu peu abondant qui s'écoulait. Quelques artérioles donnèrent, je n'y fis pas attention et je réunis immédiatement les bords des muqueuses des orifices par de nombreux points de sutures entrecoupées. Cela bien établi, je complétai alors la suture séro-séreuse. La toilette du ventre fut très rapidement faite, la cavité abdominale fut refermée et un pansement compressif fut appliqué. L'opération avait duré 35 minutes.

La femme fut ensuite reportée au lit. Je ne lui permis que quelques morceaux de glace et je lui fis administrer dans la journée cinq lavements nutritifs composés d'œufs, de bouillon et de quelques gouttes de laudanum. La journée fut tout à fait calme, les douleurs avaient cessé comme par enchantement ainsi que les vomissements. Le soir seulement, elle eut un seul vomissement verdâtre à la suite d'une injection de morphine. T. S. 38°2.

4 *août*. — La nuit a été excellente, l'opérée a bien dormi pour la première fois depuis son entrée. P. = 24. T. M. 38°. T. S. 38°4. Même régime qu'hier.

5 *août*. — L'état est des plus satisfaisants. L'opérée réclame constamment à manger et à boire. Je lui permets un œuf dans du bouillon et un peu de vin à prendre par cuillerées à bouche. Le soir, elle prend une pilule de 0,03 d'extrait d'opium. T. M. 37°6. T. S. 37°4.

6 *août*. — Elle a eu hier trois lavements nutritifs et a pris, malgré mes recommandations, une grande quantité de lait et de bouillon avec des œufs. Le tout a très bien digéré sans aucune douleur ni malaise. Pouls normal à 18. T. M. 38°2. T. S. 37°4.

7 *août*. — Hier au soir, elle a eu un peu de diarrhée, les selles sont bien colorées. Elle a pris hier dans la journée : un demi-litre de chocolat, du lait et du bouillon en grande quantité et a sucé de la viande. T. M. 36°5. T. S. 37°2.

8 *août*. — Trois selles liquides hier. Elle a pris un litre de lait, deux œufs, du bouillon et du jus de viande. L'appétit est excellent, l'opérée ne fait que demander à manger. T. M. 36°8. T.S. 37°.

9 *août*. — Etat excellent. L'opérée est assise dans son lit, gaie, contente, se croyant complètement guérie; elle demande à se lever. Elle a absorbé hier un demi-litre de chocolat, un demi-litre de vin, du bouillon, de la viande et une tartine. La digestion se fait normalement. Deux selles liquides. T. M. 36°6. T. S. 37°2.

10 *août*. — L'opérée mange le régime des autres malades et a, en plus, des légumes, deux œufs et de la viande rôtie. Elle dévore avec avidité ce qu'on lui accorde. T. M. 36°6. T. S. 37°2.

11 *août*. — Levée du pansement; réunion de la plaie abdominale; enlèvement des sutures; l'opérée se lève.

12 *août*. — Nous la trouvons habillée et se promenant dans les salles.

13 *août*. — L'opérée sort de l'hôpital. Les selles sont bien régulières, moulées et colorées. Le teint est devenu bon et elle a notablement engraissé.

Obs. II. — La nommée L... Louise, couturière, âgée de 25 ans, entre dans mon service le 28 août 1893. Enfant unique, elle a encore ses parents qui sont bien portants. Mariée depuis l'âge de 17 ans, elle a deux enfants bien vivants. Depuis 4 ans, elle a commencé à maigrir, à dépérir et à ressentir des douleurs épigastriques et dorsales parfois très violentes qui diminuaient en général après les repas. Elle a éprouvé en même temps des alternatives de constipation et de diarrhée; depuis un ans, tous ces phénomènes ont été aggravés par l'apparition de nombreux et fréquents vomissements qui, à plusieurs reprises, étaient constitués par du sang pur. Il y a 2 mois, elle était enceinte de 8 mois, elle fut atteinte par de fortes attaques d'éclampsie; son état devint tellement grave que ses médecins durent provoquer l'accouchement. Depuis lors, les vomissements sont devenus moins fréquents, mais ils existent encore, assez nombreux et se produisent tantôt immédiatement après le repas, tantôt une ou deux heures après. Ils sont purement alimentaires.

Etat actuel : La malade est dans un état de cachexie avancée; elle a un teint jaune caractéristique et est d'une grande maigreur. A l'examen du ventre, on constate une tuméfaction entre l'ombilic et l'épigastre. La palpation fait découvrir à cette région une tumeur très volumineuse, dure, bosselée et assez mobile; elle dépasse à droite la ligne médiane et mesure à la percussion 14 centimètres dans le sens transversal et 8 dans le sens vertical. Le foie est normal. Toutes les manœuvres nécessitées par l'examen provoquent de fortes douleurs et des gargouillements prononcés. L'urine ne renferme ni albumine ni sucre.

Je plaçai la malade en observation, je lui prescrivis un régime lacté et une potion à la morphine. Le premier jour, le traitement parut produire quelques effets, car les vomissements disparurent pendant 24 heures. Mais, le 31 août, ils reparurent, plus abondants, plus intenses que jamais; ils étaient purement alimentaires. Je lui fis pratiquer des lavages d'estomac avec de l'eau de Vichy. Le liquide retiré par ces lavages était un liquide alimentaire, franchement acide au tournesol, mais on n'y découvrit pas de trace d'acide chlorhydrique.

Examen des urines :

Quantité.................	1,000 grammes.
Chlorures................	4 grammes.
Urée.....................	11 gr. 75.
Phosphates...............	1 gr. 60.

1er *septembre*. — Mêmes traitement et régime.

Urine :

Quantité.................	1,100 grammes.
Densité..................	1,016
Chlorures................	3 gr. 85.
Urée.....................	13 gr. 81.

2 *septembre*. — Même état et même traitement. Nombreux vomissements.

Urines :

Quantité.................	1,000 grammes.
Densité..................	1,018
Chlorures................	5 gr. 51.
Urée.....................	13 gr. 57.
Phosphates...............	1 gramme.

Traces d'albumine.

3 *septembre*. — Le liquide retiré par les lavages est brunâtre et renferme d'abondants débris alimentaires :

Urines jaune trouble à réaction neutre :

Quantité	1,070 grammes.
Densité	1,015
Urée	13 gr. 93.

4 *septembre*. — Les vomissements sont un peu moins fréquents, mais tous les aliments ingurgités reviennent par ces vomissements ou par la sonde œsophagienne. On n'y trouve aucune trace d'acide chlorydrique, mais ils donnent la réaction de l'acide lactique.

Du 4 au 12 septembre, l'état ne se modifia guère. La malade devint de plus en plus faible et, voulant lui prolonger la vie, je résolus de pratiquer la gastro-entérostomie.

Le 11 septembre, de nombreux lavages de l'estomac furent pratiqués à l'eau de Vichy et je prescrivis des paquets de salol.

Le 12, je procédai à l'opération après avoir pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires. Après ouverture du ventre faite sur la ligne médiane au moyen d'une incision allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, je tombai immédiatement sur la tumeur, composée d'une grosse masse réunissant l'estomac, une partie de l'épiploon, le côlon transverse et une portion de l'intestin grêle. Le tout formait une grosse tumeur du volume d'une tête d'enfant. Le néoplasme avait envahi tout le pylore, la grande courbure et une partie des parois de l'estomac. Pour pouvoir arriver sur la face postérieure de l'estomac, à un endroit sain et éloigné du cancer, je fus obligé de détacher prudemment de nombreuses adhérences vasculaires qui exigèrent pour l'hémostase un grand nombre de ligatures en catgut n° 2. Péniblement, je pus arriver ainsi sur la face postérieure de l'estomac à travers le méso-côlon transverse.

La recherche du jéjunum fut également très laborieuse. Pour trouver son origine, je partis d'une anse intestinale qui se trouvait en contact facile avec l'estomac et la découlai. J'arrivai ainsi sur le cæcum; je repris mes recherches à rebours et finis ainsi par arriver sur une partie du jéjunum tout près de son origine et présentant quelques adhérences avec les anses voisines; ces adhérences furent détachées et je pus, dès lors, mettre cette partie du jéjunum en contact avec la paroi postérieure de l'estomac. Le restant de l'opération fut relativement facile et rapide. Comme dans ma première opération, je fis d'abord un hémi-cercle postérieur de 8 sutures séro-séreuses en soie n° 1, puis j'ouvris l'estomac et l'intestin sur une étendue de 4 à 5 centimètres, en garantissant la cavité péritonéale au moyen d'éponges. Je plaçai ensuite 12 sutures muco-muqueuses qui réunissaient et accolaient les bords de deux ouvertures; enfin, je complétai ma couronne de sutures séro-séreuses par un hémi-cercle de 7 sutures antérieures. Le ventre fut nettoyé et refermé. Après pansement, l'opérée fut reportée au lit. L'opération avait duré 35 minutes.

Dans la journée, je fis administrer à l'opérée quelques lavements nutritifs et lui donnai à sucer quelques morceaux de glace. On lui pratiqua également quelques injections de morphine. T. S. 38°2.

13 *septembre*. — L'état est très satisfaisant. Il y a eu quelques petits vomissements aqueux. T. M. 37°4; soir 38°.

14 *septembre*. — L'opérée est replacée dans les salles communes. Elle se plaint d'une soif intense. On continue les lavements nutritifs et la glace. P. = 29 ou 1/4. T. M. 38°. T. S. 37°2.

15 *septembre*. — Tout en continuant les lavements nutritifs, je permets à l'opérée un peu de bouillon, un lait de poule et du vin. T. M. 37°8. T. S. 37°6.

16 *septembre*. — Outre trois lavements composés de vin et d'œufs et quelques gouttes de laudanum, l'opérée a avalé et digéré du bouillon, deux œufs en lait de poule et 200 grammes de vin.

T. M. 37°8. T. S. 37°6.

Urines troubles à réaction acide.

Quantité	900 grammes.
Urée	13 gr. 57.
Chlorures	1 gr. 35.
Phosphates	1 gr. 62.

17 *septembre*. — A eu une selle hier. Elle a pris hier beaucoup de lait, du bouillon, 4 œufs, de la viande crue et 200 grammes de vin. Tout a très bien digéré. T. M. 37°4. T. S. 36°6.

Urines troubles, acides.

Quantité	550 grammes.
Urée	6 gr. 35.
Chlorures	1 gr. 10.
Phosphates	0 gr. 78.

18 *septembre*. — Elle a eu la nuit passée un assez fort saignement de nez; 2 selles liquides; sommeil excellent sans morphine. Elle n'éprouve aucune douleur. Elle a pris hier du lait, du bouillon, 6 œufs, 200 grammes de vin et de la bière brune.

Urines oranges, troubles, acides.

Quantité	550 grammes.
Urée	7 gr. 15.
Chlorures	2 gr. 75
Phosphates	0 gr. 66.

19 *septembre*. — Outre son régime habituel, elle a avalé du poulet et un « pistolet ». T. M. 38°. T. S. 37°6.

Urines jaune trouble, neutre.

Quantité	1,400 grammes.
Urée	9 gr. 14
Chlorures	3 gr. 50.
Phosphates	0 gr. 28.

20 *septembre*. — L'état est parfait. L'opérée boit et mange à volonté, elle prend du poulet, du rôti, des tartines, du lait. T. M. 38°. S. 37°2.

On lève le pansement. Tout est réuni.

21 *septembre*. — Le pansement de la veille est un peu mouillé, on l'enlève; par un point de suture inférieur sort un mince jet de liquide trouble, presque incolore, légèrement jaunâtre, à réaction alcaline. On enlève les fils et on recouvre la ligne de réunion d'une couche de collodion iodoformé. Deux selles. Appétit excellent; même régime.

22 et 23 septembre l'opérée se lève.

Le 24, elle demande à retourner chez elle, dans les environs de Charleroi.

Urines : acides.

Quantité	900 grammes.
Urée	11 gr. 70.
Chlorures	15 gr. 75.
Phosphates	1 gr. 26.

Comme je le faisais remarquer à la Société de chirurgie lors de la présentation de mon premier cas, ces opérations sont fort instructives; elles prouvent que la gastro-entérostomie est une ressource précieuse, lorsqu'elle est faite à temps et dans des conditions convenables; elle peut soulager complètement le malheureux atteint de sténose complète du pylore, lui donner l'illusion d'une guérison complète et surtout prolonger notablement son existence.

L'idée de cette utile opération appartient en réalité à Nicoladoni, qui, assistant en 1881 à une opération que Wœlfler entreprenait pour un carcinome du pylore qui fut reconnu être inopérable, émit alors l'avis d'établir une communication entre l'estomac et l'intestin. Wœlfler, séance tenante, exécuta cette opération avec le plus grand succès.

Il est certain que cette opération est bonne; aussi existe-t-il déjà dans la science un nombre respectable de cas qui ont été publiés. Grâce aux perfectionnements apportés à la technique, la mortalité est tombée de 64 à 31 pour 100; elle diminuera certainement encore. Bien faite et pratiquée en temps opportun, la gravité de cette opération purement palliative, n'est donc pas considérable. Exécutée trop tard, alors que la cachexie et l'épuisement sont à leur maximum, elle doit nécessairement achever le malade au lieu de prolonger son existence. Il importe donc de ne pas attendre trop longtemps, et, lorsque la sténose du pylore est évidente, qu'elle se manifeste par ses symptômes ordinaires, il n'y a plus à hésiter. La médecine doit céder le pas à la chirurgie; il faut opérer, si on veut apporter quelque soulagement aux souffrances du malheureux malade.

Mais, dira-t-on, ses bénéfices sont éphémères? D'accord. Mais n'est-ce rien, en présence d'une affection aussi lamentable et aussi terrible que la sténose complète d'un pylore cancéreux, de soustraire le malade aux angoisses des vomissements incessants, au supplice de la faim, aux tourments de la soif? N'y eût-il que ce résultat, l'opération est déjà excellente et se justifie pleinement. Mais il y a plus: il est incontestable qu'elle prolonge notablement la vie du patient et cela dans des conditions qui la rendent très supportable. Sous ce rapport, l'entérostomie stomacale est incontestablement destinée à prendre place à côté d'autres opérations palliatives dont on ne discute plus ni les mérites ni les avantages, comme la trachéotomie dans le cas de cancer du larynx, la gastrostomie pour la sténose de l'œsophage, l'établissement d'un anus iliaque contre certaines tumeurs inopérables du rectum.

Après toutes ces opérations, le malade est toujours considérablement soulagé et destiné à vivre un temps variable, généralement assez court malheureusement; les douleurs et les vomissements cessent, en ce qui concerne la gastro-entérostomie, l'existence devient tolérable; souvent même l'opéré reprend de l'embonpoint et se croit guéri pendant quelque temps. C'est « la lune de miel des opérations palliatives », selon la belle expression de Verneuil.

Au point de vue de l'art chirurgical, la gastro-entérostomie réalise par conséquent un progrès évident. Si, au point de vue du résultat définitif, au point de vue du sort de celui qui a subi cette opération, le succès n'est malheureusement pas plus durable, c'est que le terrain sur lequel on travaille n'est pas susceptible de porter de meilleurs fruits. L'art n'en reste pas moins pur de toute atteinte; il ne sort pas moins grand de ces opérations purement palliatives qui sont bien faites pour inspirer le courage et qui viennent démontrer que si le chirurgien guérit quelquefois, il soulage très souvent et console toujours.

Le manuel opératoire que j'ai suivi n'a rien de spécial ni de bien difficile. La gastro-entérostomie est du reste une opération assez simple par elle-même; c'est une question de sutures soigneusement faites; c'est l'état local, les adhérences, l'étendue de la tumeur, ses connexions qui suscitent les difficultés parfois très grandes que l'on peut rencontrer. Ainsi, par exemple, dans ma première opération, j'ai été gêné par l'épiploon adhérent à la paroi abdominale, et j'ai dû le réséquer pour pouvoir passer; dans ma seconde intervention, ce sont les adhérences qui aggloméraient l'estomac, le côlon, l'épiploon, quelques anses de l'intestin, qui m'ont créé des difficultés; de même également, la recherche de la première partie du jéjunum n'a pas été facile.

Il y a peu de précautions pré-opératoires à observer, à part, bien entendu, toutes les minuties et les soins que l'on prend pour n'importe quelle opération abdominale. C'est, du reste, souvent d'urgence que l'on doit opérer; en raison de l'état du malade et du genre d'affection, il est difficile de prendre des soins préliminaires à l'opération. Une excellente précaution à prendre, c'est de vider l'intestin par de légers laxatifs et des lavements, car un ballonnement d'intestin même léger gêne singulièrement l'opération. Faut-il laver l'estomac avant d'intervenir? Les uns repoussent le lavage comme inutile et même dangereux; d'autres le considèrent comme une précaution indispensable. Pour ma part, j'estime que si le lavage est de quelque utilité, on peut cependant parfaitement s'en passer. Si le patient est docile et supporte bien la sonde, bien laver l'estomac à plusieurs reprises ne peut pas être nuisible; mais, si le malade est impatient, rétif, ne supporte pas le cathétérisme de l'œsophage, mieux vaut ne pas insister. Lors de ma première opération, je n'ai pratiqué aucun lavage préventif, parce que cela était très pénible pour ma malade; lors de ma seconde, au contraire, les lavages ont été nombreux, parce que cela était indifférent pour la patiente. Je n'attache donc pas grande importance à cette précaution préliminaire, tout en convenant que cette pratique paraît fort logique et qu'elle peut être très sage toutes les fois qu'elle est possible.

Arrivons maintenant à l'opération elle-même :

On a proposé plusieurs incisions : l'incision oblique, la verticale sur le bord externe du muscle droit du côté gauche, la verticale médiane, enfin la combinaison d'une incision transversale avec l'incision verticale médiane. L'incision médiane sus-ombilicale pure et simple m'a suffi pour mener à bien mes deux gastro-entérostomies et je pense que c'est à elle qu'il faut donner la préférence. Grâce à elle, on peut facilement et rapidement pratiquer l'exploration de l'estomac et du pylore ; elle donne tout le jour désirable et rarement il faut la compliquer par une incision transversale comme Lücke et Richter ont cru devoir le faire dans tous les cas. Cette incision doit partir de l'appendice xiphoïde et descendre vers le pubis dans une étendue variable selon les cas et les complications que l'on rencontre, selon les facilités que l'on éprouve pour attirer au dehors l'estomac et l'intestin. Lorsqu'on est gêné, il ne faut jamais hésiter ; on doit agrandir l'ouverture par en bas dans une étendue suffisante et dépasser même l'ombilic. N'oublions pas, en effet, que le point important est de pouvoir manœuvrer facilement, qu'il faut opérer à l'aise et voir ce que l'on fait.

Le ventre étant ouvert, on se livre rapidement à l'exploration des viscères abdominaux pour confirmer le diagnostic anatomique de l'affection et se rendre un compte sommaire des difficultés que l'on va avoir à surmonter. On a alors le choix entre l'ablation de la tumeur et une simple opération palliative : la gastro-entérostomie. L'ablation de la tumeur pylorique, si on veut faire une opération utile et efficace, bien entendu, est bien rarement indiquée et c'est presque toujours à l'anastomose gastro-intestinale qu'il faut avoir recours. Il s'agit dès lors de décider à quel genre d'opération il faut s'adresser? Sera-ce la gastro-duodénostomie ou la gastro-entérostomie que l'on va choisir? Et si c'est cette dernière que l'on pratique, est-ce la gastro-entérostomie antérieure ou la postérieure que l'on va exécuter?

Lors de ma première opération, j'ai cherché à pratiquer la gastro-duodénostomie, on comprend qu'à première vue c'est là l'opération de choix, mais j'ai bien vite reconnu qu'elle était et qu'elle devait être presque toujours impossible : la brièveté du duodénum, ses rapports anatomiques et les adhérences qui font bien souvent défaut, rendent bien difficile, sinon impossible, son contact avec l'estomac; en outre, la propagation presque inévitable du cancer pylorique est également un motif de rejeter cette opération.

C'est donc la gastro-entérostomie qu'il faudra pratiquer dans la grande majorité des cas. Trois procédés sont en présence et les avis sont très partagés relativement au choix qu'il faut faire. Nous avons tout d'abord la gastro-entérostomie antérieure qui consiste à fixer une anse du jéjunum à la paroi antérieure de l'estomac et, selon que l'anse intestinale anastomosée passe en avant ou en arrière du côlon, cette opération peut être anté-colique (procédé de Wœlfler) ou rétro-colique (procédé de von Bramann); en troisième lieu nous avons la gastro-entérostomie postérieure (procédé de von Hacker) qui consiste à anastomoser l'anse intestinale à la face postérieure de l'estomac.

C'est cette dernière opération que j'ai pratiquée; je la considère comme le procédé de choix, bien qu'elle soit notablement la plus difficile.

La gastro-entérostomie antérieure anté-colique est certainement la plus facile à pratiquer; elle est d'une simplicité extrême. On prend une anse d'intestin, la plus rapprochée possible de l'origine du jéjunum, mais cependant assez longue afin de ne pas comprimer le côlon et le grand épiploon, et on vient la fixer à la paroi antérieure de l'estomac. Malheureusement elle offre des inconvénients très sérieux; le côlon transverse peut être comprimé et la longueur de l'anse afférente est trop considérable (en moyenne de 40 à 50 centimètres), car il s'agit, je le répète, d'éviter les effets, les troubles développés par la compression du côlon. Il en résulte que le contenu stomacal peut pénétrer dans cette anse par le bout afférent, s'y accumuler, la distendre et déterminer de très sérieux accidents. En outre, ce procédé favorise, selon moi, le reflux de la bile dans l'estomac, ce qui est à craindre, puisque Billroth a perdu une de ses malades à la suite de cette complication.

On n'a pas à redouter autant ces accidents par les deux autres procédés, car l'anse intestinale afférente est ici très courte. La gastro-entérostomie antérieure rétro-colique consiste en effet à attirer une anse du jéjunum prise près de son origine à travers une ouverture pratiquée dans l'épiploon gastro-colique et le méso-côlon tout près de la grande courbure de l'estomac, de façon à pouvoir venir la fixer à la paroi antérieure de l'estomac. Dans la gastro-entérostomie postérieure, on se contente de faire passer cette anse à travers le méso-côlon pour la fixer à la paroi postérieure. L'anse du jéjunum comprise entre le duodénum et l'orifice afférent est donc beaucoup plus courte, puisqu'elle ne doit pas embarrasser le côlon et le grand épiploon; par conséquent la stagnation d'une grande quantité de matières alimentaires ou de bile est moins à redouter.

Mais il y a plus, le reflux de la bile dans l'estomac est plus facile lorsque l'on a pratiqué la gastro-entérostomie antérieure anté-colique. En prenant connaissance de presque toutes les observations d'anastomose gastro-intestinale qui ont été publiées dans ces derniers temps, j'ai constaté que c'est ordinairement dans les cas où l'on a exécuté ce procédé que l'on a observé le passage de la bile dans l'estomac. Ce reflux se produit assez rarement lorsqu'on a pratiqué la gastro-entérostomie postérieure. On peut du reste s'assurer de cette particularité en expérimentant sur le cadavre, on trouve que le liquide injecté dans le duodénum (par le canal cholédoque ou par une simple ouverture) arrive plus facilement dans l'estomac par la gastro entérostomie antérieure anté-colique. En examinant la disposition anatomique des parties anastomosées, on voit du reste que, la plupart du temps, la direction du liquide arrivant du duodénum vers l'estomac est presque perpendiculaire à la paroi antérieure de cet organe lorsqu'il s'agit de ce procédé, tandis qu'elle est oblique lorsqu'on a pratiqué l'anastomose à la paroi postérieure; de plus, la distension du côlon, en tendant plus ou moins l'anse anastomosée dans le premier cas, peut également favoriser l'arrivée des liquides dans la cavité stomacale.

J'estime donc que la gastro-entérostomie postérieure fournit une voie bien plus favorable à la circulation du contenu gastro-intestinal. Elle est par conséquent la meilleure et doit être le procédé de choix.

Quant à la gastro-entérostomie antérieure rétro-colique que je n'ai pas encore pratiquée expérimentalement, les inconvénients que je viens de signaler disparaissent en partie; la compression du côlon ou sa distension n'entrent plus en balance et je crois que la circulation du contenu intestinal y est également plus facile. A ces divers titres elle vaut peut-être la gastro-entérostomie postérieure, mais je ferai remarquer qu'elle exige pour son exécution l'ouverture de l'épiploon gastro-colique et du méso-côlon, tandis que le procédé de Von Acker ne demande que l'ouverture de ce dernier organe. Or, l'anastomose gastro-intestinale se pratique presque toujours alors qu'il existe de nombreuses adhérences souvent très vasculaires; parfois l'estomac et le côlon sont intimement réunis, et il est très difficile, impossible même, de se frayer un passage entre ces deux organes.

C'est donc la gastro-entérostomie postérieure qu'il faut choisir, lorsqu'on a le choix, bien entendu, et qu'elle est possible. Elle me paraît moins dangereuse pour le patient, quoique beaucoup plus difficile d'exécution pour le chirurgien. Je sais bien que, pour en diminuer les inconvénients, Lauenstein en Allemagne et Jaboulay en France ont proposé d'établir une fistule entre le bout afférent de l'anse jéjunale et n'importe quelle anse intestinale; mais c'est compliquer bien inutilement une opération qui est déjà bien délicate par elle-même; en outre, comme l'a fait remarquer Braun, si cette communication est établie avec la partie tout à fait inférieure de l'intestin, non loin du cæcum, le contenu stomacal ne sera plus soumis à la digestion intestinale, car il arrivera pour ainsi dire directement dans le gros intestin. Ce n'est donc que dans les cas où les adhérences rendent impossibles ou trop laborieux le relèvement de l'épiploon et le passage à travers le méso-côlon que j'aurais recours à la gastro-entérostomie antérieure anté-colique.

La recherche de l'origine du jéjunum n'est pas toujours facile; comme le prouve ma seconde opération, c'est là une manœuvre délicate. Il est cependant très utile de se rapprocher le plus possible du duodénum. Je sais bien que quelques chirurgiens considèrent cette question comme un détail et que Rockwitz, entre autres, conseille de prendre la première anse qui se présente sous la main; peu importe, d'après lui, la longueur de l'intestin soustraite à l'action du suc digestif. Il ajoute, du reste, que l'événement a montré qu'en agissant ainsi on ne s'éloigne guère du duodénum. En agissant d'une façon aussi imprudente, je pense au contraire qu'on s'exposerait souvent à ouvrir l'intestin près de la valvule iléo-cæcale. C'est ce qui est arrivé à Roux, de Lausanne, et c'est ce qui me serait arrivé si, lors de ma deuxième opération, je n'avais pas eu la précaution de dérouler l'intestin. Je suis ainsi, en effet, tombé rapidement sur le cæcum et j'ai pu m'assurer que j'en étais très rapproché. Au point de vue de la nutrition, cette pratique aurait certainement beaucoup d'inconvénients, sans compter les dangers de la stagnation des matières alimentaires et de leur putréfaction dans l'anse afférente. Il faut donc toujours se rapprocher de l'origine du jéjunum. Pour y arriver, il existe différents points de repère. Doyen dit que l'on peut reconnaître la première partie du jéjunum grâce à son émergence sous les vaisseaux mésentériques supérieurs; un bon procédé, c'est de chercher la troisième partie du duodénum, la suivre et descendre ainsi sur la première portion du jéjunum (Jaboulay). Le plus simple, me semble-t-il, est de saisir la première anse venue et de la dérouler rapidement; on a 50 0/0 de chances d'arriver directement sur l'origine du jéjunum; si on tombe sur le cæcum, on fait la même manœuvre en sens inverse et tout est dit. Il suffit de quelques secondes pour accomplir ce déroulement. Une fois en possession de cette anse, on déchire le méso-côlon après avoir relevé le côlon et l'épiploon et on abouche ainsi cette anse à l'intestin. Si les adhérences épiploïques gênent, on résèque l'épiploon pour pouvoir opérer à l'aise.

Arrive maintenant le temps le plus important, le plus délicat de l'opération: l'établissement de la boutonnière gastro-jéjunale et la suture de cette anastomose. Autant que possible, il faut opérer sur des éponges ou des compresses aseptiques qui devront séparer les organes à réunir du restant de la cavité abdominale. Les procédés de réunion et de suture sont très nombreux. Je crois que, tout en ne sacrifiant rien à la sécurité, il faut choisir le système de réunion le plus simple et le plus rapide, et c'est le double plan de sutures (séro-séreuse et muco-muqueuse) que je crois le meilleur, le plus rapide et le plus certain. Il suffit de lire mes deux observations pour savoir comment on les pratique. J'ai fait d'abord un demi-cercle de sutures postérieures séro-séreuses, c'est-à-dire ne comprenant que la séreuse et la musculeuse; puis j'ai ouvert l'estomac et l'intestin sur une étendue de plusieurs centimètres. J'ai ensuite suturé les bords de cette ouverture en réunissant les muqueuses (suture muco-muqueuse). Enfin j'ai complété le cercle de sutures séro-séreuses en établissant l'hémi-cercle antérieur de ces sutures et j'ai ainsi obtenu un accolement complet et une obturation parfaite par ces deux rangées de sutures qui ont été faites en soie de Chine n° 1 au moyen d'une fine aiguille de Reverdin.

D'autres sutures ont été préconisées, mais, comme je n'ai pas l'intention de faire une critique détaillée de ces procédés qui ont tous, du reste, un certain air de famille avec la suture que j'emploie, je n'en ferai que mention. D'autres moyens ont encore été proposés pour obtenir la réunion des ouvertures; ils consistent à introduire un tube d'os décalcifié dans l'orifice anastomotique ou à rapprocher les surfaces séreuses par des plaques d'os décalcifié ou des plaques de corne. Je n'ai pas encore expérimenté ces modes de réunion qui paraissent avoir donné de très beaux résultats à ceux qui les ont employés, et je ne puis, par conséquent, juger de leur valeur par ma propre expérience. Il en est de même de la gastro-entérostomie en deux temps proposée par Postnikow de Moscou, qui a décrit son nouveau procédé dans le *Centralblatt für Chirurgie* de décembre 1892. Disons que l'originalité de ce proposé consiste à ne pas inciser les muqueuses gastrique et intestinale, mais à les enserrer dans une ligature solide pour en amener la gangrène en quelques jours. Pendant le temps nécessaire à l'établissement de la communication intestinale qui se produit par la chute des parties ligaturées, les adhérences ont le le temps de s'établir et de devenir solides; de plus, on évite la chute possible des matières intestinales dans la cavité péritonéale. Ce procédé a été essayé sur les animaux seulement, et il est difficile de dire comment il se comporterait chez l'homme.

L'anastomose gastro-intestinale étant bien établie, on procède à un nettoyage sérieux du péritoine et on referme le ventre par les procédés que l'on connaît.

Quant au régime post-opératoire, on a vu que je me suis contenté les deux premiers jours de faire passer quelques lavements nutritifs et de ne permettre qu'un peu de glace. Je suis d'avis de nourrir assez tôt les opérés; ils sont presque toujours arrivés à un degré avancé d'inanition, et les lavements nutritifs sont fort insuffisants; d'un autre côté, la séreuse péritonéale adhère très rapidement et permet l'alimentation dès le lendemain ou le surlendemain de l'opération. Les dangers de cette alimentation hâtive sont illusoires, et il ne faut pas oublier que, la plupart du temps, les malades sont dans un état d'affaiblissement voisin de la cachexie et que la plupart des insuccès observés sont dus à cet affaiblissement, le chirurgien n'ayant pu intervenir en temps opportun.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à l'étude de l'origine centrale de la douleur et de l'hypéresthésie (Beitræge zur Lehre von central enstehenden Schmerzen und Hyperæsthesie), par Biernacki (*Deut. med. Woch.*, 28 décembre 1893, n° 52, p. 1372). — Les troubles de la sensibilité sont moins connus dans les maladies cérébrales que ceux de la motilité, et ce qu'on en savait se réduisait, dans ces dernières années, à la connaissance du carrefour sensitif de la partie postérieure de la capsule. L'auteur rapporte, en outre d'une observation personnelle, divers documents recueillis dans les auteurs d'où résulte que des lésions cérébrales sont susceptibles d'entraîner soit à la fois des douleurs spontanées, de l'anesthésie ou de l'hypéralgésie, soit des douleurs avec hypéralgésie, soit des douleurs isolées ou de l'hypéralgésie sans douleur. Dans l'observation relatée il s'agit d'une femme de 54 ans, souffrant de douleurs de la moitié droite du corps depuis quelques années et de convulsions de la main droite depuis un an. A l'examen on constate : conservation complète du tact dans tout le côté droit, existence d'une hypéralgésie intense du même côté, sens de la température indemne à part un peu d'hyperesthésie au froid, douleurs spontanées du côté droit. Les mouvements convulsifs du membre ont l'aspect de ceux de l'athétose. Il existe en même temps de la parésie hémiplégique. Pas de paralysie faciale, pupilles indemnes. La malade succomba à une pneumonie. A l'autopsie on constata une lacune apoplectique dans la partie moyenne de la couche optique au niveau du tiers postérieur de la partie postérieure de la capsule interne.

Sur l'érythromélalgie (Ueber Erythromelalgie), par Eulenburg (*Deut. med. Woch.*, 14 décembre 1893, n° 50, p. 1325). — Après avoir rappelé l'histoire de l'affection créée par Weir Mitchell en 1872, sous le nom d'érythromélalgie, à l'étude de laquelle l'auteur a lui-même contribué, Eulenburg rappelle que dès le début il a fait des réserves sur l'anatomie de cette affection qu'il avait tendance à concevoir comme représentant plutôt un symptôme complexe d'origine vraisemblablement centrale (intra médullaire). L'observation, poursuivie sur trois malades ayant présenté comme mode de début de leur maladie le syndrome érythromélalgique, lui ayant montré que ce syndrome n'avait pas tardé à se compliquer de désordres en rapport avec des affections centrales, a confirmé sa manière de voir. Comparant l'érythromélalgie avec l'asphyxie locale des extrémités de Raynaud, le syndrome de Morvan, le syndrome bulbo-médullaire de Ranvier, l'acropansthésie de Schultze, les troubles des extrémités observés dans l'atrophie musculaire progressive spinale, le tabes et la syringomyélie, il pense qu'il existe un groupe d'états morbides dont les signes portant sur la sensibilité, la vaso-motricité, la trophicité et la sécrétion, sont caractéristiques par leur localisation symétrique aux extrémités (supérieures, inférieures et toutes deux), et répondent à une localisation dans les parties postérieures et médiane de la substance grise de la moelle. A ce groupe ressortissent la forme clinique typique (cervicale) de la syringomyélie — connue sous le nom de maladie de Morvan, — le syndrome bulbo-médullaire de Grasset et Rauzier, la prétendue maladie de Raynaud, et enfin le complexus syndromique de Weir Mitchell, l'érythromélalgie.

Rapports entre la syphilis et la paralysie générale (The relation of syphilis to general paralysis), par P. Peterson (*Medical Record*, Q. XII, 1893, n° 1205, p. 741). — L'auteur reprend la discussion sur l'origine syphilitique de la paralysie générale et, se fondant sur la comparaison des statistiques, sur divers arguments déjà produits pour la plupart, il formule ces conclusions : La syphilis existe dans les antécédents dans 60 à 70 0/0 des cas de paralysie générale. Toutefois, dans 30 à 40 0/0 des cas, il est impossible de trouver trace de syphilis acquise ou héréditaire. Les antécédents syphilitiques sont plus fréquents dans les cas de paralysie générale que dans ceux d'aliénation. La syphilis est donc un facteur fréquent mais non constant. La démence paralytique n'est ni une forme de maladie spécifique, ni une manifestation

syphilitique, ni le résultat d'un empoisonnement d'origine syphilitique. La syphilis ne paraît intervenir que par les processus de dénutrition et d'hémopragie qu'elle détermine; elle favorise ainsi l'action du cancer, de la paralysie générale (hérédité, alcoolisme, excès vénériens, surmenage cérébral).

Spasme de la glotte suivi d'inconscience avec assoupissement prolongé (A case of complete glottic spasm in an adult followed by inconscienciousness and prolonged drowsiness), par P. Porcher (*The New-York medical journal*, 23 décembre 1893, n° 786, p. 759). — C'est un accident qui paraît se rapporter au vertige laryngé que relate l'auteur. Une femme de 42 ans offre, le lendemain d'une cautérisation des amygdales à la suite de l'ingestion d'une tasse de café noir, un accès d'inconscience qui laisse à sa suite un état d'assoupissement se prolongeant pendant plusieurs semaines.

Sur une forme circulaire de la neurasthénie, par Sollier (*Revue de médecine*, 10 déc. 1893, n° 12, p. 1009). — L'auteur distingue une forme de la neurasthénie particulière quant à son évolution, forme intermédiaire entre l'aiguë et la chronique, pour laquelle il propose l'épithète de circulaire, en raison des analogies qu'elle présente avec la folie circulaire. Elle est caractérisée par la succession de périodes de dépression dans lesquelles les malades sont apathiques, incapables de travailler, et de périodes d'excitation où ils déploient une grande activité. Ces accès sont irréguliers comme durée et comme intensité, mais l'alternance persiste, et le pronostic en est grave, car l'affection a peu de tendances à guérir, et la thérapeutique est inefficace.

Démence paralytique chez les nègres (Dementia paralytica in the negro), par H. J. Berkley (*The Johns Hopkins hospital,* octobre 1893, p. 91). — L'auteur fait valoir diverses considérations, desquelles il résulte que la civilisation est une cause efficiente chez les nègres pour la dégénération mentale. Le rapport de la commission de l'Etat de Maryland pour 1892 donne un total de 278 nègres dans les asiles (130 hommes, 148 femmes). Le recensement de la même année donne une population nègre totale de 215,897 (105,885 hommes et 110,011 femmes). La population de nègres fous, par rapport à la population nègre entière, est donc de 1 pour 776. Cette proportion est considérablement moindre que pour la population blanche où ce rapport atteint 1 pour 425, avec majorité pour les sujets d'origine étrangère et germanique en particulier. L'aliénation offre, chez les nègres, les mêmes formes que, dans la race blanche, les formes diverses de la manie et de la mélancolie, la folie épileptique, la paranoia, etc. Néanmoins, la paralysie générale serait chez eux tout à fait rare. De juillet 1890 à août 1892, cinq cas — dont deux furent autopsiés, — s'en sont présentés à l'asile. En se basant sur les documents recueillis dans les auteurs, et en se fondant sur ses propres observations, l'auteur étudie les quelques particularités qui se produisent chez les nègres paralytiques, et insiste, en particulier, sur la marche extrêmement rapide qu'affecte la maladie chez eux.

Recherches anatomiques sur les artères cérébrales, par Bisçons (*Nouveau Montpellier médical,* 16 déc. 1893, n° 50, p. 985). — La question est de savoir si les territoires artériels de l'écorce ne communiquent pas entre eux, selon l'opinion de Duret, ou si, au contraire, ils sont reliés par des anastomoses, selon l'avis de Heubner. Selon l'auteur, cette dernière manière de voir seule est fondée, et il existe des anastomoses entre les artères de la pie-mère, démontrées par les injections. Ces anastomoses se font, soit directement par les artérioles, soit par des réseaux. Les artères s'anastomosent donc dans la pie-mère, mais, au delà, leurs branches paraissent complètement indépendantes: néanmoins, l'existence de ces anastomoses ne suffit pas toujours à rétablir la circulation interrompue, soit en raison d'un état normal de ces vaisseaux, soit par suite de phénomènes d'excitation réflexe mal connus.

MÉDECINE

Pemphigus puerpéral et pemphigus des nouveau-nés (Ueber Pemphigus puerperalis und Pemphigus neonatorum), par Staub (*Berlin. klin. Woch.*, 1893, n° 49, p. 1194). — Il s'agit d'une jeune primipare, infectée par la sage-femme et chez laquelle se développa après l'accouchement une septico-pyohémie classique avec suppuration et abcès multiples dont elle guérit, du reste, au bout de plusieurs semaines. Pendant le cours de la pyohémie, elle présenta à un moment une éruption de pemphigus généralisé. Le nouveau-né, autrement bien portant, fut pris également vers la même époque d'une éruption de pemphigus dont il guérit comme sa mère.

De ce cas et de deux autres où le pemphigus du nouveau-né coïncidait avec une affection puerpérale de la mère, l'auteur conclut, en se basant encore sur les cas publiés jusqu'à présent, que le pemphigus des nouveau-nés non syphilitiques est presque toujours d'orifice infectieuse.

Métrorrhagie dans le scorbut (Uterusblutung bei Skorbut), par Goldberg (*Centr. f. Gyn.*, 1893, n° 50, p. 1165). — Il s'agit d'une femme de 21 ans qui, quinze jours après ses dernières règles, fut prise d'hémorrhagies continues qui duraient depuis trois semaines. L'auteur pensa à un avortement et pratiqua sur-le-champ le curettage. Il ne retira pourtant que des caillots, et à ce moment seulement il s'aperçut que la malade était couverte de taches de purpura. Tamponnement du vagin et de l'utérus; traitement tonique général; guérison.

De l'antisepsie des voies biliaires dans le traitement de la colique hépatique et de la lithiase biliaire, par Cassaet et Cornet (*Arch. clin. de Bordeaux,* 1893, n° 9, p. 445). — Les auteurs publient deux observations de lithiase biliaire chez des femmes de 52 et 70 ans traitées l'une par le salicylate de soude, l'autre par le sublimé, les deux antiseptiques étant dirigés contre les phénomènes d'infection du côté des voies biliaires.

Dans le premier cas tous les accidents de rétention biliaire ont cédé à l'action du salicylate combinée à celle de l'huile d'olive à haute dose, par l'élimination d'un calcul extrêmement volumineux. Dans le second cas, les mêmes accidents ont disparu par l'emploi du sublimé. Dans les deux il y eut en même temps cessation rapide de tous les accidents infectieux auxquels avait donné lieu la migration de ces calculs.

Un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë combinées, par Sarda et Villard (*Nouv. Montp. méd.*, 1893, n° 43, p. 845). — Il s'agit d'un homme de 30 ans, à antécédents tuberculeux, qui entre à l'hôpital avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde et chez lequel à l'examen on trouve une tuberculose manifeste des deux sommets. On fait le diagnostic non pas de typho-bacillose (Landouzy), mais d'infection combinée par le bacille d'Eberth et celui de Koch, en se basant sur la présence de taches rosées, la persistance des lésions tuberculeuses des sommets et le tableau clinique classique de la fièvre typhoïde. Pendant 12 jours c'est en effet la fièvre typhoïde qui occupe le premier plan, mais à partir du treizième jour, après l'apparition d'attaques convulsives, la tuberculose paraît effacer la dothiénentérie, et le malade succombe au 17ᵉ jour avec des phénomènes de méningite.

A l'autopsie on trouva d'une part une tuberculose aiguë évidente d'après les localisations pulmonaires, péritonéales, intestinales et méningées, et d'autre part une fièvre typhoïde probable d'après les lésions des plaques de Peyer, des ganglions mésentériques de la rate, etc., confirmée par les recherches bactériologiques (ensemencement de la rate) qui montrèrent la présence de bacilles d'Eberth.

Gastrite syphilitique gommeuse (Zur Kenntniss der gummœsen Magensyphilis), par Bittner (*Prag. med. Woch.*, 1893, n° 48, p. 581). — L'auteur publie trois cas de gomme de l'estomac chez deux nouveau-nés morts peu de temps après leur naissance, et un fœtus macéré de 6 mois, tous les trois syphilitiques héréditaires patents.

Dans les trois cas, la muqueuse ou plutôt la sous-muqueuse gastrique était parsemée de foyers d'infiltration de diverses dimensions, dont la structure était celle des gommes syphilitiques. Quelques-unes de ces gommes étaient même ulcérées. Les autres organes présentaient aussi les lésions classiques de la syphilis héréditaire.

Natro-sulfate de caféine; un nouveau diurétique (Coffeinsulfosæure, ein neues Diureticum), par Heinz et Liebrecht (*Berl. klin. Woch.*, 1893, n° 436, p. 1059). — Les auteurs, qui ont fait des expériences nombreuses sur des ani-

maux et l'homme avec une nouvelle combinaison de la caféine, le natro-sulfate de caféine, ont trouvé que ce sel agit comme diurétique de premier ordre et directement sur les reins sans exercer la moindre action sur le cœur ou la tension vasculaire. Il n'est pas irritant pour l'estomac et, à la dose de 2 à 4 grammes, fait tripler la quantité d'urine avec la même quantité de boisson.

CHIRURGIE

Déchirures du cordon pendant l'accouchement (Beitrag zur Casuistik der Nabelschnurverletzungen unter der Geburt), par Westphalen (*Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd XLV, p. 94). — L'auteur publie deux observations de déchirures du cordon survenues dans les conditions suivantes :

Dans le premier cas, il s'agit de la déchirure de l'artère ombilicale près de son insertion placentaire, survenue au commencement de la période d'expulsion, les membranes étant encore intactes.

Dans le second cas, il s'agit d'un hématome du cordon de 4,2 centim. de longueur sur 2,2 centim. d'épaisseur et 5 à 6 de circonférence. L'origine de l'hématome devait être attribuée à une déchirure de la veine ombilicale pendant l'accouchement.

Atrophie des muscles de l'épaule après un traumatisme de la tête (Acute Muskelatrophie der Schulter nach Trauma der Schædels), par Idzinski (*Wien. med. Presse*, 1893, n° 52). — Il s'agit d'un homme de 24 ans qui reçoit un coup de bâton sur la tête. Il arrive avec une plaie du cuir chevelu au niveau du pariétal droit. La plaie guérit rapidement et sans complications en l'espace de quinze jours, mais en sortant de l'hôpital le malade constate qu'il ne peut plus se servir aussi bien qu'auparavant de son bras gauche. Il retourna à l'hôpital un mois plus tard, et là on trouva une atrophie du deltoïde, du biceps, des sus et sous-épineux.

Comme l'examen très complet du malade montra qu'il n'y avait chez lui aucune affection nerveuse ni myopathique, l'auteur attribue l'atrophie musculaire au traumatisme de la tête, et cette interprétation lui semble d'autant plus juste que la plaie du cuir chevelu se trouvait au niveau de la région motrice du cerveau.

Anastomose urétéro-urétérale (Uretero-ureteral Anastomosis; Uretero-ureterostomy), par Kelly (*Bull. of the Johns Hopkin's Hosp.*, 1893, t. IV, n° 34, p. 89). — Dans un cas d'hystéromyectomie chez une femme de 25 ans, l'auteur sectionna par mégarde l'uretère qu'il avait pris pour une veine. Il termina l'opération et fit ensuite l'anastomose des deux bouts de l'uretère sectionné en suturant le bout supérieur à une incision longitudinale du bout inférieur préalablement fermé à son extrémité sectionnée. Il fit en somme une urétéro-urétérostomie latérale. La femme guérit sans présenter de troubles du côté de la vessie ou des reins.

Le docteur Bloodgood refit peu de temps après la même opération avec succès chez le chien. L'examen des reins et de l'uretère de l'animal sacrifié au bout de quelque temps montra que le bout supérieur de l'uretère s'ouvrait à 1 centim. au-dessous de la ligature du bout inférieur. Les deux reins étaient normaux.

Ostéomyélite aiguë (Ueber acute Osteomyelitis), par Muller (*Münch. med. Woch.*, 1893, nos 47, 48). — Après une étude très complète de la question, étude dans laquelle on trouve l'exposé des différentes formes d'ostéomyélite au point de vue clinique et bactériologique, l'auteur publie une observation d'ostéomyélite à staphylocoques ayant revêtu la forme septico-hémorrhagique.

Il s'agit d'un garçon de 4 ans qui, quatre jours après une piqûre au pied, est pris de frisson, de fièvre et de douleurs dans le membre inférieur droit. Il arrive à la clinique avec tous les symptômes d'une ostéomyélite étendue du tibia qu'on fend dans toute la longueur de la diaphyse. Le lendemain et les jours suivants, nouveaux foyers dans l'épiphyse inférieure de l'articulation tibio-tarsienne, dans les orteils et les doigts. Malgré l'ouverture successive de tous les foyers, l'enfant succombe environ quinze jours après son entrée.

Le sang examiné pendant la vie ne contenait pas de staphylocoques.

Un cas d'immunisation contre le tétanos (Ueber die Immunisirung eines Menschen gegen Tetanus), par Buschke (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 50). — M. Buschke était en train de faire une injection de sérum anti-tétanique à une souris inoculée au même endroit avec des cultures virulentes, lorsqu'en retirant la seringue, il se fit une piqûre au doigt. Il incisa immédiatement la plaie, la laissa saigner abondamment, puis, une demi-heure après, se fit au niveau de la plaie une injection interstitielle de 2 cm. c. de sublimé à 1 0/00. Cinq jours après il reçut du sérum anti-tétanique de cheval envoyé par Behring et se fit sous la peau de la cuisse une injection de 5 cm. c. Les premiers jours, aucun phénomène morbide; mais juste au bout de huit jours, il est pris de douleurs rhumatismales musculaires dans tout le corps, avec éruption ortiée, adénite inguinale, fièvre de 39° et état général grave. Cela dure 24 heures et disparaît progressivement en deux ou trois jours.

En analysant sa propre observation, Buschke arrive à conclure que tous ces phénomènes étaient provoqués par le sérum antitétanique et qu'il a eu comme une attaque de tétanos très accentué.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale, par Michel Peter, t. III, 1 vol. in-8° de 883 pages. Paris, 1893, Asselin et Houzeau, éditeurs. Prix : 15 fr.

Le tome troisième des Leçons du professeur Peter n'a paru qu'après la mort de son auteur. Ce n'est cependant pas une œuvre posthume, au sens habituel du mot, car depuis longtemps le clinicien de Necker en avait réuni les matériaux et en avait arrêté la forme. C'est donc lui encore qui parle dans ce volume, dernière œuvre de sa plume si personnelle, vingt ans après la publication du premier volume de l'ouvrage.

C'est bien en parcourant successivement le premier et le troisième volume de ces Leçons qu'on s'aperçoit que les temps sont changés. La clinique est toujours la base commune, le point de départ des digressions pathologiques et pathogéniques; mais tandis que dans le premier volume la pathogénie anatomique, instrumentale exerce la puissante dialectique de l'auteur, dans le troisième la bactériologie en est l'objectif à peu près constant.

Après une leçon sur les doctrines médicales contemporaines, dans laquelle Peter résume avec infiniment d'art les évolutions médicales de ce siècle, il s'attaque aux doctrines microbiennes, en premier lieu à la méthode d'inoculation antirabique de Pasteur, à la spécificité des microbes; à propos de la spontanéité morbide, de la fatigue et du surmenage, il veut prouver que l'organisme engendre certaines des maladies considérées comme infectieuses, typhus, parfois fièvre typhoïde, etc. Les chapitres sur la grippe, la diphthérie, le choléra, la scrofule sont émaillés d'aperçus sur la microbiologie de ces affections, dans le sens que l'on suppose sans peine : les doctrines microbiennes sont stériles, pleines de contradictions et d'inconséquences, l'organisme peut engendrer des microbes, c'est ainsi que le bacille de la tuberculose peut être engendré par des produits morbides qui ne le renferment pas.

Ces critiques portent le coin de l'esprit ingénieux, mais quelque peu paradoxal, qu'était le professeur Peter : alertes, incisives, elles frappent vivement, touchent au point faible des doctrines, mais dépassent souvent le but. Leur lecture suscitera bien des réflexions aux médecins adonnés uniquement à l'étude de la bactériologie, et quelques coups droits portés aux doctrines actuelles seront, ainsi qu'il est arrivé dans des circonstances mémorables, le point de départ de travaux dont les conclusions fermes et définitives feront sans aucun doute éclater avec plus d'évidence la vérité des doctrines parasitaires. D'autres y trouveront la confirmation de leurs propres doutes. Mais il y a dans ces Leçons trop de raisonnements qui frisent le sophisme pour que leur lecture puisse être abordée avec fruit sans une connaissance suffisante des doctrines microbiennes et de leurs méthodes, et pour que le lecteur puisse, sans en faire lui-même la critique, en adopter toutes les conclusions.

Cette polémique sur les théories parasitaires n'occupe pas tout le volume; elle est intercalée dans certaines leçons, au milieu d'aperçus cliniques de haute valeur; des leçons sur le goître exophthalmique, sur la glycosurie, sur la fièvre

puerpérale, sur la séméiotique des affections cardiaques, sur la révulsion, sujet de prédilection pour l'auteur, etc., complètent ce volume; ainsi se termine la série des Leçons du professeur Peter, œuvre très personnelle et très remarquée qui occupe une place à part dans la littérature médicale contemporaine.

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Complications articulaires de la diphthérie, par Charles Bernardbeig.

Les complications articulaires de la diphthérie sont des complications rares. Elles ont une symptomatologie propre, qui permet de les distinguer du rhumatisme articulaire aigu. Comme les autres arthropathies des maladies infectieuses, on peut les diviser en arthrites purulentes et en arthropathies non suppurées. Parmi celles-ci nous avons vu que la prédominance de certains caractères cliniques nous permet d'en décrire trois formes : l'arthralgie, l'arthrite séreuse, la périarthrite.

Au point de vue pathologique, les arthrites purulentes de la diphthérie sont aujourd'hui bien connues: elles relèvent de l'infection secondaire, et dans tous les cas que nous avons vus, excepté dans un seul où il y avait association de deux microbes, elles ont été produites par le streptocoque. Nous ne pouvons pas être aussi affirmatif pour l'étiologie des arthrites non suppurées, mais dans ces cas, l'absence de microbes dans le liquide articulaire, l'apparition tardive de ces arthrites, c'est-à-dire à un moment où les toxines ont eu le temps de se former et d'envahir l'organisme — la coïncidence assez fréquente des paralysies avec l'apparition de ces complications articulaires — l'inflammation de la séreuse pleurale chez le cobaye à la suite des injections de toxines nous ont obligé à nous demander si celles-ci n'agissaient pas aussi sur les séreuses articulaires et ne produisaient pas les désordres que nous avons constatés.

Contribution a l'étude de l'hyperthermie centrale consécutive aux lésions de l'axe cérébro-spinal, en particulier du cerveau, par le Dr Jean-Félix Guyon.

Les enseignements de la clinique et ceux de la physiologie s'accordent à montrer que les lésions mécaniques de l'axe cérébro-spinal sont très souvent suivies d'une modification de la température centrale. En examinant les différents faits sur lesquels repose cette donnée, on est amené à reconnaître, entre la lésion et le symptôme, un rapport direct de cause à effet. Chez l'homme, comme chez l'animal, le trouble de la régulation thermique apparaît comme la conséquence d'une perturbation plus ou moins profonde des centres nerveux, pouvant produire l'hyperthermie au même titre que l'hypothermie, c'est-à-dire par action immédiate, sans l'intervention de causes adjuvantes (telles que l'infection).

Cliniquement, la modification thermique n'est presque jamais un phénomène isolé. Elle n'est, le plus souvent, qu'une des multiples manifestations qui traduisent la perturbation nerveuse et qui constituent, chez l'homme, l'état apoplectique ou apoplectiforme. Un certain nombre d'observations démontrent, dans les cas de lésions traumatiques en particulier, qu'il y a parfois élévation de température en l'absence de tout symptôme comateux. Ce que les faits cliniques, presque toujours complexes, ne présentent que d'une façon exceptionnelle, l'expérimentation, plus simple dans ses procédés, le réalise d'une façon régulière. D'ordinaire, en effet, le seul signe appréciable de certaines piqûres du cerveau, chez l'animal, est une élévation de la température centrale.

Ce résultat, que les physiologistes contemporains ont mis hors de doute, a conduit plusieurs d'entre eux, non seulement à attribuer au cerveau le rôle principal dans la régulation thermique, mais encore à y décrire des centres spéciaux chargés d'exciter ou de modérer les divers processus qui, dans l'intimité des tissus, aboutissent à la production de chaleur. Sans vouloir discuter la légitimité de l'hypothèse, nous pensons, après examen des documents cliniques publiés et contrôle des recherches expérimentales entreprises, que l'existence de centres thermiques intra-cérébraux n'est pas encore établie sur des preuves incontestables.

VARIÉTÉS

Un lion sur la table d'opération. — Ce n'est point chose commune que de voir un lion sur une table d'opération. Le cas même serait sans précédent, si nous en croyons le docteur Busener, chirurgien en chef de l'école vétérinaire de New-York, qui se montre très fier d'avoir « opéré » le premier sur ce genre de patients aussi peu ordinaires que peu commodes.

Il faut remonter, en effet, aux légendes antiques pour trouver un homme, Androclès, qui tira complaisamment une épine de la patte d'un lion, lequel s'en montra plus tard reconnaissant en se refusant généreusement, dans les arènes de Rome, à dévorer son ancien bienfaiteur qu'il avait reconnu.

Néron est un des quatre lions qui daignent déposer leur royauté animale aux pieds d'une jolie dompteuse de New-York, Mlle Pauline Nana. Bien qu'âgé seulement d'un an et quatre mois, ce lion, qui, paraît-il, est d'un tempérament batailleur, en vint aux pattes, récemment, avec un de ses compagnons et, dans la lutte, il reçut une terrible morsure dans la cuisse droite.

Au bout d'un mois, la blessure paraissait en bonne voie de guérison, lorsque survint une nouvelle bataille dans laquelle Néron pensa voir cette fois sa cuisse disparaître dans la gueule d'un adversaire auquel les gardiens ne purent faire lâcher prise que grâce à maints coups de barre de fer.

Depuis lors, Néron était invalide et Mlle Pauline Nana au désespoir. Tous les vétérinaires consultés ne jugeaient pas qu'il pût y avoir d'opération plus sûre, pour le lion et surtout pour eux, que de tuer l'animal, lorsque la dompteuse et la bête eurent le bonheur de rencontrer un sauveur dans la personne du docteur Busener.

Néron fut donc amené, le 29 décembre, à l'école vétérinaire de New-York dans une cage qui était de niveau avec la table d'opération autour de laquelle se trouvaient réunies vingt-cinq personnes, vétérinaires, étudiants, journalistes et aides. La dompteuse ouvrit la porte de la cage, se préparant à recevoir Néron avec un nœud coulant, mais celui-ci, à peine sorti, sauta à terre et commença à courir tout effaré autour de la salle, non sans produire un sauve-qui-peut général dans l'assistance qui disparut en un clin d'œil par toutes les issues.

Mlle Nana ayant réussi à faire réintégrer la cage par l'animal, celui-ci en fut tiré avec plus de précautions que la première fois. Prestement et solidement ligoté avec des chaînes et des cordes, le roi des animaux se débattait à tout rompre et poussait des rugissements de protestation qui amassèrent la foule à la porte de l'Ecole.

Le docteur Busener dut anesthésier le sujet et fit au lion une injection hypodermique de quatre grains de morphine qui le rendirent aussi traitable qu'un agneau. L'opérateur diagnostiqua alors une fracture partielle de l'os de la cuisse; mais, grâce à l'âge peu avancé de Néron et à son état général excellent, il jugea qu'il était possible de lui rendre l'usage de sa patte. Cette constatation faite, ce membre fut tondu, puis tiré pendant une demi-heure; après quoi on lui appliqua un bandage. A la fin de l'opération, la morphine ayant cessé d'agir, Néron était revenu à ses mauvais sentiments, rugissait et se démenait terriblement.

Aussi ce fut une terrible besogne que de le faire rentrer dans sa cage. Tandis que l'avant-corps restait solidement attaché à la table d'opération, trois hommes, attelés à une corde nouée à sa patte de derrière qui n'était point blessée, l'attiraient dans la cage qui avait été avancée et dont bientôt le terrible patient redevint l'occupant.

L'opération a, paraît-il, parfaitement réussi et sans accident. Il ne reste plus maintenant au docteur Busener que d'éprouver la reconnaissance du « sujet » en accompagnant miss Nana dans la cage de Néron.

(*Le Petit Temps.*)

L'emploi de la malléine. — Sur la proposition du comité technique de la cavalerie, et en raison des résultats contradictoires qu'ont fait ressortir différents rapports d'autopsie de chevaux à la suite d'inoculations de malléine pratiquées par application de la note ministérielle du 29 janvier 1893, le ministre a décidé que les vétérinaires chefs de service ne doivent employer la malléine qu'avec la plus grande prudence, jusqu'à ce que l'on soit fixé d'une manière plus certaine sur l'efficacité de cette substance. Il rappelle, en outre, qu'aucun abatage ne doit avoir lieu sur une simple indication donnée par la malléine, mais seulement après avoir épuisé les moyens de contrôle et les délais d'observation prescrits par l'instruction précitée.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 9 février 1894.

De la spécialisation des services hospitaliers.

De tous côtés, depuis quelques semaines, à la Faculté aussi bien que dans les conseils de l'Assistance publique, il est de nouveau question de spécialiser certains services. On parle de créer une agrégation nouvelle pour la dermatologie et la syphiligraphie ; on demande que les services de l'hôpital Saint-Louis soient réservés à ceux des médecins des hôpitaux qui auront prouvé, par leurs travaux personnels, qu'ils sont résolus à consacrer leur activité scientifique à l'enseignement et aux progrès de la dermatologie. On va plus loin. Frappé de l'infériorité, au moins officiellement apparente, de l'enseignement français comparé à ceux de Vienne ou de Berlin, on réclame la création de chaires nouvelles qui rehausseraient la situation des médecins chargés de l'enseignement dermatologique.

Le moment est donc venu de dire une fois de plus ce qu'il convient de penser des spécialisations professionnelles.

A maintes reprises déjà la *Gazette hebdomadaire* a exprimé son avis à ce sujet. Il y a quatre ans, lorsque est venue devant la *Société des hôpitaux* la question des assistants et de la réorganisation des services de médecine, elle a nettement affirmé la nécessité de la spécialisation des services de l'hôpital Saint-Louis. Sans avoir à reproduire tous les arguments développés alors par mon collaborateur Broca, je voudrais, pour prouver une fois de plus l'opportunité d'une réforme qui s'imposera un jour ou l'autre, bien poser une question qu'obscurcissent toujours des objections tirées de droits acquis, de hiérarchie professionnelle ou de sentiment.

Une première réflexion s'impose. Les progrès incessants de la médecine ; la révolution qu'ont provoquée la microbiologie et ses applications à la clinique ; la nécessité pour tous les médecins chargés d'un enseignement de se tenir au courant des recherches de laboratoire rendent nécessaire, à partir d'un certain âge, la spécialisation professionnelle. S'il est vrai qu'un professeur de clinique générale, soit à la Faculté, soit dans un hôpital qui reçoit des élèves, puisse, avec beaucoup d'efforts, rester toujours à la hauteur de la tâche qu'il a assumée, il est évident que, dans les hôpitaux spéciaux, un long et sérieux apprentissage est nécessaire à ceux qui prétendent, par leurs leçons publiques, maintenir la renommée de l'École française.

Jadis, en effet, pour ne citer que ce qui doit se passer à l'hôpital Saint-Louis, la thérapeutique dermatologique était tout interne ; aujourd'hui presque tous ses moyens d'action sont empruntés à la petite chirurgie. Le diagnostic topographique ou externe des maladies cutanées reste difficile à acquérir ; leur traitement est devenu de plus en plus complexe. Il en résulte que plusieurs mois, sinon plusieurs années, d'études pratiques sont nécessaires à celui qui veut se tenir à la hauteur de la mission qu'il a acceptée. Aussi trouve-t-on difficilement, au moment des vacances, parmi les médecins du Bureau central, des remplaçants pour les services de Saint-Louis ; aussi a-t-on vu en 1890 l'un d'eux se déclarer publiquement incompétent et refuser de continuer des fonctions qu'il se jugeait incapable de bien remplir.

Et cependant, M. E. Besnier le faisait déjà remarquer en 1881 (1), « avec notre organisation surannée, le médecin que le hasard (le hasard seul, qu'on veuille bien ne pas l'oublier) des mutations hospitalières amène à l'hôpital Saint-Louis, a déjà atteint la quarantième année ; souvent il n'y parvient que beaucoup plus âgé. Jusque-là il a exercé, enseigné même souvent la médecine générale ; mais il peut n'avoir jamais étudié particulièrement la dermatologie ou n'avoir prouvé aucune aptitude pour l'enseignement ; rien, absolument rien, n'est exigé de lui à cet égard. A l'âge auquel le médecin français arrive à Saint-Louis, le médecin qui pratique ou qui exerce la dermatologie à l'hôpital général de Vienne vit depuis de longues années dans cet établissement. Dès longtemps rompu à l'étude de l'histologie générale et spéciale ainsi qu'à l'étude de la dermatologie, ainsi qu'à son enseigne-

(1) Introduction de la première édition du livre de Hebra et Kaposi traduit avec notes et additions par E. Besnier et Doyon.

ment, il a déjà acquis, en son pays et à l'étranger, une haute et solide notoriété de dermatologiste basée sur des travaux originaux bien connus. » En vain objecterait-on au plaidoyer si convaincant de l'un des maîtres les plus éminents de l'Ecole française, la nécessité de maintenir intacts les privilèges et les traditions d'une corporation qui doit à son recrutement plus encore qu'à l'honnêteté avec laquelle on obéit à ses statuts la juste considération dont jouissent ses membres.

Les arguments de cet ordre pourraient être maintenus s'il s'agissait, comme on le propose pour la Faculté, de créer un concours spécial ouvrant à de jeunes médecins pris en dehors du Bureau central la porte des services spécialisés. Mais jamais pareille prétention n'a été émise par l'administration de l'Assistance publique. Il ne nous appartient pas d'ailleurs de préjuger ses décisions ni de préciser un projet qui n'est encore qu'à l'état d'ébauche. Supposons seulement que, pour donner satisfaction aux vœux maintes fois exprimés par des médecins autorisés dont nous ne voulons que traduire avec impartialité les légitimes espérances, l'administration nomme une commission chargée de modifier les règlements du corps médical des hôpitaux, ne pourrait-on soumettre à cette commission le projet suivant :

Rien ne sera changé aux conditions actuelles du concours pour le Bureau central. Tous les médecins nommés à ce concours seront astreints pendant 3 ou 4 années consécutives à toutes les obligations qu'imposent les règlements actuellement en vigueur; mais ils seront autorisés, s'ils le désirent, à remplir le rôle d'assistant dans les hôpitaux spécialisés, c'est-à-dire consacrés aux maladies des enfants, aux maladies du système nerveux, aux maladies cutanées et syphilitiques, etc., ou dans les services spécialisés (laryngologie, otologie, etc.) de certains hôpitaux. Appelés successivement, par les chefs de service de ces hôpitaux, à les assister durant l'année, à les suppléer pendant les vacances, ils se perfectionneront peu à peu dans l'exercice de la spécialité qu'ils auront choisie. A l'expiration de leur stage au Bureau central, ils seront inscrits sur la liste des candidats aux places devenues vacantes dans les services spécialisés et appelés, par ordre d'ancienneté sur chacune de ces listes, à remplir ces vacances.

Si l'on réfléchit que l'on n'arrive guère qu'à 35 ans en moyenne au Bureau central et que c'est vers l'âge de 40 ans que l'on peut ambitionner une place de titulaire dans un service hospitalier, on conviendra que les médecins qui, à cet âge, n'auront pas su reconnaître quelle est leur vocation seront peu autorisés à protester plus tard en invoquant leurs droits antérieurs.

Répétons d'ailleurs qu'il ne nous appartient pas de rédiger ici un programme quelconque. Notre seul but est d'insister sur la nécessité de profiter des intentions manifestées par l'administration de l'Assistance publique pour obtenir enfin que l'hôpital Saint-Louis, qui n'a cessé, comme l'a dit M. E. Besnier, d'être le plus vaste, le plus merveilleux champ d'études dermatologiques qui existe dans le monde entier, devienne, grâce à une réforme bien facile à accomplir, un centre d'enseignement et d'études digne des efforts tentés depuis tant d'années par ceux qui ont élevé à un niveau si élevé le renom de l'Ecole française.

Le service militaire des étudiants en médecine.

Dans sa dernière séance, la Commission de l'armée, récemment nommée par le Sénat, a abordé la discussion du projet Cornil sur le service militaire des étudiants en médecine. Appelé à donner son avis sur ce projet de loi, M. le ministre de la guerre a réédité les arguments de ses prédécesseurs. « Le nombre des jeunes gens appelés chaque année à faire partie de la classe est trop faible, a-t-il dit; dès mon arrivée au ministère, j'ai été péniblement frappé de son insuffisance. Pour accroître nos contingents, il faut réduire les dépenses et, par conséquent, restreindre les catégories privilégiées. » On sait depuis longtemps que ce premier argument pèche par la base. L'incorporation des étudiants en médecine *ne donnera pas un fusil de plus à l'armée active*, puisque, *le jour de la mobilisation*, tous ces étudiants seront versés dans le corps de santé. C'est ce que M. Cornil a répondu au ministre.

« L'adoption de la proposition Cornil, a dit encore M. le général Mercier, serait très onéreuse pour le budget de la guerre. Les docteurs en médecine appelés à servir à l'âge de 26 ans ne pourraient être incorporés comme soldats. Il faudra leur donner le grade d'aide-major. D'où une dépense annuelle de 18,000 fr. » Encore une erreur matérielle!

Si quelques-uns de nos confrères ont réclamé pour les étudiants en médecine des privilèges incompatibles avec l'organisation actuelle de l'armée, le projet Cornil ne propose rien de semblable. Appelés à servir à l'âge de 26 ans, les docteurs en médecine ou internes des hôpitaux n'auraient aucun grade et ne toucheraient aucune solde. Ils seraient incorporés — non comme infirmiers — mais comme médecins auxiliaires, c'est-à-dire avec une situation intermédiaire entre celle des infirmiers de visite et celle des médecins aides-majors.

Enfin, a dit le ministre, — et c'est là le seul argument qui puisse être sérieusement invoqué, — « l'adoption de la proposition Cornil aurait pour effet d'autoriser de nouvelles réclamations en faveur des séminaristes ». Il est évident, en effet, que les séminaristes ne devant être, pas plus que les médecins, appelés *le jour de la mobilisation* à servir comme combattants, seraient autorisés à demander que leur année de service se fasse dans les hôpitaux ou les ambulances, où ils serviraient comme infirmiers. Nous n'y voyons d'ailleurs aucun inconvénient, mais il ne s'agit, en ce qui concerne les élèves ecclésiastiques, que d'une réglementation ministérielle et non d'un projet de loi. Les élèves ecclésiastiques ne demandent et ne réclameront jamais aucun sursis d'appel. C'est une tout autre faveur qu'ils sollicitent. Ils demandent à être dispensés du service de la réserve et de l'armée territoriale. Ils déclarent, non sans raison, que leur ministère paroissial leur interdit le séjour à la caserne et que le service qu'on prétend leur imposer après qu'ils ont reçu la prêtrise n'est d'aucune utilité au point de vue de la défense nationale, et ne peut être considéré que comme une mesure inutilement vexatoire. Il n'y a donc aucune assimilation à faire entre les réclamations des séminaristes et celles du corps médical.

Que reste-t-il dès lors des objections faites par M. le ministre de la Guerre à nos justes et constantes doléances? Nous le demandons à tous ceux qui ont, sans aucun parti

pris, étudié cette question si importante au point de vue de l'avenir des études médicales. Et cependant la parole énergique du chef de l'armée, appuyée par les singuliers réquisitoires de MM. les généraux Billot et Japy, a entraîné la conviction de la majorité des membres de la commission sénatoriale. Pour éviter un échec irrémédiable de la proposition Cornil, appuyée par MM. Lourties, L. Labbé et Bardoux, notre confrère et ancien camarade de l'armée M. Lourties a demandé et obtenu qu'une démarche nouvelle serait tentée près de M. le ministre de la Guerre et que MM. Lourties, Cornil et L. Labbé essayeraient de lui arracher la promesse de réorganiser les cadres du corps de santé militaire en y incorporant à un titre quelconque les docteurs ou internes en médecine.

Les efforts que nous avions tentés personnellement et au nom de l'Association générale des médecins de France ont donc échoué; nous le reconnaissons, non sans regret. Il nous reste à maintenir, malgré les objections du Sénat, un projet dont la Chambre des députés, à deux reprises diverses, a reconnu l'opportunité et à faire des vœux pour que les représentants autorisés de l'Enseignement médical soutiennent plus énergiquement qu'ils ne l'ont fait jusqu'à ce jour une cause qu'il ne faut pas considérer comme définitivement perdue.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Les maladies de croissance et leur traitement.

Croissance. — La croissance étant un phénomène physiologique, on peut s'étonner qu'elle puisse faire naître des indications thérapeutiques, et cependant, rien n'est plus réel que la nécessité de venir en aide, par une thérapeutique intelligente, à un organisme en voie de développement, si ce développement s'accomplit dans des conditions défavorables.

Y a-t-il des maladies de croissance? Oui et non. Il y a des maladies qui surviennent avec une fréquence spéciale à l'occasion de la croissance, qui doit être alors envisagée comme mettant l'organisme en état d'opportunité morbide : *fièvres de croissance, céphalée de croissance, hypertrophie cardiaque de croissance*, sont des expressions sur lesquelles il faut s'entendre.

Nous savons, depuis les travaux de Bouilly, que l'ostéite ou la simple hyperhémie osseuse juxta-épiphysaire des adolescents est l'occasion de certains accidents fébriles de nature infectieuse. Une discussion assez récente à l'Académie nous a montré que, chez les adolescents, la céphalée se montre avec des caractères spéciaux de ténacité et de fréquence; cette douleur de tête a des causes complexes qu'il appartient à un clinicien sagace de dépister (troubles de l'accommodation visuelle, lésions de la muqueuse nasale, albuminurie intermittente cyclique, dyspepsie ou surmenage, etc.); mais, toutes ces causes mises à part, il reste une catégorie de douleurs de tête, sans lésion appréciable d'aucun organe accessible à nos moyens d'investigation, et dont la cause réside vraisemblablement dans un trouble de la nutrition du tissu encéphalique. Il faut, enfin, préciser les indications thérapeutiques relatives aux palpitations cardiaques si fréquentes chez les adolescents en voie de développement.

Mais, en dehors des indications particulières à chacun de ces accidents, il en est de générales, que soulève toute croissance s'accomplissant dans des conditions défavorables. Il faut à tout enfant, dans les périodes où l'accroissement de son corps s'opère avec rapidité, certaines conditions d'aération, d'alimentation, d'exercice et d'hygiène cérébrale. Ces conditions sont certainement utiles à tout âge, mais leur utilité devient une nécessité absolue lorsque l'organisme subit une poussée subite et intense d'accroissement.

La croissance ne s'accomplit presque jamais d'une façon uniforme dans le temps; elle s'opère par poussées successives, séparées par des temps d'arrêt, intervalles de repos pendant lesquels l'organisme semble se recueillir. Lorsque ces temps de repos sont suffisamment longs, lorsque les poussées d'allongement ne se font pas trop rapidement, la croissance est normale, physiologique. L'organisme a le temps, dans chaque période intercalaire, d'emmagasiner les matériaux nutritifs en quantité suffisante et de qualité convenable pour faire ensuite de bons tissus nouveaux. Mais, si les périodes intercalaires sont trop courtes, si les matériaux nutritifs que le corps a eus à sa disposition pendant ces périodes sont trop peu abondants ou de mauvaise qualité, la phase d'accroissement suivante s'opérera dans des conditions défavorables; elle ne cessera pas de s'accomplir, mais les tissus nouveaux seront construits avec de mauvaises matières premières.

Les circonstances qui excitent le plus la croissance sont les *convalescences de maladies aiguës*. Aussi est-il très préjudiciable à un enfant de subir en un court laps de temps plusieurs assauts infectieux. Lorsque ceux-ci se produiront, il y aura donc pour le médecin l'obligation de surveiller avec un soin méticuleux les convalescences, en mettant l'organisme dans les meilleures conditions possibles de réparation rapide.

Outre les maladies infectieuses, il y a lieu de redouter particulièrement, dans les périodes de croissance, l'*action fâcheuse des influences héréditaires*. Les enfants de parents ayant subi une de ces intoxications ou infections chroniques qui altèrent profondément leur nutrition (syphilis, alcoolisme, saturnisme, tuberculose, dyspepsie et dilatation gastrique), ayant eu des manifestations nombreuses de dystrophie diathésique (goutte, rhumatisme chronique), de névroses longues et profondes (neurasthénie grave, psychoses), ou ayant engendré à un âge trop avancé, — tous ces enfants-là sont exposés plus que d'autres à des troubles de la nutrition aux périodes actives de leur croissance. Ils ont apporté en naissant une tare latente qui manifeste alors son action, si leur organisme ne trouve pas à ces moments toutes les conditions favorables à son développement. Aux maladies des parents énumérées plus haut, et dont l'influence pèse lourdement sur la croissance des enfants, j'ajouterai la chlorose, pour peu qu'elle ait été intense et prolongée.

Quelles sont donc les conditions requises pour que la croissance de ces sujets tarés s'opère aussi normalement que possible? Nous avons dit qu'il faut que leur organisme dispose d'abondants matériaux nutritifs et de bonne qualité. Suffira-t-il donc de leur donner une alimentation copieuse? Non, le problème est plus complexe.

Pour que la récrémentition s'accomplisse dans des conditions favorables à l'accroissement physiologique des tissus, il faut que les *aliments* soient introduits en quantité suffisante, mais non excessive. Sans cela, on provoquerait la dyspepsie, l'auto-intoxication par stagnation de résidus alimentaires dans le tube digestif. Il faut, pour la même raison, que ces aliments soient d'une digestion facile et d'une composition chimique telle, que l'organisme puisse y trouver les multiples principes

immédiats nécessaires à la constitution de cellules nouvelles : l'azote et les hydrates de charbon en proportions convenables, le phosphore, le soufre, le chlore, la potasse et la soude, qui sont indispensables, les uns à la constitution du squelette chimique des éléments anatomiques, les autres à la formation des humeurs, ou destinés à servir d'intermédiaires dans les échanges chimiques interstitiels ou intracellulaires. Citons comme types d'aliments utiles, outre la viande et le poisson, les œufs, le lait, les céréales, les légumes verts et les fruits ; mais il faut se garder d'augmenter trop la proportion de la viande et des autres substances azotées ; elles ne seraient pas utilisées sans le concours des hydro-carbones, des phosphates et des chlorures.

Il faut une quantité suffisante, mais non exagérée, de *boissons* pour que l'assimilation des aliments s'opère.

Il faut que les oxydations soient favorisées, et, pour introduire l'oxygène dans l'organisme, il faut que la *respiration* s'accomplisse avec une activité suffisante, il faut que l'air ambiant soit assez souvent renouvelé et assez riche en oxygène ; d'où la nécessité de l'exercice physique qui accélère le nombre des respirations et augmente leur amplitude, de l'habitation dans des locaux assez vastes et bien ventilés.

Il faut que le temps consacré au *sommeil* ne soit pas abrégé : huit ou neuf heures sont indispensables.

Le *travail intellectuel* ne doit pas être excessif, et doit surtout être séparé par des temps de repos fréquents.

Mais, si le surmenage intellectuel et stomacal est mauvais, si l'exercice est utile, l'abus des exercices physiques trop violents est nuisible aussi. Le moment est venu pour les hygiénistes et les pédiatres d'attirer l'attention du public et des pédagogues sur l'excès d'un engouement trop peu mesuré en faveur de certains exercices physiques. *L'exercice et les jeux sont toujours utiles ; le sport athlétique*, pour employer l'expression à la mode, *est nuisible*. L'idéal à atteindre n'est pas de former quelques étalons humains exceptionnels en sacrifiant bon nombre d'individus tarés, comme on le fait dans l'élevage des chevaux, mais d'obtenir le plus grand nombre possible de sujets bien portants et d'un développement moyen. Il faut donc s'élever contre la prétention dangereuse qu'ont tous les enfants ou adolescents de se livrer aux mêmes jeux violents, et surtout contre l'émulation excessive que donne l'organisation des luttes de force et de vitesse dans l'âge du développement rapide. C'est après la puberté, dans la jeunesse, de 18 à 25 ans, que les exercices athlétiques doivent être cultivés, et nous tombons dans un abus préjudiciable au développement harmonieux des générations actuelles par la précocité de l'entraînement sportique.

Enfin il ne faut surtout pas oublier que des catégories doivent être faites parmi les enfants au point de vue de leur aptitude à tels ou tels exercices, si on tient compte de leur hérédité, de leur conformation congénitale, des maladies qu'ils ont eues plus ou moins récemment.

Fièvres de croissance. — Très fréquentes dans la seconde enfance et l'adolescence sont les *fièvres de surmenage*, non pas intellectuel, mais physique ; le plus souvent, les jeux en sont la cause.

Ce n'est pas, en général, l'excès quotidien de travail physique qui engendre cette fièvre-là ; chez les enfants pauvres, apprentis soumis trop jeunes à un travail excessif et mal alimentés, surviennent l'amaigrissement, l'anémie, les troubles de la nutrition aboutissant au lymphatisme, à la misère physiologique, mais la fièvre ne se montre que si sur ce terrain appauvri se développe quelque graine infectieuse. La fièvre de surmenage se montre chez des enfants qu'on laisse de temps en temps se livrer, avec une ardeur sans retenue, à des exercices disproportionnés à leurs forces ; il en résulte une destruction trop rapide d'une trop grande quantité de matière et, par suite, l'élimination imparfaite de ces déchets mal oxydés. Dans ces conditions on voit apparaître la fièvre, la nuit ou le lendemain d'une trop longue promenade à pied ou en bicycle, après une partie de foot-ball ou de tennis : l'abattement, les yeux cernés, les urines rares, foncées, chargées d'urates ou de phosphates, l'anorexie et un peu d'embarras gastrique, la douleur spontanée ou provoquée au niveau de certains groupes musculaires plus spécialement surmenés, mollets, cuisses, biceps ou deltoïdes, masse sacro-lombaire, droits et obliques de l'abdomen, seront des éléments de diagnostic pour cette *fièvre musculaire*, que le repos seul guérit, avec boissons abondantes, et un peu de massage modéré. La prophylaxie en est surtout importante à instituer, car quelquefois le surmenage provoque la congestion des épiphyses et l'ostéite juxta-épiphysaire, porte ouverte à l'ostéomyélite infectieuse, si des staphylocoques ou autres pyogènes ont pénétré dans la circulation. Or, ils y peuvent arriver par une des nombreuses portes d'entrée des téguments et des muqueuses nasopharyngiennes qui existent chez les enfants, ou simplement venir de l'intestin normal à la faveur du surmenage ; le sang des animaux surmenés cultive (expériences de Charrin et Roger). La fièvre de surmenage est donc liée par un lien étroit aux fièvres de croissance.

Lorsqu'un enfant présente des accès de fièvre irréguliers ou une fièvre continue dont l'explication n'est pas évidente, qu'il accuse ou non des douleurs dans les membres, il faut examiner attentivement ceux-ci et les divers points du squelette au niveau desquels peut se manifester la congestion osseuse, prélude de l'ostéite juxta-épiphysaire, et lieu d'appel pour les agents infectieux en circulation.

Si la pression en ces points, les mouvements articulaires provoqués, causent de la douleur, il faut imposer le *repos absolu au lit*, l'enveloppement des régions suspectes dans des compresses humides essorées, recouvertes de taffetas gommé. La fièvre tombera généralement par ces simples moyens.

Si la langue est saburrale, on donnera le calomel. Il sera utile de continuer ce commencement d'antisepsie intestinale par l'usage des naphtols.

L'antipyrine, la quinine ne sont généralement pas nécessaires, mais peuvent être données si la fièvre persiste.

S'il y a douleur spontanée, *a fortiori* gonflement, chaleur, rougeur des téguments au niveau des points précités, c'est qu'il y a des phénomènes d'ostéite plus ou moins accentuée et le traitement devient chirurgical.

Céphalée de croissance. — Lorsqu'on est consulté pour un enfant ou un adolescent qui souffre de maux de tête fréquents, et lorsqu'on apprend que la taille de ce sujet est en train de subir un accroissement rapide, il y a lieu de se demander s'il s'agit de ce qu'on a appelé la céphalée de croissance, c'est-à-dire d'un mal de tête qui n'est pas symptomatique d'un des états morbides auxquels peut être attribué le mal de tête chez les adultes.

Les opinions les plus diverses se sont manifestées sur les causes de la céphalée des adolescents.

Les uns ont invoqué les efforts d'accommodation de l'œil, d'autres l'excès de travail intellectuel, d'autres l'hypertrophie du cœur. On aurait encore dû ajouter les troubles dyspeptiques, notamment la congestion hépatique, la chlorose, l'hystérie, etc. Mais aucune de ces causes n'est spéciale à la période d'accroissement rapide de l'organisme. Il est évident que l'adolescent peut avoir toutes les céphalées des adultes ; la question est de savoir s'il n'en a pas une qui lui soit propre et qui soit intime-

ment liée à une croissance s'opérant dans des conditions défectueuses.

Il me semble que la réponse doit être affirmative.

La cause intime de la véritable céphalée de croissance est un trouble nutritif général, qui affecte plus particulièrement le système nerveux en raison de l'hérédité névropathique de certains sujets. Il ne faut donc pas considérer l'expression « céphalée de croissance » comme synonyme de céphalalgie des adolescents; il y a chez les adolescents des céphalalgies de toutes sortes, il n'y a qu'une céphalée de croissance.

Celle-ci reconnaît pour cause primordiale et unique une formation défectueuse des éléments nerveux, parce que la récrémentition et l'assimilation se font dans des conditions mauvaises: elle est comparable à certaines douleurs osseuses qui surviennent aussi pendant la croissance, et qu'on est trop enclin à confondre depuis quelques années avec celles qu'a eues en vue M. Bouilly dans sa belle description de la fièvre de croissance. Celles dont je parle siègent aussi bien sur la continuité des os qu'au niveau de leurs zones d'accroissement; elles ne sont ni provoquées ni augmentées par la pression, comme celles dont a parlé M. Bouilly et qu'il a attribuées avec vraisemblance à la congestion juxta-épiphysaire. J'incline à voir dans les *ostéodynies* dont je parle la traduction d'une insuffisance des éléments minéraux des os, et plus spécialement des phosphates. C'est aussi l'insuffisance du phosphore, indispensable à la formation de la neurine et de la lécithine, que je suis porté à incriminer comme cause de la véritable céphalée de croissance.

Quand un adolescent se plaint de céphalalgie habituelle, on doit passer en revue successivement tous ses appareils organiques.

La vision appellera d'abord l'attention : on corrigera, s'il y lieu, par des verres appropriés les vices de réfraction ; on s'assurera que les conditions d'éclairage dans lesquelles travaille l'enfant ne sont pas défectueuses, qu'il ne lit pas des livres imprimés en caractères trop fins ou mal imprimés, qu'il ne lit pas trop longtemps de suite.

On examinera ses cavités nasales et son pharynx pour dépister les céphalées provoquées par certaines rhinites hypertrophiques, ou congestions de la muqueuse de Schneider, ou des sinus frontaux, par l'exubérance des végétations adénoïdes.

On recherchera les stigmates sensitivo-sensoriels de l'hystérie, si la céphalée revêt la forme de clou du vertex ; — les antécédents arthritiques, si elle a la périodicité, la localisation hémicrânienne et oculaire de la migraine avec son cortège de vertiges, de nausées et de vomissements, de troubles vaso-moteurs ; — la possibilité de l'impaludisme ou du rhumatisme, si on constate des localisations d'une névralgie faciale, temporale ou occipitale.

On s'assurera qu'il n'existe pas une hypertrophie du cœur, on dépistera les souffles cardio-vasculaires de l'anémie.

On fera la recherche minutieuse des indices d'une tuberculose capable d'affecter les méninges et, il faut bien le dire, le résultat négatif ne permettra jamais d'écarter d'une manière absolue cette menace, surtout si les antécédents de famille ne sont pas rassurants.

On examinera avec grand soin l'appareil digestif : la stase alimentaire dans un estomac dilaté, avec hyperacidité organique, l'hyperchlorhydrie, la constipation, la congestion du foie sont autant de facteurs possibles de céphalée.

Enfin on fera l'analyse des urines ; car l'albuminurie, même intermittente et cyclique, est une cause souvent méconnue de céphalée chez les adolescents.

Quand on fait toutes ces recherches, on trouve le plus souvent une explication satisfaisante à la céphalalgie du sujet, et la thérapeutique se trouve aiguillée logiquement sur telle ou telle voie.

Le plus souvent encore, cette thérapeutique donne le résultat désiré ; les maux de tête s'atténuent, puis disparaissent. Mais d'autres fois, malgré le traitement dirigé dans le sens de la maladie qu'on suppose génératrice de la céphalée, celle-ci persiste. D'autres fois enfin, tous les appareils ont été passés en revue et aucun d'eux n'a été trouvé assez troublé dans ses fonctions pour qu'on puisse le juger coupable. Alors, mais alors seulement, et si le sujet a grandi beaucoup antérieurement, on a le droit de diagnostiquer une céphalée de croissance. On trouvera en même temps chez lui un peu d'anémie, un peu de dyspepsie, des rapports anormaux entre les différents éléments dans la composition des urines, divers troubles nerveux : lassitude constante, apathie, diminution de la mémoire, etc. Chacun de ces troubles pris isolément, étant trop peu accusé, n'explique pas à lui seul la céphalée, mais leur réunion prouve que l'organisme tout entier est en souffrance, que plusieurs parties du système nerveux se plaignent, que la nutrition intime de la cellule est défectueuse.

Une enquête attentive sur les conditions d'hygiène du sujet révélera d'ordinaire qu'elles sont défectueuses de quelque manière : trop de sédentarité, c'est-à-dire trop peu d'air pur et de lumière, trop peu de mouvements, une alimentation mal comprise, quelquefois insuffisante d'une manière absolue, plus souvent mal réglée, n'offrant pas les matériaux les plus nécessaires à l'organisme en voie d'accroissement et en particulier le phosphore.

Si on fouille les antécédents de famille, on rencontre presque toujours les tares de la famille neuropathologique, le plus souvent l'hystérie et les diverses névroses, et même l'aliénation mentale ; assez souvent l'alcoolisme du côté paternel s'y trouve associé aux névroses du côté maternel.

Alors une voie nouvelle sera ouverte à la thérapeutique ; il faudra se proposer de corriger toutes ces défectuosités de l'hygiène alimentaire et générale.

Pour l'alimentation on se conformera aux indications données plus haut. On fera suspendre tout travail intellectuel pendant plusieurs semaines au moins. L'enfant sera envoyé à la campagne, et de préférence à la montagne dans une altitude modérée (600 à 1,000 m.). Stimulations cutanées. Hydrothérapie.

Comme médicaments, on donnera *alternativement* les phosphates calcique, sodique et potassique ; l'arsenic, le tartrate ferrico-potassique ; de temps en temps la strychnine.

Tartrate ferrico-potassique.........	10	grammes.
Phosphate de soude...............	15	—
Phosphate de potasse...............	15	—
Sirop d'écorces d'oranges..........	200	—
Vin de Banyuls..................	800	—

Un verre à liqueur ou à madère *à la fin* des repas.

Sulfate de strychnine.......	1 à 4	centigrammes.
Phosphate de soude.........	5 à 10	grammes.
Eau.......................	100	—

Deux à trois cuillerées *à café* par jour, chacune contenant d'un demi-milligramme à deux milligrammes de sel strychnique.

Comme dernier trouble local, enfin, j'étudierai les **palpitations de croissance**, ce qui nécessite quelques données sur les palpitations cardiaques chez l'enfant en général.

La première enfance ignore à peu près les palpitations. Hormis le cas de *malformation cardiaque*, les

jeunes enfants sont incapables d'accuser ce symptôme, et si le médecin s'aperçoit d'une fréquense inusitée des contractions cardiaques avec impulsion exagérée et rhythme désordonné, c'est par hasard, en prenant le pouls, en inspectant la région précordiale chez un enfant dyspnéique ou bronchitique, dont les lèvres et les ongles sont cyanosés.

Dans la SECONDE ENFANCE, et surtout aux approches de la puberté, au contraire, les enfants, surtout les fillettes, sont sujets aux palpitations et s'en plaignent, — j'ajoute ce dernier terme, car il n'y a de palpitations qu'autant que les désordres de la contractilité cardiaque sont perçus à la fois par le malade et par le médecin.

Or, à cet âge, parmi les causes de palpitations les plus fréquentes, il faut ranger une certaine gêne que subit le cœur quand il se développe proportionnellement plus vite que le thorax; c'est l'état dénommé « hypertrophie cardiaque de croissance », bien qu'en réalité il n'y ait probablement pas d'hypertrophie, mais seulement suractivité fonctionnelle transitoire, car au bout de quelques mois, d'un an ou deux, l'équilibre s'est établi entre le contenant et le contenu.

C'est chez les enfants portant des traces de rachitisme thoracique, à poitrine étroite, à sternum en carène, qu'on rencontre souvent ces palpitations qu'on peut appeler *palpitations de croissance*. Elles apparaissent à l'occasion des efforts, des jeux quelque peu violents, de la course.

Puis viennent les palpitations de l'*anémie de croissance* dans les deux sexes ou de la *chlorose commençante* chez les petites filles (anémie de puberté). Chez les enfants dont la croissance s'opère rapidement dans des conditions hygiéniques défectueuses, avec une alimentation insuffisante comme quantité ou comme qualité, avec une aération parcimonieuse, il existe certainement une anémie qu'on peut appeler de croissance; car c'est le développement trop prompt de l'organisme avec des matériaux de mauvaise qualité, qui engendre de mauvais globules sanguins.

Les *troubles dyspeptiques*, cause si fréquente de palpitations chez l'adulte, existent plus souvent qu'on ne croit chez l'enfant. Seulement celui-ci ne se plaint pas autant ni aussi clairement que l'adulte, du moins tant que sa dyspepsie n'est pas douloureuse Il y a plusieurs raisons pour qu'il soit moins incommodé que l'adulte par la dyspepsie flatulente : des vêtements plus amples, moins ajustés, une plus grande activité physique après les repas, et les distractions, qui, en règle générale, ne permettent pas beaucoup aux enfants de s'analyser, détournent leur attention du ballonnement épigastrique et de la distension stomacale. Mais, si on les examine physiquement, on constate que, chez beaucoup de ceux qui accusent des palpitations et sont obligés de s'arrêter au milieu de leurs jeux à cause des battements de cœur, il existe une tympanite accentuée et que, soit par refoulement mécanique du diaphragme et du cœur, soit par une action réflexe dont le point de départ est l'estomac distendu, le cœur par ses contractions précipitées et tumultueuses trahit le trouble digestif. Une des causes fréquentes de la dyspepsie chez les enfants est, comme chez l'adulte, une diététique maladroite en ce qui concerne la quantité des boissons. *Beaucoup d'enfants boivent trop en mangeant*, et beaucoup aussi *boivent entre leurs repas.*

Chez les enfants qui ont de la dilatation de l'estomac, en même temps que des palpitations, il est fréquent de trouver la névralgie intercostale bilatérale, qui frappe le plus souvent les derniers nerfs intercostaux; aussi ces enfants accusent-ils, après les repas, un point de côté double, au niveau des hypochondres ou des derniers espaces intercostaux; quand la douleur n'existe que d'un côté, c'est généralement à gauche. C'est dans la période digestive que les palpitations de cause gastrique se produisent naturellement, même sans exercice physique.

Il y a encore, particulièrement chez les filles, mais souvent aussi chez les garçons un peu efféminés des grandes villes, des palpitations purement névropathiques; la *neurasthénie* et l'*hystérie* ne sont pas rares de nos jours dans l'enfance, et, soit que le désordre de la motilité cardiaque dérive d'une paralysie du pneumogastrique (frein du cœur), ou d'une excitabilité anormale des filets du sympathique (éperon du cœur), résultant d'une inhibition d'origine cérébrale, chez les enfants névrosés les palpitations sont fréquentes. Chez ces enfants, on constatera un grand luxe descriptif des sensations. On ne relèvera pas chez eux de rapport entre l'alimentation ou l'exercice et l'apparition des battements de cœur. Au contraire, une émotion, une contrariété, une lecture attachante, bref, une influence psychique en sera la cause occasionnelle.

Je laisse de côté la *simulation* ou l'*exagération propres aux hystériques*, petites ou grandes, qui les pousse assez souvent à décrire avec force détails des sensations insignifiantes ou imaginées; il va de soi qu'on n'admet l'existence des palpitations que si on les a constatées soi-même directement.

Chez les enfants à la PUBERTÉ, il ne faut pas négliger la recherche de l'*onanisme* comme cause de palpitations; le facies et l'humeur des enfants, la surveillance étroite des parents seront des éléments du diagnostic. J'attache une certaine importance, à ce point de vue, à la dilatation exagérée et habituelle des pupilles (quand les enfants ne sont pas myopes).

Je signale enfin le rapport admis par les auteurs entre les *vers intestinaux* et les palpitations de l'enfance; mais le cas doit être rare.

Aux palpitations de croissance on opposera une hygiène sévère des exercices physiques; c'est-à-dire qu'on ne privera pas les enfants d'exercice, mais on ne les laissera pas en prendre sans frein et à leur fantaisie. On leur défendra la course, le saut, mais on conseillera une gymnastique méthodique graduelle, mettant en jeu les muscles des membres supérieurs et du thorax et accessoires de la respiration, dans le but d'obtenir un élargissement progressif de la cavité thoracique; le solfège et la flûte étaient conseillés, non sans raison, par nos pères.

Le traitement de l'anémie de la croissance et de la chlorose commençante aura pour base les moyens ordinaires : les préparations martiales les mieux tolérées, protochlorure de fer, tartrate ferrico-potassique, protoxalate de fer, alternant avec les arsenicaux (liqueurs de Fowler ou de Pearson), les phosphates solubles de soude ou de potasse ou les aliments riches en phosphates; — l'hydrothérapie d'abord tiède, puis froide, depuis les lotions à éponge ruisselante, l'enveloppement matinal dans le drap mouillé, jusqu'aux douches en colonne horizontale à jet simple ou brisé.

Chez les enfants atteints de dyspepsie, on régularisera l'hygiène alimentaire, en ne craignant pas d'*entrer dans les plus minutieux détails* sur le choix des aliments, la quantité et la nature des boissons; on interdira le thé et le café; comme quantité de boisson à chaque repas, un verre de 250 gr. suffit à un enfant de 10 ans chez lequel on constate de l'atonie gastrique. On ne laissera pas boire dans l'intervalle des repas à moins qu'une sudation inusitée n'ait été provoquée par le jeu, cas dans lequel on pourra permettre par exception un peu de liquide en supplément. On fixera les heures des repas; on surveillera surtout le goûter et la manière de manger. Les amers, simples ou convulsivants (quassia, noix vomique,

teinture de Baumé, sulfate de strychnine), les antiseptiques et antiputrides (naphtol, salol, salicylates, eau chloroformée), les poudres dites absorbantes, sont les bases de la thérapeutique médicamenteuse, avec l'acide chlorhydrique et les laxatifs.

Contre l'onanisme, l'hygiène morale, la gymnastique et l'hydrothérapie.

P. Le Gendre (1).

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de l'anatomie du péricarde, par M. Lagoutte, interne des hôpitaux de Lyon, prosecteur à la Faculté, et M. Durand, interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté.

I. *Méthodes de recherche. Technique.* — Pour étudier le péricarde dans sa forme et ses relations avec les organes voisins, il importe d'ouvrir largement le thorax, en évitant toutefois de toucher aux moyens d'attache du sac. Pour ce faire, le thorax est débarrassé de ses parties molles, comme dans une autopsie ordinaire, puis on détache un large volet sterno-costal. La section doit porter sur les côtes aussi loin que possible en arrière, et respecter la première ainsi que toutes celles qui servent aux insertions du diaphragme. Sur la ligne médiane, le sternum est coupé au niveau du corps du manubrium en haut, et à la base de l'appendice xiphoïde en bas. De cette façon, on peut enlever le couvercle sterno-costal, sans intéresser en rien le péricarde ou ses ligaments. De plus, les parois latérales de la cavité thoracique étant largement ouvertes, il est facile de recliner fortement en dehors les deux poumons, et d'avoir ainsi bien nettement sous les yeux le péricarde doublé latéralement des deux plèvres médiastines et antérieurement du tissu cellulaire qui le sépare du sternum. Ce tissu s'enlève sans difficulté. Puis on procède au décollement des plèvres qu'il importe avant tout d'enlever complètement.

Pour cela, on va prendre la plèvre au niveau du sinus costo-médiastinal et d'avant en arrière, on la sépare du péricarde. Cette opération se fait avec l'aide des seuls doigts. Elle est facile sur des sujets qui n'ont pas présenté, pendant leur vie, d'affection inflammatoire des organes respiratoires; elle est au contraire très difficile et même impossible chez les tuberculeux. Quant à la plèvre diaphragmatique, elle se détache plus difficilement; pourtant, on y parvient sans trop de peine sur des sujets convenables. Les faces antérieure et latérales sont ainsi complètement dégagées. Pour examiner la face postérieure, il faut de chaque côté sectionner entre deux ligatures et successivement tous les vaisseaux du hile du poumon, ainsi que la veine cave supérieure et l'aorte. En pratiquant ces ligatures successives, on se rend compte des rapports et des adhérences du péricarde avec ces différents vaisseaux, ainsi que des attaches qu'il prend sur la trachée et sur les bronches. Le sac péricardique, séparé de ses connexions supérieures, peut ainsi être rabattu en avant.

Sur quelques sujets, nous avons abordé la face postérieure par derrière, en enlevant un large volet costo-vertébral, analogue au plastron costo-sternal.

Le point important de ces préparations est le décollement méthodique de la plèvre médiastine. C'est faute d'avoir, par ce moyen, débarrassé complètement le péricarde d'une enveloppe étrangère, que des détails de structure ont pu passer inaperçus. Pour étudier la cavité séreuse, outre l'examen direct, nous avons eu recours à des moyens détournés, tels que le moulage avec la bouillie plâtrée. De cette façon, nous avons obtenu des modèles solides, permettant de se rendre compte de tous les culs-de-sac et prolongements de la séreuse, ainsi que de sa disposition autour des gros vaisseaux.

Ces quelques mots de technique étaient nécessaires pour faciliter au lecteur l'intelligence et surtout la vérification de ce qui va suivre.

II. *Moyens d'attache du péricarde.* — Le sac fibreux du péricarde est solidement fixé à la partie médiane de la cavité thoracique entre les deux poumons. Les organes principaux sur lesquels il prend ses points d'attache sont, d'une part, le diaphragme, et, d'autre part, les gros vaisseaux de la base du cœur, et par suite le hile des poumons. En outre, de véritables ligaments le rattachent au squelette. Enfin, les adhérences des gros vaisseaux aux organes et aux aponévroses voisines jouent encore un rôle dans sa fixation.

a) Adhérence au diaphragme. — Pour la plupart des auteurs classiques, le péricarde a la forme d'un cône dont la base, plus ou moins polygonale, est adhérente au diaphragme.

Les anciens considéraient le trèfle aponévrotique comme le point de départ de toutes les aponévroses du corps et admettaient que le péricarde en était comme la première émanation. D'autres l'ont regardé comme une sorte de tendon creux rattaché à l'extrémité supérieure du squelette thoracique et suspendant le diaphragme qui lui devait sa convexité.

Plus près de nous, les auteurs classiques s'entendent peu et ne sont pas d'accord au sujet de la forme et des adhérences de cette base du péricarde.

Cruveilhier et Sappey constatent simplement que l'adhérence est plus intime en avant qu'en arrière. M. Testut lui donne une base irrégulièrement ovalaire à grosse extrémité droite et offrant de 70 à 100 millimètres dans le sens transversal, de 45 à 65 dans le sens antéro-postérieur. Pour Constantin Paul, la face inférieure du péricarde a une forme triangulaire, la base étant située en avant et le sommet au niveau de la veine cave inférieure.

Quand on examine le péricarde non séparé des plèvres médiastines, il semble présenter sur le diaphragme une face plus ou moins ovalaire ou polygonale, beaucoup plus large qu'elle ne l'est en réalité.

En effet, si cette base est nettement limitée en avant par une ligne à peu près droite, elle est, au contraire, beaucoup plus vaguement dessinée en arrière. Et quand on a débarrassé avec soin le péricarde des plèvres, on voit que la zone d'adhérence au diaphragme est extrêmement réduite dans le sens antéro-postérieur. Il existe une ligne d'insertion antérieure, et en arrière une petite surface de fusion intime, plus large à droite qu'à gauche, atteignant 1 centim. ou 1 centim. et demi au maximum. Cette ligne d'insertion antérieure est située à peu près à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs de la distance qui sépare le sternum de la colonne vertébrale. Elle est étendue de droite à gauche, légèrement oblique de haut en bas et d'arrière en avant. La ligne médiane la croise à l'union de son tiers droit et de ses deux tiers gauches. Tout le long de cette ligne il y a fusion intime du péricarde et du diaphragme et l'on peut voir les fibres de la face antérieure de l'organe se réfléchir et se continuer avec celles de l'aponévrose musculaire. Au niveau de la petite surface située en arrière, l'union est tout aussi

(1) Extrait d'un traité de *Thérapeutique infantile médico-chirurgicale*, par P. Le Gendre et A. Broca, qui va paraître incessamment à la librairie Steinheil.

complète et en renversant le péricarde en avant on peut voir les fibres de sa face postérieure venir se réfléchir en arrière et se confondre avec celles de la foliole antérieure du centre aponévrotique.

Au delà de cette surface adhérente, le sac fibreux repose simplement sur la convexité du diaphragme par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire lâche, que l'on décolle facilement avec le seul secours des doigts. De telle sorte que la comparaison avec un cône à large base diaphragmatique n'est pas très exacte. Le sac fibreux semble plutôt constitué par deux feuillets, l'un antérieur, l'autre postéro-inférieur, se réunissant au niveau de la ligne d'insertion antérieure décrite plus haut. Au reste, on ne conçoit pas bien quelle portion du cœur viendrait se placer dans l'angle dièdre formé à la limite postérieure de la base. Enfin, quand on injecte le péricarde avec du plâtre, on ne voit pas trace de face inférieure. Il existe, au contraire, un bord plus ou moins mousse.

Les rapports de la veine cave inférieure et du sac fibreux péricardique sont extrêmement intéressants à étudier. La plupart des auteurs disent, en effet, que cette veine passe directement de la cavité abdominale dans la cavité péricardique. Elle perforerait à la fois le diaphragme et la base du péricarde adhérents en ce point. Or, il n'en est rien. La veine cave inférieure traverse le diaphragme en dehors de la petite zone d'adhérence du péricarde, en un point situé plus en arrière et plus à droite. Les plèvres enlevées, on voit, en effet, qu'il existe au-dessus du diaphragme une « *portion extra-péricardique* » de la veine cave. Cette partie, longue de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, est oblique de bas en haut et de droite à gauche. On peut toujours avec le doigt, et sans rien déchirer, passer entre la veine et le sac fibreux (1).

III. *Adhérence aux gros vaisseaux, à la trachée et aux bronches.* — Le sac fibreux péricardique est intimement lié à tous les gros vaisseaux qui sortent du cœur.

En haut, on voit ses fibres se continuer sur l'aorte et sur l'artère pulmonaire et se confondre avec la gaine externe de ces vaisseaux. Sur la veine cave supérieure, même disposition. Les veines pulmonaires, elles aussi, sont recouvertes par ces prolongements fibreux. De telle sorte que si l'on dissèque le hile du poumon, on voit que tous les organes vasculaires qu'il contient sont entourés par de puissantes expansions fibreuses qui rattachent intimement le sac péricardique au poumon. Cet appareil du hile est complété postérieurement par un large ligament très résistant, de forme triangulaire, qui part de la face postérieure du péricarde pour venir s'insérer dans l'angle ouvert en bas et formé par la bifurcation des bronches (ligament péricardo-trachéo-bronchique).

Au niveau de la veine cave inférieure, le péricarde se comporte exactement de la même façon que sur les gros vaisseaux de la base, c'est-à-dire qu'il s'insère sur cette veine en envoyant des fibres qui se confondent avec la gaine interne des vaisseaux dans sa portion extra-péricardique.

IV. *Adhérences du péricarde au squelette.* — Uni au diaphragme et aux gros vaisseaux, le péricarde est aussi rattaché au squelette par de véritables ligaments. Il en existe deux principaux :

1° Le ligament costo-péricardique ou péricardique supérieur, perdu à la surface antérieure du sac fibreux dans un tissu cellulaire très lâche, d'où il est facile de le dégager. Il apparaît sous la forme d'une lame transversale à bords légèrement curvilignes, allongée de haut en bas de l'extrémité supérieure du péricarde à la face postérieure du sternum. Il prend naissance sur le sac en un point qui correspond à l'insertion des gros vaisseaux sur le cœur, plutôt un peu au-dessous, au niveau du deuxième espace intercostal. En ce point, sa largeur est d'environ 8 à 10 millimètres. Dans un cas, Luschka l'a vu présenter une largeur de 4 centimètres. Les fibres se portent en haut et en avant en divergeant de telle sorte que le ligament a une forme triangulaire à sommet inférieur et à base supérieure sternale. Sa face antérieure est séparée du sternum par le tissu cellulaire lâche dans lequel s'avancent les deux culs-de-sac costo-médiastinaux des plèvres. La face postérieure est en rapport avec les gros vaisseaux de la base, particulièrement avec la veine cave supérieure et les troncs veineux brachio-céphaliques. Pour la plupart des auteurs qui le décrivent, ce ligament se termine en haut, en s'insérant à la face postérieure du sternum. Aussi lui donnent-ils le nom de ligament sterno-péricardique supérieur. En réalité, la disposition est un peu différente. Luschka (1) d'un côté, Lannelongue et Le Dentu (2) d'autre part, ont montré que les fibres médianes du ligament ne prennent pas d'insertion sur le manubrium, mais se continuent directement avec l'aponévrose qui revêt la face postérieure des muscles sterno-thyroïdiens. Sur les parties latérales, au contraire, les faisceaux fibreux prennent attache sur la première côte et sur la capsule fibreuse de l'articulation sterno-costale. C'est cette partie latérale que d'autres auteurs décrivent séparément sous le nom de ligament costo-péricardique. En somme, les ligaments désignés ordinairement sous les noms de sterno-péricardique supérieur et costo-péricardique n'en forment en réalité qu'un seul, auquel il est, en effet, plus exact de réserver cette dernière dénomination, comme le font MM. Lannelongue et Le Dentu. Pour ces auteurs, ce ligament serait constitué par l'enveloppe fibreuse hypertrophiée du thymus.

2° Le ligament sterno-péricardique inférieur est, comme le précédent, perdu dans le tissu cellulaire lâche du médiastin antérieur. Il a l'aspect d'une lame transversale à bords concaves, dirigée de bas en haut et d'avant en arrière, long de 2 à 3 centimètres et de largeur variable. Séparé du sternum par du tissu cellulaire lâche, il a sa face postérieure en rapport avec les faisceaux sternaux du diaphragme auxquels il est parfois adhérent, avec l'extrémité antérieure de la foliole aponévrotique et enfin avec la face antérieure du sac fibreux sur lequel il s'insère. Cette insertion a lieu à peu près sur la ligne médiane, à un centimètre et demi environ au-dessus du bord antérieur de la base du péricarde, point correspondant à peu près à l'extrémité antérieure du 6e cartilage costal. Son attache inférieure se fait à la face postérieure de l'appendice xiphoïde et un peu sur les cartilages costaux. Elle est plus large que l'insertion supérieure.

Presque tous les auteurs décrivent en outre, depuis Béraud (3), un autre ligament que cet auteur a désigné sous le nom de vertébro-péricardique. Il serait constitué par une lame quadrangulaire croisant la face gauche de la crosse aortique pour venir s'insérer sur le corps de la troisième vertèbre dorsale et sur le disque intervertébral qui est au-dessus. Nous avons recherché avec soin ce ligament sur plusieurs sujets sans pouvoir le rencontrer. D'après Luschka, on trouverait seulement, quelquefois, un certain nombre de fibres partant du péricarde saillantes à la face antérieure de la crosse aortique et se perdant sur le corps vertébral voisin. L'importance de ce ligament nous paraît donc avoir été très exagérée.

(1) Dans une communication orale, M. le professeur Testut nous a dit avoir souvent constaté cette disposition.

(1) Luschka, *Anatomie des Menschens*, 1863.
(2) Lannelongue et Le Dentu, *Arch. de physiologie*, 1868.
(3) Béraud, *Gazette médicale de Paris*, 1862.

Enfin, outre ces moyens d'attache directe, le péricarde est encore soutenu médiatement par les expansions que les aponévroses du cou envoient sur les veines sous-clavières et les troncs veineux brachio-céphaliques.

V. *Péricarde séreux.* — La plupart des auteurs sont très brefs dans la description du péricarde séreux. Ils se bornent généralement à dire que le feuillet viscéral, en se réfléchissant pour devenir pariétal, forme des gaines complètes aux artères et des demi-gaines aux veines.

La disposition de la séreuse au niveau des artères est décrite avec beaucoup d'exactitude. Au contraire, au pourtour des veines, elle est plus compliquée et moins connue.

Nous n'avons guère trouvé que dans Theile (1) des détails un peu précis sur ce point de l'anatomie du péricarde.

Pour bien concevoir les rapports de la séreuse avec les vaisseaux, il faut se représenter ceux-ci comme formant deux groupes bien distincts :

1° Un groupe artériel (aorte et artère pulmonaire) sortant du cœur à la base des ventricules, en avant des oreillettes;

2° Un groupe veineux (veines caves supérieure et inférieure, veines pulmonaires droites et gauches), abordant la face postérieure des oreillettes.

Chacun de ces groupes est entouré par le péricarde séreux et constitue un hile spécial, de sorte que le cœur est comme appendu à deux pédicules, l'un artériel et l'autre veineux.

On connaît trop les rapports des artères aorte et pulmonaire intimement accolées à la base du cœur pour que nous y insistions davantage. Nous verrons du reste plus loin qu'il est facile de se figurer autour d'elles le manchon péricardique.

Au contraire, la disposition des veines est plus compliquée à cause de leur nombre et de leur direction différente, et c'est pourquoi on voit moins facilement comment la séreuse se comporte à leur niveau.

Quand on regarde par sa face postérieure un cœur supposé en position normale, on voit la veine cave supérieure aborder verticalement la partie supérieure de l'oreillette droite. La veine cave inférieure a son embouchure à la face postérieure de l'oreillette à peu près sur la même verticale, de telle sorte que les deux vaisseaux semblent se continuer de haut en bas. L'oreillette gauche est abordée par les quatre veines pulmonaires, obliques de dehors en dedans et de haut en bas. Le groupe gauche très court arrive immédiatement à l'oreillette. Le groupe droit au contraire doit suivre un trajet beaucoup plus long à la face postérieure du cœur, et en effet les veines pulmonaires droites croisent la face postérieure de la veine cave supérieure avant d'arriver à l'oreillette gauche.

Les points d'abouchement de toutes ces veines dans le cœur sont compris dans un espace relativement restreint de la face postérieure des oreillettes.

Ceci dit, prenons le péricarde sur la face antérieure et les parties latérales du cœur; il se porte sur le hile artériel auquel il forme un manchon complet, lequel monte plus haut sur l'aorte et particulièrement sur son côté droit — c'est le point le plus haut de la cavité péricardique. — Cette réflexion de la séreuse sur les vaisseaux se ferait, d'après les mensurations de M. Testut, sur l'aorte à 68 millim., sur la pulmonaire à 51 millim. audessus de leur origine. Dans l'espace celluleux situé entre les deux artères, on voit s'enfoncer un petit prolongement de la séreuse.

Sur le hile veineux, la disposition est plus complexe. Prenons le péricarde sur les parties latérales et postérieures du cœur d'une part, et d'autre part sur la face supérieure des oreillettes, immédiatement en arrière de l'insertion de l'aorte et de l'artère pulmonaire. A droite nous voyons la séreuse passer du bord droit à la face postérieure du cœur et à ce moment rencontrer les veines cave supérieure et cave inférieure. Elle tapisse leur face antérieure, leur bord droit et forme, entre elles deux, un cul-de-sac profond surtout marqué en haut où il s'enfonce au-dessous de la veine cave supérieure.

A gauche de même, la séreuse arrivée à la face postérieure des oreillettes trouve les conduits veineux (veine cave inférieure et veines pulmonaires gauches), contourne leur bord gauche en passant de la face antérieure à la face postérieure et forme aussi un grand cul-de-sac analogue au précédent, s'enfonçant profondément au-dessous des veines pulmonaires gauches.

Nous reviendrons du reste plus loin sur la disposition exacte de ces culs-de-sac et sur les modifications que leur imprime la présence des veines pulmonaires droites.

En haut la séreuse se porte de l'aorte et de l'artère pulmonaire sur les faces antérieure et supérieure des oreillettes; à droite, sur la face antérieure de la veine cave supérieure, à gauche, sur celle des veines pulmonaires gauches, formant une lame tendue entre les deux vaisseaux. Cette lame se réfléchit, en haut, au-dessous de la branche droite de l'artère pulmonaire pour venir rejoindre le feuillet séreux du manchon artériel en son point le plus élevé. On voit ainsi qu'il existe entre les artères en avant, les veines et les oreillettes en arrière, une sorte de canal tout entier tapissé par la séreuse et dans lequel le doigt pénètre quand il embrasse le pédicule artériel. Nous reviendrons également plus loin sur ce canal, que nous désignerons sous le nom de canal de Theile. Dans l'ouvrage de cet anatomiste, on en trouve, en effet, une description très nette et très précise.

D'après ce qui précède, on conçoit qu'il existe à la face postérieure des oreillettes, au niveau des abouchements veineux, une région dépourvue de péricarde en contact avec le tissu cellulaire du médiastin limité par le fond des culs-de-sac précédents, c'est-à-dire à l'endroit où le péricarde de viscéral devient pariétal. C'est par cet espace extra-séreux très restreint, plutôt même virtuel, que les veines abordent le cœur.

Reprenons maintenant plus en détail la description des deux culs-de-sac latéraux et du canal de Theile.

Quand on a ouvert le péricarde par sa face antérieure, on voit, en soulevant le cœur, trois vaisseaux qui font une saillie très marquée sur la face postérieure du sac. Ce sont : à droite et en haut la veine cave supérieure; à droite et en bas, la veine cave inférieure, enfin à gauche, les veines pulmonaires gauches.

En reclinant le cœur à gauche, on aperçoit le premier des culs-de-sac dont nous avons parlé. Il présente une concavité regardant à droite. Sa paroi antérieure est constituée par les faces postérieures de l'oreillette dro[illegible] et des deux veines caves; sa paroi postérieur[illegible] feuillet pariétal du péricarde. Les deux [illegible] répondent aux veines caves. En examina[illegible] on voit sur sa paroi postérieure une [illegible] bas et à gauche qui n'est autre que la f[illegible] veines pulmonaires droites, au mo[illegible] croiser la veine cave supérieure pour [illegible] lette. Ce relief divise le grand cul[illegible] fossettes secondaires. L'une inféri[illegible] veine cave inférieure et les vei[illegible] est large et peu profonde. La [illegible] veines pulmonaires droites et [illegible] est plus étroite et beaucoup [illegible] longe à la face postérieure d[illegible] de l'oreillette.

(1) Theile, traduction Jourdan, 1863.

Du côté gauche, nous trouvons une disposition analogue, c'est-à-dire un grand cul-de-sac très apparent quand on a récliné à droite et en haut la pointe du cœur. Il a la forme d'un sinus à concavité gauche et inférieure. Sa paroi antérieure est constituée par le cœur; la postérieure par le péricarde pariétal. Les extrémités correspondent, l'inférieure à la veine cave inférieure, la supérieure et gauche aux veines pulmonaires gauches. La veine pulmonaire droite est également apparente dans ce cul-de-sac. Au moment où elle va se jeter dans l'oreillette, sa face postérieure soulève la paroi antérieure du sinus et le divise en deux fossettes comme du côté droit. La fossette inférieure, située entre la veine cave inférieure et les veines pulmonaires droites, est, comme son homologue, large et peu profonde. La supérieure, comprise entre les deux groupes des veines pulmonaires, s'étend loin vers le haut à la face profonde des veines pulmonaires gauches et de l'oreillette gauche.

De ce côté, on trouve en outre quelquefois une autre petite fossette non constante entre les deux veines pulmonaires gauches.

Les fonds des deux grands culs-de-sac droit et gauche s'adossent. C'est ainsi qu'en mettant un doigt dans chacune des deux fossettes inférieures, on sent que les deux lames séreuses s'accolent de manière à former une sorte de méso, qui empêche de contourner la veine cave inférieure et la face postérieure des oreillettes. De même dans les fossettes supérieures. Un doigt introduit sous la veine cave supérieure vient au contact d'un doigt passé sous les veines pulmonaires gauches ou plutôt n'en est séparé que par un méso. A la partie moyenne la continuité de ce méso est interrompue par la présence des veines pulmonaires droites, qui transversales en écartent les deux feuillets.

Il nous reste maintenant à décrire le canal qui sépare le hile artériel des veines de la base. Il est horizontal et concave en avant pour embrasser les artères; enfin il est aplati d'avant en arrière. Sa paroi antérieure est constituée par la face postérieure des artères aorte et pulmonaire; sa paroi postérieure en allant de gauche à droite par l'auricule gauche, l'oreillette et les veines pulmonaires gauches, la veine cave supérieure, enfin l'oreillette et l'auricule droites. Toute la partie inférieure de cette face est formée par la masse auriculaire, la partie supérieure par les veines cave supérieure et pulmonaire gauches, ainsi que par la lame séreuse qui est tendue entre elles. Son bord inférieur correspond à l'espace compris entre l'origine des artères et les oreillettes. Son bord supérieur est formé par la face inférieure des branches de bifurcation droite et gauche de l'artère pulmonaire. L'orifice du canal est beaucoup plus large du côté droit que du côté gauche, ce qui tient à ce que la séreuse remonte beaucoup plus haut sur l'aorte que sur l'artère pulmonaire.

VI. *Rapports du péricarde et des plèvres.* — Le péri-
...t recouvert par les plèvres dans la plus grande
...n étendue. En avant, en effet, les deux culs-
...édiastinaux arrivent au contact vers le
...ternum, quelquefois même le cul-de-sac
...gèrement le gauche. Tout à fait à la
cependant, il existe entre les deux
...pace triangulaire à base inférieure
...ond au quatrième cartilage costal
...le péricarde est en rapport, par
...cellulaire lâche, avec le sternum
...ges qui s'y insèrent. En arrière
...e non recouvert par les plèvres.
...espond au médiastin posté-

...apports de topographie avec la paroi thoracique antérieure, sont trop connus pour qu'il soit utile d'insister.

Sur les parties latérales la plèvre est appliquée immédiatement sur le péricarde, mais s'en sépare, nous l'avons dit, avec une certaine facilité. Au niveau du point de réflexion sur le diaphragme, l'adhérence est peu intime. Il existe là du tissu cellulo-adipeux en quantité assez notable, soulevant la plèvre sous forme de petits prolongements comparables à des franges épiploïques. Ce tissu cellulaire lâche se continue avec celui qui sépare le diaphragme de la partie postérieure de la base du péricarde.

Le point sur lequel nous voulons surtout insister est la disposition de la plèvre et du péricarde au niveau des nerfs phréniques.

On sait que ces nerfs traversent de haut en bas le thorax, en se plaçant entre les plèvres et le péricarde. A droite, le phrénique suit le bord droit des veines caves, et ne passe pas, comme on l'a dit, à la face postérieure de l'oreillette entre les embouchures des deux grosses veines. En bas, il perfore le diaphragme un peu en dehors de la veine cave inférieure. Il en résulte que la plèvre est soulevée et forme dans la cavité pleurale une lame saillante constituée par deux feuillets séreux adossés et comprimant entre eux le nerf, qui en forme ainsi le bord externe libre. C'est également entre ces deux feuillets que vient se placer la portion extra-péricardique de la veine cave inférieure.

Du côté gauche, le phrénique, après avoir contourné d'une façon plus ou moins évidente la pointe du cœur, vient traverser le diaphragme en un point situé à 1 cent. et demi au moins en dehors de l'insertion du sac fibreux péricardique, de sorte que la plèvre est également soulevée et forme là encore une sorte de méso-phrénique.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Athéthose (Athetosis), par T. J. Mac-Gielicuddy (*The New-York medical Journal*, 7 oct. 1893, n° 775, p. 395). — Observation accompagnée de figures ayant trait à un cas d'hémi-athétose post-hémiplégique, survenu, comme cela est fréquent, en conséquence d'une hémiplégie infantile. L'hémiplégie est intervenue à l'âge de 5 ans, chez la malade actuellement âgée de 23 ans, dont les mouvements athétosiques sont limités à la main gauche. Le traitement par l'électricité n'a eu aucun résultat.

Arthropathie de l'épaule par gliomatose de la moelle épinière (Ein Fall von Erkrankung des Schultergelenks bei Gliomatose des Ruckenmarks), par Sonnenburg (*Berliner klinische Wochenschrift*, 27 novembre 1893, n° 48, p. 1161). — Après diverses considérations sur les arthropathies d'origine nerveuse, et sur le diagnostic des lésions articulaires de cause tabétique et de cause syringomyélique, l'auteur donne la relation — avec figure — d'un cas se rapportant à un homme âgé de 62 ans, atteint, en même temps que de démence sénile, d'une déformation considérable de l'épaule gauche. Le sujet présente en même temps de l'atrophie musculaire des extrémités supérieures et de la dissociation syringomyélique de la sensibilité des mêmes parties.

La déformation, qui est survenue sans trauma apparent et n'a jamais été douloureuse, donne l'aspect d'une luxation sous-coracoïdienne. Les mouvements actifs sont gênés et les passifs sont possibles. On sent que les os sont amincis à leurs extrémités articulaires. Il s'agit, en somme, d'une forme rare d'arthropathie atrophique neuropathique.

Action du cerveau de mouton dans les maladies nerveuses et mentales (Observations on the action of the brain of the sheep in diseases of the central nervous

system and mind), par A. Robertson (*The Lancet*, 16 décembre 1893, n° 1720, p. 1319). — L'auteur a employé le cerveau de mouton en extrait glycériné, pris à l'intérieur, pensant que son action ne serait pas altérée plus que celle de l'extrait thyroïdien par le suc gastrique. Cet extrait, qu'il appelle myéline, a toujours été bien supporté par l'estomac, et a été pris par six malades : trois cas de mélancolie, deux de manie, un cas de paranoia, deux cas de paralysie bulbaire, un de paralysie générale, un de tabes, un de myélite chronique. Chez les malades atteints d'aliénation mentale, dans quatre cas, pas de résultats ; dans le cinquième — mélancolie tenace — il y eut amélioration. Enfin, pour ce qui est des sujets atteints de maladies organiques, seul le malade atteint de myélite chronique fut évidemment amélioré. Il résulte pour l'auteur, de ces essais, que le cerveau de mouton contient des substances stimulantes du système nerveux.

MÉDECINE

Affections intestinales dans la néphrite et l'urémie (Zur Kenntniss der Darmaffectionen bei Nephritis und Uræmie), par Fischer (*Virchow's Arch.*, 1893, Bd CXXXIV, p. 380). — L'auteur a eu l'occasion d'examiner le tube digestif, principalement l'intestin, des 17 brightiques dont 8 avaient succombé à de l'urémie. Chez 7 on trouva le tableau anatomique bien connu de l'entérite plus ou moins grave. Chez 4 il existait une entérite pseudo-membraneuse, ulcéreuse, surtout marquée au niveau de la partie inférieure de l'iléon et dans le gros intestin.

Sans nier le rôle de l'élimination par l'intestin de certains produits de rétention sur la production de cette entérite, l'auteur est d'avis de considérer la seconde forme (ulcéreuse) comme dérivant directement de la première (catarrhale), pour laquelle il faut faire intervenir les troubles gastriques si fréquents chez les brightiques. Quant à la localisation principale des ulcérations au gros intestin, l'auteur l'explique par ce fait que ce sont justement ces parties qui se trouvent le plus longtemps avec les matières fécales et qui sont le plus exposées aux infections secondaires auxquelles l'organisme du brightique n'est capable d'opposer qu'une résistance minime.

Le bain chaud dans le choléra, par Ducamp, Jaussod et Magnol (*Nouv. Montpel. méd.*, 1893, n°s 51, 52). — En se basant sur l'étude de trois cholériques traités systématiquement par le bain chaud (à 42°, trois fois par jour) et tous guéris, les auteurs montrent que ce moyen thérapeutique met l'organisme dans les conditions propres à lui permettre de faire la réaction et qu'il favorise une sorte de réaction fébrile, artificielle.

Le bain chaud serait dans le choléra plus qu'une méthode thérapeutique imitatrice de la nature, car il déterminerait une réaction fébrile un peu artificielle, non pas que le bain chaud la fît de toutes pièces, mais parce qu'il mettrait l'organisme en bonne voie pour faire cette salutaire réaction.

CHIRURGIE

Crâniectomie circulaire (Die circulære Craniectomie), par Dumont (*Corresp. Bl. f. schw. Arz.*, 1893, n° 23). — Le procédé employé avec succès par l'auteur chez une microcéphale de 14 mois avec accès épileptiformes, comprend : 1° une incision sur la ligne médiane allant du front jusqu'à la tubérosité occipitale externe, incision à travers laquelle on décolle le cuir chevelu avec le périoste ; 2° application d'une couronne de trépan de 2 centimètres et demi au-dessous de chaque tubérosité pariétale ; 3° réunion des deux orifices, en avant et en arrière, par la résection d'un lambeau osseux circulaire de 3 à 4 millimètres de hauteur. Il reste alors au sommet de la tête une calotte mobile sur laquelle on rabat le cuir chevelu. Suture de la plaie, sans drainage. Guérison sans complications.

L'avantage principal de ce procédé serait d'éviter toute hémorrhagie sérieuse.

Nouvelle méthode d'hystérectomie (Eine neue Methode der Gebærmutterexstirpation), par Schuchardt (*Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 51, p. 1121). — La méthode suivie par l'auteur dans un cas de cancer avancé de l'utérus est en somme une modification du procédé de Zuckerkandl et Wœlfler (un Kraske sans résection osseuse).

La femme est mise en position de la taille. L'incision un peu convexe en dehors part de l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la grande lèvre et se dirige vers le sacrum pour s'arrêter à deux travers de doigt de l'anus. L'incision correspond donc au creux ischio-rectal qu'on traverse en approfondissant l'incision pour arriver à dénuder la paroi latérale du vagin qui est alors incisé jusqu'à son incision sur le col. On a alors une large voie qui permet d'extirper avec la plus grande facilité l'utérus et les annexes. Les moignons des trompes sont ramenés dans l'incision vaginale, leurs surfaces péritonéales suturées au catgut ; suture du vagin et de la plaie. Guérison sans complications.

Traitement des ruptures de l'utérus (Zur Behandlung der Uterusruptur), par Merz (*Arch. f. Gynækol.*, 1893, Bd CCXLV, p. 181). — Conclusions basées sur deux cas personnels et de 230 trouvés dans la littérature :

1° Si le tronc seul de l'enfant est passé dans la cavité abdominale à travers la rupture, il faut terminer l'accouchement par une application de forceps et de crânioclaste.

2° Si la tête seule ou le fœtus en entier ont passé dans la cavité abdominale, il faut faire la laparotomie sans tenter la version, retirer l'enfant et suturer la plaie utérine.

3° Si l'accouchement a été terminé par les voies naturelles, il est indiqué, quand on se trouve dans de bonnes conditions, de faire la laparotomie pour suturer la plaie utérine ; si l'on se trouve dans des conditions où cette opération paraît impraticable, on fera le drainage et le tamponnement iodoformé de l'utérus sans lavage préalable.

4° En cas d'endométrite puerpérale septique consécutive à l'accouchement par les voies naturelles ou non, on n'hésitera pas à faire l'opération de Porro.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique de gynécologie, par Stéphane Bonnet et Paul Petit, volume de 800 pages avec 297 figures intercalées dans le texte et une préface par Charpentier. (J.-B. Baillière et fils). Prix : 15 fr.

Le traité de MM. Bonnet et Petit se divise en deux parties : la première est consacrée à la *Pathologie* et aux *Indications thérapeutiques*. Dans la *première partie*, nous signalerons tout particulièrement les pages consacrées à l'*Interrogatoire* et aux différents modes d'*Exploration*, depuis le simple toucher digital jusqu'à la laparotomie exploratrice ; aucun détail pratique n'est négligé dans l'exposé des procédés usuels d'examen.

Certains chapitres de la partie clinique méritent une attention spéciale par la façon neuve et originale dont ils sont compris ; au lieu de séparer les inflammations des différents segments de l'appareil génital, les auteurs les réunissent dans une description commune, montrant par là que leur étiologie est univoque et que l'inflammation d'un organe entraîne rapidement celle des parties qui en dépendent ; il en est de même pour le prolapsus qui est, en effet, une ptose à tendance générale des parties génitales.

Ces descriptions anatomiques sont très précises et très complètes, et l'histologie pathologique est éclairée par de nombreuses figures originales dont on ne saurait trop louer la clarté, dues à M. Cassas.

La *deuxième partie* est réservée au manuel opératoire, comprenant toutes les interventions usuelles de la gynécologie. On y trouvera un chapitre très soigné sur la *pratique de l'Asepsie*. Après quoi les auteurs décrivent successivement : l'*Anesthésie*, la *Réunion*, l'*Hémostase*, le *Massage*, l'*Electrisation*. Puis ils divisent les *opérations* en *extrapéritonéales*, *transpéritonéales* et *intrapéritonéales*, ces dernières comprenant la laparotomie antérieure, inférieure et enfin postérieure ou sacrée.

Chacune de ces interventions est expliquée soit par des coupes dans lesquelles le péritoine et les muqueuses sont représentés par des lignes en couleur, ce qui en augmente la netteté, soit par des figures dans lesquelles les surfaces d'avivement sont teintées, ce qui permet de comprendre immédiatement les lignes d'incision et les différents temps de l'opération.

On trouvera donc dans le traité de MM. Bonnet et Petit une étude très approfondie et scientifique des maladies de la

femme et un exposé très pratique du traitement gynécologique, ce qui en fait un ouvrage de choix pour le praticien.

VARIÉTÉS

Les réformes de l'Assistance publique. — Le *Mercredi médical* a annoncé que, sur la proposition de M. P. Strauss, le Conseil supérieur de l'Assistance publique avait voté la réorganisation du Conseil de surveillance et décidé que, désormais, onze membres du Conseil municipal seraient appelés à en faire partie.

Cette réforme est la moins importante de celles que l'on prétend imposer par les modifications apportées à la loi de 1849. M. P. Strauss demande, en effet, que le Conseil municipal de Paris puisse exercer un contrôle budgétaire plus complet sur l'Assistance publique et, puisqu'il lui vote annuellement plusieurs millions, surveiller et réglementer le fonctionnement de cette administration. Il va plus loin. Il veut supprimer l'inamovibilité des médecins des hôpitaux, les soumettre tous les cinq ans à une investiture nouvelle et, par conséquent, puisque tous les membres du Conseil municipal auront le droit de pénétrer dans tous les établissements hospitaliers et d'en surveiller le fonctionnement, les placer sous la dépendance directe de nos édiles. On voit d'ici les beaux résultats que donnerait une semblable réforme! Nous ne disconvenons pas qu'il y ait quelque chose à faire pour remédier à « l'inexactitude légendaire » de quelques médecins des hôpitaux dénoncée par M. P. Strauss; mais la loi de 1819 suffit à cette réforme nécessaire. Il doit être permis au Conseil de *surveillance* d'exercer un contrôle sur l'exactitude des chefs de service et de leurs assistants. Nous examinerons prochainement comment doit être compris ce contrôle.

Association générale des médecins de France. Société centrale. — Dimanche dernier a été tenue, sous la présidence de M. Bucquoy, l'assemblée annuelle de cette Société. Dans une allocution très applaudie, M. le président a rendu un éloquent hommage à la mémoire de son collègue E. Vidal et annoncé qu'à dater de l'année 1894, le taux de quelques-unes des pensions allouées par l'Association pourrait être élevé au taux de 1,200 fr. ou de 1,000 fr. M. Piogey, secrétaire de la Société centrale, a lu ensuite le rapport sur la situation morale et financière de cette œuvre et payé un juste tribut de regrets à la mémoire de ceux de ses membres qu'elle a perdus. M. Brun a donné, au sujet de la situation financière de la Société centrale, les renseignements les plus rassurants. Il importe cependant de faire remarquer qu'il convient d'adresser un nouvel appel au dévouement et au zèle des médecins du département de la Seine pour rendre plus nombreuses les adhésions à une œuvre de solidarité confraternelle qui a déjà fait tant de bien et qui doit accroître chaque année la sphère de son action bienfaisante.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Lejars, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant à Biarritz, gendre de notre très honoré confrère M. le professeur Gariel.

— On annonce aussi la mort du célèbre chirurgien Billroth. Né à Bergen, dans l'île de Rügen, le 26 avril 1829, il avait été reçu docteur à Berlin en 1852 et, après un voyage à Vienne et à Paris, avait été l'assistant de Langenbeck. Son traité de *pathologie et de thérapeutique chirurgicales générales*, publié en 1863, le rendit célèbre. Il prit part à la guerre de 1870, et publia sur tous les sujets qui intéressent la chirurgie et la médecine opératoire, y comprises les questions de chirurgie d'armée, des travaux très remarquables. La grande encyclopédie chirurgicale de Pitha et Billroth (1865-1882), la *Deutsche Chirurgie* qu'il dirigea avec Lücke depuis 1879 sont des recueils que consultent avec fruits tous les chirurgiens contemporains. Pourquoi faut-il faire remarquer que ce savant si universellement apprécié se soit toujours montré l'adversaire de toutes les publications françaises et, pour mieux montrer « que la science française ne suivait que d'un pas boiteux les découvertes d'outre-Rhin, » ait systématiquement supprimé dans ses bibliographies la plupart des noms français!

Conférence sanitaire internationale. — La conférence sanitaire internationale contre le choléra a tenu hier sa première séance au Ministère des Affaires étrangères, sous la présidence de M. Casimir-Perier.

Après un discours de M. le Ministre des Affaires étrangères, la réunion a écouté, sous la présidence de M. Barrère, l'historique fait par M. Proust des mesures déjà prises par la défense de l'Europe contre le choléra, ainsi que des mesures à prendre par la nouvelle conférence.

Hôpital français de Londres. — Le vingt-sixième banquet annuel de l'hôpital de Londres a eu lieu le 6 février, au Metropole-Hôtel, sous la présidence dd M. Decrais, ambassadeur de France, qui y faisait sa première apparition dans une fête française.

Le lord-maire, indisposé, a dû se faire représenter, au dernier moment, par sir Polydore de Keyser, ancien lord-maire, qui a toujours témoigné d'une grande sympathie pour l'œuvre de l'hôpital français.

Le comte Tornielli, ambassadeur d'Italie, et plusieurs diplomates, le personnel entier de l'ambassade française, le consul général et le personnel du consulat, les docteurs et le comité de l'hôpital, les représentants des principaux journaux français et d'une grande partie de la presse anglaise, un grand nombre de membres de la colonie française et des amis de l'œuvre; en tout, environ, 240 personnes, assistaient à ce banquet.

Au dessert, M. Decrais a proposé le toast à la reine, au prince et à la princesse de Galles, faisant des vœux pour le rétablissement complet de cette dernière. Il a ensuite porté la santé de M. Carnot, « qui a droit à nos hommages et à notre affection, parce qu'il accomplit son devoir de manière à s'attirer la confiance de l'Europe. Les Français doivent lui être reconnaissants de représenter la France comme elle mérite de l'être. »

— L'hôpital français de Londres vient de recevoir de M. Meissonier fils une donation de 10,000 francs, prélevée sur le produit de l'exposition à Londres des œuvres de son père.

Cette somme a été obtenue grâce au concours bienveillant de M. le comte de Saint-Genys, secrétaire de l'ambassade de France à Londres, et de M. Austin Lee, secrétaire de l'ambassade d'Angleterre à Paris.

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.
5e liste.

M. A. Milne-Edwards, directeur du Muséum, 50 fr. — Professeur Ranvier, 50 fr. — Dr Ch. Fernet, 20 fr. — Dr Mathieu, 20 fr. — Dr Machelard, 10 fr. — P. Mégnin (Vincennes), 20 fr. — Dr Arnould (Lille), 10 fr. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 200 fr. — Prof. Azam (Bordeaux), 200 fr. — Prof. P. Dupuy (Bordeaux), 100 fr. — Dr Vergely, 20 fr. — M. E. J. Moure, 20 fr. — Régis, 20 fr. — Prof. Bergonié, 10 fr. — Prof. Arnozan, 10 fr. — Mauriac, 5 fr. — R. St.-Philippe, 5 fr. — Dubreuilh, 5 fr. — Sous, 5 fr.

Souscription à l'œuvre de la Tuberculose.

29e liste.

Conseil général du Lot-et-Garonne, année 1892.	300	»
» » » » 1893.	300	»
» des Alpes-Marit., année 1892.	200	»
» » » » 1893.	200	»
» de l'Oise......... année 1892.	100	»
» » » .... » 1893.	100	»
» des Vosges....... année 1892.	100	»
» » » .... » 1893.	100	»
» du Morbihan........	100	»
M. le professeur Straus.......................	300	»
M. le professeur Bouchard....................	300	»
Société des médecins de Nice et Cannes.......	200	»
M. le professeur Nocard (d'Alfort)............	150	»
M. le docteur Picot..............................	100	»
M. le docteur Emile Loncq, 1892 et 1893......	40	»
M. le baron Larrey............................	20	»
Mme Verneuil..................................	20	»
Total...............	2.630	»
Montant des listes précédentes........	85.742	35
Total général..........	88.372	35

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Paris, 16 février 1894.

Les réformes de l'Assistance publique.

Sous ce titre, nous annoncions la semaine dernière (p. 72) que M. P. Strauss, conseiller municipal, avait saisi le Conseil supérieur de l'Assistance publique d'une série de questions qu'il importe d'examiner sérieusement. Sans doute, officiellement du moins, il ne s'agit que d'une modification à apporter à la loi du 10 janvier 1849 et, en particulier, d'un remaniement du conseil de surveillance dont la composition ne paraît plus en rapport avec l'importance du budget de l'Assistance publique et de la subvention que lui accorde le Conseil municipal. En réalité, M. P. Strauss l'a déclaré avec autant de loyauté que d'énergie, on veut profiter de justes critiques, maintes fois adressées à la gestion et au fonctionnement de nos services hospitaliers, pour essayer, en supprimant l'inamovibilité due au concours, de faire de tous les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux des fonctionnaires placés sous la dépendance du Conseil municipal de Paris.

Pour bien montrer à quoi tendent les réformes que l'on propose, il importe tout d'abord de signaler très franchement les défauts de l'organisation actuelle.

Dans le rapport qu'il a présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique, M. le Dr Napias reconnaissait « que les critiques sur l'administration de l'Assistance publique à Paris, dont à tant de reprises on a entendu retentir la tribune du conseil municipal et dont la presse s'est tant de fois faite l'écho, visaient surtout des points de détails administratifs ou réglementaires, que la loi n'a point prévus ni ne pouvait prévoir; il faut constater, ajoutait-il, qu'on a réclamé tantôt contre l'insuffisance du contrôle et contre l'insuffisance de l'autorité, contre le défaut de surveillance et contre l'excès du personnel de surveillance, contre certaines formules administratives surannées et certaines formalités encombrantes, etc., etc. » Nous n'en disconvenons nullement. Les critiques portées devant le Conseil municipal ne visaient presque toutes que la gestion du budget de l'Assistance publique, que le gaspillage trop souvent inexplicable des fonds qui devraient être employés, non pour couvrir des frais généraux excessifs, mais pour entretenir et mieux traiter des malades. Si l'on songe que le budget de l'Assistance publique s'élève aujourd'hui à plus de 43 millions, on conviendra qu'il est permis de s'inquiéter de la gestion de cette fortune. Si l'on réfléchit que sur cette somme de 43 millions, les subventions municipales et celles qui proviennent de l'octroi dépassent 21 millions, on reconnaîtra que le Conseil municipal a le droit de s'en préoccuper. Nous applaudirons donc à toutes les réformes administratives qui auront pour résultat de mieux contrôler la gestion des finances de l'Assistance publique. Nous admettons aussi que, dans la composition du conseil de surveillance, une plus grande place soit faite aux membres du Conseil municipal. Que le nombre des membres du conseil de surveillance soit augmenté ; que le nombre des conseillers municipaux y soit doublé ou même triplé ; qu'on y fasse entrer des accoucheurs et des médecins du bureau de bienfaisance ; qu'on y admette même des ouvriers manuels et des représentants des œuvres de charité privée, ce sont là des questions qui méritent un sérieux examen et que nous serions très disposés à approuver si nous ne savions que l'on travaille mieux dans les assemblées peu nombreuses que dans les grandes Commissions.

On conviendra cependant que nous ayons à cœur de défendre aussi les intérêts non moins respectables des médecins et des chirurgiens des hôpitaux qui, étant à la peine, ayant assumé la lourde charge de traiter les malades hospitaliers, doivent être mis en mesure de défendre au sein du conseil de surveillance les privilèges de leur corporation qui est l'honneur du corps médical français et qui, au point de vue scientifique et professionnel, a mérité depuis tant d'années l'estime et le respect de tous.

Or ces intérêts seraient gravement compromis si l'on admettait, comme le demande M. P. Strauss, que des titres acquis au concours puissent être discutés tous les cinq ans, sous prétexte qu'une investiture nouvelle doit être conférée tous les cinq ans à ceux qui remplissent

« une fonction d'utilité publique ». Sans doute M. P. Strauss a reconnu que « la propriété d'un grade acquis au concours » devait être laissée aux titulaires des services hospitaliers. Mais il prétend pouvoir leur enlever « le droit d'exercice. » Examinons, sans aucune réticence, les motifs allégués pour justifier cette révolution.

« A l'appui de ma thèse, a dit M. P. Strauss, j'ai cité au conseil de surveillance des exemples heureusement très rares de chefs de service dont l'inexactitude est légendaire. » Nous admettons le bien fondé de cette accusation. Nous irons même plus loin que l'honorable conseiller municipal. Nous reconnaîtrons que « l'inexactitude légendaire » de certains chefs de service n'est point aussi rare qu'il le constate. Mais ici il importe d'établir une différence capitale entre les chefs de service.

Parmi ceux-ci, il en est à qui leurs fonctions officielles multiples rendent à peu près impossible un service hospitalier médical ou chirurgical, tel que doivent l'exiger les règlements administratifs. Parvenus à une situation qui les oblige à assister plusieurs fois chaque semaine, presque toujours dans la matinée, à des assemblées où se discutent les intérêts de la Faculté, des hôpitaux ou de l'hygiène; sénateurs, députés, membres des conseils de l'instruction publique, de l'hygiène, de l'assistance hospitalière ; appelés à des commissions multiples, à des comités dont les séances sont interminables; souvent chargés en même temps d'un enseignement officiel, certains médecins, chirurgiens ou accoucheurs des hôpitaux ne pourraient jamais, même en sacrifiant tous leurs intérêts privés, en renonçant à la clientèle et aux consultations, remplir d'une façon régulière les fonctions que leur impose leur service d'hôpital. Qu'on assure donc, par une réglementation que nous avons souvent réclamée, un service de suppléants ou d'assistants choisis parmi les médecins et les chirurgiens du Bureau central, qu'on autorise les chefs de service, régulièrement empêchés par leurs fonctions officielles, à se faire suppléer par ces assistants, à désigner ceux-ci tous les six mois ou tous les ans au choix de l'administration; que, sans les arracher au service des hôpitaux qu'ils ont longtemps honoré, qu'ils ont fait bénéficier de leur influence extra-médicale et sur lequel rejaillit toujours une partie de leur juste célébrité, on laisse ces médecins éminents diriger leur service en confiant à des suppléants nommés au concours une partie de leur tâche professionnelle, et tout aussitôt tomberont une partie des critiques que l'on adresse aujourd'hui au corps médical des hôpitaux.

Quant aux professeurs de clinique dont le nombre des absences serait trop considérable ; quant aux médecins et chirurgiens des hôpitaux qui, sans motifs valables, montreraient « une inexactitude légendaire », est-il besoin d'une législation nouvelle pour les rappeler à l'observation de leur devoir ?

La loi du 10 janvier 1849 déclare que le conseil de surveillance de l'Assistance publique est appelé à donner son avis sur « les règlements du service intérieur des établissements et du service de santé et l'observation desdits règlements (art. 10) et sur toutes les questions de discipline concernant les médecins, chirurgiens et pharmaciens (art. 11) ». Le règlement du conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique publié le 24 janvier 1856 déclare que « la visite et la surveillance des établissements hospitaliers et de secours à domicile seront réparties entre tous les membres du Conseil à l'exception des deux préfets » (art. 1er); que cette inspection portera « sur la visite des salles de malades et l'examen détaillé des soins dont ils sont l'objet » (art. 5). Il dit expressément (art. 6) : « si, dans le cours de leur inspection, quelques-uns de MM. les membres du Conseil avaient remarqué, dans les établissements ou services qu'ils sont chargés de visiter, des abus graves à réprimer promptement, ils en feront, dans sa plus prochaine séance, un rapport spécial au Conseil, lequel statuera suivant qu'il y aura lieu ».

Est-il possible d'armer plus efficacement contre tous les abus un Conseil dit de surveillance? Est-il nécessaire de modifier une législation qui pose avec tant de netteté les principes et leur mode d'application?

Mais, nous objectera-t-on, le Conseil de surveillance n'a jamais usé de ses prérogatives; jamais, dans le cours de leur inspection — en admettant qu'elle se fasse régulièrement — ses membres n'ont signalé l'inexactitude des chefs de service et les inconvénients qui en résultent au point de vue de l'administration des hôpitaux. Nous pourrions citer un exemple récent qui prouve que le Conseil de surveillance a fait comparaître devant lui et a publiquement blâmé un chirurgien des hôpitaux. Mais là n'est pas la question. Ce que nous tenons à affirmer, c'est que des commissions de contrôle « composées d'un conseiller municipal, d'un membre du Conseil de surveillance et de trois ou quatre personnes de confiance choisies parmi les citoyens les plus compétents et les plus dévoués des quartiers de Paris » auraient beau, comme le demande M. P. Strauss, recevoir les plaintes des malades et suivre d'une façon constante la marche des services; ils n'obtiendraient rien, à moins d'admettre que le corps médical des hôpitaux ne renonce à tous ses droits. Ce qu'il faut, c'est faire contrôler les services par des hommes jouissant d'une autorité suffisante. Les membres du Conseil de l'Assistance publique ont cette autorité. Ce qu'il faut de plus, c'est laisser aux conseils de famille nommés par la Société des médecins du Bureau central et par la Société des chirurgiens de Paris le soin de transmettre aux intéressés les accusations qui pourraient être portées contre eux par le Conseil de surveillance. Il serait peut-être ainsi plus aisé de voir si certaines absences ne sont pas excusables.

Si, après avoir assuré officiellement un service de suppléants ou d'assistants nommés dans le cas où les chefs de service seraient régulièrement empêchés de satisfaire à toutes leurs obligations professionnelles, après avoir régularisé par des congés la situation des chefs de service malades ou désireux de se livrer à des travaux personnels, l'Administration représentée par les délégués du Conseil de surveillance tenait à assurer, dans tous les hôpitaux, la régularité des visites et des services, elle y parviendrait. Il lui suffirait de signaler, avec preuves à l'appui, « l'inexactitude légendaire » de certains chefs de service. Ceux-ci ne s'exposeraient pas à plusieurs avertissements de leurs collègues d'abord, du Conseil de surveillance ensuite, dont les jugements pourraient, à la rigueur, être rendus publics.

Ce n'est donc pas en essayant de revenir à ce qui existait de 1801 à 1849 ; ce n'est pas en supprimant pour les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs des hôpi-

taux, des droits acquis au concours que l'on parviendra à réformer certains abus. C'est en appliquant, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici, la loi de 1849 que l'on y arrivera très facilement. Procéder autrement serait s'exposer à des conflits dont les malades hospitalisés seraient les premiers à souffrir.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

De la méningo-myélite syphilitique.

Les récentes discussions sur la syphilis de la moelle épinière qui eurent lieu successivement aux Sociétés médicales de Berlin et de Vienne (1) ont remis cette question à l'ordre du jour. Il nous a donc paru intéressant de donner aux lecteurs le résumé de cette question en nous servant principalement du mémoire fort remarquable que M. Lamy (2) a récemment fait paraître sur la méningo-myélite syphilitique.

I

La forme que revêtent le plus souvent les lésions syphilitiques de la moelle épinière sont la méningite et la méningo-myélite. On pourrait bien faire une étude séparée des lésions vasculaires, des lésions méningées et des gommes de la moelle comme cela a lieu pour le cerveau; mais quand on va au fond des choses on s'aperçoit que les gommes de la moelle épinière sont extrêmement rares et qu'il est actuellement encore impossible d'établir une distinction rigoureuse entre les lésions vasculaires et la méningite proprement dite qui, le plus souvent, se rencontrent l'une à côté de l'autre et sont intimement liées entre elles.

Cela étant bien établi, on peut diviser les lésions syphilitiques de la moelle et de ses enveloppes en deux groupes : la lepto-méningo-myélite syphilitique et la pachy-méningite spinale syphilitique avec envahissement secondaire de la moelle épinière.

M. Lamy a justement eu l'occasion d'observer un cas de lepto-méningo-myélite tout à fait au début et saisir, pour ainsi dire, sur le vif, les premiers stades du processus.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, syphilitique depuis un an, mais se trouvant encore manifestement sous l'influence de l'infection (épididymite double et syphilides cutanées) qui, en dehors de toute autre cause, est frappé presque subitement d'une paraplégie grave. Au bout de 19 jours de maladie, il est dans le même état au point de vue de la motilité des membres inférieurs, lorsque, après quelques troubles trophiques et quelques symptômes d'infection secondaire peu graves, il meurt subitement. A l'autopsie on ne trouva rien pour expliquer la mort, si ce n'est, peut-être, une ancienne altération du myocarde trouvé mou, flasque, jaunâtre. La moelle elle-même, pas plus que ses enveloppes, ne présentaient à l'œil nu les ravages habituels de la myélite, et ce n'est qu'à l'examen microscopique qu'on découvrit des lésions caractéristiques du côté des méninges, des vaisseaux et de la moelle.

Voici ce que montra l'examen histologique de l'axe médullaire.

(1) V. *Mercredi médical*, 1893 et 1894.
(2) H. Lamy, *De la méningo-myélite syphilitique, étude clinique et anatomo-pathologique*. Paris, 1893.

Les altérations méningo-vasculaires étaient beaucoup plus étendues en hauteur que les lésions médullaires. Elles étaient en réalité diffuses et on les rencontrait à un degré à peu près égal sur toute la hauteur de l'axe spinal et presque sur les méninges bulbaires, alors que la moelle n'était intéressée que sur une étendue relativement restreinte, au niveau de la région dorsale supérieure.

Les altérations consistaient essentiellement en une infiltration abondante de petites cellules rondes munies d'un gros noyau qui occupait presque tout le corps cellulaire et se colorait vivement à l'hématoxyline, au carmin, etc. Ces éléments étaient pressés les uns contre les autres en amas compacts, sans interposition de substance inter-cellulaire, pénétrant par places la pie-mère et l'espace sous-arachnoïdien d'une façon diffuse, mais plus habituellement groupés autour des vaisseaux sanguins. Disposés sur plusieurs rangées, en un manchon épais autour des capillaires, ils figuraient sur la coupe transversale de véritables nodules au centre desquels on voyait généralement la lumière du vaisseau plus ou moins oblitérée. Dans quelques-uns de ces nodules occupant la pie-mère, il existait même des cellules géantes typiques, de sorte qu'on avait ainsi l'apparence complète d'une granulation spécifique.

Les vaisseaux de calibre contenus dans les méninges présentaient un contraste remarquable entre la participation très accentuée de toutes les veines à l'infiltration, et l'intégrité complète des artères, sauf un très léger degré de périartérite sur quelques artérioles de second ordre. C'étaient les mêmes petites cellules rondes qui envahissaient les parois veineuses, et en telle abondance par endroits, qu'on avait peine à retrouver sur la coupe les éléments normaux de la veine. La néoformation, étendue d'une façon diffuse à toute la paroi vasculaire, redoublait d'intensité au pourtour des vaso-vasorum. La périphlébite existait seule sur certaines veines; sur un grand nombre d'entre elles, elle s'accompagnait d'endophlébite oblitérante. Enfin à la hauteur de la région dorso-spinale, dans l'épaisseur même de la paroi de la veine spinale antérieure doublée ou triplée par l'infiltration, il existait un foyer de nécrose des plus nets où les éléments en voie de destruction se coloraient mal, en un mot, une véritable gomme intra-pariétale.

Dans la moelle elle-même intéressée au niveau de la région dorsale supérieure, il existait des lésions de deux ordres :

Les unes résultaient évidemment de la propagation de l'infiltration méningée et étaient surtout évidentes au niveau des cordons postérieurs à la hauteur de la première racine dorsale. Les autres, manifestement indépendantes de l'infiltration méningée, intéressaient d'une part la substance grise sur une hauteur de cinq ou six racines, et d'autre part la substance blanche des cordons latéraux d'une étendue moindre.

La substance grise dans toute la moitié supérieure de la moelle dorsale était creusée de cavités nombreuses qui occupaient principalement la commissure et les cornes antérieures et qui étaient remplies, sur des coupes, par un coagulum paraissant provenir d'un exsudat primitivement liquide ayant envahi la substance grise centrale par le sillon médian antérieur pour s'infiltrer entre les éléments de celle-ci, soit en suivant les gaines périvasculaires, soit en creusant des loges artificielles au sein du tissu fondamental si délicat de cette partie de la moelle. Les éléments nobles des cornes antérieures, les grandes cellules étaient ratatinées, sans prolongements, chargées de pigment, se coloraient mal et étaient même complètement détruites par places. Par contre, le tissu névroglique de la substance grise était à peine altéré.

Dans la substance blanche les lésions, limitées aux cordons latéraux et plus spécialement à la partie postérieure de ces cordons, se sont présentées sous forme de petits territoires circonscrits, disséminés en plein tissu médullaire sain, les uns superficiellement situés sous la méninge infiltrée, les autres plus profonds, arrivant quelquefois au contact même de la substance grise, tous orientés dans le sens des septa qui rayonnent de la piemère dans la moelle. Au niveau de ces foyers, l'examen le plus attentif ne faisait découvrir que des tubes nerveux au premier stade de destruction : énormes cylindre-axes granuleux privés de leur gaine de myéline; dans quelques tubes, la myéline transformée en un amas de fines granulations ; enfin, par endroits, de simple trous à l'emporte-pièce représentant la place d'un tube nerveux disparu. En même temps, lésions vasculaires notables : infiltration à cellules rondes des parois des petits vaisseaux qui parcourent les cloisons conjonctives émanées de la méninge, infiltration d'autant plus abondante qu'on se rapproche plus de la périphérie. Dans le cordon latéral tous avaient un calibre extrêmement réduit par suite de l'hypertrophie de leur paroi.

D'après Lamy, l'ordre de succession et la dépendance réciproque des lésions constatées auraient été les suivants : lepto-méningite et arachnite spinales étendues à toute la hauteur de la moelle, avec participation des veines méningées ; altérations secondaires dans la moelle, en partie par propagation des lésions méningées, en partie consécutivement à la gêne de la circulation. Et ce qui prouverait la spécificité des lésions observées, c'est la disposition des éléments néoformés, leur tendance manifeste à se grouper en nodules, la formation de véritables granulations embryonnaires pourvues de cellules géantes, enfin l'évolution de cette néoformation, la production des foyers de nécrose limités, soit dans les parois vasculaires, soit dans l'infiltration diffuse qui a envahi la moelle par endroits.

Telles étaient les lésions de la lepto-méningite syphilitique au début dans le cas de Lamy, telles elles se retrouvent encore dans le cas d'Homolle (1), dans les deux observations du professeur Hayem (2); telles elles sont encore décrites par Greiff (3), Rumpf (4), Gilbert et Lion (5), Siemerling (6), pour ne citer que les travaux les plus importants.

Lorsque les désordres anatomiques moins étendus permettent une survie plus longue, l'aspect des lésions se trouve modifié par l'entrée en scène des réactions secondaires qui n'empêchent pourtant pas de reconstituer leur mode d'évolution et de reconnaître dans ses traits essentiels le processus méningo-vasculaire précédemment étudié.

On trouve par conséquent au niveau du foyer principal une sclérose diffuse de la substance blanche dont l'origine méningo-vasculaire est manifeste. La prédominance des lésions scléreuses à la périphérie, la fusion intime de la pie-mère et du tissu médullaire sous-jacent signalent la participation de la méninge au processus pathologique. L'origine nettement péri-vasculaire des foyers de sclérose dans le tissu médullaire lui-même montre bien la part des vaisseaux. Quant à la nature de la lésion originelle qui a atteint les méninges et les vaisseaux, elle est indiquée par les vestiges importants qui en ont subsisté.

Plus la lésion est ancienne, plus l'inflammation spécifique a une tendance à faire place, dans les points qu'elle a touchés, à l'hyperplasie réactionnelle du tissu interstitiel; et dans ces conditions on constate un épaississement fibreux de la pie-mère et des parois vasculaires. La moelle elle-même montre une sclérose névroglique avancée que l'on pourrait désigner comme sclérose méningo-vasculaire, à ne considérer que sa répartition : îlots de sclérose isolés autour de petits vaisseaux, bandes de sclérose le long des travées conjonctives, taches de sclérose triangulaires, à base périphérique, rappelant par leur forme les infiltrations gommeuses qui émanent de la pie-mère et qui pénètrent dans la moelle en manière de coin ou de triangle. Même processus dans les racines spinales, avec cette différence qu'ici la sclérose consécutive présente les caractères de la sclérose conjonctive vraie. C'est en somme une méningo-myélite scléreuse.

Les lésions méningées de la syphilis peuvent encore se limiter aux enveloppes immédiates de la moelle, c'est-à-dire la pie-mère et l'arachnoïde, mais avoir aussi quelquefois pour point de départ la dure-mère. A côté des lepto-myélites diffuses précédemment étudiées, il y a donc lieu de distinguer une pachy-méningo-myélite syphilitique. C'est la forme la plus fréquente en l'espèce, si on la compare à la pachy-méningite externe par carie syphilitique des vertèbres, ou aux tumeurs gommeuses des méninges, rares toutes les deux.

Macroscopiquement déjà, il est facile de constater les ravages produits par la pachy-méningite; à l'ouverture du rachis, on trouve ordinairement la moelle entourée, au point frappé, d'une épaisse virole composée d'enveloppes médullaires hypertrophiées et soudées entre elles. Le siège de prédilection de la pachy-méningite est la région cervicale, et à l'examen microscopique, il est facile de constater que la lésion va en diminuant vers le haut et vers le bas. Mais l'examen attentif du mésocéphale et du cerveau montre que la méningite, se poursuivant jusque sur le bulbe et la protubérance, atteint la base du cerveau, au niveau de l'espace interpédonculaire. Depuis Virchow on sait, du reste, que la base du cerveau et plus spécialement l'espace interpédonculaire, la région du chiasma, constitue un lieu de prédilection des méningites syphilitiques. En résumé, la lésion consiste en une pachyméningite interne avec arachnite et leptoméningite. Il en résulte une véritable symphyse méningée qui a pour conséquence inévitable les plus graves désordres anatomiques du côté de la moelle épinière. Enfin, les vaisseaux nourriciers de la moelle et ceux des méninges ne sont intéressés que sur les points correspondant à la méningite elle-même.

En somme, la différence entre les pachy-méningites propagées à la moelle épinière et les lepto-méningo-myélites, toutes les deux syphilitiques, n'est pas bien grande, puisque, dans les deux cas, il existe une localisation initiale sur les méninges avec propagation de l'inflammation à la moelle et la participation des vaisseaux nourriciers de la moelle ayant pour conséquence inévitable des troubles circulatoires et une nutrition insuffisante des éléments nerveux. Le processus fondamental étant presque le même dans les deux variétés, on peut parfaitement réunir celles-ci sous le titre général de méningo-myélites syphilitiques.

II

L'étude un peu aride des lésions anatomo-pathologiques de la syphilis médullaire nous aidera à comprendre la raison d'être du tableau clinique. Sans qu'il existe une relation nette, précise entre la variété clinique et la lésion, il est possible toutefois d'établir certaines divisions que la clinique, et souvent l'anatomie pathologique, justifient pleinement.

(1) *Progrès médical*, 1876.
(2) *Arch. de physiol.*, 1874.
(3) *Arch. f. Psychiatrie*, Bd XII.
(4) *Arch. f. Psychiatrie*, Bd XVI.
(5) *Arch. gén. de méd.*, 1889.
(6) *Arch. f. Psychiatrie*, Bd XXII.

Dans presque toutes les méningo-myélites syphilitiques on trouve une période prémonitoire, période prodromique, caractérisée essentiellement par des troubles de la sensibilité : douleurs rachidiennes plus ou moins irradiées, fourmillements, engourdissements dans les membres.

Très souvent le début de la période prémonitoire est marqué par des symptômes cérébraux : céphalalgie, nausées, vomissements, vertiges, état comateux passager ; ou bien encore paralysie d'un nerf crânien. Peu à peu les troubles cérébraux s'amendent, et la céphalalgie, notablement atténuée à ce moment, envahit le rachis et se transforme en rachialgie très particulière, tout à fait caractéristique, à caractères suivants : elle se produit principalement la nuit, d'autres fois vers le matin, ou bien elle présente deux maximums, dans la nuit après le coucher et vers le matin.

La localisation n'a rien de constant, mais elle finit par objecter, chez un même sujet, toujours le même siège dans son retour périodique. Autrement dit, il se forme un foyer douloureux local, accompagné de raideur de la nuque avec douleurs irradiées dans la nuque et les membres supérieurs quand il occupe la région cervicale, avec irradiations dans le tronc et les membres inférieurs quand il siège sur la région dorso-lombaire.

On voit que la marche est dans ces cas vraiment typique en ce sens que les phénomènes médullaires succèdent très nettement aux symptômes cérébraux. Aussi est-on tout à fait fondé à admettre, dans les cas de ce genre, une analogie complète entre les accidents cérébraux et ce qui se passe du côté de la moelle épinière. Ainsi les céphalées spécifiques semblent en relation avec une poussée inflammatoire de méningite encéphalique, au même titre que la rachialgie traduit l'envahissement des enveloppes de la moelle.

Dans un grand nombre de cas, les troubles prémonitoires de l'affection médullaire offrent des caractères beaucoup moins spéciaux. La rachialgie si caractéristique fait défaut, l'enchaînement des symptômes cliniques indiquant cet envahissement de haut en bas des méninges rachidiens manque, et dans l'histoire de ces malades qui arrivent avec des paraplégies confirmées on ne trouve, comme symptômes prodromiques, que de légers troubles subjectifs de la sensibilité, quelquefois une douleur lombaire un peu intense et principalement des troubles vésicaux.

Enfin il peut arriver que la période prémonitoire manque entièrement, ou bien que les symptômes qui la caractérisent soient tellement légers que leur signification soit aisément méconnue. Il semble que cela ait lieu plus fréquemment dans les formes graves qui évoluent cliniquement avec les allures de la myélite centrale aiguë.

Quel qu'ait été le mode de début, la lésion médullaire une fois constituée se traduit cliniquement dans la grande majorité des cas par un ensemble symptomatique très analogue à celui de la myélite transverse dorsale, c'est-à-dire par une paraplégie en dernier lieu spasmodique, compliquée d'une façon presque constante de paralysie des sphincters. Dans d'autres cas, le tableau clinique est celui de la myélite cervicale transverse. Mais cette variété est très rare. Dans l'un ou l'autre cas, les faits les mieux connus en tant qu'intensité des symptômes et gravité de l'évolution, peuvent être répartis dans un des deux groupes suivants : paraplégies syphilitiques communes ; paraplégies syphilitiques graves.

La *paraplégie syphilitique commune* répond au type clinique de la myélite transverse dorsale. Jusqu'à ces temps derniers, on admettait même que les paralysies spécifiques n'offraient aucun caractère spécial, et c'est à Erb en particulier qu'on doit l'esquisse de ce qu'il désigne sous le nom de paralysie spinale syphilitique.

Le développement de la maladie, suivant Erb, a lieu d'une façon progressive. Les symptômes se constituent dans le cours de semaines, de mois, parfois même d'années. Ce sont d'abord des paresthésies, des douleurs dans les membres inférieurs, dans le rachis ; de la faiblesse et de la raideur des jambes ; des troubles vésicaux. Ceux-ci peuvent précéder tous les autres, exister seuls pendant quelque temps. Plus tard la maladie évolue jusqu'à la parésie spasmodique, rarement jusqu'à la paraplégie complète. La marche spasmodique est alors atypique. Mais, règle générale, la paralysie à proprement parler reste peu accentuée, et le malade conserve une grande force musculaire dans les différents segments des membres inférieurs. Les réflexes tendineux sont pourtant très exagérés et il existe presque de la trépidation spinale.

Les troubles de la sensibilité sont toujours relativement légers, parfois même à peine indiqués. Les plus constants sont les troubles subjectifs, par contre les troubles objectifs manquent souvent ou sont insignifiants.

La parésie vésicale, qui est constante, s'accompagne ordinairement d'impuissance sexuelle.

Les troubles trophiques, les eschares du décubitus, l'atrophie musculaire font défaut, sauf dans quelques cas graves. La moitié supérieure du corps reste indemne. Enfin, l'affection présente une tendance très manifeste à s'améliorer dans une bonne moitié des cas. Après un traitement spécifique bien conduit, on peut voir des malades guérir de leur paraplégie à peu près complètement. Mais souvent elle reste stationnaire en dépit de toutes les médications mises en usage.

A ces caractères qui suffisent, d'après Erb, pour reconnaître la nature spécifique de la paralysie, Lamy ajoute deux nouveaux éléments de diagnostic : 1° caractères de la période prémonitoire ; 2° vestiges actuels d'une poussée de méningite cérébro-spinale qui a marqué le début des accidents nerveux (paralysies vasculaires, passagères ou persistantes, accidents du côté des membres supérieurs, etc.).

La marche de la paraplégie syphilitique commune est essentiellement chronique. La paralysie reste incomplète dans tous les cas, et, dans la plupart d'entre eux, malgré la gêne évidente de la marche due à l'état spasmodique des membres inférieurs, la paralysie motrice à proprement parler existe à peine. L'affection peut s'aggraver momentanément, et les malades se trouver dans l'obligation de prendre le lit, mais c'est toujours d'une façon passagère, et le traitement anti-syphilitique intervient alors d'une manière efficace.

La guérison complète est exceptionnelle, et, dans la majorité des cas, la paraplégie syphilitique reste définitive ; elle pourra s'améliorer lentement dans la suite, mais le traitement spécifique n'aura plus guère d'influence sur elle.

La paraplégie syphilitique commune évolue quelquefois avec une aggravation de tous les symptômes précités. C'est la forme grave de la paraplégie commune constituant un trait d'union entre celle-ci et la *paraplégie syphilitique grave*.

Ce qui caractérise la paraplégie syphilitique grave, c'est la brusquerie du début et la marche pour ainsi dire foudroyante de l'affection. Les symptômes prodromiques sont rares et insignifiants. Tel malade pendant une semaine éprouve des douleurs sourdes le long de la colonne vertébrale ; tel autre n'éprouve comme avertissement qu'un peu de fatigue dans les jambes le matin même du jour où il est tombé paralysé. Ou bien les accidents débutent par des troubles vésicaux.

La paralysie des membres inférieurs survient en une nuit, en quelques heures ou même brusquement comme s'il s'agissait d'une véritable attaque de paraplégie. Dans d'autres cas, une parésie légère des membres inférieurs s'exagère tout à coup et se transforme en paraplégie absolue.

L'intensité des symptômes est, à la suite, tout autre que dans les paraplégies syphilitiques communes. C'est une paralysie absolue du mouvement avec une insensibilité qui peut être également complète sous tous ses modes dans les membres inférieurs et la partie inférieure du tronc. Les réflexes tendineux sont régulièrement affaiblis, le plus souvent abolis dès le début. L'excitabilité électrique des muscles est souvent considérablement diminuée, parfois tout à fait abolie.

La paralysie complète de la vessie et du rectum est la règle. Puis on voit apparaître, et souvent d'une façon précoce, de vastes eschares de décubitus n'offrant aucune tendance à la cicatrisation. La maladie, jusqu'alors apyrétique, s'accompagne alors d'une fièvre septique tenant le plus souvent à des infections du côté de l'appareil urinaire, et dans ces conditions l'issue fatale ne tarde pas à survenir, sans que l'influence du traitement spécifique ait modifié en rien la marche du mal.

Telles sont les deux formes cliniques de paraplégie syphilitique les plus fréquentes et les plus importantes. Mais si la myélite se localise au segment cervical, il est évident qu'on pourra observer de la parésie ou de la paralysie des quatre membres, comme cela a lieu dans les cas de Weidner et de Buttersack. On comprend également qu'en clinique on pourra trouver des types morbides sortant des cadres schématiques ci-dessus tracés et présentant des modifications suivant l'intensité, l'étendue et la localisation de la lésion anatomique de la moelle et de ses enveloppes.

R. Romme.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. A. Poncet.

Névrome plexiforme de la face. Malformation congénitale de la face et du crâne, avec éléphantiasis des parties molles, par M. J. Collet, interne des hôpitaux.

Cette nouvelle observation de névrome plexiforme doit prendre place à côté de celle que nous avons publiée avec M. Lacroix dans la *Gazette hebdomadaire* du 2 décembre 1893. Il s'agit, comme on peut en juger à première vue par les photographies, d'une malformation semblable quoique les photographies n'aient pu être faites qu'après diverses opérations dans lesquelles on avait enlevé un volume notable de la tumeur.

L'examen anatomo-pathologique de masses néoplasiques enlevées dans diverses opérations a, du reste, démontré la même nature de tissu.

Lecuel François, de Châlon-sur-Saône, écolier âgé de 15 ans 1/2, entre, le 12 août 1893, à la clinique du professeur A. Poncet.

Son père et sa mère sont encore vivants et bien portants. Il n'a qu'un frère plus jeune que lui, qui est âgé de 11 ans, et qui est également bien portant. Personne dans sa famille n'est porteur de difformité.

La déformation qui l'amène à l'hôpital a débuté sans cause occasionnelle connue, sans traumatisme, à l'âge de 18 mois. A partir de cette époque, elle s'est accentuée progressivement, sans douleur, et de son siège primitif, la joue, elle s'est peu à peu étendue aux régions voisines. Depuis l'âge de 13 ans 1/2, elle a cessé de s'accroître. Elle est constituée par deux replis situés l'un au-dessus du sourcil, l'autre sur la joue et le long de la mâchoire; ces deux replis cachent des déformations osseuses sous-jacentes : et il est à remarquer que ces déformations, comme l'hypertrophie des parties molles, sont absolument limitées à la moitié droite de la face et du crâne (1).

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les photographies qui accompagnent cette observation, bien que ces photographies n'aient été prises qu'après une première opération, pour reconnaître que le malade doit sa physionomie toute particulière à l'hypertrophie des tissus de la joue. L'hypertrophie intéresse une vaste surface dépassant légèrement en haut l'arcade zygomatique, s'étendant en avant jusqu'au voisinage du sillon naso-génien, ou plus exactement jusqu'à une ligne allant de l'angle interne de l'œil au menton, et dépassant en arrière la limite postérieure de l'apophyse mastoïde. Inférieurement enfin, elle se termine par le vaste repli dont nous parlions tout à l'heure, qui va de la région mastoïdienne au menton, en suivant le bord du maxillaire, qu'il dépasse de plusieurs centimètres, en pendant sur la région sous-maxillaire. La couleur de la peau hypertrophiée est normale avec quelques petits points pigmentés : c'est là d'ailleurs un fait commun aux névromes plexiformes de cette face. Sur toute l'étendue de la joue, on sent une masse mollasse avec des nodosités. En arrière de l'oreille, au niveau de l'apophyse mastoïde, on trouve une peau normale recouvrant une masse analogue à celle de la joue, et donnant la sensation caractéristique de paquets de ficelles. Cette hypertrophie se continue sans ligne de démarcation bien nette avec la face postérieure du pavillon, puis se dirige en avant, en englobant complètement le lobule de l'oreille qui fait corps avec elle. De là, le repli passe, comme nous l'avons dit, au-dessous du bord inférieur du maxillaire et va jusqu'à la commissure labiale, abaissée de deux centimètres environ, mais non déviée à droite.

Le sourcil droit est peu fourni. L'angle externe de l'œil droit descend environ 3 centimètres plus bas que l'angle correspondant de l'œil gauche. L'œil droit ne se ferme pas complètement. Au-dessus du sourcil on constate encore l'existence d'une masse molle.

En palpant les deux replis, on reconnaît des *déformations osseuses* prononcées. Le maxillaire inférieur est déformé, plus angulaire que du côté opposé. La fosse temporale est plus profonde que du côté sain. L'arcade orbitaire est très oblique en bas et en dehors au lieu d'être transversale, et on se rend bien compte que l'abaissement de l'angle externe de l'œil ne doit pas être uniquement attribué à des parties molles. Le rebord inférieur de l'orbite est aussi plus bas de ce côté. Le front est bombé, large et haut. Rien à noter dans les autres parties du squelette.

Du côté des dents, aucune particularité. La dentition est normale; 3 ou 4 dents sont tombées sans douleur, il y a deux ou trois ans, il ne s'est pas développé de tumeur à leur place.

En faisant ouvrir la bouche, on voit sur la face interne de la joue une large saillie, paraissant être une dépendance de l'hypertrophie visible au dehors, dont elle a d'ailleurs la consistance.

La langue, irrégulière, présente au-dessous de sa pointe une tuméfaction mollasse; vers la base, et surtout dans sa moitié droite, un développement considérable d'aspect papillomateux.

(1) Ce malade a été présenté à la *Société des sciences médicales de Lyon*, en décembre 1893. Voir *Lyon médical*, 1893.

L'examen de l'oreille a montré du côté gauche un certain degré de sclérose du tympan; il n'y a plus de triangle lumineux, et la montre n'est entendue qu'à 30 centi-



mètres. Du côté droit, la montre n'est entendue qu'au contact fort et au contact mastoïdien. La conque est d'ailleurs intéressée, comme boursouflée, surtout au niveau du lobule et tout autour du méat auditif qui n'apparaît plus que comme une fente linéaire. Le tympan n'est pas visible. Malgré l'introduction du spéculum, il est caché par le collapsus des parois du conduit, accolées et recouvertes d'une épaisse couche de débris furfuracés, humides.

La peau, au niveau du repli génien, est recouverte d'un léger duvet; elle présente des plaques et taches pigmentaires, elle est le siége d'une légère desquamation furfuracée plus appréciable qu'ailleurs.

Séborrhée sèche sur le cuir chevelu.

Sur les autres points du corps on note des nævi et des taches pigmentaires variant depuis les plus petites dimensions jusqu'à celles d'une pièce de deux francs. Ces taches sont plus nombreuses sur le tronc que sur les membres. La peau présente aussi des molluscum, de la grosseur d'un pois, des papillomes très petits, mais rien qui rappelle les nodosités et les cordons du névrome plexiforme, si caractéristiques à la face.

Pas de poils au pubis.

Les testicules et le pénis sont normaux.

Opération. — Le 17 août, on pratique une première intervention. M. Jaboulay fait une incision parallèle au bord inférieur du maxillaire inférieur droit et sous-jacente à lui. Extraction facile de paquets de nerfs sauf en haut, derrière l'apophyse mastoïde où se trouve le pédicule de la tumeur. A un moment donné, une hémorrhagie veineuse très abondante se produit; elle ne peut être arrêtée que par la compression avec des tampons. On place sur le pédicule de la tumeur, qui est remarquable par sa vascularisation veineuse, une pince hémostatique pour ligament large. Après l'ablation, la région carotidienne était disséquée, la carotide interne, la jugulaire interne étaient à nu ainsi que le grand hypoglosse dont l'anse et la branche descendante étaient visibles; un prolongement du névrome accompagnait cette branche descendante.

Le 25 août, M. Jaboulay extirpe, par une incision parallèle à la première, des masses situées dans la loge sous-maxillaire et sur la face externe du maxillaire inférieur, ainsi que dans la paupière supérieure droite et sous le sourcil. L'hémorrhagie est moins forte que la première fois.

Le 21 septembre, troisième intervention; extirpation de masses graisseuses de la joue; écoulement d'un liquide citrin.

Etat du malade en décembre 1893 :

L'oreille a gardé le même aspect.

La masse qui occupait le sourcil droit de la paupière supérieure est supprimée; on ne voit plus qu'une cicatrice linéaire à un centimètre au-dessus du sourcil.

Le grand repli de la joue est très atténué et remplacé par deux cicatrices parallèles, séparées par un intervalle de quatre centimètres et commençant l'une au-dessus du tragus, l'autre au niveau de la région mastoïdienne. Partant de là, elles se dirigent vers la région sus-hyoïdienne, comprenant entre elles deux le lobule de l'oreille et circonscrivant ce qui reste du repli, réduit à une légère saillie. Au-dessus, l'hypertrophie de la joue persiste, quoique atténuée.

Voici maintenant le résultat des examens histologiques pratiqués par M. Paviot, préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.

De la tumeur enlevée à la joue, deux morceaux différents furent mis au durcissement par la gomme et l'alcool : l'un fut pris dans le point où la tumeur était formée par des cordons blancs intriqués; l'autre consistait en un cordon cylindrique, du volume d'un sciatique normal; ce cordon par ses extrémités se perdait bien dans la tumeur, mais il pouvait, sur un parcours de 0 m. 03 à 0 m. 04, en être facilement isolé, bien qu'un tissu conjonctif lâche le rattachât à la tumeur.

Le premier fragment (*a*) donne des préparations qui,



colorées au picro-carmin et vues par transparence, sont constituées par des alvéoles rouges contenant un tissu moins coloré, transparent, plus translucide, offrant quelque chose de la diaphanéité du tissu graisseux ou en couche mince.

A un faible grossissement (ob. 3, oc. 3), le tissu qui

sépare chaque îlot translucide est du tissu conjonctif adulte formé de longues fibres avec cellules fixes rares. Ces fibres sont très longues, elles passent d'un alvéole à l'autre, faisant que le tissu conjonctif adulte qui engaine les néoformations translucides est nettement indépendant de celles-ci qui ont comme écarté, pour se faire place, ces trousseaux fibreux adultes.

Chaque néoformation cylindrique engainée présente une zone périphérique qui a fixé plus vigoureusement le carmin ; elle contient des formations fibrillaires, circulaires, orientées toutes en circonférences concentriques ; à mesure que l'on s'avance vers le centre, le réticulum fibrillaire devient de plus en plus délié, les fibrilles s'orientent dans des sens et des plans de plus en plus larges. Enfin, au centre, est constamment un faisceau de fibres nerveuses avec gaine de myéline et cylindre-axe. Le réticulum fibrillaire se densifie un peu autour du faisceau nerveux central.

Si nous reprenons maintenant cette analyse à un fort grossissement (ob. 6, oc. 3), nous voyons que la couche relativement dense et fibrillaire de la périphérie de chaque cylindre organisé n'est que le tassement du feutrage délié qui lui est concentriquement placé ; en effet, si là les fibres sont plus volumineuses et plus denses, on trouve au travers les mêmes cellules que nous allons rencontrer dans la zone feutrée.

Dans cette zone, en effet, qui constitue les cinq sixièmes du cylindre néoformé, nous trouvons des fibrilles ténues, d'une grande délicatesse, à peine teintées en rose par le carmin, semblables à du verre tiré, sans noyaux fusiformes ou étoilés de cellules fixes. Les espaces laissés libres par ces fibrilles sont larges, leur direction est tout à fait capricieuse et les fibrilles sont bien plutôt perdues dans une substance hyaline, transparente, qu'elles ne contiennent cette substance. Puis dans cette substance hyaline, muqueuse, ne semblant qu'accolées aux fibrilles conjonctives, sont de nombreuses cellules, toutes rondes, très variables de volume, offrant toujours un protoplasma très clair et un noyau très rond, vésiculeux, mal coloré par le carmin ; ces cellules tout à fait spéciales ont une certaine cohésion avec les fibrilles, mais ne se moulent pas, ne s'étirent pas sur elles, elles semblent en être tout à fait indépendantes, vivant dans cette substance muqueuse hyaline dans laquelle plonge le tout. Leur volume varie de celui d'un globule blanc à celui d'une grosse cellule épithéliale. En somme, on a affaire à une forme assez embryonnaire du tissu conjonctif, au tissu muqueux.

Le centre de chaque cylindre est marqué par un gros faisceau nerveux que nous avons signalé. Mais il semble que l'on rencontre, très rares et très éparses, de distance en distance dans le tissu muqueux décrit ci-dessus, des fibres nerveuses soit isolées, soit par groupe de deux ou trois ; elles sont difficiles à voir dans les préparations colorées au picro-carmin, et malheureusement, la pièce ayant été recueillie dans l'alcool, les colorations de la myéline nous ont été impossibles, du moins par ses réactifs d'élection.

L'examen histologique du tronc isolé, du volume d'un sciatique, est absolument superposable à celui relaté plus haut.

En résumé, chez Lecuel comme chez Corneloup, opéré par M. Poncet (1), on s'est trouvé en présence d'une malformation congénitale de la face et du crâne, caractérisée plus particulièrement, au point de vue anatomique, par une hyperplasie du tissu nerveux, d'où le nom de névrome plexiforme qui paraît leur convenir.

(1) *Gaz. méd., loc. cit.*

De la rage dans les Deux-Sèvres (1807-1892).

Conclusions d'un mémoire couronné par l'Association française pour l'avancement des sciences au Congrès de Besançon, 1893.

Le département des Deux-Sèvres est essentiellement agricole. La propriété y est, selon les régions, inégalement divisée. Les chiens préposés à la garde des maisons et des troupeaux sont d'autant plus nombreux par région que cette division y est plus grande.

Dans le Bocage, pays de grande propriété qui comprend l'arrondissement de Parthenay et la portion ouest de celui de Bressuire, le nombre des chiens est, selon les cantons, de 3, 4, 5 pour 100 habitants.

Dans la Plaine, où la propriété est très morcelée et qui comprend la partie est de l'arrondissement de Bressuire et la plus grande portion de ceux de Niort et de Melle, cette proportion est de 14, 15.

En tout il y avait en 1892, dans les Deux-Sèvres, pour une population de 350,000 habitants, 27,936 chiens, dont 5,117 pour l'arrondissement de Parthenay, 6,855 pour celui de Bressuire, 7,841 pour celui de Melle et 8,324 pour celui de Niort.

***

La moyenne annuelle des chiens enragés pour chacun de ces arrondissements est de 3, 9, 11, 13, soit 36 cas pour tout le département : ce qui représente 3 cas par mois, et un peu plus d'un cas par canton, les cantons étant au nombre de 31.

***

La rage canine dans les Deux-Sèvres paraît donc être toujours en acte ou en incubation. Dès lors, elle peut vivre sur son propre fonds, sans l'apport obligé des départements voisins. Ceux-ci, d'ailleurs, ayant le même régime agricole et à peu près la même population canine, ne fournissent aux Deux-Sèvres guère plus de chiens enragés qu'ils n'en reçoivent.

***

De temps en temps, le nombre des chiens enragés se multiplie assez pour créer une véritable épidémie de rage canine, qui s'étend parfois à tout un arrondissement ou même à plusieurs arrondissements voisins. C'est ce qui est arrivé en 1875 pour l'arrondissement de Niort, en 1877 pour celui de Bressuire, en 1892 pour les arrondissements de Melle et de Niort, où il y a eu plus de 60 cas.

Faute d'informations suffisantes, personne n'a la notion exacte de ces épidémies et de la filiation des cas.

***

Il y a des causes naturelles qui s'opposent à la trop grande expansion de ces épidémies : tels les cas de rage canine non suivis de morsures, telles les morsures sans infection ultérieure... Et ces cas ne sont pas rares.

D'autre part, les mesures répressives favorisent l'extinction assez rapide de ces épidémies, sans pourtant empêcher l'éclosion de cas tardifs et isolés, qui entretiennent et perpétuent ainsi la maladie.

Ces mesures sont prises soit par l'initiative privée, soit par ordre administratif. Elles consistent dans la destruction immédiate des chiens enragés, l'abatage des chiens mordus ou suspects, la séquestration temporaire ou le musellement ou la tenue en laisse de tous les chiens de la région infestée.

***

Il y a recrudescence annuelle et vernale dans les Deux-Sèvres des cas de rage canine, dans la proportion de 6 cas en moyenne en hiver et de 14 au printemps.

Elle atteint jusqu'à 22 cas en juillet pour décroître ensuite graduellement.

Elle paraît dépendre des pérégrinations plus grandes des chiens mâles : ce qui multiplie pour eux les chances de contagion. Ils fournissent l'immense majorité des cas.

***

Nous avons relevé en 85 ans, de 1807 à 1892, 30 cas de rage humaine : 8 pour Bressuire, 9 pour Parthenay, 5 pour Melle, 8 pour Niort; cela fait une moyenne de un cas pour un peu plus de deux années et demie.

Nous ne parlons que des cas de rage notoires : car il y a eu certainement un assez grand nombre de cas méconnus, ou douteux, ou dissimulés. Nous en connaissons 3 ou 4 pour notre compte.

***

Vingt-quatre fois, les animaux mordeurs étaient des chiens, trois fois des loups, une fois un blaireau; deux fois la contagion s'est faite indirectement par des objets souillés de bave rabique.

En 1892, dans deux cas obscurs, arrivés à notre connaissance personnelle, la cause est restée inconnue. Il n'y avait pas eu morsure. La cause probable a paru être la manipulation d'un bâton qui avait servi à harceler une porcine dans un creux d'arbre. Était-elle enragée?

***

Dix-neuf fois, les morsures ont été faites aux mains à nu. Les autres régions, telles que la tête, la face, les bras, les jambes, les cuisses....., ne comptent chacune que pour une ou deux unités.

Deux fois seulement il y avait eu cautérisation à peu près complète.

***

Le traitement préventif avait été empirique dans la plupart des cas et dirigé par des traiteurs qui de père en fils se transmettent des remèdes prétendus secrets et pourtant connus, dont le mérite est de donner aux victimes crédules une grande sécurité d'esprit, et c'est beaucoup.

***

Dans la plupart des cas, l'incubation n'a pas excédé 60 jours. Dans trois cas elle a atteint 4, 6, 9 mois. Une fois elle a été de 4 ans et demi.

Les tares nerveuses, l'alcoolisme... ont paru prédisposer à la maladie. Les surexcitations physiques et morales, l'ivresse, peuvent en déterminer ou en hâter l'éclosion.

***

La symptomatologie de la rage n'est pas univoque, tant s'en faut, et reste parfois obscure.

On a pu la prendre, en cas de rage furieuse, pour une méningite, une manie aiguë, un *delirium tremens;* en cas de rage paralytique pour une myélite, une maladie de Landry (ce qui nous est personnellement arrivé). L'une ou l'autre de ces maladies à son tour a pu être prise, moins souvent pourtant, pour la rage; et dans certains cas la confusion était d'autant plus facile, qu'il y avait eu morsure antérieure.

La rage imaginaire n'est pas un fait rare à constater.

***

Nous avons recueilli, au cours de nos recherches, une cinquantaine de cas de morsures rabiques chez l'homme sans infection consécutive. La rage des animaux mordeurs a été démontrée dans la grande majorité des cas. Les morsures avaient eu lieu à nu et le plus souvent les plaies n'avaient pas été cautérisées.

Dans les conditions habituelles des morsures, l'homme ne prend donc pas facilement la rage des chiens.

***

Sur six personnes mordues profondément par des loups enragés — trois en 1827, trois en 1843 — à la tête et aux mains, deux seulement ont succombé à la rage : une de chaque série.

***

Il est difficile de dire aujourd'hui quelle a été la moyenne annuelle des gens mordus par des animaux enragés.

D'après les renseignements recueillis soigneusement auprès des traiteurs du pays, ce nombre devait être de 5 à 6, avant 1882.

A partir de cette date, jusqu'en 1886, date qui correspond au vote de la loi de 1881 sur la police sanitaire et au règlement d'administration publique de 1882, de l'aveu des traiteurs, leur clientèle aurait un peu diminué et serait descendue à 4 ou 5.

A partir de 1886, elle est devenue nulle ou à peu près; elle a pris la route de l'Institut Pasteur.

***

Comme parmi ces gens mordus il en enrageait, avons-nous dit, un en moyenne tous les deux ans et demi environ, cela revient à dire que sur 10 à 12, il en enrageait un en moyenne.

Cette moyenne, évidemment, n'empêche pas qu'il a pu y avoir parfois des séries heureuses bien plus considérables de gens mordus et non infectés. On peut le présumer par ce fait que de 1807 à 1886, à trois reprises — la dernière est 1881-1886 — il s'est écoulé 5 à 6 ans sans cas notoires de rage humaine, alors qu'on peut croire qu'il y a eu une quinzaine de personnes mordues pendant ce laps de temps.

Mais ce ne sont là que des conjectures.

Ce qui est sûr, c'est qu'à partir de 1886, parmi les 14 personnes qui ont été adressées à l'Institut Pasteur, pas une n'a enragé, et que depuis onze ans, depuis 1881, il n'y a pas eu de cas notoires de rage humaine dans les Deux-Sèvres. Cet intervalle de temps est le double des intervalles qui précédemment n'avaient donné aucun cas de rage notoire. Trois cas clandestins, relevés par nous à la fin de 1892, n'avaient pas été soignés à l'Institut Pasteur.

***

Somme toute, le département des Deux-Sèvres, avec sa petite quantité de gens mordus et de cas de rage en regard de certains départements qui ont annuellement jusqu'à 40 personnes mordues, est privilégié dans la statistique de la rage en France.

Il le doit, comme la Vendée, la Vienne et les départements voisins, à sa situation géographique qui l'éloigne des grands centres urbains, véritables foyers de rage canine, et qui le défend du côté de la mer contre les invasions du dehors. Il le doit aussi aux violentes mesures répressives, que les habitants prennent eux-mêmes contre les chiens enragés.

Ces mesures auraient besoin d'être complétées par des mesures prophylactiques non moins rigoureusement appliquées; par la vulgarisation, à l'aide de brochures ou d'affiches dans les lieux publics, des premiers symptômes de la rage canine, par la déclaration obligatoire des animaux suspects; par la responsabilité sévèrement recherchée des propriétaires de chiens en cas d'accident.

Mais, quand même on arriverait ainsi sur place à une extinction de la rage, rien ne sera fait, et on aura toujours à craindre les invasions venues du dehors, tant

qu'on ne voudra pas tenir la main à ce que nos règlements d'administration publique soient enfin appliqués d'une manière stricte et surtout persistante dans nos grands centres populaires, d'où s'échappe à jet continu l'immense majorité des chiens enragés qui infestent la France.

Dr Ricochon.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Acromégalie (Weitere Beitræge zur Akromegaliefrage), par Julius Arnold (*Archiv. de Virchow*, 10 janvier 1894, Bd CXXXV, Ht 1, p. 1). — Ce travail, considérable et très complètement documenté, représente l'exposé des travaux antérieurement consacrés à l'acromégalie ainsi que la bibliographie de cette affection, à l'occasion d'une observation avec autopsie originale. L'auteur propose à titre de simplification le terme de pachyacrie pour désigner les cas analogues à l'acromégalie, qui représenterait la forme pituitaire du groupe, et le mot ostéite hyperplasique secondaire pour remplacer la dénomination d'ostéopathie arthropatique, hypertrophiante pneumique.

Atrophie musculaire progressive (Two cases of progressive muscular atrophy. A report of the pathological examination with special reference to the functions of certain cells groupe of spinal cord), par Græme M. Hammond (*The New-York medical journal*, 6 janvier 1894, n° 788, p. 7). — Les deux cas rapportés présentent cette particularité commune que dans tous deux, à côté des lésions caractéristiques de l'atrophie musculaire progressive (atrophie des cellules des cornes antérieures), il existait de la sclérose du faisceau de Gowers. Le deuxième cas est relaté en termes succincts et paraît concerner un cas de sclérose latérale amyotrophique. Le cas I est plus intéressant, et a trait à une forme d'atrophie musculaire progressive spinale (de type Aran-Duchenne), mais à début péronier. Le type est à différencier du type neurotique de Charcot-Marie. Les muscles avaient été successivement et tous envahis par la paralysie et l'atrophie pendant la vie, même ceux du tronc, au point que la malade succomba à des troubles cardiaques. Toutefois, certains muscles avaient été épargnés, tels, le triceps sural et les muscles de l'avant-bras gauche. L'autopsie permit de retrouver intacts des groupes de cellules, qui, par leur siège dans la moelle, paraissaient correspondre à ces muscles conservés. On en peut donc déduire certaines conclusions au point de vue de l'innervation des muscles par les cellules des cornes antérieures.

Syphilis et tabes (Syphilis and tabes dorsalis), par Sachs (*The New-York medical journal*, 6 janvier 1894, n° 788, p. 1). — Après avoir exposé l'état actuel de la controverse en ce qui concerne les rapports de la syphilis et du tabes, l'auteur, qui paraît admettre la nature syphilitique de la paralysie générale et du tabes, affections distinctes seulement, à son avis, en ce que c'est les méninges de la convexité dans celle-là, de la moelle postérieure dans celui-ci, qu'altère la syphilis, apporte de nouveaux arguments en se fondant sur une observation avec autopsie. Dans le cas en question, l'autopsie révéla, en outre de lésions typiques et anciennes de tabes, des altérations récentes de lepto-méningite syphilitique. Au sujet de l'origine anatomique du tabes, l'auteur pense que les lésions primitives occupent, non pas les ganglions, mais la partie des racines postérieures située entre les ganglions rachidiens et les cornes postérieures.

Sur les variations déterminées par la posture dans la température superficielle des membres (Notes on surface temperatures as affected by postures of limbs), par J. Weir Mitchell (*The New-York medical journal*, 6 janvier 1894, n° 788, p. 1). — L'auteur donne, dans ce travail, le résultat de recherches qu'il a entreprises sur la température des membres selon la position qu'ils occupent. La température du dos et de la plante du pied varie de 2/5 à 1° C. selon que le membre est vertical ou horizontal. Dans des conditions égales, la température est moins élevée le matin que le soir à ce niveau. La paume des mains est la partie la plus chaude des extrémités. Les mains et les pieds ont des températures presque égales : parfois le membre droit est plus chaud, parfois c'est le gauche.

Diagnostic d'une tumeur restiforme, par Brissaud (*Le Progrès médical*, 20 janvier 1894, n° 3, p. 41). — Le cas rapporté, déjà intéressant par ses caractères anatomiques et cliniques, l'est encore pour ce fait qu'il fut possible d'établir pendant la vie un diagnostic de localisation intra-crânienne, dont l'extrême précision fut démontrée à l'autopsie. Une femme de 45 ans, sans antécédents notables, présente 8 ans avant une surdité bientôt complète de l'oreille gauche ; plus tard, elle souffre pendant 2 ans de spasmes du facial gauche. Elle offre, enfin, dans les derniers 6 mois, une céphalée atroce, de l'état vertigineux, de la démarche titubante, des douleurs avec raideurs parfois paroxystiques de la nuque. L'examen ne révèle qu'une névrite optique double, sans troubles de la sensibilité, la motilité n'étant pas affectée autrement que par un peu de faiblesse des membres inférieurs. L'autopsie montre un fibro-sarcome gros comme un œuf, siégeant sur la partie du corps restiforme gauche, au niveau de la racine externe du nerf auditif qu'elle comprime.

Mort subite dans la névrite ascendante (Five cases of sudden death due to ascending neuritis), par Ferguson (*Medical News*, 6 janvier 1894, n° 1095, p. 1). — Les cinq cas (dont quatre autopsies) rapportés par l'auteur, sont assez semblables entre eux. Il s'agit de sujets chez lesquels, soit sous l'influence de refroidissement ou d'intoxication, soit en raison d'un traumatisme opératoire (extirpation de tumeurs ou de ganglions de l'aisselle) ; on voit se développer des phénomènes de névrite portant sur le plexus brachial (douleurs du membre, parésie et atrophie rapides), auxquels met brusquement fin une mort imprévue qui termine la scène par des signes de palpitation et de syncope. L'examen nécroscopique ayant montré dans ces cas, d'une part l'absence de toute altération ancienne ou présente du muscle cardiaque, d'autre part la présence de lésions névritiques sur les racines ou les branches du plexus brachial, l'auteur suppose dans ces cas l'extension par névrite ascendante du processus aux origines des nerfs du plexus cardiaque. La mort surviendrait en conséquence de troubles du muscle secondaires à la névrite cardiaque.

Embolie cérébrale (Gehirnarterien Embolie), par N. Saveliew (*Virchow Archiv*, 10 janvier 1894, B. CXXXV, H. I, p. 112). — Etude sur les difficultés que présente le diagnostic de l'embolie et de l'hémorrhagie cérébrale, basée sur les documents accumulés statistiquement par les auteurs. Il est à remarquer qu'on trouve à ce sujet nombre de cas dans la littérature taxés d'embolies cérébrales, bien qu'à l'autopsie on n'ait pas trouvé d'embolies. L'auteur a basé ses recherches sur le matériel de l'institut Virchow, amassé pendant 37 ans, soit sur 102 cas. Il passe en revue successivement : l'étiologie, le plus grand nombre de cas se rencontre de 41 à 50 ans, avec plus d'hommes que de femmes ; l'anatomie pathologique, 36 cas d'embolie gauche, 29 droite, 39 des deux côtés, l'artère sylvienne est oblitérée 75 fois sur 104 cas ; la symptomatologie, 41 fois des prodromes sur 165 cas, le diagnostic et le traitement.

Thrombose cérébrale bilatérale par artérite syphilitique (Bilateral cerebral thrombosis due to syphilitic arteritis with incontinence of the vesical and anal sphincter), par Eskridge (*The New-York medical journal*, 6 janvier 1894, n° 1096, p. 7). — Homme de 35 ans, bien portant jusqu'à il y a 4 ans, époque à laquelle il contracta la syphilis. Il y a un mois, céphalée bientôt suivie d'ictus avec hémiplégie gauche ; au cours de la perte de connaissance on le porte à l'hôpital, où, 5 jours après, on constate de l'aphasie motrice totale, une hémiplégie gauche complète et une hémiplégie droite incomplète. A l'examen, en dehors de ces troubles aphasiques et moteurs, on ne constate aucun trouble de la sensibilité ni de la vision. Le malade, néanmoins, a perdu le pouvoir de contrôle des sphincters de la vessie et de l'anus. Ultérieurement la paralysie rétrocède, la marche est possible bien que modifiée, et les sphincters reprennent leurs fonctions. Se basant sur l'existence de l'hémiplégie gauche des membres et

de la face, de l'hémiparésie droite, de l'impossibilité de sortir la langue, de l'aphasie, l'auteur conclut à une lésion du cerveau. Quant aux troubles sphinctériens, ils ne peuvent s'expliquer ni par une lésion spinale, ni par une polynévrite. Les lésions ont consisté en de l'artérite syphilitique avec thrombose, au niveau des capsules externes des deux hémisphères.

MÉDECINE

Diagnostic différentiel des affections inflammatoires des poumons (Ueber differentielle Diagnostick von entzundlichen Lungenaffectionen), par Wassermann (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 47, p. 1201). — Wassermann étudie dans son travail deux formes d'infection des poumons : l'infection par le streptocoque et l'infection par le bacille de l'influenza.

Pour ce qui est des infections streptococciennes, Wassermann fait observer que le plus souvent (à moins qu'il ne s'agisse des pneumonies streptococciennes pseudo-lobaires), la lésion revêt une forme subaiguë ou chronique. Le tableau ressemble alors d'une façon extraordinaire à celui de la tuberculose pulmonaire au début ou à celui de la tuberculose pulmonaire à marche lente chronique. Dans les deux cas, mêmes signes physiques, mêmes phénomènes objectifs. Le diagnostic différentiel n'est alors possible que de deux façons : examen des crachats où l'on trouve des streptocoques en masse, injection de tuberculine qui ne provoque pas de réaction caractéristique chez les pulmonaires streptococciens.

Ce qui semble être un peu particulier aux streptococciens, c'est : 1° la mobilité extrême des signes physiques passant quelquefois du jour au lendemain d'un lobe à un autre ; 2° les poussées fébriles dont la cause reste inconnue en l'absence de toute complication. La température monte de 1 ou 2 degrés et se maintient à cette hauteur quelques heures seulement. Cette poussée peut être unique ou ne se reproduire qu'au bout de plusieurs jours ou semaines, comme c'est le cas le plus fréquent; mais dans d'autres cas, ces poussées reviennent tous les jours, et la courbe thermométrique est alors celle d'une véritable infection.

Le pronostic de ces cas est bon. Le traitement comprend les inhalations de diverses essences, d'huile camphrée éthérée préconisée par Koch.

L'auteur est plus bref pour les infections à bacilles d'influenza. Il note simplement leur présence dans les crachats et la persistance des lésions après une attaque aiguë. Le malade se présente deux ou trois mois après l'attaque avec une lésion subaiguë ou chronique. On pense à la tuberculose; on examine les crachats et on trouve les bacilles de l'influenza, mais pas de bacille de Koch. Une injection de tuberculine reste muette.

Existe-t-il une pneumonie spécifique chez les goutteux? (Giebt-es eine specifische Pneumonie bei Gichtischen ?), par Grube (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 47, p. 1205). — Les deux observations, du reste, très courtes, et rien moins que démonstratives, se rapportent à deux goutteux dont un était en même temps albuminurique et l'autre diabétique, qui un jour furent pris de point de côté avec fièvre oscillant autour de 38°. A l'examen : matité de la base gauche (chez les deux) avec souffle et râles fins; chez l'un encore, expectoration jaunâtre avec acide urique dans les crachats. Guérison en 2 ou 3 jours.

Pour l'auteur, c'était là une pneumonie spécifique, c'est-à-dire goutteuse par ses allures.

L'excrétion des chlorures chez les carcinomateux (Ueber die Ausscheidung der Chloride bei Carcinomatœsen im Verhæltniss zur Aufnahme derselben), par Schœpp (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 47, p. 1213). — Les recherches faites sur les carcinomateux ont donné les résultats suivants :

1° Le rapport entre l'apport des chlorures et leur élimination n'est pas constant chez les carcinomateux;

2° La diminution de l'excrétion des chlorures constatée dans certains cas tient à la destruction étendue du néoplasme et à la richesse en chlorures des sécrétions provoquées par le processus d'ulcération.

Compensation réciproque des lésions valvulaires (Ueber gegenseitige Compensation bei gleichartiger Veranderung mehrerer Herzostien), par Baccelli (*Deut. med. Woch.*, 1894 ,n° 2, p. 25). — En se basant sur l'étude complète de deux malades atteints l'un d'un rétrécissement des orifices aortique et mitral, et l'autre de l'insuffisance de ces deux orifices, l'auteur montre qu'une lésion valvulaire double mais homonyme (rétrécissement ou insuffisance) est moins grave au point de vue symptomatique et pronostique qu'une lésion valvulaire unique ou une lésion valvulaire double mais non homonyme (rétrécissement ou insuffisance seuls ou rétrécissement et insuffisance réunis). La démonstration de l'auteur est basée sur l'étude des tracés sphygmographiques et l'analogie des symptômes présentés par les malades en question.

CHIRURGIE

Fracture du larynx guérie (Geheilte Kehlkopffractur), par Schaeffer (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 47, p. 1207). — Il s'agit d'un homme de 55 ans venu consulter pour une dyspnée. Il y a cinq ans environ, il reçut sur la partie latérale du cou un morceau de bois qui lui fractura le larynx et la clavicule.

A l'examen du larynx on trouvait du côté droit : la vraie corde vocale normale et, 2 millimètres au-dessous, une sorte de travée blanche, dure au toucher comme du cartilage, occupant toute la largeur de la moitié droite du cartilage thyroïde et se perdant au niveau de la commissure antérieure. Du côté gauche, la fausse corde vocale et le repli ary-épiglottique étaient occupés par une tumeur bilobée, dure, rouge-pâle, inégale, qui cachait la vraie corde vocale. Diagnostic : ancienne fracture du larynx à droite, tumeur cancéreuse à gauche.

Le malade qui avait refusé toute intervention chirurgicale fut revu à plusieurs reprises. Le côté droit restait tel quel, mais la tumeur du côté gauche augmentait de volume, et la dernière fois qu'on avait fait l'examen laryngoscopique, la tumeur était déjà ulcérée, le malade cachectique et les ganglions du cou pris.

Un cas d'ostéoplastie du crâne d'après Müller-Kœnig (Ueber einen Fall von knœchernem Ersatz eines grossen Schædeldefektes nach der Müller-Kœnigs'chen Methode), par Kehr (*Centr. f. Chir.*, 1893, n° 48, p. 1061). — Il s'agit d'un homme de 27 ans qui, il y a cinq ans, a subi une trépanation pour une fracture du crâne compliquée d'accidents cérébraux et qui, depuis, avait conservé une parésie très accusée du membre supérieur droit et des accès d'épilepsie jacksonienne.

A l'examen on trouva sur le pariétal gauche une cicatrice fibreuse de 8 centimètres de longueur sur 5 de largeur. L'auteur se décida, par conséquent, à réséquer la cicatrice et de la remplacer par un lambeau ostéo-cutané. Après l'incision du cuir chevelu, la dure-mère fut débarrassée de tous les produits cicatriciels qui se trouvaient à sa surface; puis, après avivement des bords de l'orifice osseux, on tailla en dehors un lambeau ostéo-cutané ayant la même forme et les mêmes dimensions que la perte de substance et composé dans sa partie osseuse seulement de la table externe du pariétal. Le lambeau ainsi formé fut appliqué contre la perte de substance et la plaie fermée. Guérison sans complication et disparition de la parésie du bras droit et des accidents épileptiformes.

Accolement traumatique des petites lèvres (Ueber einen Fall von Conglutinatio traumatica labiarum minorum), par Ikeda (*Centr. f. Gynækol.*, 1893, n° 48, p. 1114). — L'observation se rapporte à une Japonaise de 22 ans venue consulter pour l'impossibilité de pratiquer le coït. A l'examen on trouva le vestibule du vagin fermé par une membrane solide cachant entièrement les petites lèvres et présentant seulement à son extrémité supérieure un petit orifice situé au-dessous de l'urèthre. Incision de la membrane sur une sonde cannelée et résection d'une petite partie de chaque lambeau présentant chacun une petite lèvre.

La malade racontait qu'à l'âge de neuf ans, elle reçut un coup sur les parties génitales. Il y eut, à cette époque, tuméfaction, formation d'abcès, etc. C'est en se basant sur cet antécédent que l'auteur considère l'accolement en question des petites lèvres comme d'origine traumatique.

Hernie épiploïque étranglée (Auch ein Beitrag zur

Casuistik der eingeklemmten Netzbrüche), par KOB (*Deut. med. Woch.*, 1893, n° 47, p. 1208). — Il s'agit d'un cas de herniotomie chez une femme de 59 ans prise un jour de phénomènes très légers d'étranglement herniaire du côté de sa hernie crurale. L'opération, qui se passa fort bien (si ce n'est qu'au moment de la ligature de la masse épiploïque tout le paquet fila dans le ventre), montra qu'il s'agissait d'une hernie épiploïque gangrénée pure. La malade guérit, bien que l'opération fût faite dans des conditions défectueuses et qu'on ne soit pas allé chercher dans le ventre la masse épiploïque qui saignait légèrement.

BIBLIOGRAPHIE

La méthode de Brown-Séquard, par le Dr CH. ELOY, J.-B. Baillière et fils. Paris, 1893. Prix : 3 fr. 50.

L'auteur de ce petit volume a eu pour but, non seulement de grouper et de résumer les publications les plus importantes faites sur la médication orchitique, mais aussi, se plaçant à un point de vue plus étendu, il en a rapproché diverses médications qui lui semblaient avoir pour origine commune l'action curative des extraits organiques, laquelle peut se substituer à la sécrétion interne des glandes et des parenchymes glandulaires, c'est-à-dire des glandes ouvertes et des glandes closes. Il a donc porté son exposition sur un terrain très vaste, puisqu'il confine à la physiologie, à la clinique et à la thérapeutique.

En physiologie, Eloy montre les principes qui sont la genèse de la méthode, c'est-à-dire la démonstration longtemps poursuivie de la fonction de sécrétion interne, dont l'importance a été mise en si vive lumière, pour le testicule, le pancréas, la glande thyroïde, les capsules surrénales, les reins, depuis ces dernières années.

En clinique, c'est à la méthode orchitique que la majeure partie du livre est consacrée, elle est étudiée sur les documents qui ont été publiés par MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, et par les praticiens qui ont signalé les résultats qu'ils avaient obtenus. Je ne m'arrêterai pas à examiner si ces documents n'auraient pas dû être plus complets ou plus personnels, parce que depuis l'époque de la rédaction du livre les observations ont été fort multipliées, et il en existe un grand nombre et des plus probantes encore inédites; il nous faut donc admettre le cadre que s'est tracé l'auteur et dans lequel il a distribué des chapitres, des groupements qui, joints à un style rapide et quelquefois humouristique, rendent facile la lecture de ce petit livre qui doit être considéré, si l'on nous permet cette expression, comme « un exposé d'attente », puisque Eloy n'a pas entrepris la critique approfondie des faits jusqu'ici connus, et qu'il a conservé sur l'action thérapeutique du liquide orchitique des réserves que les faits cliniques présentés à la Société de biologie et ailleurs sur l'ataxie locomotrice, sur le cancer, la tuberculose, le myxœdème ne laissent pas subsister.

La critique des médications doit évidemment rester impartiale, mais quand il s'agit d'une méthode dont la généralisation s'étend quotidiennement, il serait bien légitime de demander au « vulgarisateur » des conclusions plus fermes. Elles seraient plus faciles à établir qu'il y a six mois, mais puisque M. Eloy s'est prononcé si nettement et fort justement à notre avis contre la confusion dans laquelle sont tombés ceux qui ont voulu greffer des médications « adéquates », dans lesquelles les tissus non glandulaires, des solutions salines artificielles ou autres produits organiques, sembleraient produire des effets plus ou moins dynamogéniques comparables à ceux du liquide orchitique, nous l'eussions bien plus encore approuvé s'il avait donné des conclusions plus précises, d'une part sur les applications thérapeutiques de l'extrait de testicule, dans l'ataxie locomotrice, la tuberculose, les cachexies, le cancer épithélial, et d'autre part sur le danger des injections de certains extraits organiques, comme celui de la glande thyroïdienne.

La constatation de cette marche progressive des travaux entre lesquels il faut établir des démarcations précises, a pour corollaire logique l'intérêt que présenterait la publication des documents cliniques considérables réunis par MM. Brown-Séquard et d'Arsonval.

En effet, ainsi que l'affirmait avec une haute autorité le professeur Bouchard devant le congrès de Besançon, « il appartient à Brown-Séquard de nous avoir rendus attentifs à ce mécanisme d'après lequel certains accidents morbides résulteraient de la suppression d'une sécrétion utile » et, en d'autres termes, « dans ses transformations normales la matière peut passer par des stades où elle est utile »; il nous sera aussi permis de conclure en exprimant le désir, si souvent exprimé par la plupart des cliniciens, que M. Brown-Séquard livre lui-même à nos méditations les enseignements qui sont la conclusion de ces nombreuses observations dont le classement à lui seul a été un très grand travail qui, nous l'espérons, pourra bientôt être apprécié par tous les praticiens, et déterminera les indications thérapeutiques formelles de la méthode de Brown-Séquard.

A. HÉNOCQUE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FRAGILITÉ CONSTITUTIONNELLE DES OS (OSTÉOPSATHYROSIS DE LOBSTEIN), par Eugène MOREAU.

Il existe des fractures, survenant chez des sujets parfaitement sains, et chez lesquels aucune tare organique ne peut expliquer ces fractures répétées. Lobstein a donné à cette affection le nom d'ostéopsathyrosis. Ces fractures comportent des notions héréditaires et familiales. Cette affection débute toujours dans l'enfance. Aucune diathèse n'a été signalée jusqu'ici dans les antécédents des sujets atteints. La consolidation de ces fractures est prompte et facile. Deux observations personnelles répètent fidèlement ce tableau et y ajoutent un nouvel élément : la notion d'hérédité nerveuse. L'ostéopsathyrosis doit rentrer dans le groupe d'un cas de fragilité des os d'origine nerveuse dont elle était distinguée jusqu'ici. Ces cas de fragilité osseuse forment des groupes comparables aux divers groupes d'atrophies musculaires, et en particulier l'ostéopsathyrosis est comparable à la dystrophie musculaire progressive d'Erb. M. le professeur Charcot a montré que les fractures spontanées dans les affections du système nerveux étaient la conséquence de la lésion nerveuse. D'autre part, traitant des atrophies musculaires, il a formulé la conception suivante que tendent à confirmer les travaux les plus récents : Toute amyotrophie musculaire est le résultat direct ou indirect d'une lésion des cornes antérieures de la moelle. Nous pensons que la même hypothèse (vérifiée pour les fractures dans les affections du système nerveux) peut être légitimement proposée pour expliquer l'ostéopsathyrosis.

VARIÉTÉS

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.

6e liste.

Prof. Tarnier, 100 fr. — Dr R. Marjolin, 50 fr. — Dr Reclus, 20 fr. — Dr Achard, 20 fr. — Dr Laveran, 20 fr. — Dr A. Aubran, 20 fr. — Dr Ch. Maygrier, 20 fr. — Dr E. Labbée, 20 fr. — Dr Hallopeau, 20 fr. — Dr Hergott, 20 fr. — Dr Charles Mauriac, 20 fr. — Dr Jouin, 20 fr. — Dr Peugniez, 20 fr. — Dr Maunoury, 20 fr. — Dr Chipault (Orléans), 20 fr. — Dr Mauny, 20 fr. — Dr Laënnec, 10 fr. — Dr T. Barthélemy, 10 fr. — Dr Ch. Vallon, 10 fr. — Dr O. Commenge, 10 fr. — H. Bourges, 10 fr. — Launois, 10 fr. — O. Forand, 10 fr. — R. Sorel, 10 fr. — P. Lhuissier, 10 fr. — Mauricet, 5 fr. — Bailly, 5 fr. — Dr Daremberg, 20 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Paris, 23 février 1894.

Les réformes hospitalières.

On n'a pas oublié les protestations presque unanimes qu'a soulevées le rapport présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique par M. Fleury-Ravarin, alors auditeur au Conseil d'Etat, aujourd'hui député. Médecins des hôpitaux et médecins du bureau de bienfaisance se trouvaient d'accord pour affirmer que le projet de décret sur l'assistance aux malades et les secours à domicile était très loin de répondre à ce que demandent tout à la fois l'intérêt des malades et celui de l'administration de l'Assistance publique.

Le directeur général de cette administration ne pouvait directement combattre les résolutions adoptées par une assemblée que son caractère officiel devait nécessairement couvrir à ses yeux; mais il ne lui était pas interdit de réclamer les lumières du Conseil de surveillance de l'Assistance publique et nous ne saurions trop le louer d'avoir prié ce Conseil de répondre le plus vite possible aux questions qui lui étaient soumises.

Le rapport de M. le docteur Périer, dont les conclusions viennent d'être adoptées par le Conseil de surveillance, méritera, en effet, l'approbation de tous ceux qui ont suivi depuis quelques années les polémiques soulevées par la réglementation, aujourd'hui reconnue défectueuse, de l'administration de l'Assistance publique. On louera sans réserves la modération avec laquelle ont été discutées des questions difficiles à résoudre; on rendra justice à l'équité des solutions adoptées; on reconnaîtra enfin que ce nouveau rapport, rédigé par un savant chirurgien dont l'autorité et l'expérience sont unanimement appréciées, démontre bien qu'il faut laisser à ceux qui les ont longuement étudiées et qui les connaissent dans tous leurs détails le soin de traiter les questions d'administration médicale.

Nous reproduisons plus loin (p. 92) le projet de revision du *Règlement sur le service de santé*, présenté par M. le docteur Périer. Quelques mots nous suffiront pour en faire ressortir l'économie. Dans une série d'articles publiés l'année dernière, mon ami Broca développait, en effet, des opinions à peu près semblables à celles qui ont dicté les conclusions de la commission nommée par le Conseil de surveillance. Nous avons nous-même, à maintes reprises, plaidé en faveur d'une organisation qui, tout en laissant aux chefs de service dans les hôpitaux la faculté de se spécialiser et, par conséquent, d'offrir aux malades toutes les garanties d'expérience et de savoir qu'ils sont en droit d'attendre des chirurgiens ou même des médecins, mettrait un terme aux abus de la consultation hospitalière et de l'admission trop facile de certaines catégories de malades. Il nous semble donc inutile de revenir sur des sujets bien connus de tous nos lecteurs.

Disons seulement que, dans son rapport, M. le docteur Périer n'a pu faire qu'une allusion discrète aux mesures à prendre pour éviter l'encombrement des hôpitaux et surtout l'admission trop facile de malades dont les ressources pécuniaires sont suffisantes. Nous avons déjà exprimé le vœu que, pour désencombrer les hôpitaux parisiens, l'on arrivât enfin à créer à la campagne et même assez loin de Paris des hospices destinés à recevoir certaines catégories d'incurables et de chroniques et que, pour éviter l'admission trop facile des malades aisés, on s'efforçât de créer soit des policliniques, soit des salles payantes où, à un prix relativement élevé, les malades, désireux de se faire opérer par un chirurgien en renom ou soigner par un médecin célèbre, puissent être hospitalisés et traités à leur gré.

Les seules questions abordées par M. Périer sont les suivantes : 1° réforme du mode d'admission dans les hôpitaux ; 2° réforme du Bureau central ; 3° réforme du système des consultations ; 4° réglementation des remplacements et du service des vacances.

Au sujet de la première de ces réformes, nous ne ferons qu'une remarque. En ajoutant au projet de l'administration que les malades nécessiteux adressés par un médecin à un chef de service ou demandés par le chef de service lui-même pourront être admis dans un autre hôpital que celui de leur circonscription, M. le Dr Périer nous paraît avoir répondu à toutes les objections que pouvait

soulever *a priori* la division de Paris en un certain nombre de circonscriptions hospitalières. Il est évident que bien des détails resteront à régler pour éviter certaines désignations qui, au point de vue chirurgical surtout, pourraient être plus nuisibles qu'utiles à l'intérêt des malades; mais il appartiendra aux médecins chargés des consultations de faire en sorte que certains malades puissent être directement par eux adressés aux chirurgiens capables de les traiter efficacement.

La suppression du Bureau central, la reconnaissance officielle des assistants en chirurgie et des suppléants en médecine sont des mesures que nous avons si souvent réclamées que nous ne pouvons qu'y applaudir.

Il en est de même de la protestation élevée par le rapport de M. Périer contre les propositions de M. Fleury-Ravarin relatives aux consultations.

Il faut lire, dans l'exposé des motifs rédigé par M. Périer, les arguments destinés à prouver que, s'il peut être utile de créer des dispensaires et des policliniques, il est impossible de supprimer la consultation à l'hôpital. Nous aurons à rechercher dans quelle mesure la réglementation de ces consultations hospitalières devra empêcher certains abus contre lesquels ont protesté les syndicats. Le principe lui-même est indiscutable.

Nous ne ferons aussi que signaler, pour y revenir, les articles qui ont pour objet de réglementer les congés des médecins et chirurgiens des hôpitaux. Les médecins du Bureau central trouveront sans doute assez dur de ne pouvoir obtenir aucun congé du 15 juillet au 1er novembre. C'est là une nécessité qu'ils subiront volontiers en songeant qu'elle leur est imposée par le nombre des remplacements qu'ils ont à assurer.

Un mot pour finir. Le projet que nous publions n'a été communiqué à la presse que sur la demande de M. le Dr Périer et avec l'approbation de M. le Préfet de la Seine. En demandant au Conseil l'autorisation de faire connaître son rapport et le projet de revision qu'il a fait adopter, M. Périer a voulu surtout éviter les fausses interprétations auxquelles peuvent donner naissance des *interviews* plus ou moins exactes. Le nom de M. P. Strauss ayant été rappelé à ce sujet, M. Périer a fait remarquer « que M. Strauss, qui faisait partie de la commission, n'a assisté à aucune des séances de cette commission ni aux séances du Conseil de surveillance dans lesquelles le projet a été discuté ». A « l'inexactitude légendaire » des médecins des hôpitaux on pourra donc, dans la discussion des nouveaux projets, opposer « l'inexactitude consciente et invétérée » des représentants du Conseil municipal. Sur quels arguments se basera, dès lors, cette Assemblée pour refuser un projet qui donne satisfaction à tous les intérêts vraiment légitimes? Il ne nous appartient pas de résoudre cette question.

— Nous reproduisons plus loin (p. 91) la réponse qu'adresse, dans un journal universitaire, le directeur scientifique de l'Ecole normale au rapport de M. Potain. Nous avons suffisamment développé nous-même, lorsque ce rapport a été publié, les motifs qui nous faisaient considérer comme vraiment utile aux médecins l'étude des mathématiques. Nous sommes dès lors très à l'aise pour faire remarquer que le très spirituel plaidoyer de M. Tannery prête à la Faculté de médecine et à son éminent rapporteur des idées qu'ils n'ont jamais songé à défendre. M. Tannery affirme que les mathématiciens « ne conseilleraient à personne d'essayer de mettre en équations les problèmes de la médecine ». C'est précisément parce que certains médecins y ont songé et y pensent parfois que M. Potain a cru devoir protester contre « *l'esprit mathématique* », lorsqu'il est mal compris et surtout mal appliqué. Ces réserves faites, nous ne pouvons que nous associer aux considérations si judicieuses qui affirment la grandeur et l'indivisible unité de la science. C'est précisément parce que nous partageons, à ce point de vue, les idées de M. Tannery que nous avons toujours recommandé les méthodes pédagogiques qui ont pour but non d'encombrer la mémoire de notions élémentaires, de dates historiques et de faits controversés, mais de former les jeunes intelligences en apprenant aux élèves de nos lycées à bien écrire et à bien penser.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Contribution à l'étude de l'étiologie des cystites survenues en dehors du cathétérisme, par E. Reymond, interne des hôpitaux.

Depuis l'étude bactériologique des cystites, l'interprétation étiologique de celles-ci a été singulièrement transformée.

Auparavant, on tendait volontiers à chercher dans le voisinage de la vessie le point de départ de l'inflammation vésicale. Thompson décrit des cystites consécutives à l'inflammation de la vessie et du rectum. Chauvel donne à certaines cystites le nom de cystites puerpérales et les explique « par propagation de l'inflammation utérine au tissu cellulaire prévésical et retentissement de la phlegmasie sur l'organe tout entier ».

Mais plus tard, à mesure que les études bactériologiques font des progrès, on constate que toutes les cystites ont une origine bactérienne; d'où viennent ces bactéries? Quelquefois de l'uretère, bien plus souvent de l'urèthre : infections descendantes, infections ascendantes. Actuellement, ces deux termes résument l'étiologie des cystites; quant aux inflammations des organes voisins, on ne leur reconnaît plus qu'une influence mécanique ou un rôle de congestion; on n'admet pas qu'une collection purulente prévésicale puisse infecter la vessie sans rompre ses parois et s'ouvrir dedans, ce qui est exceptionnel.

Cette façon de considérer l'étiologie des cystites est vraie pour la très grande majorité des cas; la propagation par l'urèthre est de beaucoup la plus fréquente, et en répétant que le cathétérisme septique est la grande cause d'infection vésicale, on ne saurait trop insister sur l'importance du cathétérisme rigoureusement aseptique.

Il faut cependant bien reconnaître que ces deux voies d'infection, uretère et urèthre, ne suffisent pas à expliquer l'étiologie de certaines cystites.

Il n'est pas exceptionnel de rencontrer un malade n'ayant jamais eu de blennorrhagie, n'ayant jamais été sondé, ne présentant aucune affection rénale et souffrant cependant d'une cystite non tuberculeuse; quelle est alors la porte d'entrée du micro-organisme?

C'est cette question que nous avons tenté de résoudre dans deux séries de recherches entreprises d'une part

chez les femmes, d'autre part chez les hommes; ces recherches ont été faites dans le service et le laboratoire de notre maître M. le professeur Guyon, et ont paru dans les *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, nos d'avril, de mai et d'octobre 1893.

En ce qui concerne les femmes, nous avions déjà été frappé par ce fait que les cystites survenues sans cathétérisme antérieur se présentaient surtout chez des malades souffrant de suppurations pelviennes; les observations que nous avons publiées viennent de deux sources: d'une part du service de notre maître M. le professeur Terrier, d'autre part du service de clinique de Necker.

Les premières, prises à un moment où nous n'avions pas l'idée de ce travail, sont forcément incomplètes, surtout en ce qui est de la bactériologie; elles se ressemblent toutes beaucoup; il s'agit toujours d'une malade atteinte d'une suppuration intra-pelvienne, une salpingite le plus souvent; à un certain moment s'est développée une cystite; on fait la laparotomie et on trouve soit une salpingite adhérente à la vessie, soit une fusée purulente pré-salpingienne produite dans le ligament large; l'ablation des annexes est faite, et, par la suite, la cystite disparaît.

Dans le second groupe d'observations recueillies à Necker, les détails concernant la cystite sont notés avec plus de soin et les recherches bactériologiques ont pu nous permettre de trouver parfois le même agent infectieux dans la vessie et l'organe pelvien infecté.

Ce fait ne suffisait pas pour conclure au passage du micro-organisme à travers les parois vésicales; on pouvait, en effet, supposer que l'appareil génital et l'appareil urinaire avaient subi une infection parallèle et ascendante à la suite d'une vaginite ou d'une vulvite. Le fait même de la guérison de la cystite à la suite de l'ablation d'une annexe infectée et adhérente à la vessie ne permettait pas davantage d'affirmer que l'infection de la vessie vînt de la salpingite; il se pouvait que la salpingite prévésicale jouât seulement sur la vessie un rôle de congestion; la trompe enlevée, la congestion cesse: la vessie reste infectée, mais elle n'est plus congestionnée, la muqueuse reprend dès lors ses moyens de résistance: la cystite disparaît.

Afin de prévoir ces objections, les expériences sur les animaux nous ont paru le seul procédé de démontrer la possibilité pour les microbes de traverser les parois vésicales de dehors en dedans.

Rappelons seulement les points principaux de ces expériences.

La première a été faite sur un lapin dont nous fîmes aseptiquement la laparotomie. Sous le péritoine du petit bassin délicatement soulevé avec une pince, au point où celui-ci quitte la vessie pour gagner la paroi, nous glissons l'extrémité d'une pipette contenant un bouillon ensemencé avec la bactérie que nous avions choisie. Nous introduisons quelques gouttes sous le péritoine, ayant grand soin de rester à distance de la paroi vésicale, et nous fermons avec un fil de soie la petite ouverture faite à la séreuse. Le ventre du lapin est refermé; la rétention vésicale est déterminée par une ligature de la verge.

Dix-huit heures après, la ligature de la verge est enlevée et l'urine prise dans la vessie avec une fine sonde aseptique donne une culture pure de la bactérie déposée la veille sous le péritoine.

L'animal est sacrifié sept jours après; on trouve dans le bassin des lésions de pelvi-péritonite localisée, sous la forme d'une plaque s'étendant sur une partie de la surface externe de la vessie.

Celle-ci est ouverte; elle présente deux points de cystite localisée correspondant à la région de la vessie adossée à la plaque de pelvi-péritonite; en un des points la muqueuse est à peine exulcérée; en l'autre, il existe une ulcération d'un centimètre de diamètre, masquée par un calcul gros comme un noyau de cerise et très adhérent à la plaque ulcéreuse.

La dissection et surtout les coupes histologiques ont permis d'étudier la marche de l'infection à travers les parois.

Cette première expérience a été présentée à la *Société de biologie* au nom de M. le professeur Guyon et au nôtre.

Au cours des autres expériences, nous avons successivement changé la bactérie qui nous servait à produire l'infection et l'animal sur lequel nous opérions; de plus, au lieu de placer la culture sous le péritoine, nous l'avons placée à sa surface, contre la vessie, un petit tampon imbibé de culture étant enfermé dans un diverticule péritonéal par une suite de points de suture. Les résultats obtenus ont été analogues.

Laissant de côté les remarques que nous avons pu faire à propos de l'anatomie pathologique, des symptômes, du traitement de cette forme de cystite, nous voudrions seulement rappeler comment ces recherches cliniques et expérimentales nous ont permis de constater une fois de plus les conditions de réceptivité vésicale si bien étudiées par notre maître M. le professeur Guyon.

On sait aujourd'hui qu'il ne suffit pas, comme on l'écrivait il y a quelques années, pour qu'une cystite se produise, qu'un élément infectieux se trouve dans l'urine, en présence de la muqueuse vésicale. Parmi les observations que nous avons publiées se trouve celle d'une femme chez qui, depuis plusieurs années, une salpingite se vidait dans la vessie: elle n'avait pas de cystite; à l'endoscope on voyait la muqueuse parfaitement saine et par l'orifice salpingo-vésical sortait en assez grande quantité un pus contenant du bacterium coli très virulent tuant, par injection dans le péritoine, les cobayes en moins de 24 heures. Dernièrement encore s'est présenté à l'hôpital Necker un cas non encore publié, confirmé par l'autopsie, de fistule entéro-vésicale; chez cette malade les matières fécales traversaient continuellement la vessie et celle-ci cependant ne présentait pas de cystite.

Pour que la cystite se produise, il faut en plus que se trouve réalisée une des conditions mettant la muqueuse vésicale en état de réceptivité. M. Guyon considère que ces conditions sont au nombre de trois:

1° Congestion;

2° Rétention;

3° Traumatisme étendu de la muqueuse.

Le rôle de la rétention dans la cystite est bien connu en clinique, qu'il s'agisse d'un rétrécissement, d'une hypertrophie de la prostate ou de toute autre cause mécanique empêchant la vessie de se vider complètement. Expérimentalement, c'est la condition de réceptivité à laquelle nous nous sommes adressé le plus souvent.

Une de nos expériences a été à ce propos très concluante; une fois la cystite produite, nous supprimons la ligature de la verge: la cystite disparaît; l'urine redevient claire et les cultures faites avec elle ne donnent que de très rares colonies de la bactérie en expérience. La ligature est replacée: 12 heures après, l'urine contient du pus et des bactéries à foison.

Ainsi donc, dans ce cas, où, comme le démontra l'autopsie de l'animal, le foyer prévésical était petit, bien localisé, incapable de déterminer de la congestion sur l'ensemble de la vessie, la muqueuse n'était en état de réceptivité que lorsque la rétention existait.

La congestion représente la deuxième condition de réceptivité de la muqueuse vésicale. Dans nos observations cliniques, c'est la cause que nous avons eu le plus

souvent à incriminer. Ordinairement la congestion a la même source que l'infection : la salpingite adhérente à la vessie peut suffire dans certains cas à donner de la congestion à la vessie.

Dans nos expériences, chaque fois que le foyer infectieux prévésical était de dimension assez grande et l'agent infectieux de virulence suffisante, nous avons constaté que la cystite persistait lors même que la rétention était supprimée. Dans d'autres cas nous avons déterminé la congestion en faisant des injections sous-cutanées de cantharidine et nous avons obtenu des résultats analogues à ceux fournis par la rétention.

Quant aux traumatismes de la muqueuse, ils sont le plus souvent difficiles à produire expérimentalement assez étendus pour qu'une cystite se développe ; en clinique, les conditions se trouvent réunies quand, par exemple, dans une vessie contenant un gros calcul rugueux, survient un agent infectieux; or ce sont précisément les conditions que les hasards de l'expérimentation nous ont fournies dans la première expérience; un gros calcul s'est développé dans la vessie infectée de dehors en dedans, en sorte que lorsque la ligature de la verge est enlevée, la cystite continue; le gros calcul rugueux est là pour frotter les parois de la vessie qui s'appliquent sur lui en se vidant : aussi la cystite persiste-t-elle une fois la rétention supprimée.

Tels sont les résultats auxquels nous avaient conduits les recherches entreprises chez les femmes ; nous avons ensuite commencé des recherches analogues chez les hommes. Les seize observations recueillies parmi ceux-ci se divisaient en deux groupes.

Le premier groupe comprenait les cystites survenues chez des malades n'ayant jamais été sondés et n'ayant jamais eu de blennorrhagie. Le second groupe représentait les cystites de malades n'ayant jamais été sondés, — mais ayant eu la blennorrhagie.

Au point de vue bactériologique, ces observations pouvaient encore être divisées en deux classes ; dans l'une se trouvent les cystites dues au bactérium coli, dans la seconde, les cystites dues à d'autres micro-organismes; ceux-ci étaient très variables ; nous ne pouvons résumer l'étude détaillée que nous avons faite de chaque espèce; rappelons seulement que nous avons reconnu dans chacun d'eux, coccus ou bactérie, une espèce habitant normalement l'urèthre et considérée comme non pathogène ; dans nos observations, le seul fait que ces bactéries peuvent produire de la cystite (même si les symptômes de celle-ci sont peu accentués) leur enlève ce caractère d'innocuité absolue. — Du reste, au contraire de ce que l'on a trouvé pour ces micro-organismes pris dans l'urèthre, l'action pathogène des mêmes bactéries provenant de cystite ne nous a pas semblé nulle sur les animaux ; aucune ne tue les cobayes, mais toutes donnent du pus; les unes produisent une péritonite adhésive généralisée, les autres une péritonite localisée, d'autres enfin ne développent du pus que dans le tissu cellulaire.

Existait-il un rapport entre les deux groupes cliniques et les deux groupes bactériologiques de nos observations? Il semble que ce soient les malades ayant eu la blennorrhagie qui aient le plus souvent pour cause de leur cystite les micro-organismes de l'urèthre.

Après avoir étudié la nature des bactéries, nous nous sommes demandé d'où elles venaient.

Pour la seconde classe des bactéries, hôtes habituels de l'urèthre, la réponse est peu douteuse : ces bactéries ont pénétré dans la vessie en progressant de l'urèthre antérieur dans l'urèthre postérieur et de celui-ci dans la muqueuse vésicale; là elles ont proliféré et déterminé de l'inflammation parce qu'elles ont trouvé les conditions suffisantes, les malades de nos observations étant presque tous prostatiques, et aucun ne vidant complètement sa vessie.

Peut-être la blennorrhagie a-t-elle été une des causes de prolifération des microbes normaux de l'urèthre antérieur, mais, quelque important que puisse être ce facteur, il n'est pas indispensable, puisque parmi les malades ayant des cystites dues aux bactéries de l'urèthre normal, il en existe qui n'ont jamais eu de blennorrhagie.

Il est possible que cette incursion des bactéries de l'urèthre antérieur dans l'urèthre postérieur ne soit pas aussi exceptionnelle qu'on pourrait le croire; mais il est difficile de constater ce déplacement si les bactéries ainsi transplantées ne prolifèrent pas, si elles disparaissent faute de rencontrer du côté de la vessie les conditions de réceptivité nécessaires.

Il nous reste à parler des cystites à bacterium coli ; comment, dans nos observations, celui-ci a-t-il pu pénétrer dans la vessie? Laquelle des trois portes d'entrée a-t-il prise? l'urèthre, l'uretère, l'épaisseur des parois ?

La première voie est plus qu'improbable; non seulement le bacterium coli ne vit pas normalement dans l'urèthre, mais il n'a aucune tendance à s'y développer anormalement; une de nos observations, trop longue à reproduire ici, était un exemple frappant de l'incompatibilité qui existe entre l'urèthre et le bacterium coli.

Quant à la voie de l'uretère, nous n'avons rien à ajouter aux travaux qui ont été faits ces dernières années sur la possibilité ou l'impossibilité pour les bactéries de traverser le rein non pathologique. Rappelons seulement qu'aucun de nos malades n'avait cliniquement d'antécédents de maladie du rein.

Enfin, le passage à travers les parois de la vessie constitue la dernière voie qu'on puisse supposer avoir été prise par le bacterium coli ; nous avons reconnu pour les femmes la possibilité d'un mode d'infection analogue. La prostate pourrait-elle jouer un rôle comme intermédiaire entre le rectum où foisonne le bacterium coli et l'urèthre postérieur?

Les expériences tentées ne nous permettent pas de conclure, en ce que les lésions anatomiques obtenues expérimentalement ne sont pas comparables aux lésions cliniques des cas qui nous occupent.

Aussi nous sommes-nous contenté, pour la dernière partie des recherches, de poser les données du problème, jugeant que nous ne possédions pas encore les éléments nécessaires pour le résoudre.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des résections longitudinales de l'extrémité supérieure de l'humérus et du fémur (Procédé opératoire pour les luxations congénitales de la hanche), par M. Jaboulay, agrégé, chef des travaux anatomiques, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu.

Les décapitations de l'humérus et du fémur donnent en général des résultats fonctionnels assez médiocres. Les réséqués de l'épaule ne jouissent que de mouvements trop restreints, et les réséqués de la tête fémorale ont la démarche claudicante et peu solide. C'est pour cela qu'il serait bon, pour les affections des énarthroses des membres, maladies spontanées, traumatiques, ou vices de conformation, qui réclament une résection, de se borner autant que possible à des résections partielles des têtes, et de s'efforcer d'en conserver une partie, si minime soit-elle, pour assurer les contacts de la cavité glénoïde ou cotyloïde avec l'os sous-jacent.

Les tuberculoses de l'épaule ont d'habitude pour siège un point placé sur la grosse tubérosité tout au contact du col anatomique, en haut et en dehors. Ce lieu d'élection est à cheval sur les portions intra-articulaires et les portions extra-articulaires, et c'est de lui que partent les produits tuberculeux envahissant le reste de l'article. Pour une tuberculose au début, même pour une tuberculose ostéo-articulaire demandant, avec le sacrifice d'un territoire osseux, un drainage et une ouverture larges de l'articulation, la résection longitudinale de la moitié externe de l'extrémité supérieure de l'humérus remplirait le but.

Quand il s'agit de luxations anciennes de l'épaule qui sont justiciables d'interventions sanglantes, on peut hésiter entre l'arthrotomie simple ou la résection longitudinale, la décapitation ne devant qu'exceptionnellement être pratiquée. Or il arrive parfois que la cavité réceptrice soit diminuée, soit par usure de partie interne, soit par la rétraction des tissus fibreux péri-articulaires. L'extrémité supérieure humérale est au contraire habituellement augmentée de volume, à cause des arrachements que la luxation lui a fait subir. La résection longitudinale de l'humérus est bien faite alors pour rétablir les proportions, sans compter qu'elle permettra et assurera le drainage de l'articulation; si bien que cette opération nous paraît plus sûre que la simple réintégration. Nous l'avons une fois pratiquée avec un excellent résultat.

Ce que nous venons de dire pour l'articulation scapulo-humérale peut s'appliquer à l'articulation coxo-fémorale. En supposant pour la tuberculose un début vers la branche postérieure de l'Y cotyloïdien, l'hémirésection longitudinale permettrait l'abrasion des portions malades et le drainage de l'article.

Il n'est pas jusqu'aux luxations congénitales qui ne bénéficieraient de cette opération, qui serait, je crois, pour elles, l'opération de choix. En effet, la disproportion est réelle entre la cavité et la tête, la première étant trop petite pour une tête trop grosse. La réintégration serait donc facile, sans nécessité de sculpter une néo-cavité. Mais il faut conserver les attaches inférieures du segment externe au fémur, et ne pas le sacrifier; il sera en effet plaqué au-dessous de la cavité cotyloïde, contre la face externe de l'os iliaque, pour servir d'attelle postéro-externe au fémur et d'arc-boutant entre cet os et l'ancienne cavité.

Cette résection longitudinale de l'extrémité supérieure du fémur abat naturellement le grand trochanter, et par suite amène le redressement du col sur le fémur, si cette opération est faite avant l'achèvement de la croissance. Les conséquences ne doivent pas en être bien importantes au point de vue de la statique et de la marche.

Quoi qu'il en soit, grâce à ce dédoublement de l'extrémité supérieure du fémur, on a fait reposer le bassin sur une sorte de fourche à deux branches, dont l'une se rapprochant de la verticale, et tendant de plus en plus à se redresser, entre dans la cavité cotyloïde déshabitée, et dont l'autre à peu près horizontale et antéro-postérieure constitue un nouvel appui pour le bassin.

~~~~~~

Procédé pour pratiquer la gastrostomie et la cystostomie, par M. Jaboulay (de Lyon), agrégé, chef des travaux anatomiques, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu.

Quand on ouvre un estomac pour permettre l'introduction des aliments par cette voie artificielle, le conduit naturel étant barré, lorsqu'on crée à l'urine un canal hypogastrique, on a en même temps le désir de régler la sortie et l'entrée du contenu intra-stomacal ou intra-vésical.

Les variétés de procédés opératoires s'adressent tous à ce desideratum. Malheureusement, ils n'arrivent pas à le satisfaire, si bien que l'incontinence est fréquente après les ouvertures de ces réservoirs.

Voici pour l'un et l'autre un moyen facile, assez semblable pour les deux, d'obtenir la rétention.

I. La gastrostomie sera pratiquée de la façon suivante que nous avons employée à deux reprises en face de cancers œsophagiens.

Le premier temps est la laparotomie verticale faite à travers le muscle grand droit gauche de l'abdomen. La ligature ou la forcipressure des artères épigastrique et mammaire interne, si elles sont rencontrées, sera faite avec soin avant la recherche de l'estomac, à propos de laquelle nous voulons faire remarquer la valeur du lobe gauche du foie qui souvent lui fait opercule.

L'estomac étant attiré à travers le muscle grand droit, on taille un lambeau cutané vertical en forme de pont, long de 5 centimètres et dont la largeur s'étend de la plaie qui vient d'être créée jusqu'à la ligne médiane. On fait donc sur la ligne médiane une nouvelle incision verticale, parallèle à la première, et en disséquant la peau intermédiaire on a le lambeau en forme de pont. Il va s'agir de faire passer sous lui une partie de la paroi stomacale. Pour cela, on attire l'estomac de plus en plus jusqu'à voir quelle portion, une fois cet organe insinué sous le lambeau cutané, sera en rapport avec la plaie de la laparotomie. Car il faut suturer le pourtour de l'estomac au péritoine et au muscle grand droit, circulairement, de façon à constituer un véritable sphincter. On pourra, d'ailleurs, rétrécir, autant qu'on le jugera convenable, le trou à travers lequel on est allé chercher le viscère. Cette suture ayant été faite au point voulu, on fait passer sous le lambeau cutané la portion de l'estomac qui pend en dehors de la suture et on vient le fixer à la peau sur la ligne médiane. Le lambeau cutané la recouvre et chacune de ses lèvres est suturée avec les téguments voisins. La lèvre interne reçoit des points qui vont à l'estomac. On a donc ainsi et rapidement obtenu un canal avec un orifice extérieur qui est médian, une portion qui est sous-cutanée, horizontale et dont la longueur est égale à la largeur du lambeau cutané, une autre portion qui est antéro-postérieure et intra-musculaire et aboutit à l'estomac. Une sonde pour arriver à lui, en suivant ce méandre dont la constitution diffère suivant ses portions, doit changer au moins deux fois de direction. D'autre part, on conçoit qu'il soit facile d'établir une compression au moyen d'une pelote ou d'un appareil quelconque sur le trajet sous-cutané du canal. Mais il est une précaution qu'il faut prendre lorsqu'on fait la suture de l'orifice du canal: il ne faut pas que le fil prenne la muqueuse, celle-ci doit rester au contraire mobile sur la musculeuse et se rétracter en dedans du côté du canal sous-cutané.

Le procédé que nous préconisons se compose donc de la réunion de différents moyens qui ont été jusqu'ici employés isolément et qui sont trop connus pour que nous indiquions leur origine à chacun.

II. C'est un procédé analogue que nous recommandons pour les cystostomies sus-pubiennes. Le canal hypogastrique se composera d'un méat, d'une portion sous-cutanée horizontale et d'une portion antéro-postérieure, intra-musculaire, creusée dans un muscle grand droit, celui du côté droit, et aboutissant à la vessie. Seulement, pour la vessie, il faut d'abord faire la cystostomie médiane, dans le but d'évacuer l'urine qui peut être septique, de laver la cavité de Retzius et de bien placer le futur méat. Ce n'est qu'après que sera faite l'incision à
~~~~~~

travers le grand droit, à travers laquelle sera attirée la vessie au point incisé.

Pour ce qui est de la taille du lambeau cutané et de l'application des sutures, le tout se passera comme pour l'établissement du canal stomacal. Seulement, pour la vessie, on peut suturer toute la paroi, muqueuse comprise, au tégument, pour établir le méat.

La contraction du grand droit, les sinuosités du canal, enfin une pelote hypogastrique, réaliseront à volonté la contention de l'urine.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Bismuth à haute dose dans l'irritation de l'estomac (Ueber den Vorschlag Fleiner's Reizerscheinungen der Magens mit grossen Dosen Wirmuth zu behandeln), par Matthes (*Centralb. f. klin. Med.*, 1894, n° 1, p. 2). – L'auteur a vérifié sur des chiens la façon dont se comporte le bismuth introduit dans l'estomac à haute dose.

Au commencement, le bismuth s'accumule dans les parties déclives de l'estomac, à droite si le chien est couché sur le côté droit, à gauche dans le cas contraire. Mais au bout d'un certain temps le bismuth se mêle intimement au mucus et forme une couche uniforme recouvrant la muqueuse stomacale. Il a même semblé à l'auteur que le bismuth, comme tout corps étranger, provoquait une hypersécrétion de mucus.

Dans une autre série d'expériences, l'auteur donnait du bismuth après avoir excisé aux animaux une portion de la muqueuse gastrique (ulcère artificiel) : deux fois on trouva du bismuth sur la plaie tandis qu'il n'y en avait plus ailleurs; et une fois le bismuth avait formé au-dessus de la plaie une véritable croûte et même pénétré dans les lymphatiques correspondants. La formation d'une croûte de bismuth explique par conséquent les bons effets qu'on obtient par cette substance dans l'ulcère rond.

Sciatique avec scoliose (Ein Beitrag zur Frage der Ischias scoliotica), par Sachs (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 685). — En se basant sur un cas de sciatique avec scoliose observée chez un homme de 49 ans et sur les cas publiés dans la littérature médicale, l'auteur arrive à montrer que la forme croisée de la sciatique avec scoliose est produite par la propagation de la névralgie du plexus sacré au plexus lombaire. La scoliose est produite par l'incapacité fonctionnelle des muscles lombaires correspondant au côté malade, incapacité qui tient à la douleur provoquée par la compression des nerfs par les muscles contractés, à savoir le carré des lombes, le sacro-lombaire et le psoas.

Un cas de contraction bilatérale de la langue (Ein Fall von beiderseitigem idiopathischen Hypoglossuskrampf), par Lange (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 705). — Il s'agit d'une femme de 46 ans, qui depuis 2 ans était atteinte de contraction spasmodique de la langue. La langue se trouve devant les arcades dentaires, la pointe dirigée en bas et très légèrement à droite. Quand la malade parle ou mange ou mâche, la langue redevient souple et reste derrière les arcades dentaires. Pour s'endormir avec la langue derrière les dents, la malade est obligée d'exécuter des mouvements de mastication.

Contre cet état, ont tour à tour échoué l'électrisation, la distension forcée des hypoglosses et la section de l'hypoglosse gauche, et la malade ne fut soulagée que par la section des deux muscles génioglosses, c'est-à-dire qu'après cette opération, la langue restait bien dans la bouche, mais se trouvait toujours à l'état de contraction, tandis qu'après la section de l'hypoglosse gauche, la langue restait toujours projetée en avant et à droite.

Pour étudier de plus près ce dernier phénomène, l'auteur fit des expériences sur des chiens auxquels il avait coupé les deux hypoglosses. Quand on électrisait avec un courant faradique faible le bout périphérique de l'hypoglosse droit, la langue était attirée en arrière; avec un courant plus fort, la langue s'appliquait contre la voûte palatine, et avec un courant très fort, elle était projetée en avant, sa partie postérieure un peu à gauche, sa partie antérieure un peu à droite.

CHIRURGIE

Traitement opératoire du varicocèle (Zur operativen Behandlung der Varicocele), par Kochler (*Berl. klin. Woch.*, 1893, n° 50, p. 1213). — Le procédé que préconise l'auteur consiste à exciser les veines, à faire ensuite la suture des deux moignons et à suturer finalement *horizontalement la plaie verticale du scrotum*, tout comme dans la pyloroplastique de Heinecke-Mikulicz. Une observation vient à l'appui de l'excellence de ce procédé.

De la créosote dans les affections chirurgicales inopérables du rein (Clinical experiments with creosote in the management of inoperable cases of surgical kidney), par Weber (*Medical Record*, 25 novembre 1893, p. 681). — I. — Un homme de 34 ans, ayant des antécédents héréditaires de tuberculose, eut une blennorrhagie grave à 24 ans, à la suite de laquelle survint une pyélonéphrite double. Amélioration considérable sous l'influence du traitement par la créosote.

II. — Un homme de 68 ans, emphysémateux depuis longtemps, a eu ses premiers symptômes rénaux il y a une douzaine d'années sous forme de douleurs et d'hématurie. Calcul probable. L'urine contient du pus; l'état général est mauvais. Le rein droit est augmenté de volume; le rein gauche paraît être également malade. En 1892, survint une rétention d'urine du côté droit par occlusion de l'uretère par des masses fibrineuses; ces attaques se succèdent souvent, entraînant la déchéance du malade. Amélioration considérable sous l'influence de la créosote.

III. — Un homme de 54 ans a eu une appendicite il y a 10 ans; l'abcès de l'appendice s'ouvrit dans la vessie, puis dans le rectum, puis guérit; depuis deux ans il a des symptômes de calcul du rein droit ; pus dans les urines, fièvre. Amélioration très grande par la créosote.

IV. — Un homme de 72 ans a depuis 10 ans des signes de lésions rénales : pus dans les urines, hématuries, frissons, fièvre. Amélioration sous l'influence de la créosote.

VARIÉTÉS

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.

7e liste.

Dr Parinaud, 200 fr. — Dr Balzer, 100 fr. — Dr Azoulay, 20 fr. — Dr Hobbs (de Bordeaux), 20 fr. — Dr Brissaud, 100 fr. — Pr Armand Gautier, 100 fr. — Ch. Périer, 100 fr. — Pr Duret, 20 fr. — Pr Baillon, 10 fr. — Bastaky, 20 fr. — Dr Paul Berger, 50 fr. — Gust. de Beauvais, 20 fr. — Dr Delagénière, 20 fr. — Dr Bucquoy, 20 fr. — Dr Bastien, 20 fr. — Dr Nicaise, 40 fr. — Dr Léon Labbé, 30 fr. — Dr André Petit, 20 fr. — Dr Hénocque, 20 fr. — Dr Hutinel, 40 fr. — Dr Giraudeau, 20 fr. — Dr Ricochon, 10 fr. — Dr Gellé, 100 fr. — Internes en médecine de Trousseau, 40 fr. — Internes en médecine de l'hôpital Andral, 10 fr. — Dr Paul Bezançon, 10 fr. — Dr Thibierge, 10 fr. — Léopol Lévi (interne à Broussais), 10 fr. — Dr Segond, 50 fr.

Souscription des médecins de Genève : Drs Batault, 10 fr. — Paul Binet, 3 fr. — Buscarlet, 3 fr. — Chossat, 5 fr. — Comte, 5 fr. — Cordez, 5 fr. — D. Espine, 20 fr. — Dufresne, 5 fr. — Dunant, 5 fr. — Durante, 10 fr. — Ferrière, 5 fr. — Flournoy, 5 fr. — Gampert, 5 fr. — Gautier, 5 fr. — Gilbert, 5 fr. — Edouard Goetz, 5 fr. — Golay, 5 fr. — Gosse, 5 fr. — Goudet, 5 fr. — Jeanneret, 3 fr. — Julliard, 5 fr. — Kummer, 5 fr. — Ladame, 20 fr. — Lombard Ht Clermont, 20 fr. — Lombard Ht Charles, 5 fr. — Long, 20 fr. — Marignac, 5 fr. — Martin Ed., 10 fr. — Mayor Isaac, 10 fr. — Mayor Albert, 5 fr. — Ottramare, 5 fr. — Pautry, 3 fr. — Picot, 5 fr. — Porte, 3 fr. — Prévost, 10 fr. — Rapin, 5 fr. — Regard, 5 fr. — Revilliod Eugène, 5 fr. — Revilliod Léon, 22 fr. — Roux, 1 fr. — Schiff, 10 fr. — Schvob, 5 fr. — Spiess, 10 fr. — Sulzer, 20 fr. — Thomas, 3 fr. — Vauthier, 3 fr. — Vincent, 10 fr. — Wartmann Auguste, 5 fr. — Wartmann Charles, 5 fr.

Les médecins et les mathématiques.

Lettre adressée

au Secrétaire Général de « l'Enseignement secondaire ».

Mon cher ami,

J'ai lu avec un vif intérêt le *Rapport adressé à M. le Ministre de l'Instruction publique au nom de la Faculté de Médecine de Paris* sur la question de savoir s'il convient d'ouvrir la carrière médicale aux bacheliers de l'enseignement moderne : c'est un document qui me paraît très important, moins par la force des arguments qu'on y trouve, que par l'état d'esprit qu'il révèle chez l'illustre rapporteur, et sans doute aussi chez les membres de la commission dont M. Potain a été l'organe.

Sur la question même, je n'ai pas d'opinion arrêtée ; vous savez, mon cher ami, quel prix j'attache à l'éducation classique : il est de l'intérêt de chacun que les médecins soient très intelligents, et si, comme je le crois, l'éducation classique est la meilleure pour former l'intelligence, on n'a pas tort d'imposer cette éducation aux médecins. D'ailleurs, l'argument tiré du nombre des mots grecs et latins qui composent le vocabulaire médical n'est pas sans force ; il y aurait quelque ennui à changer ce vocabulaire, et si les médecins parlaient un langage moins mystérieux, leur prestige pourrait en être diminué. Mais c'est surtout ce que M. Potain dit des mathématiques qui m'a frappé. A l'en croire, les bacheliers de l'enseignement moderne sauraient trop de mathématiques pour être capables d'être médecins. Sont-ils donc si savants ? J'ai lu les programmes ; ils ne m'avaient pas paru très extraordinaires. Je ne m'imagine pas que la pensée de beaucoup de bacheliers, même modernes, soit encombrée « des plus hautes conceptions mathématiques ». Qu'en pensez-vous, cher ami? Ou bien, pour être médecin, faut-il être tout à fait ignorant en mathématiques? Je suis, je vous l'avoue, très effrayé : il m'est arrivé de rencontrer des médecins qui en avaient appris encore plus qu'un bachelier de l'enseignement moderne; désormais je les fuirai comme la peste. J'ai eu, autrefois, quelques relations avec un médecin des hôpitaux qui avait été reçu à l'Ecole centrale; je lui en avais gardé jusqu'ici une grande reconnaissance dont me voilà bien débarrassé; quand je le rencontrerai, je ferai semblant de ne pas le voir; mais je tremble encore en pensant aux dangers que j'ai courus.

Je connais quelques jeunes gens qui sont licenciés en mathématiques et qui ont commencé leurs études médicales, je vais leur écrire qu'ils y renoncent. Pourvu qu'ils m'écoutent! Je comprends enfin pourquoi le Conseil supérieur de l'Instruction publique n'a pas voulu que les bacheliers *ès lettres-mathématiques* pussent devenir médecins; il a montré là une sagesse que je n'avais pas soupçonnée. Mais quand on pense que M. Pasteur est de l'Académie de médecine, quelle abomination! Un homme qui a appris le calcul intégral! Quels services n'aurait-il pas rendus s'il avait reçu une autre éducation? Combien ses raisonnements auraient été plus clairs, sa méthode plus rigoureuse, ses expériences plus concluantes! Comme il aurait renouvelé la médecine, s'il l'avait apprise, au lieu d'étudier les équations différentielles!

Les inquiétudes que j'ai, mon cher ami, sont bien justifiées, avouez-le, par l'opinion qu'émet M. Potain au nom de la commission de la Faculté de médecine de Paris : une pareille opinion, par la gravité de la commission et de son rapporteur, donne à réfléchir; mais, à la vérité, les preuves qu'on a apportées pour appuyer cette opinion et montrer combien les mathématiques pouvaient être nuisibles aux médecins m'ont un peu rassuré : je ne trouve pas qu'elles soient très solides.

La plus forte, en effet, est tirée de l'exemple de Descartes. Ni vous, ni moi, assurément, nous ne contesterons son génie mathématique. Quelques personnes lui ont aussi trouvé du talent comme philosophe, mais ce n'est pas son génie philosophique, c'est, paraît-il, son génie mathématique qui l'a empêché de comprendre la découverte d'Harvey, exposée cependant dans un *latin très pur*, et lui a fait « associer ou substituer à cette découverte l'erreur la plus monstrueuse qui se pût imaginer ». Je croyais avoir ouï dire que, en ce temps-là, même à la Faculté de Paris, quelques médecins n'avaient pas voulu entendre du tout parler de la théorie d'Harvey ; ils entendaient pourtant le latin ; est-ce donc qu'ils savaient aussi trop de mathématiques ? Mais je connais mal cette histoire et M. Potain, sans doute, est mieux renseigné sur les traditions de la Faculté. Seulement, je me demande si c'est bien à cause de ses connaissances mathématiques que Descartes s'est trompé en anatomie. Vous savez, mon cher ami, qu'il a aussi commis de grossières erreurs en mécanique, est-ce donc encore à cause de son génie mathématique ? Et si presque tous les grands mathématiciens de tous les temps ont commis des erreurs en mathématiques même, est-ce aussi à cause de leur génie mathématique ? Et les médecins, j'entends ceux qui ne savent pas de mathématiques, ne se sont-ils jamais trompés ? Non, décidément, l'argument n'est pas bien concluant.

Sans doute, cher ami, les mathématiques ne sont pas entrées dans la médecine, elles n'y entreront pas de si tôt. Les mathématiciens savent combien les êtres de raison dont ils s'occupent sont simples, en comparaison des phénomènes de la vie; on en trouve même qui sont étonnés de voir qu'il y ait quelques réalités où les mathématiques aient pénétré, tant la réalité leur semble complexe : si le rôle extraordinaire que leur science de prédilection joue en physique les plonge déjà dans la stupéfaction, c'est sans doute qu'ils ne conseilleraient à personne d'essayer de mettre en équations les problèmes de la médecine. Mais, enfin, est il vrai que les mathématiques ont mis l'ordre et l'unité dans la physique, et que, sans elles, la physique soit inaccessible ? Peut-on savoir la chimie sans avoir étudié la physique ? La physique et la chimie n'ont-elles rien à faire avec la physiologie, et la physiologie est-elle inutile au médecin ? Toutes les sciences se tiennent et s'enchaînent, et les mathématiques les dominent toutes, les pénètrent toutes par en haut : elles sont la science de l'ordre et de l'identique; c'est grâce à elles que les lois expérimentales se relient, c'est elles qui font apparaître l'identité de ces lois. N'est-ce donc rien que de comprendre cela, de comprendre ce qu'est la science, de savoir même qu'il y a une science, non une science du particulier, qu'Aristote déclarait impossible, mais une connaissance de l'enchaînement nécessaire des phénomènes ?

Je sais bien qu'on a dit qu'il n'y a pas de maladies, qu'il n'y a que des malades; si cette opinion devait prévaloir, il y aurait encore des médecins, puisqu'il y aurait toujours des malades, mais il n'y aurait plus de science médicale. Certes, ce n'est pas là l'opinion de la Faculté de Paris : il y a dans cette Faculté des laboratoires, des hommes qui y travaillent, qui mesurent, qui pèsent, qui analysent, et qui ne pensent pas que leur science nuise à leur talent de praticiens, à la sûreté de leur diagnostic. Ceux-là, sans doute, ne croient pas que les phénomènes sont isolés : ils ont appris la physique et la chimie, ils continuent de les étudier, pour pouvoir, avec de nouvelles armes, atteindre les phénomènes de la vie ; ils regrettent de ne pas avoir pu consacrer plus de temps à ces sciences, comme le physicien, dans son laboratoire, se désole de ne pas savoir plus de mathématiques. Pendant que la commission délibérait, ou que M. Potain lisait son rapport, ces gens-là étaient sans doute à leurs balances ou à leurs microscopes.

Mais que dis-je, cher ami? La Faculté de médecine de Paris n'est-elle pas composée que de savants, et, parmi ces savants, M. Potain n'est-il pas l'un des plus justement célèbres? Que faut-il donc conclure, sinon qu'on peut exceller dans la science sans avoir l'idée qu'elle devrait inspirer d'elle à tous ceux qui la pratiquent, l'idée de sa grandeur et de son indivisible unité?

Votre affectueusement dévoué,

JULES TANNERY.

RÈGLEMENT SUR LE SERVICE DE SANTÉ

Projet de revision partielle.

(*Admission des malades dans les hôpitaux. — Bureau central. Consultations. — Service des remplacements.*)

Article 11.

I. — Chacun des quartiers de Paris, et chacune des communes du département de la Seine ayant un traité avec l'Administration pour l'hospitalisation de ses malades indigents, seront rattachés à un hôpital déterminé, conformément aux indications du tableau ci-annexé.

II. — Les malades ne peuvent être reçus à titre gratuit que dans l'hôpital de leur circonscription hospitalière, à l'exception :

1° Des enfants;

2° Des malades auxquels sont réservés des hôpitaux ou des services spéciaux ;

3° Des personnes atteintes d'accidents subits ou de blessures graves hors du territoire de leur circonscription hospitalière ;

4° Des malades nécessiteux, non visés par le paragraphe 16, demandés par le chef de service.

III. — En dehors des cas d'urgence, l'admission est prononcée par le directeur de l'hôpital, sur le vu du bulletin du chef de service de la consultation, et, en dehors des heures de consultation, sur l'avis de l'interne de garde.

IV. — L'admission pourra être prononcée d'office par le Directeur de l'Administration et, dans les cas d'extrême urgence, par le directeur de l'hôpital.

V. — Les malades qui se présenteront à la consultation pour obtenir leur admission devront justifier que l'hôpital auquel ils s'adressent est bien celui de leur circonscription.

VI. — Toutes les personnes que les médecins ne jugeront pas assez sérieusement malades seront renvoyées au traitement à domicile.

VII. — Les admissions d'urgence sont réservées aux seuls cas où l'hospitalisation ne peut pas être différée au lendemain.

VIII. — Les circonscriptions hospitalières seront groupées, conformément au tableau ci-annexé, en deux sections, comprenant chacune un hôpital répartiteur : l'hôpital Lariboisière pour la section du Nord, et l'hôpital de la Charité pour la section du Sud.

IX. — Les chefs de service, le jour où ils font la consultation, pourront désigner, sur la liste des malades admis, ceux à placer dans leurs services, sans que le nombre puisse dépasser celui des lits vacants.

X. — Les chefs de service ne faisant pas la consultation auront, à tour de rôle, les mêmes facultés, sous les mêmes réserves.

XII. — Le directeur de l'hôpital répartira les autres malades admis à la consultation et les malades admis d'urgence entre les différents services et en proportion des disponibilités de chaque service.

XIV. — Les malades, reçus dans un hôpital à la consultation ou par voie d'urgence en excédent des disponibilités de l'hôpital, seront répartis entre les différents hôpitaux de la section par le directeur de l'hôpital répartiteur.

XV. — Des hôpitaux ou des services seront spécialement affectés dans chaque section, à titre permanent ou temporaire, au placement de ces malades. Aucun malade ne pourra être admis dans ces hôpitaux ou ces services que sur l'indication de l'hôpital répartiteur de la section.

XVI. — Les malades étrangers au département de la Seine, et auxquels ne s'appliquent pas les dispositions de l'article 1er de la loi du 7 août 1851, ne pourront être reçus dans les hôpitaux de Paris, même à titre payant, que par une autorisation spéciale du Directeur de l'Administration. Les demandes des chefs de service, relatives à l'admission de ces malades, devront être adressées au Directeur de l'Administration par l'intermédiaire des directeurs des hôpitaux.

Bureau central.

Article 20.

Les médecins et chirurgiens du Bureau central sont nommés au concours.

Article 21.

Les médecins ou chirurgiens, qui se présentent au concours pour les places de médecins ou chirurgiens du Bureau central, doivent justifier qu'ils possèdent depuis cinq ans révolus le titre de docteur obtenu dans une Faculté de France.

Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris en qualité d'élèves internes.

Article 22.

Les membres du Bureau central restent en fonctions jusqu'à ce que des vacances soient déclarées parmi les titulaires des services hospitaliers.

Article 23.

Les membres du Bureau sont chargés :

1° De suppléer les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices ;

2° De diriger les services ouverts temporairement ;

3° D'assurer le service de la consultation dans les hôpitaux, conformément aux dispositions de l'article 14 ;

4° De constater l'état des infirmes présentés pour les hospices ou pour les secours représentatifs du séjour à l'hospice ;

5° D'assurer le service de garde quotidien pour les opérations d'urgence ;

6° De surveiller l'application des bandages et autres appareils.

Article 24.

Au point de vue des remplacements, les hôpitaux seront divisés en un certain nombre de groupes.

Les hôpitaux consacrés aux maladies de la peau ou aux maladies vénériennes d'une part, et les hôpitaux consacrés aux maladies des enfants d'autre part, formeront deux groupes distincts.

Chaque année, les membres du Bureau central choisiront, par ordre d'ancienneté, la nature du service auquel ils seront attachés dans l'année (service des remplacements, service de la consultation, direction des services temporaires).

Les membres du Bureau central, attachés au service de la consultation ou à celui des remplacements, indiqueront, par ordre d'ancienneté, l'hôpital ou le groupe d'hôpitaux auxquels ils désirent être attachés.

Article 25.

Un membre du Bureau central ne peut être chargé de la suppléance d'un chef de service ou de la direction d'un service temporaire pendant une durée de plus de six mois consécutifs.

Les membres du Bureau central, appelés à la direction d'un service temporaire, lorsque cette suppléance aura duré moins de trois mois, seront replacés en tête de la liste de roulement, mais la durée de la nouvelle direction qui pourrait leur être confiée, ajoutée à la durée de la direction précédente, ne pourra excéder six mois.

Article 26.

La moitié des chirurgiens du Bureau central pourront être attachés à des services de chirurgie généraux ou spéciaux à titre de chirurgiens assistants.

Les chirurgiens auxquels des assistants pourront être attachés seront désignés par le Directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance, et choisis parmi les chirurgiens ayant au moins dix ans de service comme titulaires.

Les assistants de chirurgie seront nommés par le Directeur de l'Administration, sur la proposition du chef de service.

Pendant la durée de leurs fonctions, ils ne pourront pas prendre part à la direction des services temporaires ni au service des suppléances, sauf le cas prévu à l'article 39.

Ils recevront une indemnité de 1,200 francs.

La cessation des fonctions du chef de service entraîne celle de l'assistant.

Les dispositions de l'article 26 seront également applicables aux accoucheurs du Bureau central.

Consultations externes.

Article 14.

I. — Il est donné des consultations gratuites dans les hôpitaux et hospices désignés par le Directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance. Les malades

evront se présenter aux consultations de l'hôpital de leur circonscription hospitalière.

II. — La consultation sera faite :

1° Par les chefs de service, mais sous la condition absolue de s'en acquitter d'une façon personnelle et régulière. Si l'inexactitude d'un chef de service est constatée par le compte rendu trimestriel du service médical, il pourra être relevé du service de la consultation par le Directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance.

2° Par des médecins ou des chirurgiens du Bureau central et, à défaut, par des assistants de consultation. Dans les services de clinique de la Faculté et dans les services de chirurgie pourvus d'un assistant, la consultation pourra être faite par le chef de clinique ou par le chirurgien du Bureau central assistant.

III. — Il ne pourra être désigné par l'hôpital qu'un assistant de consultation de médecine et qu'un assistant de consultation de chirurgie.

IV. — Les membres du Bureau central chargés de la consultation seront désignés pour un an. Pendant leur année d'exercice, ils ne pourront pas prendre part au service des remplacements, sauf le cas prévu à l'article 39.

V. — Les assistants de consultation seront nommés par le Directeur de l'Administration, sur la désignation des médecins ou chirurgiens des hôpitaux auxquels ils devront être attachés.

VI. — Pour la désignation de l'assistant de consultation de médecine, le plus ancien des médecins de l'hôpital réunira ses collègues dans le bureau de la direction de l'établissement et présidera la réunion. En cas de partage des voix, il aura voix prépondérante. Pour la désignation de l'assistant de chirurgie, il sera procédé de même par le plus ancien des chirurgiens de l'hôpital.

VII. — Les assistants de consultation devront être choisis parmi les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris.

VIII. — Ils seront nommés pour deux ans et pourront être maintenus en fonctions, mais seulement pendant une troisième année, sur l'avis des chefs de service.

IX. — Ils n'auront, dans les hôpitaux auxquels ils seront attachés, aucune autre attribution que le service de la consultation.

X. — Ils auront droit chaque année à un congé de quinze jours. Les congés ne pourront leur être accordés du 1er juillet au 1er novembre. Sauf les cas de force majeure, le nombre des assistants de consultation de médecine ou de chirurgie simultanément en congé ne pourra dépasser les deux tiers du nombre des assistants suppléants de médecine ou de chirurgie.

XI. — Les membres du Bureau central chargés de la consultation et les assistants de consultation seront remplacés, pendant leurs congés, par des assistants de consultation suppléants.

XII. — Les médecins ou chirurgiens titulaires, qui auront gardé le service de la consultation, seront remplacés dans ce service, pendant leurs congés, par le médecin ou chirurgien du Bureau central, ou par l'assistant de consultation attaché à l'hôpital, et, à défaut, par un assistant de consultation suppléant.

XIII. — Les assistants de consultation suppléants seront nommés par le Directeur de l'Administration sur une liste double de candidats, choisis parmi les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, liste dressée par une commission composée :

Pour les assistants supléants de médecine :

Du représentant des médecins des hôpitaux au Conseil de surveillance, Président;

Du Président de la Société médicale des hôpitaux;

Du Président de la Société des médecins du Bureau central.

Pour les assistants suppléants de chirurgie :

Du représentant des chirurgiens des hôpitaux au Conseil de surveillance, Président;

Du Président de la Société des chirurgiens des hôpitaux;

Du Président de la Société des chirurgiens du Bureau central.

Le nombre des assistants de consultation suppléants pourra être de huit au maximum, dont quatre pour la médecine et quatre pour la chirurgie.

XIV. — Il sera alloué aux membres du Bureau central chargés de la consultation, aux assistants et aux assistants suppléants de consultation, un jeton de présence de cinq francs pour chaque consultation. Le nombre des jetons sera porté à deux pour les hôpitaux excentriques conformément au tableau ci-après annexé.

XV. — Les chefs de service faisant la consultation, les chirurgiens assistants et les chefs de clinique seront assistés à la consultation par des élèves de leurs services.

XVI. — Les membres du Bureau central et les assistants de consultation seront assistés par un ou deux externes pris en dehors des services de l'hôpital et spécialement affectés au service de la consultation.

XVII. — Il ne sera délivré aucun médicament à la consultation, mais les ordonnances délivrées aux malades nécessiteux seront servies gratuitement par les bureaux de bienfaisance de la circonscription hospitalière, à la condition :

1° Que le malade aura sa résidence dans la circonscription;

2° Que son état de gêne aura été constaté par l'apposition, sur l'ordonnance, du visa du maire ou de son délégué;

3° Que les ordonnances seront signées et datées lisiblement de la main même du chef de service de la consultation, et dans aucun cas par l'un des élèves, et que les prescriptions se renfermeront, au point de vue de la nature et des quantités des médicaments, dans les limites imposées aux médecins du service à domicile.

Ces dépenses seront remboursées sur états aux bureaux de bienfaisance par l'Administration centrale.

XVIII. — A l'exception des pansements d'urgence, aucun appareil ou objet de pansement ne pourra être délivré que sur le vu d'un certificat de la mairie attestant l'état de gêne du malade.

Consultations des Services spéciaux.

XIX. — Les consultations des services spéciaux de médecine et de chirurgie sont assurées directement par le chef de service et sous sa responsabilité personnelle.

XX. — Des assistants pourront être adjoints aux services spéciaux de médecine ou de chirurgie, par arrêté du Directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance.

XXI. — Ils seront nommés par le Directeur de l'Administration, sur la présentation du chef de service, et seront choisis parmi les membres du Bureau central ou les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris. Ces derniers seront nommés pour deux ans et pourront être maintenus en fonctions, mais seulement pendant une troisième année, sur l'avis des chefs de service, conformément au paragraphe 8 du présent article.

XXII. — Les dispositions des paragraphes 4 et 5 de l'article 26 leur sont applicables.

Consultations pour maladies spéciales rattachées à des services généraux de médecine et de chirurgie.

XXIII. — Des consultations pour maladies spéciales peuvent être annexées, à la demande des chefs de service, à des services de médecine ou de chirurgie, par arrêté du Directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance, à la condition d'être directement assurées par le chef de service ou par le chirurgien assistant dans les services de chirurgie pourvus d'un assistant.

XXIV. — Les chefs de services spéciaux, à défaut d'assistants nommés par le Directeur de l'Administration, et les chefs de service autorisés à annexer une consultation spéciale à leur service, pourront se faire assister, à leur choix et sous leur responsabilité personnelle, pour le service de la consultation, par un docteur en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris.

XXV. — Ces assistants bénévoles devront être agréés par le Directeur de l'Administration. Les dispositions du paragraphe 8 du présent article relatives à la durée des fonctions leur seront appliquées.

XXVI. — Des médicaments ou des appareils pourront être délivrés aux consultations spéciales aux malades qui auront justifié de leur état de gêne par une attestation de la mairie de leur arrondissement.

XXVII. — Les listes des médicaments et des appareils qui pourront être délivrés seront arrêtées chaque année par le Directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance.

XXVIII. — *Secours de maladie.* — Des secours de maladie, en nombre limité pour chaque hôpital, pourront être délivrés, après enquête, par le Directeur de l'Administration, sur la proposition des chefs de service de la consultation, aux malades qui ne paraîtraient pas devoir être admis à l'hôpital ni renvoyés au traitement à domicile.

Ces secours seront payés sur bons par les bureaux de bienfaisance et remboursés par l'Administration centrale.

Remplacements. — Service des vacances et des jours fériés.

Article 38.

I. — Les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices ne peuvent se faire suppléer que pour cause de maladie ou en vertu d'un congé accordé par le Directeur de l'Administration.

II. — La durée des congés qui pourront être accordés dans le courant de l'année à un médecin ou chirurgien des hôpitaux sera limitée, en dehors des cas de maladie, à un mois pour les membres du Bureau central et à deux mois pour les médecins et les chirurgiens titulaires.

III. — Du 15 juillet au 1er novembre de chaque année, aucun congé ne pourra être accordé aux médecins ou chirurgiens du Bureau central.

IV. — Les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant plus de dix années de service pourront, sur leur demande, mais en raison seulement des services publics dont ils pourraient être chargés, être mis en congé exceptionnel, après avis du Conseil de surveillance et par arrêté du Directeur de l'Administration, approuvé par le préfet de la Seine.

V. — Ces congés ne pourront être accordés pour une durée de plus de deux ans; ils pourront être renouvelés.

VI. — La suppléance des médecins et chirurgiens d'un hôpital est assurée par les membres du Bureau central chargés des remplacements dans le groupe dont fait partie cet hôpital, ou, à défaut, et par ordre de roulement, par des membres du Bureau central chargés des remplacements dans un autre groupe.

VII. — Les suppléants sont désignés par le Directeur de l'Administration.

VIII. — L'indemnité allouée au chef de service qui s'absente sera acquise de droit à celui qui le remplace pour tout le temps du remplacement.

IX. — En cas de décès d'un médecin ou chirurgien attaché à un hôpital ou hospice, la suppléance, pour le service provisoire jusqu'à la nomination de son successeur, est assurée de la même manière que pour les cas de maladie.

X. — Les professeurs de clinique pourront être remplacés par leur chef de clinique.

Article 39.

I. — Du 15 juillet au 15 octobre, le service des remplacements sera assuré dans chaque hôpital :

1° Par les médecins et chirurgiens de l'hôpital;

2° Par les membres du Bureau central chargés des remplacements dans le groupe dont fait partie l'hôpital;

3° Par les membres du Bureau central chargés de la consultation et par les assistants de chirurgie dans l'hôpital auquel ils sont attachés;

4° Par les membres du Bureau central chargés de la direction des services temporaires;

5° Au besoin par les candidats admissibles aux épreuves du deuxième degré du Bureau central.

II. — Un suppléant ne pourra avoir la direction de plus de deux services, y compris le service de la consultation. Les assistants de chirurgie ne pourront faire la suppléance que d'un service en plus du service auquel ils sont attachés.

III. — Les demandes de congé des chefs de service, pour la période du 15 juillet au 15 octobre, doivent être adressées au Directeur de l'Administration, par l'intermédiaire des directeurs des hôpitaux, avant le 5 juillet.

IV. — Un état des remplacements à assurer du 15 juillet au 15 octobre sera établi par les soins de l'Administration centrale avant le 10 juillet, et l'attribution des services sera faite du 10 au 15 juillet.

V. — Pour l'attribution des services, seront appelés à exercer leur choix :

1° Les médecins et chirurgiens des hôpitaux, dans l'établissement auquel ils sont attachés, d'accord avec leurs collègues;

Puis par ordre d'ancienneté :

2° Les membres du Bureau central chargés des remplacements dans le groupe dont fait partie l'hôpital;

3° Les membres du Bureau central chargés de la consultation et les assistants de chirurgie dans l'établissement auquel ils sont attachés;

4° Les membres du Bureau central chargés de la direction des services temporaires;

5° Les candidats admissibles aux épreuves du deuxième degré du Bureau central.

VI. — Le service des visites du dimanche et des jours fériés sera assuré dans chaque hôpital par le tiers au moins des chefs de service de médecine et de chirurgie. Dans les établissements ne comptant qu'un seul chef de service de médecine ou de chirurgie, la visite du dimanche pourra être faite, de quinzaine en quinzaine, par l'un des internes du service, sauf recours au chef de service en cas d'urgence.

TABLEAU DES CIRCONSCRIPTIONS HOSPITALIERES

HOPITAUX	QUARTIERS RATTACHÉS	Arrondissements.	COMMUNES RATTACHÉES			
Hôtel-Dieu	Arsenal	4	Néant.			
Population des quartiers et des communes.	Avoie (Saint-)	3				
Paris 201.837	Bonne-Nouvelle	2				
Banlieue » »	Enfants-Rouges	3				
	Gervais (Saint-)	4				
	Halles	1				
	Merri (Saint-)	4				
	Notre-Dame	4				
Pitié	Jardin-des-Plantes	5	Antony	30	*Report*	1.397
Population des quartisrs et des communes.	Salpêtrière	13	Chevilly	17	L'Hay	9
Paris 106.301	Sorbonne	5	Choisy-le-Roi	130	Rungis	4
Banlieue 68.292	Victor (Saint-)	5	Fresnes	11	Thiais	45
			Gentilly	480	Villejuif	90
			Ivry	729	Vitry	145
			A reporter	1.397	Malades hospitalisés	1.690

HOPITAUX	QUARTIERS RATTACHÉS	Arrondissements.	COMMUNES RATTACHÉES			
	Germain-l'Auxerrois (St-)	1	Néant.			
	Germain-des-Prés (St-)..	6				
	Gaillon............	2				
Charité	Mail..............	2				
Population des quartiers et des communes.	Monnaie...........	6				
Paris......... 205.423	Notre-Dame-des-Champs	6				
Banlieue...... » »	Odéon............	6				
	Palais-Royal.........	1				
	Place Vendôme........	1				
	Thomas-d'Aquin (Saint-).	7				
	Vivienne............	2				
Saint-Antoine	Bel-Air..............	12	Bonneuil..........	7	*Report*.....	1.336
Population des quartiers et des communes	Bercy..............	12	Bry-sur-Marne.....	9	Nogent-s.-Marne....	155
Paris......... 227.100	Marguerite (Sainte-)....	11	Champigny........	47	Le Perreux........	86
Banlieue...... 143.030	Picpus..............	12	Charenton........	260	Saint-Mandé.......	180
	Quinze-Vingts........	12	Créteil...........	58	Saint-Maur........	215
	Roquette (La).........	11	Fontenay-s.-Bois...	60	Saint-Maurice......	70
			Joinville-le-Pont....	60	Vincennes.........	470
			Maisons-Alfort.....	85	Alfortville.........	»
			Montreuil.........	750	Malades hospitalisés	2.511
			A reporter......	1.336		
Necker	Auteuil..............	16	Clamart..............	34		
Population des quartiers et des communes.	Grenelle.............	15	Issy................	325		
Paris......... 136.494	Javel................	15	Malakoff.............	235		
Banlieue...... 27.465	Lambert (Saint-).......	15	Malades hospitalisés...	593		
	Necker..............	15				
Cochin	Croulebarbe...........	13	Arcueil...........	170	*Report*.....	334
Population des quartiers et des communes.	Gare...............	13	Bagneux..........	35	Orly..............	7
Paris......... 157.175	Maison-Blanche........	13	Bourg-la-Reine....	54	Plessis-Piquet......	7
Banlieue...... 19.471	Montparnasse.........	14	Châtenay.........	10	Sceaux...........	55
	Santé...............	14	Fontenay-aux-Roses.	65	Malades hospitalisés.	403
	Val-de-Grâce.........	5	*A reporter*......	334		
	Arts-et-Métiers.........	3	Bondy............	65	*Report*.....	819
	Chapelle (La).........	18	Drancy...........	28	Pré-St-Gervais.....	240
Lariboisière	Chaussée-d'Antin.......	9	Dugny............	9	Pierrefitte.........	30
Population des quartiers et des communes.	Clignancourt..........	18	Epinay...........	62	Saint-Denis........	605
Paris......... 417.411	Georges (Saint-).......	9	Ile Saint-Denis.....	25	Stains............	25
Banlieue...... 97 771	Goutte-d'Or..........	18	Pantin...........	630	Villetaneuse.......	10
	Montmartre (Faubourg).	9	*A reporter*......	819	Malades hospitalisés.	1.729
	Porte-Saint-Denis.......	10				
	Porte-Saint-Martin......	10				
	Rochechouart..........	9				
	Saint-Vincent-de-Paul..	9				
Tenon	Ambroise (Saint-).......	11	Bagnolet..........	270	*Report*.....	665
Population des quartiers et des communes.	Amérique............	19	Noisy-le-Sec.......	90	Rosny............	55
Paris......... 208.345	Belleville............	20	Les Lilas..........	220	Villemonble.......	45
Banlieue...... 26.747	Charonne............	20	Romainville........	85	Malades hospitalisés.	765
	Fargeau (Saint-).......	20	*A reporter*.......	665		
	Père-Lachaise.........	20				
	Bassins..............	16	Asnières..........	410	*Report*.....	3.280
Beaujon	Batignolles...........	17	Boulogne.........	1.080	Levallois-Perret....	1.260
Population des quartiers et des communes.	Champs-Elysées........	8	Clichy...........	1.110	Nanterre..........	120
Paris......... 298.913	Europe..............	8	Colombes.........	275	Neuilly...........	630
Banlieue...... 230.975	Madeleine............	8	Courbevoie.......	295	Puteaux..........	450
	Muette (La)..........	16	Gennevilliers......	110	Suresnes..........	190
	Plaine-Monceau........	17	*A reporter*......	3.280	Malades hospitalisés.	5.930
	Porte-Dauphine........	16				
	Roule...............	8				
	Ternes..............	17				

HOPITAUX	QUARTIERS RATTACHÉS	Arrondissements.	COMMUNES RATTACHÉES
Laënnec *Population des quartiers et des communes.* Paris .... 67.005 Banlieue ...... » »	Ecole-Militaire .... Gros-Caillou .... Invalides	7 7 7	Néant.
Bichat *Population des quartiers et des communes.* Paris .... 101.509 Banlieue 56.331	Epinettes .... Grandes-Carrières	17 18	Aubervilliers .... 1.280 Bobigny .... 32 Le Bourget .... 55 *A reporter* ...... 1.367 *Report* ..... 1.367 La Corneuve ...... 32 Saint-Ouen .... 1.150 Malades hospitalisés 2.549
Broussais *Population des quartiers et des communes.* Paris .... 75.129 Banlieue 21.233	Petit-Montrouge .... Plaisance	14 14	Vanves .... 160 Montrouge .... 345 Châtillon .... 40 Malades hospitalisés ... 545
Saint-Louis *Population des quartiers et des communes.* Paris .... 200.948 Banlieue ...... » »	Combat .... Folie-Méricourt .... Hôpital Saint-Louis ..... Route de Flandre .... Villette	19 11 10 19 19	Néant.
Andral *Population des quartiers et des communes.* Paris .... 21.115 Banlieue ...... » »	Archives (Médecine)	3	Néant.

TABLEAU DES HOPITAUX DU CENTRE ET EXCENTRIQUES

Pour servir à l'attribution de jetons pour le service de la consultation.

(Article 14, paragraphe XIV)

HOPITAUX DU CENTRE (*1 jeton*)	HOPITAUX EXCENTRIQUES (*2 jetons*)
Hôtel-Dieu	Saint-Antoine
Pitié	Cochin
Charité	Lariboisière
Necker	Tenon
Beaujon	Bichat
Laënnec	Broussais
Andral	Saint-Louis
Enfants-Malades	Ricord
	Broca
	Trousseau

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, 2 mars 1894.

Les réformes hospitalières.

La *Gazette hebdomadaire* a fait connaître l'année dernière le rapport présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique par M. Fleury-Ravarin. Si l'on adoptait les conclusions de ce rapport, le service des consultations dans les hôpitaux serait supprimé et l'organisation des bureaux d'assistance pour les secours à domicile et l'admission dans les hôpitaux ruinerait, au grand détriment de l'enseignement hospitalier, du service médical et de l'intérêt bien entendu des malades indigents, une institution que nous persistons à défendre. Le rapport de M. Fleury-Ravarin va être discuté par le Conseil de surveillance. Nous aurons à signaler l'opinion de cette Assemblée.

Une deuxième question : la revision de la loi de 1849 a été soulevée par M. P. Strauss. Nous avons expliqué pour quels motifs nous ne pensions pas qu'il soit nécessaire d'accepter les propositions de l'honorable conseiller municipal. Le rapport présenté au Conseil de surveillance par M. Bonthoux, conseiller d'Etat, nous permet d'espérer que, si la loi de 1849 est revisée, ce ne sera que dans un sens conforme aux idées que nous avons toujours défendues.

Il est enfin, parmi les propositions soumises au Conseil de surveillance, une troisième question plus urgente, plus facile à résoudre que les deux premières : celle des réformes hospitalières. Nous avons loué il y a huit jours le projet présenté par M. le Directeur général de l'Assistance publique et légèrement modifié à la suite de l'important rapport de M. le Dr Périer. Il nous faut aujourd'hui signaler les objections faites à ce rapport par la 5e commission du Conseil municipal et analyser les conclusions du rapport présenté à ce sujet par M. le Dr P. Dubois.

Dans ce nouveau rapport, nous n'hésitons pas à approuver certaines modifications qui n'ont trait qu'à la rédaction des articles. Tout le monde demande aujourd'hui la suppression du Bureau central. M. le Dr Périer avait, à diverses reprises, maintenu ce nom et laissé aux médecins des hôpitaux non encore pourvus de services le titre de médecins du Bureau central. Avec M. Dubois, nous n'hésitons pas à reconnaître que, le Bureau central étant supprimé, les médecins nommés au concours des hôpitaux devront, comme ils le font d'ailleurs, prendre le titre officiel de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux. On pourra, sans inconvénients, accorder aux chefs de service le titre de médecin en chef, chirurgien en chef, etc.

Nous reconnaissons, en ce qui concerne la suppression du Bureau central, le bien fondé des observations du Conseil municipal et, quoique M. Dubois paraisse ne pas comprendre que les hôpitaux répartiteurs (Lariboisière et la Charité) ne devront être que des centres administratifs, nous n'insisterons pas à cet égard.

Au point de vue des circonscriptions hospitalières, nous sommes aussi d'avis qu'il faudra, en thèse générale, obliger les malades indigents à se présenter à l'hôpital de leur quartier. Le rapport de M. le Dr Périer ne s'oppose pas à cette réforme, mais il y ajoute une réserve. Il admet que, dans des cas exceptionnels, il devra être permis à un malade, adressé par son médecin à un médecin ou à un chirurgien des hôpitaux, d'être directement admis dans le service de celui-ci; qu'il devra être permis à un médecin ou à un chirurgien des hôpitaux d'offrir une place dans son service à un malade *indigent* qui aura intérêt à se faire soigner ou opérer par lui. M. Dubois se refuse à accepter cette dérogation à la règle. Seuls, les médecins du traitement à domicile seraient autorisés à désigner les malades qui, exceptionnellement, pourront être reçus dans des hôpitaux autres que ceux de leur circonscription.

Ici, nous avouons ne plus comprendre. M. Dubois et le Conseil municipal admettent que des consultations seront faites dans les hôpitaux, puisqu'ils disent (art. II, § 9) : « Les consultations seront faites par des médecins et chirurgiens des hôpitaux spécialement affectés à ce service. Elles auront lieu, chaque jour, le dimanche

compris, à partir de 9 heures ; » et § 10 : « Les médecins et chirurgiens chargés des consultations désigneront les malades pour lesquels l'admission sera nécessaire. » Sans doute, ils n'attribuent qu'au directeur de l'hôpital la répartition des malades admis à la consultation et des malades admis d'urgence entre les différents services. Mais pourquoi ne pas laisser aux médecins des hôpitaux chargés de ces consultations, le soin de répartir les malades au mieux des intérêts de leur santé?

Il importe donc de bien préciser ce qui reste sous-entendu. Ce que demandent les médecins pour lesquels, M. Dubois veut bien le reconnaître, « l'intérêt des malades doit être le principal souci », c'est qu'un indigent ait le droit, comme un malade riche, de choisir son médecin ou son chirurgien, ou tout au moins ceux des médecins et des chirurgiens des hôpitaux qui, pour des cas particuliers, ont acquis une compétence spéciale, sont plus aptes que leurs collègues à bien juger, à bien traiter, à bien opérer certaines catégories de malades. Ce qu'ils réclament, c'est le droit pour leurs collègues chargés de la consultation hospitalière de diriger exceptionnellement sur tel hôpital spécial ou dans tel service dont ils connaîtront bien les avantages, les malades atteints de maladies ou de lésions justiciables d'un traitement particulier. En quoi cette dérogation à la règle qui limite les circonscriptions hospitalières peut-elle nuire au bon fonctionnement des services? Pourquoi, si l'on admet dans les hôpitaux un service de consultations dirigé par des médecins et des chirurgiens instruits et expérimentés, ne pas accorder à ceux-ci ce que l'on prétend réserver aux médecins du traitement à domicile? Comment, d'ailleurs, l'organisation du service à domicile permettra-t-elle « d'éliminer ceux qui ont des ressources et qui exploitent la misère »? Les médecins ont à apprécier la nature des maladies, leur degré de gravité, la possibilité pour les malades de se faire, bien ou mal, soigner à domicile. Il ne leur appartient pas de faire une enquête sur la situation de fortune de ceux qu'ils sont appelés à visiter. Cette mission doit être remplie par les agents de l'administration, et non par les médecins, qu'ils appartiennent au service des hôpitaux ou au service des bureaux d'assistance.

Ce sont cependant ces bureaux d'assistance qui semblent au Conseil municipal seuls aptes à recruter les malades dignes d'être hospitalisés. Parlant du rapport de M. Fleury-Ravarin : « Il pense apparemment *comme nous*, dit M. Dubois, que les établissements hospitaliers, comme les maisons de secours, ne doivent être ouverts qu'aux indigents et aux nécessiteux, et il demande qu'en dehors des hôpitaux, soient créés des bureaux d'assistance qui *seuls*, à la suite d'une visite au domicile des impétrants, pourront décider de l'admission ou de la non-admission à l'hôpital. »

Si les bureaux d'assistance doivent *seuls* décider de l'admission ou de la non-admission à l'hôpital, que feront les médecins chargés de la consultation dans les hôpitaux? Et comment M. Dubois concilie-t-il ses paroles avec les décisions votées par le Conseil municipal (art. II, § 3, et suivants)?

Hâtons-nous toutefois de faire remarquer que plusieurs modifications apportées par le Conseil municipal au texte du rapport de M. le docteur Périer éclairent singulièrement ce côté de la question.

M. Dubois demande que le service des consultations gratuites dans les hôpitaux ne soit autorisé qu'après avis du Conseil de surveillance *et du Conseil municipal.* Il demande (§ 24) que le Conseil municipal soit aussi appelé à juger l'opportunité de la création de consultations pour maladies spéciales annexées à des services de médecine et de chirurgie. Il dénie aux médecins chefs de service le droit de désigner les assistants de consultation et attribue ce droit au directeur de l'administration. En un mot, il prépare ce que nous avons appelé la mainmise du Conseil municipal sur le service de l'Assistance publique. Du jour où les médecins désignés par cette assemblée pour diriger les bureaux d'assistance seront seuls autorisés à diriger les malades vers les hôpitaux, il est bien évident, nul ne saurait en douter, que M. le conseiller municipal du quartier aura une influence prépondérante. Prendra-t-il toujours la précaution de se préoccuper de l'état d'indigence, du degré de maladie et non de l'influence électorale de celui qui sollicitera son appui? Il ne nous appartient pas de le dire.

Ce que nous tenons à affirmer, c'est que le Conseil d'État n'approuvera point et que dès lors les Chambres auront quelque répugnance à voter une revision de la loi de 1849 conforme aux aspirations de nos édiles. L'Assistance publique, dit excellemment M. Bonthoux, ne peut devenir un service communal. « Ce serait aller directement contre les vues du législateur qui a voulu que, dans toute la France, la gestion du bien des pauvres soit confiée à une administration distincte de celle de la commune afin de la soustraire aux fluctuations politiques que subissent les assemblées électives. Substituer le Conseil municipal, dont l'esprit et les tendances peuvent varier, dont les attributions sont si nombreuses et si diverses, à une administration qui, nommée en dehors de toute considération politique, n'a d'autre mission que d'assurer le bon emploi des ressources charitables et de veiller à leur conservation, ce serait diminuer les garanties de bonne gestion, affaiblir la confiance publique et par suite paralyser peut-être les élans de la charité privée. »

Qu'on se rassure donc. Si une réforme est votée — et nous souhaitons qu'elle le soit, — ce sera celle qui aura pour objet d'améliorer le service hospitalier dans le triple intérêt du progrès scientifique, de l'enseignement et du bien des malades. Pour y parvenir, il faut laisser aux consultations hospitalières mieux organisées le soin d'admettre et de bien répartir les malades indigents et à l'administration seule le droit de constater l'état d'indigence des malades hospitalisés.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Des troubles trophiques et des troubles circulatoires dans la paralysie générale.

Depuis que Calmeil en donna la première description complète, la péri-encéphalite diffuse, progressive n'a cessé d'inspirer de nombreux travaux tant cliniques qu'anatomopathologiques; mais jusqu'ici les aliénistes semblaient avoir presque le monopole de cette étude.

Dans ces dernières années cependant les recherches

histologiques se multiplient et l'on s'efforce de déterminer les lésions caractéristiques de la paralysie générale vraie, permettant de la séparer des pseudo-paralysies générales. Depuis 1892, la question prend un nouvel essor. A la suite d'une discussion soulevée à la Société médicale des hôpitaux par le Dr Raymond sur les rapports du tabes dorsalis et de la paralysie générale (1), les neuropathologistes s'emparent de ce sujet et les observations tant cliniques que microscopiques viennent de toute part appuyer ou réfuter les diverses hypothèses avancées. Ne pouvant entrer ici dans plus de détails, nous nous bornerons à signaler, parmi les nombreux travaux parus dernièrement sur ce point spécial, les thèses de Nageotte (2) (inspirée par Raymond), de Renaud (3) (inspirée par Ballet), de Stojanowitch (4) (inspirée par Joffroy) et les articles tout récents de Klippel (5) et de Marie (6), comme reproduisant les principales opinions soutenues à ce propos.

Sans préjuger en rien de la nature de la paralysie générale et des éléments (vaisseaux, tubes nerveux, cellules motrices, sensitives ou trophiques) qui sont intéressés les premiers, nous constaterons seulement que toutes ces recherches ont prouvé que cette maladie n'est pas, comme on l'a supposé longtemps, une affection du cerveau seulement où les nerfs périphériques, la moelle peuvent être touchés accidentellement, secondairement, mais une affection de *tout* le système nerveux, la substance médullaire étant atteinte au même titre que l'écorce cérébrale et parfois même plus fortement et avant celle-ci dans les *formes spinales* de la maladie.

Partout on trouve signalé chez les aliénés paralytiques des symptômes anormaux, paraissant étrangers à la périencéphalite diffuse et que l'on regardait comme des complications accidentelles sans rapports avec l'affection principale. Il n'est plus permis de les interpréter ainsi aujourd'hui que l'on sait que la paralysie générale est vraiment, de par ses localisations, une maladie *générale* de l'axe cérébro-spinal dont tous les segments peuvent être lésés dès le début d'une façon plus ou moins intense. Loin de les considérer comme des coïncidences, des associations morbides, il faut faire rentrer ces complications dans la symptomatologie propre de la maladie, et n'y voir qu'un effet direct de l'altération des centres nerveux, affectés, à la fois, dans leurs fonctions psychiques, motrices, sensitives, trophiques, vaso-motrices et réagissant avec une étonnante diversité dans tous les domaines de l'organisme.

Nous avons étudié ailleurs (7) les *complications viscérales* de la paralysie générale; nous avons montré comment l'examen des poumons, du cœur, du foie, des reins, peut donner d'importantes indications sur l'étiologie de la maladie, lorsque rien ne permet d'incriminer sérieusement la syphilis; nous avons parlé des infections secondaires, et nous avons enfin constaté dans ces organes la présence d'une lésion spéciale de nature toujours identique, d'une dilatation vasculaire *active* à poussées paroxystiques, d'une congestion chronique lentement progressive, mise en lumière pour la première fois par Klippel, qui paraît être constante et, peut-être, caractéristique de la folie paralytique.

(1) Raymond, Rendu, Joffroy, Ballet, Mathieu, *Soc. méd. des hôpitaux*, avril et mai 1892.
(2 Nageotte, *Tabès et paralysie générale*. Thèse de Paris, 1893.
(3) Renaud, *Etude des réflexes dans la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1893.
(4) Stojanowitch, *Etude critique sur les rapports du tabes dorsalis et de la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1893.
(5) Klippel, Paralysie générale. Lésions et symptômes spinaux. Formes spinales. *Arch. de med. expérimentale*, 1er janvier 1894.
(6) Marie, Etude comparée des lésions médullaires dans le tabes et dans la paralysie générale. *Gaz. des Hôp.*, n° 7, 16 janvier 1894.
(7) Durante, Complications viscérales de la paralysie générale. *Gaz. des hôpitaux*, 1894.

Nous ne reviendrons pas sur les altérations de ces parenchymes. Nous ne décrirons ici que les troubles circulatoires des téguments et des glandes où nous retrouverons encore les mêmes phénomènes de congestion chronique à poussées paroxystiques dont nous parlions plus haut.

Quant aux troubles trophiques, ils paraissent se développer par suite de processus divers, car, ainsi que nous pourrons le constater, ils semblent tantôt dépendre des troubles vasculaires que nous venons de signaler, tantôt être dus à des névrites périphériques, tantôt enfin relever directement des altérations des centres nerveux, des centres trophiques, sans lésion des nerfs intermédiaires. Peut-être, cependant, la complexité de cette pathogénie est-elle plus apparente que réelle et toutes ces complications, malgré leurs aspects si disparates, font-elles partie plus intégrante de l'affection principale, s'y rattachent-elles plus intimement qu'on ne pourrait le supposer au premier abord. C'est ce qui nous a engagé à les réunir dans un travail d'ensemble et ce que nous espérons faire ressortir dans cette étude.

Mais ce n'est pas le moment d'insister sur ce point. Lorsque nous aurons passé successivement en revue la série de ces troubles trophiques et circulatoires, nous reviendrons avec plus de profit, à la fin de cet article, sur ce sujet que nous n'avons voulu qu'effleurer dans ces quelques mots d'introduction.

Nous réservant de reprendre et de grouper plus tard, d'après la lésion primitive de laquelle elles dépendent, ces complications dont plusieurs se rencontrent au cours de diverses affections du système nerveux, nous nous bornerons d'abord à en faire une énumération rapide et nous n'insisterons que lorsque leur symptomatologie présentera quelque point spécial à la paralysie générale méritant de retenir plus longtemps notre attention.

I

« La paralysie générale, a dit Ball (1), est surtout une affection congestive », et Foville (2) insiste sur l'état vultueux de la face, la rougeur des oreilles, l'accélération du pouls, l'injection des conjonctives avec céphalalgie plus ou moins intense, comme étant des phénomènes que l'on observe très fréquemment chez les paralytiques généraux.

Ces congestions se montrent parfois d'une façon permanente dès le début de l'affection (3) (forme congestive de Baillarger et de Falret), mais le plus souvent elles apparaissent à un moment quelconque sous forme de poussées passagères, tantôt à la suite d'une émotion, d'un repas trop copieux, d'un séjour dans un bain trop chaud, tantôt sans aucune cause appréciable, et s'accompagnent généralement d'une agitation plus ou moins vive ainsi que d'une aggravation notable de l'état général.

Tous les degrés de la *congestion cérébrale* peuvent être observés, et Marcé (4) décrit la *forme légère avec excitation*, la *forme maniaque*, la *forme comateuse*, la *forme hémiplégique* et la *forme convulsive ou apoplectiforme*.

Tantôt, en effet, on n'observe, pendant quelques heures ou quelques jours, qu'une *agitation* légère avec augmentation de l'embarras de la parole, loquacité, grande mobilité, congestion de la face, le tout disparaissant presque sans laisser de traces; tantôt l'agitation est plus *forte*, devient *maniaque*, les idées délirantes s'accusent

(1) B. Ball, *Traité des maladies mentales*, 1883.
(2) Foville, article Paralysie générale du Dict. Jaccoud.
(3) Baillarger, Paralysie générale précédée de symptômes congestifs insolites. *Ann. med. psychol.*, VI, 1881,
(4) Marcé. *Traité des maladies mentales*.

davantage, et le malade se livre à des emportements et à des actes de violence.

Parfois, au contraire, c'est la somnolence qui domine; il y a une véritable inertie physique et intellectuelle à laquelle succède bientôt une résolution complète et même le *coma*. Mais cette forme peu grave se dissipe généralement en quelques heures.

Un degré de plus est constitué par le développement parfois subit, au milieu d'un repas ou d'une promenade, d'une *paralysie* partielle ou même d'une hémiplégie. Apparaissant d'emblée, sans perte de connaissance, ces paralysies ont une durée assez courte et finissent par se dissiper soit complètement, soit en laissant après elles un affaiblissement léger ou une maladresse du membre touché.

Mais les formes les plus graves de la congestion cérébrale sont les *formes convulsives et apoplectiques* qui constituent des accidents fréquents dans le cours de la paralysie générale.

Certains malades sont frappés d'un véritable *ictus apoplectique* survenant brusquement ou précédé d'un état vultueux de la face et d'un peu d'agitation. Il y a perte subite de connaissance, insensibilité, coma, et, si la mort ne survient pas (1), on constate au réveil une paralysie plus ou moins étendue qui cependant régresse et disparaît souvent peu à peu.

D'autres fois le syndrome rappelle l'*épilepsie* soit sous forme de vertige, d'absence, de léger état de mal, avec ou sans perte de connaissance, accompagnée d'une poussée congestive du côté de la face, soit sous forme d'une véritable attaque épileptiforme convulsive avec alternatives de rougeur et de pâleur, écume sanguinolente aux lèvres, secousses générales ou limitées à un ou plusieurs membres, et même cri initial. Elles se différencieraient cependant de l'épilepsie vraie par une période comateuse plus longue et des phénomènes d'obtusion intellectuelle plus prononcés et plus durables. A la suite de ces attaques, il peut se montrer également des paralysies d'étendue variable, mais qui, le plus souvent, se dissipent avec le temps.

Ces attaques convulsives et épileptiformes sont toujours d'un pronostic très sérieux. Se reproduisant parfois à de courts intervalles séparés par un coma complet, elles donnent lieu à un « état de mal » durant de un à trois jours, qui se termine alors presque toujours par la mort. Mais, même lorsqu'elles n'ont pas une issue funeste, elles laissent toujours après elles une aggravation dans les symptômes et l'état général, indiquant un nouveau progrès dans les lésions corticales, un pas de plus dans la marche de la maladie.

Ces différentes formes de congestion cérébrale s'accompagnent non seulement d'un état vultueux de la face, mais encore fréquemment d'une poussée congestive du côté du reste des téguments et même des viscères. C'est ainsi que l'on voit survenir à ce moment des sueurs locales ou généralisées, des plaques d'érythème, l'othématome, des eschares, de l'hématurie, etc., etc., phénomènes sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir dans le courant de cet article.

Pendant ces crises de congestion, pendant ces attaques, on signale en outre un symptôme important : une *élévation de température* plus ou moins considérable sur laquelle ont insisté Calmeil, Bayle, Westphal, Hanot, Meyer, Mickle (2), Charcot, Ball, Magnan, etc. Ces auteurs admettent que, dans ces circonstances, on peut constater jusqu'à 39° et même 40°. Selon d'autres (Voisin, Christian et Ritti), le thermomètre ne monterait que très exceptionnellement au-dessus de 38°. Quoi qu'il en soit, il semble que ces poussées congestives coïncident presque toujours avec une ascension thermique au moins légère. Celle-ci, d'origine nerveuse, disparaît avec les troubles circulatoires qui l'ont occasionnée et affecte comme ceux-ci une marche passagère. Cela permet de la distinguer des accès de fièvre dont nous avons parlé ailleurs, qui, dus à une infection secondaire venant se greffer sur la maladie principale, ont une durée plus longue et ne présentent pas le caractère paroxystique des manifestations congestives propres à la paralysie générale.

Si nous avons insisté aussi longuement sur la congestion cérébrale chez les aliénés paralytiques, c'est non seulement à cause de l'importance et de la fréquence de cet accident chez ces malades, mais aussi parce que le plus grand nombre des autres complications dont nous aurons à nous occuper plus loin (sauf celles qui ressortissent d'une infection secondaire ou d'une localisation médullaire primitive), se développant le plus souvent en même temps que ces attaques, prenant fin peu après elles, suivent la même marche, semblent leur être subordonnées et paraissent enfin liées directement à cette même poussée congestive localisée en d'autres points de l'organisme.

Nous ne pouvons que signaler ici tout un ordre d'altérations viscérales signalées par Klippel (1) dans le foie, le rein, le cœur, le poumon, et que nous avons passées en revue dans un autre travail. Presque caractéristiques de la paralysie générale, elles relèvent précisément de cette congestion chronique à poussées paroxystiques et montrent encore mieux combien ces crises de dilatation vasculaire active que l'on rencontre à chaque pas et sur lesquelles on ne saurait trop attirer l'attention, sont un symptôme important de la paralysie générale dont on a, peut-être, un peu trop négligé l'étude jusqu'ici.

II

Le revêtement cutané est fréquemment atteint dans la paralysie générale [Villard (2), Bonnet (3), Ramadier (4)].

La *peau* présente souvent des *éruptions* d'aspect variable, mais dans lesquelles on peut presque toujours retrouver la note congestive. Tantôt on ne constate qu'une simple rougeur, un peu d'*érythème* assez étendu ou localisé au contraire par plaques bien limitées, tantôt la lésion vasculaire se traduit par le phénomène connu sous le nom de *raie méningitique*. L'*érythromélalgie* a été signalée par Machol (5) et d'autres auteurs ont rencontré l'*asphyxie locale des extrémités* à sa première période.

Mais on peut observer des degrés plus avancés : des papules, puis des vésicules apparaissent sur le trajet d'un tronc nerveux et donnent lieu à un *zona* plus ou moins douloureux. L'élément éruptif peut devenir plus volumineux encore et des bulles, des pustules même se développant sur un fond normal ou érythémateux, con-

(1) Laffite, Paralysie générale, apoplexie séreuse, mort presque subite. *Ann. méd. psychol.*, 1858. — Laffite, Apoplexie séreuse, mort presque instantanée chez un paralytique général. *Arch. clin. des mal. ment.*, 1862.

(2) Mickle, La température dans la paralysie générale. *Mental Science*, 1872.

(1) Klippel, Foie vaso-paralytique. *Gaz. hebd.*, janvier 1892. — Klippel, Foie, rein, cœur, poumon vaso-paralytiques. *Arch. de méd. expér.*, juillet 1892.

(2) Villard, De quelques complications dans la paralysie générale. *Mouvement médical*, 1869.

(3) Bonnet, Troubles trophiques dans la paralysie générale. *Gaz. hebd.*, 1882.

(4) Ramadier, *Contribution aux troubles trophiques dans la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1884.

(5) Machol, Erythromélalgie chez un paralytique général. *Berl. klin. Woch.*, 12 décembre 1892.

stituent du *pemphigus* ainsi que l'a signalé Déjerine (1). Enfin, Christian (2) et Savage (3), dans quelques cas rares, ont vu se produire des *hémorrhagies* cutanées et un *purpura* plus ou moins intense.

Ainsi que le fait remarquer Zacher (4), ces éruptions se manifestent surtout à la suite des accès et semblent coïncider avec une poussée congestive plus générale qu'elles accompagnent ou précèdent de peu pour disparaître ensuite avec elle.

Les annexes de la peau sont plus rarement affectées. Régis (5) a signalé cependant la *chute des poils et des ongles*.

Le *mal perforant* a été observé à maintes reprises par Christian (6), Morer (7), Marandon de Monthyol (8), Mabille (9), Barthélémy (10), etc. D'après ces auteurs, il coïnciderait non pas avec une aggravation de l'état général ainsi que l'on pourrait le supposer, mais avec une sensible amélioration. Son apparition semblerait donc favoriser ou accompagner les rémissions. Nous allons avoir à insister plus bas sur un phénomène analogue se manifestant à propos des eschares.

Le degré le plus grave des troubles trophiques cutanés est constitué par les ESCHARES étudiées particulièrement par Geoffroy (11), puis par Frégevu (12) dans sa thèse.

Le plus souvent, les eschares surviennent tardivement, siègent aux parties soumises à des pressions, à des frottements répétés, comme la région fessière, le sacrum, le grand trochanter, le talon, et paraissent alors relever, comme dans les autres affections du système nerveux, directement des lésions cérébrales ou médullaires, des névrites périphériques ou de la cachexie.

Mais elles peuvent se montrer parfois *dès le début* de la paralysie générale, ainsi que le relèvent Christian et Ritti (13), Morer (14), etc., et Vallon (15) en signale l'apparition *loin de tout point comprimé*, ce qui cadre mal avec l'étiologie que l'on accorde d'habitude à cette complication.

Tantôt elles succèdent à un bouton d'acné ou à un furoncle, tantôt on voit se développer, en un point normal jusqu'ici, une ou plusieurs taches congestives, érythémateuses, roses ou rouge sombre ou même hémorrhagiques; puis, au bout de un à deux jours, le centre de la plaque s'excorie, et il y apparaît des vésicules pleines d'un liquide incolore ou brunâtre par le sang extravasé. Ces

(1) DÉJERINE, Paralysie générale. Troubles trophiques cutanés, pemphigus, lésions des extrémités nerveuses périphériques. *Arch. de physiol.*, 1876.
(2) CHRISTIAN, Othématome et purpura hémorrhagique dans la paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, 1879.
(3) SAVAGE, Des hémorrhagies dans la paralysie générale. *Journ. of mental Science*, 1886.
(4) ZACHER, Contrib. à l'étude de la pathologie et de l'anatomie pathologique de la paralysie générale. *Arch. f. Psych.*, Bd XIV.
(5) RÉGIS, Sur la dystrophie et la chute spontanée des ongles dans la paralysie générale. *Gaz. méd. de Paris*, 1884.
(6) CHRISTIAN, Du mal perforant dans la paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, sept. 1882.
(7) MORER, Mal perforant dans la paralysie générale. *Gaz. hebdom.*, 1882.
(8) MARANDON DE MONTHYOL, Mal perforant dans la paralysie générale. *Encéphale*, 1888.
(9) MABILLE, *Arch. de neurol.*, 1888.
(10) BARTHÉLÉMY, *Du mal perforant dans la paralysie générale*, thèse, 1890.
(11) GEOFFROY, Quelques considérations sur les eschares gangréneuses de la région sacrée et sur leurs complications, surtout dans la paralysie générale. *Ann. méd. psychol.*, V. 1865.
(12) FRÉGEVU, *Des eschares dans la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1876.
(13) CHRISTIAN et RITTI, Article PARALYSIE GÉNÉRALE du Dict. DECHAMBRE.
(14) MORER, Troubles trophiques initiaux dans la paralysie générale. *Encéphale*, 1883 et thèse, 1883.
(15) VALLON, Thèse, 1882.

phlyctènes peuvent se dessécher et former une croûte qui tombera plus tard, ou se rompre et laisser à nu une surface rouge vif, piquetée de points violacés mortifiés. Le tissu conjonctif sous-cutané infiltré de sang se gangrène à son tour, et les plaques, en se confondant, aboutissent à la formation d'une eschare parfois très volumineuse.

Il est difficile de maintenir ces plaies dans une propreté même relative avec des malades aussi indociles que les paralytiques généraux, aussi cette porte d'entrée peut-elle être l'origine, d'abord d'une infection locale, s'étendant dans quelques cas en de vastes décollements, en clapiers purulents que l'on a vus remonter jusqu'à la base du cerveau à travers les trous rachidiens et le canal vertébral (1); puis d'une infection générale, d'une septicémie aiguë, entraînant une mort rapide.

Toutefois, le plus souvent, ainsi que l'ont fait remarquer Laffite (2), Frégevu, Baillarger, Frænkel (3), Vallon, les eschares du décubitus aigu ou chronique, comme les autres troubles trophiques de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané aboutissant à la mortification, loin de comporter, dans le cours de la paralysie générale, un pronostic toujours très sombre, doivent être considérées quelquefois comme un *phénomène critique* précédant une amélioration très notable dans l'état du malade, et Frégevu, attribuant ce résultat à une révulsion locale, va même jusqu'à proposer le traitement de la péri-encéphalite diffuse par les cautères, les sétons et autres exutoires analogues.

Cette amélioration à la suite des eschares paraît paradoxale au premier abord, car elle est en opposition avec ce que l'on observe dans le plus grand nombre des maladies où cette complication, rapide ou tardive, est une preuve de marasme, de cachexie avancée, et annonce souvent une mort prochaine. On ne peut nier, cependant, que chez les paralytiques généraux, des eschares même très étendues, survenues durant une poussée de congestion cérébrale, guérissent et se réparent complètement avec une rapidité surprenante. Il nous semble que ce phénomène s'explique par la pathogénie de cette complication qui est un peu spéciale chez l'aliéné paralytique

Dans les autres affections du système nerveux, dans les maladies graves, l'eschare est un trouble trophique sous la dépendance d'une névrite périphérique qui relève, soit d'une lésion des centres nerveux, soit de l'état de dénutrition générale de cachexie profonde où est plongé tout l'organisme. La lésion centrale allant en s'aggravant, le marasme faisant chaque jour des progrès, l'eschare se développe parallèlement et le malade finit par succomber.

Dans la paralysie générale, à ces causes nerveuses de l'eschare, vient s'en ajouter une autre, vasculaire : les *poussées congestives*. Ces dilatations des vaisseaux, qui, pas toujours générales, peuvent se localiser et sont toujours plus intenses en certains points, se montrent parfois très précoces, se répètent fréquemment, et les organes, pour être plus fortement irrigués, n'en sont pas mieux nourris, au contraire. Chacune de ces poussées laisse après elle des traces, le plus souvent légères au début, il est vrai, mais, dans la suite, elles déterminent un état plus ou moins avancé d'altération des parois vasculaires, de congestion chronique qui, pour les tissus voisins, est une cause de dénutrition et qui, par la répétition fréquente du phénomène, peut aller jusqu'à

(1) MARCÉ, *Traité des maladies mentales*.
(2) LAFFITE, Influence des suppurations abondantes sur la guérison de la paralysie générale. *Arch. clin. des maladies mentales*, 1861.
(3) FRÆNKEL, De la régénération des tissus dans le décubitus des paralytiques généraux. *Ann. méd. psychol.*, 1875.

l'hémorrhagie, la nécrose même sur une plus ou moins grande étendue. En étudiant les complications viscérales de la paralysie générale, nous avons insisté sur ces troubles circulatoires et sur les lésions parenchymateuses qui en dépendent. Les poussées congestives se manifestant également dans la peau, il doit s'y produire des phénomènes de même ordre.

Pour qu'un symptôme disparaisse, il faut, avant tout, que sa cause disparaisse. Or, ni les altérations des centres nerveux, ni celles des nerfs périphériques ne s'éteignent après s'être développées, la maladie affectant une marche progressive. Seules les poussées congestives ont une allure éminemment paroxystique, aussi croyons-nous qu'elles entrent pour une grande part dans le développement de certaines eschares chez les paralytiques généraux. Nous ne voulons pas dire par là que les lésions centrales et particulièrement la névrite périphérique, parfois si précoce, ainsi qu'on l'a démontré, n'entrent pas en ligne de compte, surtout pour les eschares tardives, et n'agissent pas, au moins pour aider cette destruction locale; mais il nous semble que, pour ce qui est toutefois des eschares précoces siégeant loin des points comprimés et se cicatrisant aisément, les causes nerveuses habituelles sont grandement favorisées par l'état des vaisseaux, et qu'une poussée congestive, survenant au sein de ces tissus mal nourris par suite de troubles vasculaires, mais assez vivaces pour résister longtemps encore peut-être, est la raison déterminante de leur nécrose. Une fois la crise de congestion passée, la circulation redevient relativement normale et la cicatrisation peut s'effectuer dans des conditions suffisantes, d'où la réparation si rapide de certaines de ces ulcérations, particulièrement de celles qui se produisent au début de l'affection à propos d'une période d'excitation passagère, alors que la névrite périphérique est encore trop peu prononcée pour déterminer à elle seule la lésion locale ou en entraver la guérison. Quant aux eschares plus tardives qui se guérissent mal, vont en s'aggravant, elles se développeraient souvent aussi à l'occasion d'une poussée congestive, mais l'état des nerfs et la cachexie générale ne permettent plus le retour à l'état normal et expliquent suffisamment leur apparition et leur marche progressive.

En admettant chez les aliénés paralytiques le rôle au moins déterminant des poussées congestives dans la production des eschares préparées par une névrite encore insuffisante pour occasionner la nécrose des tissus, on se rendra compte qu'une complication généralement si fâcheuse puisse, dans quelques cas, précéder une notable amélioration. Lorsqu'une aggravation momentanée de l'état général disparaît après l'apparition d'une eschare, on est tenté d'y voir un rapport de cause à effet. Nous ne croyons pas, cependant, qu'il s'agisse ici d'un phénomène de révulsion, ainsi que l'admettait Frégevu. Toute poussée congestive se signale, ainsi que nous l'avons dit plus haut, par une aggravation de tous les symptômes qui disparaît avec elle, et, la poussée éteinte, on constate un mieux très appréciable. Celui-ci n'est cependant que relatif, car le malade ne revient pas exactement en l'état où il était avant sa crise, et chacun de ces accidents, indiquant un progrès, une nouvelle étape dans le degré des lésions et la marche de la maladie, laisse après lui des traces plus ou moins légères mais irrémédiables. Les eschares ne doivent donc pas être regardées comme vraiment avantageuses, puisqu'elles ne peuvent être le signal d'une régression des lésions; mais, chez le paralytique général, déterminées le plus souvent par une congestion passagère, celle-ci passée, elles guériront parfois très rapidement et, en tout cas, sauf à la période de cachexie, n'impliqueront pas un pronostic aussi fâcheux que dans les autres affections où elles se rencontrent d'ordinaire.

En un mot, nous comparerions volontiers ce phénomène nécrobiotique à ce que l'on observe dans l'asphyxie locale des extrémités où les ulcérations, les pertes de substance se produisent sous forme d'accès et précèdent une cicatrisation complète et une période d'accalmie plus ou moins longue. Dans cet exemple, la mort des tissus est due à une anémie, à une contraction trop prolongée des vaisseaux; chez les aliénés paralytiques elle est, au contraire, sous la dépendance d'une dilatation vasculaire pouvant aller jusqu'à la rupture et entravant également la circulation. Dans les deux cas, la congestion et l'anémie opèrent dans le même sens; le trouble circulatoire agit en altérant, en abolissant même les échanges nutritifs sur une plus ou moins grande étendue et détermine ainsi la mortification locale.

De tous les troubles trophiques et circulatoires se montrant chez les aliénés paralytiques, celui qui a le plus attiré l'attention des cliniciens est l'OTHÉMATOME. Décrit pour la première fois par Bird en 1833, la tumeur sanguine du pavillon de l'oreille fit le sujet de nombreux mémoires que nous ne pouvons tous citer ici. Cette complication peut, du reste, se rencontrer dans d'autres affections du système nerveux central et même à la suite d'un simple traumatisme, mais c'est, sans contredit, dans la paralysie générale qu'elle s'observe le plus souvent.

Un peu avant l'apparition de l'othématome, dit Marcé dans son traité des maladies mentales, le malade présente tous les signes d'une circulation cérébrale très active. On peut généralement constater qu'une ou que les deux oreilles deviennent rouges, gonflées et sensibles à la pression; d'autres fois, au contraire, la peau conserve sa coloration normale et le pavillon n'offre qu'un peu d'œdème purement séreux. L'épanchement sanguin se développe assez rapidement en 7 à 8 heures, en sorte que la période de début passe souvent inaperçue et que l'on ne constate son existence que lorsqu'il a atteint tout son développement. L'othématome se présente alors sous la forme d'une tumeur de volume variable, ne dépassant pas quelquefois celui d'un pois, atteignant dans d'autres cas celui d'un œuf de pigeon et donnant à la physionomie un aspect tout particulier. Elle siège sur le pavillon de l'oreille qu'elle peut envahir tout entier, sauf le lobule toujours respecté, bosselant, déformant l'hélix et amenant parfois la surdité par oblitération du conduit auditif externe. Sa consistance est dure, rénitente, offrant parfois la sensation d'une crépitation neigeuse due à l'écrasement des caillots. D'autres fois, le centre en est nettement fluctuant, tandis que la périphérie est indurée comme dans les bosses séro-sanguines. La peau qui la recouvre, amincie, déplissée, est d'une coloration brune ou d'un rouge vineux luisant. Si l'on pratique une ponction ou si la peau vient à se rompre, il sort du sang ou de la sérosité colorée par des globules sanguins non altérés. L'introduction d'un stylet par l'ouverture permet de constater un décollement beaucoup plus considérable qu'on ne l'aurait supposé au premier abord. Si l'incision se ferme, la tumeur reprend rapidement son volume primitif; si l'orifice se maintient béant, il se produit un écoulement séreux ou séro-purulent qui peut se prolonger fort longtemps avant de se terminer par la formation d'adhérences et la cicatrisation. Mais il reste toujours une induration qui, bornée à quelques noyaux quand la tumeur a été peu considérable, acquiert dans le cas contraire l'aspect de bosselures dures, inégales, ineffaçables et laissant la partie supérieure du pavillon bizarrement ratatinée. Abandonnée à elle-même, lorsqu'elle ne se rompt pas spontanément, la tumeur diminue peu à peu de volume à mesure que s'opère la résorption sanguine et laisse après elle les mêmes traces indélébiles.

Il faut au moins six semaines pour que ce kyste hématique évolue et se transforme en nodosités définitives.

Le siège anatomique de l'othématome a été diversement interprété. Mabille (1) y voyait un épanchement de sang entre la plaie et le périchondre; Meckel, Virchow, Foville et la plupart des auteurs le plaçaient, au contraire, entre le périchondre et le cartilage. Vallon (2), ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un paralytique général porteur d'une tumeur sanguine du pavillon, a pu constater que les vaisseaux étaient déchirés primitivement dans l'épaisseur du périchondre entre sa couche profonde qui est peu vasculaire, et sa couche superficielle qui l'est beaucoup. Plus tard, le foyer, distendant la poche qu'il s'était creusée, a déchiré la couche superficielle moins résistante et le sang s'est répandu dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il n'y avait, du reste, chez ce malade pas trace d'athérome, ce qui détruit la théorie de Mabille que nous verrons plus bas.

Si le siège de l'othématome a prêté à discussion, la *pathogénie* de cette tumeur a non moins excité la sagacité des auteurs. Broca, Jarjavay, Gubler, Magnan, Gudden voient le résultat d'un *traumatisme*; on observe, en effet, un phénomène analogue chez les lutteurs à la suite d'une contusion de l'oreille [Grasset (3)]. Cependant, Christian et Ritti (1) n'admettent pas cette origine, car cet épanchement sanguin se montre même chez les paralytiques généraux les plus tranquilles et est loin d'être très fréquent même chez les malades très agités. Renaudier, Kühn, Dumesnil, l'attribuent à un *trouble général de la nutrition* et A. Voisin, à une *altération du sang*. Pour Yung, Foville (1), ce phénomène est dû simplement à la *congestion* générale de la peau, les capillaires du pavillon n'ayant pu résister à cet excès de tension et Marcé (1), ayant remarqué la fréquence des affections du cœur chez les paralytiques généraux, met l'othématome sous la dépendance de l'*hypertrophie du myocarde* entraînant une propulsion trop forte du sang dans les carotides. Quelques auteurs font intervenir une affection locale de l'oreille : pour Neuman, cette complication est due à un *érysipèle*, pour Vallis et pour Rupp à une *otite externe*. Schmaltz, Virchow, Meyer, invoquent une *altération du cartilage;* Mabille (4) l'explique par l'*athérome* des vaisseaux. D'autres y voient l'action directe du *système nerveux :* Bonnet et Pointcarré (5), qui ont spécialement étudié les altérations du *grand sympathique* dans la paralysie générale, l'attribuent à l'état pathologique de ce nerf et reviennent à la théorie de la congestion; Brown-Séquard, se basant sur ses expériences, la place sous la dépendance directe d'une lésion des *corps restiformes*. Vallon (2), enfin, dans son travail, se montre plus éclectique. Pour lui, les othématomes apparaissant brusquement seraient dus à des *violences*, tandis que ceux qui surviennent lentement proviendraient, comme le prétendent Yung et Foville, des *troubles circulatoires* seuls ou aidés par des frottements répétés. Les récentes recherches de Klippel sur l'état vaso-paralytique chronique des capillaires viscéraux, ce que nous avons vu plus haut sur l'importance de l'élément congestif chez ces malades, viennent à l'appui de cette hypothèse. Il est probable que cette tumeur sanguine est préparée par l'état de congestion chronique des petits vaisseaux de la conque et que ceux-ci, mal nourris par suite de ces troubles circulatoires permanents, cèdent et se rompent subitement lors d'une poussée nouvelle à la suite d'un traumatisme très léger ou même spontanément.

Quant à la valeur pronostique de l'othématome, elle n'est pas si importante qu'on l'a supposé longtemps. Cependant, il faut tenir compte du fait que, coïncidant avec une poussée congestive, cette complication est l'indice d'un nouveau progrès dans la marche de la maladie et le développement des lésions cérébrales.

On peut rapprocher de la tumeur du pavillon de l'oreille une série d'autres accidents de nature identique et, comme elle, le plus souvent sans grande gravité. Les *suffusions sanguines sous-cutanées* se rencontrent partout (nous avons parlé plus haut du purpura signalé par Savage), mais c'est surtout sous les téguments du *cuir chevelu* que se développent ces épanchements hémorrhagiques. Sur les *muqueuses*, les *ecchymoses gingivales* et *sous-conjonctivales* sont les plus fréquentes (Frégevu); parfois très étendues, elles apparaissent sans cause appréciable à l'occasion d'une poussée congestive, d'une période d'agitation et se résorbent avec la même facilité.

(*A suivre.*)

(1) Mabille, Thèse de Nancy 1878.
(2) Vallon, Etiologie et siège de l'othématome. *Encéphale*, 1881.
(3) Grasset. *Traité des maladies mentales.*
(4) *Loc. cit.*
(5) Bonnet et Pointcarré. *Recherches sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale et sa nature. Lésions du grand sympathique. Troubles vaso-moteurs*, 1876.

TRAVAUX ORIGINAUX

Examen bactériologique des sécrétions vaginales chez cent femmes enceintes (*Contribution à l'étude de l'asepsie en accouchements*) (1), par le docteur Kronig, assistant de la clinique gynécologique de Leipzig.

En chirurgie comme en gynécologie, l'antisepsie a depuis quelque temps fait place à l'asepsie. Les discussions qui eurent lieu au Congrès international de Berlin ont montré que dans la plupart des cliniques obstétricales l'antisepsie était encore de rigueur. Cette façon de faire semblait justifiée d'après les recherches de Dœderlein, Winter, Steffek, Williams et autres qui ont trouvé dans les sécrétions vaginales des femmes enceintes des germes pathogènes, en premier lieu des staphylocoques blancs et dorés, jamais de streptocoques. Il est pourtant un fait qui devait frapper les observateurs, à savoir qu'en cas de fièvre puerpérale les lochies renferment principalement des streptocoques, et exceptionnellement des staphylocoques. Personnellement, j'ai pu constater ce fait après avoir examiné les lochies chez plus de mille accouchées. Si l'on admet par conséquent que les sécrétions vaginales peuvent infecter la cavité utérine, il faut avouer que cela concorde peu avec les données de la bactériologie, car si cette infection avait réellement lieu, on aurait dû trouver dans l'utérus non pas des streptocoques, mais des staphylocoques. Et comme le staphylocoque blanc, celui qu'on rencontre le plus souvent dans les sécrétions vaginales, est un hôte habituel de la peau, on peut encore admettre que si on le trouve si souvent dans les cultures faites avec les sécrétions vaginales, on peut encore penser que la prise bactériologique a été mal faite et le liquide souillé avant l'ensemencement.

Aussi, dans les cent cas que j'ai examinés, j'ai procédé avec la plus grande prudence en évitant, sans parler des mesures usitées en pareil cas, que le spéculum ne touche aux sécrétions que je prenais avec une pipette stérilisée.

Avant d'exposer les résultats de mes recherches, je tiens à ajouter que sur 300 femmes enceintes que j'ai examinées, je n'ai jamais rencontré de sécrétions vaginales neutres, amphotères ou alcalines. J'insiste tout particulièrement sur ce fait que même dans les sécrétions pathologiques (pathologiques dans le sens de la classification de Dœderlein où pathologique ne veut pas dire pathogène), le degré d'acidité est tel que le streptocoque par exemple peut à peine y pousser; du

(1) L'intérêt qui s'attache actuellement à la question de l'asepsie en accouchements nous fait donner ici la traduction du travail de Kronig, dans le *Centr. f. Gynækol.*, 1894, n° 1, p. 3.

moins, je ne suis jamais parvenu à cultiver ce micro-organisme sur des milieux rendus même moins acides que les sécrétions très pathologiques.

Sur les 100 femmes enceintes qui font l'objet de ce travail, les sécrétions vaginales étaient cinquante et une fois normales, trente-huit fois pathologiques et onze fois très pathologiques.

Les cultures faites avec des sécrétions vaginales normales (51 femmes) restèrent stériles chez 40; chez 6 donnèrent naissance à du muguet; chez 5 il se développa des colonies attribuables à ce que le liquide avait été accidentellement souillé pendant l'ensemencement.

L'ensemencement fait avec les sécrétions pathologiques de nos 38 autres femmes donna les résultats suivants :

Le milieu est resté stérile chez 28.

Il poussa du muguet chez 5.

Il se développa de petits bacilles courts venant des impuretés également chez 5.

Enfin, l'ensemencement des sécrétions très pathologiques de nos dernières 11 femmes donna :

Résultat négatif (milieu resté stérile) chez 3;

Muguet chez 2;

Gonocoques (sur sérum-agar) chez 6.

Ces recherches donnent des résultats qui autorisent la conclusion suivante :

Les sécrétions vaginales d'une femme enceinte qui n'a pas été touchée, peu importe qu'il s'agisse des sécrétions normales, pathologiques ou très pathologiques, *ne renferment jamais* — sauf le muguet ou le gonocoque — *des germes aérobies poussant sur les milieux usités à la température du corps, c'est-à-dire des germes septiques. Le vagin d'une femme enceinte qui n'a pas été touchée est stérile.*

Le muguet est sans importance pour les suites de couches. Le gonocoque de Neisser peut provoquer des infections puerpérales, mais de nature exactement gonorrhéique. Une des femmes dont les sécrétions vaginales renfermaient des gonocoques fut prise, au second jour après l'accouchement, de fièvre, et on trouva des gonocoques dans la cavite utérine.

La nature des germes qu'on trouva dans les préparations faites avec les sécrétions vaginales n'a pu être encore déterminée, dans l'impossibilité où l'on se trouve de les cultiver. Personnellement, j'ai essayé de faire des cultures sur un milieu acide et sur de l'agar-glycose. Mes tentatives ont été couronnées de succès, mais ici je me contenterai de dire que l'expérience de Dœderlein, d'après laquelle l'acidité des sécrétions vaginales est provoquée exclusivement par ces bacilles, n'est pas tout à fait juste. J'ai pu isoler un microcoque qui formait des acides sur de la glycose et coagulait le lait en 24 heures. Du reste, je ne pense pas que l'acidité des sécrétions vaginales tienne aux bacilles vaginaux (de Dœderlein) ou aux autres microcoques; je crois plutôt que les sécrétions vaginales sont naturellement acides et que les micro-organismes arrivent sur un milieu déjà acide. Ainsi, j'ai examiné les sécrétions vaginales d'une fillette qui venait de sortir de la vulve, 30 minutes environ après la rupture des membranes. Les sécrétions étaient stériles mais parfaitement acides.

L'observation clinique doit confirmer les résultats des recherches bactériologiques. Les femmes à sécrétions vaginales normales doivent avoir des suites de couches identiques à celles des femmes à sécrétions vaginales pathologiques. La condition essentielle, c'est que la flore microbienne ne soit en rien modifiée par des injections vaginales avant ou après l'accouchement. Cette condition fut scrupuleusement remplie chez nos 100 femmes.

Pour juger cette question, j'accepte la division des suites de couches proposée par Zweifel, en normales, troublées et pathologiques. *Normales*, quand la température prise matin et soir dans l'aisselle ne dépasse pas 38° pendant les dix jours que l'accouchée reste à la Clinique; *troublées* quand la température dépasse 38° pendant plusieurs jours, mais sans autres troubles subjectifs ou objectifs, de sorte que l'accouchée quitte la Clinique au bout de dix jours, ou deux à quatre jours plus tard; *pathologiques* quand, à côté de la fièvre il survient d'autres symptômes puerpéraux.

Sur les 100 femmes en question, je puis fournir des renseignements sur 79.

Sur ce nombre, 39 étaient dans la catégorie des sécrétions vaginales normales; 31 soit, 77 0/0, ont eu des suites de couches normales, 5 des suites de couches troublées et 3 des suites de couches pathologiques. Sur les 5 femmes à suites de couches troublées, 2 avaient des lochies à streptocoques, 1 à gonocoques, 1 avait une mastite, chez 1 on ne put connaître la cause de la fièvre.

Sur les 3 femmes à suites de couches pathologiques, 2 avaient des lochies à streptocoques. La troisième a eu une pleurésie purulente à streptocoques, mais ses sécrétions vaginales et ses lochies étaient stériles.

En somme, sur 39 femmes à sécrétions vaginales normales, les suites de couches furent troublées cinq fois, soit dans 13 0/0 des cas, par la pénétration des germes pathogènes dans l'utérus.

Chez 40 femmes avec des sécrétions vaginales pathologiques, les suites de couches furent troublées sept fois, normales 33 fois (83 0/0); aucune n'eut des suites de couches pathologiques. Comme cause de la fièvre, on a noté dans ces cas :

1 fois la présence des gonocoques dans les lochies.
1 fois la présence des streptocoques dans les lochies.
3 fois les ulcérations.
1 fois la cystite.
1 fois l'influenza.

Ainsi, sur ces 40 cas, on n'a eu que deux fois des suites de couches troublées par la pénétration des germes pathogènes dans l'utérus, c'est-à-dire dans 5 0/0 des cas, contre les 13 0/0 des femmes à sécrétions vaginales normales.

A côté de ces 79 femmes, j'ai encore examiné les sécrétions vaginales chez 142 autres femmes enceintes, de sorte que je dispose de 221 cas qui me permettent d'étudier les suites de couches dans leurs rapports avec la nature (normale ou pathologique) des sécrétions vaginales.

Sur ces 221 femmes, 104 avaient des sécrétions pathologiques, 117 des sécrétions normales. Sur les premières 104, 27 ont eu des suites de couches troublées, 4 des suites de couches pathologiques, en tout 31 suites de couches anormales, soit 29,8 0/0.

Sur les 117 femmes à sécrétions normales, 33 avaient eu des suites de couches troublées, 3 des suites de couches pathologiques, en tout 36 suites de couches anormales, soit 30,8 0/0.

On voit par ces chiffres que la nature des sécrétions vaginales n'exerce aucune influence sur les suites de couches.

Il est encore intéressant de voir comment évoluent les suites de couches *chez des femmes qui n'ont pas été touchées pendant l'accouchement*. Sur mes 221 femmes, 103 se trouvent dans ces conditions. Sur ces 103, 59 avaient des sécrétions pathologiques, 44 des sécrétions normales.

Sur les 59 de la première catégorie, les suites de couches furent anormales chez 18, soit dans 30,5 0/0 des cas.

Sur les 44 de la seconde catégorie, les suites de couches furent anormales chez 20, soit dans 45,3 0/0.

En prenant en considération les recherches cliniques et bactériologiques qui viennent d'être exposées, le professeur Zweifel essaya de ne pas faire de désinfection vaginale chez des femmes qui accouchaient dans sa clinique.

On a souvent et beaucoup parlé des inconvénients des injections vaginales.

En premier lieu il faut compter avec l'action des désinfectants chimiques qui agissent défavorablement sur les tissus en diminuant leur résistance envers les micro-organismes pathogènes pouvant se trouver en contact avec eux. Quand on fait aseptiquement les grandes opérations, les germes qui pénètrent dans la plaie sont rapidement détruits par les tissus vivants, à moins qu'ils n'envahissent une cavité remplie de sang ou de lymphe extravasée.

Pour juger de l'effet nocif des injections vaginales, on n'a qu'à comparer les suites de couches chez des femmes qui ont subi ces injections avant l'accouchement et chez celles qui sont accouchées sans injections vaginales.

Dœderlein et Gunther ont rapporté une statistique de 305 femmes dont on avait désinfecté le canal génital avant l'accouchement. Sur ce nombre, ils ont eu 70 0/0 des suites de couches normales, 28 0/0 des couches troublées et 1,6 0/0 des suites de couches pathologiques.

Dans ma statistique de 283 accouchements sans antisepsie vaginale, même en cas d'intervention obstétricale, je note 17,3 0/0 de suites des couche troublées, 2,1 0/0 de suites de couches pathologiques. Chez les autres, les suites de couches furent normales.

Dans les 17 0/0 des cas à suites de couches *troublées*, la fièvre a été provoquée par :

La pénétration du streptocoque dans la cavité utérine, dans 3,2 0/0 des cas.

La pénétration des gonocoques dans la cavité utérine, dans 2,5 0/0 des cas.

La pénétration des saprophytes dans la cavité utérine, dans 0,7 0/0 des cas.

La fièvre aseptique de résorption des caillots retenus dans la cavité utérine, dans 0,7 0/0 des cas.

La suppuration des sutures faites pour déchirures du périnée, dans 2,5 0/0 des cas.

Les fissures du mamelon, dans 5,3 0/0 des cas.

Les affections localisées aux organes autres que le canal génital, dans 2,1 0/0 des cas.

Dans 2,1 0/0 des cas à suites des couches *pathologiques*, la fièvre était provoquée par :

La pénétration des streptocoques dans la cavité utérine, dans 1,8 0/0 des cas.

La mastite, dans 0,3 0/0 des cas.

Par conséquent, dans 19,4 0/0 des cas à suites de couches anormales, l'infection était d'origine utérine dans 8,9 0/0 des cas, et d'origine utérine et d'origine génitale dans 17,2 0/0.

Et non seulement la morbidité a diminué, mais encore les infections graves sont devenues plus rares. Je rapporte plus loin les courbes thermométriques des suites de couches des 600 accouchées avec désinfection du vagin, et celles de 329 sans injections vaginales.

Sur les 600 premières, la température a 945 fois dépassé 38°, 376 fois fois elle s'est élevée au-dessus de 39°, et oscillé entre 38 et 39° 569 fois. Rapportés à 100, ces chiffres donnent :

Température au-dessus de 38°........	157 fois.
Oscillation entre 38 et 39°............	94 —
Température au-dessus de 39°........	62 —

Sur les 329 accouchées sans désinfection, la température a dépassé 38° 181 fois, et s'est élevée au-dessus de 39° 50 fois. Rapportés à 100, ces chiffres donnent :

Température au-dessus de 38°..........	55 fois.
Oscillation entre 38 et 39°............	40 —
Température au-dessus de 39°..........	15 —

Ces chiffres sont trop éloquents pour ne pas justifier la conclusion suivante : *il est indiqué de renoncer à la désinfection du vagin et de l'utérus dans les suites de couches normales.*

Quant à l'utilité thérapeutique des injections antiseptiques intra-utérines en cas de fièvre puerpérale, mes recherches purement bactériologiques m'ont montré que ces lavages n'exercent aucune influence sur le nombre ni sur la virulence des germes pathogènes des lochies. Mais dans cette question, j'ai la conviction qu'il faut, avant tout, compter avec l'expérience clinique. Les conditions en présence sont trop compliquées pour pouvoir être résolue par des expériences de laboratoire. Dans cette question des lavages intra-utérins, il faut, plus que dans le temps, compter avec la localisation et la nature des germes pathogènes et ne pas mettre en parallèle l'infection à streptocoque et celle à staphylocoque.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Cellules de la région cervicale de la moelle (A contribution to the arrangement and functions of the cells of the cervical spinal cord), par J. Collins (*The New-York medical journal*, 13 janvier 1893, n° 789, p. 40, 27 janvier 1894, n° 791, p. 98). — L'auteur est arrivé à pouvoir déterminer certaines localisations spinales, en rapport avec les centres cellulaires d'innervation des muscles, en se fondant sur l'analyse des documents cliniques, anatomiques et expérimentaux, dispersés sur ce sujet dans la littérature. C'est ainsi qu'il établit que la substance grise antérieure de la moelle contient des cellules, disposées suivant un arrangement régulier, en véritables colonnes. Les cellules qui innervent le plexus brachial forment une colonne étendue de la partie supérieure de la 4° racine cervicale à la partie inférieure de la 1re dorsale. La moitié supérieure de cette colonne innerve l'épaule et le bras, la moitié inférieure, l'avant-bras et la main. Les noyaux des fléchisseurs se trouvent en dehors de ceux des extenseurs.

Valeur de l'hyosciamine (Some observations on the action and value of hyosciamine in nervous and mental diseases), par W. Ph. Spratling (*Medical Record*, 27 janvier 1894, n° 1212, p. 99). — Il résulte des recherches et des expériences de l'auteur qu'il convient de prescrire l'hyosciamine dans tous les paroxysmes des maladies aiguës de l'esprit ; on doit le donner également dans les affections d'origine inflammatoire ou congestive, de celles en particulier des méninges ou du cerveau. Il ne faut pas user de l'hyosciamine dans les cas de dépression et de faiblesse : on ne doit pas l'employer non plus comme hypnotique, car il ne possède pas de propriétés de cet ordre. Son usage est indiqué dans les affections nerveuses chroniques, avec tremblement excessif, et dans les maladies mentales chroniques dans lesquelles les troubles moteurs sont prépondérants.

Dissociation de la sensibilité dans un cas de lésion des nerfs du plexus brachial, par R. Verhoogen (*Journal de médecine de Bruxelles*, 3 février 1894, n° 3, p. 66). — Un homme se fait, en tombant de vélocipède, une luxation sous-glénoïdienne de l'épaule, et présente avant la réduction, outre une paralysie, de la cyanose avec refroidissement et perte du pouls radial. Lorsque la luxation a été réduite, il persiste une paralysie totale du membre, avec perte complète de la sensibilité musculaire et intégrité des divers autres modes de sensibilité ; enfin, l'atrophie musculaire ne tarde pas à réduire la main, l'avant-bras et le bras, à l'état squelettique. Tous ces phénomènes rétrocèdent en 2 mois, par le traitement électrique (galvanisation), et l'on peut considérer le malade comme guéri. L'auteur insiste sur le mode singulier de la dissociation de la sensibilité observé dans ce cas, où seul le sens musculaire était aboli, et cherche à l'interpréter, en admettant que le cylindre-axe serait susceptible de perdre sa conductibilité pour une seule sensibilité à l'exclusion des autres.

Compression du nerf cubital produite par l'apophyse sus-épitrochléenne, par Féré et Batigne (*Revue neurologique*, 15 février 1894, n° 3, p. 71). — D'après les recherches de l'anatomie comparée, il est établi que l'apophyse sus-épitrochléenne est, lorsqu'elle existe chez l'homme, le vestige du canal sus-épitrochléen de quelques mammifères. On la rencontre chez l'homme normal dans 3 cas pour 100 environ. Les auteurs ont observé cette anomalie chez un sujet épileptique, chez lequel on constate lors de certains mouvements du bras des phénomènes d'engourdissement dans la sphère du cubital.

Traitement du torticolis spasmodique par le conium (The treatment of spasmodic torticolis by conium), par Wharton Sinckler (*The medical and surgical Reporter*, 13 janvier 1894, n° 1924, p. 46). — L'auteur rappelle en premier lieu combien peu sont satisfaisants les divers traitements médicaux et chirurgicaux du torticolis. Quant à lui, les meilleurs résultats thérapeutiques qu'il ait obtenus dans ces cas ont été dus à l'emploi du conium, recommandé dès longtemps par Harley dans les affections spasmodiques. Au reste, le conium est susceptible de causer des paralysies musculaires à de certaines doses. Il a employé l'extrait fluide de graines à la dose de 10 à 20 gouttes, trois fois par jour, en augmentant jusqu'à 60 gouttes. Il rapporte deux cas à l'appui : l'un concerne une femme de 26 ans, souffrant de torticolis depuis 15 jours. Au bout de 20 jours d'administration de conium, l'amélioration fut considérable et la guérison était complète en cinq mois. L'autre est celui d'une demoiselle âgée de 44 ans dont le torticolis, apparemment hystérique, fut également guéri par le conium après une durée de quatre ans.

De la paralysie faciale périphérique précoce dans la période secondaire de la syphilis, par E. Boix (*Archives générales de médecine*, février 1894). — Après avoir insisté sur la rareté de l'hémiplégie faciale comme accident de la syphilis aux premiers temps de la vérole, l'auteur en rapporte quelques exemples pris parmi les

observations anciennes et y joint l'exposé de trois cas inédits dont un lui est personnel. Dans celui-ci, il s'agit d'un terrassier âgé de 35 ans, lequel, trois mois après un chancre syphilitique, fut pris en même temps de paralysie faciale périphérique gauche, en même temps que de zona occipito-cervical du même côté; la paralysie disparut sous l'influence du traitement mixte au bout de deux mois. Dans les deux autres cas, on a eu affaire à des paralysies totales, l'une suivie d'autopsie qui établit l'existence d'une méningite. L'auteur n'hésite pas, néanmoins, à invoquer cette autopsie (où une lésion centrale et non périphérique paraît avoir été en jeu) pour admettre que la paralysie faciale périphérique est, lorsqu'elle se montre au cours de la période secondaire de la syphilis, la traduction clinique d'une méningite gommeuse. Il conclut de là à la possibilité d'un tertiarisme assez précoce pour produire, peu après le chancre, des altérations méningitiques, et prescrit en conséquence le traitement mixte contre de telles éventualités, dès qu'elles apparaissent.

Cas anormaux de paralysie générale (Anomalous cases of general paralysis), par Fisher (*The journal of nervous and mental disease,* décembre 1893, n° 12, p. 822). — La paralysie générale est une maladie du système nerveux, atteignant particulièrement le cerveau, dans laquelle on trouve une inflammation diffuse des enveloppes et de l'écorce du cerveau, des méninges et des faisceaux systématisés de la moelle; elle se manifeste cliniquement par de la démence parfois précédée soit d'excitation, soit de dépression et par des signes physiques moteurs, sensitifs et vaso-moteurs qui se manifestent par des tremblements, de l'ataxie et de la paralysie. Dans ces cas typiques, la durée ne varie guère que de deux à trois ans. Dès longtemps, des cas atypiques ont été rapportés : ils sont parfois d'un diagnostic malaisé : tels tont ceux que croit devoir rapporter l'auteur à cet égard. Dans l'un de ceux-ci, la famille du malade affirme que, depuis dix ans, celui-ci présente de l'embarras de la parole et de l'incertitude des mouvements et de la marche. Il y a huit ans, le médecin consulté porta le diagnostic de paralysie générale. Malgré cela, on ne constate pas de troubles mentaux. L'auteur examina à son tour le même malade, il y a cinq ans, et démontra du tremblement des muscles de la face et de la langue, du tremblement et de l'ataxie des extrémités supérieures et inférieures où les réflexes sont exagérés. Parole inintelligible. De temps à autre, paroxysmes maniaques ou accès épileptiques. Le cas a duré ainsi huit ans déjà au moins sans troubles mentaux graves. D'autres cas sont relatés où la durée est exceptionnelle; dans un dernier concernant un nègre, malgré que l'autopsie ait montré les lésions connues, l'affection avait été longtemps stationnaire.

Syphilis du système nerveux (A contribution to the study of syphilis of the nervous system), par Ralph. Parsons (*The journal of nervous and mental disease*, décembre 1894, n° 12, p. 827). — Le premier cas est celui d'un sujet dont la syphilis ne fut traitée que trois ans après son début et qui, malgré le traitement, mourut d'accidents convulsifs attribués à de la syphilis cérébrale. Dans le second cas, au contraire, un an après le début d'un chancre régulièrement soigné, une paraplégie syphilitique survint dont le traitement put faire justice malgré la gravité des symptômes; ses bons effets sont attribués à la persistance de son emploi.

MÉDECINE

Quel est le meilleur traitement de la pneumonie? (Welcher ist die empfehlenwertheste Behandlung der Pneumonie?), par Sziklai (*Wien. med. Presse*, 1894, n° 4, p. 134). — Le meilleur traitement de la pneumonie à n'importe quel stade serait, d'après l'auteur, la pilocarpine qu'il donne en injections sous-cutanées ou en potion dans une solution d'antipyrine. Sous l'influence de ce traitement — où la dose de pilocarpine doit varier avec l'âge du malade — la pneumonie est coupée et se termine en deux à quatre jours.

C'est la conclusion que l'auteur tire des 40 cas de pneumonie qu'il a traités depuis deux ans.

Du reste, la pilocarpine est un spécifique pour toutes les inflammations croupales, qu'il s'agisse du larynx, de la gorge, de l'utérus ou des reins.

Un cas de foie flottant (Zur Lehre von der Wanderleber), par Leube (*Münch. med. Woch.*, 1894, n° 4, p. 61). — Il s'agit d'un garçon de 17 ans qui, deux ans après un rhumatisme aigu survenu à l'âge de 14 ans, fut pris d'ascite. A plusieurs reprises, il fut ponctionné et on retira ainsi 33 litres de liquide.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, il avait de nouveau une ascite considérable avec de l'œdème des jambes et de la dyspnée. L'examen montra tout d'abord que le malade avait une insuffisance et un rétrécissement de la mitrale et une insuffisance de la tricuspide. A l'exploration du ventre on put constater, malgré l'accumulation du liquide, que le foie était un peu mobile.

La dyspnée étant considérable, on se décida à faire une nouvelle ponction. Mais avant de pratiquer cette opération, on fit une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz. Or, la petite plaie ne se ferma point, et lorsque le lendemain on vit le malade, son ventre était complètement affaissé, flasque.

L'examen permit alors de constater qu'à la place de la voussure épigastrique normale existait un enfoncement qui, par son bord inférieur, se continuait avec une tumeur arrondie, lisse, à bords tranchants, très mobile, pouvant très facilement être replacée sous l'hypochondre droit. C'était le foie déplacé. La percussion du creux situé au-dessus du foie donnait pourtant un son mat. Il a fallu donc admettre qu'il y avait là encore un liquide qui ne se déplaçait pourtant pas quand le malade était debout. Leube ne pense pas qu'il se soit agi de liquide enkysté : il suppose que le liquide était pour ainsi dire porté par le foie, qui, appliqué par la face antérieure contre la paroi abdominale, s'opposait à tout écoulement du liquide. Une ponction faite au-dessus du foie montra qu'il s'agissait, en effet, d'une collection enkystée.

A l'autopsie du malade, mort quelques mois après, on trouva, en effet, la disposition soupçonnée par Leube. Il n'y avait nulle part trace de péritonite. Le foie, libre d'adhérences, était extrêmement mobile, et son ligament suspenseur mesurait 7 centim. 1/2 en avant et 4 centim. 1/2 au milieu. La longueur du ligament triangulaire gauche était de 4 centimètres, le ligament triangulaire du côté droit n'était pas très allongé.

Observation de quelques cas d'hépatoptose, par Godart (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1894, n° 1, p. 1). — L'auteur rapporte 5 cas d'hépatoptose paraissant calqués les uns sur les autres : femmes ayant eu un grand nombre d'enfants, ventre à parois abdominales amincies, flasques, réalisant le type de ventre pendant de Landau; puis troubles digestifs, et troubles objectifs très variables. Pour ce qui est plus spécialement du foie, on trouvait les conditions indiquées par Strumpell comme nécessaires pour faire le diagnostic de foie mobile, à savoir : 1° Le foie n'occupe plus sa situation habituelle; il est plus bas et peut être facilement ramené en place; 2° il change de place avec les diverses positions que prend le malade.

CHIRURGIE

Quatre laparotomies pour péritonite chronique (Vier Laparotomien bei chronischen Peritonitis), par Kurz (*Wien. med. Presse*, 1894, n° 3, p. 89). — L'auteur rapporte quatre guérisons par la laparotomie dans deux cas de péritonite tuberculeuse nodulaire chez une femme de 30 ans et une autre de 21 (chez celle-ci, la tuberculose péritonéale fut découverte au cours d'une opération pour entéroptose avec amincissement des parois abdominales dont on devait réséquer une partie); et dans deux cas de péritonite tuberculeuse à forme séro-purulente chez une femme de 25 ans et une fille de 24 ans, chez lesquelles la tuberculose péritonéale était compliquée de lésions annexielles qui constituaient probablement le foyer tuberculeux primitif.

Plaie non pénétrante du cœur par projectile de très petit calibre (plomb n° 6), par Morer (*Nouv. Montpel. méd.*, 1894, n° 1, p. 9). — Il s'agit d'une femme enceinte de huit mois, et qui, trois jours auparavant, avait reçu dans la poitrine la charge d'une carabine.

A l'examen, on trouvait une petite plaie de 3 mm. de dia-

mètre sur la partie droite du sternum, un peu en dehors de la ligne médiane, au niveau de l'insertion sternale de la quatrième côte.

A l'examen de la poitrine, on ne trouvait rien d'anormal du côté de la plèvre ni des poumons ; les mouvements du cœur, dont la matité était un peu augmentée, étaient précipités, mais sans aucune modification anormale. La malade se plaignait d'une douleur précordiale intense ; la circulation paraissait difficile, la face et les ongles étaient légèrement cyanosés. — Un stylet introduit dans la plaie tombe sur un corps donnant une sensation métallique et paraissant implanté au milieu du sternum, puisque le stylet s'arrête à une profondeur d'un peu moins d'un centimètre, mais une petite incision faite à la peau montre qu'on n'a affaire qu'à de fines esquilles sternales. La plaie est alors exactement obturée par du collodion iodoformé et recouverte d'un pansement antiseptique.

Les jours suivants, pendant lesquels la température oscillait autour de 38° et un écoulement sanguinolent continuait à se faire par la plaie qu'on est obligé d'obturer de nouveau, les symptômes restent les mêmes : angoisse précordiale, dyspnée, cyanose. Au quatrième jour la malade accouche d'un garçon, et la température tombe à 37° pour monter au bout de deux jours à 38-39° ; puis, les phénomènes s'aggravant toujours, la malade succombe avec de la dyspnée, de la cyanose et une matité précordiale considérablement augmentée.

A l'autopsie on trouva le péricarde perforé par la balle et distendu par une quantité énorme de liquide séreux mêlé à des caillots sanguins. La balle elle-même fut trouvée dans l'épaisseur du myocarde, sur le bord droit du cœur qui n'était pas perforé.

L'auteur avoue franchement que l'issue fatale devait être attribuée à la thérapeutique suivie. Il est évident que la plaie était une sorte de soupape par laquelle s'écoulait le trop-plein du péricarde. En l'obturant, on n'a fait que surcharger le cœur blessé. Dans des cas analogues, il faut, d'après l'auteur, se contenter de mettre un pansement antiseptique sur la plaie, de la glace sur la région précordiale, faire des injections de morphine et mettre le malade au repos absolu.

Kystes du pancréas (Zur Casuistik der Pankreascysten), par Gussenbauer (*Prag. med. Woch.*, 1894, n°s 2 et 3). — L'auteur rapporte deux observations de laparotomies pour kystes du pancréas.

Observation I. — Homme de 40 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur du ventre développée depuis 3 ans et s'accompagnant de temps en temps de douleurs. A l'examen on trouve dans la région épigastrique une tumeur lisse, molle, élastique, fluctuante, étendue dans le sens transversal de la ligne axillaire gauche à la ligne mammaire droite et dans le sens vertical de deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et paraissant recouverte par le côlon transverse. Urines normales. Rien dans les autres organes. On arrive à éliminer une hydronéphrose, un kyste de la rate, et par exclusion on pose le diagnostic de kyste du pancréas.

Laparotomie par une incision horizontale au-dessous et parallèlement aux fausses côtes gauches. Après la section de l'épiploon gastro-colique, apparition d'un kyste volumineux qu'on ouvre après suture aux lèvres de la plaie abdominale. Il s'écoule deux litres environ d'un liquide épais, brunâtre, que l'examen chimique, fait ultérieurement, montre comme contenant un peu de sucre et possédant des propriétés peptonisantes.

Lavage au thymol de la cavité et tamponnement à la gaze iodoformée. Suites opératoires simples et guérison sans complications. La fistule se ferma plus tard spontanément.

L'exploration de la cavité, faite après l'opération avec le doigt, montra qu'on avait bien affaire à un kyste du pancréas.

Observation II. — Homme de 62 ans. L'affection remonte à 14 ans et a été tour à tour prise pour une hypertrophie du foie, pour de la péri-hépatite et finalement, quand apparut la tumeur, pour une tumeur de la vésicule biliaire.

A l'examen on trouvait, comme dans le cas précédent, une tumeur de la région épigastrique, tumeur lisse, allongée dans le sens transversal, mate à la percussion, recouverte par le côlon et séparée du foie, de la rate par une zone tympanique. Le diagnostic ne pouvait osciller qu'entre un kyste du pancréas et un abcès péritonitique encapsulé contre lequel portait la mobilité de la tumeur.

Opération comme dans le cas précédent et ouverture du kyste après suture à la paroi abdominale. Lavage et drainage de la cavité et suture de la plaie abdominale jusqu'aux drains. Guérison sans complication et ultérieurement fermeture spontanée de la fistule. Ici encore on a pu établir qu'on avait affaire à un kyste du pancréas. La composition du liquide était la même que dans le cas précédent.

Résection du cæcum carcinomateux (Zur Casuistik der Cæcumresection), par Sendler (*Münch. med. Woch.*, 1894, n° 1, p. 3). — Il s'agit d'une femme sans antécédents héréditaires ni personnels, prise assez brusquement de douleurs dans la fosse iliaque droite, mais sans fièvre ni vomissements. Elle reste trois semaines au lit, puis paraît entièrement rétablie, lorsqu'au bout de deux mois elle est prise d'un nouvel accès analogue. A l'examen on trouve à ce moment dans la fosse iliaque droite une tumeur lisse, dure, assez profonde, insérée en apparence sur le cæcum.

Laparotomie. A l'ouverture de l'abdomen on trouva le cæcum adhérent à la paroi abdominale et englobé dans une tumeur lisse dure qui envahissait le côlon ascendant et le méso-côlon. Résection du cæcum avec le côlon et le méso-côlon envahi, et abouchement direct de l'iléon dans le gros côlon. Guérison sans complications.

La tumeur examinée sous le microscope fut reconnue pour un carcinome.

Rétrécissement du côlon transverse par bride cicatricielle, laparotomie, guérison, par Lévêque (*Un. méd. du Nord-Est*, 1893, n° 11). — Femme de 55 ans, qui vient consulter pour des troubles digestifs survenus à la suite d'un coup de pied de cheval qu'elle avait reçu il y a cinq ans dans la région stomacale et qui fut suivi de phénomènes de péritonite.

Après l'échec du traitement médical, on fait la laparotomie qui fait voir le côlon transverse soulevé en son milieu par une bride cicatricielle qui le suspend à la façon d'une embrasse de rideau et qui s'insère d'une part sur l'épiploon et de l'autre sur le côlon lui-même. Section de la bride au niveau de laquelle le côlon était aminci, et fermeture du ventre après constatation de l'intégrité de l'estomac et du foie. Guérison.

Polypes du nez avec du tissu osseux (Nasenpolypen mit Knochen), par Manasse (*Virch. Arch.*, 1893, Bd CXXXIII, Hft 2, p. 389). — L'auteur a rencontré plusieurs fois du tissu osseux dans les polypes du nez, notamment chez un malade qui portait trois polypes, chez un autre qui en avait deux, et chez un troisième qui n'en présentait qu'un seul. Tous ces polypes étaient insérés sur le cornet moyen.

Dans tous ces cas, le polype était traversé dans le sens longitudinal par un tube osseux simple ou ramifié, et dans ces cas les ramifications se trouvaient au niveau du pédicule du polype. Ces productions osseuses étaient probablement produites par une prolifération du périoste du cornet.

BIBLIOGRAPHIE

A manual of medical treatment or clinical therapeutics, par I. Burney Yeo. 2 vol. in-8°. Londres, 1893, Cassel and Co, éditeurs.

L'auteur expose dans ces deux volumes le traitement des affections médicales de la façon la plus claire et la plus pratique. Malgré ses dimensions restreintes, son ouvrage n'a rien des manuels indigestes et souvent irrationnels consacrés à l'étude de cette partie de la médecine ; il y résume avec une critique toujours judicieuse les progrès acquis en thérapeutique et aboutit à des déductions pratiques, immédiatement applicables, sans bourrer outre mesure son texte de ces formules dont abusent si souvent les ouvrages similaires et qui, mises en vedette, semblent destinées uniquement à fournir au praticien le moyen de rédiger une ordonnance sans avoir à se demander si elle s'applique bien au cas dont il a cure.

L'auteur ne croit pas, et personne n'oserait le contredire,

que l'on puisse exposer la thérapeutique sans se préoccuper des caractères cliniques et pathologiques de chaque maladie. Aussi décrit-il en termes précis et très suffisants les symptômes, les causes et les lésions des états morbides avant de fournir les moyens de les traiter; sa description est d'ailleurs limitée aux points qu'il importe de connaître pour comprendre les déductions thérapeutiques. Son livre est, comme il le dit en commençant sa préface, consacré à « l'étude des maladies au point de vue du traitement. »

Le but que M. Burney Yeo s'est proposé a été très heureusement atteint. Nous ne doutons pas qu'il n'obtienne un très réel succès dans les pays de langue anglaise et auprès des médecins du continent qui sont susceptibles de le lire et que ne rebutera pas la notation posologique britannique. Nous croyons qu'un bon accueil serait fait à sa traduction française, car nous ne connaissons dans notre langue aucun ouvrage qui, sous des dimensions aussi abordables, résume plus exactement et plus utilement la thérapeutique clinique, et aussi parce que nous ignorons trop en ce pays les ressources de la pharmacopée anglaise qui, dépouillée de ses notations surannées et traduite en posologie courante, serait souvent utilisée avec profit. Le livre de M. Burney Yeo, généralement sobre de formules trop complexes, se prêterait mieux que bien d'autres à cette vulgarisation.

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas d'histologie pathologique du système nerveux (Atlas der pathologischen Histologie des Nervensystems), rédigé par V. Babès et P. Blocq, 2e fascicule. Régénération des nerfs, Dégénération et inflammation des nerfs. Berlin, 1894 (August Hirschwald, éditeur).

Lors de l'apparition de son premier fascicule nous avons dit ce qu'était cette publication entreprise avec la collaboration de MM. Ehrlich, Homen, Marchi, Marie, Marinesco, Mendel, Mœli, Monakow, Ramon y Cajal et Van-Lair, et, qu'elle avait pour but de nous initier aussi complètement que possible aux nouvelles recherches entreprises dans ces derniers temps sur l'histologie fine du système nerveux, en nous montrant parallèlement les procédés techniques et leurs résultats, par la reproduction artistique de planches chromolithographiées. Le fascicule actuel continue dignement l'ouvrage; il se compose d'un travail sur la régénération des nerfs par le professeur C. Vanlair de l'Université de Liége, d'une étude sur les altérations des nerfs après les amputations, par le professeur Homen de l'Université d'Helsingfors, d'un mémoire sur les divers stades et les formes de la dégénération des faisceaux nerveux dans les cordons de la moelle, par le professeur Babès de Bucharest, et se termine enfin par des recherches de Babès et G. Marinesco sur les formes de la dégénération et de l'inflammation des nerfs. L'ensemble de ces deux premiers fascicules offre en réalité un exposé original et complet de l'histologie normale et pathologique des nerfs et des terminaisons nerveuses.

Thèses de Paris.

Etude sur l'ulcère simple du duodénum, par H. Collin.

L'ulcère du duodénum est une lésion relativement fréquente, puisque 262 cas avec autopsie en ont été publiés depuis l'an 1825.

Son siège de prédilection est près du pylore; 92 fois sur 100 l'ulcère se localise dans les quatre premiers centimètres du duodénum.

Il est le plus habituellement unique (83,6 0/0) et arrondi (62 0/0).

Parmi les complications, la perforation est de beaucoup la plus fréquente (69 0/0). L'ulcère perforant siège deux fois plus souvent à la face antérieure qu'à la postérieure (61,2 0/0).

Les ulcérations des gros vaisseaux adjacents à l'organe sont rares (13 0/0).

Au point de vue histologique, l'ulcère simple est un ulcère atonique évoluant sans grande réaction des tissus; c'est un ulcère térébrant qu'on a pu comparer au mal perforant.

Dans le cas d'ulcère confirmé, l'analyse des lésions histologiques ne permet pas d'en fixer le processus pathogénique. Toutefois les lésions inflammatoires diffuses subaiguës de l'estomac et du duodénum sont la règle. Elles prédominent autour des canaux excréteurs des glandes de Brünner.

Les ulcérations aiguës sont peut-être plus instructives à cet égard; quelle que soit leur origine (maladies infectieuses, brûlures, perturbations vasculaires, etc.), elles sont pour ainsi dire toujours hémorrhagiques et paraissent pouvoir devenir l'origine d'un ulcère chronique.

L'influence du chimisme gastro-duodénal semble être l'élément pathogénique nécessaire à la chronicité des lésions (ulcères peptiques).

Jusqu'à ce jour il n'existe pas une seule observation d'ulcère simple du duodénum diagnostiqué pendant la vie, éclairé par l'étude du chimisme gastrique et confirmé par l'autopsie.

Les symptômes attribués à l'ulcère simple du duodénum doivent être divisés en deux grands groupes :

1° Ceux offerts par les observations cliniques, sans sanction anatomique;

2° Ceux relevés dans les observations publiées avec autopsie, ces derniers restant encore vagues et mal déterminés.

La durée de l'ulcère simple du duodénum est inconnue, l'origine des lésions passant inaperçue.

La terminaison peut être la guérison (8,7 0/0) par suite de la formation d'un tissu cicatriciel.

Le traitement physiologisue, basé sur les examens chimiques (*hyperchlorhydrie, hypopepsie*), ne diffère en aucune façon du traitement indiqué dans les différentes variétés de l'ulcère simple de l'estomac.

Résection de l'anse iléo-colique, par Boillet.

La résection de l'anse iléo-colique est une opération dont la gravité dépend beaucoup du cas auquel elle est appliquée.

Elle doit être absolument rejetée du traitement des cas d'obstruction aiguë.

Elle ne convient qu'aux cas de cancer bien limité de l'anse cæcale, dans les autres cas c'est l'entéro-anastomose de Maisonneuve qu'il faut de préférence pratiquer.

Elle doit être faite dans presque tous les cas de retrécissement tuberculeux ou cicatriciels de la valvule de Bauhin et n'est contre-indiquée que s'il existe des adhérences trop étendues; c'est alors l'entérorrhaphie simple sans résection qu'il faut faire.

Dans l'invagination, elle conviendra quand des tentatives d'invagination, d'ailleurs très doucement faites, n'auront pas réussi, ou si on a quelques doutes sur la vitalité de segment désinvaginé : dans les deux cas elle est le procédé du traitement exclusif.

Dans le cas de fistule stercorale ou d'anus contre nature, on doit être réservé sur son emploi; la résection s'applique enfin aux cas de hernies adhérentes du cæcum.

VARIÉTÉS

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.

8e *liste.*

Prof. Alfred Fournier, 100 fr. — Prof. Landouzy, 100 fr. — Prof. Laboulbène, 50 fr. — Prof. Rindfleisch (de Wurtzburg), 50 fr. — Dr Rauzier, 50 fr. — Prof. Le Dentu, 40 fr. — Dr Kiener, médecin principal de l'armée, 40 fr. — Dr L. Edinger (de Frankfurt), 25 fr. — Dr Heime, 20 fr. — Dr Saint-Ange, 20 fr. — Dr Hérard, 20 fr. — Dr Monprofit, 20 fr. — Dr Caussanel, 20 fr. — Dr Bernhardt, 20 fr. — Dr Gibert, 20 fr. — Dr Gautiez, 20 fr. — Dr A. Rigal, 20 fr. — Dr Targowla, 10 fr. — E. de Larabue, 10 fr. — Pr Arloing, 10 fr. — Tréail, 5 fr. — Godaud, 5 fr. — Dr Piberet, 5 fr. — *La Presse médicale*, 150 fr. — Surmay, 10 fr. — Dr Hauser (de Madrid), 25 fr. — Dr Vanlair (de Liège), 20 fr. — Dr Mesnet, 50 fr. — Dr Noguès (de Toulouse), 20 fr. — Dr Jagot (d'Angers), 10 fr. — Mlle de la Barre, 50 fr. — Dr Girode, 20 fr. — Dr Magnin, 10 fr. — A. C., 40 fr. — Dr Michaïlowsky, 50 fr. — Dr Horsley (de Londres), 25 fr.

Congrès national d'assistance publique. — Depuis l'Exposition universelle de Paris en 1889, il n'y a pas eu en France de congrès où les questions relatives à l'Assistance publique aient été discutées.

La nouvelle loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite et le remaniement devenu nécessaire de la loi Roussel sur le service des enfants assistés exigeaient une prochaine réunion de toutes les personnes qui s'occupent d'assistance; un congrès national d'assistance a donc été organisé et tiendra ses séances à Lyon, du 25 au 30 juin 1894.

La ville de Lyon était bien indiquée pour servir de lieu de réunion à ce prochain congrès, l'exposition qui doit y avoir lieu à la même époque et sa remarquable administration hospitalière seront autant d'attractions dont les congressistes pourront en même temps profiter en joignant ainsi l'utile à l'agréable.

Les personnes qui désireraient recevoir le programme du congrès et se faire inscrire comme membres adhérents peuvent, dès à présent, s'adresser à M. Francis Sabran, secrétaire général du congrès, passage de l'Hôtel-Dieu, 44, à Lyon.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

L'épidémie de fièvre typhoïde.

Nous attendrons quelques jours avant de préciser ce qu'il faut penser de l'épidémie qui vient d'éclater si brusquement et qui semble présenter une assez sérieuse gravité. Nous nous bornerons donc aujourd'hui, le *Mercredi Médical* ayant analysé la discussion soulevée devant l'Académie de médecine, à citer quelques chiffres. Au mois de janvier, le nombre des typhoïdiques était presque nul dans les hôpitaux de Paris. Dans le courant du mois de février, le nombre des entrées a brusquement augmenté. A l'Hôtel-Dieu, du 12 février au 1er mars, on compte 62 malades. Aujourd'hui, le chiffre des typhoïdiques dépasse 500 dans les hôpitaux civils et atteint presque 200 dans les hôpitaux militaires. Or, ainsi que je l'ai fait remarquer à l'Académie, il est tout à fait exceptionnel de voir une épidémie de fièvre typhoïde se développer rapidement aux mois de février et de mars. D'autre part, les analyses microbiologiques des eaux livrées à la consommation des Parisiens font voir que, du 20 janvier au 10 février, le nombre des microbes s'y est accru dans des proportions anormales. Le 9 janvier, les eaux de la Vanne contenaient 50 microbes par centimètre cube; le 23 janvier on en trouvait 3,200; le 30, 2,000; le 13 février, 2,400; le 15 février, 1,600. Dans le réservoir de l'Avre on constatait le 11 janvier 400 microbes; le 18, 3,600; le 25, 9,000; le 1er février, 7,000; le 15, 2,000. Dans la Dhuys avant Paris : le 6 janvier, 600; le 20 janvier, 33,600; le 27, 6,000; le 15, 4,000. Enfin, dans les canalisations à Paris, le 9 janvier, 600; le 18, 200; le 23, 25,520; le 25, 15,600; le 8 février, 2,200.

Ces chiffres, extraits du *Bulletin municipal officiel*, sont assez éloquents pour se passer de commentaires. En vain nous objectera-t-on que le nombre des bactéries n'a par lui-même qu'une importance relative; qu'il faut trouver, dans l'eau de boisson, la bacille d'Eberth pour pouvoir affirmer que cette eau donnera la fièvre typhoïde. Nous répondrons, avec nos amis Arnould et Kelsch, que le rôle de *l'eau sale* en étiologie typhoïde est aussi évident et considérable que son rôle de véhicule de germe est étroit et limité. « En introduisant violemment la putridité dans le milieu intérieur, dit notre collègue Kelsch, elle crée l'adaptation des individus vis-à-vis des germes qui peuvent exister dans l'organisme à l'état latent, ou du moins y avoir été introduits par un autre véhicule que l'eau. » Il importe donc de rechercher comment et pourquoi l'eau de boisson a été adultérée il y a quelques semaines; pourquoi la population parisienne n'a pas été prévenue de cette adultération; comment on devra procéder à l'avenir pour prévenir l'explosion soudaine de semblables épidémies. Les mesures de désinfection locale sont d'une efficacité indéniable pour le choléra, la diphtérie, la scarlatine, etc. A ce point de vue, la nouvelle organisation des services sanitaires de Paris rend des services signalés et justifie la déclaration obligatoire des maladies épidémiques. En ce qui concerne la fièvre typhoïde, ce qu'il importe surtout, c'est de surveiller le service de distribution des eaux qui servent à l'alimentation publique. Il importe donc que les réclamations énergiques de ceux qui ont pour mission de sauvegarder la santé de leurs concitoyens parviennent à triompher de toutes les résistances qui s'opposent encore à la réalisation du progrès que poursuivent les hygiénistes.

L. LEREBOULLET.

Des réformes utiles à introduire dans le concours de l'internat.

Quelque opinion que l'on ait sur le concours en général, il me semble bien difficile de ne pas être partisan du concours de l'internat en médecine. A l'époque de leur vie où les jeunes gens prennent part à ce concours, on ne peut exiger d'eux des travaux originaux, et la meilleure manière d'avoir dans nos hôpitaux un personnel instruit qui puisse aider les chefs de service dans les soins à donner aux malades, c'est bien certainement d'exiger des candidats qu'ils montrent par leurs épreuves qu'ils ont parcouru tout le cycle de la pathologie. Là, elle est la pépinière où se recruteront plus tard les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, et si tous les internes ne deviennent pas ensuite médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, tous, du moins, vont porter d'un bout de la France à l'autre les notions scien-

tifiques élevées que leur a permis d'acquérir la préparation du concours. Supprimer le concours de l'internat en médecine, ce serait certainement affaiblir le niveau des études médicales en France. Mais s'il importe de conserver le concours de l'internat, encore faut-il le modifier pour l'adapter aux circonstances actuelles.

Ayant eu l'honneur de faire partie du jury appelé à juger les épreuves du dernier concours, je considère comme un devoir de formuler les réformes qui me paraissent s'imposer, aussi bien dans l'intérêt des juges que dans celui des candidats. Il n'est pas douteux que, dans sa forme actuelle, le concours de l'internat ne dure beaucoup trop longtemps. Ouvert le 28 octobre 1893, le concours ne s'est terminé que le 20 février dernier; c'est dire qu'il a duré près de quatre mois. Et pendant tout ce temps, le jury a siégé quatre fois par semaine, faisant un total de 60 séances dont la durée moyenne est de trois heures au moins; ce qui, pour chacun des sept juges, représente une dépense totale de 180 heures. Ajoutez à cela le service d'hôpital qui ne représente pas moins de deux à trois heures par jour, les occupations professionnelles, le labeur scientifique, et vous n'aurez pas peine à vous convaincre qu'il deviendra de plus en plus difficile à l'avenir de réunir un jury qui puisse consacrer un temps aussi considérable aux épreuves du concours. C'est évidemment la lecture des compositions écrites qui demande le plus de temps; cette année, 277 compositions ont été lues devant le jury, qui a dû consacrer à cette lecture quarante et une séances. Un moyen bien simple d'abréger la durée du concours serait de faire faire une première épreuve orale éliminatrice portant sur un sujet de pathologie et d'une durée de cinq minutes; en supposant que 300 candidats prennent part à cette épreuve, on pourrait la faire subir à 20 candidats dans chaque séance; au bout de cinq ou six semaines, cette première partie du concours serait terminée; le jury qui aurait procédé à cette première épreuve éliminatrice se retirerait et ferait la place à un second jury chargé des épreuves définitives. Celles-ci comprendraient, comme aujourd'hui, une composition écrite de deux heures de durée portant à la fois sur un sujet d'anatomie et sur une question de pathologie, et une seconde épreuve orale de pathologie, dont la durée serait, comme pour la première, de cinq minutes. Cette manière de faire ne présenterait, croyons-nous, que des avantages. Tout d'abord, la constitution de deux jurys successifs serait une garantie nouvelle d'impartialité. Puis, la besogne se trouverait répartie entre deux jurys, et la tâche de chacun d'eux en serait allégée. La durée de la session ne serait plus en effet que de six semaines à deux mois pour chacun d'eux. Enfin, la double épreuve orale de cinq minutes serait beaucoup plus favorable aux candidats que l'épreuve orale actuelle dont la durée est de dix minutes, et dans laquelle doivent être traitées successivement deux questions, l'une d'anatomie, l'autre de pathologie. Préoccupé de répartir également son temps entre les deux questions, préoccupé de la seconde pendant qu'il traite la première, trop souvent aujourd'hui le candidat fait une épreuve orale insuffisante.

La faiblesse notoire des épreuves, voilà encore un point qui, croyons-nous, mérite d'être examiné. Est-ce à dire qu'il y ait, à l'heure actuelle, moins de candidats intelligents? Est-ce à dire que les jeunes gens travaillent moins qu'autrefois? Loin de nous une pareille pensée; mais la science se développe chaque jour et il devient bien difficile aux candidats, même les plus actifs et les mieux doués, d'en embrasser tout l'ensemble. L'histologie normale, l'anatomie pathologique ont pris un développement énorme, la bactériologie est née; depuis quelques années, on a ajouté au programme l'obstétrique; les candidats se perdent au milieu de tant de notions diverses qu'il leur faut posséder, et il arrive fatalement qu'ils ne retiennent sur bon nombre de sujets que des données insuffisantes. Il nous paraît indispensable que l'administration de l'Assistance publique nomme une commission composée de médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, chargée d'élaborer un programme du concours de l'internat; non sans doute un programme étroit, limité à un petit nombre de questions, mais du moins un programme qui, laissant de côté bon nombre de points particuliers de la science, tenant compte des notions qu'on peut raisonnablement exiger des jeunes gens qui se préparent au concours de l'internat, de celles qui leur sont le plus nécessaires au moment de leur entrée en fonctions, leur permette d'acquérir des connaissances plus solides, et, circonscrivant le champ de leur labeur, les force à les mieux approfondir. C'est à cette condition seulement que le concours de l'internat pourra porter tous ses fruits.

Un dernier mot enfin : il est incontestable qu'à l'heure actuelle, un grand nombre de jeunes gens apprécient mal l'importance relative des diverses questions qu'ils ont à étudier ou, dans une même question, négligent les points les plus essentiels pour mettre en relief des détails secondaires. Cela tient souvent à ce qu'ils n'ont pas été bien dirigés; les conférences pour la préparation du concours de l'internat sont faites par de jeunes internes qui, très instruits sans doute, sont plus souvent préoccupés du désir de briller sur quelque point d'érudition spécial, plutôt que d'exposer devant leurs jeunes camarades les grandes notions fondamentales, banales pour ainsi dire, qui sont la base même de la pathologie. Il serait à désirer que la direction des conférences fût prise en main par de jeunes médecins et chirurgiens se préparant au concours du Bureau central, et qui, ayant terminé leur internat, possèdent déjà une certaine expérience. Pour beaucoup d'entre eux, ce pourrait être même une précieuse ressource; plutôt que de perdre à faire de la clientèle un temps qu'ils devraient consacrer au travail scientifique, ils pourraient trouver dans la direction d'une conférence d'internat les ressources matérielles qui leur sont nécessaires; car il n'est pas douteux que les candidats consentiraient facilement à payer une rétribution annuelle pour suivre une conférence bien dirigée; mais c'est là une question qui ne peut, comme les précédentes, être résolue par voie administrative. C'est à l'initiative individuelle qu'il appartient de la faire passer dans la pratique. Je serais bien étonné, pour ma part, si ceux qui auront l'idée de mettre en œuvre une semblable combinaison n'en tiraient à la fois honneur et profit.

E. Kirmisson.

REVUE GÉNÉRALE

Des troubles trophiques et des troubles circulatoires dans la paralysie générale.

III

Dans les *organes des sens*, si nous en exceptons l'atrophie de la papille, les complications sont rares. Disons seulement que Duterque (1), étudiant les troubles de l'œil dans la périencéphalite diffuse, a constaté comme première altération du côté de la papille une congestion assez intense avec dilatation variqueuse des veines et des artères de la rétine. Plus tard, il se forme une exsudation et l'on voit apparaître un œdème papillaire et péripapillaire constituant le second degré de la lésion et aboutissant en dernier lieu à l'atrophie. Il semblerait donc qu'ici encore la dilatation vasculaire et l'œdème congestif soient les premiers phénomènes qui se produisent.

Nous venons de citer les *hémorrhagies sous-conjonctivales*.

L'*exophthalmie*, qui a été notée, pourrait aussi avoir la même origine.

Les *bourdonnements d'oreilles* sont un phénomène objectif attribuable à un processus de même ordre.

Enfin, Charcot (2), en 1882, et Parinaud (3), en 1883, ont attiré l'attention sur la *migraine ophthalmique* se montrant dans quelques cas comme signe prodromique au début de la paralysie générale et qui peut être regardée comme une première poussée congestive.

IV

Les sécrétions des différentes *glandes* de l'économie offrent souvent chez les paralytiques généraux, aussi bien pour ce qui est de leurs qualités que de leur quantité, des altérations que l'on peut d'autant mieux rapporter à des troubles de la circulation capillaire qu'elles se montrent presque toujours à propos des périodes d'excitation et de congestion paroxytiques.

C'est ainsi qu'à côté d'une constipation, due à une parésie intestinale, on voit souvent chez ces malades de véritables *flux diarrhéiques* (Frégevu) attribuables à une dilatation vasculaire momentanée déterminant une sécrétion exagérée.

Hutchinson (4), en 1889, signalait la *sialorrhée* au début de la périencéphalite diffuse, et Féré (5) rapporte plusieurs observations d'aliénés paralytiques chez lesquels ce phénomène précédait constamment les poussées congestives de l'encéphale dont il semblait être le premier symptôme.

Les *glandes sudoripares* ne sont pas plus épargnées ; on a décrit des *sueurs* abondantes localisées ou généralisées, et Mickle (6) cite un cas de sueurs unilatérales chez un paralytique général.

La sécrétion urinaire présente des altérations analogues et encore plus accentuées se manifestant dans des conditions identiques.

Baudin, Féré, Briant, Rouillard (7) ont signalé une *glycosurie* passagère survenant sans raison appréciable et disparaissant subitement, comparable à celle que l'on observe parfois dans l'hémorrhagie cérébrale.

Indépendamment de toute paralysie sphinctérienne ou vésicale, on a rencontré, rarement il est vrai, une *anurie* pouvant aller jusqu'à l'urémie, et plus souvent des crises de *polyurie* intense (Frégevu). Enfin, on a constaté dans les mêmes conditions une *albuminurie* passagère, et Savage (1), à propos des hémorrhagies dans la paralysie générale, parle des *hématuries* se développant sans cause et sans lésion rénale apparente pour les expliquer.

La caractéristique de ces troubles sécrétoires est, avant tout, leur allure paroxystique et intermittente. Ils accompagnent ou parfois précèdent les poussées congestives, générales ou partielles. Prenant naissance subitement sans que rien les fasse prévoir, ils se terminent de la même façon et tout aussi spontanément. Par leur marche même, ils se distinguent donc absolument des symptômes analogues qui pourraient provenir d'une néphrite ou d'une infection rénale.

Leur pathogénie a donné lieu à diverses suppositions. Séguin (2) et Guilo Vassale (3) dont l'attention s'était portée sur la fréquence de ces crises urinaires chez les aliénés paralytiques, avaient même émis l'hypothèse que les attaques épileptiformes observées chez ces malades n'étaient autres que de l'urémie convulsive. Mais Klippel (4), étudiant en 1889 puis en 1892 l'anatomie pathologique des viscères thoraciques et abdominaux chez les paralytiques généraux, décrit sous le nom de lésions *vaso-paralytiques* une altération qui paraît propre à cette affection et qui, caractérisée par un processus de congestion chronique dû à des poussées successives de dilatation vasculaire, se rencontre d'une façon presque constante dès le début de la maladie. L'allure paroxystique de ces troubles sécrétoires concorde trop bien avec la marche des poussées congestives pour ne pas les y rapporter, et les crises d'anurie, de polyurie, d'albuminurie, paraissent bien, en effet, relever de cet état vaso-paralytique du rein, dont l'hématurie marque le degré le plus prononcé. Quant à la glycosurie, elle serait plutôt sous la dépendance du foie vaso-paralytique.

Mais nous ne pouvons insister ici sur les complications viscérales de la paralysie générale que nous avons traitées ailleurs avec plus de détails. Nous n'avons voulu que les citer pour montrer la généralité des troubles sécrétoires d'origine vasculaire qui se décèlent dans presque tous les organes glandulaires de l'économie.

V

Les troubles trophiques n'intéressent pas uniquement le revêtement cutané et le tissu cellulaire sous-jacent. Le système locomoteur peut également être atteint.

Shaw (5) a observé des *arthropathies* analogues à celles des tabétiques.

Le *tissu osseux* est souvent affecté. Verneuil (6), dès 1871, attirait l'attention sur la facilité des *fractures* chez les paralytiques généraux. Biaute (7), Bonnet (8), Régis (9) dans son mémoire pour le prix Esquirol, rele-

(1) Duterque. *Annales médico-psychologiques*, 1882.
(2) Charcot, Migraine ophthalmique comme prodrome de la paralysie générale. *Progrès médical*, 1882.
(3) Parinaud, Migraine ophthalmique au début de la paralysie générale. *Arch. de neurol.*, 1883.
(4) Hutchinson. *Hydrotomie au début de la paralysie générale.* Soc. de neurol., 1889.
(5) Féré. *Sialorrhée précédant les attaques chez les paralytiques généraux.* Soc. de biol., 1891.
(6) Mickle, Sueurs unilatérales dans la paralysie générale. *Mental science*, 1877.
(7) Rouillard, Glycosurie au début de la paralysie générale. *Soc méd.-psychol.*, 1888.

(1) Savage, Des hémorrhagies dans la paralysie générale. *Journ. of mental sciences*, 1886.
(2) Séguin, *Congrès neurolog. de Washington*, septembre 1888.
(3) Guilo Vassale, *Congrès de la Soc. fréniat. de Novare*, 13 septembre 1889.
(4) Klippel, *Soc. anatomique*, décembre 1889. — Foie vaso-paralytique. *Gaz. hebdom.*, janvier 1892. — Foie, rein, cœur, poumon vaso-paralytiques. *Archiv. de méd. expérim.*, juillet 1892.
(5) Shaw, Des arthropathies dans la paralysie générale. *Arch. of med. of New-York*, 1883.
(6) Verneuil, *Bull. de l'Ac. de méd.*, 1871.
(7) Biaute, De la paralysie générale comme cause prédisposante des fractures. *Ann. méd. psychol.*, 1876.
(8) Bonnet, De la paralysie générale comme cause prédisposante aux fractures. *Gaz. des hôp.*, 1876.
(9) Régis, *Mémoire pour le prix Esquirol*, 1878.

vèrent le même fait. Arnozan (1) dans sa thèse d'agrégation décrit les lésions osseuses, l'hyperhémie du tissu qui se ramollit et finit par se transformer en un os spongieux fragile par suite d'ostéite raréfiante. Debove (2) en 1881, Vallon (3) dans sa thèse, Frœlich (4), rapportent des observations analogues et concluent à la présence, chez les aliénés paralytiques, d'altérations osseuses (ostéite raréfiante) comparables à celles observées dans le cours d'autres affections du système nerveux, le tabès par exemple.

3° Les *muscles* peuvent présenter non seulement une diminution de volume, un amaigrissement dû au manque d'exercice, par suite d'une parésie, ou même d'une paralysie, mais encore une véritable *atrophie* signalée par Grellière (5) d'abord, puis par Wesphal (6), Simon (6), Voisin et Hanot (7), Baillarger (8), Claus (6), Liouville, Ball (9), etc.

Tous ces troubles trophiques localisés avaient prêté à de nombreuses discussions tant que la méningo-encéphalite diffuse avait été considérée comme une affection purement corticale.

Malgré les observations de Debove, de Vallon et de Frœlich, Foville (10), Christian et Ritti (6) considéraient encore ces lésions osseuses comme de pures coïncidences et ces auteurs soutenaient l'opinion de Grellière qui regardait les amyotrophies non pas comme une complication de la paralysie générale, mais comme dues à la présence d'une autre affection concomitante.

Cependant, depuis lors, des travaux, trop nombreux pour pouvoir être cités ici, montrent la constance, la complexité des altérations médullaires dans la paralysie générale, donnent la clef de l'origine de ces troubles trophiques et les rapportent à la péri-encéphalite diffuse

Joffroy (11) en publiant des cas d'atrophie musculaire très précoce chez des aliénés paralytiques présentant à l'autopsie des lésions des cellules des cornes de la moelle avec intégrité absolue des faisceaux blancs, confirme l'opinion déjà antérieurement avancée par Ball et plusieurs autres, mais non encore démontrée, d'après laquelle la paralysie générale peut débuter dans les cellules motrices et sensitives de la moelle aussi bien que dans celles du cerveau. Toutes ces recherches établissent donc nettement l'existence d'une *forme spinale primitive de la maladie*.

On peut dès lors relier directement à l'affection principale ces troubles trophiques dont la pathogénie s'explique de la façon la plus simple sans être obligé de recourir à l'hypothèse de maladies surajoutées ou de propagation secondaire, même lorsqu'ils se développent d'une façon très précoce, avant les autres symptômes, ou lorsqu'au contraire ils ne surviennent qu'à une époque très tardive. Leur apparition dépend uniquement d'une localisation, un peu anormale par son début, des lésions propres à la paralysie générale.

(1) Arnozan, *Lésions trophiques consécutives aux affections du système nerveux*. Thèse agrég., 1880.
(2) Debove, *Soc. méd. des hôp.*, 1881.
(3) Vallon, *De la paralysie générale et des traumatismes dans leurs rapports réciproques*. Thèse, 1882.
(4) Frœlich, Fracture spontanée chez un paralytique général. *Rev. de méd. de l'Est*, 1890.
(5) Grellière, *Des atrophies musculaires dans la paralysie générale*. Thèse, 1875.
(6) *Loc. cit.*
(7) Voisin et Hanot, Deux cas d'atrophie musculaire dans la paralysie générale. *Gaz. méd. de Paris*, 1874.
(8) Baillarger, Paralysie générale consécutive à une atrophie musculaire progressive. *Ann. méd. psychol.*, 1875.
(9) Ball, Paralysie générale traumatique. *Encéphale*, 1888.
(10) Foville, Art. Paralysie générale in Dict. Jaccoud.
(11) Joffroy, Congrès des aliénistes de Blois 1892 et *Arch. de méd. expérimentale*, 1892.

Tout récemment Klippel (1), reprenant l'étude des amyotrophies à propos des symptômes spinaux de la folie paralytique, conclut que, précoces ou tardives, elles peuvent affecter une apparence très variable et simuler parfois longtemps soit une atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne, soit une sclérose latérale amyotrophique. Lorsque les symptômes céphaliques n'ont pas encore apparu, la marche seule permet de faire le diagnostic.

Dans la première forme, l'amyotrophie, qui est intense, débute par les petits muscles de la main et présente la réaction de dégénérescence. Mais elle peut se montrer d'un seul côté et surtout n'affecte pas dans la suite la marche envahissante progressive de la maladie d'Aran-Duchenne. En outre, elle s'accompagne tôt ou tard de troubles sensitifs.

Dans la seconde forme, l'atrophie musculaire est plus générale, mais moins marquée. Les réflexes sont exagérés et les muscles montrent de la rigidité sous la moindre influence. Mais ces symptômes ne persistent pas en s'aggravant comme dans la maladie de Charcot. Liés à l'altération des cornes antérieures et des cordons latéraux, lorsque les lésions des cordons postérieurs sont suffisamment avancées, on peut voir les douleurs apparaître, les phénomènes spasmodiques diminuer et même l'abolition des réflexes succéder à leur exagération.

VI

Avant de terminer, nous dirons encore deux mots sur les *troubles trophiques généraux*.

En dehors des troubles trophiques locaux qui nous ont occupés jusqu'ici, on rencontre souvent des altérations générales de la nutrition (Bonnet). Les aliénés paralytiques conservent longtemps tout leur appétit et se montrent même voraces. L'assimilation se faisant bien, tant par le fait de leur gloutonnerie fréquente que par suite de leur apathie intellectuelle et du défaut d'exercice, ils engraissent notablement et présentent un embonpoint parfois excessif. Mais soit progressivement vers la fin de la maladie, soit subitement après une poussée nouvelle, on voit le malade maigrir considérablement et subir une véritable *fonte paralytique* (Foville), coïncidant avec une élimination exagérée des produits azotés dans leurs urines.

De même qu'il se produit, comme nous l'avons vu, chez les paralytiques généraux des désagrégations locales lentes ou rapides, sous forme d'eschares aiguës ou chroniques, de même nous retrouvons ici une désassimilation de tout l'organisme rapide ou lente, due évidemment à des troubles trophiques généraux, sous la dépendance des altérations nouvelles qu'a subies l'encéphale lors de la dernière poussée congestive Ce phénomène, du reste, est toujours de mauvais augure, car, ainsi que l'a fait remarquer Lasègue, tant qu'un paralytique général augmente de poids, l'état reste stationnaire, mais dès qu'il commence à maigrir il faut craindre une aggravation notable et une marche plus rapide de la maladie, sinon une mort prochaine.

VII

Nous venons de passer successivement en revue les principales complications que l'on peut observer dans la paralysie générale. Si, en les groupant d'après leur étiologie, nous essayons de déterminer leurs rapports avec l'affection principale, nous pourrons les diviser en deux grandes catégories, les *troubles trophiques* et les *accidents congestifs*.

(1) Klippel, Paralysie générale. Lésions et symptômes spinaux. Formes spinales. *Arch. de méd. expérim.*, janvier 1894.

Parmi les *troubles trophiques*, les uns, dont le type est représenté en première ligne par les atrophies musculaires, ont une origine directement *médullaire* qui ne fait actuellement plus de doute. Leur développement est subordonné au processus morbide localisé sur les cellules trophiques des cornes antérieures, et les observations où on les a vues apparaître d'une façon très précoce, précédant même parfois de longue date tous les autres symptômes de la paralysie générale, sont une preuve importante que cette affection peut débuter dans la substance grise de la moelle aussi bien que dans l'écorce cérébrale, établissent nettement, en un mot, l'existence d'une forme spinale primitive.

Les autres, tels que le zona, la chute des poils et des ongles, le mal perforant, et, jusqu'à un certain point seulement, les eschares, relèvent de *névrites périphériques*. Si celles-ci ne se montraient qu'à la dernière période, alors que l'organisme cède de toute part, elles seraient suffisamment expliquées par la cachexie avancée, l'état de marasme profond où est plongé tout l'organisme; mais on les a constatées dès la période d'état et même à une période peu avancée de la maladie. On doit donc faire rentrer, ainsi que les accidents qui en dépendent, ces altérations nerveuses dans le cadre de la paralysie générale et les regarder, quoiqu'elles soient probablement toujours secondaires aux lésions des centres nerveux, non pas comme des complications, mais comme un symptôme propre à la paralysie générale au même titre que l'atrophie de la papille et la sclérose des faisceaux blancs de la moelle.

Nous réunirons dans la seconde division, sous le titre d'*accidents congestifs*, toutes les autres complications que nous avons signalées chemin faisant : troubles sécrétoires, congestions cérébrales, hémorrhagies, othématome et même les eschares précoces ou passagères. Quelque disparates que paraissent au premier abord ces accidents, ils sont reliés entre eux, en effet, par un facteur commun important: les *poussées congestives* qui interviennent sinon toujours seules, du moins à titre de cause efficiente.

Nous avons vu plus haut, et nous ne voulons pas y revenir encore, quelles sont les raisons qui nous font pencher à considérer ces eschares apparaissant à propos d'une période d'excitation et se cicatrisant avec une étonnante facilité, comme étant en grande partie sous la dépendance des troubles circulatoires qui seraient la cause déterminante de la nécrose des tissus.

On pourrait s'étonner que nous accordions tant d'importance à ces dilatations paroxystiques des vaisseaux. Mais ce symptôme se rencontre à chaque pas dans l'histoire clinique et anatomo-pathologique de la paralysie générale. On connaît depuis longtemps les poussées encéphaliques. Nous avons parlé ailleurs des lésions spéciales décrites par Klippel qu'occasionnent ces poussées congestives dans le cœur, le foie, le rein et le poumon. Nous les avons retrouvées à propos des éruptions, des troubles sécrétoires de toutes sortes dans les glandes de tous les systèmes (cutané, urinaire, digestif), à propos des complications hémorrhagiques, et de l'othématome. Ces poussées congestives sont donc un phénomène important aussi bien par sa fréquence que par la multiplicité des accidents qu'il peut déterminer.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que ces lésions circulatoires plaident en faveur de l'ancienne théorie vasculaire de la paralysie générale, proposée d'abord par Bonnet et Pointcarré qui la considéraient la maladie comme due à une altération primitive du grand sympathique, puis par Mendel, Mierzejewski, Meyer, etc., qui voyaient dans la dilatation vasculaire chronique la cause première de cette affection. Cette opinion n'est plus admise depuis les recherches de Joffroy, Pierret, Meynert, Tuczek, Ziegler, Raymond, Klippel et Schütze qui ont prouvé au contraire que les éléments nobles de la substance grise corticale et médullaire sont les premiers atteints, la dilatation vasculaire et la diapédèse dans les gaînes ne survenant qu'ensuite.

Les lésions de l'écorce ont en effet une action directe sur les capillaires de toute l'économie. On connaît depuis longtemps les foyers hémorrhagiques du foie, du poumon dans l'apoplexie pulmonaire, mais ici, s'étant produits brusquement, ils sont beaucoup plus considérables que dans la paralysie générale. Bechterew et Misslawsky, Eulenbourg, Landois, Hitzig, ont prouvé que l'excitation ou l'extirpation de l'écorce occasionne des troubles vasculaires dans les membres; la piqûre du quatrième ventricule agit en dilatant les vaisseaux capillaires du foie ou des reins; Brown-Séquard en sectionnant le corps restiforme a déterminé une hémorrhagie sous-cutanée de l'oreille; chaque point de l'économie a son régulateur dans les centres nerveux.

La paralysie générale n'est plus une maladie de l'encéphale seul, mais du système nerveux tout entier, et les derniers travaux sur l'anatomie pathologique de cette affection ont montré *l'étendue et la variété de ses localisations dès le début*. Elle atteint d'abord les éléments nobles de la moelle et du cerveau, et intéresse ainsi tôt ou tard, à des degrés divers, les cellules qui régissent les fonctions psychiques, motrices, sensitives, trophiques et vaso-motrices de toute l'économie. On comprendra donc qu'elle puisse, au même titre que la perte de la mémoire, le tremblement de la langue, l'embarras de la parole et l'inégalité pupillaire, déterminer de la même façon des troubles trophiques et des troubles circulatoires qui font partie intégrante de la maladie principale, compliquent sa symptomatologie et donnent lieu parfois à des lésions importantes paraissant, au premier abord, n'avoir que des rapports très éloignés avec les altérations spéciales du système nerveux, mais qui en dépendent cependant directement dans le cadre de la maladie.

G. Durante.

TRAVAUX ORIGINAUX

La pathogénie de l'hémospermie, par le Dr J. Hugues, médecin aide-major de 1re classe, attaché à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr.

L'hémospermie (spermatorrhagie, éjaculation sanglante) n'a guère que depuis notre siècle attiré l'attention des chirurgiens. Aux époques antérieures, même en remontant à Hippocrate qui avait observé le cas de semence sanguinolente et brunâtre, c'est à peine si l'on peut citer quatre ou cinq auteurs dont la curiosité ait été mise en éveil par la constatation de ce symptôme : au XVIIe siècle, Ambroise Paré (1) et Petersen (2), au XVIIIe, Morgagni (3), Schurig (4), Sauvages (5).

Aucune étude n'est entreprise par eux; ils se contentent de mentionner le fait, incriminant les excès de coït comme cause principale, mais d'ailleurs très sobres de détails sur cet « humeur à demi cuit, voire sang tout pur », ainsi que disait notre grand Paré.

Par contre, avec le mémoire de Dalaudeterie (1813) et le traité de Lagneau (1818), commence la liste fort

(1) *Œuvres*, 1652.
(2) *Ephem. Cur. Nat.*, 1670.
(3) *De Sedibus et Causis*, édition Chaussier et Adelon, Lettre XLIV.
(4) *Spermatologia historico-medica*, 1720.
(5) *Nosol. meth.*, 1772.

longue des travaux publiés au XIXe siècle, et parmi lesquels il convient de citer ceux de Lallemand, Faye, Ricord, Velpeau, Leroy d'Etiolles, Gosselin, Rapin, Vidal de Cassis, Dolbeau, Fournier, Humphry (1), etc.

Mais il est un point à noter, à savoir que, le plus souvent, l'hémospermie n'a été étudiée, pour ainsi dire, que d'une façon incidente. Aucune description, aucune monographie ne lui a été consacrée jusqu'au jour où Guelliot, dans sa remarquable thèse bien connue (2), lui réserve un long chapitre (1883).

En 1891, R. Jamin écrit sur l'hémospermie, dans les annales des maladies des organes génito-urinaires, un mémoire intéressant et nourri de faits.

Enfin, rappelons qu'en 1885, dans la 2e édition de ses leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, M. le professeur Guyon a fait, à la fin du chapitre des « modifications pathologiques des urines », une place spéciale à l'étude sommaire de l'hémospermie. C'est, nous semble-t-il, le seul traité classique où il en soit parlé avec quelques détails. MM. Ricard et Poulet, dans leur traité de pathologie externe, M. Reclus, dans le traité de chirurgie, se bornent, en abordant l'étude des vésiculites, à citer quelques passages de la thèse de Guelliot.

Les documents existants relatifs à l'hémospermie sont donc, jusqu'ici, restés épars; nous avons tenté de les réunir dans une étude d'ensemble sur la pathogénie. Guelliot et Jamin ont été jusqu'ici les seuls à l'étudier d'une manière approfondie.

Pour donner à notre sujet tous les développements nécessaires sans que cela nuise à la clarté de l'exposition, nous avons tenté d'établir une classification pathogénique. A ce propos, il est à remarquer que, parmi les facteurs incriminés, nous avons dû accorder une place à un élément morbide dont l'action semblait, auparavant, n'avoir pas été suffisamment constatée; nous l'avons fait, preuve à l'appui, et c'est pourquoi nous avons désiré appeler à l'avance l'attention sur ce point.

I

L'hémospermie peut se définir un symptôme caractérisé par le mélange, provoqué sous l'influence de causes diverses, du sang au liquide spermatique dont la coloration est, de ce fait, en totalité modifiée. Le sperme, devenu de couleur plus ou moins foncée, mais uniformément brunâtre de « teinte chocolat » (Guelliot, obs. XIX), peut être, sous cet aspect, évacué soit par éjaculation spontanée, soit par éjaculation provoquée (pollutions nocturnes, masturbation, coït, etc.).

La proportion du liquide sanguin qui vient se mélanger au sperme peut être assez variable. Dans certains cas même, la quantité relative du sang peut être très considérable (3) : Guelliot cite le cas d'un homme qui eut une hémospermie telle, que sa femme put croire à l'apparition de ses menstrues. Mais, d'autre part, de même que Guelliot, nous sommes loin de croire à l'authenticité du fait rapporté par Petrus Borellus, qui prétend qu'un de ses amis inondait sa femme d'un « fleuve de sang », chaque fois qu'il pratiquait le coït.

M. le professeur Guyon ne dit, dans son traité, rien de particulier sur la quantité du sang mélangé au sperme, ce qui nous porte à croire qu'il n'a jamais eu à observer d'hémospermie ayant affecté les allures d'une véritable hémorrhagie. Le fait doit donc être très rare, puisque le savant clinicien de Necker n'a pas cru devoir appeler l'attention sur ce point.

(1) Voir les indications bibliographiques à l'index alphabétique.
(2) Thèse couronnée par l'Institut.
(3) Si au contraire le sperme est peu coloré par le sang, il prend une teinte café au lait, jaune ou brune.

D'ailleurs, le plus souvent, la quantité du liquide éjaculé n'est pas augmentée d'une façon notable.

Les malades, en rendant compte au médecin de la modification pathologique qu'ils ont constatée, se plaignent seulement « de ce que les draps du lit et la chemise portaient des taches caractéristiques empesées et colorées en rouge très foncé ». Cette phrase, que j'emprunte à une des observations du mémoire de Jamin, a été plusieurs fois employée par des malades que j'ai vus, et dans des termes à peu près identiques.

Le plus souvent, l'hémospermie n'est pas douloureuse. Ce fait est admis d'une manière générale. Chez les trois malades observés par Jamin, les hémospermies se sont produites sans éveiller aucun phénomène douloureux : le premier malade avait pratiqué le coït après une continence très prolongée, les deux autres avaient eu des pollutions nocturnes hémospermiques, l'un au cours d'une continence prolongée suivie de séjour au lit pour maladie intercurrente, l'autre observant une continence à laquelle venaient se surajouter les effets d'une pratique exagérée de la bicyclette.

Guelliot et M. le professeur Guyon expriment aussi l'opinion que les malades qui ont des hémospermies « ne souffrent pas ou n'éprouvent qu'une douleur insignifiante » (1).

Sur trois cas d'observations personnelles, nous en avons rencontré un seul d'hémospermie non douloureuse, mais nous nous hâterons d'ajouter que nos deux autres malades étaient dans des conditions particulières sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Mais, si les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'hémospermie douloureuse est rare, ils sont cependant unanimes à formuler certaines réserves qui ont trait à l'hémospermie dans le cours d'une spermatocystite aiguë ou chronique d'origine blennorrhagique : chez un malade de Rapin (thèse, obs. VI), les douleurs donnaient la sensation du passage d'un fer rouge dans l'urèthre; le malade venait d'avoir plusieurs épididymites. Lallemand (2) parle d'un malade qui, à la suite d'excès de coït, eut des symptômes de cystite, des orchites, des hémospermies douloureuses.

M. Guyon a observé un seul exemple d'hémospermie où la douleur ait été très vive. C'était dans un cas de vésiculite aiguë, d'origine blennorrhagique. Enfin, dans deux cas qui nous sont personnels, les hémospermies douloureuses étaient dues chez le premier malade à l'action combinée de différents facteurs (blennorrhagie avec prostatite, etc..., fistule à l'anus concomitante, décubitus dorsal prolongé), et chez le deuxième malade, à de la spermatocystite chronique, suite de complications inflammatoires par lésions de voisinage, dues à un calcul uréthro-vésical engagé et enclavé dans la portion prostatique de l'urèthre.

L'hémospermie douloureuse constitue, d'après Guelliot, un signe de spermatocystite, et M. Reclus, dans son article du *Traité de chirurgie*, la considère aussi « comme un des meilleurs signes de la vésiculite ».

Avant eux, cette opinion était celle de Velpeau, Rapin, Humphry, Le Dentu.

Il semble, et c'est par cela que nous terminerons l'étude des caractères généraux de l'hémospermie, que les éjaculations sanglantes n'aient aucune influence fâcheuse sur les érections. Il n'en est pas question dans l'ouvrage de M. Guyon, ni dans Jamin. Nous-même n'avons jamais observé de modifications à cet égard. Guelliot mentionne bien dans un cas (obs. XIX), que

(1) Guyon.
(2) *Des pertes séminales involontaires*. Obs. rappelée par Guelliot

l' « érection est peu prononcée », mais il faut ajouter que son malade, après un désir longtemps contenu, avait pratiqué le coït onze fois dans un après-midi, sept fois le lendemain, et qu'il était en droit d'avoir des érections peu actives, concurremment avec son hémospermie.

II

L'hémospermie peut se rencontrer dans l'adolescence, à l'âge adulte et dans la vieillesse.

Elle a été observée chez des jeunes gens de quinze à dix-huit ans, et est alors le plus souvent consécutive à la masturbation.

Les adultes présentent généralement ce symptôme entre vingt et trente-quatre ans. Chez les vieillards, il a été noté à partir de cinquante-neuf ans (Jamin, un cas de cinquante-neuf, un cas de soixante et un ans).

Guelliot a été amené à se demander si l'hémospermie ne pouvait pas exister à l'état en quelque sorte physiologique, chez les vieillards. En examinant des vésicules séminales, huit fois il a trouvé des globules sanguins dans le sperme d'hommes âgés de :

Quarante à cinquante ans.......	2	fois.
Cinquante à soixante ans........	4	—
Soixante à soixante-dix ans.....	1	—
Soixante-dix à quatre-vingts ans.	1	—

Les vieillards voient se ralentir progressivement leur sécrétion spermatique, et s'ils cherchent à faire sortir leurs fonctions génésiques de leur inaction obligatoire (1), leurs organes sont congestionnés et d'autant plus prédisposés à l'hémorrhagie.

Peut-on faire, comme le veut Guelliot, un rapprochement entre l'état organique des vieillards et celui des jeunes gens chez lesquels les fonctions génitales sont encore restées sans emploi? Doit-on chez ceux-ci incriminer moins la masturbation que les troubles congestifs, la poussée fluxionnaire qui, se produisant à l'époque de la puberté, permet à l'hémorrhagie de se produire? Guelliot, sans conclure, expose en plusieurs endroits les données du problème.

Pour nous, il est absolument établi que, chez les jeunes gens, les deux facteurs sont également puissants, qu'ils se surajoutent généralement, sinon presque toujours : la masturbation, cause extrinsèque, vient donner un coup de fouet à la congestion par stagnation spermatique, cause toute physiologique de cette hémospermie que l'une ou l'autre suffirait à produire.

Au point de vue de la pathogénie, on peut considérer l'hémospermie comme la manifestation, la conséquence de l'un des différents troubles morbides que nous allons énumérer, et que nous classerons de la façon suivante :

Hémospermie spontanée causée par :

1° Tuberculose;
2° Stagnation spermatique (Civiale, Reliquet);
3° Congestion hypostatique (Jamin, Huguet);
4° Inflammation de voisinage : *a*) Affections blennorrhagiques (Morgagni, Lallemand, Ricord, Velpeau, Dolbeau, Guelliot); *b*) Hypertrophie de la prostate (Sandifort, Leroy d'Etiolles, Civiale, Guyon, Guelliot);
5° Traumatisme de voisinage : *a*) Interventions chirurgicales sur la région ano-rectale (Huguet); *b*) Compression répétée de la région périnéale (Jamin);
6° Obstacles mécaniques : *a*) Rétrécissements (Ségalas, Guelliot); *b*) Calculs uréthro-vésicaux (Birkett, Guelliot, Huguet);
7° Flux hémorrhoïdaire momentanément supprimé (Lansac).

Hémospermie provoquée par :

1° Evacuation spermatique après contineuce prolongée (Jamin, Lansac);
2° Excès de coït (Franck, Fleury, Lallemand, Civiale);
3° Masturbation (Chopart, Tissot, Lallemand, Gouraud) (1).

Hémospermies d'origine spontanée.

1° TUBERCULOSE DES VÉSICULES SÉMINALES.

Nous n'avons aucunement l'intention d'étudier la tuberculose des vésicules. C'est un chapitre de pathologie qui relève de la question de la tuberculose génitale, sujet trop important pour être abordé ici. Qu'il nous suffise de mentionner que l'hémospermie a été regardée par certains auteurs comme un des symptômes accessoires de l'affection, et qu'elle coïnciderait toujours avec des hématuries, le plus souvent préexistantes.

De plus, il convient d'ajouter que ce symptôme serait toujours d'une valeur relativement minime (2), surtout si on voulait le mettre en balance avec les autres signes cliniques dont l'apparition est plus constante et la valeur indiscutable.

L'anatomie pathologique de la tuberculose vésiculaire a été longuement étudiée par M. Guelliot dans sa thèse. Quant à l'étude générale de la maladie, elle a été faite d'une façon magistrale par M. Reclus, dans le *Traité de chirurgie* (3).

2° STAGNATION SPERMATIQUE.

La réplétion par stagnation du sperme se produit chez les individus qui observent une continence très prolongée. Elle a été étudiée par Civiale, Reliquet, Robin, Guelliot.

Cette forme a été étudiée sur des malades, particulièrement des tuberculeux, qui faisaient de longs séjours à l'hôpital (4).

L'hémospermie par réplétion peut aussi s'observer chez des sujets bien portants, chez des jeunes gens qui n'ont eu encore aucun rapprochement sexuel; personnellement, nous en avons observé un exemple.

Inutile de rappeler que, dans ces cas, l'hémospermie se produit à l'occasion d'une pollution nocturne.

3° CONGESTION HYPOSTATIQUE.

Le décubitus dorsal prolongé joue un rôle important dans la pathogénie de l'hémospermie. Il n'agit le plus souvent, il est vrai, que comme facteur secondaire, c'est chose prouvée; mais il vient renforcer l'action de la cause initiale dans des proportions telles qu'il faut lui reconnaître une influence particulière et lui accorder une place spéciale.

La congestion hypostatique des vésicules reconnaît en général pour cause déterminante une lésion inflammatoire de voisinage; celle-ci, évoluant avec une certaine violence chez le malade, l'oblige à rester couché sur le dos pendant un laps de temps plus ou moins long, et

(1) W. Acton en fournit un exemple très probant, et Salmuth, au dire de Schurig, a vu aussi un vieillard de 80 ans, excité par l'absorption de médicaments et la possession d'une jeune fille, *juvenculam ducens*, rendre du sang au lieu de sperme.

« Ceci prouve assez que, à un certain âge, les organes de la génération ne doivent et ne peuvent plus guère fonctionner normalement; un vieillard ne doit plus rechercher les plaisirs d'antan; il ne doit pas assumer la responsabilité d'un mariage tardif qui, sans compter les autres risques, le condamne, comme dit Réveillé-Parisse, à un suicide à échéance plus ou moins rapprochée. » (Guelliot.)

(1) M. le docteur Gouraud, médecin des hôpitaux, a bien voulu nous communiquer une observation des plus intéressantes et encore inédite. Nous lui adressons ici nos sincères remerciements.

(2) Il n'est d'ailleurs pas admis par tous A l'encontre de certains auteurs, pour Guelliot « les tubercules des vésicules n'ont jamais compté l'hémospermie parmi leurs symptômes. »

(3) Tome VIII, p. 222.

(4) Obs. XVIII et XXI de Guelliot.

c'est au moment où la guérison se fait espérer qu'une complication survient, l'hémospermie.

C'est dans des circonstances analogues que s'est déroulé le fait suivant dont nous relatons brièvement l'histoire : M. X..., 23 ans, très robuste, de bonne santé habituelle, a été atteint successivement (du mois de septembre 1892 au mois de février 1893) de blennorrhagie, de cystite légère, et enfin de fistule à l'anus borgne externe, qui fut opérée au thermo-cautère le 28 novembre. La cicatrisation de la plaie se fit très lentement, elle n'était pas tout à fait complète le 25 janvier.

Pendant toute la période des accidents blennorrhagiques, le malade n'avait jamais eu d'hématurie ; il avait présenté comme seuls symptômes de cystite, des envies fréquentes d'uriner et une sensibilité très douloureuse à la palpation de l'abdomen, au niveau de la région prévésicale.

Depuis le 14 septembre, jour où il s'était alité, notre malade avait eu plusieurs fois des pollutions nocturnes, mais le sperme avait toujours gardé son aspect ordinaire.

C'est vers le 15 janvier 1893 que se produisit, aussi sous forme de pollution nocturne, la première éjaculation sanglante ; le liquide spermatique était tellement chargé d'éléments sanguins qu'on aurait pu croire à une éjaculation de sang presque pur.

Le 17 et le 20 janvier, nouvelles hémospermies, mais le sperme est moins rouge, la teinte est devenue plus brunâtre.

Du 20 janvier au 1er février, le malade se plaint d'avoir encore deux autres hémospermies, mais il constate qu'il y a eu diminution graduelle dans la quantité de sang mélangé. Il n'a d'ailleurs jamais plus eu depuis cette époque d'accidents semblables.

N'oublions pas de noter que l'apparition des hémospermies avait coïncidé avec des troubles du côté de l'état général, des maux de tête, de l'anorexie et avec des symptômes locaux, douleurs dans la région anorectale, pesanteur périnéale presque constante, difficulté plus grande pour aller à la garde-robe, malgré des lavements boriqués fréquents ; à dater de la dernière hémospermie, tout rentra dans l'ordre.

4° INFLAMMATIONS DE VOISINAGE.

Nous réunissons dans ce groupe les inflammations blennorrhagiques du canal et l'hypertrophie de la prostate.

A. *Inflammations blennorrhagiques.* — Au point de vue des rapports de la blennorrhagie avec l'hémospermie, il convient de distinguer deux formes que l'on peut rencontrer séparément, à savoir : *a.* l'hémospermie dans le cours d'une blennorrhagie non compliquée, et *b.* l'hémospermie consécutive à l'orchi-épididymite.

a. Morgagni, A. Cooper, Vidal de Cassis, Dolbeau, se sont occupés de cette intéressante question.

Lallemand, dans son *Traité des pertes séminales involontaires*, regarde les pollutions nocturnes hémospermiques comme particulières, le plus souvent, aux malades en état de blennorrhagie.

Guelliot rapporte une observation (Obs. XX) très détaillée d'hémospermie dans le cours d'une blennorrhagie simple : le malade, médecin lui-même, avait eu deux hémospermies pathognomoniques à la suite du coït auquel il s'était livré trop tôt, croyant à tort être guéri de sa chaudepisse ; Guelliot insiste sur ce point que, « à aucun moment, il n'y a eu de symptômes d'épididymite ».

Nous rappellerons simplement pour mémoire, en ayant parlé plus haut, qu'une blennorrhagie peut se surajouter à d'autres facteurs, le décubitus prolongé, les interventions chirurgicales de la région ano-rectale, etc., pour déterminer l'apparition d'hémospermies.

A l'appui de cette thèse, outre notre observation personnelle à laquelle nous venons de faire allusion, nous pouvons citer l'observation V de Guelliot, où cet auteur décrit des lésions multiples et profondes de spermatocystite chronique trouvées à l'autopsie chez un homme mort de tuberculose, mais qui avait eu aussi des « blennorhagies multiples » en nombre indéterminé.

Ce sont là des cas mixtes comme on peut en rencontrer souvent dans la pratique ; on est même parfois très embarrassé pour déterminer cliniquement la part proportionnelle qui revient à chacune des entités morbides dont les actions combinées se sont exercées sur un même organe.

b. Mais c'est l'hémospermie dans ses rapports avec l'orchite qui a le plus souvent attiré l'attention des auteurs, en particulier de Ricord, Velpeau, Rapin, Humphry, Guelliot. En règle générale, quand les conduits épididymaires sont atteints, la prostate et les vésicules participent dans une certaine mesure au travail inflammatoire. La preuve en est fournie non seulement chez le vivant par l'examen clinique (toucher rectal), mais encore chez le cadavre par les constatations nécropsiques.

Plusieurs syphiligraphes et chirurgiens, entre autres Lagneau, Vidal de Cassis, Ricord, ayant constaté que l'hémospermie survenait le plus souvent quand l'orchi-épididymite achevait son évolution, ont été amenés à déduire de cette coïncidence des rapports de cause à effet. Mais il importait de ne pas trop généraliser, puisqu'il est d'une part avéré que l'hémospermie peut venir compliquer une blennorrhagie simple et que, d'autre part, s'il est vrai que dans bien des cas l'hémospermie (ou pour mieux dire la spermatocystite) paraît consécutive à l'orchite, souvent aussi, comme le fait judicieusement observer Guelliot, elle peut la précéder.

Il importe de rapprocher de l'orchite aiguë avec hémospermie certaines formes d'orchites « ou mieux d'épididymites » sur lesquelles Guelliot a attiré l'attention, formes qui présentent « à peu près les caractères de celles qui compliquent la blennorrhagie », mais qui sont à répétition et paraissent se développer sans cause occasionnelle. « Les patients, dit Guelliot, anciens blennor-
» rhéiques, voient de temps à autre enfler leur scrotum,
» soit toujours du même côté, soit tantôt à droite et
» tantôt à gauche. Comme il n'y a plus d'uréthrite, il
» faut bien admettre qu'il existe ailleurs un foyer d'où
» partent de véritables fusées d'inflammation qui abou-
» tissent à l'épididyme. Ce foyer est la vésicule, et les
» poussées s'accompagnent ordinairement d'une réappa-
» rition d'anciens symptômes : pollutions sanguinolentes,
» dysurie, défécation douloureuse. »

B. *Hypertrophie de la prostate.* — L'hypertrophie prostatique a été étudiée par Sandifort (de la Haye), Clément, Dodeuil, Leroy d'Etiolles, Civiale, Guyon, Le Dentu, Launois et Guelliot.

La prostate hypertrophiée, telle qu'on la rencontre chez les vieillards, est le siège d'une inflammation chronique (1) susceptible d'avoir du retentissement sur les vésicules séminales. Guelliot rappelle avec raison ce passage d'une observation de Surmay, communiquée à Dodeuil : « Ce qui était plus frappant que l'hypertrophie de la prostate, c'était une augmentation des vésicules séminales qui, de même que tout le tissu cellulaire environnant, étaient considérablement infiltrées de produits plastiques ». En outre de la dilatation (2), une induration

(1) Launois (Thèse de Paris, 1885) a insisté sur l'état d'hypervascularisation artério-veineux de la prostate des gens âgés.

(2) Dans certains cas, au lieu de l'hypertrophie (Leroy d'Etiolles), on constate une atrophie fibreuse des vésicules (Sandifort).

parfois considérable des parois a été notée par Morgagni et Franck.

Non seulement l'inflammation est susceptible de se propager de la prostate aux vésicules séminales, mais encore, après un certain temps, il peut s'opérer une transformation du tissu cellulaire en gangue fibreuse épaisse et solide, englobant en une seule masse la prostate, les vésicules et le rectum, rendant ainsi toute exploration difficile sinon impossible, par suite des modifications survenues dans la structure des éléments anatomiques.

Successivement, des troubles fonctionnels s'établissent: les érections chez les prostatiques peuvent être incomplètes et les éjaculations très rapides (Guyon).

L'hémospermie peut donc se produire dans des circonstances très variables, aussi bien après un coït très court qu'après des rapprochements répétés, et nous verrons plus loin que ce fait trouve son explication en ce qu'il est possible d'interpréter de plusieurs façons différentes le mécanisme de l'hémospermie.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Champ visuel dans l'hystérie (A further study of hysterical cases and their fields of vision), par John K. Mitchell et G.-E. de Schweinitz (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, janvier 1894, n° 1, p. 1). — L'auteur a examiné 25 sujets au point de vue de la vision, et il en conclut tout d'abord que l'achromatopsie des hystériques, telle qu'elle a été décrite en particulier par Galezowski et les autres observateurs français, n'existe certainement pas dans les cas américains. A son avis, l'achromatopsie ne peut servir au diagnostic différentiel entre l'hystérie et la neurasthénie; elle n'a pas de rapports constants avec les autres manifestations hystériques. Chez ces malades, c'est le champ du rouge qu'on trouve ordinairement le plus étendu, alors qu'au contraire le champ du vert est le plus rétréci.

Proliférations endoneurales dans les nerfs périphériques du chien (Ueber endoneurale Wucherungen in den peripherischen Nerven des Hundes), par Clara Weiss (*Arch. de Virchow*, 5 février 1894, Bd CXXXV, Hft 2, p. 326). — Dès longtemps, certains auteurs ont mentionné la présence dans des coupes de nerfs d'apparences spéciales, ressemblant à ce que Renaut a décrit chez le cheval sous le nom de *systèmes hyalins*. Langhans et Kopp, se fondant sur certaines constatations, ont attribué ces formations à la cachexie strumiprive. Presque en même temps, Schültze d'une part, Blocq et Marinesco d'autre part, ont reconnu que ces productions étaient normales, et ces derniers auteurs leur ont proposé le nom de systèmes tubulaires. L'auteur a entrepris, à son tour, des recherches sur ces formations, et ce travail en expose des résultats histologiques qui ne lui paraissent pas suffire pour trancher la question de savoir si elles sont normales ou pathologiques.

Liquide testiculaire (Notes on some cases of nervous disease treated with Dr Brown-Sequard's orchitic fluid), par Guy Wood et Whiting (*The Lancet*, 3 février 1894, n° 3675, p. 263). — Les auteurs donnent les résultats de leur pratique à l'Hôpital National pour les paralytiques et les épileptiques. Les essais thérapeutiques ont été faits avec du liquide provenant de M. Brown-Séquard et sur diverses catégories de malades atteints de tabes, de sclérose en plaques, d'hémiplégie, de maladie de Parkinson, etc. D'une façon générale, on n'a obtenu aucune amélioration, et parfois les injections d'eau distillée ont produit d'aussi bons effets que le liquide testiculaire, ce qui tend à démontrer que celui-ci agit surtout par suggestion.

De la peptonurie chez les aliénés, par A. Lailler (*Ann. médico-psychol.*, janvier 1894, n° 1, p. 26). — L'auteur a cherché à vérifier la conclusion formulée par Marro, à savoir que l'on trouve constamment des peptones dans l'urine des paralytiques généraux. Il résulte de ses recherches que, contrairement à cette opinion, la présence de la peptone dans l'urine ne peut être invoquée comme symptôme de la paralysie générale, parce que la peptonurie se rencontre dans les indispositions passagères, dans un grand nombre de maladies, et même dans différentes formes de l'aliénation mentale; de plus, bien que plus fréquente en réalité dans la paralysie générale, elle fait le plus souvent défaut au début de l'affection, alors que le diagnostic est incertain.

Pathologie du pédoncule cérébral, par L. d'Astros (*Revue de médecine*, janvier et février 1894, nos 1 et 2). — Après avoir exposé l'anatomie normale de la vascularisation du pédoncule cérébral, l'auteur entreprend d'une part une étude analytique des hémorrhagies et des ramollissements du pédoncule, d'autre part une étude synthétique des notions conférées par ces données pathologiques au point de vue des localisations pédonculaires. Pour un certain nombre de centres gris de cette région, il est encore impossible de rien affirmer, et il en est ainsi, en particulier, de la substance noire de Sœmmering et du noyau de Stiling. Les lésions nucléaires correspondant aux diverses variétés d'ophthalmoplégie sont au contraire mieux déterminées. La partie la plus originale de ce travail est celle qui concerne l'interprétation de certains phénomènes rares de dysarthrie constatés au cours de ramollissements pédonculaires, et que l'auteur croit provenir de la rupture des fibres centripètes de sens musculaire, et constituer une sorte de dysarthrie de conductibilité.

Myxœdème et goitre exophthalmique, par C. Canter (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, n° 1, janvier 1894, p. 12). — Après avoir rapporté l'histoire pathologique résumée du myxœdème et de son traitement par greffe (Schiff, Horsley, Kocher), par injection hypodermique (Murray, Mackensie) et par ingestion (Howitz) de corps thyroïde, l'auteur relate un fait personnel de myxœdème guéri par ingestion de corps thyroïde. Il rappelle que les cas semblables sont très nombreux actuellement. Il émet ensuite, à l'occasion du goître exophthalmique comparé au myxœdème, les propositions suivantes. Le goître exophthalmiques est dû probablement à une intoxication d'origine gastro-intestinale. La toxine agit directement ou indirectement sur la sécrétion de la glande thyroïde : la sécrétion est d'abord considérablement augmentée. Comme tout organe à suractivité pathologique, la glande thyroïde ne tarde pas à s'atrophier dans ses éléments essentiels de façon à sécréter moins ou à sécréter un produit altéré dans sa composition.

MÉDECINE

Pérityphlite avec ouverture de l'abcès dans la vessie (Zwei Fælle von Paratyphlitis mit Durchbruch in die Harnblase), par Therig (*Centralb. f. inn. Med.*, 1894, n° 5, p. 97). — Pour montrer les avantages de la diète et des injections sous-cutanées de morphine (méthode d'Aufrecht) dans le traitement de la pérityphlite, l'auteur publie deux observations, l'une se rapportant à une femme de 32 ans, l'autre à une fille de 17 ans, guéries de cette façon, bien que, dans les deux cas, l'abcès péri-cæcal s'ouvrît à un moment donné dans la vessie. La cystite qui en résulta fut traitée avec succès par les lavages de la vessie au sublimé, puis à l'acide borique.

Le mode d'action des sérums antitoxiques (Beruht die Wirkung der Behring'schen Heilserums auf Giftzerstœrung), par Buchner (*Berlin. klin Woch.*, 1894, n° 4, p. 73). — On sait que, d'après la théorie de Behring, le sérum antitoxique agit directement sur les toxines, qu'il détruirait aussi bien *in vitro* que dans l'organisme animal. Tel n'est point l'avis de Buchner, pour lequel l'action du sérum antitoxique se réduirait simplement à un procédé d'immunisation rapide.

Pour démontrer ce fait, il a fait une série d'expériences suivantes. Il fait une solution de toxines tétaniques et de sérum antitoxique à proportions bien déterminées, et en injecte une certaine quantité à des souris. Les animaux n'éprouvent rien. Il fait la même injection à des cobayes, animaux plus sensibles au tétanos, et constate chez eux l'apparition de phénomènes tétaniques atténués. Si le sérum

antitoxique détruisait directement les toxines, les cobayes auraient dû se comporter envers l'infection de la même façon négative que les souris. Or, les expériences montrent le contraire et prouvent par conséquent qu'il n'y a pas de destruction directe des toxines.

Obstruction du cholédoque avec pseudo-coliques hépatiques (Ein Fall von Pseudogallensteikoliken bei Choledocusobstruction), par Schultz (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, n° 6, p. 132). — La très longue observation de l'auteur se réduit en somme à ceci :

Un homme de 47 ans, avec un aspect de cachexie avancée, entre à l'hôpital pour une tuméfaction de l'abdomen et de la dyspnée en se plaignant de douleurs dans l'épigastre et l'hypochondre droit, douleurs continues, mais qui s'exagèrent après chaque repas. Depuis quelque temps, ictère très prononcé, diarrhées suivies de selles sanglantes. A l'examen, on trouvait le cœur et les poumons normaux. Le foie était augmenté de volume, lisse, dur au toucher, avec la vésicule souple et facile à sentir sous le foie. Dans le rectum, une induration de nature cancéreuse.

Le travail est principalement consacré à l'étude du syndrome hépatique, et, après l'analyse détaillée de tous les symptômes, l'auteur arrive à montrer qu'il s'agissait là de la compression du cholédoque par un noyau cancéreux. L'autopsie a du reste confirmé ce diagnostic et montré en même temps que la vésicule biliaire, conformément à l'opinion de Courvoisier, était dilatée.

Coliques pancréatiques (Ein Fall von Pankreaskolik), par Mirmich (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, n° 8, p. 187). — L'auteur rapporte son observation comme exemple de coliques pancréatiques diagnostiquées pour la première fois, à ce qu'il semble, pendant la vie.

Il s'agit d'un homme de 68 ans, sujet à des accès de coliques hépatiques suivies chaque fois d'expulsion de calculs typiques de cholestérine. Depuis quelque temps, les coliques avaient changé de caractère : la douleur localisée dans l'épigastre et sous les côtes gauches envahissait quelquefois l'omoplate gauche ; il n'y avait pas de coloration ictérique ; les selles restaient colorées et l'urine ne renfermait pas de pigment biliaire.

L'examen journalier des selles, fait pendant la dernière attaque, permit de découvrir des concrétions et de petits calculs à caractères particuliers ; ils étaient malléables, s'écrasaient sous le doigt, présentaient une surface lisse à la section, ne contenaient pas de cristaux ou de substances morphologiques, se dissolvaient dans le chloroforme et laissaient après combustion un résidu contenant du carbonate acide et du phosphate acide de chaux.

D'après l'auteur, ces caractères suffisent pour reconnaître les calculs en question pour la seconde variété des concrétions pancréatiques. On aurait pu encore les prendre pour des calculs intestinaux, mais l'existence concomitante des coliques venait à l'appui du diagnostic de coliques pancréatiques.

Atrophie calculeuse du pancréas (Zur Diagnose der Pankreasatrophie durch Steinbildung), par Lichtheim (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, n° 8, p. 185). — L'observation de l'auteur qui se rapporte à un homme de 36 ans, vient encore une fois à l'appui des relations entre le diabète et l'atrophie calculeuse du pancréas.

L'affection a débuté il y a 14 ans par des coliques très violentes accompagnées de fièvre et de vomissements et qui survenaient par accès d'une durée variable. Dans les intervalles, le malade se sentait assez bien et pouvait vaquer à ses occupations. Il y a un an, il fut pris brusquement de diarrhée qu'il fut impossible d'arrêter et qui, étant devenue chronique, l'avait considérablement affaibli. L'apparition de la diarrhée avait coïncidé avec de la boulimie et de la polydypsie et une polyurie moyenne (2 litres d'urine en moyenne). L'examen des urines fait à la clinique permit d'y découvrir une forte proportion de sucre.

Le malade resta à la clinique six semaines et finit par succomber à l'épuisement. Malgré la diète qui avait diminué la glycosurie, il fut impossible d'arrêter la diarrhée avec selles qui avaient tous les caractères des selles graisseuses.

Le diagnostic de diabète par atrophie calculeuse du pancréas, basé sur la glycosurie, la cachexie, la présence des graisses dans les selles et l'existence des coliques, a pu être confirmé par l'autopsie. Le pancréas, atteint de dégénérescence fibreuse qui avait presque complètement détruit le parenchyme, renfermait un grand nombre de concrétions calcaires. Le deux poumons renfermaient de nombreux tubercules.

CHIRURGIE

De la guérison des plaies aseptiques de la peau chez l'homme (Ueber die Heilung der aseptischer Schnittwunden der menschlichen Haut), par Busse (*Virch. Arch.*, 1893, Bd CXXXIV, p. 401). — Les recherches de l'auteur faites sur douze plaies cutanées à diverses périodes de leur évolution aboutissent à des conclusions un peu différentes de celles de la plupart des auteurs.

L'accolement des lèvres de la plaie s'effectue non pas par la formation d'un exsudat, mais par un gonflement des lèvres de la plaie et leur transformation fibriniforme. L'infiltration de petites cellules est produite non pas par l'émigration des leucocytes, mais en partie par la prolifération des cellules fixes des tissus, en partie par la transformation cellulaire de la substance fondamentale dans le sens de la théorie de Grawitz. Dans la formation de la cicatrice, la masse fibrillaire vient non pas des fibroblastes, mais de la transformation directe des cellules en fibres.

Périostite albumineuse (Zwei Falle von Periostitis albuminosa), par Schrank (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 724). — Pour l'auteur, qui a observé deux cas de périostite albumineuse du tibia à exsudat stérile dans le premier cas, et à streptocoques et staphylocoques dans le second, l'affection en question ne serait qu'une modification de la périostite suppurée habituelle. Soit virulence atténuée des microcoques pathogènes, soit idiosyncrasie du malade, soit les deux facteurs à la fois, font que l'ostéo-périostite évolue d'une façon bénigne et aboutit à la formation d'un exsudat séreux pauvre en cellules. Aussi l'auteur est-il d'avis de remplacer le nom de périostite albumineuse d'Ollier par celui de périostite séreuse ou muqueuse.

Traitement des abcès périostiques de l'acétabulum (Zur Behandlung der acetabulær ostitischen Beckenabscesse), par Meinhard Schmidt (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 855). — Dans un cas d'ostéomyélite de l'acétabulum chez un garçon de 10 ans avec formation d'abcès à en juger par la tuméfaction faisant simultanément saillie dans la fosse iliaque droite et sous la fesse du même côté, l'auteur fit une incision au-dessus du ligament de Poupart comme pour la ligature de l'iliaque externe, ouvrit le ventre, décolla le péritoine et trouva en dehors des vaisseaux iliaques un abcès des dimensions d'une noix sous l'aponévrose recouverte par du tissu adipeux. La collection évacuée et le doigt introduit dans la cavité ne trouvant pas de tissu osseux dénudé, le malade fut placé sur le ventre et une contre-ouverture pratiquée au niveau de la fesse par une incision comme par la ligature fessière inférieure : section du grand fessier parallèlement à ses fibres, décollement du bord inférieur du fessier moyen et pénétration dans la cavité de l'abcès en passant par le moyen fessier et le pyramidal. L'abcès fut ouvert une seconde fois de ce côté de la cavité, où l'on ne sentit pas davantage d'os dénudé, tamponné à la gaze iodoformée. Guérison après élimination de plusieurs séquestres.

Irritation mécanique du cartilage épiphysaire (Experimentelle Untersuchungen über die mechanische Reizung der Epiphysenknorpels), par Ghillini (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 841). — Les recherches de l'auteur ont porté sur de jeunes lapins auxquels il implantait des tiges d'ivoire à la face interne du tibia, au niveau du cartilage épiphysaire. Les animaux étaient ensuite sacrifiés à des intervalles variant de 18 jours à 8 mois.

Dans ces conditions, on observait du côté opéré les phénomènes suivants : raccourcissement de l'os, abaissement du condyle interne, rotation en arrière de toute l'épiphyse supérieure, incurvation à convexité antéro-externe de la diaphyse, aplatissement et amincissement des condyles correspondants du fémur avec formation du genu valgum ou varum, disparition complète au bout d'un certain temps de la tige en ivoire.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale, avec un formulaire et un tableau posologique, par les Drs Le Gendre et A. Broca. Paris, G. Steinheil, 1894. 1 vol. grand in-8°, 650 pages. Prix, 14 francs.

On ne peut que louer les auteurs de ce livre d'avoir pensé que la collaboration d'un médecin et d'un chirurgien, tous deux très autorisés à écrire un traité des maladies de l'enfance, était indispensable pour mener à bien une œuvre de ce genre. En thérapeutique infantile, en effet, la médeciné et la chirurgie ont d'incessants points de contact. La nécessité d'un diagnostic rapide et d'une intervention souvent hâtive oblige le médecin à plus d'attention et de surveillance que lorsqu'il s'agit d'un adulte. Elle rend indispensable, dans bien des cas, surtout alors qu'il s'agit des maladies d'évolution ou des lésions du système osseux, une opération chirurgicale plus ou moins délicate. Pour être à même de prendre un parti et d'imposer avec quelque autorité la nécessité d'une consultation, le médecin doit se tenir au courant de tout ce qui a trait au pronostic des maladies de l'enfance et, par conséquent, bien étudier la séméiologie des maladies chirurgicales qu'il doit savoir reconnaître assez rapidement pour pouvoir appeler à son aide celui qui doit les opérer.

Désireux de mettre tous les praticiens mieux à même de savoir ce qu'il faut faire dans un cas déterminé, les auteurs de ce livre ont préféré à toute autre classification l'ordre alphabétique d'un dictionnaire. On y trouvera donc à leur rang les noms des lésions ou des maladies avec l'indication du traitement qu'elles exigent. Mais cette énumération est précédée de considérations générales essentiellement pratiques sur l'alimentation des enfants, comprenant des conseils relatifs au choix d'une nourrice, au régime de celles-ci, aux conditions dans lesquelles peut se faire l'allaitement artificiel, aux règles qui doivent présider au sevrage. Vient ensuite l'étude des circumfusa et des moyens thérapeutiques externes. Nous relèverons dans ce chapitre des conseils très judicieux relatifs aux bains thérapeutiques et à l'application des vésicatoires. Comme M. le Dr Le Gendre, nous affirmons l'utilité du vésicatoire dans certaines formes de broncho-pneumonie et surtout dans la pleurésie infantile. Mais il faut, dans ces circonstances, que le vésicatoire soit appliqué à la période d'état et non au début de l'affection; qu'il ait pour objet d'amener ou de hâter la résolution de l'épanchement et non de provoquer, par une application trop hâtive, des accidents souvent assez sérieux. Il faut surtout que le pansement soit bien surveillé et ne soit renouvelé qu'en cas de nécessité absolue.

Un troisième chapitre traite du mode d'administration et du dosage des médicaments chez les enfants; enfin, dans un quatrième chapitre se trouvent posées les grandes indications thérapeutiques.

Puis vient, à partir du mot *Abcès* jusqu'au mot *Zona*, l'indication des diverses maladies dont peuvent être atteints les enfants et des médications ou opérations qu'elles nécessitent. Un formulaire nouveau termine l'ouvrage.

On comprendra que nous ne puissions signaler ceux de ces nombreux articles qui méritent une attention spéciale et l'on nous excusera de ne pas dire tout le bien que nous pensons de la partie chirurgicale de ce livre. Bornons-nous donc à rendre justice à la clarté, à la précision, au sens clinique qui ont présidé à la rédaction de la plupart des pages de ce traité pratique. Ajoutons que le caractère scientifique et professionnel d'une œuvre de ce genre en devait nécessairement exclure — ce que n'ont pas toujours compris les auteurs d'ouvrages analogues — toute réclame personnelle et toute annonce de spécialité hydrologique ou pharmaceutique. En résumé, l'ouvrage de MM. Le Gendre et Broca est une œuvre éminemment utile, parce qu'elle est essentiellement pratique et rédigée avec autant de savoir et d'expérience que d'honnêteté clinique.

L. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Médication des muscles cardiaques (Medicacion y medicamentos cardio-motores, par A. Espina y Capo 2e éd., Madrid, 1893 (*Rivista di medicina y cirugia practicas*).

Les directeurs de la *Rivista de medicina y cirugia practicas* ont entrepris la publication de petits volumes comparables à ceux de l'Encyclopédie Léauté, et à côté d'ouvrages dus à des auteurs espagnols, ils publient des traductions des meilleurs auteurs étrangers. Nous avons à signaler aujourd'hui l'intéressante monographie que M. A. Espina, médecin de l'hôpital provincial de Madrid, a consacrée aux médicaments cardio-moteurs. Après une partie où sont étudiées la classification et les données physiologiques générales, les différents médicaments (caféine, alcool, strophantus, digitale, etc.) sont passés en revue. L'auteur termine par les indications de la médication cardiomotrice. Petit ouvrage clair, au courant de la science, qui fait honneur à son auteur.

Thèses de Paris.

Considérations sur la bactériologie gynécologique, par Joao José dos Santos Junior.

A l'état normal, c'est-à-dire, chez la femme saine, il n'existe pas ou il existe peu de microbes dans les voies génitales supérieures (corps de l'utérus et trompes), tandis que l'on en trouve de grandes variétés dans le canal vagino-cervical.

Ces derniers peuvent dans certains cas déterminés être la source d'une auto-infection.

Dans les vaginites, les microbes sont nombreux : on y rencontre fréquemment le gonocoque, et il est prouvé qu'il peut aller de la vulve au péritoine infecter toute l'étendue des voies génitales.

La plupart des endométrites reconnaissent une origine septique. Les microbes qui les déterminent sont nombreux. Ils montent du vagin ou descendent de la trompe.

Toutes les salpingites suppurées sont d'origine septique. Les microbes qui les déterminent sont les mêmes que ceux que nous avons énumérés pour les endométrites.

Les péritonites d'origine génitale sont peu connues.

La péritonite d'origine blennorrhagique est aujourd'hui démontrée.

Les remarquables recherches de bactériologie gynécologique expérimentale de Giglio portent à croire que l'infection dans les voies génitales de la femme se fait : 1° par continuité, c'est-à-dire de muqueuse à muqueuse; 2° par voie lymphatique, c'est-à-dire par voie indirecte.

VARIÉTÉS

Les médecins et les mathématiques. — Nous avons publié, il y a quinze jours, la lettre adressée par M. Tannery à M. Bioche, secrétaire général de l'*Enseignement secondaire*. Voici qu'aujourd'hui un philosophe très connu et très autorisé reprend, dans le même journal, la question traitée dans le rapport de M. le professeur Potain. M. Charpentier commence par faire remarquer, ce que nous avions dit nous-même, qu'il convient d'attendre quelques années avant de pouvoir juger ce que donnera l'enseignement moderne tel qu'il est compris de nos jours. Puis il ajoute, pour se ranger à l'avis exprimé par notre vénéré maître, une série de considérations que nous tenons à mettre sous les yeux de nos lecteurs. Ils en concluront, tout au moins, que la question est controversée et digne de méditations sérieuses.

« Avant d'aller plus loin, je demande la permission de ne pas mêler à cette discussion le nom vénéré de M. Pasteur, et cela pour la plus simple de toutes les raisons. M. Pasteur est un homme de génie. Avec les hommes de génie la pédagogie n'a rien à voir. Parler de M. Pasteur à propos de baccalauréat classique ou moderne, complet ou restreint, voire même à propos du doctorat en médecine ou ès sciences mathématiques, ce n'est vraiment pas possible. Napoléon a d'abord servi dans l'artillerie; Victor Hugo n'a jamais obtenu au concours général que le septième accessit de chimie; M. Pasteur lui-même a été reçu seulement le second à l'Ecole normale. Qu'en peut-on bien conclure? Qu'il faut prendre tous les généraux dans l'artillerie; que la loi des proportions multiples a inspiré la *Légende des siècles*, ou qu'il y a eu au moins un élève de l'Ecole normale plus fort que M. Pasteur? Soyons sérieux. Nous avons perdu en ce temps de scepticisme le respect de bien des choses; celui des grands hommes nous reste. Ne le compromettons pas.

» Je voudrais bien ne pas m'engager non plus dans une dis-

cussion historique à propos de Descartes. Est-ce parce qu'il a inventé la géométrie analytique que Descartes a, sans hésiter, accepté la découverte de Harvey? Je n'en suis pas bien sûr, mais je ne veux pas y contredire. Thomas Diafoirus aurait-il supprimé sa thèse contre les *Circulateurs*, s'il avait fait une année de mathématiques élémentaires? Je n'en sais rien. La Faculté de médecine a-t-elle trop fait attendre son adhésion à la découverte de la circulation? C'est une question beaucoup plus grave. Mais, quant à moi, j'avoue franchement que je ne puis savoir très mauvais gré à la Faculté de sa prudence. Une erreur en mathématiques n'entraîne après tout qu'une blessure d'amour-propre. Mais une erreur en médecine est une affaire tout autrement grave. Il est facile de juger après l'événement; mais supposons qu'il y a quatre ans la Faculté de médecine eût accepté, par enthousiasme ou par crainte du ridicule, le traitement de la tuberculose préparé par le docteur Koch. Voyez-vous les effroyables conséquences et l'écrasante responsabilité! Laissons à la Faculté de médecine ses traditions de prudence, ce sera pour nous tout profit. Nous y avons déjà gagné le *Malade imaginaire* et la lettre de M. Tannery. Nous y gagnerons peut-être à l'occasion quelques années d'existence.

» Reste une question de détail sûrement accessoire, mais c'est peut-être celle à laquelle M. Tannery tient le plus : des études mathématiques préalables sont-elles nuisibles aux futurs médecins? M. le professeur Potain dit « oui »; M. Tannery dit « non ». Je crois qu'ils ont raison l'un et l'autre, parce qu'ils ne parlent pas de la même chose. M. Tannery, qui est lui-même un mathématicien éminent, appelle mathématicien l'homme qui a compris les mathématiques. M. le professeur Potain, qui juge ce qu'il a observé dans le monde, appelle mathématicien celui qui a cultivé les mathématiques, qui les sait peut-être, mais qui ne les a jamais comprises : celui-là est légion. C'est de lui, sans doute, que voulait parler Sainte-Beuve quand il disait que les mathématiques servent à faire de bons esprits faux. Ce que M. le professeur Potain demande, c'est que l'enseignement secondaire ne prenne pas la peine de préparer pour l'École de Médecine de ces bons esprits faux. Si j'entends bien sa pensée, il se borne à tirer les conséquences pratiques de ce principe posé par Claude Bernard dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, qu'on a si justement nommé le Discours de la Méthode des sciences d'observation :

» Une des bases de la méthode expérimentale, c'est le doute, et il l'exprime en disant que la conclusion de notre raisonnement doit toujours rester dubitative quand le point de départ ou le principe n'est pas une vérité absolue. Or, nous avons vu qu'il n'y a de vérité absolue que pour les principes mathématiques; pour tous les phénomènes naturels, les principes desquels nous partons, de même que les conclusions auxquelles nous arrivons, ne représentent que des vérités relatives. L'écueil de l'expérimentateur consistera donc à croire connaître ce qu'il ne connaît pas, et à prendre pour des vérités absolues des vérités qui ne sont que relatives. De sorte que la règle unique et fondamentale de l'investigation scientifique se réduit au doute, ainsi que l'ont déjà proclamé d'ailleurs de grands philosophes. »

» Le doute, la défiance de soi, l'habitude de ne jamais raisonner à outrance, la disposition à laisser de côté le système des conséquences le mieux lié, le plus logiquement déduit, si l'observation apporte un seul fait contradictoire; *l'esprit de finesse*, enfin, qui, comme dit Pascal, fait « voir tout d'un coup la chose d'un seul regard et non pas par progrès de raisonnement au moins jusqu'à un certain degré »; voilà ce que l'étude des mathématiques laisse subsister chez un certain nombre d'esprits supérieurs et ce qu'elle détruit chez la plupart des esprits ordinaires. C'est une vérité d'observation : une seule chose pourrait empêcher M. Tannery de la reconnaître, c'est que les mathématiciens qu'il connaît ne sont guère que de grands mathématiciens. »

T.-V. Charpentier.

L'incident de l'hôpital Saint-Louis. — On lit dans le *Temps* (8 mars 1894) :

On se rappelle qu'à la suite de la découverte d'une cachette où, le dernier jour du mois, la sœur surveillante de la cuisine de l'hôpital Saint-Louis dissimulait, pendant la durée du récolement de ses magasins, des denrées représentant à peu près une journée d'avance, le directeur de l'hôpital fut pris à partie par plusieurs journaux d'abord, puis par le Conseil municipal.

L'administration de l'Assistance publique, ainsi que nous l'avons raconté, prescrivit des enquêtes à la suite desquelles on reconnut :

1° Que l'économe de l'hôpital — déplacé, du reste, récemment pour insuffisance — ne surveillait jamais les livres de la cuisine, ce qui a permis à la sœur surveillante de ce service d'accumuler des bonis assez considérables;

2° Que l'honorabilité du directeur était absolument hors de cause.

A la suite du vote émis le 5 mars par le Conseil municipal de Paris invitant le directeur de l'Assistance publique à prononcer la révocation de son subordonné à l'hôpital Saint-Louis, les médecins de cet hôpital ont adressé une lettre collective à M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, pour protester contre les accusations dont le directeur avait été l'objet et réclamer son maintien dans l'intérêt des malades et de l'hôpital tout entier.

Les honoraires des médecins du Bureau de bienfaisance. — Un nommé Grandclaude avait un enfant malade. Il s'adressa, pour le soigner, à un médecin du Bureau de bienfaisance du XVIIe arrondissement. Celui-ci, ne pouvant immédiatement répondre à un appel *in extremis*, n'arriva qu'après la mort de l'enfant. Fou de douleur, le père se précipita sur le médecin, le frappa à coups de pied et de poing et le jeta dans l'escalier. Le tribunal correctionnel a infligé deux mois de prison à cet irascible client et, sur la demande du médecin qui intercédait en sa faveur, lui a accordé le bénéfice de la loi Bérenger.

Nécrologie. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort de M. le Dr A. Ollivier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine. Né à Saint-Calais le 13 mai 1833, notre collègue avait été reçu docteur en 1863, agrégé en 1869, membre de l'Académie dans la section d'hygiène en 1887. Gendre de Grisolle, il avait été chargé quelque temps d'un cours supplémentaire d'histoire de la médecine et de diverses autres suppléances, qu'il avait faites avec un zèle et un dévouement dignes de récompenses. Après avoir été attaché quelque temps à l'hôpital Saint-Louis, il avait dirigé un service important à l'hôpital des Enfants-Malades, et ses principales publications ont trait aux questions d'hygiène infantile et de clinique pædiatrique. D'une santé délicate, Ollivier avait su, avec un grand courage et une grande exactitude, remplir soit à la Faculté, soit à l'Académie de médecine, aux hôpitaux ou au Conseil d'hygiène, les fonctions multiples qu'il avait acceptées.

— Nous devons aussi un souvenir d'estime au Dr Cazalis, père de notre distingué confrère le Dr Henry Cazalis (d'Aix-les-Bains), qui vient de mourir à l'âge de 81 ans, et à M. le Dr Révillout, ancien rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, qui a été pendant de longues années un journaliste médical très consciencieux et un praticien très estimé.

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.

9e liste.

M. Louis Chabrier, 500 fr. — Camille Groult, 100 fr. — De Romilly, 100 fr. — M. Lagrange, 50 fr. — Société des Médecins de la Corse, 25 fr. — Potier, 20 fr. — Ed. Juhel, 20 fr. — D., 20 fr. — Dr Jules Guyot, 20 fr. — Queyrat, 10 fr. — Dr Bruhl, 10 fr. — Dr Choppy, 5 fr. — Dr Barth, 20 fr. — Auguste Nemours, 20 fr. — Souscription des Médecins de Nancy : Heydenreich, doyen de la Faculté, 20 fr. — Prof. Demange, 20 fr. — Prof. Victor Parisot, 20 fr. — Pierre Parisot, 10 fr. — Schmitt, 5 fr. — Simon, 5 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Le Conseil municipal et le Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

C'est en vertu de l'aphorisme :

Le véritable Amphitryon
Est l'Amphitryon où l'on dîne,

que le Conseil municipal de Paris tend de plus en plus à mettre définitivement la main sur les hôpitaux. Nombre de bons esprits protestent contre ces envahissements et font observer qu'il ne saurait y avoir, en l'espèce, de « véritable Amphitryon », car, après tout, ce n'est pas chez nos édiles que l'on dîne : ils ne payent que la moitié du festin. Sur un budget de 43 millions ils en fournissent 21 — ce à quoi la loi de 1849 les oblige — et à plusieurs reprises nous avons déclaré que cela leur conférait le droit d'exercer un contrôle effectif; qu'en particulier nous approuvions le projet d'augmenter la représentation proportionnelle du Conseil municipal au Conseil de surveillance. Mais il est vraiment un peu excessif de dire : Je paye la moitié et je dirige tout. L'Assistance publique a une fortune personnelle, parfois mal gérée il est vrai, mais que la Ville de Paris ne saurait s'approprier sans autre forme de procès.

Ces constatations sont bonnes à faire, après le débat qui a eu lieu hier au Conseil municipal, au sujet d'un rapport de M. Dubois pour amender le projet du Conseil de surveillance. Ce rapport, nous en parlerons probablement bientôt, et nous en louerons certaines parties; tout comme nous louons les efforts faits par nos conseillers pour améliorer le fonctionnement des services, pour éviter l'admission gratuite de malades pouvant payer et volant par conséquent l'argent des pauvres, etc. Mais nous voulons aujourd'hui dégager la physionomie générale de la discussion : elle justifie les craintes que nous venons d'émettre, et c'est surtout M. P. Strauss qui a montré le bout de l'oreille.

On sait que le Conseil municipal a deux représentants au Conseil de surveillance : MM. Paul Strauss et Navarre. Quand une commission a été instituée pour étudier les réformes hospitalières, tous deux ont été désignés pour en faire partie; ce qui donnait au Conseil municipal deux voix sur onze. Or, ces deux honorables conseillers n'ont assisté à aucune des séances de la Commission, si bien que M. Périer a pu dire, dans une des séances du Conseil : l'inexactitude volontaire de M. Strauss ne l'autorise guère à blâmer l'inexactitude des médecins des hôpitaux. Venant de M. Périer, qui est le type de l'homme droit et consciencieux, le reproche portait. Voici la parade.

M. Strauss, qui n'aime pas à s'entendre dire qu'il ne fait pas tout son devoir, a déclaré avant-hier au Conseil municipal (*Bulletin municipal officiel*, p. 491, col. 2) que son *abstention* et celle de M. Navarre avait été « voulue et systématique ». Car, a-t-il ajouté, « il nous a paru que nous aurions manqué au Conseil municipal, dont nous sommes les représentants au Conseil de surveillance, en intervenant personnellement dans des discussions qui devaient se renouveler ici ».

On pourrait d'abord trouver que dans son argumentation M. P. Strauss se montre un peu trop subtil. Personne n'a « tiré parti contre son collègue et lui » de leur *abstention*, mais on leur a reproché leur *absence*. Qu'ils se taisent, c'est leur droit; mais qu'ils viennent, c'est leur devoir. Singuliers mandataires d'un corps constitué au sein du Conseil de surveillance ! Et que voilà le Conseil municipal bien renseigné sur ce qui se dit, se fait et se vote!

Donc, pour se justifier et se décerner un brevet de conscience, M. P. Strauss a surtout argué de son abstention systématique. Mais passons, car, à nos yeux, la défense elle-même, à supposer que les prémisses soient exactes, révèle une manière de voir bonne à souligner. En bon français, en effet, la pensée de M. Strauss se traduit de la manière suivante : Le Conseil municipal a des représentants dans le conseil de surveillance, mais, comme il est absolument décidé à devenir en tout le seul maître, ses représentants se refusent à prendre part aux délibérations; tout ce qu'on fera sera fait sans eux et ils déclareront ensuite que c'est détestable, car prendre part à une délibération, ce serait « manquer au Conseil municipal. »

Mais alors, se demanderont les esprits simplistes, à quoi servira d'augmenter dans le conseil de surveillance le nombre des « abstentionnistes » (lisez absents)?

A signaler encore une charmante réciproque : la cinquième commission du Conseil municipal n'a pas daigné entendre le directeur de l'Assistance publique (*Bulletin*, p. 492, col. 1) pendant qu'elle élaborait le projet dont M. Dubois est rapporteur.

Cela prouve une fois de plus avec quel désir d'arriver à une entente cordiale la question est étudiée par nos conseillers municipaux. Ce qu'il y a de triste, c'est qu'ils se font ainsi une réclame électorale tout en allant juste à l'encontre des intérêts réels de leurs électeurs. Et nous prierons les électeurs de méditer la parole suivante de M. P. Strauss, qui décidément est un esprit très libéral : « Les malades ne changeraient pas de médecins et même d'hôpital au gré de leurs caprices. » Quand on paye, on a le droit de changer de médecin comme de chemise ; quand on est pauvre, c'est interdit. C'est évidemment le comble de la démocratie.

L'épidémie de fièvre typhoïde à Paris.

Un très intéressant article dû à M. le docteur Chantemesse et publié aujourd'hui même dans la *Semaine médicale* donne une explication à première vue plausible de l'épidémie qui vient de frapper notre ville. Il résulterait de l'enquête à laquelle a procédé notre distingué confrère que l'eau de la Dhuys aurait été contaminée du 8 au 24 février par de l'eau de Marne prise au drain de Saint-Maur. Il ne nous appartient pas de contester cette affirmation qui mettrait en cause sinon les ingénieurs qui dirigent aujourd'hui le service des eaux de la ville de Paris, du moins l'éminent administrateur qui classait l'eau du drain de Saint-Maur parmi les eaux de source réputées inoffensives.

Nous tenons à faire remarquer cependant que l'adultération de l'eau de la Vanne paraît avoir coïncidé avec celle de l'eau de la Dhuys. Des renseignements très précis, très complets que nous avons reçus, il résulte, en effet, que l'eau de la Vanne a été souillée au-dessus de Sens, au voisinage des sources captées pour la ville de Paris, par des travaux de terrassement qui datent de plusieurs semaines ; que la ville de Sens, alimentée comme la ville de Paris par de l'eau de la Vanne, a été, comme Paris, et presque en même temps, atteinte d'une épidémie de fièvre typhoïde ; enfin, que, dans la garnison de Paris, les soldats qui boivent l'eau de la Seine, bien filtrée, ou l'eau de la Dhuys restent indemnes, tandis que ceux qui consomment l'eau de la Vanne sont atteints de fièvre typhoïde. Ce fait, affirmé par l'un des médecins de l'armée dont le régiment, divisé en trois portions distinctes, reçoit dans chacune d'elles une eau différente, a une importance indéniable.

Dans la population civile il est rare que l'on puisse affirmer, d'après le logement habité par un malade, la qualité de l'eau qui lui a communiqué les germes morbides. Adulte ou adolescent, le Parisien peut souvent prendre ses repas ailleurs qu'à son domicile ; il peut être nomade au point de vue de son alimentation. Le soldat s'alimente presque toujours à la caserne. D'où la facilité plus grande de préciser les causes d'intoxication alimentaire qu'il a pu subir. Si donc le fait qui nous a été signalé peut être généralisé, l'enquête qui se poursuit par l'autorité militaire fera la lumière à ce point de vue, il sera bien prouvé que l'eau de la Vanne doit être surtout incriminée à Paris comme à Sens.

A un autre point de vue, M. le D[r] Chantemesse a insisté, avec raison, sur l'accoutumance progressive, sur la vaccination préventive que créait jadis l'usage d'une eau habituellement moins pure que l'eau de source. Les progrès de l'hygiène ont supprimé cette accoutumance. Il ne faut pas que l'on puisse désormais la regretter. Il convient, au contraire, comme l'a si bien dit notre confrère, de veiller plus attentivement à la pureté des eaux de source et, par conséquent, puisque tous les accidents sont possibles et souvent inévitables, de prévenir la population parisienne toutes les fois que l'une quelconque des eaux livrées à la consommation aura été reconnue, par l'analyse bactériologique, moins pure qu'elle ne devrait l'être. C'est ce que l'Académie de médecine a demandé. Si le vœu qu'elle a émis à ce point de vue est accueilli, la courte discussion qu'elle a soulevée n'aura pas été inutile.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Des cardiopathies réflexes

Nous avons en ce moment dans les salles un malade dont l'histoire a acquis déjà une sorte de notoriété. Elle a été publiée dans plusieurs recueils et rapportée devant différentes sociétés savantes, car elle offre, au point de vue de la nosologie cardiaque, un intérêt vraiment spécial. Il s'agit d'un individu blessé pendant la guerre de 1870, amputé du bras gauche et qui, à la suite de cette opération, a ressenti des douleurs violentes d'abord au niveau du plexus brachial, puis, plus tard, au-devant de la région précordiale, sous forme de fausse angine de poitrine. Ces symptômes douloureux s'accompagnaient d'une hypertrophie notable du cœur que nous avons vu augmenter ou diminuer suivant l'intensité des douleurs ressenties et le mode de traitement employé.

Je me suis déjà occupé à plusieurs reprises de cette question des cardiopathies liées aux affections nerveuses. Je crois intéressant cependant d'y revenir encore une fois, le bilan des faits observés s'étant enrichi depuis quelques années ; ce qui nous permettra de fixer d'une façon plus définitive nos idées sur ce sujet.

On peut observer, à la suite de névralgies ou de névrite des nerfs périphériques, deux sortes d'accidents cardiaques que nous dénommerons réflexes, du moins provisoirement. Ces accidents peuvent consister en simples névralgies cardiaques ou précardiaques accompagnées ou non du symptôme palpitation, ou bien en une augmentation de volume du cœur constituant une hypertrophie plus ou moins marquée. Dans un cas, il s'agit de symptômes purement subjectifs, dans l'autre, d'un phénomène presque exclusivement objectif. Nous verrons, chemin faisant, que cette indépendance n'est pas aussi nettement tranchée qu'on pourrait se le figurer ; qu'il est au contraire fréquent de voir ces deux ordres de phénomènes s'appeler et se compliquer mutuellement.

Mais il n'en est pas moins vrai que la prédominance de tels ou tels symptômes nous permettra d'étudier à part les types cliniques dont je vous ai parlé tout à l'heure.

Il n'est pas rare de voir des lésions nerveuses du membre supérieur gauche être suivies de *troubles douloureux* du côté du cœur. Je vous rapporterai à ce sujet quelques observations qui pourront servir d'exemples.

Nous avons vu à plusieurs reprises à la consultation un homme d'une trentaine d'années qui, à la suite de névralgies du plexus brachial gauche, a vu survenir des palpitations violentes avec sensation de constriction dans le thorax et douleurs angoissantes allant presque parfois jusqu'à la perte de connaissance. Ces douleurs se sont aujourd'hui considérablement atténuées sous l'influence d'un traitement qui a eu surtout en vue la névralgie brachiale.

Une dame, observée par Iwan, avait été atteinte, à la suite d'une coupure au deuxième doigt de la main gauche, de douleurs vives remontant le long de la main et du bras jusqu'au milieu de la poitrine et envahissant plus tard le côté gauche du cou et de la face. Ces douleurs se compliquèrent à la longue de palpitations, de névralgies précordiales qui mirent la malade en un très fâcheux état.

On peut également rapprocher de ces faits l'observation de Riberi, de Bologne (1) relative à une jeune fille qui, à la suite d'une piqûre profonde, faite à l'occasion d'une saignée, éprouva des douleurs très vives, des phénomènes de contracture dans le membre supérieur gauche, en même temps que des douleurs lancinantes et un malaise général du côté du cœur. L'acupuncture du nerf fit disparaître tous ces troubles cardiaques.

Weir-Mitchell (2) rapporte un cas à peu près semblable survenu à la suite d'une blessure, par coup de feu, du nerf cubital.

Je pourrais citer bien d'autres exemples qui prouveraient la relation étroite qu'il peut y avoir entre les névralgies du bras gauche et les troubles douloureux du cœur. Nous en chercherons plus loin l'explication, mais il nous faut ajouter tout de suite comme correctif que de mêmes troubles douloureux peuvent apparaître, quoique bien plus rarement, à la suite de lésions des autres nerfs périphériques.

Capelle (3) rapporte l'histoire d'une femme affectée de petits névromes de la partie antérieure gauche de la région thoracique, qui fut atteinte de douleurs violentes au cœur simulant absolument l'angine de poitrine.

Mais la cause provocatrice peut encore être plus éloignée. On a vu des douleurs précordiales avec palpitations apparaître à la suite d'une névralgie sciatique. M. Ollier enfin, au Congrès de La Rochelle en 1881, a rapporté l'histoire d'un individu qui présenta des phénomènes cardiaques très marqués à la suite d'une névralgie du nerf tibial gauche. Les douleurs névralgiques précédaient toujours les phénomènes cardiaques, comme le fit remarquer M. Ollier, et ne disparurent qu'à la suite de la résection du nerf.

La plus concluante enfin de ces observations est celle dont l'histoire nous a été remise il y a quelques années par mon ancien externe, M. Léon Daudet. Un Chilien, avocat de sa profession, âgé de 43 ans, reçut pendant une émeute cinq balles dans le corps. Trois firent des blessures peu profondes, deux durent être abandonnées dans la poitrine, où elles firent des ravages qui parurent d'abord assez étendus. Au bout de quelques mois cependant, la guérison complète de ces traumatismes multiples paraissait assurée, lorsque des douleurs violentes apparurent dans le bras, puis dans la poitrine, accompagnées de palpitations, d'oppression, d'angoisse précordiale, etc.

(1) *Gaz des hôpitaux*, 1840.
(2) Weir-Mitchell, *Des lésions des nerfs*, trad. Dastre, Paris, 1874.
(3) *Ang. de poitrine*. Th., Paris, 1861.

Voilà des cas où la relation de cause à effet, entre des lésions des nerfs périphériques et les névralgies cardiaques, est nettement établie. Dans ces cas aussi, ce sont les phénomènes douloureux subjectifs qui l'emportent. Je dois ajouter d'ailleurs que les troubles cardiaques ne sont pas les seuls que puissent engendrer les lésions des nerfs périphériques. Nous savons que des désordres analogues, des névralgies, des hyperesthésies, l'épilepsie même se montrent à la suite de plaies nerveuses quelquefois insignifiantes : la piqûre d'un nerf, par exemple, pendant la saignée, une blessure par instrument tranchant, quelquefois une simple contusion. Je n'insisterai pas plus longuement sur ces faits qui ont été très soigneusement et très complètement étudiés dans la thèse de M. Pineau (1). Je dirai seulement, pour me résumer, que les accidents cardiaques apparaissent le plus souvent longtemps après le traumatisme, ou bien après une longue souffrance des nerfs périphériques, et qu'ils affectent surtout alors le type pseudo-angineux. Dans ces cas, les douleurs sont accompagnées de palpitations, ce qui n'est pas l'habitude dans l'angine vraie. Tandis que chez les malades atteints de cette redoutable affection les accès apparaissent à la suite du moindre effort physique ou parfois de la moindre émotion morale, chez les sujets qui nous occupent, au contraire, la marche, la course ne déterminent aucun accident. La douleur précordiale n'apparaît que lorsque le malade se sert du membre affecté ou lorsqu'il en souffre; le nerf malade, excité, provoquant alors la douleur sympathique ou les troubles réflexes. Une autre preuve encore qu'il s'agit de ce qu'on peut appeler fausse angine, c'est qu'il n'y a pas d'exemple que les malades ainsi atteints soient jamais morts pendant l'accès douloureux, tandis que le contraire est malheureusement habituel dans l'angine vraie.

Passons maintenant à l'étude du second type clinique, celui dans lequel les phénomènes subjectifs sont au second plan et où les autres dominent.

Comme je vous l'ai fait observer, ces deux ordres de symptômes peuvent se compliquer mutuellement. Il est très fréquent de voir les névralgies apparaître tout d'abord et s'accompagner ultérieurement d'une *hypertrophie* très notable du cœur.

Je rapporterai ici, encore une fois, l'observation que j'ai communiquée au Congrès de La Rochelle en 1881, alors que j'ai attiré l'attention pour la première fois sur ces faits jusque-là inconnus.

Un officier, blessé au bras gauche par un éclat d'obus, le 16 août 1870, après avoir guéri, sans conséquences fâcheuses, de sa blessure, éprouva quelque temps après des sensations si douloureuses dans son moignon, qu'il ne pouvait se coucher sur le côté gauche, et que la moindre pression lui était extrêmement pénible ; il se réveillait souvent en sursaut, au milieu de la nuit, éprouvant dans tout le membre des douleurs vives et une sensation de chaleur insupportable. En 1873, il vit se développer, à la partie interne du moignon, une petite tumeur, dont la pression déterminait des phénomènes très douloureux s'irradiant jusque dans la région cervicale du côté gauche. M. Guyon extirpa ce petit névrome — car vous avez deviné de quoi il s'agissait — et réséqua une partie de l'os, opération qui détermina un soulagement très marqué.

Mais, dès la fin de 1875, le malade ressentait de nouvelles douleurs siégeant, cette fois, dans le dos : il avait des bâillements, des éructations et éprouvait un malaise général. S'il se livrait à un travail quelconque, il était

(1) *De quelques accidents névropathiques à distance observés tardivement à la suite de lésions de nerfs*. Th., Paris, 1877.

pris aussitôt d'une sensation de constriction à la poitrine et d'un point douloureux dans la région précordiale; enfin, il devenait impressionnable et était tourmenté chaque nuit de cauchemars fort pénibles.

Lorsque j'eus l'occasion de l'examiner, je constatai une hypertrophie très notable du cœur, sans qu'il y eût aucune modification du pouls ni de la pression artérielle. Soumis à la médication bromurée, il n'en éprouva qu'un soulagement incomplet; dans la suite, il fit successivement deux cures à Bagnères et, deux ans après, seulement, je pus constater une amélioration très notable; les douleurs s'étaient amendées; l'impressionnabilité était moindre et surtout le cœur avait repris sensiblement son volume normal.

A l'occasion de cette communication, M. Verneuil fit connaître un cas semblable, celui précisément du malade que nous avons actuellement dans nos salles et dont je vous ai relaté l'histoire au début de cette leçon. Ces deux cas sont pour ainsi dire calqués l'un sur l'autre et, chose singulière, ces deux malades furent blessés presque le même jour, l'un à Gravelotte et l'autre à Bazeilles. Cependant les faits de ce genre sont relativement rares. Lorsque je communiquai cette observation au Congrès de la Rochelle, on ne pouvait mettre aucun fait analogue à côté des deux que je viens de vous citer, celui de mon collègue Verneuil et le mien. J'en avais cherché vainement dans les annales de la médecine militaire; toute l'histoire chirurgicale de la guerre de Sécession, plus riche cependant que toute autre en faits curieux et intéressants, ne m'avait rien montré de semblable. Depuis ce temps cependant d'autres cas sont venus s'ajouter. Vous les trouverez réunis pour la plupart dans la thèse de M. le docteur Lassègue (1).

En 1881, il entra dans mon service, à l'hôpital Necker, un ancien blessé de 1870, qui, quoique moins gravement atteint que les deux autres, avait eu l'aisselle gauche perforée de part en part. Des adhérences péri-articulaires ayant amené une fausse ankylose gauche, il fut traité par un chirurgien qui pratiqua des tractions énergiques, et, sur le moment, extrêmement pénibles. A la suite de cette opération, apparurent pour la première fois de vives douleurs dans l'aisselle, dans la région du cubital et dans la région précordiale.

Quand ce malade entra dans mon service, il présentait une hypertrophie si notable du cœur, que, dans le sens vertical, la matité était de 11 centimètres, et, dans le sens transversal, de 12 centimètres! Cependant, l'auscultation n'indiquait aucune lésion d'orifice; on constatait seulement un souffle extra-cardiaque très intermittent. Les accès douloureux revenaient assez fréquemment, en s'accompagnant de sensation d'angoisse, rappelant tout à fait la douleur de l'angine de poitrine. Tous ces accidents s'atténuèrent peu à peu sous l'influence du bromure de potassium; puis, ce malade nous quitta et je ne l'ai pas revu depuis.

Avant cette époque, j'avais eu l'occasion d'observer un jeune garçon qui, à la suite d'une fracture avec écrasement des deux os de l'avant-bras, avait éprouvé de vives douleurs dans la région précordiale; quand je l'examinai, il était atteint d'une hypertrophie cardiaque considérable, avec battements exagérés et malaise général, sans qu'on pût constater chez lui la moindre lésion orificielle. Il n'avait le souvenir d'aucune cause capable de provoquer des accidents cardiaques, si ce n'est, peut-être, de fatigues excessives pour son âge, auxquelles il avait été soumis peu de temps après sa blessure.

(1) *Des cardiopathies réflexes d'origine brachiale*, Thèse, Paris, 1883.

Il y a peu de mois encore, nous avons vu à la consultation une femme âgée de 34 ans, qui présentait, sur le devant du thorax, une large cicatrice, consécutive à une brûlure étendue; cette cicatrice était toujours demeurée, depuis l'accident, le siège de vives douleurs. En examinant la malade, nous constatâmes une hypertrophie considérable du cœur, telle que la matité précordiale mesurait 190 centimètres carrés, et que la pointe battait dans le sixième espace intercostal. Or rien, dans l'état actuel ni dans les antécédents, ne pouvait expliquer une hypertrophie cardiaque si notable.

Les faits que je viens de vous rapporter ne sauraient laisser de doute sur la relation qui peut exister entre ces deux affections: névralgie brachiale et hypertrophie cardiaque. Il ne nous reste plus maintenant qu'à étudier la *pathogénie* des accidents qui constituent les deux types cliniques que je vous ai exposés.

Je ne veux pas insister longuement sur les névralgies cardiaques consécutives aux lésions des nerfs périphériques. M. Verneuil voit dans ces névralgies rebelles et multiples, chez les amputés par exemple, une névrite ascendante pouvant s'étendre à la moelle et redescendre dans les nerfs centrifuges de certaines régions. Mais cette explication ne s'appliquerait point aux cas où la guérison définitive des troubles à distance a pu suivre une intervention chirurgicale portant sur le point primitivement atteint (extirpation de névrome, résection nerveuse, etc.).

MM. Arloing et Tripier invoquent la sensibilité récurrente, mais cette explication est également insuffisante. Brown-Séquard pense que « la cause de tous ces phénomènes est dans une irritation due à la lésion des centres nerveux ou des nerfs » (*Archives de physiologie*, 1870). Mais cette explication, bonne pour les cas où des lésions des nerfs périphériques ont été suivies d'accidents épileptiques, n'est guère valable quand il s'agit de troubles localisés comme ceux qui nous occupent. Il faut en revenir à la théorie des réflexes, telle qu'elle a été émise par Vulpian: une irritation périphérique transmise aux centres nerveux, réfléchie en différents sens et faisant apparaître, vers la terminaison de différents nerfs centrifuges, tout le cortège des symptômes que nous connaissons. C'est ce que Trousseau dénommait, sans s'expliquer autrement, « le retentissement névralgique »; c'est ce qu'on appelle aujourd'hui névralgie réflexe. A mon avis, quand il s'agit de simples troubles douloureux, le nom de névralgie sympathique convient mieux, puisque nous ignorons s'il se produit, en ce cas, autre chose que la sensation perçue et diffusée dans les centres, et nous ne savons pas si quelque modification se passe réellement dans les nerfs sensitifs, qui nous paraissent le siège de la douleur secondaire. Mais ce qui devient un acte réflexe véritable et certain, c'est lorsqu'il se manifeste à la périphérie un trouble fonctionnel ou une modification trophique aussi considérable que ceux dont le cœur devient le siège dans le cas dont nous parlons. Il faut évidemment, pour que ces accidents apparaissent chez certains sujets, alors qu'ils ne se manifestent pas chez tous ceux qui semblent dans des conditions analogues, qu'il y ait chez les premiers une prédisposition névropathique spéciale. C'est en raison d'une impressionnabilité plus grande du système nerveux qu'on voit la présence de vers dans l'intestin déterminer chez certains enfants des convulsions partielles ou généralisées; c'est pour ce motif également que certains cardiaques, les femmes notamment, présentent des accidents névropathiques, hystériques, épileptiques qui ne font pas habituellement partie du cortège symptomatique des maladies du cœur.

Un dernier point nous reste à étudier. Qu'est-ce que

cette hypertrophie du cœur liée aux accidents qui nous occupent? à quelle cause est-elle due? Quelle est son évolution?

Il est entendu d'abord que, chez aucun des sujets dont je vous ai rapporté l'histoire, il ne s'est agi de lésion chronique organique du cœur consécutive à une endocardite et portant sur les orifices. L'auscultation, l'histoire de la maladie, en fournissaient les preuves les plus formelles.

S'agirait-il, par hasard, d'une dilatation des cavités du cœur, analogue à celle qu'on voit se produire à la suite de troubles de l'estomac, de l'intestin ou du foie? Assurément non. La dilatation, dans ces cas-là, porte exclusivement sur les cavités droites du cœur, et l'on constate, avec une accentuation plus ou moins marquée du second bruit de l'artère pulmonaire, une matité très appréciable en dehors du bord droit du sternum, tandis que la pointe du cœur est fortement déviée vers la gauche. On ne trouve ici rien de pareil; la pointe du cœur est directement abaissée, l'organe est surtout augmenté dans son diamètre vertical; c'est ce que nous voyons dans les hypertrophies qui portent d'une façon prédominante sur le ventricule gauche. De plus, la dilatation des cavités du cœur est, dans les premiers cas, ordinairement variable; elle apparaît ou disparaît rapidement, suivant l'aggravation ou l'amélioration des troubles qui lui ont donné naissance. Dans les cas dont nous parlons, au contraire, l'augmentation de volume est fixe, invariable tout au moins pour un long espace de temps.

Je n'ai pas besoin de dire qu'il ne s'agit pas ici d'hypertrophie brightique et qu'on n'en a constaté aucun symptôme; il n'y a jamais eu l'élévation considérable de la pression artérielle qu'on rencontre dans cette affection, jamais non plus de bruit de galop. En un mot, l'hypertrophie que nous constatons n'est en rapport avec aucun obstacle à la circulation. Il faut donc lui chercher une explication.

M. Lassègue, dans sa thèse, suppose que les sensations qui ont pour point de départ une irritation des branches nerveuses du plexus brachial gauche provoquent, en se réfléchissant sur les nerfs moteurs du cœur, l'accélération des mouvements de cet organe; cette accélération des contractions entraînerait l'augmentation du travail du cœur et en même temps son hypertrophie.

Cette théorie, qui paraît séduisante, ne résiste pas au contrôle des expériences physiologiques.

Il résulte, en effet, des recherches de Cyon et de François Franck, qu'un cœur dont les mouvements sont accélérés ne débite pas plus de sang en un temps donné qu'un cœur à rhythme normal. Souvent même, l'accélération des battements a pour conséquence d'abaisser la tension dans le système artériel. Il n'y a donc pas augmentation de travail à proprement parler et l'hypertrophie ne dépend pas de l'accélération du nombre des battements. L'observation attentive m'a montré d'ailleurs, et je vous l'ai déjà dit, que les palpitations idiopathiques ne déterminent à elles seules aucune hypertrophie du cœur. On en peut donner les mêmes raisons. Je penche plutôt à croire qu'un réflexe partant du plexus brachial détermine par inhibition et, très vraisemblablement, par l'intermédiaire du pneumogastrique, un trouble de l'action cardiaque d'où résultent, comme de coutume, une distension un peu plus considérable pendant la diastole, une évacuation un peu moins complète dans la systole et, par suite, un premier degré de dilatation des cavités; cette dilatation devient enfin, comme toujours quand elle a lieu lentement et que la nutrition n'est point compromise, une cause d'hypertrophie, par cette raison qu'elle oblige le cœur à agir sur un contenu plus volumineux et qu'elle rend, par suite, le *moment* de son action plus défavorable. En cela, toutefois, l'influence du réflexe semble devoir agir sur le cœur entier et la prédominance de l'hypertrophie du ventricule gauche nous amène à induire qu'un certain degré de spasme de la périphérie capillaire pourrait bien contribuer à exagérer la résistance que ce ventricule trouve devant lui et à déterminer ainsi la prédominance que l'observation nous montre.

Il reste à nous demander pourquoi, dans les cas que nous avons étudiés, il s'agissait toujours de lésions du bras gauche, et s'il n'y a pas quelque rapport intime entre les lésions du plexus gauche et l'hypertrophie du cœur. S'agit-il d'une simple coïncidence, y a-t-il une relation plus directe? C'est ce qu'il est impossible de déterminer quant à présent d'une façon plus précise, mais le fait est d'observation courante. Nous savons que les mouvements du bras gauche ont un retentissement plus direct sur l'action cardiaque que ceux du bras droit. C'est un point sur lequel ont insisté jadis plusieurs auteurs et en particulier Odier (1) et Zecchinelli (2).

J. Franck, dans son *Traité de pathologie* (3), dit : « Ce précepte (la proscription de tout exercice actif et de tout effort par rapport au bras gauche) n'est pas seulement applicable à l'angine de poitrine, mais encore aux autres maladies chroniques du cœur et des gros vaisseaux. » Je ne suis donc pas le seul à avoir remarqué la relation intéressante qui unit les troubles du cœur aux lésions du bras gauche, mais je crois avoir, le premier, montré que les actions réflexes qui partent de ce bras, agissent sur l'innervation cardiaque et sont capables de produire : 1° dans le domaine sensitif, des névralgies un peu analogues à l'angine de poitrine; 2° dans le domaine moteur, une hypertrophie des fibres musculaires cardiaques.

J'ai déjà dit, chemin faisant, que l'évolution de ces hypertrophies n'était pas fatalement progressive. Sous l'influence du repos, d'une médication appropriée, les troubles sensitifs disparaissent les premiers, puis l'hypertrophie rétrocède. C'est du moins ce que j'ai pu constater plusieurs fois. La première chose à faire est de s'adresser directement à la cause, si cela est possible, c'est-à-dire, recourir au traitement chirurgical si l'on a constaté la présence d'un névrome, d'un séquestre osseux irritant les extrémités nerveuses; c'est de la sorte que la guérison a été obtenue dans deux des cas que j'ai observés. Si rien de cela n'est possible, il faut s'adresser immédiatement au traitement médical, employer le bromure de potassium, qui peut rendre de réels services, et surtout pratiquer la galvanisation du plexus brachial avec des courants continus à direction périphérique et de moyenne intensité. Chez le malade qui fait le sujet de cette leçon, une amélioration très notable a pu être obtenue, les douleurs ont rapidement diminué et la matité cardiaque s'est restreinte presque aux limites normales (4).

C. Potain.

(1) *Journal de Genève*, déc. 1796.

(2) *Discorso sull' uso della mano destra e preferenza della sinistra*, Padova 1815.

(3) *Traité de path. interne*, tome IV, p. 460, 1857.

(4) Leçon publiée par le Dr E. Vaquez et extraite de la *Clinique médicale de la Charité*, de M. le professeur Potain, avec la collaboration de M. François Franck, H. Vaquez, E. Suchard, J. P. Tissier.

Paris, 1 volume grand in-8, librairie G. Masson. Prix : 30 francs.

TRAVAUX ORIGINAUX

La pathogénie de l'hémospermie, par le Dr J. Hugues, médecin aide-major de 1re classe, attaché à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr.

(*Fin*).

5° TRAUMATISMES DE VOISINAGE.

Les traumatismes qui peuvent le plus exercer leur influence sur les vésicules séminales et provoquer l'hémospermie sont assurément ceux de la région ano-rectale.

A. Ces traumatismes peuvent être accidentels (introduction de corps étrangers, etc., mais le plus souvent on a affaire à des traumatismes chirurgicaux. Or nous regardons comme tels les interventions mal dirigées, pratiquées sans antisepsie préalable, amenant des suppurations et des inflammations secondaires (opérations d'hémorrhoïdes, de fissure, de fistule à l'anus, etc.).

Depuis les travaux de MM. Quénu, Lannelongue et Achard (1), Hartmann et Lieffring (2), on connaît le rôle important joué par le bacterium coli commune. On sait qu'il vient souvent se surajouter au bacille tuberculeux (3) dont il est souvent l'agent secondaire; mais on l'a aussi trouvé associé au staphylocoque. Si on favorise la pullulation de ces éléments coalisés, on crée un centre inflammatoire capable de se propager aux organes voisins, en particulier aux vésicules séminales. Il n'est pas besoin, d'ailleurs, des associations microbiennes; MM. Lannelongue et Achard n'ont-ils pas démontré qu'il suffit qu'un blessé présente un terrain défectueux, affaibli, pour que le bacterium coli, « contre lequel un organisme sain lutte toujours avec avantage », devienne nocif, provoque des abcès et toutes leurs complications?

On sait du reste, en ce qui concerne la tuberculose, combien est fréquente sa localisation à la région ano-rectale, de même qu'à l'appareil génital. Nous croyons que, dans certains cas, la tuberculose de la prostate et des vésicules peut et doit être consécutive à une tuberculose ano-rectale. Le même mécanisme peut être invoqué en faveur des agents de l'inflammation, nous pensons qu'il est susceptible d'expliquer bien des cas de spermatocystite et par conséquent d'hémospermie. Nous pouvons rappeler à l'appui de cette opinion l'observation que nous avons relatée plus haut. On pourrait peut-être nous objecter que notre malade avait eu préalablement une blennorrhagie et une cystite, mais il en était bien guéri depuis un certain temps; d'autre part, il reste un fait digne d'être noté, c'est que si nous avons dans cette circonstance incriminé surtout le décubitus dorsal prolongé comme ayant favorisé la production des hémospermies, nous avons toujours pensé que la cause première des accidents était l'inflammation propagée par le rectum et due à la suppuration de la plaie consécutive à l'opération de la fistule anale.

Ajoutons, comme circonstance aggravante pour notre malade, qu'il était un hystérique renforcé, que chaque pansement journalier donnait lieu à des scènes violentes et que forcément, en pareille occurrence, l'antisepsie ne pouvait être que fort relative. Nous avons déjà dit que l'opération de la fistule avait été faite le 28 novembre et que la cicatrisation n'était pas encore complète le 25 janvier. Pendant plus de deux mois, la région anale a été le siège d'une suppuration d'autant plus abondante que le malade non seulement était indocile, mais encore « tripotait » souvent son pansement et sa plaie, pour se rendre compte, disait-il, des progrès de la cicatrisation. Inutile d'ajouter combien facilement, pendant cette longue période, ont pu s'effectuer les propagations microbiennes. Nous insisterons enfin sur ce fait que les hémospermies ayant débuté environ cinquante jours après l'opération de la fistule, leur disparition a coïncidé, à quelques jours près, avec la guérison de cette dernière.

B. *Compression répétée de la région périnéale.* — Dans certaines variétés de traumatismes observées rarement, et d'autant plus curieuses, on a pu constater que les vésicules séminales pouvaient être impressionnées indirectement par le seul choc, et indépendamment de toute action microbienne. C'est ainsi que M. Jamin a eu à traiter un malade de 61 ans et n'a pu relever que les causes suivantes : *a*) continence prolongée, suppression momentanée des rapports sexuels, la femme du malade ayant présenté des symptômes de cancer utérin; *b*) usage immodéré du vélocipède (3 ou 400 kilomètres par semaine) avec une machine « dont la petite selle, très étroite, s'emboîte exactement dans le périnée sur lequel elle exerce une pression continue et auquel elle transmet les nombreuses trépidations de la route ». Les exercices de bicyclette sont supprimés; ils sont remplacés par de l'hydrothérapie et de la marche à pied; la constipation est combattue avec des laxatifs et des lavements.

La reprise des rapports sexuels est aussi conseillée, mais « dans des limites très modérées ». Les hémospermies disparaissent complètement sous l'influence de ce traitement hygiénique.

6° Obstacles mécaniques.

A. *Rétrécissements.* — Le passage de l'urine, s'opérant avec difficulté à travers un canal rétréci, peut déterminer la production d'un écoulement sanguin. Indépendamment de tout autre signe clinique, l'hémospermie des rétrécis présente des caractères particuliers qui, à eux seuls, permettent de fixer un diagnostic. En effet, Guelliot, qui a attiré l'attention sur ce point, nous rappelle que « quand le passage du sperme dans le canal a provoqué l'écoulement d'une certaine quantité de sang, les deux liquides ne sont pas intimement mélangés, ils ne sont pas brassés dans les vésicules et restent distincts dans le produit de l'éjaculation ». Ce signe a permis à Guelliot de faire le diagnostic de rétrécissement chez un gardien de la paix de 25 ans.

M. Hamonic, dans son récent traité des rétrécissements, nous parle bien des modifications ordinaires que subit le phénomène de l'éjaculation (issue doulonreuse, jet en bavant, colique spermatique uréthrale, éjaculation en dedans), mais ne fait aucune allusion directe à des cas d'hémospermie (1). Il dit seulement « que le sang est souvent mélangé aux autres liquides », sans faire aucune allusion au fait rapporté par Guelliot, lequel cependant nous paraît utile à connaître à cause de son importance dans la pratique journalière.

B. *Calculs uréthro-vésicaux.* — Birkett et Guelliot, qui ont étudié les lésions de voisinage occasionnées par des calculs, en ont observé chacun un cas, mais n'ont connu qu'à l'autopsie la cause vraie des troubles provoqués. Les détails qu'ils nous fournissent sont des plus intéressants, et ont trait aux constatations anatomo-pathologiques. Nous avons pu observer un cas d'hémospermie imputable à la présence d'un calcul enclavé chez un homme de 28 ans, dans les circonstances suivantes :

(1) Abcès de la marge de l'anus d'origine coli-bacillaire. *Bulletin médical*, n° 7, 1893.

(2) Nouvelle contribution à l'étude du rôle du bacterium coli dans les affections de la région ano-rectale.

(3) Lire l'obs. VIII de Guelliot (abcès de la marge de l'anus, tuberculose de la prostate et d'une vésicule séminale; débuts de tuberculose pulmonaire) qui peut être interprétée dans ce sens.

(1) Il n'en est pas non plus question dans le Traité de Chirurgie.

M. M. R.. ne présente comme antécédents qu'une blennorrhagie de courte durée et bien guérie en 1885. En 1886, chancre mou et bubon. Le malade se souvient que dans son jeune âge il a éprouvé des douleurs mal localisées dans la région du rein gauche, douleurs qui ont persisté jusqu'à ce qu'il ait eu 24 ans. Depuis lors, il n'a rien ressenti.

En mai 1890, ce jeune homme vient nous demander conseil au sujet d'une éjaculation sanglante qu'il a eue à l'occasion d'un rapprochement sexuel et qui l'a fort effrayé. La veille déjà, 8 mai, sans cause connue, M. X... avait constaté que ses urines étaient un peu sanglantes, et avait ressenti quelques douleurs vagues dans la région du petit bassin.

Notre attention est mise en éveil par la légère hématurie dont il vient d'être question.

Le malade est interrogé très soigneusement. A part les douleurs éprouvées pendant nombre d'années dans la région rénale gauche, il affirme n'avoir jamais éprouvé la moindre souffrance, ni même la moindre gêne du côté de l'appareil génito-urinaire. Nous songeons à l'hypothèse de tuberculose pour l'écarter aussitôt, étant donnés, d'une part, l'état général qui est excellent, et, d'autre part, la soudaineté des accidents.

Nous proposons au malade un cathétérisme explorateur auquel il se refuse absolument. C'est un Italien très impressionnable et que nos meilleures exhortations ne parviennent pas à convaincre. En désespoir de cause, nous lui recommandons de s'abstenir de tout rapprochement sexuel et nous lui prescrivons des grands bains et des bols térébenthinés.

Le 14 mai, oubliant nos conseils, M. X..., ne ressentant plus de douleurs, se livre de nouveau au coït et a une nouvelle hémospermie.

Pensant que nous lui proposerions le cathétérisme s'il venait nous consulter, il se décide à se soigner seul, en prenant des bains et en continuant la médication térébenthinée.

Mais à l'occasion d'une pollution nocturne, l'hémospermie s'étant reproduite, le malade vient nous voir le 18, tout en nous avertissant qu'il se refuse toujours à une exploration instrumentale. Force nous est de nous contenter du toucher rectal, qui nous révèle les faits suivants :

La prostate est notablement tuméfiée, dure, très douloureuse à la pression. Les vésicules sont aussi hypertrophiées.

Nous essayons de découvrir un point douloureux plus particulièrement localisé, sans y parvenir.

Le malade est constipé, la défécation est pénible et douloureuse.

Pour compléter notre examen, nous faisons ensuite étendre le malade ; la paroi abdominale est souple, la percussion ne dénote aucune augmentation de volume de la vessie, la palpation éveille dans toute cette région des douleurs qui paraissent assez vives.

La continuation du traitement d'expectation est conseillée ; on y ajoute des lavements tièdes laudanisés et des suppositoires belladonés.

Le 19, nous sommes surpris de voir le jeune homme revenir ; il s'est fait accompagner ; sa physionomie est pâle et défaite ; il vient nous apporter des renseignements fort intéressants qui sont les suivants : Le 18, aussitôt après nous avoir quitté, il est pris de douleurs abdominales très vives, puis quelque temps après de fréquentes envies d'uriner qu'il ne peut satisfaire qu'incomplètement. Comme les bains paraissaient l'avoir soulagé, lors des hémospermies précédentes, il en prend un d'une heure qui le calme imparfaitement.

Durant l'après-midi du 19, et dans la première moitié de la nuit, les mêmes douleurs reprennent avec une intensité croissante ; les urines sont rares, teintées de sang ; enfin, vers trois heures du matin, le malade est pris d'une crise de douleurs épouvantables à la suite desquelles il éprouve dans tout son canal la sensation du passage d'un fer rouge ; instinctivement, il fait les plus violents efforts et arrive à provoquer l'expulsion d'un calcul (1).

L'expulsion est suivie d'une hématurie abondante dont la vue, jointe à la fatigue et aux souffrances éprouvées par le malade, fait tomber ce dernier en état de syncope.

M. X... avait tenu à nous raconter lui-même sa pénible histoire. Il nous reste à exprimer les réflexions que cette observation nous a inspirées.

Le calcul est assez volumineux ; loin de provoquer des troubles intenses du côté des voies urinaires, il est, pendant très longtemps, passé inaperçu ; le malade allant très souvent en voiture et en chemin de fer, n'a jamais été fâcheusement impressionné par la trépidation.

Rien du côté de l'urèthre ni du périnée.

Par son aspect général, sa forme en bouton de manchette, en gourde de pèlerin, le calcul représente bien un type de calcul uréthro-vésical.

La région prostatique ayant été seule douloureuse, nous sommes tout porté à admettre que le calcul était enclavé dans cette portion de l'urèthre, mais il était emprisonné de façon telle qu'il ne gênait que peu ou pas les fonctions urinaires et spermatiques.

Plus tard, il a révélé sa présence en troublant d'abord et surtout les fonctions spermatiques, le retentissement sur les organes urinaires ayant été assez minime jusqu'au moment de l'expulsion. Ce dernier fait est d'ailleurs connu, et M. le professeur Guyon a insisté sur la fréquence relative de ces calculs qu'il appelle « latents » et qui peuvent pendant longtemps exister dans l'organisme sans déceler leur présence par un symptôme objectif quelconque.

Nous avons dit plus haut que le lieu d'enclavement du calcul ne pouvait être, d'après les symptômes observés, que la portion prostatique de l'urèthre. Le fait est possible, sans qu'il s'ensuive pour le malade une gêne fonctionnelle notable. Birkett n'a-t-il pas publié un cas de calcul de la prostate et de la vessie où « à l'autopsie on découvrit une poche limitée par la vessie, le rectum, le péritoine et les vésicules ? Celles-ci ne communiquaient plus avec l'urèthre et étaient tellement enchâssées dans une masse fibreuse s'étendant de la vessie à la prostate qu'il était impossible de les en séparer (2). » Comme on peut s'en rendre compte, le cas que nous avons relaté diffère du véritable enkystement qu'avait subi le calcul dont parle Birkett ; il peut être considéré comme un exemple des degrés de transition qui peuvent se présenter entre le calcul évoluant librement et celui en état d'enkystement complet (3).

Nous insisterons sur les caractères particuliers de cette hémospermie en tant que symptôme de lithiase.

Il est évident, que, dans la plupart des cas, le cathétérisme explorateur vient confirmer utilement le diagnostic et légitimer l'intervention.

Mais, outre que, dans certaines circonstances, il est possible, ce qui nous est arrivé, que le malade soit indocile, au point de refuser le cathétérisme, une coïncidence fâcheuse peut mettre le chirurgien en face d'un calcul enclavé, calcul dont la présence peut ne se révéler que par des symptômes trop peu accentués autant que

(1) Calcul en forme de clou, à grosse extrémité assez régulièrement hémisphérique, du volume d'un pois sectionné en deux parties égales ; la partie allongée du calcul est amincie légèrement aux extrémités, en fuseau, et présente environ un centimètre et demi de longueur sur 5 millimètres de diamètre.

(2) Cité par Guelliot.

(3) Dans notre cas, l'enchatonnement était forcément incomplet, puisque l'expulsion spontanée a pu avoir lieu.

variables par leur association, puisque quelques-uns ou même tous peuvent faire défaut pendant un temps donné.

Il importe donc, qu'en règle générale, les moindres troubles de l'appareil génito-urinaire soient minutieusement analysés, et c'est pourquoi nous avons insisté sur ce point, non encore mentionné par les auteurs, à savoir que, dans certains cas exceptionnels, l'hémospermie (1) peut constituer le signe le plus net, le plus important, de la pléiade symptomatique, parmi les signes que l'on a coutume de passer en revue, quand la lithiase est soupçonnée, probable, mais non certaine.

7° FLUX HÉMORRHOÏDAIRE MOMENTANÉMENT SUPPRIMÉ.

Hamonic a fourni à notre collègue Lansac, pour sa thèse, un cas d'hémospermie qu'il interprète comme une hémorrhagie de compensation supplémentaire du flux hémorrhoïdaire momentanément supprimé.

Avec Jamin, nous trouvons parfaitement admissible l'opinion de Hamonic, puisqu'elle est appuyée sur des raisons anatomiques, c'est-à-dire que l'irrigation veineuse du rectum, de la prostate et des vésicules, a des origines communes.

Hémospermies provoquées.

1° ÉVACUATION SPERMATIQUE APRÈS CONTINENCE PROLONGÉE.

Le fait seul de la continence suffit à modifier sensiblement les conditions physiologiques des vésicules séminales. Si cette continence se prolonge, l'organe s'adapte peu à peu à cette situation nouvelle, mais au prix de réactions inflammatoires susceptibles de produire l'hémospermie.

Guelliot, qui a fait de nombreuses autopsies, a signalé la fréquence des petites hémorrhagies vésiculaires chez les continents : « Ici, dit-il, il n'y a pas d'erreur possible, et tous ceux qui se sont donné la peine d'examiner le contenu des vésicules dans ces circonstances, y ont trouvé, souvent, du sang en assez grande abondance. On peut s'assurer qu'alors, le testicule et l'épididyme sont pâles, anémiés, et que leurs tubes, non plus que le canal déférent, ne contiennent de sang. »

Mais l'hémospermie peut se produire bien plus sûrement, si après une continence prolongée l'éjaculation s'effectue. Il survient alors un changement notable dans l'état des vésicules, qui sont modifiées anatomiquement et physiologiquement par ce retour aux fonctions premières, lequel s'accompagne d'hémorrhagie.

C'est dans ces conditions qu'est survenue l'hémospermie, chez un malade observé par Jamin : Un avocat de 34 ans, très robuste, ayant pendant dix à onze mois observé la continence la plus absolue (sa femme ayant accouché de deux jumeaux et les ayant allaités), est après le premier rapprochement atteint d'hémospermie.

Quelques jours après survient en outre une pollution nocturne rouillée, pendant que le malade est à Paris où il est venu exprès pour consulter son médecin.

Cet exemple vient à l'appui de l'observation rapportée par Civiale, d'un étudiant qui, ayant pratiqué le coït très fréquemment pendant plusieurs années, cessa subitement, et fut pris d'hémospermie quand il eut de nouveaux rapprochements.

2° EXCÈS DE COÏT.

Le surmenage génital a été cité nombre de fois par les auteurs, comme étant la cause d'hémospermie. Ambroise Paré, Franck, Fleury, Lallemand, Civiale, Guelliot, Lansac en ont rapporté des cas intéressants bien connus, et sur lesquels nous n'insisterons pas.

Qu'il nous suffise de faire remarquer, avec Jamin, que dans les cas d'éjaculations sanglantes par excès de coït, tout l'appareil génital est congestionné, chaque organe est le siège d'une hypervascularisation intense ; il est possible alors que le sang, au lieu de provenir seulement des vésicules séminales, comme c'est la règle générale (1), provienne aussi des autres parties constituantes du système génital, de la prostate par exemple.

3° MASTURBATION.

Les faits d'hémospermie par masturbation sont assez communs.

Plusieurs auteurs en ont décrit des exemples, entre autres Chopard, Tissot, Lallemand.

Tout le monde connaît l'histoire du berger qui se livrait si souvent à des manœuvres d'onanisme que le produit de son éjaculation n'était plus constitué que par du sang (Chopard).

Nous avons souvenance d'un jeune gardeur de vaches des Pyrénées (2), qui se livrait, lui aussi, à une masturbation effrénée, mais chez lequel, en outre, l'éjaculation (tantôt normale, tantôt hémospermique) ne se produisait jamais que quand il avait irrité les lèvres du méat avec un fragment assez tranchant de tuyau de pipe ; il s'en était suivi un agrandissement de l'orifice et un aspect particulier du gland, qui faisait croire, au premier abord, à une anomalie congénitale.

M. le Dr Gouraud, médecin de l'hôpital Cochin, a bien voulu nous communiquer une observation fort intéressante qui se rattache à la même catégorie de faits. Comme elle mérite, à plusieurs points de vue, d'être publiée, nous la reproduisons *in extenso* :

« J'ai eu connaissance, nous écrit notre maître, d'un cas d'hémospermie dont l'histoire est lamentable.

Il s'agit d'un malheureux jeune homme, victime de la consanguinité qui règne dans sa famille (côté maternel), depuis plusieurs générations. M. X... est un dégénéré de naissance, chez lequel le vice, sous toutes les formes les plus honteuses (onanisme, pédérastie), a fait en quelque sorte explosion, au moment de la puberté.

Aucune blennorrhagie, aucun gonflement de la prostate, dont l'examen chirurgical a été fait devant moi.

L'onanisme paraît avoir été la seule cause déterminante de l'hémospermie, qui, à maintes reprises, a été provoquée par M. X.

Il est vrai que ce vice avait pris chez lui l'allure d'une véritable fureur, en quelque sorte maniaque : « J'y vais » jusqu'au sang, me disait-il, quand je l'interrogeais sur » ses déplorables habitudes, il me faut du sang ». Et en effet, le pauvre garçon ne cessait ses manœuvres, aussi insensées que coupables, que quand l'éjaculation sanglante s'était produite.

Il n'y a aucun doute possible sur la réalité de l'hémospermie : une analyse des taches, faite dans un des meilleurs laboratoires de Paris, a démontré l'existence de nombreux globules sanguins. »

Comme on a pu s'en rendre compte d'après les descriptions qui précèdent, l'hémospermie peut reconnaître

(1) De forme spontanée, aussi bien que provoquée.

(1) C'est parce que le sang provient des vésicules qu'il a le temps de se mélanger *en totalité* au liquide spermatique. Si l'origine du liquide sanguin se fait dans un autre organe (prostate, urèthre), le sang se mélange inégalement, l'éjaculation est simplement striée de rouge ; ce n'est plus la véritable hémospermie, celle que nous avons définie et décrite au début de ce travail.

(2) Personne n'ignore combien l'onanisme est pratiqué chez les individus qui vivent isolés dans les montagnes ou dans les landes, occupés à garder les bêtes. Il est vrai que, le plus souvent, ce sont des dégénérés, que la vie solitaire transforme parfois en de véritables idiots.

pour cause les facteurs les plus divers ; il nous reste à passer en revue les théories sur lesquelles les auteurs se sont appuyés pour expliquer le mécanisme de l'éjaculation sanglante.

III

Ces théories peuvent se ranger sous quatre groupes dont nous donnons l'énumération ci-après :

a. Théorie de la congestion essentielle de l'organe par défaut d'usage.

b. Théories destinées à expliquer l'hémospermie suite de continence prolongée.

c. Théorie des congestions d'origine mécanique.

d. Théorie des inflammations d'origine microbienne.

1° THÉORIE DE LA CONGESTION ESSENTIELLE DE L'ORGANE PAR DÉFAUT D'USAGE.

Elle permet d'interpréter les faits d'hémospermie dans les cas de stagnation spermatique : « La coloration rosée du sperme, dit Robin dans son *Traité des humeurs*, est due à ce que, lorsqu'il y a séjour très prolongé du sperme dans les vésicules séminales, de petites hémorrhagies ont lieu dans celles-ci. »

La preuve anatomo-pathologique a été fournie nombre de fois, en particulier au cours de certaines autopsies (1).

Ne faut-il pas aussi insister sur la congestion en masse des organes, qui se produit au moment de la puberté ?

Dans ces conditions, la congestion relèverait de deux causes : une d'origine générale tenant à l'évolution de l'ensemble de l'organisme, du fait de la puberté ; une seconde, d'origine locale, trouvant sa raison d'être dans l'état des vésicules, congestionnées par la stagnation du liquide spermatique.

2° THÉORIES EXPLIQUANT L'HÉMOSPERMIE PAR CONTINENCE PROLONGÉE.

Il est un certain nombre d'auteurs qui admettent que, quel que soit l'état de réplétion spermatique que l'on peut rencontrer chez les continents, le mélange des éléments sanguins ne s'effectue qu'au moment de l'éjaculation. Reliquet a noté la douleur (colique spermatique) et l'hémorrhagie, dans ces conditions ; Ségalas avait déjà attiré l'attention sur ce point.

Cette hémorrhagie, survenant au moment même de l'éjaculation, a été expliquée par la présence, dans le sperme depuis longtemps au repos, de sympexions (Robin), corps irrégulièrement arrondis, transparents, provenant, d'après cet auteur, « du passage à l'état solide de certains des principes de nature azotée, non cristallisables, que produisent les glandes en général et spécialement les glandes vasculaires ». Quand ces sympexions sont en grand nombre, elles peuvent se conglomérer en masses calculeuses, entraver dans des proportions variables l'exercice des fonctions spermatiques et devenir le point de départ de processus inflammatoires.

Jamin a proposé une autre théorie, d'ailleurs parfaitement superposable à la présente, l'une et l'autre pouvant donner par un mécanisme différent la raison de l'hémospermie.

Jamin, dont les idées ont déjà été soutenues par notre camarade Lansac dans sa thèse, est de nouveau, dans son mémoire de 1891, revenu sur sa théorie de l'hémorrhagie *a vacuo*, qu'il a été le premier à exposer. « Cette théorie, dit-il, nous avait été inspirée à nous-même par ce fait, signalé par plusieurs malades, à savoir que le sang n'apparaît souvent qu'à la fin de l'éjaculation, avec les dernières gouttes de sperme. Pourquoi ce mécanisme de l'hémorrhagie *a vacuo* que tout le monde admet pour la vessie, quand on la vide trop rapidement et trop complètement par la sonde, après une rétention considérable et prolongée, qu'on admet également dans la thoracentèse si l'on évacue trop vite et à fond un épanchement intra-pleural abondant, pourquoi ce mécanisme ne s'appliquerait-il pas à certains des cas qui nous occupent ?

En effet, comme le disait Lansac dans sa thèse : « chez un homme à rapports réguliers, assez fréquents, la quantité de sperme qui s'accumule dans les vésicules séminales, dans l'intervalle des coïts, ne saurait être très considérable. Le vide relatif qui se produit dans ces cas, à chaque éjaculation, n'est pas suffisant pour déterminer une rupture de capillaires. Supposons, au contraire, une vésicule qui, après avoir eu pendant un certain temps l'habitude d'être peu ou moyennement remplie, soit, à un moment donné, soumise à son maximum de distension. Cette fois, le vide qui succédera à l'évacuation brusque et totale de cette ampoule préalablement surdistendue produira un appel de sang dans l'intérieur de la vésicule ; d'où rupture des capillaires qui serpentent dans le tissu sous-muqueux, et, par suite, hémorrhagie intra-vésiculaire. »

Les théories que nous venons d'exposer sont admissibles dans la même mesure, et nous pensons que, quand le chirurgien se trouve en face d'un cas d'hémospermie par continence prolongée, son devoir est de faire preuve d'un éclectisme raisonné, quitte à se rendre compte, d'après l'ensemble de symptômes observés, quel est celui des deux mécanismes qui a eu le rôle prépondérant.

3° THÉORIE DE LA CONGESTION D'ORIGINE MÉCANIQUE.

La congestion d'origine mécanique peut se produire sous deux formes, la forme active et la forme passive.

Dans la forme active, elle reconnaît pour causes les excès de coït, la masturbation, les compressions répétées d'origine mécanique (trépidation de bicyclette).

Dans la forme passive, elle peut être produite par le décubitus dorsal prolongé, par les rétrécissements et les calculs.

Nous n'aurons pas à insister sur les modalités variables que l'on peut rencontrer dans la congestion produite par ces différents facteurs ; nous ne dirons rien du mécanisme en lui-même, d'ailleurs si banal et si compréhensible ; mais nous rappellerons que ces dernières variétés sont cependant des plus intéressantes à étudier, particulièrement au point de vue du diagnostic à établir et de la cause à rechercher.

4° THÉORIE DE L'INFLAMMATION D'ORIGINE MICROBIENNE.

L'infection et la propagation microbiennes jouent un grand rôle dans la production de l'hémospermie. Aussi peut-on réunir en un même groupe plusieurs maladies microbiennes dont les localisations aux vésicules séminales peuvent fréquemment être cause d'éjaculation sanglante.

Il nous suffit de les énumérer par rang d'importance : les affections blennorrhagiques, l'hypertrophie de la prostate, l'inflammation supplémentaire du flux hémorrhoïdaire, les suppurations consécutives à des interventions de la région ano-rectale ; en dernier lieu, nous pouvons nommer la tuberculose, en rappelant que beaucoup d'auteurs lui nient le pouvoir de produire l'hémospermie.

Si nous voulions analyser en détail le mécanisme intime de ces différentes infections et l'évolution générale des processus, dans leurs rapports avec l'hémospermie, il nous resterait à faire un long chapitre, mais

(1) Lire en détail l'observation XXI de Guelliot (*Hémorrhagies des vésicules séminales chez un jeune homme de 18 ans*).

nous empiéterions sur le domaine de la pathologie générale, sans grande utilité.

Les doctrines pathogéniques, qui sont fondées sur les infections microbiennes, sont aujourd'hui admises, pour la plupart, sans discussion; aussi, nous n'y insisterons pas.

En manière de conclusion, nous nous permettrons de faire remarquer que ce travail a eu pour but de faire ressortir toute l'importance d'une étude raisonnée de l'hémospermie, et de prouver que cette importance était justifiée, tout en regrettant que les traités classiques n'attirent pas davantage l'attention des chirurgiens sur cette intéressante question.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ACTON, *Fonctions et désordres de la génération*. Edition franç., Paris, 1866.
ALBERS, Ueber die Krankheiten der Saamenblæschen, etc. *Journ. der Chirurgie und Augenheilkunde*, Berlin, 1833.
CHOPART, *Traité des maladies des voies urinaires*, 1821.
CIVIALE, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, 1858.
CULLERIER, *Précis iconogr. des maladies vénériennes*, 1861.
CURLING, *Traité pratique des maladies du testicule*, traduit par Gosselin, 1857.
DALAUDETERIE, *Journal de méd. chir. et pharmacie*, 1813.
DAVY, *The Edimb. med. and surg. journal*, 1838.
DESLANDES, *De l'onanisme et des autres abus vénériens*. Paris, 1835.
DESRUELLES, *Histoire de la blennorrhée uréthrale*, 1854.
DIEU, Recherches sur le sperme des vieillards. *Journ. de l'anatomie*, 1867.
DOLBEAU, Leçons de clin. chir., 1867.
FAYE, *De vesiculis seminalibus dissert.*, Skienæ, 1840-1841.
FOURNIER, Art. BLENNORRHAGIE, *Dict. méd. chir. prat.*
GAUSSAIL, Mém. sur l'orchite blennorrhagique. *Arch. gén. méd.*, 1831.
GODART, Anat. path. de l'épididymite blennorrhagique. *Gaz. médicale*, 1856.
GOSSELIN, Nouvelles études sur l'oblitération des voies spermatiques. *Arch. gén. méd.*, 1853.
GUELLIOT, *Des vésicules séminales, anatomie et pathologie*. Th. Paris, 1883.
GUYON, *Leçons clin. sur les mal. des voies urinaires*, 2e édit.
GUYOT, *Considérat. sur la péritonite par propagation*. Th. Paris, 1856.
HAMONIC, Obs. in thèse Lansac.
— *Traité des rétrécissements de l'urèthre*, 1893.
HARDY, *Etude sur les inflammations du testicule, et en particulier sur l'épididymite et l'orchite blennorrhagiques*. Th. Paris, 1860.
HUMPHRY, *Affect. of the vesic. semin. A system of surg.*, 1871.
JAMIN R., Considér. pathogéniques sur l'hémospermie. *Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1891.
LAGNEAU, *Exposé des symptômes de la mal. vénér.*, 1818.
LALLEMAND, *Des pertes séminales involontaires*. Paris, 1836-1841.
LANSAC, Th. de doctorat, Paris, 1887.
LAUNOIS, Th. de doctorat, Paris, 1885.
LEROY D'ETIOLLES, *Des angusties ou rétrécissements de l'urèthre*, Paris, 1845.
MORGAGNI, *De sedibus et causis*, édit. Chaussier et Adelon, Lettre XLIV.
NAUMANN, *Handbuch der medicin. Klinik*. Berlin, 1837.
NÉLATON, *Path. chir.*, 1859.
A. PARÉ, *Œuvres*, 1652. Lyon.
PÉTERSEN, *Ephem. cur. Natur.*, 1670.
RAPIN, *De l'inflammation des vésicules séminales et des conduits éjaculateurs*. Th. Strasbourg, 1859.
RICARD et BOUSQUET, *Path. ext.*, 1893.
RICORD, Des affect. vénér. du testicule. *Journal de Malgaigne*, 1843.
RECLUS, *Traité de chir.*, t. VIII, 1892.
RELIQUET, *Coliques spermatiques*, 1880.
ROBIN, *Traité des humeurs*, 1867.
ROUBAUD, *Traité de l'impuissance*, 1876.
SAUVAGES, *Nosol. meth.*, 1772. Lyon.
SÉGALAS, *Traité des rétentions d'urine*, 1828.
SCHURIG, *Spermatologia historico-medica*. Francfort, 1720.
SPRING, VANLAIR et MASSINS. *Symptomatologie ou traité des accidents morbides*. Bruxelles, 1875.
TISSOT, *De l'onanisme*. Paris, 1872.
VELPEAU, Dict. en 30 vol. 1844.
VIDAL de CASSIS, *Path. ext.*, 1860.
VOILLEMIER et LE DENTU, *Traité des maladies des voies urinaires*, 1881.

CORRESPONDANCE

Nous recevons d'un chirurgien des hôpitaux, qui désire garder l'anonyme, la lettre ci-dessous que nous nous empressons d'insérer, désireux d'appeler sur une question de l'Internat des hôpitaux l'attention de tous les intéressés.

Dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, M. Kirmisson a fait remarquer avec beaucoup de raison que le Concours de l'Internat, tel qu'il fonctionne actuellement, est devenu presque impossible, en raison de sa longue durée et du temps énorme qu'il prend aux membres du jury et aux candidats, et que dès lors des modifications à ce fonctionnement s'imposent. Parmi celles que propose notre honoré collègue, l'institution de deux jurys distincts, un pour chaque épreuve, me paraît parfaitement acceptable : elle augmenterait certainement les garanties d'impartialité qui constituent le principal mérite des concours. Voici comment, à mon avis, devraient fonctionner ces deux jurys :

Dans une première séance, les deux jurys réunis donneraient le sujet de la composition écrite. Dans les séances ultérieures, ils fonctionneraient séparément, mais simultanément, dans des locaux distincts. Les candidats, désignés par la voie du sort, seraient appelés, les premiers tirés de l'urne, à lire leur composition écrite devant le premier jury, les derniers à subir l'épreuve orale devant le second jury. Il serait établi qu'au-dessous d'un chiffre de ... points pour l'épreuve écrite, de ... points pour l'épreuve orale, on ne sera pas admis à subir l'autre épreuve. De là, de part et d'autre, un certain nombre d'éliminations qui abrégeraient la durée générale du Concours, déjà réduite notablement par le fait du double jury.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Monoplégie brachiale traumatique (Right brachial monoplegia and perverted sensations due to traumatic ablation of the armcentre in the left cortex cerebri : recovery), par J. LYNN THOMAS (*British Medical Journal*, 24 février 1894, n° 1730, p. 400). — A la suite d'un accident de chemin de fer, un employé est blessé, et présente une fracture comminutive du crâne du côté gauche avec issue de substance cérébrale. En dehors des phénomènes du choc, il présente de vives douleurs du membre supérieur droit avec paralysie. L'intervention chirurgicale a dû enlever un peu de substance cérébrale où se trouvaient des débris. L'opération guérit, et les troubles moteurs s'amendèrent. Ultérieurement on constata des altérations de la sensibilité objective à la main et à l'avant-bras, en même temps qu'une hyperhidrose localisée à la moitié cubitale de la main. L'observation est interprétée en faveur de la confirmation des opinions qui donnent aux localisations sensitives les mêmes centres corticaux des aires motrices.

Lésions des cordons postérieurs de la moelle dans le diabète (Changes in the posterior columns of the spinal cord in the diabetes mellitus), par WILLIAMSON (*British Med. Journ.*, 24 février 1894, n° 173, p. 398). — L'auteur relate les observations de deux diabétiques ayant succombé à la tuberculose. La moelle dans l'un et l'autre cas présenta après durcissement dans la liqueur de Muller des altérations très nettes à l'œil nu, consistant en des aires décolorées, semblables aux lésions de dégénération secondaire, et siégeant dans les cordons postérieurs au niveau des régions dorsale et cervicale. La topographie de ces lésions n'est pas uniforme, dans un cas c'est surtout les parties antéro-externes, dans l'autre les parties internes des cordons qui sont prises. Et, phénomène particulier, ces lésions, si marquées à l'œil nu, sont à peine appréciables à l'examen histologique. L'auteur pense qu'il s'agit bien de déterminations produites par la toxicité du sang diabétique, et il explique le paradoxe de l'apparence différente des lésions à l'œil nu et au microscope, en supposant que les altérations médullaires en sont à une phase de début, de nature chimique, ayant précédé la période des troubles histologiques.

Famille de pseudo-hypertrophiques (A pseudo-hypertrophic family), par Frédéric Coley (*British Medical Journal*, 24 février 1894, n° 1730, p. 399). — L'auteur publie les photographies d'enfants prises à l'hôpital des Enfants, et représentant deux membres d'une famille dans laquelle quatre individus sont affectés de paralysie pseudo-hypertrophique à divers degrés. Les cas sont tout à fait caractéristiques. Le traitement a consisté dans l'administration d'acide nitrique dilué avec de légères doses de noix vomique, et en frictions de liniment camphré. L'auteur insiste sur la participation à l'hypertrophie dans ces cas des muscles du dos et des pectoraux qui est exceptionnelle, ainsi que sur une certaine amélioration qu'il attribue au traitement.

CHIRURGIE

Plaie pénétrante du crâne au niveau du lobe frontal droit, par Dupraz (*Rev. de chir.*, 1894, n° 1, p. 56). — Un enfant de 3 ans et demi, bien portant, tombe d'une hauteur de deux mètres sur le fer d'angle d'une machine à battre le grain. Les parents amènent l'enfant à pied chez l'auteur, trois heures après l'accident.

A part un peu de pâleur, on ne trouve de troubles d'aucune espèce, pas de troubles moteurs, ni paralysie ni contraction, pas de troubles sensoriels ni sensitifs.

Au-dessus de l'œil droit on trouve une plaie contuse longue de 5 cent. et large de 6 millim., portant sur le frontal. Les extrémités des plaies osseuse et cutanée ne se correspondent pas, et l'os est à nu en haut sur une étendue de 1 centim. Un lambeau de cerveau composé de substance grise et de substance blanche, long de 3 centim., fait issue à la partie inférieure de la plaie. On voit les pulsations du liquide céphalo-rachidien qui s'écoule teinté de sang.

L'enfant, après un pansement sommaire, fut transporté à la maison et endormi à l'éther. Désinfection de la plaie avec des tampons imbibés de sublimé au 1000e qu'on appuie légèrement de façon à enlever les parties triturées du cerveau; il en sort environ le contenu d'une cuiller à café. La dure-mère est déchirée en filaments qu'on enlève de même que les parties molles contuses. Il n'y a pas d'esquilles. Les lèvres de la plaie osseuse sont inclinées vers le cerveau. On essaie de les relever en introduisant des ciseaux courbes au-dessous d'elles. On n'y arrive pas et on renonce pour ne pas exposer le malade à de graves accidents si l'instrument venait à échapper de la main.

Suture des téguments à la soie avec drainage des angles de la plaie à la gaze iodoformée. Réunion de la suture par première intention, et guérison sans complications. Plus tard, élimination de plusieurs petits séquestres.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches, par le Dr Ch. Vinay, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin de la maternité de l'Hôtel-Dieu. Paris, J.-B. Baillière, 1894. 1 vol. in-8° de 836 pages, avec 91 figures. Prix, 16 francs.

Si l'on voulait entendre par pathologie de la grossesse les seules maladies spéciales à la femme enceinte, le tour en serait vite fait; plus étendu serait le chapitre des suites de couches. Mais ce n'est pas ainsi que M. Vinay délimite son sujet : son but est de faire l'étude clinique de tous les troubles pathologiques qui peuvent « traverser la gestation, modifier la marche et influer sur la terminaison ». C'est donc « de médecine et de gynécologie compliquées » qu'il est question dans ce volume. Il y a là une foule de sujets dont on s'occupe accessoirement dans les traités de médecine, non moins accessoirement dans les traités d'obstétrique et qui restent ainsi « entre deux chaises ». C'est à leur description complète que s'est attaché M. Vinay dans un livre où il met à profit à la fois une grande expérience clinique et une érudition étendue. Après un court résumé de la physiologie de la grossesse, l'auteur passe en revue, appareil par appareil, les diverses lésions et maladies sur lesquelles la grossesse peut avoir une influence, ou réciproquement : c'est donc une série d'*addenda* fort utiles aux chapitres correspondants de nos traités classiques.

L'auteur, dans la préface, affirme une doctrine importante à signaler. Il ne parle pas, et de parti pris, des opérations pratiquées pendant la grossesse et nous ne saurions trop approuver le passage suivant : « Il est impossible actuellement de considérer le traumatisme chirurgical, qu'il porte ou non sur la zone génitale, comme un élément de danger pour l'utérus gravide et pour le produit de la conception. Puisqu'on peut pratiquer l'ablation d'un kyste de l'ovaire et même d'un kyste double, sans interrompre la gestation, on a le droit, ce me semble, de tenter une intervention quelconque. On a redouté beaucoup autrefois et quelques chirurgiens redoutent encore l'influence pyogénique de la grossesse, l'action réflexe du traumatisme, mais ces deux conditions ressemblent fort à ces maladies éteintes qui disparaissent de la nosographie : l'anesthésie a supprimé l'une et l'antisepsie a eu raison de l'autre. La septicémie était le vrai, le seul danger, et sa disparition a permis d'apprécier à sa valeur exacte la gravité des interventions pendant la grossesse. »

A. Broca.

VARIÉTÉS

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante, relative aux nouveaux règlements des études médicales qui doivent entrer en vigueur le 1er novembre 1895 :

Paris, le 9 mars 1894.

Monsieur le recteur, j'ai l'honneur de vous adresser les nouveaux règlements des études médicales, qui entreront en vigueur le 1er novembre 1895. J'y joins le décret qui a institué, corrélativement, dans les facultés des sciences, un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et l'arrêté qui a déterminé les programmes de l'examen dudit certificat.

La réforme à laquelle le conseil supérieur a donné, après la majorité des facultés, une pleine adhésion, réalise des idées depuis trop longtemps agitées dans l'enseignement supérieur pour qu'il soit nécessaire de la commenter ici; vous en trouverez d'ailleurs les raisons dans les deux rapports présentés au conseil supérieur au nom de ses commissions, par MM. les doyens de la faculté de médecine et de la faculté des sciences de Paris.

L'objet de la présente circulaire est d'appeler votre attention, celle des corps enseignants et surtout celle des familles, sur deux questions relatives à l'application de ces nouveaux règlements. Tout d'abord, la date d'application. Aux termes des décrets, le nouveau régime des études médicales doit commencer à fonctionner à partir de l'année scolaire 1895-1896, et l'enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles exigible à partir du 1er novembre 1895, des aspirants au doctorat en médecine, doit être organisé, dans les facultés des sciences et près les écoles de médecine de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine réorganisées situées dans des villes dépourvues de faculté des sciences, à partir du 1er novembre 1894.

Il en résulte que, pour l'année scolaire 1894-1895, les aspirants au doctorat en médecine seront admis à prendre leur première inscription à la date réglementaire en justifiant du baccalauréat ès lettres ou du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique, et feront leurs études médicales sous le régime du décret de 1878.

Par suite, il sera ouvert pour ledit baccalauréat restreint des sessions d'examen en juillet et en novembre 1894.

Par là sera ménagée, dans la mesure la plus large, la transition entre les deux régimes. Mais il serait impossible d'aller plus loin. Les candidats au baccalauréat restreint qui n'auraient pas réussi au plus tard à la session de novembre 1894 devront suivre, à partir de cette date, l'année préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles, et se pourvoir, s'ils veulent être admis à prendre plus tard inscription

en vue du doctorat en médecine, du certificat d'études institué par le décret du 31 juillet 1893.

J'appelle maintenant l'attention toute particulière des familles sur un des effets qu'avec le conseil supérieur de l'instruction publique j'attends de la nouvelle organisation.

Le nombre des étudiants en médecine s'est beaucoup accru en ces trois dernières années. J'ai la conviction que ce fait résulte en très grande partie de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, qui a supprimé l'officiat de santé, tout en permettant de prendre inscription en vue de l'officiat jusqu'au 1er décembre 1893; autrement je ne serais pas sans concevoir quelque alarme d'un accroissement disproportionné avec les besoins du pays. Quoi qu'il en soit, l'accroissement constaté, et c'est là le point sur lequel je crois devoir insister, ne s'est pas produit partout dans les mêmes proportions. Très sensible dans les facultés de Lyon, de Bordeaux et de Montpellier, il a été véritablement excessif à la faculté de Paris. Il en résulte pour les étudiants de cette faculté des inconvénients divers, sur lesquels mon attention vient d'être tout récemment appelée par le conseil général des facultés de Paris. Si considérables, si variées que soient les ressources, elles sont fatalement insuffisantes pour les 5,000 étudiants de la faculté.

Le nouveau régime d'études, en organisant dans un assez grand nombre de départements l'année d'études scientifiques préparatoires aux études médicales proprement dites, pourra, si les familles comprennent les vrais intérêts de leurs enfants, remédier en grande partie à ce fâcheux état de choses. Pourquoi, au sortir du collège, venir, par exemple, de la Côte-d'Or, du Calvados ou de la Loire-Inférieure, chercher à Paris cet enseignement préparatoire, quand on l'aura donné dans d'excellentes conditions, par des maîtres d'élite, à Dijon, à Caen ou à Nantes? Et pourquoi, une fois achevée cette année préparatoire, ne pas faire aux mêmes lieux, dans des conditions plus avantageuses pour le travail et le progrès que dans des centres pléthoriques, quelques années d'études médicales? Il en résulterait, sans dommage pour personne, au profit de tous, une décentralisation indispensable. La loi, l'administration de l'instruction publique et les municipalités ont tout fait pour que les écoles de médecine répondissent à leur destination. Les familles ne le savent pas assez.

J'aurai à vous adresser prochainement, pour les facultés des sciences, des instructions spéciales touchant le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Elles seront l'objet d'une autre circulaire. J'ai voulu me borner aujourd'hui à des indications de nature à répondre aux préoccupations des familles.

Vous voudrez bien, outre les communications ordinaires, adresser la présente circulaire aux chefs des établissements d'enseignement secondaire de votre ressort et les prier d'en donner lecture dans les classes de réthorique et de philosophie.

Le ministre de l'instruction publique,
des beaux-arts et des cultes,
B. Spuller.

Société Protectrice de l'Enfance. — L'Assemblée générale de cette Société aura lieu dans la Salle de la Société de Géographie, boulevard Saint-Germain, 184, le dimanche 18 mars 1894, à deux heures précises, sous la présidence d'honneur de M. le Dr Théophile Roussel, sénateur, membre de l'Institut.

Ordre du jour :

1° Discours de M. le Dr Théophile Roussel, sénateur, membre de l'Institut;

2° Compte rendu moral et financier, et Rapport sur les récompenses décernées aux Médecins-Inspecteurs, par M. le Dr Blache;

3° Rapport sur les récompenses accordées aux Mères-Nourrices, par M. le Dr Gallois.

Association générale des médecins de France. — La trente-cinquème assemblée générale de cette association se tiendra dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique les 1er et 2 avril prochain.

Ordre du jour de la séance du dimanche 1er avril 1894.

La séance sera ouverte à deux heures.

1° Allocution du Président.

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, Trésorier.

3° Rapport sur cet Exposé et sur la gestion financière du Trésorier, par M. Philbert, membre du Conseil général.

4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1893, par M. Lereboullet, Secrétaire général.

5° Election de deux Vice-Présidents, en remplacement de MM. Peter, décédé, et Larrey, démissionnaire.

(Le Conseil propose M. Cornil et M. L. Colin, Inspecteur général du service de santé de l'armée.)

6° Présentation de candidats pour le Conseil général de l'Association; renouvellement partiel du Conseil général.

Renouvellement partiel du Conseil.

Candidats : MM. Millard, Passant, Hérard, de Ranse et Douvre, sortants, arrivés au terme de leur exercice; Delvaille (de Bayonne). (Les membres du Bureau et du Conseil sont rééligibles.)

Membres du Conseil à remplacer : MM. Vidal, décédé, Cornil, proposé pour Vice-Président. (Le Conseil propose MM. Reynier et Martin (A.-J.).

7° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1894.

8° Première partie du rapport de M. Motet sur les pensions viagères à accorder en 1894.

A septheures précises, le banquet (HOTEL CONTINENTAL).

Ordre du jour de la séance du 2 avril 1894

La séance sera ouverte à deux heures.

1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale.

2° Approbation des comptes du Trésorier par l'Assemblée générale.

3° Deuxième partie du Rapport de M. Motet sur les pensions viagères : — Discussion et vote des propositions.

4° Rapport de M. Worms, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de Rapports en 1895, et sur les vœux pris en considération par la dernière Assemblée générale.

Concours de l'internat. — Sur la demande de plusieurs de nos abonnés, nous reproduisons ici la liste des internes nommés au dernier concours (Voir *Mercredi médical*, 28 février 1894).

Ont été nommés : *Internes titulaires :*

1. Gosset, Vanverts, Proust, Battigne, Lenoir, Grenet, Pasteau, Monbouyran, Baron.

10. Faitout, Pissavy, Lardennois, Jacobson, Lorrain, Mortagne, Villière, Guinard, Rabbé, Labbé.

20. Long, Angelesco, Lenoble, Wiart, Lacour, Chevereau, Monod (Jacques), Bureau, Martin (Charles), Chabry.

30. Dominici, Papillon, Vintrebert, Fünck Brentano, Bayeux, Barozzi, Planque, Morel, Jolly, Frenkel.

40. Herbet, Hallé, Pouquet, Bonnus, Bouchacourt, Chauvel, Escat, Fournier (Edm.), Junius Lavillauroy, Siron.

50. Riche, Chauveau, Le Damary, Bonnet (Léon), Zeimet, Siguier, Arrizabalaga, Chéron, Cange, Fauvel, Page, Carnot.

Internes provisoires :

1. Oppenot, Heresco, Hérard, Imbert, Salmon, Blanc, Hepp, Estrabant, Poix.

10. Rudaux, Beaulavon, Sainton, Veuillot, Bize, Mettetal, Levrey, Dardel, Riffé, Roger (Jean).

20. Delamare, Griffon, Nimier, Daumy, Dujarier, Laroche, Marchais, Brin, Le Für, Garnier.

30. Tariel, Guillemot, Macrez, Desvaux, Comte, Terrien, Branca, Jeanne, Claisse, Bigeard.

40. Tissier (Henri), Thienot, Delmond Bebet, Le Dard, Luys, Durrieux, Piatot, Larrieux, Martin (André).

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.
10e *liste.*

Mme Z. de Sourdeval, 500 fr. — Dr Paul Richer, 100 fr. — Ephrussi, 100 fr. — Prince Roland Bonaparte, 50 fr. — Dr Marc Sée, 20 fr. — Dr Champetier de Ribes, 20 fr. — F. Alcan, 20 fr. — Dr Passant, 10 fr. — Faisans, 10 fr. — Les Drs Bouchacourt, 50 fr. — Internes en médecine, hôpital Tenon, 40 fr. — Dr Vignes Georges, 40 fr. — Anonyme, 12 fr. — Boix, interne des hôpitaux, 10 fr. — Beaussenat, interne des hôpitaux, 10 fr. — Demantké, 5 fr. — Dr Hermann, de Mulhouse, 20 fr. — Dr Klippel, de Mulhouse, 20 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Paris, 23 mars 1894.

L'incident de la Salpêtrière.

Les journalistes politiques et politico-médicastres ont mené grand bruit, depuis une huitaine de jours, autour d'un fait, scandaleux à leur sens, qui s'est passé à l'hôpital de la Salpêtrière. Il n'est pas à ce sujet d'injures qu'on n'ait fait pleuvoir sur MM. Brissaud et Poncet pour le crime, l'assassinat qu'ils ont commis, avec la complicité de leur collègue M. Chaput. On a même entretenu de ce fait le Conseil municipal, lequel en a profité pour infliger une manière de blâme à M. le directeur général de l'Assistance publique : histoire de ne pas perdre les bonnes habitudes.

Il y a environ six semaines — le 6 février 1894 — M. le professeur Poncet (de Lyon), celui dont nos lecteurs ont si souvent pu apprécier la haute valeur chirurgicale, venait lire à l'Académie de Médecine, sur le traitement des goîtres par l'exo-thyropexie, une communication fort intéressante, que nous avons cru devoir publier *in extenso* dans le *Mercredi médical*.

Cette communication, où étaient relatés quatorze succès consécutifs, n'attira pas seulement l'attention des chirurgiens, mais aussi celle des médecins, car c'est de ceux-ci que relève, dans bien des cas, le goître exophthalmique, dont nous autres chirurgiens nous tendons toutefois à les déposséder. Car les cas ne se comptent plus où on a guéri par une opération un goître exophthalmique jusque-là rebelle, et M. Poncet en relatait quelques-uns.

Frappé par les faits dont avait parlé M. Poncet, M. Brissaud, qui est personnellement lié avec l'éminent chirurgien de Lyon, le pria de venir examiner deux malades de son service, à la Salpêtrière, malades pour lesquelles il avait épuisé les ressources, modiques d'ailleurs, de la thérapeutique médicale classique. Après consentement d'une malade, majeure, et des parents de la seconde, mineure, les patientes furent envoyées dans le service de chirurgie, où M. Chaput remplace M. Terrillon, et là elles furent opérées par M. Poncet, assisté de M. Chaput. Par malheur, une des opérées succombait au bout de quelques heures.

Y a-t-il là de quoi justifier la campagne menée contre nos si distingués et si honorables collègues et amis? Parmi les médecins dignes de ce nom, personne n'osera le prétendre. Qu'il y ait eu un désastre chirurgical, c'est incontestable; mais en profiter pour démontrer qu'on laisse le premier venu assassiner des malades dans les hôpitaux de Paris est d'une mauvaise foi insigne. La personnalité de M. Poncet est au-dessus de semblables attaques, et le professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon soutient la comparaison avec n'importe quel chirurgien des hôpitaux de Paris. Au reste, M. Chaput, officiellement chargé du service, assistait à l'opération, y prenait une part active : c'est lui qui, par conséquent, s'en déclarait responsable et agissait d'une façon fort correcte vis-à-vis des règlements administratifs.

Soutenir qu'un chef de service n'a pas le droit de se faire enseigner une opération nouvelle et rationnelle par celui-là même qui l'a imaginée et perfectionnée, c'est comprendre le progrès de singulière façon. Lorsque autrefois un des prédécesseurs à Lyon de notre ami Poncet, Amédée Bonnet, eut montré les bienfaits du redressement brusque dans les arthrites avec position vicieuse, ses collègues parisiens l'ont à plusieurs reprises prié d'appliquer devant eux sa méthode; et nous croyons bien que plusieurs fois M. Ollier, le maître actuel de la chirurgie lyonnaise, a pris le bistouri dans les hôpitaux de Paris, au grand avantage des malades et des chefs de service. De quel côté est celui qui traite ses malades en « chair à expérience » : celui qui, après avoir lu une description qui le séduit, applique, avec inexpérience, un procédé opératoire; ou celui qui fait appliquer la méthode sous ses yeux, une ou plusieurs fois, par l'homme qu'il juge le plus compétent? Pour qui n'a pas un intérêt inavouable à nier l'évidence, la réponse n'est pas douteuse.

Et maintenant, pourquoi attaquer M. Brissaud? Administrativement, quelque plaisir qu'on ait à dénigrer un médecin des hôpitaux, il est impossible de lui rien reprocher : il demande avis sur deux malades à deux chirur-

giens, *parmi lesquels le chirurgien de l'hôpital*, qui concluent qu'une opération est indiquée; il fait passer le malade dans le service de chirurgie, et à partir de ce moment il n'a plus aucune responsabilité. Il est venu voir l'opération, et on ne peut que l'en féliciter : mais il est hors de cause aussi bien dans le cas heureux que dans le cas malheureux.

Pourquoi donc l'accuser, lui tout spécialement, et pourquoi choisir la semaine dernière pour faire connaître au public, en les dénaturant en partie, des faits vieux de plusieurs semaines? Est-ce seulement pour que les conseillers municipaux puissent de nouveau nous faire la guerre? N'est-ce pas pour chercher à nuire personnellement à un candidat à la veille d'un scrutin quoique le résultat fût à peu près connu à l'avance? Si un calcul de ce genre a pu être fait, — nous aimons à espérer qu'il n'en est rien — tout le monde nous accordera que son auteur mériterait une qualification qu'il nous répugne de lui appliquer publiquement.

A. Broca.

REVUE GÉNÉRALE

Prostatotomie, prostatectomie et cystostomie sus-pubienne (*Opération de Poncet*).

De nombreuses interventions chirurgicales ont été pratiquées dans ces dernières années pour conjurer les accidents habituels de l'hypertrophie prostatique. De ces opérations (prostatotomie, prostatectomie, cystostomie), les unes sont simplement palliatives, les autres prétendent être curatives. Dans cette étude, nous ne nous proposons pas de comparer ces diverses interventions sanglantes aux autres méthodes de traitement (cathétérisme méthodique, ponction capillaire de la vessie, sonde à demeure), ni d'en discuter les indications relativement à celles de ces dernières. Nous voulons simplement étudier dans quelle mesure ces opérations sont possibles, étant donné l'état anatomo-pathologique de la prostate et d'une façon générale de tout l'appareil urinaire chez les malades en question, et jusqu'à quel point chacune d'elles réalise les desiderata d'un traitement rationnel de l'hypertrophie prostatique au point de vue, soit curatif, soit simplement palliatif.

Quelles sont donc ces diverses opérations?

En 1889, Vignard (1), dans sa thèse, donnait d'une façon exacte l'état à cette époque de la chirurgie opératoire de l'hypertrophie prostatique. Depuis lors, le nombre des interventions sanglantes s'est accru considérablement, à tel point qu'il est impossible aujourd'hui d'en dresser une statistique complète.

En France, les chirurgiens sont restés, il est vrai, très circonspects. Dans le travail cité plus haut, nous ne trouvions déjà qu'une observation de prostatectomie sus-pubienne pratiquée par M. le professeur Guyon. Depuis, quelques cas isolés ont seuls été publiés, tels sont ceux de Tuffier (2), de Tedenat (3) et celui plus récent communiqué au Congrès de chirurgie de 1893 par M. L. Jullien. Nous ne parlons, bien entendu, que des prostatotomies et prostatectomies, la cystostomie ayant au contraire été pratiquée maintes fois, surtout depuis les nombreuses publications de notre maître M. le professeur Poncet.

(1) Vignard, Th. Paris, 1889.
(2) Tuffier, *Bull. Soc. thérap.*, t. XVIII, p. 842.
(3) Sauvajol, Th. Montpellier, 1891.

A l'étranger, au contraire, les chirurgiens, abordant la prostate les uns par le périnée, les autres par la voie hypogastrique, ont cherché à l'extirper en totalité ou en partie, ou, par des sections portant dans le tissu même de la glande, à créer une large voie à l'urine. Ces prostatotomies et prostatectomies ne se comptent plus. C'est en Allemagne, mais surtout en Angleterre et en Amérique qu'elles ont été exécutées. Outre les nombreuses observations que l'on trouve éparses dans les divers recueils et journaux périodiques et qu'il serait trop long de rapporter par le détail (cas cités dans la thèse de Vignard et dus à Dittel, Schmitt, Mac Gill, Belfield, Atkinson, Mayo Robson, Browne, Kummel, Watson, Guyon, Harrisson, Whitehead, etc., et nombreux autres isolés dus à Helferich (1), Raffa (2), Lane (3), Bull (2), White (5), Southam (6), Tobin (7), Otis (8), Allis (9), Weir (10), Lévis (11), Post (12), S. Pyle (13), etc., etc.), il existe des statistiques portant sur de nombreuses séries. En 1890, Harrisson (14) donne les résultats de 35 prostatotomies par voie périnéale. En 1889, au Congrès annuel de l'Association médicale britannique, Mac Gill rapporte 24 cas de prostatectomie sus-pubienne. Dans la discussion qui eut lieu à ce sujet, au Congrès de Berlin (1890), le même auteur dit avoir pratiqué 33 fois la même opération. Keyes (15) cite 12 opérations personnelles de prostatectomies pratiquées surtout par l'incision hypogastrique. Eigenbrodt (16) donne les résultats des 5 prostatectomies pratiquées par Trendelenburg. Vishard (17) a fait l'opération 12 fois, dont 5 par le périnée.

Dans le mémoire de Belfield (18) de Chicago, nous ne trouvons pas moins de 133 observations de prostatectomies ou prostatotomies pratiquées tant par la voie hypogastrique que par la voie sus-pubienne, soit par l'auteur lui-même, soit par d'autres chirurgiens américains (Chismore, Wishard, Watson).

Mansell Moullin (19) donne enfin une statistique portant sur 38 opérations par le périnée et 94 par l'hypogastre.

Toutes ces interventions sanglantes sont basées sur ce fait qu'il existe au niveau de la portion prostatique de l'urèthre un obstacle au cours de l'urine. Cet obstacle, il faut, ou bien le tourner en créant un nouveau canal, — et c'est le fait de la cystostomie sus-pubienne — ou bien s'attaquer directement à lui pour le supprimer, ou élargir le canal creusé à son intérieur, buts que se proposent les diverses prostatotomies et prostatectomies.

Or, on peut arriver sur la prostate par 3 voies différentes :

1° L'urèthre;
2° Le périnée;
3° L'hypogastre.

(1) Helferich, *Centralblatt für Chir.*, 1889.
(2) Raffa, *Sperimentale*, octobre 1889.
(3) Lane, *Lancet*, 27 avril 1889.
(4) Bull, *Path. transact.*, T. XXXIX, 1889.
(5) White, *Med. News*, 13 décembre 1890.
(6) Southam, *Brit. med. Journ.*, août 1890, juillet et décembre 1891.
(7) Tobin, *Brit. med. Journ.*, 14 mars 1891.
(8) Otis, *Boston Journ.*, july 1890.
(9) Allis, *Med. News*, 21 novembre 1891.
(10) Weir, *New-York med. Journ.*, mai 1891.
(11) Lévis, *Pacif. Record*, 15 novembre 1692.
(12) Post, *Boston Journ.*, 23 avril 1891.
(13) S. Pyle, *New-York med. Record*, 1892.
(14) Harrisson, *Med. News*, 25 juin 1890.
(15) Keyes, *New-York med. Record*, octobre 1891.
(16) Eigenbrodt, *Beitræge zur klin. Chir.*, VIII 1891.
(17) Vishard, *Journ. of cut. dis.*, décembre 1892.
(18) Belfield, *Intern. Journ. of med. Sciences*, novembre 1890.
(19) M. Moullin, *Lancet*, 4, 11, 18 juin 1892.

Nous n'insisterons pas sur les opérations anciennes de prostatotomie uréthrale, telles que les ont pratiquées Mercier et de nombreux chirurgiens, ses contemporains, ainsi également que d'autres plus près de nous, comme Gouley (de New-York), qui a voulu remettre en honneur cette méthode. Ce sont là, suivant l'opinion de M. Poncet, des opérations qui appartiennent à l'histoire et qu'il est bon de connaître, pour n'avoir pas l'idée de les rééditer ou de les perfectionner. Quels que soient les succès que la méthode de Bottini ait donnés à son auteur, nous ne pouvons que la rapprocher des opérations précédentes, l'instrument destructeur de l'obstacle étant une électrode au lieu d'une lame tranchante. Dans un cas comme dans l'autre, on agit d'une manière tout aussi aveugle; on sectionne, on détruit un obstacle caché, sans savoir ni quel il est, ni comment il est disposé. Quoique en apparence beaucoup mieux réglées que le cathétérisme forcé, ce sont des méthodes qui méritent la même réprobation.

Autrement importantes sont les tentatives opératoires par les voies périnéale et hypogastrique.

Occupons-nous d'abord des opérations par le périnée, et voyons ce qui, jusqu'à présent, a été réalisé par les divers chirurgiens.

Sans doute, l'extirpation totale de la prostate est anatomiquement possible. Küchler (1) l'a d'abord faite sur le cadavre. Depuis, Billroth (2), Demarquay (3), Spanton (4), Harrisson (5), Leisrink (6), Czerny (7) l'ont pratiquée sur le vivant dans des cas de tumeurs malignes de la glande. Nous ne connaissons pas d'exemple d'une telle intervention pour de simples hypertrophies prostatiques.

Au contraire, la prostatectomie périnéale partielle a été maintes fois exécutée.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, du reste, que les chirurgiens, au cours de tailles périnéales pour calculs, ont extirpé des portions de la prostate. Fergusson, Gros, Cadge, Williams, rapportent des exemples d'ablation involontaire de lobes prostatiques. M. le professeur Poncet nous a cité aussi un cas personnel dans lequel, en pratiquant la taille périnéale chez un calculeux, deux lobes prostatiques s'énucléèrent spontanément et lui tombèrent dans les doigts. D'autre part, dans le cours de lithotomies, de nombreux opérateurs se sont trouvés en présence de lobes médians plus ou moins pédiculés, qu'ils ont excisés volontairement (Dittel, Langenbeck, Keyes, Landerer, Billroth, Frank). Mais dans tous ces cas, il s'agit d'incidents au cours d'une opération, et pas le moins du monde d'une méthode réglée et généralement applicable.

Les opérations pratiquées par la voie périnéale, opérations dirigées de parti pris contre les accidents de l'hypertrophie prostatique, sont :

1° Des uréthrotomies externes avec dilatation de la portion prostatique de l'urèthre;

2° Des prostatotomies proprement dites;

3° Des prostatectomies partielles.

La simple boutonnière périnéale est, en effet, la méthode préconisée et pratiquée souvent par Thompson. L'auteur, après avoir incisé l'urèthre membraneux et après avoir constaté avec le doigt introduit dans l'urèthre prostatique qu'il n'y a aucun obstacle, aucun lobe saillant à extirper, place une grosse sonde n° 30 ou 32 qu'il laisse à demeure pendant 10, 15 jours et même plus.

(1) Kuchler, *Deutsche Klinik. Jahrg.*, XVIII, 1866.
(2) Billroth, *Langenbeck's Archiv*, X.
(3) Demarquay, *Gaz. méd. de Paris*, 1873.
(4) Spanton, *Lancet*, 24 juin 1882.
(5) Harrisson, *Lancet*, 20 septembre 1884.
(6) Leisrink, *Archiv. für klin. Chir.*, XXVIII.
(7) Stein, *Archiv. für klin. Chir.*, XXIX, 1889.

Harrisson, qui a préconisé surtout la voie périnéale, a joint dans un certain nombre de cas, à l'incision de l'urèthre membraneux, l'incision de la prostate. Seulement, après cette incision, il laisse à demeure, pour empêcher le rapprochement des lèvres de la plaie prostatique, un gros drain du volume du pouce, et ne l'enlève qu'au bout de 5 à 6 semaines. C'est, avec des variantes, la même méthode qui est suivie par Watson, Whitehead, Annandale, etc.

Dans la statistique de Belfield nous trouvons 41 cas de ces sections périnéales.

Au cours de telles opérations on a naturellement trouvé plusieurs fois des lobes saillants ou énucléables qui ont été enlevés, arrachés ou excisés. Mais les résections partielles pratiquées dans ces conditions ne sauraient être considérées comme de véritables opérations de prostatectomie.

En somme, dans tous les cas précédents, l'intervention revient, après ouverture de l'urèthre membraneux, à reconstituer le canal prostatique, par la simple dilatation, l'incision ou l'excision d'un lobe saillant formant obstacle, s'il se présente.

Tout autre est la méthode de prostatectomie latérale périnéale préconisée par Dittel (1), d'après des expériences cadavériques, et telle qu'elle a été exécutée par Küster (2) et Max Schede (3).

Dittel fait, en effet, remarquer que l'hypertrophie isolée du lobe moyen se montre très rarement dans l'affection prostatique, et que beaucoup plus souvent on a affaire au resserrement de l'urèthre par des lobes latéraux. Aussi, d'après lui, l'ablation du lobe moyen n'a de valeur que dans les cas rares où cette hypertrophie est isolée. En conséquence, il préconise l'opération suivante : Un cathéter métallique est placé dans l'urèthre. On mène une incision de la pointe du coccyx au milieu du sphincter externe de l'anus et par un trajet curviligne on va rejoindre le raphé périnéal. On peut alors séparer du rectum avec un instrument mousse le lobe latéral gauche de la prostate, puis le lobe latéral droit. La prostate étant ainsi isolée du rectum, on en enlève un morceau en forme de coin comme si on voulait extirper une tumeur. Dans tout le cours de l'opération on a eu soin de ne pas ouvrir l'urèthre. Küster a ainsi opéré 3 malades, dont deux auraient été guéris. Les résultats fonctionnels furent excellents chez les 2 malades opérés par Max Schede. Il s'agit là, on le voit, d'un procédé de résection méthodique de la glande, applicable par conséquent dans tous les cas et méritant comme tel une place à part.

Mais certainement c'est la voie sus-pubienne qui a le plus séduit les chirurgiens.

Dans sa thèse, Vignard rapportait 22 observations de prostatectomie sus-pubienne. Aujourd'hui il n'est plus possible de les compter et encore moins de les analyser par le détail.

Dans le seul travail de Belfield, nous en trouvons 88 cas. Mansell Moullin en a réuni 94.

Quelle que soit la forme d'hypertrophie prostatique, l'opération consiste toujours à ouvrir la vessie par la taille hypogastrique et à extirper l'obstacle prostatique. Presque tous les auteurs ont eu recours à l'incision verticale. Quelquefois cependant l'incision transversale de Trendelenburg a été employée. Enfin, dans le but d'avoir plus de jour, on a aussi pratiqué préalablement la résection du pubis (Helferich).

Quant à l'obstacle prostatique, ou bien il s'agissait d'un lobe pédiculé, et alors on se contentait de l'exciser

(1) Dittel, *Wiener klin. Wochenschrift*, 1890.
(2) Kuster, Dixième congrès des chirurg. allemands. *Berliner klin. Wochensc*, mai 1891.
(3) Schede, *Soc. des méd. de Hambourg*, 25 décembre 1891.

avec des ciseaux, ou bien les portions hypertrophiées étaient sessiles et alors c'est au thermo-cautère, à l'anse galvanique, à l'écraseur, etc., que l'on a eu recours pour éviter autant que possible l'hémorrhagie consécutive. Souvent on a pu après incision de la muqueuse pratiquer l'énucléation des masses prostatiques. Delagenière (1), dans une pièce présentée à la Société anatomique, a montré la possibilité d'enlever par la voie vésicale et par énucléation la presque totalité de la prostate, lobes latéraux et lobe médian.

Quelquefois, en raison du volume de la tumeur saillante dans la vessie, en raison aussi de l'état du sujet, les chirurgiens ont reculé devant l'excision et se sont bornés à inciser l'obstacle prostatique. Tel est par exemple le cas de Southam (1), où l'auteur pratiqua par la vessie une prostatotomie verticale, puis plaça un drain qu'il fit ressortir par une incision périnéale. Cette intervention nous amène à dire un mot des opérations mixtes. Nous ne ferons que citer l'observation de Tobin, dans laquelle l'auteur ne se servit de son incision hypogastrique que pour aller, avec le doigt, placer autour de la base de la tumeur prostatique une anse métallique introduite par l'urèthre. Mais Belfield, Vishard, Southam rapportent plusieurs cas, dans lesquels, après la taille périnéale, on ne put parvenir jusqu'au lobe formant obstacle, ou inversement, et où les 2 incisions hypogastrique et périnéale furent pratiquées successivement dans la même séance. Les 4 observations de Belfield auraient donné 3 succès et 1 mort.

Telles sont, outre la cystostomie sus-pubienne, les diverses méthodes sanglantes employées jusqu'à ce jour pour lutter contre les accidents de l'hypertrophie prostatique.

Si l'on veut prendre parti dans cette question de thérapeutique chirurgicale, il est nécessaire de tenir compte de considérations multiples et d'ordre différent.

D'une part, l'intervention quelle qu'elle soit devra toujours être subordonnée tant à l'état général du malade qu'à l'état local de ses organes urinaires, de sa prostate en particulier. Il est bien évident que telle opération applicable à un prostatique non infecté, simplement atteint de rétention, est à rejeter chez un malade ayant déjà de la cystite, de la pyélonéphrite et des symptômes généraux d'empoisonnement urinaire. De même une hypertrophie portant sur la totalité de la glande ne sera pas justiciable d'un traitement qui aura donné un succès complet dans un cas de lobe médian isolé.

D'autre part, la valeur de la méthode dépend naturellement du résultat qu'elle est susceptible de donner.

Aussi, avant de porter un jugement quelconque, nous semble-t-il utile d'établir entre les divers malades des distinctions capitales au point de vue thérapeutique, en nous basant sur des considérations tirées soit de l'état général, soit de l'état local.

En outre, nous devons aussi bien nous pénétrer avant tout du but à atteindre. Or, sur ce dernier point, il nous semble que le chirurgien doit avoir le triple objectif suivant :

1° Remédier aux accidents immédiats (rétention, cystite, phénomènes d'infection générale), en un mot, sauvegarder la vie du malade.

2° Empêcher le retour de semblables accidents et, pour cela, donner à l'urine une issue large et facile, empêcher toute rétention, ce qui sera le meilleur moyen d'assurer l'asepsie des voies urinaires.

3° Faire en sorte que les nouvelles conditions d'existence du malade, après l'intervention, soient aussi favorables que possible, l'idéal étant le rétablissement de la miction volontaire par les voies naturelles ou par une voie artificielle nouvellement créée ; enfin, si l'incontinence existe, la rendre supportable par les moyens les mieux appropriés.

(1) Delagenière, *Soc. Anat*, 1889, p. 569.
(2) Southam, *Brit. med. journ.*, july 1891.

Autant le but est net, autant les conditions du problème sont complexes. Comme nous le disions plus haut, elles tiennent à l'état général et à l'état local.

Et, en effet, une grande division s'impose tout d'abord entre les divers malades.

Les uns sont déjà infectés, ont de la cystite, de la fièvre, des symptômes généraux. Les autres ne le sont pas encore et nous n'avons chez eux qu'à lutter contre les accidents de rétention.

Pour les premiers, la grande indication, celle qui prime toutes les autres, c'est la désinfection du réservoir urinaire, pour empêcher la marche en avant des phénomènes infectieux. Il faut aller au plus pressé, et naturellement toute une série d'opérations où la voie n'est pas largement ouverte à l'urine septique, doit être rejetée.

Chez les seconds, au contraire, les limites de l'intervention sont plus larges. Plus rationnellement on peut songer à s'adresser à la cause, à supprimer l'obstacle et par suite à rétablir les fonctions naturelles par une opération radicale. Mais, dès à présent, nous pouvons faire remarquer que cette seconde catégorie de malades est de beaucoup la moins nombreuse, au moins dans la pratique hospitalière. Nous ne voyons guère les prostatiques au début, ni même lorsqu'ils peuvent encore uriner tant bien que mal. Ce sont en général des accidents graves qui les amènent à réclamer les secours du chirurgien.

Quant aux considérations tirées de l'état local de la prostate, de la vessie, relatives à la mise en pratique et à la possibilité des diverses prostatotomies et prostatectomies, elles ne sont pas moins importantes.

Et en effet, puisqu'il est question de cure radicale, la condition nécessaire est de s'adresser à la véritable cause. A quoi bon enlever l'obstacle prostatique si c'est l'atonie vésicale qui provoque de la rétention ? Pourquoi essayer d'extirper systématiquement un lobe moyen saillant dans la vessie, si ce sont les lobes latéraux qui font obstacle pendant toute la traversée de l'urèthre à travers la prostate ? Nous devons donc étudier le rôle et du muscle vésical et de l'hypertrophie prostatique dans la pathogénie de la rétention.

C'est là une question qui, on le sait depuis longtemps, a divisé les chirurgiens. Au commencement du siècle, Civiale soutenait la théorie de la paralysie, de l'atonie primitive de la vessie comme cause des accidents. Au contraire, pour Mercier, c'était la prostate qui obstruait l'orifice de l'urèthre. Les lésions vésicales n'étaient que secondaires. Aussi s'efforçait-il d'aller par l'urèthre sectionner ces valvules, ces *barres prostatiques* auxquelles il faisait jouer un si grand rôle. Depuis lors, la question n'a guère changé, et actuellement, pour être moins exclusifs, les chirurgiens n'en font pas moins jouer un rôle principal, les uns à la vessie, les autres à la prostate.

M. le professeur Guyon et ses élèves (1) ont insisté sur la sclérose des parois de la vessie, et, d'une façon générale, de tout l'appareil urinaire chez les prostatiques. Aussi attribuent-ils une grande importance dans la pathogénie des accidents à la perte de contractilité du muscle vésical. Pour nous, et c'est l'opinion de M. le professeur Poncet, il nous semble que la véritable cause des troubles de la miction est bien la prostate hypertrophiée. Certainement les vieillards n'ont pas un muscle vésical comparable à celui d'un homme jeune, mais leur vessie est

(1) Launois, Th. Paris, 1885.

dans l'état de leurs autres organes, de leurs muscles par exemple, elle fonctionnerait parfaitement encore si un obstacle insurmontable ne s'y opposait. Et cela est si vrai que, chez des malades de M. Poncet ou pendant la cystostomie, on a trouvé la vessie distendue avec une muqueuse malade, on voit, lorsque l'orifice abdominal est constitué, l'urine être projetée avec une certaine force. Chez d'autres malades, on a été forcé de recourir à une seconde intervention soit pour réouvrir la fistule abdominale qui tendait à s'oblitérer, soit encore pour enlever des calculs, et on a pu constater par le toucher et par la vue que les parois vésicales étaient revenues sur elles-mêmes et avaient repris leur tonicité, qu'elles n'avaient peut-être jamais perdue, sous l'influence de la suppression de l'obstacle. Aussi croyons-nous que la perte partielle de la contractilité vésicale est plutôt secondaire, au moins dans la généralité des cas, et qu'elle ne joue qu'un rôle accessoire dans la production des phénomènes de rétention.

C'est bien la prostate hypertrophiée qui est la cause des accidents. Mais comment? S'agit-il d'un lobe médian, formant au niveau du col un obstacle mécanique? Sont-ce les lobes latéraux qui compriment l'urèthre dans sa traversée prostatique? Quel est le rôle de l'hypertrophie de tel ou tel lobe, sa fréquence relative, etc.? On voit qu'il y a là toute une série de questions des plus intéressantes au point de vue de l'intervention chirurgicale.

L'étude des différentes formes d'hypertrophie prostatique est certainement faite depuis longtemps.

Cruveilhier, Béraud, Mercier, Civiale, Thompson, Voillemier, Guyon, etc., ont donné des descriptions extrêmement détaillées. Ils ont montré toutes les déformations que l'on peut rencontrer : hypertrophie totale, hypertrophie des lobes latéraux, du lobe médian, barre prostatique, etc., ils ont établi des statistiques montrant la fréquence relative de ces diverses formes. Dans le *Dictionnaire encyclopédique*, M. Desnos a réuni toutes ces statistiques en un tableau portant sur 173 pièces. Nous y voyons, par exemple, l'hypertrophie totale atteindre le chiffre de 91, celle du lobe moyen 33, celle des lobes latéraux 17.

Mais, comme le fait remarquer M. Forgue dans son article du *Traité de chirurgie*, ces statistiques ne peuvent pas nous apprendre grand'chose au point de vue de l'intervention chirurgicale, des tentatives de prostatotomie et de prostatectomie.

En effet, ces pièces collectionnées dans les musées représentent des formes exceptionnelles, des échantillons volumineux, etc., elles ne sauraient, par conséquent, être l'expression anatomique des lésions prostatiques chez les malades que nous observons tous les jours. Du reste, il suffit de jeter un coup d'œil sur ces statistiques pour voir qu'elles ne concordent pas. Ainsi, pour l'hypertrophie du lobe médian qui certainement est le plus intéressant au point de vue des excisions possibles, nous trouvons :

Dans Thompson une moyenne de..........	15 0/0
Dans les pièces du musée Dupuytren.......	33 0/0
Dans celles du musée Civiale.............	20 0/0
Le relevé de M. Desnos donne une moyenne de	25 0/0

D'autre part, si nous consultons les statistiques des chirurgiens, nous trouvons des chiffres absolument différents. Sur 63 cas, Belfield trouve 37 fois une tumeur médiane isolée.

Rien de plus contradictoire, on le voit, que ces divers résultats. Aussi, pour nous faire une idée aussi juste que possible de la forme de l'hypertrophie prostatique et de la nature de l'obstacle chez les malades que nous observons journellement à l'hôpital, nous sommes-nous adressés, d'une part, à des recherches d'amphithéâtre, et d'autre part, aux données qui nous étaient fournies sur le vivant au cours des diverses cystostomies pratiquées dans le service de M. le professeur Poncet.

En premier lieu, nous avons examiné les vessies et les prostates de 30 vieillards pris au hasard dans les salles de dissection, tous étant âgés de 60 ans au moins. Étant donnée la fréquence des lésions de ces organes chez les personnes âgées, nous pouvions être sûrs de rencontrer à ses divers degrés les déformations de l'hypertrophie prostatique.

Sur ces 30 sujets, nous avons trouvé 12 fois la prostate normale. Douze fois, elle était légèrement hypertrophiée, l'augmentation de volume portant sur toute la glande et un peu sur le lobe médian qui faisait quatre fois une saillie apparente dont le volume variait de celui d'un grain de blé à celui d'un petit pois. Enfin, dans 6 cas, nous avons constaté une hypertrophie considérable.

Or, sur ces 6 cas, nous n'avons rencontré qu'une seule fois un lobe médian isolé, du volume d'une noisette.

Les cinq autres fois, il s'agissait d'hypertrophies portant sur toute la glande et surtout sur les lobes latéraux. Quant au lobe médian, il était une fois insignifiant. Dans les 4 autres cas, son volume variait d'un petit pois à une noisette.

Nous ne voulons pas chercher à établir sur ces données un chiffre exact donnant sur un certain nombre de cas la proportion des hypertrophies isolées du lobe moyen et des lobes latéraux. Il est probable qu'une série de 30 autres cas pris dans les mêmes conditions nous conduirait à des résultats qui ne concorderaient peut-être pas exactement avec les précédents. Mais il est un fait qui semble se dégager nettement de ces recherches cadavériques et sur lequel nous voulons insister tout particulièrement, c'est la rareté de l'hypertrophie isolée du lobe médian, hypertrophique, qui constitue pour ainsi dire une exception. Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une augmentation de volume portant sur tout l'organe. L'urèthre est comprimé, déformé tout le long de son trajet à travers la prostate, et le développement du lobe médian au point de vue de la pathogénie des accidents de rétention semble jouer un rôle secondaire.

Ces examens de vessies et de prostates de vieillards nous ont permis encore de vérifier ce fait depuis bien longtemps, du reste, observé en clinique, c'est que le degré de la rétention n'est pas proportionnel au volume de l'obstacle. Dans tous les cas de grosse hypertrophie prostatique, nous avons constaté des lésions vésicales; cinq fois sur six, il s'agissait d'épaississement des parois, de vessies à colonnes; une seule fois le réservoir urinaire était distendu, ses parois amincies et lisses. Mais, à côté de ces lésions, nous avons rencontré des altérations vésicales tout aussi importantes, avec des hypertrophies prostatiques très peu développées, ce qui est une preuve de plus que la rétention est bien plus fonction des déformations uréthrales que du volume de l'obstacle.

Enfin, un dernier point était intéressant à vérifier relativement à l'acte opératoire, nous voulons parler de la possibilité de l'énucléation des lobes hypertrophiés. Dans nombre d'observations de prostatectomies publiées, nous voyons, en effet, qu'après incision de la muqueuse, des masses saillantes ont pu être enlevées. La pièce présentée par M. Delagénière à la Société anatomique montre que, dans certains cas, ces parties encapsulées peuvent s'étendre à la plus grande partie de la glande. Les cas d'ablation involontaire de portion de la prostate au cours de tailles périnéales pour calcul suffisent à prouver la possibilité de l'énucléation. Mais, d'après ce que nous

avons vu sur le cadavre, à l'amphithéâtre, nous croyons qu'il s'agit là encore de cas exceptionnels. Deux fois seulement, nous avons trouvé les lobes constitués par des masses énucléables; encore l'opération se faisait-elle difficilement, en déchirant la muqueuse — et pourtant nous cherchions à pratiquer cette énucléation sur des prostates isolées. Sur le vivant elle] aurait été complètement impossible.

Le plus souvent, la masse prostatique présente à la coupe un aspect homogène. Les nodules, de volume variable, que l'on rencontre ont fréquemment une tendance à faire hernie quand on pratique une coupe de l'organe, mais, malgré cela, ils restent toujours plus ou moins adhérents au reste des tissus. C'est l'exception quand ils peuvent se décortiquer facilement avec le seul secours des doigts ou d'un instrument mousse. L'énucléation des masses prostatiques ne nous semble donc possible que dans un nombre de cas très restreint.

L'examen des prostates sur le vivant, au cours des cystostomies, nous conduit aux mêmes conclusions. Sur 55 malades opérés jusqu'à ce jour dans le service de M. Poncet, c'est à peine si nous trouvons signalée deux ou trois fois l'hypertrophie isolée du lobe médian. Presque toujours, il s'agit d'une augmentation en masse de la glande, comme on peut s'en rendre compte en pratiquant le toucher bi-manuel, un doigt étant introduit dans le rectum et l'autre dans la vessie par l'ouverture hypogastrique. A ce propos, faisons remarquer que le simple toucher rectal ne donne que des renseignements très imparfaits relativement au volume et à la forme de la prostate.

Les déformations du col vésical qui résultent dè cette hypertrophie totale de la glande peuvent, d'après ce que nous avons constaté au cours des cystostomies, se ramener à trois variétés d'une fréquence encore très inégale.

Dans une première catégorie de cas, qui sont de beaucoup les plus communs, le doigt introduit dans la cavité vésicale sent une sorte de bourrelet saillant entourant l'orifice de l'urèthre. Celui-ci, placé au centre, est le plus généralement arrondi; quelquefois il a la forme d'une fente. Le bourrelet est ordinairement régulier, de telle sorte que le doigt explorateur a la sensation d'un véritable col utérin saillant dans la cavité vésicale. Quelquefois, l'hypertrophie est un peu plus accentuée, soit à la partie postérieure, soit sur l'un des côtés latéraux. La muqueuse à la surface de la saillie est lisse; mais, dans les cas de cystite chronique, on peut la trouver couverte d'ulcérations et de débris phosphatiques. Nous ne pouvons mieux définir cette variété qu'en la désignant sous le nom d'hypertrophie en *forme de gros col utérin.*

Dans une deuxième catégorie de faits dont nous n'avons rencontré que de rares exemples, l'orifice du col a la même disposition. Il s'agit encore d'un gros bourrelet, mais qui n'a pas tout à fait l'apparence circulaire. Entre les deux masses que forment les lobes latéraux plus ou moins également augmentés de volume, on trouve intercalée une saillie intermédiaire qui n'est autre que le lobe moyen enclavé plus ou moins en forme de coin entre les deux lobes voisins.

Enfin, nous avons trouvé quelques cas encore plus exceptionnels, où l'hypertrophie intra-vésicale faisait défaut. Le col était normal, et cependant la miction, depuis longtemps compromise, était devenue impossible. Dans ces cas, l'hypertrophie de la glande n'avait pas produit de modifications dans la forme du col, mais simplement une compression, une déformation du canal de l'urèthre.

Du reste, dans tous les cas, le mécanisme de la dysurie, de la rétention, nous paraît être le même. Il faut en rechercher la cause dans la déformation du canal prostatique et non dans l'obstruction du col vésical.

Certainement, dans un certain nombre d'observations les accidents de rétention ont pu être attribués avec juste raison à un lobe médian jouant vis-à-vis du col vésical le rôle d'un véritable bouchon. Les cas de prostatectomie faite dans ces conditions et suivie de rétablissement des fonctions urinaires, en font foi. Mais jusqu'à plus ample informé, nous devons considérer ces faits comme exceptionnels. C'est du moins l'opinion qui résulte pour M. Poncet des cystostomies examinées au moment de l'opération et aussi de nos recherches sur le cadavre.

L'hypertrophie des lobes latéraux, qu'elle porte uniformément sur les deux ou sur l'un plus particulièrement, entraîne une malformation étendue, en même temps qu'elle allonge dans une proportion parfois considérable les dimensions de l'urèthre prostatique. Elle provoque des irrégularités de forme, de calibre, qu'il est plus facile de se figurer que de décrire, après les avoir constatées. On conçoit, en effet, que ces déformations soient réellement individuelles, suivant l'étendue et la variété de l'hypertrophie prostatique. A ce niveau, le canal est le plus souvent représenté par une sorte de défilé étroit, de gorge profonde que surmontent d'une hauteur variable les lobes hypertrophiés. On se rend bien compte, de l'obstacle insurmontable que peut ainsi rencontrer le cours de l'urine, lorsqu'on incise le canal sur sa paroi antérieure. On a peine à apercevoir sa paroi postérieure, qui ne devient apparente dans la profondeur que lorsqu'on a écarté les lobes latéraux. Nous ne saurions trop insister sur ces altérations de forme qui constituent la véritable cause efficiente de dysurie et de rétention. Ces considérations anatomo-pathologiques, on le comprend, ont une importance considérable. En les rapprochant de celles que nous avons développées plus haut, relativement au but à atteindre dans un traitement rationnel de l'hypertrophie prostatique, nous pouvons prendre parti dans la question aujourd'hui pendante des diverses interventions sanglantes qui ont pour but de remédier aux accidents du prostatisme.

De ces diverses opérations étudiées plus haut, nous devons faire deux classes :

1° Celles dans lesquelles on ne touche pas aux voies urinaires;

2° Celles qui comportent, au contraire, une ouverture large de ces voies.

Les premières, en très petit nombre jusqu'à présent, puisque nous n'avons à signaler que les tentatives de Dittel, Kuster et Mac Schede, semblent réaliser l'idéal, au point de vue du résultat fonctionnel tout au moins. L'obstacle est supprimé, les voies urinaires dégagées, de telle sorte que la fonction peut se rétablir.

En outre, une telle intervention présente, sur la plupart des autres opérations portant sur la prostate, l'avantage d'être méthodique, réglée et par suite applicable à tous les cas au point de vue opératoire. Tout cela, théoriquement bien entendu, puisque les rares résultats signalés ne nous permettent pas de porter un jugement définitif. Mais cette opération, comme toutes celles que l'on peut concevoir dans le même ordre d'idées, ne s'appliqueront jamais qu'à un nombre très limité de malades.

Certainement, si les prostatiques venaient réclamer les secours de la chirurgie avant de présenter des accidents graves, avant surtout d'avoir de la cystite et de l'infection; si l'on pouvait pratiquer sur eux, pour ainsi dire, une opération préventive, c'est à ces prostatectomies que l'on pourrait parfois songer. Mais, si l'on réfléchit qu'il s'agit là, en somme, d'actes chirurgicaux laborieux, pratiqués le plus souvent chez des hommes âgés, on est vite

convaincu que la première condition de succès, c'est un bon état général du sujet. Excellente en théorie, chez des gens vigoureux, bien portants et dont les voies urinaires sont encore saines, elles deviennent impraticables chez la majorité des vieillards prostatiques qui sont incapables de supporter un tel traumatisme chirurgical, surtout si la vessie est infectée, si les reins sont malades et alors que l'intervention n'ouvre pas immédiatement une voie large à l'urine septique, ce qui, comme nous le disions plus haut, est la première condition à remplir.

Dans toutes les autres méthodes cette condition est plus ou moins réalisée. La cystotomie est, en effet, le premier temps de toute prostatectomie sus-pubienne, et dans toutes les tentatives faites par la voie périnéale, ou bien on dilate largement l'urèthre prostatique, ou bien par incision ou par excision de portions saillantes on ouvre une voie large et immédiate à l'urine. C'est ce qui nous explique la plus grande partie des succès obtenus par ces méthodes.

La prostatectomie par la voie sus-pubienne est celle qui jusqu'à présent a été pratiquée le plus grand nombre de fois. Dans la communication qu'il a faite au Congrès de chirurgie de 1893 et dans la discussion qui suivit, M. L. Jullien émettait l'opinion qu'il était bon de transformer en opérations voulues ces ablations de parties hypertrophiés de la prostate. Suivant l'avis de M. Poncet, et aussi d'après nos recherches et malgré les nombreuses observations qui nous viennent surtout de l'étranger, la prostatectomie sus-pubienne ne pourra être qu'une méthode d'exception, susceptible de donner des succès dans quelques cas, mais elle ne saurait être entreprise de parti pris dans le but de faire cesser les accidents.

En effet, les seules circonstances où elle est véritablement indiquée sont les hypertrophies isolées du lobe médian. Or, cette localisation constitue la grande exception. En outre, il est illusoire de vouloir poser un diagnostic ferme d'hypertrophie du lobe médian obstruant l'orifice uréthral, avant l'ouverture de la vessie. Nous avons déjà insisté plus haut sur les données incomplètes fournies par le toucher rectal. Telle prostate à développement excentrique considérable fait une saillie énorme du côté du rectum et pourtant le col et l'urèthre prostatique pourront n'être que très peu déformés. Inversement nous rencontrons fréquemment des vieillards atteints d'accidents d'origine prostatique, la rétention est complète et pourtant, au toucher rectal, nous ne sentons qu'une glande normale ou peu augmentée de volume.

Les indications fournies par le cathétérisme sont-elles plus exactes ? D'abord, dans nombre de cas, celui-ci est ou impossible, ou si difficile à pratiquer, qu'on ne saurait compter sur les sensations qu'il donne à la main pour se faire une idée de la forme de l'obstacle. Quelques chirurgiens, Mercier en particulier, ont décrit avec minutie le manuel opératoire de ce cathétérisme explorateur. Ce dernier auteur insiste longuement sur la façon de reconnaître et de diagnostiquer la barre prostatique avec la sonde. Les nombreuses prostatectomies uréthrales (plus de 400) pratiquées, pour la plupart sans résultat, par ce chirurgien, ne sont-elles pas la meilleure preuve de l'impossibilité d'un pareil diagnostic, toujours illusoire à notre avis ?

Assurément on a encore indiqué d'autres moyens de distinguer un lobe médian faisant soupape, de reconnaître la compression portant sur tout le trajet de l'urèthre prostatique. C'est ainsi que Mansell-Moullin (1) indique le procédé suivant. On introduit dans l'urèthre l'extrémité d'un cathéter creux mis en communication par son autre extrémité avec un réservoir qu'on peut élever à volonté. On fait ainsi une injection. S'il y a simplement un lobe médian, il n'est pas nécessaire d'élever bien haut le réservoir pour faire pénétrer le liquide. Au contraire, s'il s'agit d'une compression portant sur toute l'étendue du canal prostatique, il faut une pression beaucoup plus considérable. La hauteur à laquelle il faut élever le réservoir permettrait même de se rendre compte dans une certaine mesure du degré de compression.

Le même auteur décrit également un instrument qu'il a imaginé dans le but d'étudier les déformations du canal dans la région prostatique. Il serait trop long de le décrire ici, et du reste les données que fournit cet instrument ne semblent pas devoir être plus exactes que celles qu'on peut obtenir par le simple cathétérisme.

Aussi donc, les lobes médians isolés sont non seulement rares, mais encore il est presque impossible d'en faire le diagnostic avant l'ouverture de la vessie. Par conséquent, lorsqu'on pratique la cystotomie, comme premier temps d'une prostatectomie, on n'est jamais fixé sur la nature de l'obstacle en face duquel on va se trouver.

Pour ces diverses raisons la prostatectomie sus-pubienne ne saurait être une opération voulue et exécutée de parti pris.

Elle n'est pas davantage méthodique et réglée. Autant il est facile d'enlever un lobe médian pédiculé ou énucléable, et qui, nous le répétons, est l'exception — autant il faut juger incomplète et dangereuse une prostatectomie dans laquelle on va enlever des coins étendus de lobes hypertrophiés, au voisinage ou aux dépens du canal de l'urèthre. Nulle part nous n'avons trouvé de procédé opératoire bien spécifié. On se contente d'indiquer qu'on a enlevé une épaisseur plus ou moins grande de l'organe avec l'écraseur, les ciseaux courbes, la curette, etc. Si l'on veut réfléchir, du reste, à la situation des prostatiques tels qu'on les rencontre journellement, prostatiques qui, presque tous, sont dans des conditions d'infection déjà existante ou menaçante, on comprend qu'il soit absolument contre-indiqué de pratiquer chez eux des plaies cavitaires, profondes, anfractueuses, dans un terrain aussi apte au développement des accidents septiques.

Aussi doit-on considérer l'opération, sauf dans les cas de lobe médian pédiculé ou énucléable, où alors elle est parfaitement rationnelle, non seulement comme mal réglée, mais encore comme dangereuse en raison de son mode d'action incertain et surtout des voies nouvelles ainsi ouvertes à l'infection.

Enfin, avec notre maître M. Poncet, nous allons plus loin encore : la plupart des prostatectomies sus-pubiennes n'ont donné des succès que parce qu'elles ont été précédées de l'ouverture de la vessie.

La question ne fait pas de doute en ce qui concerne les accidents immédiats de nature infectieuse. On connaît le résultats bienfaisants de l'incision vésicale dans les traitement des cystites rebelles (Hartmann). Les observations de malades déjà profondément atteints par l'empoisonnement urineux et ramenés à la santé à la suite de la cystostomie sus-pubienne ne se comptent plus aujourd'hui. Mais, même au point de vue du résultat fonctionnel ultérieur obtenu après les prostatectomies, il faut encore faire jouer un grand rôle à la cystostomie préalable.

Parmi les opérés de M. Poncet, il en est un certain nombre chez qui le méat hypogastrique s'est oblitéré spontanément et l'urine a repris la voie naturelle. Il est très facile d'expliquer ces résultats par la mise au repos complète de la vessie et de l'urèthre prostatique.

L'élément congestif, qui entre pour une certaine part dans la pathogénie de la formation de l'obstacle, disparaît graduellement et les fonctions se rétablissent. Il en est

(1) M. Moullin, *Lancet*, 17 décembre 1892.

certainement de même dans des cas de prostatectomie sus-pubienne. L'obstacle ne jouait qu'un rôle insignifiant comme cause de rétention. Il a été enlevé plus ou moins complètement, sans que les conditions mécaniques aient été bien changées. La guérison a été obtenue grâce à la cystostomie et aux conditions nouvelles dans lesquelles l'opération a placé momentanément la vessie. Certes, nous ne voulons pas généraliser une telle manière de voir, et expliquer ainsi le mécanisme de la guérison à la suite de toutes les prostatectomies. Nous reconnaissons parfaitement que l'ablation d'un lobe médian formant bouchon peut rétablir définitivement la miction et faire disparaître les accidents. Mais nous voulons simplement mettre en relief ce rôle de l'ouverture vésicale, non seulement au point de vue de la disparition des phénomènes infectieux, mais encore, dans une certaine mesure, au point de vue de la restitution *ad integrum* des fonctions.

En résumé, la prostatectomie sus-pubienne nous semble une opération dont l'indication ne peut pas être fixée par un diagnostic préalable exact. Sauf dans les cas rares de lobes isolés, médians, pédiculés ou énucléables, elle est mal réglée et forcément incomplète. Enfin, les succès que l'on note à son actif sont dus, en grande partie, à la cystostomie qui l'accompagne, surtout en ce qui concerne la guérison des phénomènes de cystite et d'infection générale.

Quant aux autres interventions pratiquées par la voie périnéale, elles sont passibles des mêmes objections.

Comme nous le faisions remarquer plus haut, ces diverses opérations ont toutes pour but d'ouvrir l'urèthre membraneux comme dans une uréthrotomie externe, puis rétablir, le calibre du canal prostatique par la dilatation (Thompson), par l'incision ou l'excision de parties saillantes (Harrisson, Watson). Là encore, c'est au drainage vésical qu'il faut rapporter la plus grosse part des succès. Mais, que l'on ait recours à la simple boutonnière périnéale de Thompson, ou qu'on fasse suivre celle-ci d'une prostatotomie à la manière d'Harrisson, il est nécessaire de laisser en place une grosse sonde, un drain volumineux pour calibrer le canal et assurer l'écoulement. Or, c'est là, pour M. Poncet, une condition des plus fâcheuses au point de vue de la cessation de la cystite et des phénomènes infectieux. L'écoulement est souvent mal assuré et les malades supportent aussi mal un tel corps étranger que la sonde à demeure. Enfin, il nous semble qu'avec de semblables méthodes la récidive est fatale dans la plus grande partie des cas, l'obstacle prostatique tendant toujours à reprendre son volume et sa forme primitifs.

Toutes ces opérations sanglantes, quelles qu'elles soient, ne sauraient s'adresser naturellement à des malades simplement atteints de troubles fonctionnels et qui sont justiciables, à peu près exclusivement, du traitement par la sonde.

Les prostatiques qui relèvent des méthodes sanglantes sont précisément ceux chez lesquels les cathétérismes répétés sont contre-indiqués. De l'état de prostatiques simples, ils passent à celui de vésicaux et surtout de rénaux. Aussi croyons-nous que chez de tels malades, en raison de leur âge avancé, en raison de toutes les considérations énoncées plus haut, il faut avoir recours à l'intervention la plus simple possible et remplissant sûrement les indications. Il ne faut pas chez eux de traumatismes chirurgicaux prolongés, de voies nouvelles ouvertes à l'infection par des opérations compliquées. La méthode de choix est celle qui assure le plus rapidement possible les fonctions de l'urination (opération de Poncet).

Ce sont ces considérations qui nous font prendre fait et cause chez de tels sujets pour la simple cystostomie sus-pubienne en tant que méthode générale, les autres interventions n'étant possibles et applicables rationnellement que dans un nombre de cas extrêmement restreint.

Lagoutte,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

TRAVAUX ORIGINAUX

Résections costales dans la pleurésie purulente.
par le Dr Guillemot (de Thiers).

Je souhaiterais que la récente communication de M. Delorme, publiée par le *Mercredi médical* du 24 janvier, dans laquelle il expose à l'Académie de médecine l'opération nouvelle qu'il a instituée contre les empyèmes anciens, remît à l'ordre du jour non pas précisément l'opération d'Estlander que son procédé est destiné à remplacer, mais le traitement de la pleurésie purulente en général, puisque ce traitement n'a pas encore actuellement de règles perpétuelles.

L'incision intercostale de Trousseau, l'aspiration de Dieulafoy, le drainage de Chassaignac, le siphon de Potain, les lavages antiseptiques, etc., cherchaient à remplir deux indications qui se contrariaient : l'évacuation du pus et la prohibition de l'entrée de l'air. Les résections costales limitées qui ont précédé celles d'Estlander ont laissé au second plan ou négligé tout à fait la seconde indication pour réaliser efficacement la première. Estlander, en mobilisant les parois thoraciques pour oblitérer la cavité suppurante, a saisi une indication nouvelle qui met son procédé des résections larges tout à fait à part de celles qui avaient été pratiquées antérieurement; il ne se préoccupe guère des fonctions ultérieures du poumon considéré comme à peu près perdu et inamovible. Mais l'opération de M. Delorme nous démontre deux choses que je veux retenir, entre autres (parce qu'elles viennent à l'appui des conjectures que je me propose d'exposer dans cette notice), conjectures que beaucoup d'autres praticiens ont dû faire de leur côté, depuis neuf ans que le rapport de M. Berger sur l'opération d'Estlander a été discuté à la Société de chirurgie, savoir : que l'expansion du poumon est possible (quoique l'on crût jadis le contraire) lorsque la poitrine est effondrée, et que l'expansibilité n'est pas abolie, même après sa longue incarcération dans les néo-membranes. M. Delorme, qui décortique le poumon en conservant la longueur des arcs costaux, suit une indication meilleure que celle d'Estlander, puisqu'elle doit restituer les fonctions du poumon, et sans créer de mutilations définitives. Mais ni lui ni les chirurgiens qui ont pris part aux débats de 1884 sur les résections d'Estlander ne se sont demandé dans quelle mesure les néo-membranes pouvaient disparaître et le poumon regagner spontanément le terrain perdu, après que la résection costale a assuré le libre écoulement du pus. M. Berger avait cependant noté chez un de ses malades l'ampliation du thorax ultérieurement à une opération d'Estlander (*Soc. de chir.*, 26 mars 1884).

Voici très brièvement rapporté l'historique d'un empyème dont j'ai suivi anxieusement la guérison et qui a modifié les idées que m'avait laissées la lecture des intéressantes discussions de 1883-1884.

Observation. — Une femme de 40 ans, malade alitée depuis le 13 mai 1891, entrait le 18 juillet 1891 à l'hôpital de Thiers, et y subissait le même jour l'opération de la pleurotomie (6e espace gauche). Le 27 août elle retournait chez elle, con-

valescente, la plaie étant cicatrisée depuis quelques jours déjà, et la paroi thoracique se rétractant. Mais le 12 septembre sa cicatrice se rompait, après des accès de toux et de la fièvre, et une fistule se rétablissait, donnant issue à du pus dont l'écoulement continua d'une façon intermittente jusqu'au 18 novembre que furent pratiquées les résections costales.

A ce moment (18 novembre) toutes les médications étaient restées sans résultat utile, et il devenait évident pour nous que cette femme ne guérirait pas sans opération ; une nouvelle pleurotomie n'était pas possible à cause de l'effacement des espaces intercostaux, qui n'aurait pas permis l'introduction d'un drain entre les côtes arrivées au contact. D'autre part, la malade refusait de rentrer dans un hôpital ; et comme après trois mois de grâce qui lui étaient encore accordés pour reprendre son service à la Compagnie P.-L.-M., elle devait perdre irrévocablement la place qui la faisait vivre, ce fut presque une intervention de nécessité à laquelle je me résolus, avec l'assistance de mon confrère le D[r] Dumas (de Thiers). Nous y procédâmes dans une maisonnette isolée sur la voie ferrée de Thiers à Vichy, au milieu de la campagne.

Deux côtes (7[e] et 6[e]) ayant été réséquées sur une longueur de cinq centimètres chacune, et l'ouverture de la plèvre créée par la pleurotomie précédente étant élargie, nous eûmes sous les yeux une cavité béante et beaucoup plus vaste que nous ne l'avions supposé : un hystéromètre y pénétrait en arrière et en haut à des profondeurs de 11, 13 et 17 centimètres (suivant que l'on abaissait plus ou moins le manche en bas et en dehors) avant d'en toucher le fond, et quand j'y versai de l'eau, quelques jours plus tard, lors du premier pansement, la malade étant couchée sur le côté opposé, elle admit 150 gr. de liquide avant qu'il n'affleurât les bords. Notre inexpérience et les circonstances dans lesquelles nous opérions nous firent considérer comme impossible de réséquer d'autres côtes, en nombre et en étendue suffisants pour réaliser l'accolement des parois et remplir l'indication d'Estlander. La cavité pleurale resta béante et fut traitée comme un abcès. La malade guérit (j'y reviendrai tout à l'heure) et reprit son service de garde-barrière le 11 février 1892. Elle l'exerce encore, au même lieu, et l'a exercé sans interruption depuis cette époque.

Cette observation a ébranlé, pour moi, le dogme de l'inamovibilité du poumon dans les empyèmes anciens (la maladie datait de six mois et quatre mois s'étaient écoulés depuis la pleurotomie quand nous pratiquâmes la résection des côtes). J'ai vu *l'expansion du poumon* et *l'ascension du diaphragme* contribuer en même temps que l'affaissement du thorax à l'effacement de la cavité suppurante; et cet effacement n'a marqué que l'avant-dernière étape de la réparation; car le mouvement expansif du poumon, en continuant à progresser, a repoussé la paroi thoracique (et le diaphragme) et rétabli peu à peu la symétrie des espaces intercostaux. Combien de temps a été nécessaire, après la cicatrisation de la plaie, pour que le poumon reconquît tout son territoire? Je ne saurais le préciser : le progrès a continué pendant 15 ou 16 mois au minimum. L'enfoncement en entonnoir qui subsistait d'abord au niveau des côtes réséquées, a pris ensuite et gardé assez longtemps l'aspect d'une dépression en coup de hache avant de s'effacer tout à fait. Je crois que l'ascension du diaphragme, déjà constatée *de visu* et signalée comme une des causes qui coopéraient à l'effacement de la cavité suppurante pendant que la poitrine était encore ouverte, se continuant après la guérison de la plaie, a produit ces modifications dans l'aspect de la cicatrice, en entraînant de bas en haut le fond de l'entonnoir; plus tard, le diaphragme ayant repris sa place sous la poussée progressivement triomphante du poumon, la dépression en coup de hache s'effaçait à son tour et la cicatrice devenait plane. En même temps les espaces intercostaux se rétablissaient et le côté opéré redevenait — à très peu près — (1) symétrique avec le côté droit de la poitrine. Mais le résultat le plus remarquable qu'on puisse constater aujourd'hui, c'est la résonnance de la poitrine et l'intensité du murmure vésiculaire, égaux des deux côtés où la percussion et l'auscultation n'établissent plus de différence.

J'en conclus que les fausses membranes de l'empyème, malgré leur épaisseur (de un centimètre et plus), peuvent disparaître avec les produits de la suppuration ou être résorbés ultérieurement, en totalité, après une résection costale; et la guérison de l'empyème devenir ainsi plus radicale et plus complète que celle de beaucoup de pleurésies fibrineuses après lesquelles des adhérences persistent, avec obscurité du son et dépression du thorax, à perpétuité.

Sans doute, il y aura des empyèmes très, très anciens, où le poumon sera devenu absolument inamovible; et pour lesquels la décortication de M. Delorme et les larges résections d'Estlander offrent seules un espoir de guérison absolue ou relative. Ce n'est pas de ces opérations, réservées d'ailleurs aux grandes cliniques, que j'ai voulu parler, mais du traitement de la pleurésie purulente qui intéresse plus ou moins tous les praticiens. La tendance actuelle, dont nous voyons des indices un peu partout dans la presse médicale française et étrangère, est de remplacer la ponction ou même l'incision d'un espace intercostal dans le traitement de l'empyème, par la résection d'emblée : résection unicostale déjà recommandée par Ollier (Lyon) ou multicostale (Estlander). L'indication perpétuelle qui est remplie par cette pratique n'est autre que celle qui a été attribuée, de toute antiquité, au traitement des abcès : le libre écoulement du pus.

L'effondrement de la poitrine, réalisé par Estlander, ne répond qu'à une indication contingente et secondaire de la cure de l'empyème ; mais dans certains cas, elle a paru tellement nécessaire et absorbante qu'elle a conduit à sacrifier presque toutes les côtes. La règle a été qu'on ne pouvait *pas* réséquer *trop* et que les plus grands désossements donneraient les meilleurs résultats. Je m'étais pénétré de ces principes lorsque j'ai dû aborder (j'ai dit dans quelles conditions qui m'en faisaient un devoir) une opération de résections costales. Mais je n'ai pu achever les résections « suffisantes » que je m'étais proposées pour remplir l'indication d'Estlander. Mon inhabileté ou ma timidité, humiliantes pour l'amour-propre de l'opérateur, a été, en définitive, avantageuse à l'opérée. Sa guérison m'a consolé des traumatismes supplémentaires que je me reprochais, le plus consciencieusement du monde, de n'avoir pas osé lui infliger; elle m'a permis d'observer les procédés lents et sûrs de la nature, employés à combler le vide thoracique, à affranchir le poumon de ses adhérences, à combler la brèche chirurgicale; et de rendre témoignage à cette heure de ses ressources réparatrices — lorsqu'elles sont aidées par la résection limitée.

(1) Les demi-circonférences au niveau des seins sont entre elles comme 41,5 est à 39 c. ; les demi-circonférences inférieures parallèles à la direction des côtes réséquées diffèrent de 6 à 7 centimètres.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Traitement de l'ataxie locomotrice par les injections phosphatiques (Locomotor ataxy treated by phosphatic injections), par Forbes Winslow (*The Lancet*, 18 novembre 1893, n° 3664, p. 1246). — L'auteur rapporte sous ce titre l'observation très incomplète d'un cas de tabes, soigné tout d'abord sans succès par la méthode de Brown-Séquard, puis amélioré et guéri complètement par les injections de phosphate de soude. Le cas était, affirme-t-il, caractéristique, et, bien que remontant à deux ans seulement, l'incoordination

motrice était telle qu'elle empêchait la marche. Le diagnostic formulé par A. Clarke, appelé en consultation, avait été : tabes avancé et incurable. L'amélioration ne survint qu'à la vingt-quatrième injection phosphatique, et la cure fut complète à la cinquantième injection.

La polyurie hystérique, par A. Mathieu (*Revue neurologique*, 15 octobre 1893, n° 19, p. 522). — La polyurie des hystériques est loin d'être rare; sa fréquence relative a été méconnue en raison de ce qu'on l'observe peu chez les femmes. Les malades se plaignent d'uriner beaucoup, d'être tourmentés par la soif, et de se trouver déprimés au moral et au physique. Dans la plupart des cas, la quantité d'urine ne dépasse pas 8 litres. M. Mathieu rapporte deux cas dans lesquels cette quantité atteignait 20 à 30 litres. La polyurie peut être considérée comme subordonnée à l'hystérie, quand elle coïncide avec des accidents hystériques, quand elle survient brusquement à la suite d'une émotion, quand elle disparaît ou réapparaît sous l'influence de la suggestion.

Le chloralose et ses propriétés hypnotiques, par Ch. Richet (*Revue Neurologique*, 28 février 1894, n° 4, p. 97). — Le chloralose est un corps blanc, cristallisable, peu soluble dans l'eau froide, que MM. Richet et Hanriot ont découvert en faisant réagir le glucose sur le chloral. L'auteur donne, dans le travail actuel, le résumé de ses recherches propres et de l'expérience des autres sur ce nouveau produit. C'est un hypnotique qui exerce une action spéciale sur l'écorce cérébrale pour amener le sommeil, en laissant intactes les fonctions du bulbe et de la moelle. Les accidents qui peuvent survenir lors de certaines idiosyncrasies, n'ont jamais présenté aucun caractère sérieux et, comme le chloralose présente l'avantage de ne troubler en rien la pression sanguine, on doit le considérer comme un excellent médicament de l'insomnie asystolique. Les tentatives thérapeutiques faites dans plusieurs maladies mentales et nerveuses sont encore insuffisantes pour décider de sa valeur thérapeutique propre, mais il est incontestable que c'est un excellent hypnotique, donnant un sommeil qui ressemble au sommeil normal, plus que tout autre sommeil amené par un médicament quelconque.

Sur un cas de crétinisme sporadique (Clinical remarks on a case of sporadic cretinism), par Byrom Bramwell (*British medical journal*, 6 janvier 1894, n° 1723, p. 6). — Il s'agit d'un cas de crétinisme sporadique (myxœdème infantile) remarquable déjà en raison de la rareté des cas analogues, mais encore en ce que le traitement par l'ingestion d'extrait thyroïdien fut suivi d'une amélioration considérable. L'enfant, dont les photographies sont représentées, est entré à l'infirmerie d'Edimbourg le 30 mars 1893, âgé de 16 ans 4 mois, mais offrant la taille d'un enfant de 2 ans. Il présente un arrêt de développement intellectuel parallèle, il peut à peine se tenir debout appuyé à un meuble. La langue est énorme et contribue à empêcher la parole. L'enfant a plutôt l'air d'un animal, d'un bull-dog, que d'un être humain. La face est pâle, infiltrée, les lèvres ouvertes, énormes, laissent échapper la salive. Tout le corps et les membres sont infiltrés d'un œdème dur. On ne peut trouver de corps thyroïde. Il existe de plus une hernie ombilicale et de la scoliose. L'enfant fut soumis le 1er avril à l'administration de 5 tablettes d'extrait de thyroïde, portées à 7, puis réduites à 5. Dès le 17 avril, on constatait de l'amélioration, qui augmenta au point d'être très remarquable 6 mois après. L'œdème avait disparu et la croissance s'était faite de un quart en plus de la hauteur totale.

MÉDECINE

Etude expérimentale de la dysenterie ou entéro-colite endémique d'extrême Orient et des abcès du foie d'origine dysentérique, par Calmette (*Archives de médecine navale et coloniale*, septembre 1893, p. 207). — M. Calmette a profité de son séjour à Saïgon pour faire sur la dysenterie une étude du plus haut intérêt. M. Calmette, après avoir remarqué la décroissance graduelle de la dysenterie en Cochinchine grâce aux progrès de l'hygiène, établit l'unicisme de cette affection et de la diarrhée endémique des pays chauds. Puis, par des recherches habilement conduites, il montre que l'amibe de Kartulis et l'amibe de Lœsch ne semblent pas jouer un rôle important dans l'étiologie de la dysenterie. Qui plus est, d'après M. Calmette, la puissance de digestion intra-cellulaire des amibes et leur aptitude à dévorer les microbes tendraient plutôt à les faire considérer comme des auxiliaires utiles pour les cellules macrophages de l'intestin. Le bacille décrit en 1888 par MM. Chantemesse et Widal ne peut non plus être regardé comme la véritable cause de la dysenterie. Il résulte des études de M. Calmette que le rôle prépondérant dans la production de cette affection est joué par le bacille pyocyanique, qui seul est capable de reproduire chez les animaux des lésions de dysenterie vraie. L'auteur ne croit pas cependant que ce rôle soit exclusif et une interprétation sagace des faits observés le conduit à penser que les effets pathogènes du bacille pyocyanique sont *provoqués* et renforcés, au moins dans certains cas, par son association avec des streptocoques.

Dans la deuxième partie de son mémoire, M. Calmette étudie la pathogénie des abcès dysentériques du foie. Il a trouvé que le pus de l'abcès du foie n'est ni infectieux ni toxique pour les animaux et qu'il se résorbe entièrement dans les membranes séreuses sans provoquer d'inflammation. « Tant que la glande hépatique est capable de détruire la quantité de poison que sécrète le microbe à la surface de l'intestin, aucun phénomène morbide n'apparaît, dit M. Calmette. Mais que la source d'intoxication vienne à s'étendre, la suractivité fonctionnelle du foie fait apparaître l'hépatite d'abord simplement congestive, et pour peu qu'il se fasse une accumulation de toxine nécrosante en un ou plusieurs points du parenchyme de la glande, voilà autant d'abcès formés. »

De ces données se dégagent quelques conclusions pratiques, comme l'utilité des diurétiques puissants dans la dysenterie pour débarrasser l'économie de l'accumulation des toxines pyocyaniques, l'inutilité du lavage et du grattage de la cavité des abcès du foie d'origine dysentérique.

Cathétérisme des uretères chez l'homme (Catheterization of the male ureters), par Brown (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, septembre 1893, p. 73). — On comprend de quelle utilité est le cathétérisme de l'uretère dans les cas où on doit pratiquer une néphrectomie ; on sait d'autre part combien cette opération est difficile chez l'homme. M. Brenner, en 1888, a apporté une modification au cystoscope de Nitze-Leiter, modification qui permet le cathétérisme des uretères chez l'homme. Ce cystoscope de Brenner se compose d'un petit tube de 2 millim. de diamètre et compris dans la gaine de l'instrument au delà de laquelle il se prolonge. C'est en passant un cathéter à travers la canule que Brenner a tenté de cathétériser les uretères. Je n'ai apporté à cet appareil qu'une modification : j'ai ajouté un stylet qui, introduit dans le cathéter, lui donne une légère courbure. J'ai pu ainsi cathétériser les uretères chez deux hommes atteints de pyélonéphrite double.

CHIRURGIE

Plaie de la moelle avec paralysie de Brown-Séquard (Ueber einen Fall von Brown-Sequard'scher Halbseitenverletzung des Ruckenmarkes), par Herhold (*Deut. med. Woch.*, 1894, n° 1, p. 9). — Il s'agit d'un homme de 49 ans, entré à l'hôpital pour un phlegmon du pied gauche consécutif à la pénétration d'une aiguille. En 1868, le malade avait reçu dans la nuque un coup de couteau et été apporté sans connaissance à l'hôpital. Pendant son séjour, il aurait eu une paralysie des 4 membres et de la vessie.

Etat actuel. Le pied gauche est tuméfié et présente sous le cinquième orteil une ulcération qui conduit sur une surface osseuse dénudée. A la nuque on voit, un peu à droite de l'apophyse épineuse de la 6e vertèbre cervicale, une cicatrice des dimensions d'une pièce de 50 centimes. L'examen de la motilité et de la sensibilité montre que le malade présente tous les symptômes de la paralysie de Brown-Séquard, à savoir, du côté lésé : troubles de la motilité (atrophie du membre inférieur que le malade traîne), diminution de l'excitabilité faradique et augmentation de l'excitabilité électrique des muscles, ataxie, abolition du sens musculaire, hyperesthésie, exagération des réflexes tendineux et diminution des réflexes cutanés. Du côté sain, opposé à la lésion médullaire : anesthésie thermique, tactile et à la douleur.

Grossesse tubaire (Ueber Tubarschwangerschaft und

die Behandlung der Blutungen in die Bauchhœhle infolge von Tubarschwangerschaft), par Duhrssen (*Deut. med. Woch.*, 1894, nos 2 et 3). — Après quelques considérations sur l'étiologie et les difficultés diagnostiques de la grossesse tubaire, l'auteur publie cinq observations où il est intervenu par la laparotomie peu de temps après la rupture du sac. Sur les cinq opérées, quatre guérirent, et dans les quatre guérisons ainsi obtenues on avait fait avant la laparotomie, suivant le conseil de Wyder, une injection sous-cutanée de un litre de solution physiologique de chlorure de sodium.

Pour l'auteur, ces injections sont dans ces cas éminemment utiles et assurent, pour ainsi dire, la guérison. Pour lui, on ne devrait faire la laparotomie que si après l'injection intra-cellulaire le pouls se relève. On peut encore tenter après une injection intra-veineuse, mais, si le pouls ne se relève pas encore, il est presque inutile d'opérer.

BIBLIOGRAPHIE

Les affections parasyphilitiques, par M. le professeur Fournier, 1 vol. in-8° de 375 pages. Prix : 10 fr. Paris. 1894. Rueff, éditeur.

Sous le nom d'affections parasyphilitiques, le professeur Fournier étudie une série de manifestations morbides qui, sans avoir pour cause une lésion spécifiquement imputable à la syphilis, sont néanmoins sous la dépendance de celle-ci, qui sont d'*origine* syphilitique et non de *nature* syphilitique et qui présentent ce grand caractère de n'être pas justiciables du traitement antisyphilitique. Ainsi se trouve singulièrement agrandi le champ de la vérole, qui ne se limite plus aux accidents dits spécifiques.

Les affections parasyphilitiques, dont le plus grand nombre relève de la pathologie nerveuse, sont les unes sous la dépendance de la syphilis acquise, et les autres sous la dépendance de la syphilis héréditaire.

M. Fournier décrit en premier lieu la syphilide pigmentaire, cette manifestation cutanée si singulière, si importante au point de vue du diagnostic de la syphilis, qu'elle permet de la préciser de prime abord, et qui cependant, de l'aveu unanime, est réfractaire au traitement spécifique.

A côté d'elle vient se placer toute une série d'affections nerveuses d'origine syphilitique.

D'abord deux névroses, la neurasthénie et l'hystérie, fréquentes dans les périodes initiales de l'infection syphilitique, mais qui peuvent encore s'observer à une époque tardive. La neurasthénie d'origine syphilitique, ordinairement mais non toujours accompagnée de manifestations spécifiques, occupe une place importante dans la période secondaire de la syphilis, qu'elle vient compliquer de troubles nerveux variés et parfois complexes : la céphalée, l'insomnie, des douleurs névralgiformes, des troubles sensitifs et vaso-moteurs, des phénomènes d'asthénie médullaire ou cérébrale, etc. Guérissant lentement et laborieusement, elle n'est pas influencée par le traitement spécifique et réclame le traitement de la neurasthénie commune. L'hystérie parasyphilitique peut de même se montrer isolée ou associée aux manifestations syphilitiques; elle peut être le réveil d'une hystérie qui déjà s'est montrée avant l'infection syphilitique ou se développer pour la première fois sous l'influence de cette dernière, sans cesser pour cela d'être l'hystérie commune, se traduisant souvent par des troubles légers, dont la nature est facile à déterminer; elle peut aussi donner lieu à des accidents paralytiques (monoplégie, paraplégie, hémiplégie) simulant les lésions organiques des centres nerveux et dont le diagnostic n'est pas sans offrir de grandes difficultés.

Le tabes, dont l'origine syphilitique est à peu près universellement reconnue depuis les belles recherches du professeur Fournier, est, dit l'auteur, le type des affections parasyphilitiques. Cette qualification est l'indice — et M. Fournier y insiste — que le traitement spécifique est sans action sur lui : tout au plus peut-il, dans quelques cas rares, enrayer sa marche, l'immobiliser. L'hérédité nerveuse, à laquelle on a voulu le rattacher exclusivement, n'agit que comme cause prédisposante.

A propos de la paralysie générale, M. Fournier donne la démonstration de son origine syphilitique, dans des termes qui rappellent la démonstration de l'origine syphilitique du tabes, appelant à son secours les statistiques qui montrent la fréquence extrême des antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux, fréquence atteignant dans certaines statistiques jusqu'à 80 0/0. Cette fréquence varie beaucoup suivant les conditions dans lesquelles les observations ont été recueillies et M. Fournier fait remarquer que, dans l'espèce, les statistiques accusant une proportion faible n'ont qu'une valeur fort médiocre : établies dans des conditions défavorables, sur des malades dont les antécédents sont difficiles ou impossibles à recueillir en raison de leur état mental, elles sont évidemment erronées et seraient tout autres si elles reposaient sur l'interrogatoire des familles et sur les déclarations des médecins qui ont soigné précédemment les malades. Si on considère d'autre part combien il est fréquent de voir se développer la paralysie générale chez des malades soignés auparavant pour la syphilis, il est impossible de ne pas admettre que, parmi les nombreuses causes auxquelles on a cherché à rapporter la paralysie générale, la syphilis a un rôle considérable. D'ailleurs, la paralysie générale se montre précisément dans les conditions où la syphilis est particulièrement fréquente : beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme, elle s'observe presque exclusivement chez les femmes « irrégulières » chez lesquelles la syphilis fait rarement défaut; elle est plus rare chez les habitants des campagnes que chez ceux des villes et surtout des grandes villes, rare dans les pays où la syphilis est rare (Ecosse, Irlande, etc.), rare chez les ecclésiastiques, les religieux, les quakers; la moitié au moins des jeunes sujets atteints de paralysie générale sont des hérédo-syphilitiques; en outre, les antécédents syphilitiques sont bien plus rares dans les autres folies et il est fréquent de voir les lésions de la paralysie générale s'accompagner à l'autopsie des lésions usuelles de la syphilis. Les arguments opposés à l'origine syphilitique de la paralysie générale (inefficacité du traitement spécifique, différences que présentent les lésions avec celles des manifestations syphilitiques, etc.) sont identiques à ceux qui ont été opposés à l'origine syphilitique du tabes et peuvent être réfutés de manière identique. La paralysie générale doit donc être rangée au nombre des affections parasyphilitiques, et ses connexions intimes avec le tabes, établies par de nombreuses recherches, viennent à l'appui de cette opinion.

Il est une forme d'épilepsie que M. Fournier a vue se développer chez un certain nombre d'anciens syphilitiques, caractérisée par la production d'accès comitiaux généralement espacés et d'accès de petit mal, se montrant sans aucun autre symptôme d'ordre nerveux, persistant pendant un temps très long, ne se modifiant pas par le traitement antisyphilitique et se modérant seulement par la médication bromurée, qu'il range au nombre des manifestations parasyphilitiques. Différant de l'épilepsie par lésions syphilitiques du cerveau, dans laquelle deux accès s'associent rapidement des troubles nerveux multiples, qui se modifie par le traitement spécifique et évolue plus ou moins hâtivement vers la guérison ou vers une terminaison fatale, cette épilepsie parasyphilitique mérite de nouvelles recherches.

A ces divers états morbides, il faut encore joindre les faits d'amyotrophies liées à la syphilis que M. Raymond a fait connaître récemment, et qui méritent le nom de parasyphilitiques, au sens attribué à ce mot par M. Fournier.

La liste des manifestations parasyphilitiques en relation avec la syphilis acquise doit-elle s'arrêter là? M. Fournier ne le pense pas; tout au contraire, il croit que leur nombre s'accroîtra à mesure que l'attention sera appelée sur elles et il signale parmi les affections qui semblent destinées à venir s'y ranger le diabète, l'hémoglobinurie, le tabes oculaire (amaurose tabétique), le tabes auriculaire, les érythèmes tertiaires, peut-être l'adénie, certaines formes de la leucoplasie buccale et une variété de pelade dystrophique; mais il faut, suivant son expression, savoir attendre.

Les affections parasyphilitiques de la syphilis héréditaire ne sont pas moins nombreuses. Ce sont d'abord une cachexie fœtale se traduisant par la mort *in utero*, ou peu après la naissance, et cela sans lésion spécifique, une inaptitude à la vie, puis toute une série de troubles dystrophiques généraux partiels (malformations dentaires, infantilisme, nanisme, rachitisme, arrêt de développement du testicule, des ovaires, de l'utérus, imbécillité, idiotie, sans compter les prédisposi-

tion à la scrofule et à la tuberculose), puis des lésions du système nerveux.

Parmi celles-ci, l'hydrocéphalie (sans lésions syphilitiques de l'encéphale), si fréquente dans la descendance des syphilitiques, la méningite à laquelle succombent souvent les enfants de syphilitiques sans qu'on trouve toujours de lésions spécifiques, le tabes congénital spasmodique (maladie de Little) dont M. Fournier a vu 3 cas chez des enfants hérédo-syphilitiques et dont la lésion (arrêt de développement du faisceau pyramidal) s'explique mieux par une maladie qui provoque si souvent des arrêts de développement que par les causes, naissance avant terme, difficultés de l'accouchement, maladies inflammatoires du fœtus, etc., auxquelles on l'a attribuée.

La neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, semblent liées parfois à l'hérédo-syphilis. Bien mieux établie est l'existence du tabes et de la paralysie générale chez les hérédo syphilitiques.

La multiplicité de ces affections parasyphilitiques, qui vient étendre le champ d'action de la syphilis, est une nouvelle preuve de l'influence désastreuse de cette infection et c'est par cette considération que M. Fournier termine son importante et intéressante étude, vient s'ajouter aux arguments déjà si nombreux qui font réclamer une prophylaxie sérieuse de la syphilis.

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses

PARIS

De l'hérédité dans l'hémorrhagie cérébrale, par Vlantassopoulo.

La lésion anatomique qui entraîne l'hémorrhagie cérébrale est une périartérite donnant naissance à l'anévrysme miliaire.

L'hémorrhagie cérébrale est héréditaire.

L'hérédité dans l'hémorrhagie cérébrale peut s'exercer à tous les âges de la vie.

Le rôle du médecin est considérable dans la prophylaxie de cette redoutable hérédité, en instituant une hygiène sévère appropriée à chaque âge de la vie.

L'apoplexie ou l'hémiplégie héréditaires, c'est-à-dire dues à l'hémorrhagie cérébrale, peuvent presque toujours se diagnostiquer à certains signes précis des mêmes syndromes engendrés par d'autres lésions cérébrales, comme la thrombose, l'embolie, la syphilis, les tumeurs cérébrales.

L'électricité, moyen de diagnostic en gynécologie, par Houdart.

L'exploration électrique, au moyen des courants faradiques et galvaniques, peut aider au diagnostic en gynécologie.

Les courants faradiques ne peuvent déceler une inflammation péri-utérine, mais ils suppriment presque toujours une douleur ovarienne ou utérine de nature nerveuse.

Quand les courants galvaniques de 56 milliampères en moyenne sont bien supportés, il n'y a presque jamais de lésions inflammatoires des annexes ou du voisinage de l'utérus.

S'ils sont mal supportés, il y a 90 fois sur 100 une lésion des annexes ou du petit bassin.

L'exploration électrique, faite avec toutes les règles qu'elle comporte, n'est pas dangereuse et n'a pour contre-indication que la grossesse et les inflammations franches aiguës du péritoine.

LYON

Rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses. — Quelques résultats éloignés de la castration, par Villard.

Chez les malades porteurs de lésions tuberculeuses génitales on ne rencontre que dans 50 0/0 des cas la tuberculose pulmonaire concomitante.

Les lésions tuberculeuses des voies génitales envahissent le système urinaire dans 56,6 0/0 des cas. Le rein est touché seulement chez 43,3 0/0 des malades.

Les lésions tuberculeuses péritonéales se rencontrent chez 12 0/0 des cas.

Les tuberculoses osseuses articulaires ne se rencontrent que dans 6,8 0/0 des cas.

La méningite tuberculeuse a été une terminaison chez 17,2 0/0 des malades.

On doit adopter la règle de M. Poncet : A moins de contre-indications relevant de la diffusion de la tuberculose génitale, de la localisation des lésions dans d'autres organes, le traitement de choix de la tuberculose testiculaire est la castration hâtive.

Comme dans toute tuberculose, le traitement général a une importance capitale.

VARIÉTÉS

La Société protectrice de l'enfance. — La Société protectrice de l'enfance a tenu dimanche dernier, à deux heures, dans la salle de la Société de géographie, son assemblée générale annuelle, sous la présidence d'honneur de M. le Dr Théophile Roussel, sénateur, membre de l'Institut, assisté du vénéré président fondateur M. le Dr Marjolin.

Le but de la Société protectrice de l'enfance est d'assurer autant que possible aux enfants l'allaitement maternel, en accordant aux mères nécessiteuses des secours en argent ou en nature. On sait que, pour les enfants remis aux soins des nourrices, la Société a institué un service d'inspection ayant des ramifications dans tous les départements, où des personnes dévouées, médecins ou particuliers, sont chargées de constater que les nourrissons remis à des mains mercenaires sont élevés dans toutes les conditions d'hygiène physiques et morales nécessaires à leur santé.

M. le docteur Roussel a, dans un langage élevé, fait l'historique de la Société, fondée en 1865. Il a rendu hommage au dévouement et à l'abnégation qu'y consacre son fondateur, M. le Dr Marjolin.

Le discours de M. Roussel a été fréquemment coupé par les applaudissements de l'assistance, aussi nombreuse qu'élégante.

M. le Dr Blache, secrétaire général, a ensuite procédé à la lecture du compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1893.

Quelques chiffres donneront une idée des services rendus par la Société dans l'année écoulée : 1,547 demandes de secours ont reçu satisfaction et les sommes distribuées ont atteint un total de 35,000 francs. 792 enfants, placés en nourrice dans différents départements, ont été surveillés par les zélés inspecteurs de la Société.

Après cet exposé, dans lequel il a longuement insisté sur les services rendus par ses dévoués collaborateurs, M. le Dr Blache a donné lecture des récompenses.

M. le Dr Gaudefroy a été proclamé membre honoraire.

Une médaille d'or a été décernée à M. Czajewski (Orléans), inspecteur depuis quinze ans.

Plusieurs rappels de médailles d'or ou de vermeil ont été décernés ensuite, ainsi qu'une médaille d'argent à M. le Dr Brallet, inspecteur au Thillot (Vosges).

M. le Dr Gallois a terminé la réunion par la lecture des récompenses accordées à deux mères de famille et aux nourrices.

Faculté de médecine. — Jeudi dernier, la liste de présentation pour la chaire de clinique des maladies nerveuses a été donnée comme il suit : *en première ligne*, M. Raymond; *en deuxième ligne*, M. Déjerine; *en troisième ligne*, M. Brissaud.

Cours libres. — M. le Dr A. Darier a commencé ses conférences cliniques de pathologie et de thérapeutique oculaires à sa clinique, 9, rue Buffault (faubourg Montmartre). Elles ont lieu tous les jours, de trois heures à cinq heures.

Cours particuliers d'ophthalmoscopie et de réfraction.

Nécrologie. — M. le Dr Juhel-Rénoy, médecin des hôpitaux, qui vient de succomber aux suites d'une fièvre typhoïde, était l'un des plus intelligents, l'un des plus laborieux de nos jeunes confrères. Ses travaux sur la fièvre typhoïde et sur la variole, dont il avait si souvent entretenu la Société médicale des hôpitaux, lui avaient acquis une juste renommée. Il avait écrit sur les devoirs du médecin un livre qui prouve tout au moins l'intérêt qu'il portait à toutes les questions dont se préoccupe le corps médical. Sa mort prématurée sera vivement regrettée par ses collègues et ses amis.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Niepce, ancien médecin-inspecteur des eaux d'Allevard, décédé à l'âge de 79 ans, et de M. Herrisson, externe des hôpitaux, enlevé par une diphthérie contractée en soignant les malades de son service.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et Dubuisson
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

L'enseignement moderne et les médecins.

Nous reproduisons plus loin (p. 155) une nouvelle lettre adressée à M. Bioche, secrétaire général de l'*Enseignement secondaire*. Elle émane d'un des maîtres les plus autorisés de l'Université. Elle intéresse les médecins en appréciant avec équité l'influence exercée par Descartes sur le progrès des sciences biologiques. Toutefois, la question de l'enseignement moderne ne nous paraît nullement jugée par les arguments nouveaux de notre honorable contradicteur. M. Léon Morel nous reproche de ne pas accepter, dans nos écoles de médecine, les étudiants *qui ne savent pas le latin*, s'ils sont plus instruits et plus intelligents que la moyenne et s'ils se croient une vocation pour la médecine. Ce n'est point dans ces termes qu'il convient de poser la question. Il ne s'agit point de personnes; il s'agit de programmes d'études. Jusqu'à ce jour on a imposé aux futurs étudiants en médecine l'obligation d'un enseignement qui, tout le monde ou à peu près le reconnaît, « a sur l'éducation générale une efficacité précieuse ». En réclamant le diplôme de bachelier ès lettres complet, puis un diplôme scientifique dont le programme vient d'être heureusement complété, on veut surtout restreindre le nombre de jeunes gens qui prétendent aborder les études médicales et n'y convier que ceux dont l'étude aura été jugée suffisante au point de vue littéraire et scientifique.

L'enseignement moderne, nous dit M. Léon Morel, donnera une autre tournure d'esprit, des préoccupations et des méthodes générales plus variées. Nous n'en disconvenons nullement; mais, avant de modifier nos règlements et d'ouvrir notre porte à tous ceux qui prétendent la forcer, nous voulons acquérir la certitude que cet enseignement moderne sera sinon supérieur, du moins égal, au point de vue de l'éducation première, à l'enseignement classique. En d'autres termes, nous ne voulons rien changer à un état de choses qui ne nous paraît point mauvais, aussi longtemps que l'enseignement moderne n'aura pas fait ses preuves. Et ce n'est pas au moment où la loi supprime les officiers de santé qui, pour la plupart, étaient à peu près aussi instruits des choses de la médecine que les docteurs des facultés, que nous conseillerions d'abaisser le niveau intellectuel de ceux qui abordent les études médicales. Nous croyons, au contraire, que « toutes les professions qui requièrent une culture élevée » auraient le droit d'imposer une éducation préliminaire supérieure à ceux qui prétendent les embrasser. L'exemple de nos anciens est là pour prouver que l'effort à accomplir le jour où l'on prétend aborder les études médicales n'est pas insurmontable pour un homme intelligent et courageux.

L. L.

REVUE GÉNÉRALE

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs des méninges rachidiennes.

La chirurgie du rachis et de la moelle, qui ne vint que tard en 1887 ou 1888 parmi les conquêtes de l'antisepsie, est très rapidement entrée dans une phase d'activité opératoire véritable. L'article publié ici même par M. Broca (1), l'excellent mémoire d'Oustaniol (2) et enfin le livre tout récent de Chipault (3), — livre qui est un véritable traité, — témoignent en quelque sorte de l'extension progressive de la chirurgie du rachis et des progrès accomplis en quelques années.

La technique opératoire a été également perfectionnée. Sans parler de la ponction rachidienne de Quincke, c'est d'abord la résection des lames vertébrales, la trépanation rachidienne de Horsley, la laminectomie de Lane, qui permet actuellement d'explorer la face postérieure de la moelle, de faire disparaître une compression tenant à la fracture d'un corps vertébral, de gratter ou de réséquer une ou plusieurs lames ou apophyses atteintes d'ostéite tuberculeuse, d'évacuer et de curetter un foyer purulent

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1890, n° 15.
(2) *Contribuion à l'étude des tumeurs des méninges rachidiennes*, Paris, 1892. G. Steinheil édit.
(3) *Études de chirurgie médullaire*, 1894, Félix Alcan, édit.

intra-rachidien, d'enlever une tumeur. Si l'on a soin de récliner avec douceur soit à droite, soit à gauche le faisceau méningo-médullaire, il n'est pas jusqu'à la face postérieure des corps vertébraux qui ne puisse être explorée par cette voie, en cas de fractures avec déplacement du corps des vertèbres, en cas de foyers d'ostéite tuberculeuse accompagnée de séquestres ou de productions fongueuses abondantes. Le traitement direct des lésions vertébrales antérieures n'est pas, non plus, aujourd'hui, au-dessus de nos ressources.

Il faut pourtant dire que les résultats thérapeutiques n'ont pas répondu à l'enthousiasme de la première heure. Quand on lit le beau livre de Chipault, on voit, notamment pour ce qui est des traumatismes, que ce sont surtout les fractures des lames qui ont bénéficié d'une intervention. Les fractures des corps siégeant à la partie inférieure de la colonne ont pu aussi retirer quelque profit d'une opération, mais, dans la plupart des cas, l'action du chirurgien se trouve limitée par la gravité des lésions médullaires pouvant tenir à l'intensité du traumatisme ou à son ancienneté.

La situation n'est guère meilleure dans le mal de Pott. « Le mal de Pott, dit Chipault (1), provoquait des tentatives de divers ordres. Peu nombreuses et sans retentissement avant 1888, elles sont, depuis, devenues singulièrement fréquentes. Les unes se sont adressées seulement aux os malades, les autres aux accidents paralytiques si souvent constatés dans la tuberculose vertébrale. Les premières n'ont point donné trop de déceptions, mais pour les secondes, si l'enthousiasme fut prompt, la désillusion suivit de près, malgré le perfectionnement progressif des procédés : chez nombre d'opérés considérés et publiés comme guéris, on vit récidiver les accidents » (Chipault).

Encore moins heureuses ont été les interventions pour tumeurs malignes des vertèbres.

« Depuis Lecat qui, après avoir enlevé des fongosités cancéreuses du dos, mit bien malgré lui la moelle a nu, jusqu'à Bardeleben, ces interventions n'ont causé que des désastres, et l'on peut espérer que leur histoire est close. Au contraire, les tumeurs des méninges sont et resteront l'une des plus belles conquêtes de la chirurgie médullaire. »

Ce sont donc les tumeurs des méninges qui intéressent plus spécialement le chirurgien. Elles ont été particulièrement bien étudiées par Oustaniol, dont le mémoire va nous servir de guide.

I

Les variétés de tumeurs qu'on peut rencontrer sur les méninges et qui agissent principalement comme agents de compression de la moelle sont assez nombreuses.

Le *sarcome*, longtemps confondu avec le cancer et principalement avec le carcinome et l'épithéliome, extrêmement rares tous les deux et presque toujours secondaires, constitue la classe de tumeurs de beaucoup la plus importante tant par sa fréquence que par les diverses formes qu'il peut revêtir dans cette région.

Le *sarcome névroglique* est extrêmement rare, et Oustaniol n'a pu réunir que deux cas authentiques; nous n'avons donc pas à y insister. Par contre, le *sarcome angiolithique* est assez fréquent. Ces tumeurs sont ordinairement bien circonscrites, ovalaires; leurs dimensions varient de 3 à 4 centimètres de long sur 1 centim. 1/2 de large. Leur couleur est grise, leur consistance souvent peu ferme. Elles sont rarement kystiques. Insérées sur la face interne de la dure-mère ou sur l'arachnoïde, en rapport le plus souvent avec les parties latérales ou postéro-latérales de la moelle, elles sont nettement distinctes de cet organe et de la pie-mère, séparées qu'elles sont de parties voisines par un épaississement de leur stroma formant à la périphérie une sorte d'enveloppe qui peut singulièrement faciliter leur ablation. Leur insertion sur les méninges se fait ordinairement sur une surface assez étendue à l'aide d'un tissu assez lâche, parfois par un pédicule grêle. Sur les 47 cas réunis par Oustaniol, le sarcome angiolithique est noté 12 fois : dans 8 cas il s'était développé à la face interne de la dure-mère, et dans 2 sur l'arachnoïde viscérale.

Le sarcome fasciculé et le sarcome encéphaloïde sont assez fréquents, puisque dans la statistique d'Oustaniol ils figurent le premier pour 15 cas, le second pour 18.

Le *sarcome fasciculé*, sarcome dur ou fuso-cellulaire des Allemands, tumeur fibro-plastique de Robin et Lebert, offre ordinairement une consistance assez ferme, est nettement limité par une capsule qui le sépare des organes voisins; presque toujours unique, il ne présente point de tendance à la généralisation. Il se développe sur la dure-mère, à sa face interne surtout, sur l'arachnoïde, le tissu sous-arachnoïdien, plus rarement sur la pie-mère, peut-être encore sur le ligament dentelé. La base d'implantation du sarcome fasciculé est ordinairement assez large, mais il peut ne tenir aux membranes que par un pédicule assez mince. Son volume, comme celui du sarcome angiolithique, ne dépasse guère 4 à 5 centim. de long, sur 1 centim. et demi ou 2 de large.

Le *sarcome encéphaloïde*, sarcome mou, de consistance pulpeuse, de couleur grisâtre, très vasculaire, ne se comporte pas de la même façon que le sarcome fasciculé. Il y a bien des sarcomes encéphaloïdes nettement circonscrits formant, comme le sarcome fasciculé, une tumeur unique, bien distincte, implantée soit sur la dure-mère soit sur l'arachnoïde; mais le plus souvent ces néoplasmes se développent sur la pie-mère ou dans le tissu sous-arachnoïdien. Ils prennent souvent une marche spéciale, envahissent en nappe de proche en proche l'enveloppe de la moelle, arrivent à former, sur une étendue plus ou moins grande de cet organe ou sur toute sa longueur quelquefois, une couche de 5 à 6 millim. et plus d'épaisseur, en formant une gouttière antérieure ou postérieure plus ou moins irrégulière, ou bien une véritable gaine qui enveloppe complètement la moelle. D'autres fois l'envahissement ne se fait pas seulement en hauteur d'une façon continue, mais de nouveaux bourgeons se développent isolément de leur point de départ. On trouve alors, par exemple, la pie-mère rachidienne envahie dans une grande étendue et d'autres plaques disséminées soit sur la queue de cheval, soit sur les enveloppes cérébrales ou dans les centres nerveux, mais toujours sur place en continuité avec les méninges, et dans aucun cas on ne trouve signalée une tumeur analogue dans un autre organe éloigné. Dans certains cas, pourtant, le néoplasme perfore les méninges, repousse les arcs vertébraux, les détruit et vient faire saillie sous la peau qu'il ulcère quelquefois.

Le *fibrome* et le *fibro-sarcome*, dont Oustaniol a réuni 8 cas, se présentent sous forme de tumeurs assez dures, régulières, nettement circonscrites, avec un épaississement capsulaire les isolant nettement des parties voisines. Le volume de ces tumeurs ne dépasse guère celui d'un œuf de pigeon, et le peu d'extension du point d'implantation de ces tumeurs doit rendre leur ablation facile.

Les *myxomes* et les *fibro-myxomes*, à peu près aussi fréquents que les fibromes et les fibro-sarcomes, présentent beaucoup d'analogie avec ces derniers, comme volume et comme mode de développement, mais en diffèrent par leur consistance et leur tendance beaucoup plus grande aux formations kystiques. Leur structure, qui ne paraît pas avoir dans les méninges de particula-

(1) *L. c.*, p. 7.

rité bien spéciale, explique du reste cette tendance aux transformations kystiques soit par rupture vasculaire et hémorrhagique, soit par dégénérescence des éléments du centre de la tumeur et formation consécutive de cavités.

Les *lipomes* peuvent naître dans le tissu cellulo-graisseux péri-méningé, mais se développer aussi aux dépens des méninges rachidiennes et, plus spécialement, de la pie-mère ou du tissu sous-arachnoïdien. Dans le rachis, ces tumeurs sont de volume variable, depuis 2 centim. de long jusqu'à 12. Ordinairement entourées d'une capsule bien nette et non adhérente à la moelle, elles sont facilement énucléables. Elles se développent lentement, principalement chez des sujets jeunes de 2 à 5 ans, mais peuvent se rencontrer aussi chez des nouveau-nés, comme en témoigne le cas d'Athol Johnson.

A côté de ces tumeurs anatomiquement bien caractérisées, on peut encore rencontrer sur les méninges des tumeurs rares ou de nature peu déterminée, comme l'adéno-sarcome (Hodenpyl), le lymphangiome de la pie-mère (Traube), le lymphangiome caverneux (Rehn), le mélanome (Virchow). Le chirurgien pourra encore avoir à compter avec des tumeurs développées sur les racines antérieures ou postérieures, mais ne présentant rien de bien différent soit au point de vue anatomo-pathologique, soit au point de vue symptomatique. Placées en général sur les parties latérales de la moelle, tantôt elles se trouvent reliées par un pédicule plus ou moins large aux racines sur lesquelles elles se sont développées, tantôt, au contraire, elles englobent complètement une ou plusieurs racines, dont les éléments sont quelquefois dissociés. Les filets nerveux qui forment la queue de cheval sont bien plus souvent envahis par ces néoformations que les autres racines nerveuses.

La *syphilis* provoque ordinairement des lésions diffuses ne se prêtant pas à une intervention chirurgicale; mais dans certains cas elle aboutit à la formation de gommes circonscrites qui agissent sur la moelle à la façon de tumeurs. Tels les cas de Zambaco, Westphal, Wilks, Voillemier, Leyden, Allen, Lancereaux et autres, où le traitement spécifique n'a donné aucun résultat. Or la plupart de ces tumeurs étaient uniques, implantées sur la dure-mère, et l'intervention chirurgicale aurait été pleinement justifiée, alors que les moyens médicaux avaient complètement échoué.

Ce que nous venons de dire de la syphilis s'applique également à la *tuberculose*. Les productions tuberculeuses des méninges se développent presque toujours consécutivement à la carie vertébrale. On peut néanmoins voir des néoplasmes tuberculeux se développer primitivement dans les méninges alors qu'il n'existe dans le squelette aucune altération de même nature. Mais le produit tuberculeux revêt alors une forme spéciale : il est constitué soit par un tubercule unique qui peut atteindre le volume d'une grosse noisette et amener de graves accidents de compression médullaire, soit par une série de tubercules moins volumineux, conglomérés et arrivant à former une plaque beaucoup plus large, mais bien moins épaisse et par conséquent moins menaçante pour les cordons médullaires. D'autres fois la néoformation revêt un aspect fongueux, reste néanmoins circonscrite et, prenant naissance dans l'épaisseur de la dure-mère, se développe vers sa face interne.

Ces productions tuberculeuses ont souvent donné lieu à une symptomatologie locale très marquée, mais souvent interrompue par la terminaison fatale amenée par une tuberculose, pulmonaire ou autre, concomitante. Il est même probable que la présence de ces foyers tuberculeux dans les méninges et les accidents qu'ils provoquent du côté de la moelle doivent jouer un rôle important, soit dans l'éclosion possible d'une tuberculose aiguë, soit dans l'accélération de la marche d'une tuberculose pulmonaire existante déjà. Aussi leur ablation semble-t-elle rationnelle dans les cas où existent des signes nets de compression médullaire, à moins que l'état général ou de graves lésions pulmonaires ne contre-indiquent toute intervention.

A côté des néoplasmes tuberculeux intra-méningés, ordinairement solitaires et indépendants de toute altération de voisinage, il faut citer certaines variétés de pachy-méningite caséeuse qui, par leur siège et leur mode d'évolution, présentent un intérêt chirurgical. Dans certains cas notamment on peut rencontrer à la suite de la carie d'une ou plusieurs lames vertébrales, sur la face externe de la dure-mère et sur sa moitié postérieure, des productions fongueuses correspondant aux lésions osseuses et facilement accessibles au chirurgien. Elles agissent comme agents de compression à la façon d'autres tumeurs et leur ablation facile est d'autant plus rationnelle que l'on supprime en même temps la lésion osseuse primitive.

Dans le même ordre d'idées on peut encore citer les productions circonscrites de tissu conjonctif qu'on trouve à la face externe de la dure-mère dans l'angle de la gibbosité pottique et qui agissent comme agents de compression en donnant lieu au syndrome médullaire classique. Leur ablation a été dans certains cas (Macewen) suivie de la disparition de la paraplégie.

Parmi les pachy-méningites inflammatoires, celle qui se développe à la suite des fractures de la colonne vertébrale, présente en l'espèce un intérêt particulier. On peut voir dans ce cas se développer sur la dure-mère une sorte de coussinet de tissu conjonctif qui finit par amener des accidents graves de compression de la moelle et jouer un rôle bien plus important que le déplacement osseux très souvent minime. Macewen a rapporté un cas de ce genre où la résection de l'arc de la 12e dorsale suivie d'ablation du néoplasme conjonctif fit disparaître la paraplégie qui s'était développée assez longtemps après l'accident.

A côté de ces productions organiques ou inflammatoires qu'on peut rencontrer dans les méninges rachidiennes, vient se ranger le groupe des tumeurs parasitaires, kystes hydatiques et cysticerques. Les premiers surtout sont d'un haut intérêt chirurgical. Qu'on lise le mémoire de Souques (1), ou les observations isolées plus récentes, celle de Friedberg par exemple, on voit toujours les malades succomber uniquement parce qu'on n'est pas intervenu à temps. Le médecin assiste impassible au développement d'une myélite plus ou moins bizarre, puis à l'autopsie on trouve le corps du délit, et on se dit que le malade aurait pu sûrement être sauvé par une intervention intelligente.

Les kystes hydatiques ne sont point exceptionnels et ne présentent rien de spécial au point de vue de leur évolution anatomique. Développé primitivement dans l'espace sus- et sous-arachnoïdien, le kyste peut rester unique et se comporter au point de vue symptomatique comme une tumeur organique bénigne circonscrite; d'autres fois au contraire on trouve de nombreuses vésicules disséminées dans le système méningé cérébro-spinal, et donnant une symptomatologie vague qui n'a rien de commun avec la compression lente, localisée de la moelle. Les poches kystiques formées primitivement dans le sac méningé sont du reste assez rares, comparées aux kystes de même nature nés dans le canal rachidien en dehors de la dure-mère, ou bien ayant envahi secondairement ce canal, soit par usure et destruction de ses parois, soit par pénétration brusque ou lente à travers les trous de conjugaison. Dans d'autres cas le fait inverse

(1) *Bullet, Soc. Anatom*, 1893, t. VII, p. 609.

se produit, et le kyste, développé primitivement dans le canal ou les méninges, se fait jour secondairement à l'extérieur du canal. Nous ajouterons que dans les deux cas les symptômes sont à peu de chose près les mêmes et la conduite du chirurgien, par conséquent, doit aussi être la même. Quant aux cysticerques signalés dans un certain nombre de cas, ils forment des tumeurs de petit volume, presque toujours généralisées au cerveau et à la moelle, qui ne donnent point de symptomatologie bien définie et qui n'ont aucun intérêt chirurgical, en raison surtout de leur dissémination.

II

Les lésions médullaires, celles qui commandent la symptomatologie du tableau clinique, sont celles de la myélite par compression. L'aspect de la moelle, au niveau des points comprimés, varie suivant les cas et dépend du volume, de la forme et de la situation de la tumeur; tantôt elle ne présente qu'une dépression assez légère, tantôt, au contraire, elle est complètement aplatie; les deux feuillets de la pie-mère semblent accolés : la solution de continuité n'est pourtant jamais complète.

La consistance de la moelle varie également suivant les observations. Quelques auteurs l'ont trouvée dure, grisâtre; le plus grand nombre au contraire insistent sur sa mollesse, sa friabilité à ce niveau. Dans quelques cas enfin, on n'a trouvé aucune modification apparente. Mais il est si difficile de se rendre compte des lésions intimes de cet organe à l'œil nu, qu'il faut n'accepter qu'avec réserve cette dernière assertion.

A l'examen microscopique, on constate une prolifération névroglique intense, une myélite interstitielle très marquée avec épaississement quelquefois de la pie-mère. Avec cette transformation fibroïde de la névroglie, accompagnée d'augmentation de volume des vaisseaux dont les parois sont épaissies et les gaines remplies de corps granuleux, on observe toutes les phases de dégénérescence des éléments nobles de la moelle : myéline fragmentée ou disparue plus ou moins complètement; cylindraxes restés encore intacts, renflés par points et terminés en massue.

Le tableau clinique est celui de la myélite par compression. Très brièvement résumé, il présentera donc une première période douloureuse (pseudo-névralgies) précédant la paralysie motrice, et une seconde période caractérisée par la paralysie motrice avec exagération des réflexes (paraplégie spasmodique) pendant laquelle peuvent persister le plus souvent les symptômes douloureux du début. Dans la dernière période enfin, les douleurs disparaissent souvent, les réflexes peuvent se supprimer et la paralysie devenir flasque; les troubles de la sensibilité se montrent, s'accentuent ou se complètent; les troubles vésico-rectaux existant déjà s'exagèrent, les troubles trophiques, les eschares surtout, apparaissent ou s'aggravent, et le malade ne tarde pas à succomber.

Il va de soi que le tableau clinique peut varier suivant le siège de la tumeur, suivant la région qui subit la compression. C'est ainsi que dans les cas où la tumeur occupe la région cervicale et dorsale supérieure, on peut observer de la toux, du hoquet, des vomissements, des troubles de la déglutition, de l'élévation de la température, du ralentissement du pouls, des phénomènes oculo-pupillaires, mydriase, myosis, inégalité pupillaire, etc., de la gêne respiratoire variable comme intensité suivant les centres lésés et les groupes musculaires paralysés.

Les troubles moteurs surtout revêtent dans ces cas une marche un peu spéciale. La paralysie peut se montrer d'emblée ou successivement sur les deux bras avant d'atteindre les membres inférieurs. Le plus souvent, c'est une monoplégie qui se montre d'abord et se transforme ensuite en hémiplégie par l'invasion du tronc et du membre inférieur correspondant; et ce n'est que quelques semaines ou quelques mois après, que, grace à l'accroissement de la tumeur, le bras du côté opposé puis le membre inférieur se prennent à leur tour.

Au niveau de la région dorso-lombaire, la compression détermine une paraplégie complète ou une hémi-paraplégie avec intégrité du membre supérieur et du tronc. Les réflexes rotuliens peuvent être abolis ou diminués, soit que leur centre se trouve lésé, soit que la compression siège trop bas sur l'axe médullaire. Les troubles vésico-rectaux peuvent avoir ici une marche beaucoup plus rapide, l'incontinence se montrer d'emblée ou faire rapidement suite à la rétention.

Les tumeurs qui se développent sur la queue de cheval ont une symptomatologie un peu différente. La paraplégie à peu près complète est la règle, mais tandis que les muscles innervés par le plexus sacré sont complètement paralysés et présentent la réaction de dégénérescence, ceux innervés par le nerf crural, l'obturateur, peuvent conserver quelques mouvements. L'anesthésie est aussi en rapport avec l'innervation fournie par le plexus sacré : le périnée, le pénis, le scrotum, la fesse, la partie postérieure de la cuisse, de la jambe et du pied sont insensibles, tandis que la sensibilité est conservée dans la partie antéro-externe de la cuisse, de la jambe et du pied. Les réflexes tendineux sont affaiblis ou nuls, les superficiels peuvent être conservés. L'incontinence d'urine et l'impuissance sont ordinairement absolues, les troubles trophiques rares.

Un symptôme particulier à ces tumeurs est la douleur. Les tumeurs que l'on trouve en effet sur la queue de cheval se développent sur un ou deux filets nerveux qu'elles englobent et désorganisent plus ou moins, en même temps qu'elles compriment les racines et les troncs voisins; c'est ce qui explique l'existence, suivant les filets nerveux atteints, de névralgies rebelles à tous les traitements, ne laissant aucun repos au malade, persistant souvent après l'apparition des paralysies et pouvant s'accompagner de troubles trophiques cutanés et d'atrophie musculaire.

Disons enfin que, lorsque la compression est limitée à une moitié de la moelle, on observe un syndrome clinique constant, l'hémiparaplégie avec hémianesthésie croisée.

Les symptômes locaux, un certain nombre de signes que l'on retrouve à l'exploration de la colonne vertébrale peuvent fournir des renseignements précieux pour la localisation de la lésion médullaire.

En premier lieu, il faut citer sous ce rapport la douleur, douleur spontanée au niveau d'une ou de plusieurs vertèbres, exaspérée par la pression verticale sur la tête, par la flexion, la torsion et les divers mouvements du rachis. Mais c'est surtout l'exploration directe, la pression, la percussion sur la ligne des apophyses épineuses qui révélera souvent une sensation douloureuse plus ou moins marquée. La douleur, alors même qu'elle est légère, n'en constitue pas moins un signe important pour la localisation, surtout si elle est accompagnée de sensation de faiblesse perçue par le malade et si elle augmente par la fatigue (Horsley). Elle est souvent en rapport par son étendue avec le volume de la tumeur, et, dans certains cas de sarcome diffus de la pie-mère, il n'est point rare de l'observer sur presque toute la longueur du rachis. Enfin, elle persiste pendant toute la durée de l'affection, alors que les autres manifestations douloureuses disparaissent.

Vient ensuite la déviation latérale du rachis, scoliose,

surtout dans la région dorsale, que l'on observe assez souvent en dehors de toute lésion osseuse; elle paraît due à la contracture des masses sacro-lombaires. Sa concavité est située du côté de la tumeur.

III

Avec les éléments diagnostiques qui viennent d'être exposés, on peut, en prenant en considération les caractères, l'ordre d'apparition et l'association de divers signes cliniques, arriver au diagnostic de compression de la moelle. Mais les tumeurs des méninges peuvent être confondues avec presque toutes les maladies des vertèbres, des méninges et de la moelle, et ce n'est que par une observation exacte, par une étude complète des symptômes et de la marche qu'on peut donner quelque certitude au diagnostic différentiel (Leyden).

A ce point de vue, on aura, bien entendu, vite fait d'éliminer la pachyméningite hémorrhagique interne qui se rencontre surtout chez les alcooliques et les paralytiques généraux; les apoplexies méningées qui seront reconnues à leur début violent et aux phénomènes d'irritation méningée; la pachyméningite cervicale hypertrophique qui a une symptomatologie assez caractéristique; les myélites systématiques, comme la sclérose latérale, l'ataxie locomotrice; les myélites non systématiques, myélite chronique en foyer ou myélite transverse où l'on retrouve presque toujours une phase aiguë survenue dans le cours d'une maladie générale infectieuse ou imputable parfois à la syphilis; l'hématomyélie dont le début est brusque comme dans l'hémorrhagie méningée et les symptômes prédominants constitués par la paralysie motrice et sensitive.

Le diagnostic différentiel est ensuite à faire avec la compression d'origine intra- et extra-médullaire.

Les tumeurs de la moelle sont très difficiles à différencier cliniquement des tumeurs des méninges, avec lesquelles elles présentent une grande analogie comme développement, évolution et symptomatologie. Pour les gliomes, par exemple, on peut rencontrer les mêmes symptômes que dans les tumeurs des méninges, mais leur ordre d'apparition et leurs caractères varient. On retrouve rarement le stade douloureux du début, et les phénomènes douloureux peuvent même manquer totalement ou n'apparaître qu'après la paralysie. Les troubles de la sensibilité et les troubles trophiques peuvent être, au contraire, très marqués et permettre quelquefois à eux seuls d'établir le diagnostic. On connaît, en effet, la relation étroite qui existe entre le gliome et la syringomyélie et les troubles sensoriels qui caractérisent surtout cette affection. Comme beaucoup de ces néoplasies peuvent provoquer, à un moment donné, des dilatations kystiques du canal épendymaire, on ne devra jamais négliger la recherche du syndrome syringomyélique.

Les réflexes sont souvent exagérés, mais il est rare de voir l'exagération persister pendant une longue période de l'affection. La myélite de voisinage prend souvent une grande extension, de sorte qu'il n'est pas rare de voir les phénomènes de compression être remplacés, après une courte durée, par les symptômes de myélite centrale. Le début par des troubles de la miction, de la défécation et des fonctions génitales peut aussi servir d'argument en faveur du diagnostic de tumeur intra-médullaire (Renz).

Malgré tout cela, le diagnostic différentiel reste difficile. Il est pourtant le seul, peut-être, important en l'espèce, car, comme l'a dit Leyden, si l'idée d'une trépanation pour l'extirpation d'une tumeur rachidienne peut se présenter à l'esprit, elle ne peut se rapporter qu'à une tumeur des méninges ou à une tumeur périphérique de la moelle.

La compression d'origine extra-médullaire peut reconnaître pour causes une fracture, une luxation de vertèbres, le mal de Pott, l'anévrysme de l'aorte. Dans tous ces cas, le diagnostic ne présente aucune difficulté.

Le sarcome des vertèbres avec saillie extérieure sans troubles médullaires peut, au début, au moins, se différencier assez facilement du sarcome des méninges propagé en dehors du canal; ici, la tumeur est secondaire aux troubles médullaires qui ont ouvert la marche.

Les exostoses syphilitiques, rares, du reste, à l'intérieur du canal, ne pourront être soupçonnées que si l'on retrouve des traces anciennes de syphilis ou des accidents encore en évolution. Le traitement spécifique en cas de doute devra toujours juger en dernier lieu.

Les kystes hydatiques, qu'ils soient développés primitivement dans le canal rachidien ou qu'ils y pénètrent secondairement, peuvent produire, au même titre que les kystes intra-méningés, la compression de la moelle. On peut encore rencontrer dans le tissu cellulaire périméningé diverses tumeurs, telles que le lipome, le sarcome, le lymphangiome, etc. Dans tous ces cas, le diagnostic différentiel sera des plus difficiles, le plus souvent impossible. Mais autant l'importance du diagnostic est considérable au point de vue chirurgical, du moins pour les tumeurs intra-médullaires, autant elle est minime dans le cas présent, la conduite du chirurgien restant la même en face des accidents identiques, différant seulement par le siège et l'agent de compression.

Le diagnostic de tumeur méningée étant établi, il faut encore reconnaître la nature de la tumeur. Au point de vue chirurgical, on peut fort bien accepter la classification d'Oustaniol qui divise toutes les tumeurs des méninges en trois groupes :

Tumeurs uniques, nettement circonscrites, bénignes. Ordinairement de petit volume (olive, œuf de pigeon), entourées pour la plupart d'une capsule qui les sépare nettement des parties voisines et de la moelle, elles se laissent facilement isoler. Grâce à leur situation sur les parties postérieures ou latérales de l'axe médullaire, on peut assez facilement les aborder et les extirper. Si l'on ajoute leur tendance nulle à la généralisation, l'absence à peu près certaine de récidive sur place après extirpation complète, on aura énuméré leurs caractères fondamentaux et en même temps les motifs principaux qui plaident en faveur de leur traitement chirurgical.

Le second groupe est constitué par des tumeurs qui, prises individuellement, sont ordinairement de même nature et de même aspect que les précédentes, mais qui en diffèrent essentiellement par leur volume moindre, leur multiplicité, leur généralisation quelquefois à tout le système méningé cérébro-spinal et même au système nerveux périphérique.

Dans le troisième groupe rentrent des tumeurs d'une nature toute différente. Ce sont presque toujours des sarcomes à petites cellules formant, tantôt sur place, une grosse tumeur bourgeonnante qui détruit les parties voisines et arrive à faire saillie à l'extérieur, tantôt envahissant la moelle sur toute sa hauteur et pénétrant même dans la cavité crânienne. Ces tumeurs, implantées presque toutes sur la pie-mère ou le tissu sous-arachnoïdien, ont une évolution assez rapide et se développent principalement chez des jeunes sujets. Leur symptomatologie est en général diffuse et s'éloigne fort de celle de la compression lente produite par les tumeurs du premier groupe, par exemple.

A l'exception de certains gros sarcomes qui n'ont point de tendance à se généraliser le long de la moelle, ce sont surtout les tumeurs du premier groupe qui peuvent intéresser le chirurgien. En effet, l'évolution de ces tumeurs est naturellement progressive; les lésions

médullaires qu'elles provoquent ne sauraient rétrocéder si la cause persiste, et amènent fatalement la mort. Par contre, elles n'ont aucune tendance à la généralisation, à la récidive locale, du moins pour la plupart; elles empruntent toute leur gravité à leur situation, à leur action mécanique sur la moelle. Leur ablation seule peut arrêter la myélite transverse ou laisser espérer la rétrocession en totalité ou en partie des désordres existant déjà. Le traitement est donc le seul rationnel pour les cas où le diagnostic de compression médullaire est nettement établi.

Or, dit Chipault (1), ces tumeurs se présentent souvent dans d'excellentes conditions pour l'opérateur : ordinairement postérieures ou postéro-latérales, de petit volume, fixés soit sur la pie-mère ou l'arachnoïde viscérale, soit sur l'enveloppe des nerfs, soit sur la face interne ou la face externe de la dure-mère, par un pédicule assez grêle ou par une insertion plus large, mais alors constituée par du tissu connectif lâche, elles n'ont que peu ou pas d'adhérences secondaires et sont nettement séparées des parties voisines par un épaississement périphérique de leur stroma. D'où qu'elles soient, extra ou intrasurales, une extirpation facile, une récidive peu probable, jusqu'à présent non constatée, et pas de destruction de la moelle, mais une compression lente, n'entraînant que tard des lésions médullaires du reste analogues à celles du mal de Pott, et, comme elles, susceptibles de guérir une fois que la cause de compression est enlevée.

A côté des cas où l'indication opératoire découle nettement du diagnostic plus ou moins facile à poser, il en est d'autres où le doute et où la réserve s'imposent. Mais quand il s'agit des malades qui présentent des signes de lésion localisée de la moelle, mais chez lesquels le diagnostic de compression et la nature de l'agent de compression sont difficiles à établir, on peut, en cas d'échec de la médication interne et d'aggravation de la maladie, tenter la trépanation du rachis, vu que cette intervention a perdu aujourd'hui de sa gravité et ne peut guère aggraver la situation. Cette opinion, défendue par Bazy, est également soutenue par Oustaniol.

Le succès de l'intervention dépend de l'état de la moelle. Mais, d'après Oustaniol, on devra surtout se fonder pour établir les contre-indications sur les phénomènes suivants : lésions rénales avancées, mauvais état général (cachexie profonde, pyohémie), poussée de myélite intense avec troubles trophiques, symptômes généraux, fièvre. Les lésions médullaires, présumerait-on même leur gravité, doivent moins arrêter le chirurgien, car dans les compressions par tumeur, on n'a jamais une destruction complète de la moelle, et l'on peut toujours espérer voir l'organe récupérer au moins une partie de ses fonctions, même dans les cas jugés les plus désespérés.

Les résultats fournis jusqu'à ce jour par l'intervention dans les tumeurs des méninges, ne sont décidément pas mauvais. Si aux cas réunis par Oustaniol on ajoute ceux qui sont reproduits par Chipault, on arrive à un total de 16 cas avec 4 morts, dont deux seulement opératoires. Cette statistique est donc des plus encourageantes, et Oustaniol a eu raison de dire que si ces faits sont encore rares aujourd'hui, ils ne peuvent que se multiplier pour constituer, dans un avenir prochain, un des chapitres les plus intéressants de la chirurgie des centres nerveux.

R. Romme.

(1) *l. c.*, p. 348.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôtel-Dieu de Lyon. — M. A. Poncet.

Note sur un cas d'hydronéphrose intermittente double, par M. V. Siraud, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon.

Le mécanisme de l'hydronéphrose intermittente est loin d'être encore élucidé. A ce point de vue, l'observation que nous publions offre quelque intérêt.

Le 18 décembre 1893, entre à la clinique chirurgicale du Pr Poncet une jeune fille de 19 ans, Marie N., tisseuse, née à Jujurieu (Ain): elle se plaint de douleurs très vives, qu'elle localise aux lombes et de troubles fonctionnels graves : dyspnée, vomissements, céphalée.

Histoire clinique. — Cette jeune fille, pâle et amaigrie, paraît souffrir beaucoup; elle donne avec peine quelques renseignements. Ses antécédents héréditaires sont dénués d'intérêt; elle-même, indemne de toute maladie avant 13 ans, fut prise à cet âge, en dehors de toute cause appréciable (pas de traumatisme local, pas d'affections générales...), de crises douloureuses au niveau du rein droit. Ces crises survenaient sous la forme de coliques très intenses.

Au début, les douleurs étaient fixes et nées exclusivement dans la région du rein droit; mais, un an après leur première manifestation, elles apparaissaient aussi au niveau du rein gauche. Des deux côtés, elles offraient les mêmes caractères subjectifs : sensations de brûlures, sensations lancinantes aux lombes; jamais d'irradiations vers le bassin, le périnée, ou la vessie. Les accès douloureux, dont la durée variait entre 10 et 12 heures, étaient généralement suivis de vomissements alimentaires. Primitivement espacés, pendant 5 à 6 ans, ces accès éclataient tous les mois environ; depuis 2 ans, leur fréquence a augmenté, et ils sont presque continus à l'heure actuelle. Aucun jour ne s'est passé depuis le mois de juin 1893 sans que la malade n'ait souffert de deux ou trois crises douloureuses quotidiennes. Ces crises bilatérales sont associées; à droite toutefois, leur acuité a notablement diminué depuis 3 semaines.

Dix à douze mois après la première apparition des symptômes précédents, Marie N. remarquait dans l'hypochondre droit, au-dessous des fausses côtes, la présence d'une tumeur du volume d'un poing d'adulte; ce volume a augmenté depuis jusqu'à doubler. *La tumeur a subi des alternatives d'ampliation et de retrait*: avec ce dernier phénomène, se produisaient des évacuations assez abondantes d'urines claires, jaune pâle. Il ne semble pas qu'il y ait eu de relation nette entre l'apparition des crises douloureuses et ces modifications de volume suivies de débâcles urinaires.

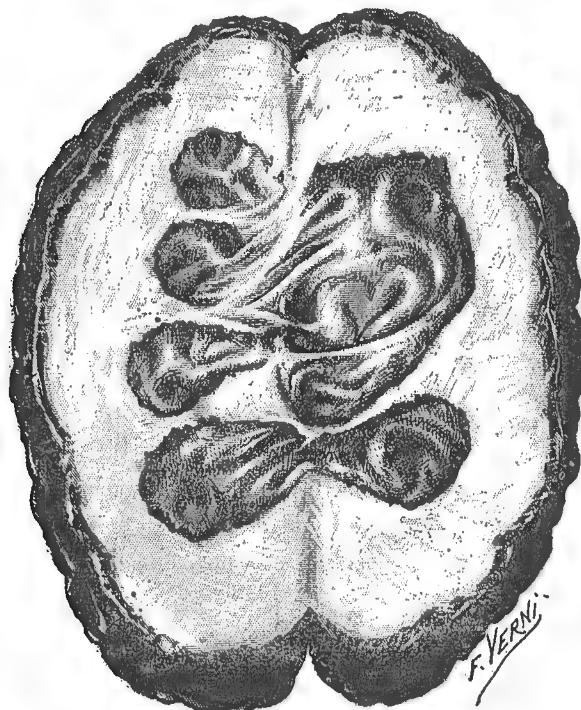
A aucune époque, les urines de la malade n'ont présenté de changement dans leurs caractères physiques : elle n'a jamais eu de pyurie, d'hématurie ou d'élimination de graviers; jamais de cystite ou de dysurie. Quant à la quantité des urines, elle n'était pas modifiée en dehors des débâcles signalées ; le nombre des mictions était habituellement de 3 ou 4 en 24 heures; il doublait au moment de ces abondantes évacuations.

Pendant les 6 premières années qui ont suivi l'apparition des accidents rénaux, la santé générale de cette jeune fille n'a pas été ébranlée : c'est seulement dans les accès douloureux qu'elle était réduite à l'impotence fonctionnelle et présentait des troubles gastriques (douleurs constrictives à l'épigastre, vomissements alimentaires et bilieux; elle paraît avoir eu de petites hématémèses, car son attention fut attirée à un moment donné par des vomissements couleur marc de café).

Depuis juin 1893, sa santé a rapidement décliné : avec les douleurs très intenses et très rapprochées, elle a des signes d'intoxication urémique; elle souffre par intervalles de violents maux de tête et présente de l'intolérance à peu près absolue pour toute espèce d'aliments : les vomissements sont en effet devenus constants; ils se produisent 6, 7 fois par jour. Depuis deux semaines, elle se plaint de dyspnée, qui paraît tenir surtout à la pression exercée par le diaphragme sur les reins volumineux et douloureux; enfin elle ressent de violents battements de cœur.

Examen de la malade. — Cette jeune fille est dans un état grave : amaigrie, prostrée, en proie à de la dyspnée, elle a, au cours de l'interrogatoire, 3 vomissements alimentaires, mêlés d'un liquide verdâtre.

Sur la paroi abdominale, à droite et en avant, au-dessous des fausses côtes se voit une saillie, ovoïde, dont le grand axe est incliné verticalement de dedans en dehors. L'extrémité supérieure de la tumeur saillante arrive à l'épigastre, son extrémité inférieure descend jusqu'au voisinage de la crête iliaque (palpation). Elle s'étend latéralement, et occupe en arrière la région lombaire. Sa consistance est un peu molle : on obtient facilement de la fluctuation, et un peu de ballottement rénal. A noter que la palpation est peu douloureuse de ce côté.



Par contre, à gauche, l'exploration du rein provoque de très vives douleurs; on constate que cet organe est augmenté de volume surtout dans le sens antéro-postérieur. On ne perçoit pas de ballottement. A la pointe du cœur existe un double souffle.

Les urines retirées avec la sonde sont opalines, légèrement teintées en rose, et contiennent un peu d'albumine.

Opération. — *Néphrotomie* d'urgence pratiquée par le professeur agrégé Jaboulay sur le rein droit, volumineux et fluctuant.

A l'incision du parenchyme rénal réduit à une mince bande, issue d'un liquide clair, légèrement rosé, semblable par son aspect à l'urine obtenue par le cathétérisme vésical. La quantité de ce liquide est de 500 à 600 grammes.

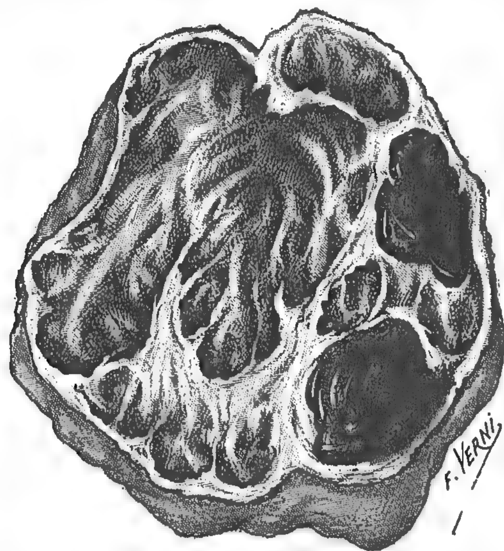
La malade a été semi-anesthésiée à l'éther.

Cinq heures après l'intervention, elle meurt après avoir présenté les phénomènes urémiques suivants : refroidissement des extrémités, cyanose des téguments, pouls filiforme et très rapide; dyspnée, vomissements; soubresauts musculaires et agitation. Quelques minutes avant la mort, elle tombe dans un état semi-comateux.

Autopsie.— Le *rein droit*, notablement abaissé, arrive à la crête iliaque; son extrémité supérieure se trouve à peu près à deux travers de doigt au-dessous de la capsule surrénale, restée en place.

Le grand diamètre du rein est resté vertical; ce viscère est aplati, il paraît vidé, et adhère à la paroi abdominale vers le point ponctionné; le bassinet en dedans est distendu; on voit par transparence dans l'uretère non dilaté un peu de sang.

Le rein ouvert (longueur = 12 cm., poids = 130 gr.) présente une dilatation énorme du bassinet et des calices; la cavité est remplie de sang coagulé, cruorique et noir.



Le parenchyme rénal est refoulé excentriquement; il offre vers les points correspondant aux calices un amincissement très marqué, moindre au niveau des pyramides de Bertin. La substance rénale est blanche, résistante et ressemble au rein blanc sclérosé (Voir la fig. 1).

L'uretère non dilaté s'ouvrait *sans aucune coudure* dans le bassinet.

Le *rein gauche* formait une masse plus volumineuse, dure; son bassinet distendu contenait du liquide. Sa situation était à peu près celle du rein normal, car il était coiffé de la capsule surrénale, adhérait au diaphragme, mais descendait jusqu'à la fosse iliaque (longueur = 16 cent.).

A l'extérieur, l'*atmosphère cellulo-adipeuse était infiltrée de sang;* le tout enlevé donnait une sensation de dureté extraordinaire. Le tissu rénal est épaissi, blanc jaunâtre et *entouré d'un coagulum sanguin*, qui semble siéger immédiatement au-dessous de la capsule, et présente une épaisseur variant entre un demi-centimètre et deux centimètres et demi; quant à la substance rénale même, son épaisseur est de 2 à 3 cm. (Voir la fig. 2).

Il s'agit d'un gros rein blanc sclérosé. Il existe une dilatation marquée des calices et du bassinet, qui contiennent un liquide clair. L'uretère (non coudé) n'est pas oblitéré; en pressant le rein, l'urine coule dans la vessie; le cathétérisme uretéral est facile. D'ailleurs, pas de tumeur capable de comprimer ce conduit dans le petit bassin.

En somme, à un premier examen les deux uretères paraissaient absolument indemnes. On note un peu d'hypertrophie du cœur gauche.

Examen histologique (1). — A l'examen des coupes pratiquées dans le parenchyme du *rein droit*, on est frappé par l'intensité de la sclérose étendue uniformément depuis la capsule jusqu'à la cavité du calice dilaté. Cependant, au niveau de la couche corticale, et plus particulièrement dans les portions labyrinthiques, la réaction conjonctive est à un stade moins adulte: le tissu de sclérose présente des cellules fixes plus rondes, plus nombreuses. Tous les vaisseaux de la capsule, considérablement et uniformément épaissie, sont dilatés, gorgés de sang; ils sont injectés de globules rouges restés en place; les capillaires sont dilatés et on rencontre des fentes sans parois propres remplies de sang. Les vaisseaux de la substance rénale même sont augmentés de nombre, notamment dans la zone corticale. Chaque point de la zone où la réaction conjonctive est plus embryonnaire présente des artérioles et des veinules très marquées et dilatées; à mesure que l'on s'avance vers la substance médullaire, cette injection vasculaire s'atténue. Il n'y a pas d'hémorrhagies interstitielles.

Les canalicules urinifères dilatés se rencontrent en deux zones : les uns au voisinage du calice, sur les côtés de la papille et dans la marge de la pyramide de Bertin, les autres à la base de la pyramide de Malpighi où leur dilatation atteint son maximum; on en voit qui forment sur certaines préparations de grandes lacunes, possédant encore un épithélium cubique ou aplati. Mais les tubes dilatés sont en minorité, car dans le tissu de sclérose, qui fait le fond de la lésion, on voit une multitude de tubes à épithélium cubique, sans lumière.

Dans la substance corticale, même aspect des tubes : petite lumière plus ou moins appréciable, épithélium cubique; impossible de retrouver un seul tube à épithélium élevé. Sur certains points du labyrinthe on rencontre des nids de tubes dilatés, rappelant assez bien la disposition de « l'adénome du rein », mais il est impossible de distinguer avec netteté un tube contourné et de le suivre sur une partie appréciable de son trajet. Sur une préparation, deux ou trois tubes contiennent un cylindre colloïde.

Les glomérules sont intacts : pas d'épaississement de la capsule, sur quelques-uns se voit la ligne des noyaux endothéliaux; plusieurs bouquets glomérulaires manquent de cohésion; ils sont tombés au cours des manipulations. Ceux qui sont en place sont intacts, légèrement revenus sur eux-mêmes. On n'en trouve pas de dilatés, et il n'y a pas d'hémorrhagie entre eux et la capsule de Bowman.

Le *rein gauche* présente les mêmes lésions fondamentales. A noter que les tubes pleins paraissent plus nombreux et les tubes dilatés plus rares. L'hémorrhagie a eu lieu en dehors de la substance corticale; entre cette substance et la capsule on ne trouve aucune trace de tissu conjonctif modelé. Pas de structure dans l'intérieur de la ligne hémorrhagique, sauf quelques rares et fines trabécules conjonctives; dans leurs mailles très lâches s'est faite l'hémorrhagie.

Réflexions. — En premier lieu, un détail anatomo-physiologique à élucider :

Comment expliquer la présence du caillot sanguin dans la cavité du rein droit, l'infiltration de l'atmosphère cellulo-adipeuse et la formation de la bande hémorrhagique sous-capsulaire du rein gauche?

A droite, la néphrotomie n'a donné issue qu'à de l'urine; il n'y a pas eu de vaisseau lésé; cependant, à l'autopsie on trouve un caillot dans le bassinet, qui a la même teinte, le même aspect que le coagulum du rein gauche. Ces deux caillots sont donc contemporains; il est probable que le mécanisme de leur formation est identique et peut être ainsi expliqué: à la suite de la brusque décompression amenée par la ponction, il s'est produit un énorme afflux sanguin du côté des deux reins et finalement une hémorrhagie plus ou moins abondante; périphérique par rapport au rein gauche, elle a été centrale à droite, car la capsule rénale était fort épaisse de ce côté.

En second lieu, cette *hydronéphrose est-elle acquise ou congénitale?*

Le mécanisme de l'hydronéphrose acquise n'est pas explicable dans le cas actuel, par la recherche des diverses causes productrices de cette lésion : pas de coudure des uretères, pas de rétrécissement, pas de tumeur dans le bassin, etc.

L'hydronéphrose a-t-elle été produite par le déplacement du rein? L'un des reins, le droit, était abaissé, mais l'autre ne l'était pas. Et même pour le rein droit ce n'était pas de la néphroptose habituelle; son extrémité supérieure n'était ni inclinée en avant, ni abaissée et ne pouvait par conséquent produire de coudure urétérale; les situations respectives du hile rénal et de l'uretère étaient conservées; ce conduit venait s'aboucher normalement. A gauche, le rein n'était ni mobile ni déplacé.

Peut-on invoquer ici l'existence d'une valvule, rétrécissant l'ouverture supérieure de l'uretère? et cette disposition dernière est-elle congénitale ou acquise?

Voici ce que nous avons constaté du côté de l'*orifice supérieur de l'uretère droit :* cet orifice est elliptique et présente deux lèvres: l'une antérieure, l'autre postérieure. La lèvre antérieure constitue une sorte de repli saillant, dû à la muqueuse du bassinet; en arrière de ce repli s'ouvre le canal uretéral. Ici, le mécanisme producteur de l'hydronéphrose serait dû à la pression du liquide contenu dans le bassinet pouvant aplatir cette lèvre antérieure, l'appliquer sur la postérieure et obturer l'orifice.

Mais rien de semblable n'existait pour le rein gauche, et la pathogénie de sa dilatation hydronéphrotique échappe complètement. Hypothétiquement, l'inflammation du tissu rénal, *primitive*, aurait-elle pu donner lieu de ce côté aux accidents précités?

Un dernier point à élucider: La disposition signalée au niveau de l'orifice supérieur droit de l'uretère est-elle congénitale ou acquise? En faveur de la congénitalité se rangent la plupart des auteurs (English, Wœlfler, Le Dentu, etc.).

Dans le cas présent, M. le professeur Poncet croit à une malformation congénitale de l'extrémité supérieure de l'uretère droit. C'est aussi l'opinion exprimée par M. le Dr F. Glenard, à la Société des Sciences médicales de Lyon (1), le jour où nous avons présenté les pièces anatomo-pathologiques. Dans la discussion qui a suivi notre communication, il s'exprimait ainsi: « Je suis heureux d'apprendre que l'on a constaté dans l'observation précédente l'absence de mobilité du rein et de coudure de l'uretère. En effet, la plupart des auteurs semblent admettre actuellement que c'est de la ptose du rein que dépend l'hydronéphrose; j'ai examiné 500 malades environ, atteints de reins mobiles et deux fois seulement j'ai trouvé une coexistence d'hydronéphrose. Je crois donc qu'il faut admettre une autre pathogénie de l'hydroné-

(1) Je dois ces renseignements à mon ami Jean Paviot, préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique à la Faculté, interne des hôpitaux.

(1) *Lyon médical*, 11 février 1894.

phrose que celle qui a été soutenue tout récemment encore par M. Tuffier, et le cas que présente M. Siraud vient à l'appui de cette idée. »

En résumé : si, pour le rein droit, le mécanisme de l'hydronéphrose est suffisamment net par le fait de la présence dans le bassinet d'un repli muqueux sis à l'embouchure de l'uretère correspondant, il n'en est pas de même pour le rein gauche, la pathogénie de cette dernière hydronéphrose reste des plus obscures.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Effets des lésions de certaines parties du cerveau sur les processus calorifiques (The effects of certain parts of the brain upon the heat processes), par Reichert (*University medical Magazine*, février 1894, n° 5, p. 303). — L'auteur présente ici le résultat d'un très grand nombre d'expériences (51) entreprises sur des chiens, pour vérifier les conclusions d'un travail analogue qu'il avait publié précédemment et qui avaient été discutées. Il opère en perforant certaines régions du cerveau, après trépanation, à l'aide d'une sonde. Il a exploré ainsi, au point de vue des variations de la température, la substance blanche en avant de la tête du noyau candé, les corps striés, les couches optiques, le pédoncule cérébral, et la protubérance annulaire. L'analyse de ses recherches démontre, en résumé, que la lésion des corps striés et de la protubérance est constamment suivie d'une élévation notable et relativement persistante de la température, tandis que les lésions de la substance blanche en avant du noyau candé, des couches optiques et du pédoncule, ne sont pas suivies d'élévation de température. Celle-ci, si elle se produit, est insignifiante et transitoire.

Tumeur de la dure-mère spinale (Case of tumour of the spinal dura mater), par Ransom et Thompson (*The British medical Journal*, 24 février 1894, n° 1730, p. 395). — Un homme, ni syphilitique, ni alcoolique, se plaint de douleurs dans la région de l'épigastre et dans la partie correspondante de la région spinale dorsale, sa marche devient faible, ses réflexes s'exagèrent, il offre du clonus du pied. On constate chez lui des zones d'anesthésie à la partie antérieure des deux cuisses, ainsi que des plaques d'anesthésie au niveau des régions douloureuses du tronc. On diagnostique une tumeur de la dure-mère ; l'opération, consistant en la résection des lames vertébrales, est entreprise, elle est très laborieuse et le malade y succombe. A l'autopsie, on trouve une tumeur sarcomateuse de la dure-mère, n'ayant déterminé sur la moelle que des lésions localisées au niveau de la seule partie qui est le siège de la compression.

Kyste du cervelet (A clinical study of a case of cyst of the cerebellum), par Hughlings Jackson et Risien Russell (*British medical journal*, 24 février 1894, n° 1730, p. 393). — Un sujet âgé de 30 ans souffrant, depuis trois ans, de céphalée avec vomissements, entre à l'hôpital, se plaignant et de la persistance de ces signes, et d'une aggravation constituée par un affaiblissement progressif. A l'examen on trouve, en outre de la douleur de tête : du nystagmus, de la névrite optique double, de la raideur du cou, de la faiblesse des muscles du tronc, produisant de la lordose, de la faiblesse de la jambe droite avec exagération des réflexes des deux côtés et clonus du pied droit. Peu après, tout à coup, le malade perd connaissance, sa respiration s'arrête, mais le pouls continue à battre pendant quelques heures durant lesquelles on pratique la respiration artificielle. L'autopsie, assez sommairement rapportée, montre un kyste du lobe gauche du cervelet. Les auteurs insistent, en particulier, sur la paralysie des muscles du tronc, qui serait un signe de valeur pour les tumeurs du cervelet, ainsi que l'expérimentation sur les animaux l'avait déjà établi, et ils attribuent la mort à la compression exercée par la tumeur sur le centre respiratoire bulbaire.

MÉDECINE

Rôle de la rate dans l'immunisation artificielle (Ueber den Einfluss der Milz in die Immunitæt), par Benario (*Deut. med. Woch.*, 1894, n° 1, p. 8). — L'auteur a repris les expériences de Tizzoni et Cattani sur l'immunisation des animaux dératés, et, comme Kanthak, est arrivé aux conclusions des auteurs italiens. Il a pu fort bien immuniser des cobayes, des rats et des souris dératés contre le tétanos, le rouget des porcs et les toxines végétales comme la ricine. Il en conclut que, contrairement aux affirmations de Tizzoni et Cattani, les animaux dératés peuvent fort bien être immunisés et que la rate ne joue pas de rôle particulier dans les phénomènes d'immunisation.

Diabète pancréatique (Zur Pathologie der calculœsen und arterio-sclerotischen Pankreascirrhose), par Fleiner (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, n°s 1 et 2). — L'auteur rapporte deux cas de diabète, un chez un homme de 40 ans chez lequel l'affection avait tous les caractères de diabète maigre à évolution très rapide, l'autre chez une femme de 57 ans qui fut brusquement emportée en quelques jours par le coma et chez laquelle on pouvait supposer que le diabète avait débuté 5 mois auparavant.

A l'autopsie du premier malade on trouva le pancréas sclérosé et bourré de calculs. Chez la seconde, il n'y avait pas de calculose, mais le pancréas était cirrhotique, atrophié avec des artères scléreuses d'où le le processus semblait être parti.

L'auteur en conclut que le diabète gras, comme le diabète maigre, peuvent tous les deux être provoqués par une lésion du pancréas. Du reste, pour l'auteur, le diabète par artériosclérose du pancréas aurait une physionomie particulière et serait caractérisé par une glycosurie intermittente et d'intensité variable, par des phénomènes cardiaques et rénaux tenant à une artério-sclérose concomitante de ces organes, par la tendance à la gangrène.

Rhumatisme musculaire (Beitræge zur Pathologie des Muskelrheumatismus), par Leube (*Deut. med. Woch.*, 1894, n° 1, p. 1). — En se basant sur trois observations dans lesquelles le rhumatisme musculaire fut compliqué d'endocardite, et sur un grand nombre de cas analogues observés dans sa longue carrière médicale, Leube émet l'idée que le rhumatisme musculaire est une maladie infectieuse produite probablement par le virus atténué du rhumatisme articulaire aigu.

Le tableau clinique est, du reste, dans certains cas celui d'une maladie infectieuse. Certains cas débutent par des frissons et évoluent avec une fièvre oscillant autour de 38-39° (dans un tiers des cas). L'endocardite n'est pas très rare et quelquefois on voit le rhumatisme musculaire se transformer en rhumatisme articulaire. L'albuminurie a été observée par l'auteur une fois.

CHIRURGIE

Métrite dissécante puerpérale (Ueber einen Fall von Metritis dissecans perpueralis), par Walther (*Münch. med. Woch.*, 1894, n° 2, p. 23). — Il s'agit d'une femme de 31 ans, en couches depuis trois jours, amenée à la clinique avec un utérus tétanisé et tympanique et un œdème des grandes lèvres. Comme il fallait à tout prix terminer l'accouchement, on fit la céphalotripsie et on parvint à extraire un enfant dont la sortie fut suivie d'un écoulement, par l'utérus, d'un liquide fétide et gazeux. Lavage intra-utérin. Les suites de couches furent un peu mouvementées par du péritonium, mais la malade finit par guérir.

Dix jours environ après l'accouchement, il sortit par le vagin une membrane gangrénée très étendue. L'examen microscopique montra que cette membrane se composait de la muqueuse utérine et de la couche musculaire sous-jacente. Il s'agissait donc là d'un cas de métrite puerpérale dissécante.

La malade revint à la clinique au bout d'un an pour des accidents d'aménorrhée. A l'examen, on trouva une atrésie cicatricielle du col dont la cavité n'existait pour ainsi dire plus, et un utérus petit atrophié. Rétablissement de la cavité du col par une opération autoplastique, et guérison.

Omphalectomie dans la cure radicale des hernies ombilicales (Die Omphalektomie bei der Radi-

kaloperation der Nabelbruche), par Bruns (*Centralb. f. Chir.*, 1894, n° 1, p. 1). — L'auteur rapporte une observation de cure radicale d'une hernie volumineuse opérée avec succès d'après le procédé de Condamin légèrement modifié.

Incision de 16 cm. commençant et se terminant sur la ligne médiane, mais contournant la base de la hernie, et allant jusqu'au péritoine. En soulevant le bord interne de la plaie, on aperçoit l'orifice interne du col herniaire qui laisse ordinairement passer deux doigts; section transversale de l'anneau et du col et reposition des viscères après résection partielle de l'épiploon. Seconde incision elliptique symétrique à la première (c'est-à-dire contournant la hernie d'un autre côté), circonscrivant et enlevant toutes les parties de la hernie, et suture à plusieurs étages de la plaie abdominale. Guérison sans complications et avec une belle cicatrice linéaire sur la ligne médiane.

Myxœdème opératoire traité par les injections thyroïdiennes (Ein mittels Schilddrüseninjection und Futterung erfolgreich behandelter Fall von Myxœdema operativum), par Leichtenstern (*Deut. med. Woch.*, 1893, n°s 49-51). — L'auteur rapporte un cas de guérison complète par les injections thyroïdiennes d'un myxœdème opératoire, chez une femme de 38 ans, ayant subi onze ans auparavant l'extirpation totale de la glande thyroïde pour goître. L'amélioration de tous les symptômes fut déjà manifeste après les trois premières injections. Après la neuvième, la malade était méconnaissable. Le traitement fut terminé par une cure d'ingestion de glandes thyroïdes crues.

BIBLIOGRAPHIE

I. — **Complications intra-crâniennes des otites moyennes** (Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhæute und der Blutleiter), par le Dr Otto Koerner, avec une préface de von Bergmann. Francfort-sur-le-Mein, 1894. J. Alt, éditeur. 1 vol in-8°, 163 p., 6 fr. 25.

II. — **Lésions inflammatoires du cerveau et de la moelle** (Pyogenic infective diseases of the brain and spinal cord; meningitis, abscess of brain, infective sinus thrombosis), par W. Macewen. Glasgow, G. Maclehose and sons, 1893. 1 vol. cartonné, de 354 p. avec figures, 18 shill.

I. — M. Kœrner est bien connu par la série des mémoires importants dans lesquels il a étudié les complications mastoïdiennes et intra-crâniennes des otites dans leurs relations avec la dolichocéphalie et la brachycéphalie. Il nous donne aujourd'hui une monographie d'ensemble sur ces sujets.

Ce volume comprend :

a. Une partie générale, dont le premier paragraphe traite des questions de statistique, le second des rapports anatomiques, qui rendent possible la propagation des suppurations du temporal dans la cavité crânienne; un troisième paragraphe est consacré à l'étude des affections primitives de l'oreille et du temporal, qui occasionnent des suppurations intra-crâniennes; un quatrième paragraphe à l'influence des localisations des différentes complications intra-crâniennes. Dans un cinquième paragraphe, l'auteur étudie le rôle respectif des conditions mécaniques et de l'infection, dans les complications susdites, et dans un sixième paragraphe la prophylaxie des affections otitiques du cerveau.

b. Une partie spéciale, dans laquelle sont traitées les questions suivantes :

1° L'inflammation suppurative à la surface de la dure-mère et l'abcès extra-dure-mérien;

2° La leptoméningite purulente otitique;

3° La méningite tuberculeuse et le tubercule cérébral, dans la tuberculose de l'oreille et du temporal;

4° La phlébite et la thrombose des sinus de la dure-mère et de la veine jugulaire;

5° La thrombose des sinus consécutive au marasme et à la compression des sinus, dans les cas de suppuration de l'oreille;

6° La pyémie otitique sans phlébite des sinus;

7° L'abcès otitique du cerveau;

8° L'embolie cérébrale consécutive à la thrombose de la carotide, dans les cas de suppuration de la caisse et de carie du temporal.

Une table alphabétique des auteurs et des matières facilite les recherches dans ce livre qui fait honneur à la fois à l'auteur et à l'éditeur.

II. — M. Macewen, le chirurgien bien connu par ses nombreux travaux et en particulier, depuis quelques années, par ses interventions sur le système nerveux central, vient de faire paraître un volume des plus importants, dans lequel il étudie tout ce qui a trait aux lésions inflammatoires intra-crâniennes et intra-rachidiennes. C'est la première fois qu'un travail de ce genre est entrepris par un chirurgien, et cela se conçoit de reste, car d'hier seulement sont nées les interventions pour les abcès du cerveau, pour les thromboses du sinus. M. Macewen, qui fonde ses descriptions sur 94 observations personnelles, avec ou sans opération, de suppurations intra-crâniennes, pouvait mieux que qui que ce soit écrire ce livre. Nous mentionnons en particulier la statistique des abcès, au nombre de 30 (dont 24 opérés), avec 7 morts seulement; les thromboses du sinus latéral, au nombre de 18, avec 17 opérations et 13 guérisons. Ce qui persiste à être moins brillant, c'est la thérapeutique de la méningite suppurée : là, la mort est à peu près fatale, quoi qu'on fasse.

Si la valeur scientifique du livre est grande, il convient aussi de féliciter l'éditeur du soin qu'il a apporté à cette publication, tant pour la netteté des figures et planches que pour la pureté de l'impression.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de prophylaxie pratique, par le Dr Marcel Delamare, médecin-major de l'Ecole militaire d'artillerie et du génie. Paris, G. Carré, 1894.

Ce livre, qui résume les mesures prophylactiques reconnues utiles, depuis surtout que les préceptes de l'antisepsie médicale et chirurgicale ont été vulgarisés, commence par établir les notions générales de désinfection et d'antisepsie applicables dans tous les cas. Il classe ensuite, en suivant l'ordre de la nomenclature adoptée pour la statistique médicale de l'armée, les affections et les maladies contre lesquelles des mesures vraiment efficaces ont été prises.

Riche en documents à consulter par tous ceux qui s'intéressent à ces questions d'hygiène générale, l'ouvrage écrit par M. le docteur Delamare sera utile non seulement aux médecins de l'armée, mais encore à tous les médecins qui voudront se mettre rapidement au courant des progrès accomplis dans ces dernières années.

Thèses de Paris.

Etude sur quelques-uns des traitements palliatifs de la salpingite non enkystée, par Baez (Ramon).

1° Au point de vue du traitement, on peut diviser les salpingites en deux grands groupes :

Le premier groupe, caractérisé surtout par l'enkystement, et aussi par l'ancienneté et l'intensité des lésions anatomiques, n'est justiciable que de l'intervention sanglante.

2° Lorsque les salpingites ne présentent pas les particularités précédentes (2e groupe), elles peuvent guérir par le traitement indirect dit médical.

3° Le tubage de l'utérus hâte la guérison, en permettant l'évacuation permanente des liquides irritants; en excitant la vitalité de l'organe et en déterminant à son niveau des contractions qui se propagent aux trompes et en chassent les collections liquides.

4° L'électricité semble agir en décongestionnant les parties malades et aussi en modifiant la muqueuse utérine par la galvanocaustique, lorsqu'on emploie le courant continu. Les douleurs et les lésions de péri-métrite sont très améliorées par le courant alternatif sinusoïdal.

La purulence semble contre-indiquer le traitement électrique.

5° L'hydrastis et l'ichthyol, bien que leur action soit moins claire et moins constante, peuvent rendre d'importants services chez beaucoup de malades.

VARIÉTÉS

Descartes et les physiologistes.

(Lettre adressée au Secrétaire général du journal l'*Enseignement secondaire*).

Peut-on venir encore parler du rapport de M. le docteur Potain? Il me semble qu'il reste bien des objections à faire à l'argumentation du savant rapporteur, même après la lettre magistrale que vous avez publiée dans votre avant-dernier numéro. Je ne songe pas à les passer en revue après tant d'autres critiques,

« Mais j'en veux dire un point qui fut ignoré d'eux. »

Voilà les mathématiciens vengés, et ils ne pouvaient souhaiter plus brillant plaidoyer. Leur avocat a fait mieux que de les disculper par raison démonstrative. Il a prouvé par l'exemple que leurs études spéciales ne les condamnent pas à un raisonnement d'appareil rébarbatif, et qu'elles n'excluent aucune des fleurs dont peut se parer la raison, aucun des charmes de l'esprit. Il reste quelqu'un cependant à qui réparation est encore due. C'est Descartes lui-même. Nos maîtres nous avaient appris à voir en lui un des demi-dieux de la pensée humaine, à croire qu'il n'avait touché à aucune des sciences sans y laisser la profonde empreinte de son génie. La Faculté de Paris semble déclarer que c'est là une superstitieuse illusion. En ce qui regarde au moins la physiologie, Descartes, fourvoyé par sa mathématique, n'est connu du docteur Potain que pour une « monstrueuse erreur ».

Voulez-vous me permettre de citer, en opposition à ce bien sommaire jugement, l'opinion fortement motivée d'un physiologiste étranger très connu? Le professeur Huxley a pris à cœur, dans mainte occasion, de protester contre le dédain manifesté longtemps en Angleterre pour le rôle de Descartes dans les sciences naturelles. C'est, du reste, une attitude qui, mieux que chez nous, se comprenait chez les compatriotes de Bacon, antithèse philosophique de notre métaphysicien, et de Newton, l'auteur de la grande hypothèse cosmique par laquelle a été vaincue celle du penseur français. Huxley cependant proteste vivement, et il affirme que les progrès récents des sciences biologiques sont de nature à rendre aux vues, aux observations, aux hypothèses divinatrices de Descartes, une valeur scientifique éclatante.

Dans un de ses *Essais* (1), il relève, à l'appui de son dire, les opinions suivantes extraites par lui des œuvres du philosophe. Nous traduisons les énoncés, en résumant rapidement les commentaires du savant anglais :

I. « Le cerveau est l'organe de la sensation, de la pensée et de l'émotion, c'est-à-dire qu'une modification à l'état de la matière de cet organe est l'antécédent invariable de l'état de conscience auquel chacun de ces termes s'applique. (Principes de la Philosophie, § 169 ». — *Les Passions de l'âme*, art. XXXIII.)

Nous ne voyons là aujourd'hui qu'une notion banale, sur laquelle « scientistes » (comme disent nos voisins) et philosophes sont depuis longtemps d'accord. Pour faire comprendre cependant ce qu'il y avait d'audace et de mérite dans une pareille doctrine, Huxley rappelle que Bichat, à la fin du siècle dernier, croyait encore que les passions ont leur siège dans les appareils de la vie organique et sont sans action directe sur le cerveau (2). Nous pouvons ajouter que, plus récemment, sir William Hamilton écrivait : « Nous n'avons « pas plus le droit de nier que l'esprit sente au bout des « doigts comme nous l'enseigne la conscience, que d'affirmer « qu'il pense exclusivement dans le cerveau (3). »

II. « Les mouvements des animaux sont dus au changement de forme des muscles, qui se contractent et deviennent plus gros; et ce changement de forme d'un muscle provient d'un mouvement de la substance contenue dans les nerfs qui vont à ce muscle ». (*Les Passions de l'âme*, art. VII.)

La substance que veut dire Descartes, ce sont les esprits animaux, et l'hypothèse est depuis longtemps abandonnée. Mais les faits fondamentaux de la doctrine : la définition du mouvement des muscles et l'influence des nerfs sur les contractions musculaires, restent exactement conformes à l'enseignement de la science moderne. L'explication même du mode d'action des nerfs contient plus de vérité que d'erreur. Remplaçons « esprits animaux » par « fluide nerveux », ou mieux encore par « mouvement moléculaire de la substance nerveuse », et nous voyons le philosophe-mathématicien annoncer, deux cents ans à l'avance, les travaux et les découvertes de Dubois-Reymond et de Helmholz sur la propagation mesurable du mouvement dans les nerfs.

III. « Les sensations des animaux sont dues à un mouvement de la substance des nerfs qui unissent les organes des sens au cerveau. » (*La Dioptrique*, discours quatrième.)

Du passage cité ressort une opinion très nette : à savoir que la supposition que les nerfs transmettent au cerveau une image des objets extérieurs est purement gratuite. L'analyse du fait de sensation telle que l'établit Descartes ouvre la porte à tout l'idéalisme. Les philosophes peuvent protester, mais les physiologistes ne sauraient qu'approuver la rigoureuse précision du maître.

IV. « Le mouvement de la matière d'un nerf sensitif peut être transmis par le cerveau à des nerfs moteurs, et par là donner naissance à une contraction des muscles auxquels ces nerfs moteurs aboutissent, et cette réflexion de mouvement d'un nerf sensitif dans un nerf moteur peut se produire sans volonté, ou même contrairement à la volonté ». (*Les Passions de l'âme*, art. XXXVI.)

C'est l'importante théorie des actions réflexes que pose ainsi Descartes (1). La science moderne a pu ajouter nombre d'observations de détail, dit Huxley; mais la conception fondamentale reste aujourd'hui ce que Descartes l'avait faite, et est un des piliers de la physiologie des nerfs.

V. « Le mouvement d'une portion quelconque de la substance cérébrale, excité par le mouvement d'un nerf sensitif, laisse derrière lui une aptitude dans cette partie du cerveau à être mue de la même manière. Tout ce qui renouvelle ce mouvement donne naissance au sentiment correspondant. » (*Les Passions de l'âme*, art. XIII.)

Voilà le mécanisme physique de la mémoire. Aucune des diverses théories proposées depuis ne diffère matériellement de celle-là ; toutes sont, *mutatis mutandis,* des enfants de la doctrine cartésienne.

Enfin, venant à la question qui fait l'objet spécial de son étude, l'automatisme des animaux, Huxley, tout en continuant (comme La Fontaine) à repousser l'hypothèse, constate que l'observation moderne relève nombre de faits qui pourraient être invoqués à l'appui de cette audacieuse conception. Qu'auraient répondu les adversaires de Descartes s'il avait pu appuyer sa théorie sur les curieux phénomènes d'automatisme dans le somnambulisme pathologique que connaît la science moderne (2). Admettre comme état normal de la vie des animaux ce qui se rencontre assurément comme état normal de la vie d'un être humain, c'est toute la violence qu'impose à notre raison la doctrine de Descartes.

Voilà qui suffirait sans doute pour justifier la thèse de Huxley, à savoir que Descartes a sa place « au premier rang parmi les physiologistes ». L'auteur anglais lui reconnaît cependant, dans un autre travail (3), une gloire plus haute encore. Lorsqu'il établit les phases de ce développement graduel des idées qui aboutit à la grande doctrine scientifique de notre siècle, l'évolution, il place à la base de tout l'édifice « l'énoncé par Descartes de cette conception que l'univers physique, animé ou non, est un mécanisme, et, comme tel, explicable par des principes physiques. » (*Principes de la philosophie*, troisième partie, § 45.)

Descartes, Huxley, la Faculté de Médecine de Paris, voilà de grands personnages. Peut-on après eux ajouter encore quelques mots ? Oui, sans doute, s'il ne s'agit que de puiser dans leurs oppositions et leurs erreurs une leçon de réserve et de prudence. M. le docteur Potain et beaucoup d'excellents esprits jugent que jamais l'enseignement moderne ne vaudra

(1). *Animal automatism*, un des chapitres du recueil *Science and Culture*, Macmillan, 1888.

(2) *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, article sixième.

(3) *Lectures on Metaphysics and Logic*, II, p. 128.

(3) Il emploie même le mot et parle des « esprits animaux réfléchis ». Un de ses disciples, Willis (*De anima brutorum*, 1672), écrit « *velut undulatione reflexa* ».

(1) *De l'automatisme, de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique*, par le docteur E. Mesnet, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (*Union médicale*, 21 et 23 juillet 1874).

(2) *Evolution in Biology Science and Culture*, p. 274.

pour la formation des esprits l'enseignement gréco-latin. Ils en concluent que quiconque n'aura point passé par cet enseignement privilégié n'aura pas le droit de devenir médecin. Mais n'y a-t-il pas là une confusion de deux choses très différentes? Propose-t-on, en raison du même principe, d'imposer cette éducation supérieure aux candidats à toutes les professions qui requièrent une culture élevée? Que l'on croie à l'efficacité précieuse d'une éducation fondée sur les langues mortes, rien de plus naturel. Mais peut-on partir de là pour dire à un jeune homme : « Tu as beau être plus instruit et plus intelligent que la moyenne, tu as beau te croire une vocation pour la médecine, la carrière te restera à jamais fermée, *non dignus es intrare* : tu ne sais pas le latin »? Il me semble que c'est montrer tout au moins une extraordinaire confiance dans l'infaillibilité d'opinions où une bonne part d'hésitation devrait être de mise. La supériorité éducative des lettres sur les sciences et surtout des lettres anciennes sur les lettres modernes, ce ne sont pas là des relations faciles à vérifier; elles échappent à l'analyse quantitative. J'aurais aimé à entendre M. Tannery nous le dire au nom de l'exigeante droiture du raisonnement des mathématiciens. Les préférences de chacun de nous se portent vers l'une ou l'autre forme d'éducation; mais aucun de nous n'est tenu d'excommunier les patrons ni surtout les locataires de la maison d'en face. On a dit à ces jeunes gens qu'on leur donnait un enseignement secondaire égal à l'autre; ils demandent seulement à se mesurer avec leurs camarades qu'on affirme être mieux préparés qu'eux. Je ne vois pas trop comment on pourrait leur refuser pareil droit.

J'irais même volontiers plus loin, et je me demande si, laissant de côté les candidats et les programmes, les revendications des uns et les privilèges des autres, il ne convient pas d'envisager aussi un intérêt supérieur à ceux-là. Ne peut-on pas croire que la science elle-même se trouverait bien de plus de diversité dans la préparation des esprits où se recruteront les médecins d'élite? Ne serait-il pas bon qu'à l'étude des mêmes questions différents hommes apportassent des tournures d'esprit, des préoccupations, des méthodes générales variées? La médecine n'a-t-elle pas — autrefois — donné prise à des reproches très fondés pour avoir été une corporation ou un corps trop homogène et trop fermé aux influences étrangères?

Mais je ne voudrais pas m'attarder sur ce terrain; et, pour finir, je me permets de soumettre aux partisans des idées défendues par M. Potain une observation de fait qui ne prête pas à contestation. Au temps de Descartes et de Harvey, le latin avait pour les médecins, comme pour tous les hommes de science, une utilité qu'on ne saurait exagérer. C'était la langue universelle, qui se parlait et s'écrivait dans toute l'Europe civilisée. Descartes est de ceux qui ont contribué à détruire cette hégémonie du latin, lorsqu'il écrivait en français, aux applaudissements sans doute des « modernes » d'alors et au scandale des « classiques ». Aujourd'hui cette universalité d'une langue employée par tous les savants et tous les lettrés n'est plus qu'un souvenir. Nos médecins ne confient plus au latin (pas même ceux qui ont le plus d'admiration pour cette langue) leurs travaux ou leurs découvertes. Il y a là manifestement, à côté de tant d'avantages sur le passé, une condition d'infériorité de nos savants. Ils n'y peuvent suppléer que s'ils se mettent en mesure aujourd'hui, par la connaissance des langues étrangères, comme autrefois par celle du latin, de rester en communication directe et constante avec les travaux de leurs confrères des pays voisins. L'enseignement moderne leur as[su]re cet avantage. Il me semble que c'est un argument que l'on peut faire valoir en sa faveur.

Léon Morel.

Nécrologie. — M. le professeur J. Arnould. — Lundi dernier 26 mars, à onze heures du matin, le professeur J. Arnould a été enlevé en quelques jours par une pneumonie infectieuse, à Sornéville (Meurthe-et-Moselle), près de son pays natal. Cette perte, immense et si imprévue, frappe bien cruellement ses anciens confrères du corps de santé militaire, ses collègues de la Faculté de médecine de Lille, les hygiénistes français et étrangers et tous ceux qui ont eu la bonne fortune d'être honorés de son amitié.

Dès son agrégation au Val-de-Grâce auprès de la chaire d'hygiène, J. Arnould témoigna des éminentes qualités qui distinguèrent tous ses travaux : une érudition des plus étendues, un ferme bon sens, un sens critique très avisé et très droit, une originalité personnelle du meilleur aloi qui, sur toutes les questions qu'il étudia, mit une empreinte très spéciale et singulièrement pénétrante. Nul mieux que lui ne sut, en effet, au milieu des incessantes transformations des doctrines médicales depuis un demi-siècle, en dégager plus sagement les conséquences ni plus judicieusement en déterminer la signification précise.

Ardemment dévoué à ses idées, il montra une ténacité et une largeur de vues sans égales dans le combat que la médecine militaire française dut mener pendant si longtemps pour conquérir son autonomie; il ne dépendait pas de lui que le corps de santé pût avoir dans la hiérarchie militaire et dans les conseils une suprématie que la valeur scientifique de ses plus éminents représentants doit lui assurer. La grande autorité que ses travaux lui avaient acquise, sa haute valeur morale ont maintes fois exercé la plus salutaire influence sur les décisions relatives au service de santé aussi bien qu'aux intérêts sanitaires des troupes elles-mêmes. Retraité il n'y a pas encore deux ans comme médecin-inspecteur, nommé peu après commandeur de la Légion d'honneur, il put se dire qu'il emportait avec lui l'estime et les fiers hommages de ses collègues les plus autorisés.

J. Arnould s'était toujours adonné avec une prédilection marquée aux études d'hygiène lorsque la chaire d'hygiène lui fut donnée à la Faculté de médecine de Lille, où il y a quinze jours à peine il terminait son cours semestriel. Il n'est pas de question sanitaire qu'il n'ait étudiée depuis que le mouvement de l'hygiène a pris un si grand essor; il n'en est pas sur lesquelles il n'ait donné son opinion personnelle, toujours sagace et raisonnée. Aucun livre n'en témoigne davantage que ses *Nouveaux éléments d'hygiène*, dont la troisième édition est achevée et qui constitue assurément l'un des traités didactiques de cette science les plus universellement estimés. Dans ses articles du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et de l'*Encyclopédie d'hygiène publique*, ces mêmes qualités que nous rappelions tout à l'heure se retrouvent à chaque page; mais nulle part peut-être il n'en a fait un emploi plus suggestif que dans les nombreuses Revues critiques et Revues de journaux dont il enrichissait la *Revue d'hygiène* de M. Vallin depuis la publication de ce recueil. Très versé dans la connaissance des travaux étrangers, il excellait à résumer en quelques lignes et à caractériser avec l'esprit le plus critique et le jugement le plus judicieux, les innombrables recherches scientifiques qu'aussi bien en France qu'à l'étranger on a aujourd'hui tendance à croire immédiatement applicables à l'hygiène. Rien ne lui échappait, quelle que fût la science à laquelle il fallait faire un emprunt, et toujours il savait développer, avec une bonhomie aussi malicieuse que profonde, les aperçus ingénieux qui préparaient avec agrément le lecteur à la solution juste.

Arraché prématurément, en pleine vigueur intellectuelle, à ses travaux qui portent si haut et si loin le renom de l'hygiène française, le professeur J. Arnould laisse un vide considérable qui ne pourra être de sitôt comblé.

— Nous apprenons aussi avec un vif regret la mort du docteur Duhomme, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien président de la Société de thérapeutique, bien connu par ses travaux sur le diabète.

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.

11e liste.

Joseph Lister, 250 fr. — Dr O. Tapret, 50 fr. — Gustave Dreyfus, 30 fr. — Dr Pamard, 20 fr. — Dr Quermoine, 10 fr. — Dr Papadopoulos, 10 fr. — Dr N. Gallois, 10 fr. — Dr Jean-Louis Faure, 5 fr. — P. Vigier, 20 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 6 avril 1894.

Brown-Séquard.

Le maître éminent qui vient de disparaître était non seulement un physiologiste, c'est-à-dire un homme de science novateur et passionné pour les recherches de médecine expérimentale, mais encore, il tenait à l'affirmer lui-même, un médecin praticien, observateur patient et sagace, thérapeute habile et ingénieux.

Né le 8 avril 1817 à Port-Louis, il avait été reçu docteur en médecine le 3 janvier 1846 et sa thèse, intitulée : « *Recherches et expériences sur la physiologie de la moelle épinière* », était une œuvre considérable. L'auteur y démontrait, par des expériences nouvelles, que les impressions sensitives se transmettent non, comme on l'avait cru jusqu'alors, par les cordons postérieurs de la moelle, mais surtout par la substance grise et que la faculté réflexe de la moelle épinière s'exaltait graduellement après sa séparation de l'encéphale. Dans un rapport fait à la Société de biologie, P. Broca, ce maître illustre, dont le jugement était alors déjà respecté de tous, fit ressortir les mérites d'un travail inaugural qui laissait préjuger la valeur de celui qui l'avait écrit.

Bientôt, en effet, Brown-Séquard faisait paraître tantôt en France, tantôt à l'étranger, une série de mémoires originaux, de leçons magistrales ou de livres didactiques qui, tous, éclairaient d'un jour nouveau l'histoire de la physiologie et de la pathologie du système nerveux. C'est lui qui, le premier, démontra que les éléments conducteurs de la sensibilité subissaient un entre-croisement dans la moelle épinière. C'est à lui que l'on doit, sur l'*épilepsie* et surtout au sujet de l'*épilepsie spinale*, toute une série de recherches expérimentales et cliniques d'un intérêt indéniable.

L'un des premiers, sinon le premier, Brown-Séquard établit l'existence et le rôle des nerfs vaso-moteurs constricteurs. Le premier aussi, il a attribué à la paralysie des parois vasculaires la dilatation des vaisseaux et l'augmentation de chaleur qui, comme l'a découvert Cl. Bernard, se manifestent sous l'influence de la section du cordon cervical sympathique dans la moitié correspondante de la tête.

C'est à ses recherches que l'on doit de connaître les relations qui existent entre l'intégrité de l'irrigation sanguine et l'énergie des propriétés physiologiques des tissus.

Dans un travail publié en 1858 sur les causes de la mort après l'ablation de la partie de la moelle allongée qui a été nommée « point vital », Brown-Séquard avait démontré que, dans les lésions traumatiques ou morbides d'une partie quelconque des centres nerveux ou des autres organes de l'économie animale, il peut exister deux causes des effets que l'on observe : l'une consistant en conséquences directes ou immédiates de la perte de fonction de la partie lésée ; l'autre, celle que l'on néglige presque constamment, consistant en effets de l'irritation que la lésion produit. Ainsi l'ablation du nœud vital détermine l'arrêt subit de tous les actes vitaux, non point parce que cette petite région de la moelle contient les sources de la vie, mais parce que les parties voisines, se trouvant irritées, agissent à distance sur un certain nombre d'organes ou d'appareils pour y arrêter les phénomènes respiratoires, l'action du cœur, les échanges entre les tissus et le sang.

Poursuivant cette étude si suggestive des actions d'arrêt déterminées par l'excitation de certains nerfs, Brown-Séquard a nommé *inhibition* l'acte en vertu duquel une propriété ou une fonction disparaît complètement ou partiellement à une certaine distance d'un point du système nerveux préalablement irrité. L'étude des actes inhibitoires, qui a fait l'objet des leçons professées au Collège de France de 1869 à 1872, a ouvert des horizons tout nouveaux à la pathologie et à la clinique.

Dès l'année 1869, Brown-Séquard avait émis l'idée que le testicule, outre sa sécrétion externe, produisait quelque chose qui, repris par le sang, exerçait sur tout l'organisme une action tonique. Il basait cette hypothèse sur ce fait que la castration est suivie de modifications profondes que ne peut suffire à expliquer la suppression de la sécrétion externe. L'hypothèse de la *sécrétion interne* des glandes passa inaperçue. Elle fut reprise quelques

années plus tard et, lorsque son exactitude fut reconnue, on admit qu'il existait des glandes à sécrétion externe simple, c'est-à-dire à conduit excréteur versant leur produit soit au dehors soit au dedans du tube digestif, des glandes mixtes qui, tout en étant pourvues d'un conduit excréteur, sécrètent en même temps un produit qui est repris par le sang (foie, pancréas, testicule); enfin des glandes à sécrétion interne sans conduit excréteur (glande thyroïde, rate, thymus, capsules surrénales).

En 1889, Brown-Séquard reprenant cette doctrine affirma qu'il était possible, en injectant du suc testiculaire dans l'organisme, de parer aux phénomènes d'épuisement que provoque l'atrophie ou la disparition du testicule. Telle est l'idée directrice qui l'a conduit à conseiller les injections de suc thyroïdien contre le myxœdème, les injections de suc testiculaire contre un grand nombre de maladies dues à l'épuisement du système nerveux.

Il nous est impossible de citer ici, même par leurs titres, les nombreux travaux publiés par l'éminent professeur du Collège de France. Mentionnons cependant, outre sa collaboration aux *Archives de physiologie*, à la *Gazette hebdomadaire*, au *Journal de la physiologie de l'homme et des animaux*, au *Dictionnaire encyclopédique*, etc., etc., ses *Leçons sur les vaso-moteurs*, *l'épilepsie*, etc., traduites par Beni-Barde, ses *Recherches sur l'influence du système nerveux sur les fonctions de la vie organique* (1852), ses *Recherches sur la physiologie et la pathologie de la protubérance annulaire* (1858), ses *Leçons sur la physiologie et la pathologie des centres nerveux*, publiées en français et en anglais (1860), ses *Leçons sur les paralysies des membres inférieurs*, publiées en anglais (1860), et qui ont eu deux éditions françaises, ses *Leçons sur le diagnostic et le traitement des diverses formes des affections paralytiques, convulsives et mentales*, en anglais et en français (1861), ses *Leçons sur la physiologie pathologique du cerveau* faites au collège royal des médecins de Londres (1876), ses nombreux travaux sur l'épilepsie et en particulier le livre qu'il a publié à Boston en 1857, etc., etc.

Brown-Séquard avait été, en 1849, médecin auxiliaire au Gros-Caillou; en 1854, il avait repris à l'île Maurice ses fonctions de médecin d'hôpital pendant l'épidémie cholérique. En 1860, ses travaux sur l'épilepsie lui avaient valu l'honneur d'être choisi pour diriger à Londres le service médical d'un hôpital spécial destiné au traitement des maladies nerveuses. Il était membre titulaire du collège royal des médecins de Londres; il avait été chargé de cours aux universités d'Edimbourg et de Glasgow, mais c'est à Paris qu'il avait commencé ses leçons de physiologie (de 1847 à 1872), c'est à Paris qu'il les termina. Son enseignement au Collège de France et ses travaux personnels lui valurent d'abord le prix Lacaze (1881), puis le grand prix biennal de 20,000 francs décerné par les cinq académies (1885), enfin le titre de membre de l'Académie des sciences (1886).

Sa mort, qui est un deuil pour la science française, afflige profondément tous ceux dont il s'était concilié la respectueuse affection par l'aménité de son caractère toujours jeune, toujours ardent et passionné pour le bien, par la dignité de sa vie, par la droiture de son esprit.

Association générale des médecins de France.

Séance annuelle.

La trente-troisième séance annuelle de l'Association générale des médecins de France s'est tenue à Paris le 1er et le 2 avril courant. L'ordre du jour de cette réunion ne comprenait aucune question litigieuse; elle n'a été marquée par aucun incident. Il n'est pas sans intérêt toutefois de faire remarquer que, d'année en année, les sentiments de confraternité et de cordiale entente des délégués de province et des membres du Conseil général s'affirment de plus en plus aussi bien dans les discussions que dans les votes.

Par une heureuse dérogation aux usages anciens, le président, M. Lannelongue, a voulu cette année, au lieu de se borner à souhaiter la bienvenue à ses confrères et à louer les bienfaits de l'Association, rechercher ce que la réforme de la législation sur les sociétés de secours mutuels pourrait avoir d'avantageux. Il l'a fait en termes excellents, montrant bien que, dans toutes les sociétés quelle que soit leur dénomination, les engagements contractés doivent, pour être tenus, rester basés sur des calculs mathématiquement exacts.

« Ce qui revient à dire, a-t-il ajouté, que les sociétés de secours mutuels doivent faire autant que possible une œuvre de philanthropie et des opérations matérielles d'assurances. Œuvre de philanthropie, c'est-à-dire œuvre de charité, de bienfaisance ou d'assistance, c'est cette idée-mère de la mutualité qu'on cherche à détourner de sa direction primitive pour l'adapter, sinon à des besoins sociaux nouveaux, du moins à un état de choses qui découle du rôle que doit jouer une démocratie sous le régime du suffrage universel. C'est là le propre de l'œuvre d'assurance, qui implique, d'une part, un rapport entre la quotité versée et l'indemnité accordée, et, de l'autre, un droit absolu à cette indemnité.

» Dans la pensée du législateur, l'assurance, œuvre essentiellement de prévoyance et de sécurité pour le travailleur, doit se développer de plus en plus désormais dans les sociétés de secours mutuels. Elle exigera, de la part de l'assuré, une prime spéciale fixée par des tables, et elle aura dans chaque société une représentation distincte du fonds commun. A cette représentation correspondra un livret individuel établissant la situation spéciale de l'assuré, ses droits à la pension, etc. »

La loi nouvelle, lorsqu'elle sera votée — et nous souhaitons, sans l'espérer beaucoup, que ce soit dès l'année prochaine — permettra donc à nos sociétés locales de créer pour chacun de leurs membres des livrets individuels et, par conséquent, tout en maintenant intacte l'autonomie de l'Association, de donner à chacun de ses membres, à chacune des sociétés qui le voudront, le droit de verser des cotisations spéciales en vue d'un risque déterminé. Le jour où l'Association entrera dans cette voie nouvelle, il importera que le Conseil général, au lieu d'être chargé, comme on l'avait demandé autrefois, de provoquer, de diriger, d'administrer l'une quelconque des œuvres annexées à la Caisse des pensions viagères, n'ait pour mission exclusive que de venir en aide, par des subventions aussi larges que possible, aux caisses locales qui seront momentanément obérées. En même temps que « pour donner satisfaction à ceux qui nous le demandent et qui ont droit à être entendus », nous en-

couragerons la création de caisses spéciales d'assurances contre la maladie ou de retraites pour la vieillesse, nous prêcherons la décentralisation, laissant à chacune de nos sociétés le droit de s'administrer à sa guise en ce qui concerne ses risques spéciaux, conservant avec chacune d'elles les liens qui nous permettront, grâce à la création d'une caisse centrale alimentée par des versements volontaires, de parer au moment voulu aux désastres qui pourraient résulter d'un excès de générosité ou même parfois d'imprévoyance.

Le rapport de M. Brun, qui expose l'état des finances de l'Association, a été, comme toujours, chaleureusement applaudi. Il constate que cette année le capital de l'Association s'est accru d'environ 64,000 fr. L'an dernier, les capitaux de la caisse générale s'élevaient à 92,785 fr. 70 et ceux de la caisse des pensions viagères à 1,559,011 fr. 20, soit au total : 1,651,796 fr. 90. Cette année ces deux fonds réunis s'élèvent à la somme de 1,717,322 fr. Quant aux capitaux de la Société centrale et des sociétés locales, ils atteignent environ 1,100,000 fr. De sorte qu'en résumé l'avoir général de l'Association, sans compter les rentes et les nues-propriétés, doit être évalué à environ 2,800,000 francs.

Je ne dois parler ici de mon rapport sur la situation et les actes de l'Association que pour bien préciser que, s'il a été accueilli avec une bienveillance marquée, c'est en raison surtout de la franchise des déclarations qu'il contenait. Les lecteurs de ce journal connaissent bien les doléances que j'ai si souvent exprimées au sujet du décret relatif aux expertises médico-légales et du mauvais vouloir avec lequel au Ministère de la guerre on a toujours accueilli nos justes réclamations. Je n'ai pas à y revenir. Je n'ai point non plus à reproduire les arguments que j'ai maintes fois développés pour apprécier le mode de fonctionnement et l'avenir des sociétés d'assurances contre la maladie fondées de divers côtés. Bien qu'on en ait dit quelquefois, le secrétaire général de l'Association et le rédacteur en chef de la *Gazette* ont toujours défendu, à peu près dans les mêmes termes, des idées semblables. L'Association tout entière paraît lui avoir donné son adhésion. Dans la séance du lundi, aucune objection sérieuse ne leur a été adressée. On a applaudi à la création de dix nouvelles pensions de 800 fr. et au rapport si bien pensé, si bien écrit de notre collègue M. Motet. On a compris que, pour le moment du moins, nous ne pouvions faire davantage et que, le jour où il nous sera permis d'élever à un taux uniforme les pensions anciennes et nouvelles déjà allouées par le Conseil général, nous ne faillirons pas à ce devoir.

Ainsi nous marcherons, d'accord avec nos confrères de province, dans la voie de bienfaisante solidarité où nous sommes engagés. Nous ne nous opposerons à aucun progrès lorsque celui-ci nous paraîtra réalisable; nous ne ménagerons ni notre temps ni notre peine en vue d'atténuer progressivement, puisqu'il est malheureusement impossible de les faire disparaître, les misères dont souffre le corps médical. Pour y réussir, il nous faut des adhésions plus nombreuses que par le passé, des dons et des legs aussi généreux que ceux qui nous ont déjà permis de faire tant de bien. Est-ce trop présumer du dévouement de nos confrères riches d'honneurs et de fortune que de les convier une fois de plus à nous aider de leur appui moral et matériel?

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Les lésions du foie dans les maladies infectieuses aiguës (1).

Si l'on s'en tenait strictement à ce que comporte dans la pathologie le titre de cette revue, il faudrait passer en revue la presque totalité des maladies du foie.

Placé entre l'intestin, source de multiples infections ou intoxications de même origine, et la circulation générale, le foie est exposé par cela même à des inoculations répétées ou massives provenant des microbes du tube gastro-intestinal : la masse énorme du sang qui le traverse, le ralentissement de la circulation sanguine qui s'opère dans la trame même de l'organe, au sein des lobules hépatiques, du fait de l'existence du réseau capillaire porto-sushépatique, la richesse de celui-ci; l'existence d'un autre réseau, lui aussi en communication avec l'intestin, exposé à des contaminations intestinales fréquentes; le réseau des vaisseaux biliaires; et peut-être aussi les qualités de la cellule hépatique si hautement différenciée en raison de ses fonctions biologiques; enfin la fréquence des infections d'origine intestinale, telles sont, en résumé, les multiples conditions qui font des altérations hépatiques un chapitre si important dans l'histoire générale des infections.

Dans d'autres circonstances, c'est le système circulatoire général qui sert de voie d'apport aux germes. Ainsi le voit-on dans les septicémies et dans certaines conditions de la circulation, telles que chez le fœtus où l'organisme maternel infecté envoie directement dans le foie de l'enfant, par l'intermédiaire des vaisseaux ombilicaux, un sang vicié soit par les toxines solubles de son sang propre, soit par des microbes eux-mêmes après alteration préalable du placenta.

Nous connaissons peu ou pas, d'autre part, les *résistances locales* du foie aux inoculations. Nous ne savons guère si la cellule hépatique est plus sensible ou non chez un même individu à l'action des germes virulents, que telle ou telle cellule d'épithélium, par exemple.

Ce que l'on peut avancer à l'heure actuelle, c'est que, à part les cas où la cellule hépatique est directement touchée, comme dans l'angiocholite ascendante et dans l'ictère grave de même origine et dans lesquels elle semble se mortifier rapidement; ce qu'on peut avancer, dis-je, c'est que le système capillaire et vasculaire du foie joue un rôle considérable dans les modifications de structure que subit le foie du fait de l'infection et que, dès l'origine de celle-ci, les altérations hépatiques paraissent souvent contingentes à ces altérations vasculaires.

Il est permis, cependant, de supposer que la cellule hépatique semble jouir d'une certaine résistance à l'infection, car sur les coupes de foie manifestement altéré, il est souvent difficile sinon impossible de déceler la présence d'un microbe, alors qu'en dehors du parenchyme hépatique proprement dit, dans les voies biliaires ou sanguines, c'est-à-dire hors de la zone d'action cellu-

(1) Les lésions du foie dans les maladies infectieuses sont communément décrites sous le nom de *foie infectieux*. Il n'y a rien, croyons-nous, à ajouter ou à retrancher à cette dénomination l'adjectif infectieux : voulant dire, dans la terminologie courante, un état provoqué par une infection. Or, les lésions du foie dans les maladies infectieuses rentrent dans cette catégorie, qu'on les considère au moment même où elles se produisent, ou qu'on les suive dans leur évolution. Attribuer l'appellation de « foie infectieux » à cette seconde catégorie de faits seulement, pour réserver à la première celle de « foie infecté » ainsi que l'a fait M. Gastou dans sa thèse remarquable d'ailleurs, c'est donner au mot « infectieux » une signification limitée qui ne s'applique à aucun état morbide analogue et c'est créer une séparation fâcheuse entre les lésions proprement dites et l'évolution ultérieure de celles-ci.

laire hépatique, ils sont facilement reconnaissables. Cette disparition rapide des micro-organismes dans le foie est importante à noter; elle est à rapprocher des propriétés d'arrêt dont cet organe jouit vis-à-vis les poisons d'origine intestinale et que les travaux de M. Bouchard et de ses élèves ont si bien mises en évidence.

* * *

Les altérations que subit le foie dans les maladies générales n'avaient pas échappé aux observations du début de ce siècle. Mais, contrairement à ce que nous avons vu plus haut touchant l'origine vasculaire et périvasculaire des lésions hépatiques, les auteurs conclurent plutôt à une altération primitive de la cellule hépatique, laissant presque absolument dans l'ombre les lésions interstitielles, c'est-à-dire périvasculaires.

Après les cliniciens tels que Andral, Grisolle, etc., qui décrivent les caractères macroscopiques du foie infectieux, sans en pénétrer la nature, on voit Chedevergne et Damaschino, dans un travail remarquable, insister sur la dégénérescence graisseuse qui, par la suite, avec Brouardel, Desnos et Huchard dans la variole, avec Paurot dans la rougeole, etc., devient comme la lésion classique du foie infectieux. Malgré quelques travaux dissidents parus en Allemagne et sur lesquels nous reviendrons, la conclusion générale, avec MM. Rendu, Cornil et Ranvier, est que le foie infectieux relève d'une hépatite parenchymateuse.

Cependant les lésions interstitielles commencent à être reconnues avec Wagner qui entrevoit les *nodules infectieux*, avec Weigert. Le mémoire de M. Siredey (1) marque une étape dans cette réaction à laquelle les travaux ultérieurs de M. Hanot et de ses élèves apportèrent nombre de faits et d'arguments.

Comme je l'ai dit en commençant, l'étude du foie infectieux, pris dans son ensemble, comprendrait presque toute la pathologie du foie. Aussi nous bornerons-nous à décrire les lésions qui ne correspondent pas à un processus banal et connu; nous laisserons donc de côté tout ce qui se rapporte aux abcès du foie confirmés ainsi qu'à la syphilis et à la tuberculose du foie en tant qu'elles se manifestent par les néoplasies spécifiques : la gomme, le tubercule.

Pour la même raison, nous ne parlerons pas des conséquences éloignées du foie infectieux, telles que la dégénérescence amyloïde, les atrophies cellulaires qui peuvent suivre les oblitérations vasculaires ou les altérations scléreuses interstitielles qu'on soupçonne maintenant pouvoir succéder aux infections hépatiques; cette discussion sur la doctrine de l'origine infectieuse des cirrhoses, quelque séduisante qu'elle soit, nous entraînerait beaucoup trop loin. Enfin, nous mettons à part également l'ictère grave qui paraît bien, lui aussi, une manifestation clinique du foie infectieux, mais qui relève probablement d'un mode d'infection particulier de la cellule hépatique, *infection directe et immédiate par les canaux biliaires* avec lesquels on connaît assez les relations embryologiques sans qu'il soit besoin d'insister davantage sur ce point.

* * *

Ces restrictions faites, nous pouvons maintenant aborder l'étude du foie *infectieux* (2) et décrire sous ce nom

(1) *Revue de médecine*, 1886, Des altérations du foie dans les maladies infectieuses.

(2) Comme nous l'avons vu plus haut, M. Gastou, dans sa thèse, a proposé le terme de « foie infecté » pour exprimer l'état du foie frappé par une maladie générale. Il réserve celui de « foie infectieux » à l'évolution ultérieure, cirrhotique, des altérations premières. En réalité, il s'agit d'un seul et même processus. La distinction du foie infecté et infectieux avec le « foie infectant » est plus légitime, car ici le foie devient lui-même un centre d'infection pour tout l'organisme.

les altérations qui, en dehors des grosses lésions éliminées plus haut, se montrent dans le cours des maladies infectieuses.

Caractères macroscopiques. — Ils ont été mis en relief, après les auteurs cités plus haut, dans le mémoire de M. Siredey et dans les communications de M. Hanot. Et il est difficile d'en donner une description générale par ce fait que l'aspect extérieur du foie dépend de deux conditions que nous allons retrouver à propos de l'histologie, c'est-à-dire de la congestion et des degrés de dégénérescence des cellules hépatiques plus ou moins développé, plus ou moins généralisé, plus ou moins disposé en plaques.

« Le plus ordinairement, dit M. Siredey (p. 467), la » surface externe du foie présente une coloration pâle » qui varie du jaune clair à la teinte hortensia et sur » laquelle se détachent de larges marbrures rou- » geâtres ou violacées dues à la localisation de la stase » sanguine sur quelques points. » La congestion hépatique peut aller jusqu'à l'hémorrhagie, l'ecchymose sous-capsulaire, en pointillé ou en taches; ou au contraire elle manque, et « le foie présente une teinte jaunâtre à peu près uniforme ».

Nous verrons dans un instant que le foie infectieux passe par un premier stade congestif — véritable *rougeur* du foie — par conséquent, selon l'époque de la mort dans le cours de la maladie, ces caractères de foie congestif seront plus ou moins apparents. Il est probable aussi que la virulence des microbes n'est pas un facteur indifférent. Tel ayant sur les vaisseaux et sur les cellules hépatiques une action nécrosante rapide, tel au contraire bornant son action nocive aux phénomènes congestifs d'irritation. Ainsi ce type congestif prédomine d'après Siredey au début de la fièvre typhoïde, dans la variole, dans la scarlatine, dans le choléra, tandis que le *type anémique* se voit à la fin de la fièvre typhoïde ou dans les formes lentes de la pyohémie. Ajoutons que le type du foie congestif est celui de la fièvre intermittente dans les phases aiguës (Kelsch et Kiener).

La coloration jaune du foie n'est pas due, ainsi que les premiers observateurs l'avaient cru, à la dégénérescence graisseuse de l'organe. Le *parenchyme hépatique ne graisse pas;* cet aspect est dû aux oblitérations vasculaires, à l'*anémie* véritable du foie.

Comme ASPECT GÉNÉRAL, le foie a son volume normal, plus souvent même diminué qu'hypertrophié (Siredey) : sa consistance est variable, plutôt molle, le doigt s'y enfonce en écrasant le tissu.

A ces caractères généraux du foie infectieux, M. Hanot (1) a ajouté la description d'une lésion typique, puisqu'il a pu la retrouver sur tous les foies infectieux qu'il a examinés et dans les maladies les plus diverses : je veux parler des *taches blanches* du foie infectieux. Signalées déjà par d'autres observateurs et décrites, dès 1871, par M. Hayem, sous le nom de saches anémiques, les taches blanches se présentent sous la forme de plaques de couleur pâle, d'aspect et de siège variables.

Elles siègent de préférence à la face convexe du foie. De forme circulaire lorsqu'elles sont petites, ovales ou quadrangulaires lorsqu'elles sont grandes, atteignant alors la dimension d'une pièce de 5 francs et plus, elles tranchent par leur couleur blanche sur le fond du tissu hépatique voisin, au-dessus duquel elles ne font pas de saillie appréciable, bien que le doigt y reçoive à leur niveau un léger soulèvement. D'autres fois, elles paraissent déprimées lorsque le tissu voisin est le siège d'une congestion un peu intense avec œdème.

Lorsqu'elles sont très abondantes et très petites, elles

(1) *Soc. de biolog.*, 1893.

donnent au foie un aspect particulier que M. Hanot appelle le *foie granuleux infectieux*, dont les granulations, dit-il, se distinguent de celles de la cirrhose par leur pâleur jaunâtre, par leur mollesse et par leur dimension toujours plus considérable.

Sur les coupes du foie, ces taches apparaissent avec les mêmes caractères (Hanot). Nous verrons tout à l'heure que c'est à leur niveau que se rencontre le maximum des lésions histologiques du foie infectieux. Ce n'est pas une lésion différente d'ailleurs et d'un autre ordre que celles dont nous parlions plus haut, à propos des lésions dégénératives diffuses du foie, il faut y voir simplement un simple territoire hépatique qui a subi plus que les autres et à un plus haut degré l'action nocive des germes ou des poisons.

Lésions histologiques et histogenèse. — Lorsqu'on examine au microscope sur des coupes les lésions histologiques du foie infectieux, on reconnaît d'abord que tous les éléments anatomiques du foie sont altérés et ce, par un processus général qui paraît bien être le même dans toutes les maladies infectieuses. « Ce qui caractérise le foie infectieux, dit M. Hanot (1), en dehors de la présence du microbe pathogène, c'est l'universalité de la lésion : tous les éléments constitutifs de l'organe : cellules, vaisseaux sanguins, lymphatiques et biliaires, tissu conjonctif, enveloppe fibreuse et péritonéale y sont plus ou moins lésés. » La caractéristique est donc une hépatite diffuse, aiguë ou subaiguë, contrairement à l'ancienne conception de l'hépatite parenchymateuse.

Mais on reconnaît ensuite que ces altérations, ainsi que nous l'avons vu déjà plus haut, ne se présentent pas partout et toujours avec les mêmes caractères, mais qu'elles varient en intensité et en nature, selon l'époque de la maladie et, jusqu'à un certain point, selon l'espèce microbienne en jeu. Il y a donc des degrés divers dans les altérations qu'on a sous les yeux, et qui diffèrent d'un compartiment hépatique à l'autre. Aussi y a-t-il intérêt véritable pour la clarté de la description à suivre celles-là dans leur développement progressif.

Or, les examens histologiques, d'accord avec les quelques données expérimentales que nous avons sur ce sujet, montrent que le premier phénomène qui se passe dans le lobule hépatique affecte *non la cellule, mais le réseau vasculaire.* Il se passe dans le foie, en somme, les phénomènes que nous voyons apparaître, sur la peau par exemple, après une inoculation septique et qui se caractérisent par de la rougeur, un des éléments de la triade symptomatique de l'inflammation — c'est-à-dire par de la congestion.

Ces altérations hépatiques ont été décrites par M. Siredey, en particulier dans le foie varioleux examiné de bonne heure, au cinquième jour de la maladie. A ce moment, les cellules hépatiques sont peu ou pas altérées ; leur protoplasma est peut-être plus homogène qu'à l'état normal ; il prend moins bien les matières colorantes ; mais c'est dans le réseau capillaire et vasculaire du foie que se passent les principales modifications morbides.

Les capillaires sont congestionnés, dilatés et refoulent excentriquement les travées des cellules hépatiques. La circulation s'y ralentit, les leucocytes, s'accumulant d'abord le long de la paroi interne des vaisseaux, ne tardent pas à la pénétrer et à faire issue en dehors par diapédèse, augmentant les phénomènes de refoulement des cellules. Il y a là, déjà, les éléments d'un thrombus. Bientôt les cellules endothéliales elles-mêmes des vaisseaux se tuméfient, puis subissent les altérations vitreuse ou graisseuse. Des altérations du même genre se passent au pourtour des vaisseaux biliaires et de rameaux de l'artère hépatique qui présentent sur le coupes une collerette de globules blancs. Ce n'est que plus tard et consécutivement aux oblitérations vasculaires que les cellules hépatiques s'atrophient ou subissent la dégénérescence vitreuse, non sans avoir quelquefois montré des signes d'irritation et la multiplication de leurs noyaux. Cet aspect est celui du foie dans la plupart des maladies infectieuses : scarlatine, diphthérie, choléra, fièvre typhoïde, etc... Cependant, les phénomènes de nécrobiose peuvent être plus précoces ou plus accusés dans certaines infections, telles que la diphthérie, le choléra, où MM. Hanot et Gilbert ont décrit une altération spéciale : la tuméfaction transparente. Ceci est alors la conséquence de la virulence spéciale et plus grande de tel ou tel micro-organisme.

Inversement, les phénomènes congestifs sont la lésion dominante dans la fièvre intermittente aiguë (Kelsch et Kiener) en particulier.

La médecine expérimentale a réalisé jusqu'à un certain point la marche des altérations hépatiques ; et ses résultats sont précieux en ce sens qu'elle a permis de suivre pas à pas le développement de celles-ci, en sacrifiant les animaux à différentes périodes de leur évolution.

Inoculant le *bacillus septicus putidus* à des cobayes, M. Roger (1) a constaté dans le foie les faits suivants :

Lorsque la mort est rapide, on observe la thrombose lobulaire. Lorsqu'elle survient en 4 ou 5 jours, la distention des capillaires comprimant les cellules hépatiques, les thromboses capillaires ; l'infiltration leucocytique du lobule et de l'espace porte : en somme, les lésions dont nous donnions plus haut la description.

Lorsque la mort survient plus tard, on observe alors, comme chez l'homme, les modifications nutritives des cellules hépatiques qui se nécrosent ; la formation de nodules infectieux dans la constitution desquels on retrouve des cellules embryonnaires mêlées à des débris de cellules ; ou bien enfin l'existence d'une véritable cirrhose embryonnaire des espaces portes et des lobules eux-mêmes. Notons en passant qu'au delà des 7 ou 8 premiers jours, les microbes ont disparu du foie et que les lésions de cirrhose ne doivent plus être considérées que comme une terminaison banale de l'hépatite infectieuse, n'ayant qu'un rapport étiologique éloigné avec la maladie primitive.

Ces phénomènes, qui se passent dans la totalité du parenchyme, s'observent avec leur plus haut degré dans les taches blanches dont nous avons parlé plus haut, et leur aspect spécial semble bien dorénavant lié aux troubles circulatoires anémiques qu'amènent après elles les thromboses vasculaires, et aux altérations dégénératives des cellules hépatiques. Les capillaires sont en effet remplis de leucocytes, ceux-ci infiltrent aussi bien le lobule que l'espace porte, principalement autour de la veine porte et des vaisseaux biliaires.

Dans le lobule les leucocytes disloquent les travées de cellules, et l'on peut voir des blocs de cellules plus ou moins altérées, entourés complètement par eux (Hanot, *l. c.*).

Les altérations cellulaires sont variables d'ailleurs. « Sur les unes, tuméfaction protoplasmique avec multi- » plication des noyaux ; sur d'autres, dégénérescence » granulo-graisseuse, pigmentaire, hyaline ou vitreuse. » (Hanot, *ibid.*).

Ajoutons enfin que parfois, ainsi que l'a observé M. Hanot, on note une importante formation de néocanalicules biliaires.

Mais jusqu'à présent nous n'avons fait qu'étudier les

(1) *Soc. de biolog.*, 28 oct. 1892.

(1) *Société de biologie*, juillet 1893.

lésions diffuses du foie : le microscope va nous en révéler d'autres. Il ne s'agit plus ici de lésions diffuses de tous les éléments du foie, mais bien de l'existence d'une véritable néoplasie infectieuse, dont la constitution suggère d'intéressantes analogies avec ce qui se passe dans certaines maladies néoplasiques par excellence : la tuberculose, la syphilis. C'est ce que M. Hanot appelle le *nodule infectieux*. Déjà signalés par Friedreich, par Wagner, par M. Jaccoud, ils ont été décrits par M. Siredey et par M. Legry, élève de M. Hanot, dans sa thèse.

Leur étiologie est bien particulière : on ne les rencontre que dans les maladies s'accompagnant d'ulcérations intestinales : la tuberculose intestinale, la fièvre typhoïde. Chose singulière, ils ne paraissent pas avoir été vus dans la dysenterie, est-ce à cause du siège des lésions sur le gros intestin dans cette dernière maladie, ou à une propriété du microbe ou des microbes, ou protozoaires, encore hypothétiques de celle-ci?

Quoi qu'il en soit, d'après M. Hanot, ils se rencontrent, en particulier, chez les typhiques et c'est chez ces derniers qu'il les a étudiés depuis 1884. Ils apparaissent au microscope colorés en rose par le carmin, arrondis ou ovalaires ou triangulaires à bords sinueux : leur dimension varie de 7 à 8 1/00 de millim. à 1/15 à 1/20 de millimètre. On les rencontre, en général, au nombre de 0 à 12 dans une seule coupe, siégeant surtout à la périphérie des lobules, près des fissures et des veines sus-hépatiques, quelquefois aussi en plein parenchyme lobulaire entre la veine sus-hépatique et l'espace porte, pouvant alors empiéter sur deux lobules voisins.

Ils sont constitués essentiellement par des amas de cellules rondes. Mais tandis que M. Siredey n'y voit qu'une production essentiellement interstitielle, sans participation active des cellules hépatiques, qui, dit-il, n'y sont nulle part incluses, et qui sont refoulées à la périphérie du nodule; M. Legry, avec M. Hanot, pense que les noyaux cellulaires des cellules hépatiques contribuent à les former en grande partie, et que des détritus et débris du protoplasma cellulaire peuvent se reconnaître au milieu des éléments ronds, dont les leucocytes cependant forment une bonne part. A leur périphérie les cellules hépatiques présentent des signes d'irritation.

Quant aux micro-organismes, signalés dans les taches blanches du foie par M. Hanot, ils ont été plus spécialement recherchés dans la fièvre typhoïde par M. Legry qui a reconnu la présence du bacille d'Eberth 6 fois sur 11 cas. Ces *bacilles ne siégeaient pas d'ailleurs dans les lobules*, ni même dans les capillaires immédiatement voisins, mais bien dans les capillaires plus éloignés. Les recherches ultérieures de M. Hanot ont confirmé ces résultats.

M. Chantemesse (*Traité de médecine*, Charcot, Bouchard, t. I, p. 747) a figuré et décrit la disposition des bacilles typhiques dans les coupes colorées par la méthode de Kühne. Il les montre dans le sang de la veine porte, et dans les capillaires, entourant parfois les cellules hépatiques. Ils y sont très nombreux dans le deuxième septenaire de la maladie.

Quel est l'avenir de ces nodules? Disparaissent-ils, ainsi que le dit M. Siredey, vers la troisième semaine, alors que les cellules hépatiques s'altèrent davantage, ou bien sont-ils le point de départ, l'amorce d'une cirrhose ultérieure? Questions encore sans réponse dans l'état actuel de nos connaissances. Ce qu'on sait cependant, c'est que, dans la tuberculose, ils se distinguent de la tuberculose infiltrée de M. Grancher et des nodules tuberculeux, décrits dans la tuberculose expérimentale, par MM. Grancher, Ledoux, Lebard, c'est qu'on n'y voit pas de cellules géantes, c'est qu'ils ne subissent pas la dégénérescence caséeuse. Faut-il y voir dès lors le point de départ de la cirrhose tuberculeuse?

Les nodules infectieux tirent donc leur particularité de leur structure et de leur pathogénie. Quelle est la valeur au juste des ulcérations intestinales dans leur apparition? Les microbes s'y modifient-ils comme le veut M. Hanot? Y a-t-il à considérer une question de masse dans l'inoculation, ou faut-il faire intervenir leur mode d'infection par la veine porte? Toutes hypothèses soutenables et plausibles.

***

Les altérations hépatiques que nous venons de passer en revue sont communes à toutes les infections, mais chacune de celles-ci y ajoute un élément propre, conséquence soit d'une action virulente plus spéciale sur les cellules hépatiques, soit d'une action générale sur le reste de l'organisme et en particulier sur le sang — j'ajoute sur les éléments figurés du sang. C'est ainsi que dans la malaria on note de l'hypersécrétion biliaire dès le début, et la présence dans les cellules hépatiques du pigment mélanique et du pigment creux. D'autres maladies, comme le choléra, s'accompagnent d'une nécrose plus rapide, plus spéciale et que nous avons signalée déjà. Nous ne pouvons entrer dans plus de détails à ce sujet, et nous renvoyons en particulier pour le foie de la fièvre typhoïde et de l'éclampsie aux revues déjà parues dans ce journal (1).

Une question non moins intéressante est celle de savoir quel est l'avenir des foies ainsi touchés. Guérissent-ils complètement, ou, au contraire, les lésions, parvenues à un certain degré, évoluent-elles vers la sclérose? questions pleines d'intérêt et qui renferment l'étiologie infectieuse des cirrhoses du foie. Déjà admise et reconnue pour la tuberculose, pour la syphilis, pour la fièvre intermittente, cette hypothèse suggestive n'a rien que de légitime.

Un dernier chapitre est celui des phénomènes fonctionnels morbides dont le foie, ainsi altéré, peut être le point de départ. Quel est, dans le désordre général provoqué par la maladie, le cri de souffrance particulier du foie? quelle valeur les troubles fonctionnels de la cellule hépatique ont-ils dans la symptomatologie et dans la résistance de l'organisme tout entier?

Il y aurait intérêt à pousser dans ce sens les recherches et l'analyse cliniques ou expérimentales. Nous connaissons mieux peut-être les modifications fonctionnelles du même ordre qui se passent dans le rein; encore pendant longtemps se borna-t-on à connaître l'albuminurie, symptôme jusqu'à un certain point secondaire, comparée à l'élimination des poisons.

Cependant on a déjà reconnu des troubles dans la fonction glycogénique (Roger).

M. Cassaet (2) a fait voir que les altérations fonctionnelles de la cellule hépatique subsistent pendant des mois après la guérison apparente de la maladie, et qu'elles se manifestent par la présence de sels biliaires dans l'urine et par la glycosurie alimentaire.

Voici, d'après M. Gastou, et en dehors de symptômes propres à l'infection biliaire proprement dite et qui se traduisent par l'ictère et ses symptômes collatéraux, par l'hépatomégalie, voici quels sont les symptômes qu'on peut attribuer à la forme la plus commune de l'infection du foie dans les maladies générales — la forme latente.

Ce sont l'inanition, l'amaigrissement rapide, la teinte terreuse du visage, les éruptions hémorrhagiques et

(1) *Gaz. hebd.*, 1889, Dreyfus-Brisac, *Le foie dans la fièvre typhoïde.* — *Ibid.*, 1891, *Dans l'éclampsie*, par Pilliet. — Girode, 1891, *Hépatite suppurée.*

(2) *Soc. de biol.*, mars 1893.

prurigineuses, les œdèmes sans albuminurie, les troubles digestifs divers : inappétence, nausées, constipation alternant avec la diarrhée, selles fétides et décolorées ; des troubles nerveux par auto-intoxication : agitation, délire, somnolence, torpeur. Enfin l'urobilinurie, la diminution de l'urée, la glycosurie expérimentale.

On peut voir également l'affection aboutir à l'ictère grave et à l'hépatite suppurée.

En dehors de ces cas, guérissent-elles toutes d'une façon absolue? Il est probable que non. Un certain nombre de faits analysés dans la thèse de M. Gastou indiquent, en effet, que certains foies ainsi touchés évoluent vers la cirrhose, et que cette cirrhose est « toujours une cirrhose intra-lobulaire, trabéculaire, intercellulaire, capillaire et même monocellulaire, surtout si l'infection canaliculaire biliaire se produit » (Gastou, p. 234). En réalité, il y a deux origines à cette cirrhose : l'une, d'origine sanguine, est une cirrhose vasculaire ; l'autre, d'origine biliaire, est une cirrhose canaliculaire.

Barbier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des lésions des ongles dans la syphilis, par le docteur L. Batut, chef de clinique à la Faculté de Toulouse, médecin-major de 2e classe.

Les ongles peuvent être atteints dans la syphilis héréditaire comme dans la syphilis acquise, et cette dernière peut se manifester sur l'appareil onychogène soit dans l'accident primitif lui-même, soit dans les accidents secondaires (plaques muqueuses et onyxis consécutive), soit enfin dans la période secondo-tertiaire (onyxis ulcéreuse, chute spontanée des ongles).

Syphilis acquise. — A. *L'accident primitif* n'est pas aussi absolument rare qu'on peut le supposer; nous savons, depuis les recherches de ces dernières années, la fréquence des chancres extra génitaux, mieux diagnostiqués qu'autrefois malgré leur siège anormal. M. le professeur Fournier a fait relever dans son service le nombre de ces chancres observés depuis 1886. Le premier, son interne F. Lavergne (*Ann. de derm.*, 1884) en a observé 22 dans son année, dont un du doigt; du 1er février 1890 au 1er novembre 1891 Feulard en a observé 75 dont un à l'index gauche, un au médius de la main gauche (obs. 52) caractérisé par une ulcération située au bord adhérent de l'ongle, le doigt étant rouge et enflé; le sujet, marié, et dont la femme était saine, il le disait du moins, s'était pris l'ongle dans une porte un mois auparavant, accident suivi d'une plaie *in situ;* un à l'annulaire droit (obs. 57) chez un homme qui était en traitement à l'infirmerie de son régiment au moment où la lésion se montra; un autre, encore (obs. 68) sur l'annulaire droit, chez un homme dont la maîtresse était manifestement atteinte de syphilis, ce qui porte à 4 le nombre des chancres digitaux observés en 18 mois dans le même service, dont un chancre péri-unguéal très net.

A la Société de médecine de Vienne (*Ann. de derm.*, 1893, p. 574), Rosenthal déclare traiter en ce moment un médecin qui a contracté la syphilis par la main et chez lequel il n'y a pas d'engorgement des ganglions cubitaux, mais seulement des axillaires.

Rollet (1865) cite une statistique de Fournier qui donne un chancre des doigts sur 471 chancres multiples du siège et Bassereau indique un chancre siégeant sur le pouce de la main gauche sur 362 chancres indurés divers.

Plus près de nous, A. Pospelow (in *Archiv für Derm. und Syphilis*, 1889, nos 1 et 2) écrit avoir observé, de 1878 à 1880, à l'hôpital des syphilitiques de Moscou, soit en treize années, 198 chancres extra-génitaux dont 2 au pouce et 3 aux autres doigts. Rappelons, enfin, une clinique de Fournier sur ce sujet in *Semaine médicale*, 1893.

En somme, le chancre induré des doigts peut s'observer quoique rare; son étiologie est tantôt libidineuse, tantôt professionnelle (médecins et accoucheuses); mais ce qui intéresse plus spécialement notre sujet, c'est la connaissance des faits plus rares encore où l'accident primitif s'est localisé exactement à l'ongle ou autour de lui; le cas de Feulard (obs. 52) est un des plus nets ; Horteloup en a fait reproduire un dans sa collection et D. Mollière a publié le fait d'un homme mordu au pouce à la racine de l'ongle par un cordonnier prussien manifestement syphilitique (1870) ; nous avons nous-même eu connaissance d'un fait semblable dans lequel la victime — un médecin, — mordu au cours de ses études par un étudiant atteint de plaques muqueuses de la langue, eut un chancre primitif péri-unguéal suivi d'ulcération, chute de l'ongle et syphilis bénigne, non transmise à son enfant, aujourd'hui adolescent plein de vigueur.

Nous doutons que le diagnostic du chancre péri-unguéal soit difficile à poser, en raison de la persistance de l'ulcération, des adénites consécutives et de l'étiologie le plus souvent aisée à reconstituer. Reconnaissons toutefois que si le chancre de l'index ou du pouce a été signalé, le chancre des orteils est beaucoup plus rare et nous ne l'avons trouvé mentionné dans aucun recueil.

B. *Les accidents secondaires* des extrémités les plus fréquemment observés sont les *plaques muqueuses* des orteils presque exclusivement, car ici, à l'inverse de ce que l'on observe pour le chancre induré, les doigts paraissent absolument indemnes.

Ces plaques muqueuses s'observent en général chez les sujets peu soigneux de leur personne ou qui ont négligé tout traitement depuis l'apparition de l'accident primitif; on les voit alors survenir brusquement au cinquième, au sixième mois, envahir d'emblée plusieurs espaces interdigitaux et la plante des pieds jusqu'à une certaine distance de la racine des orteils, avec un suintement d'une odeur repoussante, un soulèvement de l'épiderme, parfois même des ulcérations allant jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

Aux orteils, les plaques peuvent envahir toute l'étendue des espaces interdigitaux et par extension, atteindre l'ongle des orteils correspondants; dans ce cas, la matrice est généralement atteinte la première, puis l'ulcération, superficielle d'abord, s'approfondit et fait le tour de l'ongle lui-même qu'elle finit par déchausser, sinon sur tout le pourtour, du moins sur l'un des côtés ; l'ongle est alors décollé, le bourrelet de l'ongle rougit, s'enflamme, sa base suppure et finalement l'ulcération progresse et l'ongle non soutenu, non nourri, tombe, en même temps que la plaque muqueuse, cause première de tout le mal, s'agrandit si l'on ne joint pas au traitement topique le traitement général. On a affaire dans ce cas à l'onyxis secondaire, c'est-à-dire de voisinage, par rapport à une lésion syphilitique de plus grande importance, en continuité de lésion avec elle.

Nous donnons ci-après une observation complète de ce genre de lésion observée chez un malade de la clinique de M. Audry à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, cette année même; il est impossible dans ce cas de méconnaître la lésion et son étiologie, étant donnée la présence des plaques muqueuses interdigitales.

Observation I. — *Syphilis secondaire maligne; onyxis et périonyxis ulcéreuse rapide.* — C... Jean, 26 ans, camion-

neur (St-Victor, n° 20), vient à la clinique de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, dans le service de M. Audry, le 7 janvier 1894. En mai 1893 il a eu un chancre à la base du filet qui a été guéri en deux mois et demi par l'emploi du calomel et de l'eau blanche; il a pris immédiatement après une moyenne de trois pilules de Dupuytren par jour jusqu'à concurrence de 180; il n'existe pas aujourd'hui d'indication sur l'emplacement du chancre : on constate toutefois des adénites inguinales peu développées. Le malade n'a eu ni lymphite, ni roséole, ni éruption papuleuse ou croûteuse sur le corps, mais deux petits boutons dans les cheveux. Au bout du premier mois, plaques muqueuses sur les deux lèvres, sur les côtés de la langue et les amygdales, enfin voix rauque qui dura deux mois environ; C... prenait alors des pilules de Dupuytren et n'a jamais fait cautériser ses plaques. Il a noté une alopécie légère, une vive céphalée durant un mois, une fatigue générale, une douleur articulaire sans hydarthrose au genou droit. Il dut cesser son travail et se repose ainsi depuis le mois de juillet dernier dans sa famille. On observe en ce moment un chapelet ganglionnaire cervical développé, trois petits ganglions en chaînette au-dessus du pli du coude des deux côtés, des traces de trois papules récentes sur le dos du médius et la face dorsale de la main droite.

Il y a cinq mois, sont apparues des plaques muqueuses interdigitales aux deux pieds qu'il a négligées et qui se sont aggravées depuis un mois environ au point de ne plus permettre la marche; c'est ce qui l'amène à l'hôpital.

Etat actuel: —pied droit. — Périonyxis ulcéreux siégeant sur le troisième orteil, laissant à nu la moitié interne de la racine de l'ongle qui est entourée sur la face interne de l'orteil d'une ulcération circulaire profonde de 2 à 3 millimètres et large comme une pièce de cinquante centimes; le quatrième orteil est boudiné, rouge violacé, doublé de volume; il existe sur tout le troisième espace interdigital, jusqu'à la commissure, des plaques muqueuses; l'extrémité de cet orteil est renflée en massue, l'ongle décollé et noirâtre, prêt à tomber; le bourrelet du repli sus-unguéal est rouge sombre, tuméfié à la face interne de l'orteil, autour de l'ongle; ulcération verticale plus profonde et plus étendue qu'au troisième; les deux ongles sont destinés à tomber; le quatrième espace interdigital présente de vastes plaques muqueuses; l'ongle du cinquième orteil est sain; celui du gros orteil est partagé en deux segments, l'antérieur noirâtre, recourbé en bas, épaissi, stratifié, par suite de contusion ancienne.

Pied gauche. — Même état du gros orteil consécutif à un accident de même nature.

Dans le troisième espace interdigital, plaques muqueuses à odeur infecte profondément ulcérées; le quatrième orteil est doublé de volume, rouge violacé, d'aspect engelureux; l'ongle est légèrement décollé à la base et au côté interne; au cinquième orteil, l'ongle est tombé; à sa place on trouve une ulcération profonde, sécrétante, à fond sanieux; l'orteil est aussi doublé de volume; le quatrième espace interdigital présente des plaques profondes sur les deux faces opposées des orteils et à la commissure. Si l'on relève les orteils, on aperçoit des deux côtés le sillon placé à la base des orteils revêtu de la sécrétion fétide spéciale des plaques qui s'étendent jusqu'à lui. Le malade ressent de vives douleurs, des élancements même qui l'empêchent de dormir; la marche est impossible. Depuis le mois de juin il n'a suivi aucun traitement. Pas de psoriasis plantaire, les ongles des mains sont sains; mais on note de gros condylomes à l'anus, et sur toute la hauteur du scrotum des plaques muqueuses à peine cicatrisées.

Le malade est soumis dès son entrée aux frictions mercurielles et pansé localement avec du calomel après cautérisation au nitrate d'argent et lavages au sublimé; en trois jours, amélioration sensible; le 17 janvier son état est assez amélioré pour qu'il demande à sortir.

On remarquera, dans l'observation qui précède, qu'au moment où nous avons vu le malade, deux de ses ongles avaient disparu et qu'à leur place existait une ulcération profonde, fongueuse, vite guérie par le traitement, mais ne paraissant pas en ce moment en relation de continuité avec les plaques muqueuses.

Il existe, en effet, en dehors de l'onyxis secondaire à la plaque muqueuse des orteils, un onyxis direct, sorte de tourniole syphilitique survenant d'emblée, ou après la disparition de la plaque muqueuse du voisinage; nous pourrions en distinguer diverses formes avec les auteurs classiques comme Humbert (article Ongles du *Dict. Encyclop. des Sciences médicales*, 1883), l'onyxis pur ou le périonyxis lorsque les parties environnantes limitantes de l'ongle sont prises.

Dans la plupart des cas, il s'agissait de *périonyxis inflammatoire*, la matrice de l'ongle était décollée, du pus se formait en dessous, un bourrelet inflammatoire existait autour de la racine ou même sur les parties molles latérales de l'ongle; il ne nous a été donné d'observer aucun cas de périonyxis ulcéreux qui, du 4e au 6e mois, indiquent une infection grave (cas de Rollet et Diday, p. 754) qui, un peu plus tard, caractérisent les véroles de force moyenne; encore moins avons-nous vu des faits d'onyxis maligne (forme signalée par Rizzoli, qui lui donne encore le nom d'onyxis ulcéreuse livide, 1875). Mais chez une femme entrée à la clinique pour plaques muqueuses des orteils, empêchant la marche, à la suite d'une absence totale de traitement antisyphilitique, nous avons pu voir après la disparition des plaques muqueuses survenir une véritable tourniole syphilitique sans rapport de contiguïté avec les plaques, puisque cette nouvelle manifestation de la vérole a atteint non seulement les orteils, mais aussi le pouce de la main gauche : ici encore un traitement bien conduit a amené une guérison rapide de tous ces accidents multiples qui paraissaient, dès le début, devoir se généraliser.

Obs. II. — *Syphilis secondaire, onyxis multiples des pieds et des mains.* — C... Eugénie, 28 ans, domestique, vient à la consultation à la Policlinique de M. le Dr Audry le 1er juin 1893, pour une adénite inguinale droite probablement spécifique; le 31 juillet, elle se présente de nouveau pour demander son admission dans les salles de la clinique dermatologique où elle est reçue le même jour (Sainte-Cécile, n° 3); elle offre en ce moment une éruption de plaques muqueuses interdigitales, à odeur infecte, donnant aux deux pieds une coloration noirâtre et envahissant presque la totalité de la plante; son état actuel remonte à 15 jours environ; on note un peu d'alopécie, mais il n'existe aucune trace de roséole ni de syphilides (en dehors des plaques plantaires) sur le reste du corps; la vulve et ses alentours sont normaux, les seins intacts, la bouche indemne ainsi que l'orifice anal. Lors de sa première visite, le 1er juin, on avait prescrit à la malade de prendre des pilules de protoiodure; elle avoue n'en avoir absorbé que 12, puis avoir renoncé à tout traitement. A sa rentrée, on la soumet au traitement par les pilules de Dupuytren (3 par jour) et on panse ses larges plaques interdigitales au calomel. Les jours suivants, on note quelques plaques lisses, en pré fauché, sur la face dorsale de la langue, et des ganglions cervicaux légèrement engorgés. Vers le 5 août, les plaques des pieds s'améliorent, se sèchent, leur odeur est moins fade, mais aux gros orteils des deux pieds, les plaques qui ont en quelque sorte été la forme larvée d'un périonyxis se transforment en onyxis indéniable avec gonflement, rougeur des bords du lit de l'ongle et formation de pus à la matrice; il y a aussi un léger décollement. Les ongles présentent, en outre, un aspect sec, terne, gris, indiquant un état morbide; leur coloration est franchement noire par suite de l'emploi des bains sulfureux; il est à remarquer que le sujet n'avait et n'a jamais eu antérieurement d'ongle incarné. Le 22 août, des lésions semblables sont notées à la base de l'ongle du pouce droit; le rebord de l'ongle sur le bord externe est rouge, tendu, comme enflammé, la matrice décollée; on lave au sublimé, puis on fait un pansement sec comme aux gros orteils. Le 23, M. Audry reprend le service et fait mettre sur l'ongle et en dessous, dans la partie décollée et anfractueuse, un mélange de talc et calomel poussé avec la sonde cannelée, non sans force grimaces de la malade pour qui l'opération paraît réellement douloureuse; le lendemain, les plaques de la plante des pieds étant sèches, une large desquamation en grandes plaques se produit des deux côtés et intéresse le talon et la plante; cette desquamation se continue les jours suivants; on note même quelques papules à la face

interne des cous-de-pied. La malade fait journellement une friction de pommade mercurielle à la dose de 4 grammes. Le 1er septembre, le pus se collecte toujours abondant sous les ongles des gros orteils; on enlève avec des ciseaux pointus ces ongles sur une certaine profondeur, suivant les bords décollés, et le même pansement est utilisé; le 2, l'aspect des orteils s'est considérablement modifié; la partie restante des ongles semble se recoller; même opération sur le pouce droit; ce dernier, au bout de quelques jours, se recolle également en partie. Les pieds sont pansés au bismuth. Enfin, la malade sort en bon état le 15 septembre; en ce moment, les bourrelets qui s'étaient formés latéralement et à la base des ongles des gros orteils se sont affaissés, ont perdu leur teinte rougeâtre, et la partie des ongles qui ne s'est pas exfoliée est bien adhérente à la base et douée de vitalité. Au pouce, un mieux très sensible s'est également manifesté; la séparation chirurgicale de la partie mortifiée et décollée a débarrassé le rebord externe de l'épine qui l'irritait comme dans une tourniole vulgaire et la malade peut sortir pour se livrer à des travaux manuels; elle suivra toutefois un traitement général. La langue, à sa sortie, est redevenue lisse, l'alopécie arrêtée; il n'y a pas d'éruption sur le corps, ni myalgie, céphalée ou complications oculaires d'aucune sorte. Enfin, les mains n'ont été le siège d'aucune éruption analogue au psoriasis; en dehors des gros orteils et du pouce droit, tous les autres ongles sont toujours restés sains.

Le périonyxis peut présenter parfois un caractère grave et donner lieu à des interventions radicales, ainsi qu'il résulte d'un fait que nous donnons après le précédent et dans lequel l'orteil lui-même paraissait compromis tout entier.

Obs. III. — *Syphilis secondaire, onyxis, accidents strumeux.* — L... Gabriel, 30 ans, entre le 27 novembre 1893 à la Clinique dermatologique (Saint-Victor, n° 4). Il y a deux ans, il a eu un chancre à la verge suivi de bubon, de plaques muqueuses au pied, très graves, et d'un onyxis très étendu au gros orteil droit, affections pour lesquelles, dit-il, vu l'état du pied, M. Jeannel voulait enlever le gros orteil; les soins locaux amenèrent la guérison, mais il y eut ultérieurement des plaques muqueuses au scrotum et à l'anus qui se guérirent par les pilules de Dupuytren à la dose de trois par jour; au bout d'une année, accidents ganglionnaires à gauche du cou avec écoulement de pus par la plaie et traitement par la liqueur de Fowler et la teinture d'iode sans résultat; il existe actuellement des vestiges d'adénites sous-maxillaires suppurées à gauche. La dentition est mauvaise; à droite, depuis 4 mois, une grosseur est apparue, un peu au-dessous de la glande sous-maxillaire, qui a augmenté successivement, s'est indurée, puis percée en cinq ou six fistules, sorte de pomme d'arrosoir, d'un abcès chronique, d'origine probablement dentaire, donnant lieu à un écoulement séreux. Il existe des condylomes à l'anus, une alopécie légère; pas de plaques à la gorge, mais de gros ganglions inguinaux, axillaires et un léger chapelet ganglionnaire cervical à droite. Le 28 novembre on curette l'abcès et on panse après lavage à l'eau de Labarraque avec du calomel; on fait des frictions au savon mou de potasse et calomel; le malade sort très amélioré le 15 décembre.

Les ongles peuvent être atteints dans la période des accidents secondaires, sous une forme plus silencieuse, et l'attention du malade n'est appelée que par hasard sur les désordres de ces organes; il s'agit, dans ce cas, de la *forme sèche de l'onyxis* consistant en ce que l'ongle devient craquelé à son extrémité, se fendille, présente parfois une série de points noirâtres en séries linéaires allant de la matrice à l'extrémité libre, ou bien encore il se produit un décollement sans formation de pus qui entraîne la chute de l'ongle; parfois même, l'extrémité de l'ongle est bombée, dure, déformée, incurvée (onyxis hypertrophique); ces lésions sont toujours silencieuses et sans réaction inflammatoire des parties molles environnantes; il s'agit ici, plutôt que d'une inflammation du lit ou de la matrice, de troubles de nutrition et de perversion dans la sécrétion de la matrice onychogène. Ces lésions sont assez rares et peuvent survenir, soit dans la phase virulente de la syphilis, soit beaucoup plus tard, vers le 20e mois, comme phénomène isolé indiquant la persistance du virus syphilitique en l'absence de toute autre manifestation.

Obs. IV. *Syphilis secondaire et onyxis sec généralisé précoce.* — M. X..., étudiant en pharmacie, contracte la syphilis au mois d'avril 1893. Environ 3 mois après le début de sa maladie, il voit apparaître sur les ongles de la main droite, à quelques millimètres de la matrice, de petits points blancs linéaires qui attirent son attention.

Il constate bientôt que ces petites lésions prenaient une forme allongée de la naissance de l'ongle à son extrémité libre; chacune des lésions émettant des prolongements qui s'étalaient en éventail sur toute la surface de l'ongle. Ces lignes blanches, très molles d'ailleurs, cédaient facilement à l'action du canif; le malade remarqua, d'ailleurs, que ce grattage n'arrêtait que pour quelques heures les phénomènes morbides.

La main droite présente seule au début ces accidents et, seulement trois ou quatre semaines après, les ongles de la main gauche étaient attaqués, la lésion offrant le même aspect et suivant la même marche.

Justement alarmé, le malade vient voir M. le Dr Audry à la consultation de l'Hôtel-Dieu, et ce dernier lui conseille des applications d'onguent napolitain ou des lotions de sublimé. Sous l'action de ce médicament, l'amélioration ne tarde pas à se montrer, et bientôt il ne reste plus rien de ces lésions qui avaient persisté durant deux mois et demi; un détail à noter est la présence de rhagades aux paumes des mains disposées en éventail, rhagades qui furent traitées par des lotions au sublimé et cédèrent à leur action durant quelque temps. Le sujet n'ayant pas traité sa syphilis durant les vacances, à cause de la présence de ses parents, fut pris d'accidents laryngés graves. (*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Suggestion hypnotique et idées fixes (The use of suggestion during hypnosis of the first degree, as a means of modifying or of completely elimining a fixed idea), par R. Sturgis (*Medical Record*, 17 février 1894, n° 1215, p. 193). — L'auteur, se fondant sur les analogies qui existent entre l'idée suggérée pendant l'hypnose et l'idée fixe spontanée, a pensé qu'il serait possible de guérir l'idée fixe à l'aide de la suggestion, et il rapporte trois cas dans lesquels cette méthode a été suivie de succès. [Observations trop résumées pour qu'il soit possible de juger.]

Hémiplégie organique chez un enfant hérédo-syphilitique à la suite d'une chute, par Paul Blocq (*Revue de neurologie*, 30 janvier 1894, n° 2, p. 39). — Un garçon de six ans tombe d'une petite charrette d'enfant et sans douleurs immédiates, sans aucune perte de connaissance, il offre presque aussitôt une hémiplégie droite motrice totale portant sur la face, le membre supérieur et le membre inférieur, sans autre trouble ni de l'intelligence, ni de la sensibilité, ni de l'état général. Les recherches entreprises pour déterminer la cause de l'accident portent à croire que l'enfant est atteint de syphilis héréditaire, et on pense que les troubles généraux du développement habituels aux hérédo-syphilitiques ont réalisé sans doute une fragilité telle des vaisseaux, qu'un simple choc aura suffi pour produire une légère hémorrhagie capsulaire. Le traitement spécifique fut institué en conséquence dès le début, et la guérison fut complète au bout de quelques semaines.

Paralysie périphérique isolée du nerf sus-scapulaire droit (Mittheilung eines Falles von isolirter peripherischer Læhmung des N. supra-scapularis dexter), par M. Bernhardt (*Berl. klin. Woch.*, 8 janvier 1894, n° 2, p. 33).

— Depuis la première communication de l'auteur « sur une paralysie périphérique isolée du nerf sus-scapulaire gauche » en 1886, quatre observations nouvelles (Hoffmann, Sperling, Bernhardt, Benzler) en ont été publiées. Le cas actuel concerne un homme de 28 ans, qui offre, en outre de douleurs de l'épaule, les signes de déformation et les troubles moteurs particuliers à cette paralysie ; il ne peut, notamment, placer son bras dans la position verticale, parce que la tête humérale n'est plus maintenue appliquée dans la cavité glénoïde, lorsque le deltoïde se contracte, en raison de la paralysie des muscles sus- et sous-épineux.

Etude de la syphilis du système nerveux, par F. Raymond (*Arch. de neurol.*, 1894, nos 83, p. 1 et 84, p. 113). — L'auteur s'est proposé de montrer, à l'aide de documents appropriés, que le substratum anatomique de la paralysie générale évoluant chez les syphilitiques est bien la méningo-encéphalite vasculaire diffuse. Il rapporte trois observations soigneusement prises au point de vue clinique, minutieusement observées au point de vue histologique, et dont les particularités anatomiques sont reproduites par de très nombreuses figures, et s'autorise de l'étude de ces cas pour en tirer les conclusions suivantes : dans la paralysie générale d'origine syphilitique, l'altération paraît porter en premier lieu sur les vaisseaux de l'écorce ; elle peut se limiter à ceux-ci, mais aussi atteindre les grosses artères et veines de la base, le processus affectant alors parfois la forme gommeuse. La paralysie générale, au moins celle qui est syphilitique, est donc une encéphalite vasculaire diffuse. Tout sujet atteint d'encéphalite n'est pas encore pour cela paralytique. La paralysie générale ne survient en effet que dès que l'élément nerveux commence à souffrir du mauvais état de la circulation. La période de résistance de ce tissu peut être plus ou moins longue ; elle varie, en effet, d'une part, en raison de la nocivité propre de l'agent spécifique, d'autre part, en raison de la débilité héréditaire plus ou moins accusée des éléments nerveux. Tel syphilitique, porteur de ces lésions vasculaires, les supportera longtemps — pourra même guérir — sans devenir paralytique général ; tel autre, dont les éléments nerveux résisteront mal, tombera vite dans la démence. Ce travail représente, comme on voit, une tentative des plus importantes pour mettre d'accord les données cliniques établies sur l'origine syphilitique de la paralysie générale, avec les constatations anatomiques.

La glande pituitaire; ses relations avec le système nerveux (The morphologic origine and evolution, of functions of the pituitary body and its relation to the central nervous system), par Lloyd Adriezen (*British medical journal*, 13 janvier 1894, n° 1724, p. 34). — L'auteur s'est proposé de rechercher la nature anatomique et les fonctions de la glande pituitaire, par l'étude de l'anatomie comparée de cet organe chez les animaux inférieurs. Il en est arrivé à cette conclusion qu'au point de vue anatomique cet organe se compose de 3 parties, dont la première antérieure glandulaire, la seconde moyenne vasculaire, la troisième postérieure et nerveuse atrophiée chez les animaux supérieurs. Les fonctions de la pituitaire consisteraient, d'une part à introduire dans le tissu nerveux de l'oxygène assimilable, d'autre part à détruire ou à neutraliser des produits de déchet. Il en conclut que les troubles observés au cours des destructions pathologiques ou expérimentales de la glande représentent les manifestations des altérations de cette double fonction.

MÉDECINE

La néphrite scarlatineuse septique (Die septische Scharlachnephritis), par Aufrecht (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1891, Bd LII, p. 339). — Pour l'auteur qui a eu l'occasion d'examiner les reins dans trois cas de néphrite scarlatineuse septique, la lésion rénale est produite par le virus scarlatineux qui provoque dans la couche corticale un trouble de nutrition se manifestant par une nécrose de coagulation et une tendance à la séparation de l'épithélium de la membrane propre qui le supporte ; d'un autre côté, il se produit des modifications inflammatoires caractérisées par la tuméfaction des cellules épithéliales aboutissant à la formation des cylindres. Le processus inflammatoire envahit encore les papilles où il se forme également des cylindres. Toutes ces lésions ont pour résultat une stase de l'urine avec dilatation des canaux, laquelle dilatation peut constituer la seule lésion persistante quand l'affection se prolonge.

A côté des modifications parenchymateuses, on peut encore trouver des lésions vasculaires qui, dans certains cas, mènent à la néphrite interstitielle.

Action diurétique du calomel dans les affections rénales (Ueber die diuretisch Wirkung des Calomels in Nierenkrankheiten), par Sklodowski (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, Bd LII, p. 300). — L'auteur a essayé le calomel chez 14 néphritiques dont 13 atteints de néphrite parenchymateuse et un de néphrite interstitielle par artério-sclérose. Chez 7 le calomel exerça une action diurétique puissante, chez 2 une action moyenne. Dans tous ces cas, la diurèse a présenté les mêmes caractères que ceux que Jendrassik avait signalés dans la diurèse provoquée par le calomel dans les hydropisies d'origine cardiaque. Ces recherches montrent, par conséquent, que la diurèse calomélique n'est pas due entièrement à l'action de ce sel sur l'épithélium rénal. Aussi l'auteur est-il d'avis de conserver au calomel sa place de diurétique dans les hydropisies d'origine rénale.

La pression sanguine et les troubles cardiaques chez les chlorotiques (Ueber das Verhalten der Blutdruckes und über die bei denselben Vorkommenden Stœrungen am Herzen), par Bilher (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, vol. LII, p. 281). — Contrairement à Immermann qui accepte la théorie de Virchow sur l'hypoplasie des vaisseaux dans la chlorose, l'auteur a trouvé chez tous les chlorotiques une diminution de la pression sanguine. Chez presque tous ses malades il a constaté en même temps une dilatation du cœur droit qui, de même que l'abaissement de la pression sanguine, disparaissait quand il survenait une amélioration des symptômes principaux de la chlorose.

La dilatation du cœur droit provoquait ordinairement une insuffisance des valvules, principalement de la tricuspide. Aussi l'auteur admet-il avec Leyden, Germain Sée, Zigler et autres, que les souffles de la chlorose relèvent d'une lésion organique.

Une petite épidémie de fièvre typhoïde d'origine hydrique, par Minart (*Arch. de méd. et pharm. mil.*, 1894, n° 1, p. 22). — Dans un cas d'une petite épidémie de fièvre typhoïde ayant éclaté dans le 13e régiment de ligne et frappé en même temps la population voisine de la caserne, l'enquête permit d'établir que les malades fréquentaient un café-restaurant dont le propriétaire prenait son eau de consommation dans un puits situé dans le jardin de l'habitation, en contre-bas de latrines à fosses assurément non étanches. Les voisins se comportaient de même, empruntant leur eau de boisson à des puits semblables.

L'examen bactériologique des échantillons d'eau puisée à ces différents puits fut fait par M. Vaillard qui remit la note suivante : « Dans les puits suspects, impossible de trouver le bacille typhique malgré des essais répétés ; mais on y rencontre en abondance le coli-bacille, organisme constant dans les matières fécales, ce qui implique que ces eaux de puits étaient accessibles aux souillures fécales. Cette constatation est, dans l'espèce, extrêmement importante, et légitime l'explication étiologique des cas de fièvre typhoïde observés. »

CHIRURGIE

Affection non encore décrite du col utérin (Ueber eine bisher noch nicht beschriebene Erkrankungsform der Vaginalportion), par E. Frænkel (*Wien. med. Presse*, 1894, n° 3, p. 95). — Une femme de 31 ans, atteinte de maladie de Basedow de forme légère, présente sur les deux lèvres du col une membrane blanche, épaisse, dure, granuleuse, impossible à enlever par les lavages ou même les tampons. L'aspect de la membrane est celui d'une eschare profonde produite par le nitrate d'argent et le chlorure de zinc. La malade ne fait que depuis 6 semaines des injections vaginales d'alun boriqué et n'a subi aucune opération. La fausse membrane persiste encore intacte au bout de 6 semaines pendant lesquelles la malade fut soumise aux injections d'eau chaude. Quand, pour l'examen microscopique, on a excisé une petite partie de

la membrane, elle s'était reproduite au bout de 15 jours. Elle s'est reproduite encore après le grattage, et ne se reforma plus lorsqu'après un second grattage on cautérisa les parties saignantes au fer rouge.

L'examen microscopique de la membrane excisée montra un épaississement considérable de l'épithélium du col composée de deux couches dont la supérieure présentait tous les signes de nécrose par coagulation. La couche inférieure et le tissu conjonctif sous-jacent étaient normaux, à part une légère injection et une infiltration de petites cellules de ce dernier.

D'après Frænkel, il s'agirait là d'une affection isolée du col caractérisée par l'inflammation irritative chronique du tissu conjonctif du col et par la nécrose de la couche épithéliale sus-jacente.

Dégénérescence maligne et métastases dans un cas de tumeur congénitale du sacrum (Ueber einen Fall von Tumor sacralis congenitus mit maligner Degeneration and Metastasenbildung), par Frank (*Prag. med. Woch.*, 1894, n° 2, p. 16). — Il s'agit d'une fillette de 5 semaines venue au monde avec une tumeur de la région sacrée qui ces temps derniers avait notablement grossi.

A l'examen on trouvait du côté droit du raphé médian du périnée une tumeur des dimensions d'une orange, molle, élastique, fluctuante, recouverte par la peau amincie, mais normale, qui se continuait avec les plis radiés de l'anus.

Par une incision faite suivant le plus grand diamètre de la tumeur, on décolla la peau et on essaya de détacher la tumeur du rectum qui lui adhérait sur une hauteur de 6 centimètres. Ceci étant fait, on fut obligé, pour extirper la tumeur du creux ischio-rectal qu'elle remplissait, de sectionner les adhérences qui la rattachaient au sacrum et au coccyx. Hémostase exacte de la plaie et suture. Mort dans la soirée.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde ayant subi la dégénérescence sarcomyxomateuse. Une tumeur identique à la première comme consistance et structure, mais des dimensions d'une noix, fut trouvée à l'autopsie dans le creux ischio-rectal du côté opposé.

BIBLIOGRAPHIE

Cliniques chirurgicales de la Pitié, par le Dr Paul Reclus, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société de chirurgie. 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. 10 fr.

Tout le monde connaît le grand talent didactique dont est doué M. Reclus. On ne s'étonnera donc pas si les élèves se pressent autour de lui et si, comme il le dit dans sa préface, il a pu organiser à l'avance dans son service d'hôpital l'enseignement théorique et pratique des stagiaires, tel que la Faculté se prépare à le faire. Il est inutile de louer ici la clarté de la composition, l'élégance du style : nos lecteurs ont le plaisir, malheureusement trop rare, de le juger de temps à autre. Quant à l'énumération des matières traitées dans ce volume, nous ne saurions mieux faire que de laisser la parole à l'auteur lui-même.

« Les cliniques publiées dans ce volume ont été professées pour mes élèves les plus avancés et pour les confrères nationaux ou étrangers qui suivent le service. Elles traitent principalement de thérapeutique chirurgicale, et surtout de sujets d'utilité courante : fractures, entorses et grands écrasements des membres, cancers de la langue et du rectum, fistules et abcès de l'anus, hémorroïdes, hydrocèle et varicocèle ; appendicite, occlusion intestinale, perforation traumatique de l'intestin, — ou bien de ceux dont on s'occupe plus spécialement à cette heure, des interventions sur l'estomac et la vésicule biliaire.

Aux affections des organes génitaux de la femme, passées complètement sous silence dans mes cliniques de l'Hôtel-Dieu, j'ai consacré le plus long chapitre de ce volume. La science marche, la gynécologie est maintenant le terrain le plus remué de la thérapeutique chirurgicale, et c'est sur elle qu'a porté le principal effort de notre génération. Les affections utéro-ovariennes autrefois à peine étudiées par quelques-uns, la plupart médecins, sont maintenant scrutées par presque tous nos collègues, et ce n'est pas trop de dire aujourd'hui, que tout chirurgien d'un service général se double d'un spécialiste des maladies des femmes.

J'ai repris dans ces cliniques quelques sujets traités dans mes deux premiers volumes, mais il ne s'agit pas de simples redites. Pour les uns, les mastites chroniques, la maladie kystique de la mamelle, l'eau chaude en chirurgie, j'ai voulu consolider par de nouveaux faits. et après plus longue expérience, certaines thèses qui me sont à peu près personnelles ; pour d'autres, le traitement des perforations intestinales, par exemple, j'explique pourquoi je reste encore indécis et ne puis me résoudre, en l'état actuel, à la laparotomie systématique ; pour d'autres, enfin, tels que l'aïnhum, je montre pour quelles raisons ma première opinion me paraît fausse et je fais amende honorable.

Malgré la vivacité que l'on met d'ordinaire à défendre ses idées, j'espère avoir dominé le puéril amour-propre qui veut avoir toujours raison. Chaque jour un fait nouveau surgit qui infirme, confirme ou atténue notre conception première des choses ; il faut en tenir scrupuleusement compte. On le verra au cours de ce volume ; je n'ai jamais éludé les objections ; sur bien des points, mes adversaires m'ont convaincu et je me suis hâté de le reconnaître. C'est que, en chirurgie, nos opinions se traduisent par des actes graves. Donc, il nous faut douter de notre infaillibilité, accueillir la critique, la peser strictement, lentement, longuement, pour que les malades ne paient pas d'une désastre les entêtements de notre vanité. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Traitement des cystites par les instillations de sublimé, par H. Gabriel Colin.

Nos conclusions seront brèves, elles ressortent d'elles-mêmes de la lecture de chacun des chapitres précédents et de nos observations. Aussi, sans nous attarder à les discuter à nouveau, nous ne ferons que les énoncer :

1° Les lavages de vessie doivent être proscrits d'une façon générale de la thérapeutique des cystites, et en particulier de celles qui revêtent une forme douloureuse.

2° Les instillations intra-vésicales constituent le procédé thérapeutique par excellence dans les cystites.

3° Les instillations doivent être faites avec des solutions de sublimé dans les cystites tuberculeuses, en observant les règles de technique, dosage, etc., énoncées plus haut. Les instillations ainsi faites constituent un bon mode de traitement de ces cystites, c'est le seul traitement local efficace usité jusqu'à ce jour.

4° Dans les autres cystites et en particulier dans les cystites blennorrhagiques, surtout chroniques, le sublimé peut avantageusement être employé en instillations ; il doit l'être à l'exclusion de tout autre agent thérapeutique et en particulier du nitrate d'argent toutes les fois que ce dernier cause de vives douleurs ou ne modifie pas l'état morbide. Le sublimé, présentant tous les avantages du nitrate sans en avoir dans beaucoup de cas les inconvénients (douleur), peut être avec avantage appliqué d'emblée à ces cystites surtout lorsqu'elles sont très douloureuses.

5° En résumé, les instillations de sublimé constituent un excellent mode de traitement des cystites. Leur emploi, qui s'impose dans les cystites tuberculeuses, dans toutes les cystites douloureuses, dans toutes celles où le nitrate d'argent a échoué, peut, avec tous avantages, être généralisé et appliqué aux diverses variétés de cystites.

Toutes ces considérations permettent donc, dit M. le professeur Guyon, « de recommander l'usage du sublimé dans le traitement des cystites de toute nature ». Nous ne saurions mieux terminer ce travail que par cette approbation de notre éminent maître qui vient résumer et sanctionner nos conclusions.

ETUDE HISTORIQUE, EXPÉRIMENTALE ET CRITIQUE SUR L'IDENTITÉ DE LA VARIOLE ET DE LA VACCINE, par Edouard DUPUY.

La variole est inoculable aux bovidés, mais non dans tous les cas.
La vaccine avorte chez les bovidés variolés avec succès. Elle réussit chez les bovidés variolés sans succès, ou quand elle est inoculée trop hâtivement après variolation.
La variolation des bovidés se traduit par une papulation de nature spécifique. Cette papulation n'est pas constante, et n'est jamais comparable à l'éruption vaccinale vraie.
La variole cultivée sur les bovidés s'éteint après une ou deux générations.
L'âge de l'animal, l'âge et la virulence du virus variolique inoculé, les voies d'introduction de ce virus, les procédés d'inoculation, n'ont aucune influence sur la transformation de la variole en vaccine, par l'organisme du bœuf.
Il est possible que dans une inoculation simultanée de vaccine et de variole, cette dernière ait une influence régénératrice de la vaccine. Cette influence tiendrait à l'affinité des deux virus.
L'hypothèse de l'identité de la vaccine et de la variole, quoique très séduisante, n'est pas encore démontrée.

DE LA CAFÉINE ET SES INDICATIONS DANS CERTAINES MALADIES AIGUËS CHEZ LES ENFANTS, par Maurice BRUNEAU.

La caféine employée chez les enfants est remarquable par l'action tonique et excitante qu'elle exerce sur le cœur dans l'adynamie accompagnant la dothiénentérie.
La caféine produit également des effets merveilleux dans certaines affections aiguës à localisation pulmonaire avec retentissement du côté du cœur (broncho-pneumonie, fièvres éruptives).
Elle rend de grands services dans l'emploi des bains froids en prévenant le collapsus et la syncope.
La caféine mérite mieux que la digitale le qualificatif de quinquina du cœur; elle produit une stimulation plus énergique que cette dernière, souvent, il est vrai, très passagère.
Lorsque l'indication se pose d'agir rapidement et sûrement, associée aux injections d'éther, l'injection de caféine joint l'action tonique à l'action excitante.
Les enfants supportent bien la caféine; l'excitation cérébrale causée par elle n'est qu'un petit accident qui ne lui enlève rien de son mérite.
La caféine administrée par la voie stomacale étant lentement absorbée et produisant souvent d'assez vives gastralgies, il faut préférer la méthode simple et rapide des injections sous-cutanées, d'un emploi si commode surtout chez les enfants.
Ces injections sont peu douloureuses, et rarement suivies d'abcès lorsqu'elles sont froides, en observant les règles de l'antisepsie.
On peut donc concevoir les excellents résultats qu'on a le droit d'attendre de ce précieux agent dans tous les cas de maladies aiguës de l'enfant s'accompagnant d'adynamie et d'un abaissement plus ou moins accusé de la tonicité cardiaque. Ce puissant auxiliaire de la thérapeutique devient encore plus précieux lorsqu'il s'agit d'une affection localisée dans l'appareil respiratoire, et en entravant sérieusement la circulation cardio-pulmonaire.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — GEORGES POUCHET, qui vient de succomber à une pneumonie infectieuse, était né à Rouen le 26 février 1833. Docteur en médecine et docteur ès sciences (1864), il avait marqué sa place dans le monde savant par ses travaux d'histologie et de physiologie générale. Il était le fils de Félix Pouchet qui, avec Joly et Musset, avait lutté contre Pasteur et soutenu la doctrine de la génération spontanée. Entré au Muséum en 1865 comme aide-naturaliste, destitué en 1869 à la suite d'un article publié sur la transformation du Muséum en Ecole d'agronomie, suppléant de Paul Bert à la Sorbonne en 1875, puis maître de conférences à l'Ecole normale, il fut nommé en 1879 professeur d'anatomie comparée au Muséum.

Outre ses nombreux travaux scientifiques, G. Pouchet a collaboré à un grand nombre de journaux. Il a été non seulement un savant, mais encore un vulgarisateur plein de verve et de talent.

— On nous annonce aussi la mort de M. le docteur Lhéritier, ancien inspecteur des eaux de Plombières.

Association des internes en médecine des hôpitaux de Paris. — Samedi dernier, 31 mars, cette association a tenu son assemblée générale dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique et sous la présidence de M. Brouardel.

Des vœux nombreux ont été formulés depuis quelque temps pour maintenir l'Internat à son niveau scientifique élevé et traditionnel. Un rapport rédigé par M. Thibierge au nom d'une commission composée de MM. Chauffard, Feulard et Pouchet, a exposé ces vœux. Voici les conclusions adoptées :

En présence de la *situation faite aux étudiants en médecine par la loi militaire*, l'Association émet le vœu qu'il ne soit pas apporté, quant à présent, de modifications au règlement du concours de l'Internat qui doit entrer en vigueur en 1896. On sait que, d'après ce règlement, les étudiants ne pourront concourir pour l'internat que dans les six années qui suivront leur première inscription de médecine. En effet, la loi militaire ordonne que les étudiants qui ne seront pas docteurs ou internes à vingt-six ans feront les deux années de service dont ils avaient été dispensés sous condition. Il en résultait que les exemptés pour raisons de santé, les étrangers et les femmes auraient eu sur leurs camarades l'avantage de pouvoir concourir un plus grand nombre de fois pour l'internat, si une limite d'âge n'avait été fixée.

L'Association appelle l'attention des pouvoirs publics sur la *nécessité de reviser les dispositions de la loi militaire* concernant les étudiants en médecine, et renouvelle à ce sujet les vœux émis par elle en 1892. La plupart des intéressés voudraient que la limite de la dispense conditionnelle fût portée de vingt-six à vingt-huit ans.

Elle émet le vœu que les *étudiants étrangers* ne puissent être admis à concourir pour l'internat que s'ils se trouvent dans les conditions régulières de scolarité exigées des étudiants français.

L'Association, constatant que les prescriptions de la loi sur l'exercice de la médecine garantissent suffisamment les internes contre les poursuites pour exercice illégal de la médecine, est d'avis qu'il n'y a pas lieu de demander pour les internes *la faculté de se faire recevoir docteurs*.

Elle renouvelle le vœu qu'il ne soit plus à l'avenir créé de *places d'internes titulaires* qu'en cas de nécessité absolue et qu'il soit procédé à une revision minutieuse des services hospitaliers, dans le but de s'assurer si un certain nombre de places actuellement occupées par des internes titulaires ne pourraient pas être pourvues d'internes provisoires ou supprimées.

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.

12e liste.

Alph. de Rothschild, 500 fr. — M. et Mme Albert Dehaynin, M. Gab. Dehaynin fils, 300 fr. — M. Linzeler, 100 fr. — Dr H. Meige, 50 fr. — Dr Pridonoff (Tiflis), 50 fr. — Mme Gohin, 20 fr. — Dr Paul Noguès, 10 fr. — A. de Viliers, 5 fr. — R. de Bernarand, 5 fr. — Une cliente reconnaissante, 5 fr. — Bouguès, 2 fr. — Anonyme, 2 fr. — Dr Motet, 50 fr. — Prof. Albert de Kölliker, 50 fr. — R. Grenier, 5 fr. — Souscription des médecins de Tours, 100 fr.

Souscription recueillie par le Dr Chabbert de Toulouse : Dr J. Noguès, 10 fr. — Dr T., 10 fr. — Dr X., 10 fr. — Dr Rémond (de Metz), 10 fr. — Dr Tourneux, 10 fr. — Dr Lacoarret, 5 fr. — Dr Badin, 5 fr. — Dr Aldibert, 5 fr. — Dr Dop, 5 fr. — Dr Maurel, 5 fr. — Dr Parant, 5 fr. — Dr Cadène, 5 fr. — Dr Géhé, 5 fr. — Dr Sécheyron, 5 fr. — Dr Garipuy, 5 fr. — Dr Bourelly, 5 fr. — Dr Albert, 5 fr. — Dr Salomon, 5 fr. — Dr Bouchage, 3 fr. — Dr Tranier, 3 fr. — Dr Peyronnet, 3 fr. — Dr Py, 3 fr. — Dr Olivier, 3 fr. — Dr Paumès, 3 fr. — Dr Trazit, 3 fr. — Dr Dupau, 3 fr. — Dr Boutet, 3 fr. — Dr Rispal, 3 fr. — Dr Rambert, 3 fr. — Dr Toujan, 2 fr. — Dr Nazaire, 2 fr. — Dr Benoît, 2 fr. — Dr Villar, 2 fr. — Dr Pascal, 2 fr. — Dr Saint Agnès, 2 fr. — Dr Crouillebois, 2 fr. — Dr Cavalié, 2 fr. — Dr Amiel, 1 fr. — Dr Halsey, 1 fr.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE — N° 15 — 14 AVRIL 1894

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Des récidives du carcinome mammaire.

I

C'est en somme un lieu commun de pathologie chirurgicale de répéter que les cancers du sein sont peut-être les mieux connues des tumeurs malignes. Leur siège superficiel permet un examen clinique complet, la fréquence des ablations donne à l'anatomie pathologique toute liberté d'observation microscopique, et les ont fait décrire dans leurs plus minutieux détails. Cependant, leur traitement laisse place à un grand nombre de discussions. C'est que, au point de vue thérapeutique, les éléments font en somme défaut, car la multiplicité des faits s'allie à une extrême diversité et ne permet pas au thérapeute d'asseoir une conclusion sur des bases solides. L'étude des résultats éloignés des ablations ne peut porter que sur deux ordres de faits. Dans un premier ordre d'idées, les auteurs ont rassemblé tous les faits qu'ils ont pu trouver, et alors, si on compare la marche des cancers opérés à celle des non opérés, on s'expose à mettre en parallèle des malades chez qui tout justifiait l'intervention et d'autres non opérées parce qu'elles étaient non opérables.

D'autres auteurs ne consultent que la statistique intégrale d'un chirurgien, procédé qui à première vue paraît plus rationnel. On s'aperçoit bientôt cependant que les faits ne concordent pas davantage, car certains opérateurs surchargeront leurs résultats par suite de leur tendance interventionniste, ne refusant jamais, par exemple, ce que D. Mollière appelait une opération de propreté à des malades affaiblies déjà par une ulcération qui leur rendait la vie insupportable.

C'est ainsi que s'expliquent, semble-t-il, les discordances des auteurs. On opère les cancers, disent les uns, on ne les guérit jamais.

Les guérisons incontestables existent, disent quelques chirurgiens, mais ce sont des raretés.

Avec des précautions, dit à son tour l'école interventionniste, l'opération donne d'excellents résultats.

Voici, en somme, les matériaux qui doivent servir à l'étude des récidives, et la question pratique à laquelle on arrive est celle-ci : Doit-on opérer?

Il nous semble, pour le dire de suite, qu'on a le droit d'opérer, car on a des chances de guérison sinon définitive, au moins durable, avec la certitude de ne pas abréger la vie des malades, autant que le mot de certitude peut s'allier avec la variabilité de la clinique.

Mais, pour établir ce résultat thérapeutique, il est nécessaire de voir, en quelque sorte, l'histoire naturelle des maladies du cancer mammaire :

II

Par le mot de récidive, nous entendons toute réapparition, après opération, des tumeurs carcinomateuses.

Le terme récidive n'a pas en effet un sens univoque. Pour Volkmann (1), il désigne seulement la reproduction *in situ*; aux localisations à distance, est réservée l'appellation de généralisation. C'est là une distinction commode pour désigner facilement deux choses cliniquement différentes, mais qui doivent être étudiées ensemble.

Il est inutile aussi de conserver, afin de ne rien préjuger, cette distinction que Broca (2) voulait établir entre la récidive, c'est-à-dire la reproduction par continuation d'un néoplasme incomplètement enlevé, et la repullulation dans laquelle le mal complètement détruit reparaissait de toutes pièces au sein des tissus normaux par suite de leur prédisposition spéciale, d'une sorte de diathèse cancéreuse.

Ainsi comprise, la *récidive*, dans son acception la plus large, peut se produire :

1° *In situ*, c'est-à-dire dans la région de la glande;
2° *Dans les ganglions;*
3° *Dans des organes éloignés.*

Trois localisations à étudier, par conséquent.

Chacune d'elles présente des caractères qui varient avec la forme anatomique de la tumeur, et ses caractères cliniques, extension, invasion lymphatique, âge du malade, etc. Un élément de grande importance est encore le manuel opératoire de la première intervention.

III

Un problème se pose tout d'abord : La récidive est-elle fatale? Il est actuellement impossible de le savoir.

(1) *Beitr. zur Chir.*
(2) *Traité des tumeurs.*

Paget (1) admettait une guérison sur 500 opérations, Delbet (2) tire de la statistique de Rotter (de la clinique de Bergmann) le chiffre beaucoup plus rassurant de 32 guérisons durables sur 100 opérées. Entre ces deux termes, tous les intermédiaires existent.

Il y a certainement des guérisons durables, mais on ne doit accepter comme telles que les observations accompagnées d'un examen microscopique. Tous les auteurs ont insisté sur les difficultés de certains diagnostics, même quand on a la pièce en main.

Il est bien possible que des tumeurs bénignes, voire même quelques mastites chroniques, aient eu les honneurs de l'amputation totale avec curage de l'aisselle et figurent au beau milieu des statistiques avec la mention guérison définitive. On ne saurait être trop réservé à ce sujet, et Rieffel (3), dans une excellente thèse inspirée par M. le professeur Tillaux, travail où nous avons largement puisé, donne, à ce sujet, des observations empruntées à Bergmann, Kocher et Bazy.

Volkmann a déterminé d'une façon très précise le moment où la guérison peut prendre l'épithète de durable. « Lorsque, après l'opération, une année entière s'est écoulée sans que l'examen le plus minutieux puisse démontrer une récidive locale, des tuméfactions ganglionnaires ou des symptômes d'affections internes, on est en droit d'espérer une guérison durable; celle-ci est ordinairement certaine après deux ans révolus; après trois ans, elle est certaine presque sans exception. »

Cette conclusion est généralement acceptée en Allemagne; Winiwarter (4) croit même trop longue d'un an la limite admise par Volkmann. M. Tillaux, au contraire, la trouve trop courte, et propose dans la thèse de Rieffel de la porter à 4 ans. Il semble que le terme imposé par la pratique allemande soit en général suffisant et que la différence entre les récidives après 3 et 4 ans est à peu près insignifiante. D'autre part, il faut bien se rappeler que, une malade ayant franchi ce cap doit figurer sous l'étiquette guérison durable et non être comptée comme définitivement débarrassée de sa maladie.

Velpeau (5) a publié des récidives après 12, 14 et 16 ans. Bœchel (6) opéra, en 1827, une malade qui eut 27 ans de guérison apparente. Verneuil (7) vit de même réapparaître avec surprise un néoplasme resté silencieux pendant 30 ans après son ablation. Ce sont là évidemment des raretés, des espèces d'anomalies qu'on pourrait, avec quelque raison, ranger parmi les faits de reproduction admis par Broca. Ils ne semblent pas d'un grand poids dans la discussion, mais on doit cependant en tenir quelque compte.

IV

Époque d'apparition des récidives. — Envisagées dans leur ensemble, les tumeurs récidivent surtout dans les six premiers mois qui suivent l'opération.

La statistique de Rieffel porte sur 687 cas et donne :

Entre les 1er et 6e mois........	444
— 7e et 12e —	127
— 13e et 18e —	54
— 19e et 24e —	17
Dans la 3e année.............	21
— 4e année.............	15
Au delà......................	9

(1) Paget, *Lectures on tumours*, 1885.
(2) Delbet, In *Traité de chirurgie*.
(3) Rieffel, Th. Paris, 1890.
(4) Winiwarter, *Beitr. zur Stat. des Carc.*, etc., 1878.
(5) Velpeau, *Traité des tum. du sein*.
(6) Bœckel, *Cong. f. de chir.*, 1888.
(7) Verneuil, *Ibid.*

Les statistiques plus récentes ne semblent guère avoir modifié ce résultat. Celle de Terrillon (1) donne sur 48 cas opérés, de 1880 à 1889, à la fin de 1891 : 42 morts, 6 récidives, pas de guérison.

La mort par récidive s'est produite :

Pour	2 après	6 ans.
—	2 —	5 ans.
—	3 —	4 ans.
—	5 —	3 ans.
—	11 —	2 ans.
—	12 —	1 1/2.
—	8 moins de	1 an.

La seule statistique rassurante est peut-être celle de Cheyne (2). « Sur plus de 20 cas opérés depuis deux ans, » il ne connaît que deux récidives, bien qu'il ait revu la » grande majorité de ces malades. »

C'est là une heureuse exception attribuée par l'auteur aux précautions qu'il prend de tout enlever; nous aurons, du reste, l'occasion de revenir sur ce point de manuel opératoire.

On voit que la statistique montre une diminution constante du nombre des récidives à mesure qu'on s'éloigne de l'intervention; c'est à peu près la seule conclusion qu'on puisse tirer de la comparaison générale de ces faits. Il serait intéressant de savoir si le temps écoulé entre la guérison opératoire et la repullulation influe sur la marche clinique de la maladie. Les renseignements font défaut à ce sujet, car beaucoup d'observations négligent ce point qui n'est, cependant, pas sans importance. Beaucoup d'auteurs peu partisans de l'intervention ont tiré de là un argument pour soutenir leur théorie. Ils disent que, la plupart du temps, l'allure de la récidive est beaucoup plus rapide que ne semblait devoir l'être la tumeur primitive. En réalité, on ne sait rien de précis.

Kœnig (3) insiste sur ces faits nombreux où la carcinose reste longtemps silencieuse et tout d'un coup évolue avec une rapidité extrême.

D'autres fois, l'évolution est réglée par la forme de la tumeur primitive qui ne semble pas s'être modifiée. En tout cas, pour tout dire en un mot, la tumeur fille est au moins aussi maligne que la tumeur mère, elle l'est souvent plus, elle ne l'est jamais moins. L'intervalle de guérison apparent ne pourrait affaiblir le pouvoir envahissant du cancer qu'en augmentant l'âge du malade. Chacun sait, en effet, que les cancers des vieillards ont une allure torpide qui contraste singulièrement avec la marche parfois foudroyante des néoplasmes des jeunes gens. Paget a conté la mort rapide de cette jeune fille de 19 ans qu'il eut l'occasion d'observer et nous avons nous-même assisté à la mort d'un homme de 83 ans qui portait un cancer du sein droit ulcéré depuis plus de 12 ans. On peut donc supposer que si la malade de Paget avait eu, après une heureuse intervention, une guérison apparente qui lui permette d'atteindre une extrême vieillesse, elle aurait eu, sous une récidive si tardive, une fin probablement très lente.

V

Influence de l'âge du malade sur la récidive. — Si l'âge de la maladie carcinomateuse semble n'avoir que peu d'influence, toutes proportions gardées, sur la récidive, il est loin d'en être de même pour l'âge du malade. Il faut répéter ici ce qu'on vient de lire de l'influence de l'âge sur la marche du cancer.

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1891.
(2) Cheyne (*Lancet*, 1892).
(3) Kœnig. Ueber die Prognose der Carcinose, etc. (*Arch. f. klin. Ch.*, 1888).

Le jeune âge prédispose non seulement à la récidive, mais encore à une localisation plus dangereuse, plus profonde et à marche plus rapide.

Ici, comme partout ailleurs, on ne peut dire quelle est la proportion de guérisons, mais, par la méthode des moyennes de la statistique intégrale, on trouve que, chez les sujets opérés entre 20 et 40 ans, la réapparition ne se fait attendre que 2 mois 1/2. Entre 65 et 78, au contraire, la guérison apparente est de 8 mois 1/2. Il est inutile d'insister ici sur la valeur absolue de ces chiffres; il nous semble cependant que, malgré leur caractère extrêmement artificiel, ils méritent d'être remarqués. Le tableau suivant, qui a la même origine et par conséquent est passible des mêmes reproches, donnent cependant une notion moins trompeuse, semble-t-il.

Si on examine le nombre des lésions viscérales de récidive et qu'on en fasse le pourcentage d'après l'âge des malades, on trouve:

Entre 20 et 40 ans	19 0/0
— 40 et 50 ans	7 0/0
— 50 et 60 ans	5 0/0
Au-desssus de 60 ans	0 0/0

Nous devons donc conclure que les malades âgés ont à la fois des cancers plus bénins, des récidives moins rapides avec des localisations moins graves. Ceci peut nous faire croire que s'il existe des guérisons définitives, c'est chez les vieillards qu'on doit espérer les trouver.

Le malade peut encore influencer fortement la récidive par un certain nombre de facteurs qu'il apporte dans la question.

Notre maître M. le professeur Poncet (1) a attiré l'attention sur un point inconnu de la pathologie cancéreuse. En examinant les différentes causes qui peuvent faire varier la malignité des tumeurs, il a trouvé que l'hérédité cancéreuse est du plus sombre pronostic. Il a présenté 11 observations de néoplasmes des différents organes. Dans tous ces cas, malgré de bonnes conditions locales, la récidive s'est toujours montrée, de sorte que nous pouvons admettre que les tumeurs du sein récidivent à peu près fatalement chez les malades dont les parents ont présenté des manifestations néoplasiques.

L'influence des différentes modalités cliniques présentées par le malade en dehors des détails qui regardent l'évolution de la tumeur est assez mal connue. Il semble, pour savoir quelle est l'influence de la grossesse, de la lactation, etc., sur les récidives, qu'on peut se reporter à ce qu'on sait de leur action sur l'apparition de la tumeur primitive.

L'état de mariage ou plutôt l'exercice des fonctions sexuelles, qui avait paru à quelques auteurs (Winiwarter) favoriser l'éclosion du cancer, ne paraît à Estlander (2) n'en avoir aucune. Il en serait à peu près de même de la grossesse, des affections mammaires antérieures et de la lactation. Toutefois, ce ne peuvent être là que des hypothèses, car, dans la plupart des cas, comme le fait observer Estlænder, les femmes ont dépassé la période active de la vie sexuelle. Il est légitime, cependant, de penser que les modifications vasculaires subies par la glande à chaque période menstruelle, lors de la grossesse et de la lactation, ne sont pas sans retentir un peu sur la vie de ses éléments pathologiques et de ceux qui sont en instance de le devenir. On peut, à ce sujet, rapporter ici un fait signalé par Estlænder où un néoplasme peut diminuer à la fin de la lactation.

Rien de plus précis au sujet du traumatisme. Nous ne pouvons entrer ici dans l'interminable discussion de son influence sur le développement des néoplasmes. On doit cependant se rappeler que Nicaise (1) a insisté sur l'étiologie traumatique des cancers secondaires. Il n'y a qu'un pas à faire pour passer de tumeur secondaire à tumeur récidivée. Cependant, il faut penser que la plupart des femmes à mammelles saines ont dans leurs anamnestiques quelque traumatisme d'une région aussi exposée. Il semble donc qu'un choc violent ou répété, comme le veut Estlænder, doive seul être pris en considération.

(1) Poncet (*Cong. franç. de ch.*, 1888).
(2) Estlænder, Traduction in *Rev. de méd. et de chir.*, 1880.

VI

Influence de la tumeur elle-même sur la récidive. — On vient de voir quelle est en somme l'influence du malade, du terrain sur les récidives. Dans cette étiologie, la plus large part revient en somme, semble-t-il, à la tumeur primitive elle-même et ce sont ses différentes conditions qu'on va maintenant examiner. Elles se rapportent au siège de cette tumeur, à sa forme anatomique, à ses détails de volume, d'extension ganglionnaire, de marche, de forme clinique.

Le siège en lui-même n'a pas d'importance ou du moins ne paraît en avoir qu'une médiocre. On a prétendu cependant, et cela pendant longtemps, que le siège du néoplasme dirigeait celui de sa récidive. Les cancers de la partie située en dehors du mamelon droit ne s'accompagnent plus volontiers d'adénopathie et favoriseront les récidives ganglionnaires. Ceux de la partie interne, au contraire, donnent plus rarement des ganglions axillaires et auront plus de chance de récidives soit en idée, soit plus profondément dans la paroi thoracique séparée du sein par une moindre couche musculaire.

M. le Dr D. Mollière (2) s'est fait l'écho d'une opinion à peu près semblable : « J'ai remarqué, dit-il, que lorsque les carcinomes débutent dans le parenchyme même de la glande mammaire, à son centre ou vers sa région supérieure, l'infection ganglionnaire est ordinairement plus tardive, mais par contre beaucoup *plus profonde. La chaîne lymphatique qui est envahie est la chaîne sous-pectorale.* On trouvera donc des ganglions sous le petit pectoral, sous la clavicule et au-dessus d'elle...

» Quand les carcinomes débutent *par la région inférieure* du sein, leur adhérence aux muscles se produit très vite ; il en est de même de leurs adhérences à la peau. L'infection ganglionnaire est *très précoce*, mais en pareil cas le groupe lymphatique envahi n'est pas le même ; *c'est le groupe postérieur.* Alors, dans le curage de l'aisselle, le chirurgien n'aura pas à remonter jusqu'à la sous-clavière et rarement les ganglions sus-claviculaires seront pris, mais il lui faudra nettoyer avec soin toute la surface antérieure du grand dorsal. »

Dans le premier cas, on aura donc les plus grandes chances d'avoir des récidives sus-claviculaires, sans redouter trop la réapparition *in situ*, puisque la peau est plus souvent envahie. Dans le second cas, au contraire, l'ablation peut être plus totale, la guérison plus durable, mais l'envahissement précoce de la peau, du muscle et de la paroi thoracique fera redouter les récidives. Or, tout ce qui dans ces considérations cliniques est basé sur la distribution lymphatique semble théorique.

Rieffel a consacré tout un chapitre de sa thèse à cette intéressante question. Les conclusions sont aujourd'hui classiques et montrent qu'il est impossible de systématiser les troncs lymphatiques du sein et de diviser l'organe en départements distincts. Ni les notions anatomiques, sur lesquelles, du reste, les auteurs sont tout à fait en désaccord, ni les enseignements de la clinique n'autorisent à créer de semblables divisions.

(1) Nicaise (*Rev. de ch.*, 1885).
(2) Mollière, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1888.

Il semble cependant assez juste d'admettre que le siège n'est pas tout à fait indifférent aux envahissements par continuité. La partie inférieure et interne de la mamelle est, en effet, plus près de la paroi costale à cause de la moindre épaisseur, en cet endroit, du muscle grand pectoral et de l'absence du petit. C'est aussi, d'autre part, un fait de logique évidente que les tumeurs situées vers la face postérieure de la glande auront plus de tendance que celles de la face superficielle à atteindre le muscle grand pectoral dont l'envahissement est aujourd'hui tant incriminé.

L'âge de la tumeur ne paraît pas jouer un rôle marqué dans l'étiologie des récidives. Peu importe qu'une tumeur soit vieille ou jeune, son degré de malignité, sa tendance extensive seuls vont influer sur la probabilité d'un retour offensif.

Or, ces deux caractères sont, en partie du moins, sous la dépendance de la forme histologique qui règle le volume et la marche clinique de la tumeur.

En partie du moins, doit-on dire, car il existe à n'en pas douter un degré de malignité particulier à chaque cas. Telle malade verra un carcinome évoluer avec une rapidité surprenante, que rien ne pouvait faire prévoir alors que, tout semblant égal d'ailleurs, un néoplasme de même variété histologique marchera chez une autre avec une lenteur rassurante. Il existe donc un élément spécial de gravité, ou du moins un certain nombre de conditions étiologiques que la pathologie n'a pu encore analyser. Ce fait, du reste, n'est pas particulier au cancer du sein et se retrouve fréquemment en médecine interne sous la forme de ce que les anciens ont appelé le génie épidémique.

Si on examine les différentes formes histologiques du cancer du sein relativement à leurs récidives, on trouve en les comparant des considérations intéressantes.

Il faut diviser les carcinomes en trois groupes qui sont, par ordre croissant de malignité, le colloïde, le squirrhe, l'encéphaloïde.

Le *colloïde,* rare au sein, nous est connu par le travail de Simmunds (1). Les cas en sont rares encore. Ils paraissent constituer une variété relativement bénigne. Des deux observations personnelles de Simmunds, l'une n'amena la mort par cachexie qu'au bout de onze ans, c'était, il est vrai, chez une femme de 73 ans; l'autre évolua pendant seize ans chez un sujet de 43 ans. Trois ans après l'amputation du sein avec curage axillaire, il n'y avait pas de récidive.

Le *squirrhe* est généralement considéré comme la forme la plus bénigne. Estlander (2) nous dit cependant que, à leur période d'état, ils récidivent rapidement sous une forme qui bientôt atteint l'état général, à leur période de généralisation. L'intervention précipite énormément leur marche. Aussi ne les touche-t-il plus.

Il semble cependant que ce soit la forme la plus favorable. Dans beaucoup de cas, d'abord, ils se développent chez des femmes âgées, qui ont dépassé la ménopause, c'est-à-dire la période de malignité cellulaire.

C'est avec eux qu'on aura le plus de récidives tardives et peut-être le plus grand nombre de guérisons radicales.

Rieffel montre par la comparaison des observations où figure le diagnostic microscopique exact que la proportion de récidives tardives, après trois ans, est de 6 0/0, alors que l'encéphaloïde ne donne guère que 2 0/0 de réapparition dans les mêmes époques.

Un fait plaide encore en faveur de la bénignité relative du squirrhe, c'est la fréquence de ses récidives locales. Or, quelques auteurs prétendent aujourd'hui être suffisamment armés contre elles, ce qui pourrait bien changer profondément les statistiques futures.

Les *encéphaloïdes* ont non seulement des récidives tardives moins nombreuses, mais encore des réapparitions beaucoup plus rapides. Trente pour 100 dans le premier mois.

Leur malignité s'accuse par la proportion considérable de leurs métastases qui monte également autour de 30 0/0, touchant plus particulièrement le foie et les viscères éloignés. C'est dire qu'on les trouve à peu près toujours quand la lésion mammaire est bilatérale. C'est à tort, semble-t-il aujourd'hui, que Billroth a considéré le squirrhe comme la cause la plus ordinaire de cette paraplégie cancéreuse qui a pour substratum le cancer de la colonne. Les statistiques récentes semblent beaucoup plus sévères à l'égard de l'encéphaloïde.

On a vu que la forme nosologique d'un cancer est fort loin de diriger entièrement la marche de ses récidives. Il est des formes cliniques qui semblent avoir sur elles une action plus précise et surtout plus constante.

Le *cancer aigu* nous est complètement inconnu à ce point de vue par les allures mêmes qu'il affecte. En quelques mois, deux ou trois, il a tué sa malade et nous ne connaissons aucune observation d'intervention dirigée contre une maladie aussi rapide. Les récidives se produisaient évidemment avant même que la réunion eût pu se faire.

Dans la *forme en cuirasse,* les auteurs sont d'accord pour admettre que l'opération ne soulagerait même pas les malades. Velpeau, Estlander refusent de prendre le bistouri, sûrs d'avance de l'insuccès le plus complet.

La conduite est la même dans le *cancer nodulaire* de Velpeau. Le chirurgien est alors en présence d'une tumeur multiple, pour ainsi dire, qui retentit très rapidement sur le système lymphatique et l'état général; il ne faut absolument pas y toucher.

Dans les formes à développement rapide, quand il y aura augmentation précoce du volume apparent du sein, envahissement ganglionnaire considérable, adhérences à la peau et au muscle, il faudra porter un pronostic sévère et faire, si on se résout à intervenir, une opération large. C'est dans les formes torpides, quand le sein est sans déformation appréciable à l'œil, chez des malades âgées, présentant un bon état général, que l'opération offrira les plus grandes chances de guérison radicale ou du moins durable. Dans ces cas, il semble aujourd'hui que beaucoup dans la récidive dépend du chirurgien.

VII

Influence de l'opération primitive sur le développement de la récidive. — C'est que, si les éléments cliniques ou anatomo-pathologiques examinés précédemment influent sur les suites d'une intervention, l'étendue de cette dernière, les précautions dont on l'a entourée paraissent diriger en quelque sorte les repullulations locales ou ganglionnaires. Aujourd'hui, le manuel opératoire des interventions pour carcinome est à peu près fixé. Quand on intervient, c'est radicalement, enlevant le sein et l'aponévrose du grand pectoral, parfois, surtout en Allemagne, une portion plus ou moins considérable de ce muscle lui-même, curant systématiquement l'aisselle, quel que soit l'état apparent de son contenu. Autrefois, au contraire, au moment où la suppuration guettait les opérées, on osait à peine prendre le bistouri. Ce fut d'abord le temps du fer rouge, des caustiques, des flèches de Canquoin, des écraseurs. L'époque est trop éloignée pour nous arrêter plus longtemps et les résultats ne nous intéresseraient guère. On doit savoir pourtant, au

(1) Simmunds, Ueber der Gallerskrebs des Brustdrüse. *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1884.
(2) *Loc. cit.*

point de vue historique, que les anciens opéraient. Celse, Lecarde, les Arabes nous ont laissé des observations de succès. J.-L. Petit enlevait même les ganglions. L'extirpation intra-glandulaire de la tumeur, l'énucléation ganglionnaire sans « vidange axillaire », comme disent les Allemands, ont plus longtemps compté des partisans.

On sait aujourd'hui, depuis les travaux de Kirmisson (1) et Kuster, que l'aisselle doit être toujours débarrassée, par une dissection méticuleuse, de son paquet ganglionnaire, alors même que l'examen clinique n'y révèle la présence d'aucun ganglion apparent. Potherat (2) a même donné plus de valeur à cette affirmation en montrant que dans le tissu cellulo-graisseux on trouve de fines granulations lymphatiques infiltrées d'éléments néoplasiques même quand les ganglions sont microscopiquement sains. Or, une conduite aussi sage en apparence n'a pas donné les résultats qu'on est en droit d'en attendre. La statistique de Buttlin (3) donne, en effet,

Sans curage axillaire, 19 0/0 de guérison durable;
Avec — 8 0/0 —

Conclusion étrange, le procédé le plus radical donnant les plus mauvais résultats. Nulle part, peut-être, la statistique ne montre mieux ses défauts. Elle groupe ici, dans le même cadre, tous les cas qu'elle trouve, sans s'occuper de distinguer le curage systématique de l'évidement forcé, l'abstention par principe ou celle qui n'a eu pour cause que le non-envahissement apparent du système lymphatique axillaire. Hildebrand (4), qui a fait la statistique de Kœnig, donne des résultats beaucoup plus encourageants parce qu'ils sont plus près de la vérité. Mettant en parallèle des cas où l'aisselle paraissait saine, il trouve que l'on a

Sans curage; 23 0/0 de guérison durable;
Avec — 46 0/0 —

On voit donc que la pratique ici donne entièrement raison à la théorie et que les idées de M. Kirmisson ne sont pas sans raison entrées dans la pratique courante.

Il serait aussi facile de montrer par des chiffres que l'amputation du sein est supérieure à l'ablation intra-glandulaire. Elle est de pratique courante et se fait au bistouri avec le plus grand soin (5).

On a beaucoup discuté (6) pour savoir si on doit fermer la plaie et chercher une réunion par première intention ou bien s'il vaut mieux laisser granuler. Aujourd'hui, on est assez maître de l'antisepsie pour ne plus craindre les suppurations et il semble que la réunion immédiate s'impose. Il ne faut pas espérer que la cicatrisation à l'air va détruire les germes cancéreux que le chirurgien aurait pu laisser dans la plaie. C'est à lui à n'en pas laisser, si faire se peut. Il semble même, comme l'a dit M. Le Fort (7), que la suractivité vasculaire entraînée par la granulation ne soit pas sans danger au point de vue de la reproduction. La réunion immédiate sous le couvert de l'antisepsie s'impose donc et l'immense majorité des chirurgiens ne pense pas comme M. Desprès (8) qu'on soit près de « reconnaître à ce sujet les abus de l'antisepsie ».

(1) Kirmisson, *Soc. de chirurgie*, 1881.
(2) Potherat, *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1889.
(3) Buttlin, *On the op. surg. of mal. diseases*, London, 1887.
(4) Hildebrand, *Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1887.
(5) Il existe dans le vieil arsenal de l'Hôtel-Dieu de Lyon un appareil destiné à faire rapidement l'amputation du sein. Il paraît dater du XVIIe ou XVIIIe siècle et se compose d'un cercle d'acier qui saisissait le sein, un couteau hémi-circulaire fixé à l'appareil passait au-dessous et coupait tous les éléments d'un seul coup.
(6) *Soc. de chirurgie*, 1886.
(7) *Ibid.*
(8) Desprès, *Gaz. des hôp.*, 1886.

VIII

Caractères des récidives. — On vient de voir quelles sont les causes qui favorisent l'éclosion des récidives. Il faut maintenant examiner leur siège et leurs caractères.

Si on prend en bloc les récidives et qu'on cherche, sans tenir compte d'aucun autre élément, quel est leur siège de prédilection, on voit que c'est la cicatrice ou ses environs. La récidive *in situ* comprend plus de la moitié du membre total, puis viennent à peu près sur le même plan l'envahissement ganglionnaire isolé et le mélange de récidives locale et ganglionnaire, enfin les envahissements viscéraux seuls qui ne comptent guère que pour 1/20 du nombre total.

IX

Récidives locales. — Elles se produisent en deux points : 1° superficiellement ; 2° profondément.

Le premier groupe renferme un certain nombre de faits différents quant à leur origine.

Ce sont d'abord celles qui se produisaient autrefois dans les plaies non fermées et qu'on voit encore aujourd'hui quand le manque de peau empêche de réunir. Ce sont donc des dégénérescences de bourgeons charnus. On voit alors ces derniers perdre leur bon aspect, devenir plus ou moins blanchâtres, moins réguliers, exubérants, sécréter un peu de sanie ou des croûtelles concrétées. Tout cela prend « mauvais aspect » et ne tarde pas à se transformer en une ulcération à caractère franchement cancéreux. Il est assez rare qu'on ait aujourd'hui l'occasion d'assister à un pareil processus ; ce que l'on voit, ce sont des proliférations cicatricielles et surtout cutanées. La réapparition sur la ligne même de l'incision est rare. On la trouve plus volontiers à l'union de la cicatrice avec la peau et souvent au niveau des points de suture. Dans ce cas, le traumatisme causé par le fil ne paraît pas étranger au développement.

Les dégénérescences cutanées se produisent fréquemment quand on a été obligé (Estlander) d'en enlever lors de la première intervention. Il est rare qu'elles ne forment qu'une masse isolée. En général, elles offrent la forme de nodosités cutanées, parfois discrètes, d'autres fois multiples comme dans le cancer nodulaire de Velpeau. Elles augmentent de volume, gagnent en largeur, en profondeur, font des saillies de plus en plus élevées au-dessus du tégument. La peau qui les recouvre devient mince, est rapidement envahie, s'ulcère, de sorte que l'on a des bourgeons épithéliomateux gagnant promptement pour se fusionner. Quand la récidive apparaît tôt sur la ligne d'incision, elle se manifeste sous forme d'une ulcération plus ou moins vaste simulant une désunion de la cicatrice.

Il est important de se rappeler ici que la marche de ces récidives est ordinairement rapide, plus que celle de la tumeur primitive. Aussi voit-on, la plupart du temps, les malades revenir avec d'énormes amas cancéreux, exubérants ou ulcérés, quand les nécessités imposées par les circonstances n'ont pas permis au chirurgien de suivre de près son malade. C'est, du reste, ce qui arrive d'ordinaire dans la pratique nosocomiale.

Hahn (1) et M. Sabattier (2) ont séparément accusé le chirurgien d'être le plus souvent l'auteur direct de la réapparition cutanée du carcinome. Quand toutes les masses ont été enlevées, qu'il ne reste plus que des tissus sains, ceux-ci s'infecteraient par greffes. Les mains, les instruments et particulièrement les pinces hémostatiques

(1) Hahn, *Berlin. klin. Woch.*, 1888.
(2) Sabattier, *Cong. franç. de chir.*, 1888.

sont des instruments dangereux, si l'on n'y prend garde, d'implantation des éléments dégénérés. On sait aujourd'hui que les greffes de néoplasme sont possibles. Lefert et Follin Saenger n'avaient pas eu de résultats bien concluants, mais les expériences de Moreau, Hahn et d'autres plus récentes et plus bruyantes démontrent que la greffe cancéreuse est possible.

M. Sabattier, pour éviter ces implantations redoutables, recommande des amputations larges qui permettent aux doigts et aux instruments de ne pas toucher à la tumeur. Il faut éviter avec soin de la prendre, de la pincer avec des instruments qui serviront plus tard à prendre la peau. On devra surveiller les aiguilles et tout ce qui peut transporter les cellules malades. Donitz (1) recommande de prendre la tumeur avec une pince de Museux, d'opérer loin d'elle et de ne jamais la toucher avec les doigts. La pince restera en place jusqu'à ce que le sein soit enlevé.

Cette considération est sans doute de grande importance, mais il faut encore faire une large place, dans ces récidives superficielles, cutanées, à l'envahissement de la peau par la néoplasie primitive. Avant même qu'il y ait des adhérences et que le mamelon soit rétracté, le ligament est envahi très largement et c'est souvent, dit Cheyne (2), à une récidive par continuation qu'on aura affaire. Aussi cet auteur insiste-t-il sur l'utilité des ablations larges, emportant non seulement les organes profonds, mais encore tous les ligaments sur la plus grande largeur possible. Il n'y a pas d'inconvénient à enlever trop, il y en a beaucoup à ne pas enlever assez. Mieux vaut une suture qui tire, qu'un néoplasme laissé en germe.

Les récidives locales profondes ont des origines multiples. La plus simple est une portion non enlevée du néoplasme. Elle était surtout fréquente autrefois quand on employait les opérations conservatrices. C'est contre elle qu'est dirigée l'amputation large.

Il n'est pas même besoin d'un morceau du néoplasme. Waldeyer (3) a démontré que, au moment où un sein présente un nodule cancéreux appréciable, beaucoup d'autres points de sa masse sont dans un stade qui n'est pas encore du cancer, mais n'est pas loin de le devenir. Il a vu des multiplications du tissu conjonctif péri-cancéreux et des proliférations intra-glandulaires plus intenses que la normale. Rien ne prouve qu'un pareil élément déjà malade ne va pas, laissé en place, se développer plus avant et donner un véritable carcinome.

Or, il est très difficile d'enlever absolument toute la glande mammaire. Son bord, en effet, est exactement déchiqueté, comme persillé. Il est souvent aplati, poussant des prolongements dans un tissu cellulaire qui lui ressemble étrangement. De plus, ce bord présente des pointes très longues. M. Kirmisson (4) a décrit un prolongement axillaire, Hennig (5) et Zocher (6) un prolongement inféro-externe. Volkmann a vu des glandes mammaires accessoires qui peuvent subir le même processus; Rieffel a décrit un prolongement sternal et insisté sur la variabilité des limites du tissu glandulaire.

Il n'est pas même besoin de laisser en place des portions glandulaires; quelques noyaux carcinomateux perdus dans le tissu péri-mammaire, peuvent facilement servir de point de départ à une nouvelle poussée du néoplasme. Le même rôle peut être joué par un petit tronc lymphatique aberrant.

(1) Donitz, *Berlin. klin. Woch.*, 1888.
(2) Cheyne, *Lancet*, 1891.
(3) Waldeyer, *Arch. de Virchow*, 1871.
(4) Kirmisson, *Bul. Soc. anat.*, 1882.
(5) Hennig, *Arch. f. Gynæk.*, 1872.
(6) Zocher, Diss. inaug. Leipzig, 1869.

Il est encore un autre élément de récidive sur lequel Heidenhain (1) a particulièrement insisté. C'est le muscle grand pectoral. Que la région sous-mammaire ait beaucoup ou peu de graisse, que la tumeur soit superficielle ou profonde, elle touche à peu près fatalement le muscle qui va rapidement se laisser infiltrer. Son aponévrose ne va pas le défendre suffisamment. Les traînées carcinomateuses pénétreront entre les faisceaux de l'aponévrose, dissocieront les fibres musculaires, les infiltreront, et on aura bientôt un véritable carcinome du grand pectoral. La transmission ne se fait pas par voie lymphatique, mais par continuation directe. Kæser (2) a pensé que cette infiltration du grand pectoral pouvait servir à expliquer les adénites axillaires précoces. Hyrtl pense avec Rieffel que les lymphatiques de ce muscle se rendent non à l'aisselle, mais, suivant la distribution des vaisseaux sanguins, aux ganglions claviculaires.

La carcinose secondaire du muscle est précoce; elle est presque constante.

Heidenhain a plusieurs fois pris des morceaux de pectoral, une fois la glande enlevée. Il les a examinés et, trouvant des débuts de cancer, a prédit une récidive qui ne s'est pas fait attendre. Aussi a-t-il proposé d'enlever toujours l'aponévrose et souvent les parties superficielles du muscle. Quelques chirurgiens allemands ont même, dans des cas graves, enlevé la plus grande partie de la masse musculaire. Cheyne (3) va encore plus loin que Heidenhain. Il pense que l'infiltration est beaucoup plus étendue qu'on ne le dit et que les éléments cancéreux glissent facilement sous le grand pectoral dans le grand denté, dont il conseille d'enlever toujours l'aponévrose dans la dissection de l'aisselle, comme Heidenhain veut qu'on enlève celle du grand pectoral dans l'ablation du sein. Cette conduite, dont il n'a qu'à se louer, dit-il, n'a pas eu encore, au moins en France, d'imitateurs.

Telles sont les considérations cliniques et pathogéniques auxquelles donne lieu la récidive *in situ* des carcinomes de la glande mammaire. Elle présente un caractère anatomo-pathologique bien particulier: la ressemblance parfaite et constante qu'elle offre avec la tumeur primitive. L'examen de la récidive, a-t-on dit, est le meilleur moyen de confirmer le diagnostic microscopique du néoplasme opéré. Il n'est pas d'exemple dans la science de transformation de l'une des variétés en l'autre. Un carcinome donnera par repullulation des préparations microscopiques identiques aux premières et cela, quelle que soit la marche clinique de la néoplasie nouvelle. C'est là, on le conçoit, un fait d'une grosse importance pratique et aussi d'une portée théorique considérable, tant au point de vue de l'établissement des classifications histologiques qu'au point de vue des degrés de malignité.

(*A suivre.*)

Durand,
Interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des lésions des ongles dans la syphilis, par le docteur L. Batut, chef de clinique à la Faculté de Toulouse, médecin-major de 2e classe.

(*Fin.*)

Chez un des malades de la Clinique atteint de syphilis nasale, nous avons pu observer une généralisation à tous les ongles des doigts et presque à tous les ongles des orteils de cette lésion désignée par tous les auteurs sous le nom d'onyxis sec; le bord libre de l'ongle était sain,

(1) Heidenhain, Traduit dans *Arch. de méd.*, 1889.
(2) Kæser, Th. de Bâle, 1880.
(3) Cheyne, *Lancet*, 1892.

mais la lésion paraissait avoir débuté à quelques millimètres en avant de la racine de l'ongle.

Obs. V. *Syphilis nasale, onyxis multiples.* — F. Noël, 26 ans, charretier, entre à la clinique (Saint-Victor, n° 3), le 29 mai 1893, pour un chancre largement étalé sur le dos du fourreau de la verge, et un second au pourtour du méat, également induré. Il se produit consécutivement des bubons secondaires suppurés, un à gauche ouvert le 30 mai, et deux à droite ouverts le 15 juin (voir *Midi médical*, août 1893); les cicatrices de ces incisions sont encore très nettes et enfoncées, aujourd'hui 1er janvier 1894. A son premier séjour, le malade n'avait ni éruptions, ni plaques, ni alopécie (10 juillet). Il rentre pour la seconde fois, le 17 août, pour une récidive de son bubon droit, provoquée par les travaux de force de son métier; ce bubon est le siège d'une suppuration légère collectée sur la lèvre inférieure et exige une incision nouvelle que nous pratiquons le même jour et qui guérit définitivement dans les quinze jours suivants, grâce au repos, à l'iodoforme et au traitement général. Vers le 15 septembre, une fissure assez profonde entourée d'une induration marquée se montre sur la commissure externe de la narine droite et elle cède à peine au calomel à la sortie du malade (30 septembre); les cornets sont absolument sains en ce moment. Durant tout son séjour, F... a pris trois pilules de Dupuytren par jour. Depuis sa sortie, il a pris d'abord deux pilules, puis dernièrement, trois par jour, à cause d'une récidive rapide de ses lésions nasales, remontant au 1er décembre environ. Il s'est formé à cette date une éruption de petits boutons jaunâtres dans le sillon naso-génien droit, formant une croûte d'aspect impétigineux, large de près d'un centimètre à la base d'un sillon, puis se dirigeant en corymbe vers la crête du nez; cette croûte enlevée d'un coup d'ongle s'est reproduite rapidement; le 15, la croûte part de l'ulcération nasale primitive et envoie en bas un prolongement induré vers le sillon naso-labial qu'elle ne dépasse pas; à la commissure de la narine droite, croûtes semblables, mais plus dures; à droite sur le cornet inférieur, plaque muqueuse étalée, qui s'étend en arrière; même lésion sur la cloison, vis-à-vis la précédente; à gauche, en avant et en bas, sur la cloison, autre plaque muqueuse.

Les lésions les plus remarquables siègent sur les ongles. L'annulaire gauche a été pris en septembre, puis successivement les autres ongles de la même main sont tombés. En ce moment (25 décembre), on constate, à la main droite, la perte totale de l'ongle au médius, à l'annulaire, au pouce; la partie postérieure du lit de l'ongle est rouge, il se reforme un ongle nouveau, tandis qu'en avant, il y a des restes de kératinisation et que sur les bords persistent en avant deux petits lambeaux de l'ongle ancien; à un demi-centimètre environ en arrière de l'ancien sillon, il existe une strie noire avec enfoncement et adhérences profondes des nouvelles couches de kératine. A l'index droit, la partie postérieure de l'ongle est amincie, soulevée, crevée comme une lame de mica des poêles modernes, elle est prête à tomber; la partie antérieure de l'ongle est encore saine sur une profondeur de 2 millimètres et même davantage sur les bords, mais cet ongle est destiné fatalement à tomber. A la main gauche, seul l'ongle du médius a sauté et il reste encore de larges débris latéraux adhérents; au-dessous un ongle nouveau se reforme lentement, à aspect rougeâtre et à stries longitudinales; les ongles des quatre autres doigts sont sains. Il n'y a pas d'éruption papuleuse (ou papulo-squameuse) aux mains (psoriasis palmaire), mais on y trouve un degré marqué d'asphyxie locale. Au pied gauche, tout l'ongle du gros orteil est soulevé et déchiré, non fendillé ou craquelé, mais même épaissi antérieurement; il va tomber; même lésion au gros orteil droit; la séparation s'est faite à la base et de bas en haut à 2 millimètres environ de la matrice de l'ongle; un ongle nouveau pousse en dessous. Les autres orteils sont sains; pas de plaques muqueuses interdigitales ni linguales, ni anales; il existe une papule à la face, près de la commissure gauche; un peu d'alopécie; santé générale assez bonne en ce moment; les forces, qui avaient beaucoup baissé lors du premier séjour à l'hôpital, sont revenues partiellement seulement. Ganglion sous-maxillaire droit douloureux, funiculite gauche très nette, dont les douleurs sont atténuées par un suspensoir, mais qui entraîne une adénite gauche inguinale; à droite, cicatrice linéaire des anciennes incisions. Pas d'imminence de suppuration nouvelle. On met du vigo sur la croûte nasale et on prescrit les prises de poudre de calomel. Le malade doit revenir.

Chez un deuxième, observé en ville et suivi par nous durant de longues années (obs. VI), dans le cours d'une syphilis datant en ce moment de 9 ans, nous avons vu survenir de légères plaques muqueuses interdigitales, plus tard un léger degré d'onyxis inflammatoire à un orteil vers la deuxième année; vers la troisième, des lésions transitoires des ongles des mains (pointillé linéaire des ongles des pouces et des médius), enfin, en dehors de toute manifestation actuelle, à la neuvième année, le sujet, à son grand étonnement, a vu survenir une chute rapide des ongles des gros orteils, accident qui, par lui-même, aurait peu de signification diagnostique, mais qui indique la persistance du virus syphilitique, lorsqu'on connaît l'odyssée du malade.

Ce fait indique que l'onyxis sec peut être rapide (6e ou 8e mois, 2e année) ou tardive (9e année), et se placer entre les lésions secondaires et les lésions tertiaires; elle n'a donc pas de signification chronologique au point de vue de l'évolution de la vérole; elle n'en a pas davantage en ce qui concerne le pronostic, et on peut l'observer dans des syphilis légères ou graves, peu ou point soignées comme rigoureusement traitées.

Obs. VI. — *Syphilis secondaire, onyxis inflammatoire, chute tardive des ongles.* — M. X..., 30 ans, employé, prend la syphilis en mai 1884; on note comme accidents consécutifs des adénites cervicales, une roséole papuleuse, des croûtes dans les cheveux, céphalée, alopécie transitoire, plaques muqueuses discrètes sur l'amygdale gauche et sur le bord de la langue; en 1885, psoriasis palmaire et plantaire, affection transitoire des ongles de la main consistant en une série de dépressions noires ponctuées et linéaires sans effeuillement ou autre, altération de ces ongles, puis un peu plus tard léger degré d'onyxis inflammatoire, durant l'été, au gros orteil droit et au second orteil du même côté; ces dernières lésions cèdent à un pansement sec, et des bains fréquents aidés du bismuth en poudre amènent dans les années suivantes la disparition de plaques muqueuses interdigitales à leur degré le plus atténué. De 1884 à 1893 le malade n'a cessé, avec de rares intermittences, de se soumettre à un traitement continu par les pilules de proto-iodure de mercure; il n'a, durant ce temps, eu aucune poussée papuleuse ou condylomateuse à l'anus, les lèvres ont été indemnes, la langue n'a offert ni sillons, ni plaques hypertrophiques, ni plaques lisses, mais les bords ont conservé l'aspect de la leucoplasie buccale, de la glossite exfoliatrice marginée. En 1890, un accès de petit mal syphilitique vite disparu, ainsi que des vertiges, surtout le matin à jeun; vers 1892, tendance légère à l'ongle incarné, lorsque l'extrémité libre allongée et amincie venait entamer par le bord la masse latérale charnue; on notait en ces moments un amincissement des bords internes des ongles des gros orteils et un certain degré de fendillement transversal; l'ensemble de la partie libre est manifestement hypertrophié, dur, tranchant, sans décollement aucun. En septembre 1893, les ongles, toujours unis, légèrement convexes, mais non incurvés au bord libre, prennent aux deux gros orteils un aspect terne, grisâtre sombre, avec strates rendus très manifestes; la kératinisation paraît devenue anormale; un sillon de séparation se creuse à 2 millimètres de la matrice de l'ongle pour aboutir en peu de jours, sans réaction inflammatoire des parties molles environnantes, à la chute totale des ongles des gros orteils; en dessous, un ongle nouveau s'est reformé, mais son bord antérieur n'est pas encore dégagé du lit de l'ongle et n'arrive guère au delà de la moitié postérieure de ce dernier. Les autres orteils ainsi que les doigts des mains ont les ongles sains: quant à la chevelure, elle est aussi épaisse qu'avant le début de la syphilis. Il n'y avait dans ce cas ni tourniole antérieure, ni engelures, ni diabète, ni albuminurie, ni affection médullaire (tabes spécifique); aucun autre trouble trophique n'a été observé.

L'état général est cependant excellent et il n'existe aucune autre manifestation actuelle de la diathèse ancienne (glandulaire, squelettique, viscérale ou cutanée) qu'un chapelet gan-

glionnaire cervical, qui doit être en partie attribué à la strume.

Les diverses affections des ongles dans la période secondaire, surtout l'onyxis sec, pourront conduire à un diagnostic différentiel, lorsque leur filiation n'est pas bien établie, avec les ongles hippocratiques (tuberculose), avec les altérations consécutives aux blessures des nerfs chez des sujets antérieurement syphilitiques (faits de Mitchell, Morehouse et Keen, 1862), avec les mêmes lésions dans le diabète (4 cas d'Auché in *Journ. de méd. de Bordeaux*, janvier 1891), dans l'albuminurie (Dieulafoy); une cause dyscrasique, une cachexie quelconque a pu les provoquer (fièvres éruptives, dysenterie); les lésions inflammatoires de l'onyxis syphilitique chez un sujet strumeux pourront aussi donner lieu dans certains cas à un diagnostic différentiel (voir les travaux de Vernois sur l'onyxis scrofuleux en 1834, travail basé sur 276 observations et le cas de Lugol reproduit dans son *Iconographie pathologique*).

C. Dans la période tertiaire se produisent des entamures qui, après avoir isolé puis décollé la lamelle cornée et étendu leur fond sanieux sur la matrice mise à nue, donnent lieu à d'interminables ulcérations rebelles à toute thérapeutique et surtout désolantes par leur récidive (Jullien, p. 811, 2e édit., 1886); comme conséquence, on note les lésions de la dactylite bien étudiées par Robert Taylor; mais cette dactylite respecte presque toujours l'ongle (doigts en lorgnette et en forme de spina ventosa). Elle est fort rare, car nous n'en avons pas observé un seul cas cette année parmi les nombreux cas de syphilis tertiaire relevés dans le service de M. le Dr Audry, chez des individus misérables, cachectiques, peu ou pas du tout traités jusque-là.

Comment enfin apprécier le cas de Foxwell (*Midland Med. Soc.*, 23 janvier 1889), donné par cet auteur comme un exemple d'atrophie des ongles chez une jeune fille de 19 ans n'ayant, dit-il, ni strume ni syphilis dans ses antécédents personnels ou héréditaires, et qui perd avant l'âge de 12 ans, par petits morceaux, six ongles des doigts et trois ongles des orteils, sans avoir subi aucun traumatisme, sans présenter ni suintements, ni suppuration, ni ulcération, sans période inflammatoire aiguë? L'histoire médicale des altérations des ongles, dit justement Besnier (in Kaposi, 2e édition), est à écrire encore.

Quant au traitement, il sera local d'abord (pansements secs divers), puis général (frictions mercurielles ou au savon de calomel); nous n'avons pas à y insister aujourd'hui.

Syphilis congénitale. — Les lésions des ongles dans la syphilis congénitale ont été indiquées par Diday dans l'article du *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1884; ce sont les mêmes lésions que chez l'adulte en ce qui concerne le périonyxis ulcéreux; pour l'onyxis sec, on note une chute renouvelée deux ou trois fois de l'ongle qui finit par devenir informe; Bertin a vu dans deux cas les ongles chassés par la suppuration; Gerhardt a vu sur un nouveau-né les ongles tomber trois fois, puis rester sains; Bouchut a vu les vingt ongles malades sur le même sujet. Rollet et Diday ont eu à faire un rapport (voir Rollet, p. 734) sur le cas d'un enfant confié par un médecin à une nourrice : cet enfant, âgé d'un mois, était affecté d'onyxis et de bulles de pemphigus aux pieds, aux mains et à la bouche avec des signes généraux de débilité et de cachexie; la nourrice fut infectée et prise ultérieurement de symptômes cérébraux avec paralysie et idiotisme.

Parrot n'accepte pas que les lésions unguéales aient une origine spécifique; c'est parce que la syphilis a jeté les nouveau-nés dans un état de cachexie qui favorise le développement de cette inflammation que le périonyxis se produit chez les syphilitiques congénitaux. Il est seul de son avis.

Le fait suivant est intéressant à cause de la forme des ongles, observée temporairement; c'est un cas d'onyxis sec.

Obs. VII. — *Syphilis héréditaire congénitale, altérations unguéales rapides.* — Le malade qui fait l'objet de l'observation V, marié à la septième année de sa syphilis, a eu, au bout d'un an de mariage, un enfant qui a présenté des traces de syphilis héréditaire, à savoir : dans les premiers jours de sa naissance du pemphigus aux talons, un érythème maculeux fugace et récidivant des membres inférieurs (jambes et cuisses), une incurvation des tibias prononcée, et plus tard une dentition irrégulière, sans dents d'Hutchinson, toutefois; l'enfant, à la fin de sa deuxième année, est robuste, vigoureux, n'a pas de kératite diffuse, ni surdité; sa nutrition est bonne. Mais à la fin de sa première année et même avant, les ongles des pieds et des mains ont présenté une forme étalée, à concavité dorsale avec bord libre craquelé, tranchant, exfolié. Coupés à diverses reprises, ces ongles, sur lesquels la famille appelle notre attention, sont devenus, au bout de six mois de traitement par la liqueur de Van Swieten donnée dans le lait du biberon, plus durs, plus résistants, les fendillements ont disparu. La paume des mains et la plante des pieds ont une peau fine, sans rhagade ni kératinisation anormale, les cheveux sont rares et secs; l'enfant, en somme, ne présente plus que du rachitisme que nous rattachons nettement à la syphilis congénitale; la mère est restée indemne.

Obs. VIII. — Un frère du précédent, né en novembre 1893, présente au deuxième mois (1er janvier 1894) un périonyxis inflammatoire du médius droit qui aboutit à la chute de l'ongle et un commencement d'accidents de même nature au médius et à l'index gauches; les frictions de savon au calomel et un pansement à l'emplâtre de Vigo arrêtent vite ces accidents.

BIBLIOGRAPHIE

Doumie, Onyxis syphilitique, in *Un. méd. de Paris*, 1858, n° 89.
Hamilton, Syphilitic ulcers of the fingers and toes (*Dublin Hosp. Gaz.*, 1858, p. 358).
Hutchinson, « Onychia maligna » usually a syphilitic disease (*Med. Times and Gaz.*, 1858, t. XIV, p. 62).
Bergh, Ueber das syphil. Mazelleiden and das syphilit. panaritium, in *Behrend's syphil.*, Erlangen, 1862, t. III, p. 425.
Nélaton, Panaris syphilitique, in *Gaz. des hôp.*, Paris, 1866, vol. 33, p. 105.
Betz, *Behandl. der syphil. Paronychia durch den occlusiv. Verband in Panorabilien*, Heilbronn, 1866, t. IX, p. 5.
Heyfelder, Dactylitis syphilitica multiplex, in *St-Petersb. med. Zeitschr.*, 1870, Heft 1, p. 38.
Taylor, De la dactylite syphilitique, in *Arch. gén. de méd.*, 1871, t. XVIIr, p. 117-148.
Hutchinson, Chronic inflamm. disease of many finger nails (Inflammation chronique des ongles de plusieurs doigts commençant dans la jeunesse et durant dix ans; syphilis chez le père, sans trace chez l'enfant). *Brit. med. Journ.*, 18[illegible], t. Ier, p. 98[illegible].
Mansaroff, Onychia syphilitica, in *Klin. sbornitz pro dermat i sifil.*, Moskva, 1889, p. 2[illegible].
Koch, Die syphil. Finger, in *Samml. klin. Vortr.* Leipzig, 1890, n° 359.

Note sur la bactériologie des selles dans la dysenterie chronique endémique des pays chauds,

par le docteur L.-E. Bertrand, médecin en chef de la marine, ancien professeur aux écoles de médecine navale, et Baucher, pharmacien principal de la marine.

Cette étude analytique est le corollaire d'un travail intitulé : *Nouvelle étude bactériologique des selles dans la dysenterie nostras épidémique* et publié, par nous, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (6 octobre 1893).

I. *Caractères physico-chimiques des selles* (1). — *Couleur :* variable; ordinairement, *café au lait;* parfois,

(1) Dysentériques provenant du Tonkin et de la Guyane.

jaune noirâtre, ou *noirâtre*, avec aspect *soufflé;* exceptionnellement, *sauce tomate*, avec ou sans placards de mucus, à l'occasion de rechutes, incidents sub-aigus, etc. — *Réaction : toujours* franchement *acide*.

Faut-il attribuer cette acidité à la pullulation de microbes à réaction acide ou à la diminution de la quantité de bile rejetée avec les matières? Il est probable que ces deux causes peuvent être invoquées.

II. *Examen bactériologique direct.* — Déjections moins microbées que dans la dysenterie nostras épidémique; différence qui provient ou de la chronicité de l'affection intestinale ou de l'acidité exagérée des selles.

III. *Analyse microbiologique.* — Parmi les nombreuses espèces ou variétés microbiennes que la méthode des cultures nous a permis d'isoler, les plus importantes, en raison de leur fréquence, sinon de leur constance, sont :

1° *Des vibrions anaérobies*, offrant, en gélatine, les caractères du vibrion septique (lentilles gazeuses, etc.); un peu moins communs dans les selles de la dysenterie chronique des pays chauds que dans les déjections alvines de la dysenterie épidémique nostras. Sans être absolument fixés quant à la nature et au degré de l'influence qu'elles exercent sur le processus dysentérique, nous pouvons, ici encore, leur attribuer l'état *soufflé* des garde-robes, les dégagements gazeux qu'ils y déterminent nous paraissant donner, de cet état, une explication plausible.

2° *Le bacille pyocyanique* — En le signalant parmi les microbes de la dysenterie nostras épidémique, notre étude de l'an dernier indiquait que nous avions constaté la présence de cette bactérie dans les selles d'un dysentérique du Tonkin (1).

Nos recherches actuelles confirment ce premier résultat, mais sous les réserves suivantes :

Le bacille pyocyanique est plus facile à déceler dans la dysenterie épidémique nostras que dans la dysenterie chronique des pays chauds, où, de sa rareté relative et de l'atténuation de ses caractères, on pourrait, ce nous semble, conclure à un amoindrissement de son rôle pathogénique.

C'est ainsi que, dans plusieurs cas, nous avons dû opérer des ensemencements en masse pour le retrouver et le caractériser nettement. Souvent, les dilutions n'en donnaient pas; parfois même, plusieurs passages successifs en un milieu légèrement alcalin étaient nécessaires pour lui faire recouvrer toutes ses propriétés chromogènes.

3° *Le coli-bacille.* — Nous croyons qu'il faut faire une large place au bacille d'Escherich, dans la bactériologie de la dysenterie chronique des pays chauds.

Dans les plaques de gélatine en boîtes de Pétri, notamment quand les cultures sont tirées de selles jaunâtres, on voit se développer, en même temps et avec une énergie sensiblement égale, deux sortes de colonies plus ou moins bombées, à mamelon central ou, parfois, à cercles concentriques : les unes blanches, les autres jaunes.

On est tenté, tout d'abord, de les considérer comme deux espèces microbiennes distinctes; mais, si l'on suit leur évolution après transfert en divers milieux, on finit par reconnaître, dans les produits de transition, certaines particularités de culture, établissant qu'il s'agit là, tout au plus, de deux variétés d'un même type.

a. *Variété blanche.* — Les colonies blanches vont du blanc de cire au blanc bleuâtre; elles offrent communément l'aspect de gouttelettes de bougie. Ensemencées par piqûre, en tube de gélatine, elles deviennent grenues en vieillissant; cultivent souvent en *îlots de glace* et sont déchiquetées sur les bords. Elles ne liquéfient point la gélatine; font fermenter les sucres, en bouillon lactosé, carbonaté; coagulent le lait et donnent, sur pomme de terre, des plaques brunâtres humides, légèrement glacées.

Quant au microbe qui les détermine, c'est une bactérie présentant une mobilité variable et, morphologiquement, tous les caractères du bacille d'Escherich classique.

Dans quelques tubes de gélatine, les cultures, plus discrètes, ont présenté une teinte bleuâtre très accusée et une irisation nette de leurs bords. Elles ont à peine fait fermenter les sucres et n'ont laissé, sur pomme de terre, que des traînées brillantes, comparables aux traînées de *limaces*. Leur microbe, bactérie courte, un peu ventrue, arrondie aux extrémités, décolorée au centre, était plus mobile que celui des autres cultures de même provenance; ensemble de caractères le rapprochant étroitement du bacille d'Eberth.

Nous avions déjà observé quelque chose d'analogue, dans la dysenterie nostras.

b. *Variété jaune.* — Les taches jaunes des plaques, portées en tube de gélatine, par piqûre, ou semées sur pomme de terre, donnent *généralement* des cultures grenues, couleur *jaune d'œuf*. Dans le premier de ces milieux, elles prennent parfois une apparence cristalline et ressemblent à du sucre d'orge ou de pomme qui aurait cristallisé.

Elles sont formées de bactéries plus ou moins mobiles, dont la forme et les dimensions sont celles du bacterium coli. Leur microbe, cependant, diffère quelque peu du coli-bacille type, par son protoplasma qui se condense, tantôt aux deux extrémités, tantôt à un seul bout de la bactérie; de sorte que, sur les pièces traitées par les matières colorantes, on voit les éléments microbiens tantôt clairs au centre et colorés aux extrémités, tantôt clairs à un bout et colorés à l'autre. Il arrive fréquemment, dans ce dernier cas, que deux individus s'unissent par leur bout coloré, de manière à figurer une *paire de lunettes*, dont chaque verre serait teinté, mais partiellement, et rien qu'à son extrémité interne ou nasale.

MM. Chantemesse et Widal ont, sans doute, fait allusion à ces particularités, quand ils ont écrit que ce microbe « prend mal les couleurs d'aniline ».

Nous disons « ce microbe », parce qu'il nous semble qu'il répond à la description que ces auteurs ont donnée du micro-organisme qui, tout d'abord, leur a paru être l'élément causal *spécifique* de la dysenterie, et tend, aujourd'hui, à ne plus passer que pour un coli-bacille, plus ou moins modifié (1).

Quoi qu'il en soit du bien fondé de cette assimilation entre la bactérie qui nous occupe et le bacille décrit par MM. Chantemesse et Widal, nous croyons pouvoir rapporter à un même micro-organisme, qui serait le *bacterium coli*, les variétés microbiennes que nous venons d'indiquer.

Jaunes ou blanches, ces colonies montrent, en effet, au microscope, des éléments identiques; elles font fermenter les sucres, et nous avons vu, fréquemment, des colonies jaunes sur plaques, se reproduire blanches et grenues en tube de gélatine.

Il convient de faire remarquer, par contre, que les colonies blanches, retransplantées, n'ont jamais cultivé

(1) M. Calmette a rencontré le bacille pyocyanique dans le sang et les ulcérations du gros intestin, *à l'autopsie*, chez trois dysentériques de Cochinchine (*Arch. de médecine nav. et coloniale*, avril 1892). Il l'a trouvé dans les *selles* dysentériques et diarrhéiques, à Saïgon, l'année dernière (*ibid.*, octobre 1893). Cet auteur nous paraît avoir exagéré, dans *l'entério-colite* des pays chauds, l'importance pathogène du micro-organisme en question et de son associé le *streptocoque*, au détriment des autres microbes de l'intestin dysentérique (bacterium coli, staphylocoques, etc.).

(1) M. Cornil, qui avait présenté, à l'Académie de médecine, (17 avril 1888), la note de MM. Chantemesse et Widal, vient de déclarer (séance du 6 février 1894) que telle est, en effet, la signification de ce bacille. Il est donc probable que MM. Chantemesse et Widal ont reconnu la *non-spécificité* de leur microbe.

en jaune, différence qui tient peut-être à ce que les colonies jaunes représentent le microbe à un état de virulence maxima qui ne saurait être qu'atténué par des passages successifs en gélatine nutritive.

Pour compléter l'histoire microbiologique de cette variété jaune, nous dirons qu'en plaques de gélatine de deux millimètres d'épaisseur au plus, c'est-à-dire en vraie culture *aérobie*, jamais elle n'a produit la moindre liquéfaction; tandis que, portée en tube, par piqûre profonde, elle a parfois liquéfié, en entonnoir, la gélatine. Mais un examen attentif nous a toujours montré que, dans ce cas, la liquéfaction était le fait de vibrions *anaérobies* auxquels elle servait de couverture.

Dans la dysenterie nostras, nous avions bien rencontré des cultures jaunes et cireuses comme celles-ci; mais elles ne s'étaient pas offertes à notre observation avec des caractères distinctifs assez tranchés pour qu'il nous fût possible de les discerner du coli-bacille ordinaire.

4° *Le staphylocoque pyogène*, variétés : aureus, albus et citreus. La méthode des dilutions, sur pomme de terre, nous a particulièrement réussi pour les mettre en évidence.

5° *Deux streptocoques*, non liquéfiants, donnant des cultures blanches et discrètes, en gélatine, par piqûre, et se distinguant, l'un de l'autre, par l'inégal volume de leurs grains.

Conclusions. — La microbiologie des selles donne des résultats très analogues, dans la dysenterie nostras épidémique et dans la forme chronique de la dysenterie endémique des pays chauds : mêmes vibrions, mêmes microcoques; mêmes bactéries ou bacilles, de part et d'autre. Les seules différences à noter sont celles-ci :

Dans la dysenterie nostras, affection aiguë, le type bacillaire prépondérant est le microbe pyocyanique. Dans la dysenterie *chronique* des pays chauds, on dirait que ce soit l'influence du coli-bacille, plus ou moins modifié, qui prédomine.

La découverte des streptocoques exige plus de recherches dans la première que dans la seconde; c'est le contraire pour les vibrions.

La part des staphylocoques est sensiblement égale dans les deux conditions pathologiques.

Il semble, en d'autres termes, que, dans la dysenterie nostras et la dysenterie chronique des pays chauds, les microbes soient les mêmes, mais qu'ils opèrent groupés, associés, d'une manière différente, dans les deux cas.

Quant aux *amibes* de Kartulis, nous n'avons rien à en dire, à propos de la dysenterie chronique des pays chauds, notre expérience personnelle étant nulle sur ce point. Peut-être les avons-nous vues, dans la dysenterie nostras, s'il est permis d'inscrire sous cette rubrique de grandes cellules irrégulières, cylindroïdes, rondes, oblongues ou fusiformes, avec un noyau nucléolé et des espèces de vacuoles, immobiles et sans pseudo-podes.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un type d'héréditaire dégénéré, par Bourdin, (*Archives de neurologie*, mars 1894, n° 85, p. 162). — Le sujet, âgé de 19 ans, dont les antécédents héréditaires sont inconnus, mais dont les stigmates actuels permettent de catégoriser les troubles mentaux, offre, en outre de signes anthropologiques démonstratifs, des troubles portant surtout sur la sphère sexuelle, et caractérisés par de l'inversion. L'auteur s'attache à démontrer que chez lui, comme pour d'autres sujets analogues, l'inversion s'explique par la dégénération et non pas le vice, et il s'appuie pour cela, non seulement sur les caractères d'obsession et d'impulsion dont s'accompagnent toujours les accès de manifestation sexuelle, mais encore sur d'autres troubles plus évidemment mentaux, et qui en arrivent même jusqu'au délire à tendance ambitieuse. Le fait est donné, avec raison, comme confirmatif des conceptions de Magnan; l'auteur interprète la dégénération comme étant surtout caractérisée par une altération de la volonté. A notre avis, si l'altération de la volonté fait incontestablement partie intégrante de la dégénérescence, on ne saurait donner à son rôle une telle prédominance, et les troubles mentaux de la dégénérescence dépendent de lésions plus générales et moins systématiques.

Névrose paresthésique chez une dégénérée héréditaire, par R. Hirschberg (*Revue neurologique*, 30 mars 1894, n° 6, p. 161). — L'observation rapportée a trait à une dégénérée héréditaire, qui, à la suite de chagrins et d'émotions, a commencé à ressentir une douleur entre les deux épaules, puis, à la suite d'un traitement par les boues, a offert une série de sensations bizarres : il lui semble être léchée dans le dos par des animaux, frottée par de la laine, rongée par des vers. Il n'existe que quelques autres paresthésies actives et fugaces. La malade a conscience de l'ineptie de ses paresthésies mais en souffre néanmoins. Il n'existe aucun trouble organique susceptible de rendre compte de cette singulière et persistante hallucination tactile. L'auteur considère la malade comme une névrosée, et rapproche son cas (avec raison, à notre avis) de la *topoalgie :* il montre que les hallucinations tactiles n'ont pas toujours pour origine des troubles élémentaires de la sensibilité, et que de plus un état délirant n'est pas la condition indispensable pour l'existence des hallucinations tactiles.

L'idiotie et l'imbécillité au point de vue nosographique, par Paul Sollier (*Archives de neurologie*, janvier 1894, n° 83, p. 33). — L'idiotie et l'imbécillité ont été jusqu'ici considérées par les auteurs comme représentant seulement deux degrés d'une seule et même affection. Sollier entreprend d'établir qu'il existe, au contraire, entre ces deux états des différences essentielles, fondamentales et suffisantes en tout cas pour en faire deux entités morbides distinctes. L'imbécillité est une *affection mentale* en rapport avec des troubles *fonctionnels* du cerveau, et formant un type à part de psychopathie dégénérative. L'idiotie n'est qu'un *syndrome* en rapport avec des lésions *organiques* du cerveau, et n'empruntant qu'à la circonstance étiologique de l'âge son caractère commun avec l'imbécillité, la débilité mentale. L'idiot est un infirme et un extra-social, l'imbécile est un malade et un anti-social.

La démorphinisation et le traitement rationnel de la morphinomanie, par Paul Sollier (*Semaine médicale*, 31 mars 1894, n° 19, p. 146). — Le traitement de la morphinomanie par la méthode rapide préconisée par l'auteur, et justifiée par les faits rapportés et les considérations émises dans son important travail, sont les suivantes : Suppression de la morphine aussi promptement que possible. Abolition de tous les prétendus succédanés et médicaments dits adjuvants au moment de la suppression. Simple réglementation de la circulation générale en agissant, soit sur le cœur, soit sur la circulation périphérique, et régime alimentaire spécial. Direction exclusive du traitement par un médecin aidé d'un personnel habitué à ce genre de soins, principalement pendant la période de suppression, soit dans une maison particulière, aménagée pour la circonstance, soit dans un établissement spécialement organisé, tant au point de vue matériel qu'au point de vue de la surveillance médicale.

MÉDECINE

Syphilis et tuberculose (La simbiosi del processo sifilitico e tubercolare), par P. Quidone (*La Riforma medica*, 6 octobre 1893, p. 50). — La symbiose syphilitico-tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne croit. L'infection syphilitique constitue pour le bacille tuberculeux un terrain favorable à son développement et prédispose surtout à la tuberculose pulmonaire, qui revêt alors une marche extrêmement rapide. Il semble que la syphilis, après l'apparition de la tuberculose à laquelle elle prépare le terrain, perde de sa véhémence ou tout au moins devienne latente.

Eclampsie infantile (Sulla patogenese dell' eclampsia infantile), par G. Mya (*La Pediatria*, 20 janvier 1894, p. 5). — A propos d'un cas d'éclampsie survenue chez un enfant atteint de catarrhe intestinal aigu dont l'urine renfermait une quantité d'azote triple de la normale, l'auteur émet cette théorie que les poisons résultant de catarrhe intestinal en passant dans le sang altèrent les albumines et provoquent ainsi une intoxication spéciale portant ses effets sur le système nerveux. Pour lui, dans ce cas et dans un certain nombre d'autres, l'éclampsie d'origine intestinale est une éclampsie toxique; mais la cause nocive est hors de proportion avec ses effets dont il faut chercher la cause dans le mode de réaction des protoplasmas de l'enfant vis-à-vis des agents toxiques.

Bétol pour l'étude de la motricité de l'estomac (Il betolo per la misura del potere eccito-motore dello stomaco), par Fœdera et Corselli (*Archivio di farmacol. e terap.*, 1er novembre 1893, p. 641). — Le bétol ne subit aucune décomposition dans l'estomac, quel que soit l'état de cet organe. Cette raison et son dédoublement sous l'influence du suc pancréatique ont conduit les auteurs à l'employer de préférence au salol pour mesurer la fonction motrice de l'estomac, en recherchant le temps qui sépare son ingestion de l'apparition de l'acide salicylurique dans l'urine, et ils ont constaté qu'à l'état normal ce temps est invariablement de 70 à 80 minutes. Chez un sujet atteint de cancer du pylore, ils l'ont vu s'élever à 2 heures.

Contribution à l'étude de la tachycardie symptomatologique de la tuberculose, par Fernand Bezançon (*Revue de médecine*, janvier 1894, p. 38). — On peut voir survenir dans la tuberculose de la tachycardie avec phénomènes asystoliques semblables à ceux des affections organiques du cœur : œdème des membres inférieurs, tuméfaction du foie et dyspnée très vive allant jusqu'à l'orthopnée, cyanose, etc. Cette tachycardie peut être due à une adénopathie trachéo-bronchique comprimant le nerf pneumogastrique, quoiqu'il soit difficile de comprendre comment le nerf modérateur du cœur, à moins qu'il ne soit détruit, accélère ses mouvements. Dans d'autres cas, il n'y a pas de compression du pneumogastrique et la tachycardie doit être attribuée à l'action des toxines microbiennes, produites soit par le bacille de Koch, soit par les microbes d'infection secondaire qui végètent si abondamment dans les poumons des phthisiques.

Eau oxygénée dans l'intoxication oxy-carbonée (Sull' azione dell' acqua ossigenata negli avvelenementi per ossido di carbonio), par Spica et Menegazzi (*Archivio de farmacol. e terap.*, 1er décembre 1893, p. 705). — L'eau oxygénée en injections sous-cutanées chez le lapin, à faible dose, produit une légère accélération de la respiration sans altérations notables des autres fonctions; à doses plus fortes, elle produit une accélération de la respiration et du cœur, puis la prostration des forces, une paralysie progressive et enfin la mort. Dans les intoxications rapides par l'oxyde de carbone, elle n'a aucun effet favorable; dans les intoxications plus lentes, elle peut empêcher la mort. Elle peut donc être employée comme antidote de l'intoxication oxy-carbonée chez l'homme.

Traitement de la malaria et de la diphthérie par le bleu de méthylène (Ueber die Behandlung der Malaria mit Methylenblau und dessen lokale Anwendung bei Diphteritis (*Centralb. f. klin. Med.*, 1893, n° 25). — L'auteur a employé avec succès le bleu de méthylène dans différentes formes de l'infection palustre — névralgies, céphalées, accès paludéens — à la dose de 0,1, associé à de la poudre de noix muscade. Il a observé chez quelques malades, après l'absorption du médicament, des nausées et des vomissements. Dans quelques cas, on a noté de la strangurie, mais chez les malades qui avaient dépassé la dose, ou qui avaient oublié de prendre en même temps la poudre de noix muscade.

Dans 14 cas de diphthérie pharyngée, la solution aqueuse de bleu de méthylène au dixième a donné également de bons résultats en applications topiques sur la muqueuse malade et répétées deux ou trois fois par jour.

CHIRURGIE

Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique, par H. Mendel (*Arch. gén. de méd.*, mars 1894, p. 292). — La phlébite peut s'observer dans le cours de la syphilis secondaire; elle occupe plus souvent (8 fois contre 5) les membres supérieurs et se traduit par ses symptômes habituels; après une période de début un peu bruyante et douloureuse, elle traverse une période d'état avec induration persistante des veines lésées qui sont indurées et restent habituellement perméables, puis l'induration disparaît en un temps variant de 15 jours à 6 mois, sous l'influence du traitement spécifique. On n'a pas encore signalé d'embolies consécutives. A la période tertiaire, on ne connaît que deux cas de phlébite dus à Langenbeck, dans lesquels la lésion veineuse s'est traduite par la production de tumeurs volumineuses dures et adhérentes à la vessie. Ces faits montrent que les veines peuvent être, comme les artères et les lymphatiques, intéressées par la syphilis.

Micro-organismes de l'air des salles d'opérations (Ricerche batteriologiche dell' aria di una camera per operazioni chirurgiche nell' Ospedale degl' Incurabili), par Parascandola (*Riforma medica*, 22 et 23 décembre 1893, p. 517 et 531). — L'air des salles d'opérations renferme un grand nombre de micro-organismes, les uns pathogènes, parmi lesquels les plus fréquents sont le staphylocoque doré et le streptocoque de l'érysipèle, et non pathogènes. On y trouve beaucoup de micro-organismes venant de l'eau. Il y a des moyens beaucoup plus simples et plus sûrs que l'emploi du spray pour rendre aseptique le milieu dans lequel on opère. Un moyen certain pour rendre aseptique une salle d'opérations est de faire filtrer l'air qui y pénètre et de maintenir ses parois constamment humides : plus la ventilation est prolongée, plus l'air est pur, jusqu'à devenir aseptique.

Nouveau procédé d'hystérectomie vaginale (Ein Beitrag zur vaginalen Uterusextirpation), par Thelen (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 4, p. 86). — La modification de l'hystérectomie vaginale que propose l'auteur, lui semble principalement indiquée et avantageuse dans les cas d'étroitesse extrême du vagin.

On fait une incision qui passe par le milieu de la petite et de la grande lèvre en se dirigeant obliquement en dehors et un peu en arrière sur les parties latérales du périnée. L'incision qui coupe la petite et la grande lèvre est approfondie de façon à couper la paroi latérale du vagin jusqu'à son insertion sur le col. On divise de cette façon, dans la profondeur, le constricteur du vagin, le tissu cellulo-graisseux périvaginal, et l'éleveur de l'anus. En faisant écarter les lèvres de la plaie, on a devant soi l'utérus avec ses annexes qu'il est facile d'aborder pour toutes les opérations. L'incision unilatérale suffit pour extirper l'utérus carcinomateux — comme en témoigne une observation de l'auteur —; en cas de fibro-myomes volumineux, il faudra peut-être fendre le vagin de deux côtés. Comme traitement post-opératoire de la plaie, l'auteur préfère le tamponnement à la suture.

De l'œsophagotomie externe pour corps étrangers, par Cahier (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1894, n° 2, p. 98). — De l'étude d'un cas personnel terminé par la mort (Voyez *Mercredi*, 1893, p. 223) et de la revue critique de la littérature de la question, l'auteur conclut que la conduite à suivre en présence d'un corps anguleux dans l'œsophage est la suivante :

1° Pratiquer sans délai l'œsophagotomie externe, si une prudente tentative d'extraction par les voies naturelles est suivie d'échec, ce qui est habituel.

2° Suturer la plaie du conduit, si le chirurgien n'a aucun doute sur l'intégrité des tuniques; y renoncer si des tractions violentes ont été exercées.

3° Dans ce dernier cas, établir un drainage soigneux au moyen d'un tube introduit dans l'œsophage, par la plaie opératoire, à une profondeur de 5 à 6 cm. seulement, et réserver le pronostic devant la famille, en raison des déchirures probables des tuniques œsophagiennes et de la possibilité d'une issue funeste dont l'opérateur ne doit pas être rendu responsable.

4° Que l'on suture ou non, faire, avant de procéder au pansement de la plaie opératoire, un bon lavage de l'estomac par la méthode du siphon, et faire nettoyer la bouche plusieurs par fois jour au moyen des gargarismes antiseptiques.

5° Soutenir l'opéré dans les premiers jours par des lavements peptonisés ou des injections sous-cutanées d'huile d'olive aseptisée.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic anatomo-pathologique (Pathologisch-Anatomische Diagnostik nebst Anleitung zur Ausführung von Obductionen sowie von pathologisch-histologischen Untersuchungen), par le Dr Johannes Orth. Hirschwald. 5e édition, Berlin, 1894.

Cet ouvrage n'est pas un exposé méthodique et didactique de l'anatomie pathologique, mais bien un compendium dans lequel on trouve les indications nécessaires au diagnostic anatomique des lésions que présente un sujet à l'autopsie. C'est un développement très complet des principes énoncés dans la technique de Virchow (*R. Virchow, Die Sections-Technik*).

L'auteur supposant cette technique employée indique les conditions dans lesquelles il faut se placer pour ne négliger aucun fait important (indications générales, instruments, réactifs); puis (2e partie de l'ouvrage) il décrit les faits avec documents à l'appui, figures explicatives, etc.

Le premier chapitre de cette deuxième partie est consacré à l'examen de l'extérieur du sujet : aspect général du cadavre, signes de la mort et de la cadavérisation, lésions superficielles de l'épiderme et du derme, tumeurs, etc.

Les chapitres suivants contiennent la description des procédés employés pour l'ouverture des cavités du corps et l'examen des organes qu'elles renferment. On y trouve successivement la méthode à suivre pour l'étude du contenant et du contenu : la boîte crânienne, par exemple, est examinée soigneusement avec son périoste avant d'être ouverte, le canal rachidien est étudié avant d'être scié, la cage thoracique est décrite avant l'ouverture de la poitrine.

Les organes, suivant les principes énoncés par Virchow, sont examinés en place avec leurs connexions avant d'être enlevés.

Aucune partie du corps n'est négligée, les lésions principales des organes des sens sont décrites.

On trouve dans cet ouvrage les caractères que présente chaque altération pathologique, à l'œil nu et au microscope ; les procédés de technique histologique les plus récents y sont xpliqués suffisamment pour pouvoir être facilement appliqués.

Les derniers chapitres renferment un exposé des principales lésions des muscles, des tendons et du squelette en général.

Une table alphabétique des matières permet de trouver facilement le renseignement dont on a besoin et l'on peut ainsi rattacher à des données générales déjà connues un fait particulier douteux ou, autrement dit, établir le diagnostic anatomique d'une lésion.

Le succès des premières éditions du *Pathologisch-Anatomische Diagnostik* de Orth indique suffisamment que c'est un ouvrage universellement répandu et consulté avec fruit par tous les travailleurs qui fréquentent les laboratoires d'anatomie pathologique.

E. Suchard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de thérapeutique gynécologique, publié sous la direction du Dr A. Auvard. Paris, Rueff, 1894.

Les papetiers à la mode offrent à leurs clients trois petits registres (adresses, visites, dépenses) réunis dans un élégant écrin. M. Rueff a demandé au Dr Auvard de réunir dans un même écrin plusieurs volumes ayant trait à la thérapeutique gynécologique. Ces volumes, au nombre de 7, reliés en cuir souple, sont les suivants :

A. Auvard. Indications thérapeutiques.
Berlin. Opérations.
D'Hotmen de Villiers. Massage.
De Kervilly. Médication locale.
Ozenne. Hydrothérapie et eaux minérales.
Touvenaint. Electricité.
Caubet. Thérapeutique générale et hygiène.

Chirurgie du rein et de l'uretère, par F. Legueu. Paris, Rueff et Cie (Collection Charcot-Debove). Relié cuir souple. 1 volume, 3 fr. 50.

Le rein et l'uretère forment dans l'appareil urinaire un système continu, dont les pièces se commandent, dont les affections sont solidaires : aussi la chirurgie du rein est-elle inséparable de celle de l'uretère.

Ce petit ouvrage se compose de deux parties : l'une de médecine opératoire, l'autre de thérapeutique chirurgicale.

Dans la première se trouve exposée la technique des diverses opérations qui se pratiquent sur le rein et sur l'uretère. Dans la seconde sont discutées et critiquées les applications relatives de ces opérations dans les diverses affections du rein et de son conduit excréteur.

Elève de l'école de Necker, M. Legueu s'est inspiré de la pratique et de l'enseignement du professeur Guyon; tout en cherchant à donner de la chirurgie rénale un exposé aussi complet que le permettent les limites de l'ouvrage, il a tenu avant tout à donner aux idées et aux doctrines de son maître la place prépondérante qu'elles méritent.

Coxalgie tuberculeuse et son traitement, par V. Ménard. Paris, Rueff et Cie (Collection Charcot-Debove). Relié cuir souple. 1 volume, 3 fr. 50.

Elève du professeur Lannelongue, M. Ménard était à même de nous donner une bonne description résumée de la coxalgie tuberculeuse : car il ajoute avec soin ce qualificatif, et il commence par bien montrer que c'est indispensable, le mot « coxalgie » sans épithète ayant été la source de regrettables confusions. Parmi les méthodes de traitement, M. Ménard est, à la première période, partisan résolu de l'extension continue; plus tard, du redressement brusque. Pour les abcès fermés, il repousse l'incision et recommande les injections modificatrices. Lorsqu'il existe des fistules multiples, la résection de la hanche est indiquée. Dans certains cas presque désespérés, enfin, la désarticulation de la hanche donne parfois des succès inattendus.

La blennorrhagie chez la femme, par F. Verchère. Paris, Rueff et Cie (Collection Charcot-Debove. Relié cuir souple. 2 volumes, 7 francs.

La blennorrhagie chez la femme, nous dit M. Verchère, n'est en général pas jugée digne d'une étude d'ensemble : pendant longtemps même, on ne s'en occupait qu'à la période aiguë, et on a cru, avec Ricord, qu'une femme saine pouvait, dans des conditions déterminées, contaminer un homme. Les recherches modernes ont fait justice de cette assertion, et elles ont prouvé que la blennorrhagie chronique, latente, est chez la femme, même mariée, à la fois fréquente et grave. Fréquente, parce que, quoi qu'on en dise souvent encore, la « goutte militaire » est parfaitement contagieuse ; grave, parce que par les lésions des annexes elle expose à des douleurs vives, à la stérilité, à la mort même. Au total, la blennorrhagie mérite qu'on la redoute autant que la syphilis, et c'est le point sur lequel insiste M. Verchère pour justifier la longue étude qu'il publie aujourd'hui.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Le docteur Cusco, qui vient de succomber, âgé de 75 ans, aux suites d'une longue et cruelle maladie, avait été l'un des plus brillants, au début de sa carrière, parmi les chirurgiens des hôpitaux de Paris. Interne des hôpitaux en 1843, aide d'anatomie en 1845, prosecteur en 1847, docteur en 1848, il fut nommé la même année, à l'âge de 29 ans, chirurgien du bureau central. Ses travaux sur les nerfs crâniens, ses études d'ophthalmologie et de gynécologie l'ont révélé comme artiste et ingénieux novateur aussi bien que comme clinicien expérimenté et érudit. Nous ne citerons parmi ses inventions que le spéculum qui porte son nom et l'appareil optique qui sert à démontrer, dans les cours de physique, comment peut se faire l'accommodation de l'œil. C'est à Cusco que l'on doit l'installation à l'Hôtel-Dieu d'une clinique ophthalmologique qui est devenue une chaire officielle et la création à la Faculté de la chaire d'histoire de la médecine.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort du docteur Vedrènes, médecin-inspecteur en retraite, commandeur de la Légion d'honneur, connu par divers travaux d'histoire de la médecine et en particulier par une traduction de Celse.

— On nous annonce aussi la mort de M. le docteur Roussin, qui fut pharmacien principal de l'armée, agrégé du Val-de-Grâce, collaborateur de Tardieu, l'un des toxicologues les plus distingués de ce siècle, l'un des collaborateurs les plus appréciés des *Archives d'hygiène et de médecine légale*, de M. le docteur Materne, directeur de l'établissement hydrothérapique fondé par le docteur Béni Barde, de M. le docteur Grenet, praticien aussi honnête que consciencieux.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

La méthode en thérapeutique, par H. HUCHARD, médecin de l'hôpital Necker (1).

I

Vous avez vu, aux nos 4, 7 et 18 de la salle Chauffard, trois hommes de 53, de 67 et de 62 ans, atteints de dyspnée. Celle-ci affectait le type de la dyspnée d'effort ou de travail, à laquelle convient le nom de *dyspnée de Corvisart*, du nom de l'auteur qui, le premier, l'a bien décrite.

Cette oppression était telle qu'elle empêchait complètement le sommeil et qu'elle constituait presque le phénomène prédominant des accidents morbides. Chez l'un d'eux (n° 18) dont les accès dyspnéiques étaient surtout nocturnes, il y avait une très faible quantité d'albumine dans les urines, et un léger souffle d'insuffisance mitrale. Chez les deux autres, pas la moindre trace d'albumine, pas de souffle au cœur, ni de bruit de galop, mais arhythmie cardiaque très accusée, surtout chez le second malade. Tous les trois sont athéromateux et, pour des raisons inutiles à vous redire, le diagnostic de *cardiosclérose* est celui que nous avons formellement admis.

Chez l'un d'eux, vous avez vu se développer les signes d'hyposystolie avec œdème des membres inférieurs et congestion notable des deux bases pulmonaires. Celle-ci pouvait faire supposer à tort que la dyspnée était d'origine mécanique, qu'elle avait sa cause principale dans l'état hyposystolique du sujet, qu'elle était, en un mot, due à la stase sanguine que nous avions constatée à la base des deux poumons.

Sans doute, cette dernière complication, légère du reste, pouvait ajouter sa note à l'élément dyspnéique, elle pouvait contribuer, dans une certaine mesure, à augmenter son intensité, à donner le type continu à une dyspnée d'essence paroxystique; mais elle ne devait pas en être regardée comme la cause principale. La preuve, c'est que la digitale qui, en régularisant l'action du système circulatoire, tend à faire disparaître la stase sanguine du poumon et sa conséquence habituelle, la dyspnée, n'eut aucune action contre cette dernière.

Chez les trois malades en question, sous l'influence d'une médication simple en apparence, du régime lacté exclusif, les troubles respiratoires ont disparu en quelques jours comme par enchantement, et cette disparition a été complète et définitive jusqu'au jour où des erreurs d'alimentation l'ont fait reparaître.

En effet, comme je l'ai démontré il y a quelques années, il s'agissait ici d'une dyspnée d'origine alimentaire, d'une dyspnée *toxique* ou *ptomaïnique*, et non urémique, comme tendent à le penser quelques auteurs. Dyspnée urémique bien singulière, en effet, qui ne s'accompagne jamais d'aucun symptôme urémique, qui disparaît invariablement sous l'influence du régime lacté et reparaît aussi invariablement dès que l'alimentation carnée est de nouveau prescrite. Car, c'est cette alimentation qui, jetant dans l'organisme une grande quantité de ptomaïnes ou de toxines incomplètement éliminées par le filtre rénal insuffisant, devient la cause de tous ces accidents dyspnéiques. Aussi, comme vous l'avez vu, peut-on les faire disparaître avec une rapidité et une sûreté presque mathématiques.

Pour le bon fonctionnement de l'organisme, il faut qu'une porte soit ouverte et que l'autre reste fermée. Il faut que le rein soit toujours ouvert pour la facile et complète élimination des toxines; il faut que le foie reste fermé pour les arrêter et les neutraliser. Le lait, dans ces cas de dyspnée toxique, agit sur le rein en provoquant par la diurèse la sortie des toxines, sur le foie dont il favorise le fonctionnement, sur l'intestin dont il assure en partie, non pas l'antisepsie, mais l'asepsie, ce qui est préférable.

Voici maintenant une femme âgée de 35 ans qui nous est arrivée avec des douleurs très vives au creux de l'estomac, douleurs survenant quelques heures après les repas et parfois pendant la nuit, et se terminant assez souvent par des vomissements alimentaires. Chez cette femme nerveuse et impressionnable, on aurait autrefois formulé le diagnostic très simple de gastralgie, et on n'aurait pas manqué de lui administrer des sédatifs qui auraient pu la calmer, mais qui ne l'auraient certes pas guérie.

En considérant les caractères des douleurs épigastriques qui survenaient parfois pendant la nuit et quelques heures après les repas, je pensai qu'il s'agissait d'une dyspepsie hyperchlorhydrique, et j'administrai

(1) Leçon inaugurale du cours de clinique thérapeutique de l'hôpital Necker (17 février 1894).

les alcalins à haute dose. L'insuccès complet de la médication me prouva bientôt que je m'étais trompé, et vous vous rappelez qu'en m'appuyant sur certains symptômes qu'on ne rencontre pas habituellement dans cette forme de dyspepsie, et principalement sur l'existence de vomissements alimentaires, j'émis ensuite l'idée qu'il s'agissait d'hyperacidité gastrique par hypochlorhydrie et par fermentations stomacales. L'examen du suc gastrique, pratiqué par notre interne en pharmacie, démontra, en effet, la diminution de l'acide chlorhydrique et la présence d'acide lactique en quantité anormale. L'administration de l'acide chlorhydrique fit alors disparaître tous les accidents, les douleurs et les vomissements, et la malade, complètement guérie en quelques jours, va quitter notre service.

Vous avez vu aussi dans notre service un homme de 32 ans atteint depuis plusieurs mois d'une « gastralgie » très intense. Je vous ai démontré qu'il s'agissait d'accès pseudo-gastralgiques provoqués par un état permanent d'hyperchlorhydrie, comme l'examen chimique du suc gastrique nous l'a démontré, et caractérisés par des douleurs épigastriques survenant surtout à l'état de vacuité de l'estomac, trois à quatre heures après les repas et surtout pendant la nuit. Ici, la sensation de la faim et de la soif était augmentée, l'ingestion de quelques aliments et même d'un peu de liquide réussissait à calmer les souffrances, la viande était très bien supportée, tandis que les matières amylacées et les légumes étaient d'une digestion lente et difficile ; il y avait le matin quelques vomituritions acides. Il n'en fallait pas davantage pour confirmer encore le diagnostic de pseudo-gastralgie hyperchlorhydrique et pour indiquer le traitement par le régime lacté mixte et l'emploi des alcalins à haute dose (15 à 20 gr. de bicarbonate de soude par jour). Après quinze jours de cette médication, le malade sortit de l'hôpital tout à fait guéri.

II

Voilà deux symptômes, la dyspnée chez des cardioscléreux et les douleurs gastriques chez deux dyspeptiques, que nous n'avons traités ni par la digitale ni par la morphine, mais par le régime lacté chez les uns et l'acide chlorhydrique ou les alcalins chez les autres.

En thérapeutique, prendre un symptôme pour le combattre, c'est faire seulement de la médication *symptomatique*, et lorsque dans une maladie nous combattons l'insomnie par les hypnotiques, la constipation par les laxatifs, la diarrhée par les astringents, la dyspnée des asthmatiques par la morphine, nous ne faisons pas autre chose ; nous pouvons supprimer pour un temps ce symptôme, mais nous n'en écartons pas la cause, et souvent notre thérapeutique n'obéit qu'à l'empirisme le plus grossier.

Mais il ne suffit pas de constater un symptôme et de le combattre, on ne doit pas seulement chercher la cause (thérapeutique *étiologique*), il faut encore étudier le mode de production de cette cause, sa physiologie en quelque sorte.

C'est ainsi que nous avons fait de la médication *pathogénique* chez nos scléreux et nos dyspeptiques ; thérapeutique de l'avenir sur laquelle le professeur Bouchard a écrit une belle page et dont je vous ai appris naguère à vous inspirer toujours dans une de mes leçons inaugurales de l'hôpital Bichat (1).

(1) Bouchard, Introduction au traité de thérapeutique de Nothnagel et Rossbach. — Huchard, Leçons de l'hôpital Bichat sur la thérapeutique pathogénique (*Rev. de clin. et thérap.*, 1891).

Malheureusement, cette thérapeutique pathogénique qui nous permet, suivant les cas, de combattre la dyspnée, tantôt par la digitale, tantôt par le régime lacté dans les maladies du cœur, qui nous enseigne la guérison des douleurs gastriques par les alcalins ou par l'acide chlorhydrique, cette thérapeutique n'est pas applicable à tous les cas.

Voici deux exemples à l'appui :

Vous avez vu ces deux malades, couchés l'un au n° 12, l'autre au n° 27 de la salle Chauffard. Tous deux, ils étaient atteints d'une pneumonie extrêmement grave, et chez le premier, les lésions très étendues existaient des deux côtés. Température très élevée (à 39°8 et 40°7), langue sèche et fuligineuse, prostration considérable des forces, tout contribuait à assombrir le pronostic. Chez ces deux malades, les battements du cœur étaient accélérés, le choc précordial semblait assez fort et vigoureux, la fibre cardiaque ne paraissait pas très atteinte, et cependant vous m'avez vu dès le début prescrire pendant un jour une dose massive de digitaline cristallisée (un milligramme), pour la renouveler quelques jours après. Nos malades ont guéri, un peu contre votre attente. Sans doute, vous aurez des revers, et je ne veux pas que vous pensiez que je publie seulement des succès ; mais, comme nous ne pouvons rien, absolument rien contre le processus pneumonique, comme nous n'en sommes plus à recommander les expectorants, le kermès, l'antimoine, le tartre stibié qui ont pour effet d'affaiblir le malade, ni la saignée qui déprime les forces, ni les vésicatoires dont la principale indication consiste à n'être jamais indiqués, nous sommes bien obligés de faire autre chose.

Or, dans le cours d'une pneumonie, il est un organe qui est appelé à soutenir la lutte contre l'énorme embarras circulatoire du poumon ; cet organe, c'est le cœur. Ce qui m'a fait dire : la maladie est au poumon, le danger au cœur.

Sans doute, la pneumonie étant une maladie infectieuse et par conséquent générale, on peut dire que le danger est partout, dans l'organisme tout entier. De là donc, à prescrire les bains froids dans la pneumonie comme dans toute maladie infectieuse, il n'y a qu'un pas, et ce pas a déjà été franchi depuis longtemps. Aussi vous m'avez déjà vu baigner sans crainte mes pneumoniques, parce que les bains froids remplissent un grand nombre d'indications dans la pneumonie comme dans la fièvre typhoïde, parce qu'ils activent la diurèse, parce qu'ils abaissent la température, parce qu'ils refrènent l'excitation nerveuse, parce qu'ils tonifient l'organisme, parce qu'ils élèvent la tension artérielle et soutiennent le cœur, enfin parce qu'en augmentant la production des leucocytes ils favorisent sans doute le travail utile de la phagocytose, comme un auteur américain, Billings, paraît l'avoir démontré.

Mais cela ne veut pas dire que les médications systématiques doivent nous faire méconnaître les dangers des complications souvent inhérentes aux maladies. Or, dans la pneumonie, qu'arrive-t-il le plus souvent ? Le cœur, impassible dès les premiers jours, ne tarde pas à précipiter et à accentuer ses battements : la systole est vigoureuse, le pouls parfois vibrant, et l'on s'appuie souvent, comme je le disais (1) sur tous ces caractères pour croire inutile toute intervention cardiaque. On ne s'aperçoit pas que le cœur se contracte violemment pour lutter et parce qu'il lutte, et que, bientôt épuisé, il ne se relèvera plus jamais ; on ne s'aperçoit pas que cette force apparente de l'organe est déjà un indice, une cause prochaine de sa faiblesse. En effet, après cette période d'excitation, le myocarde faiblit, et c'est à ce moment seulement

(1) Traitement de la pneumonie grippale (*Soc. de thérap.* et *Bulletin médical*, 1892).

que l'on songe à donner de la digitale quand elle ne peut plus rien faire sur un organe dont la contractilité est épuisée, et quand elle ne peut plus favoriser cette diurèse bienfaisante qui assure la dépuration de l'organisme. Voilà les raisons pour lesquelles la digitale doit être prescrite de bonne heure, au début même de la pneumonie, et non pas dans son cours, non pas pour combattre le processus fébrile comme le pensaient autrefois Traube et Hirtz (de Strasbourg), non pas pour « juguler » la maladie, comme Pétrescu (de Bucharest) paraît le croire, mais pour donner au cœur une force de réserve dont il aura besoin pour lutter.

C'est là une thérapeutique à laquelle je donne le nom de *compensatrice* et que je formule ainsi : Quand un organe est malade, il faut faire agir les organes sains et compensateurs.

Je m'explique. Vous êtes en présence d'un ictère grave. Les accidents deviennent de plus en plus sérieux, l'adynamie est profonde, les hémorrhagies menaçantes, le péril imminent, quand se produit une forte crise urinaire qui sauve le patient. Que nous enseigne la clinique dans ce cas? Elle nous montre que ce n'est pas du côté du foie, c'est-à-dire du côté de l'organe malade et désormais impuissant que l'on peut et que l'on doit agir, mais surtout du côté de son organe compensateur, du filtre rénal qui sert à éliminer toutes les toxines que la cellule hépatique profondément altérée ne peut plus ni neutraliser ni détruire. Vous exécutez ainsi, en thérapeutique, une sorte de mouvement tournant ; mais vous savez que les mouvements tournants assurent quelquefois la victoire.

Ainsi, dans une maladie d'organe plus ou moins altéré, songez à son organe compensateur : au rein pour le cœur et réciproquement ; au rein pour le foie ; au cœur pour les maladies aiguës du poumon.

Cette médication cardiaque de la pneumonie soulève, je le sais, quelques objections et surtout celle-ci : Pourquoi s'adresser au cœur, puisqu'il n'est pas malade ? Je réponds que, s'il était profondément lésé, j'aurais moins d'action sur lui.

Du reste, il est temps de s'affranchir de cette doctrine tyrannique qui, faisant dépendre toujours la maladie de la lésion, a paralysé pendant trop longtemps notre action thérapeutique. Il y a longtemps, depuis 1885, que je cherche à faire prévaloir cette idée : Les lésions de l'artério-sclérose sont précédées par une phase de troubles fonctionnels consistant dans un état plus ou moins accusé d'hypertension vasculaire. A cette période, les lésions n'existent pas encore, et la thérapeutique réellement puissante alors, a pour but de combattre cette sorte de surmenage artériel. Je sais bien que l'on m'a objecté — sans me fournir aucune preuve — que l'hypertension artérielle est déjà l'indice et l'œuvre de lésions vasculaires encore latentes. Nous vivons toujours dans un temps où l'on ne peut pas concevoir une maladie sans lésion, et cette objection que l'on m'oppose sans cesse est bien naturelle, puisqu'elle traduit un état habituel d'opinion.

Mais, je pense, avec Grasset (de Montpellier) qui vient d'écrire sur ce sujet des pages si remarquables, qu'il n'est pas possible de définir la maladie par la lésion, et que « le microbe n'est pas plus la maladie infectieuse que le froid ou le traumatisme ne sont la maladie *a frigore* ou la maladie chirurgicale » (1). Le principe de la maladie n'est pas dans le microbe, puisque celui-ci peut produire des affections différentes, puisqu'il reste longtemps inerte comme le pneumocoque dans la cavité buccale, et qu'il n'est doué de propriétés pathogènes qu'avec le « consentement, la connivence, la complicité » de l'organisme. Donc, en thérapeutique, les substances bactéricides sont insuffisantes ; il faut songer à modérer l'état « bactéricole » de l'organisme, suivant l'expression de Grasset, à accroître sa résistance, à modifier le terrain, à changer le milieu de culture. Vieille médecine, direz-vous? Mais, cela prouve la vérité de cette profonde parole d'Hufeland : « Les systèmes sont périssables ; l'art, éternel. » Ce qui ne change pas, ce qui est « éternel », c'est la clinique.

Je suis encore de ceux qui pensent, avec mon savant ami Albert Robin, que « si la fonction fait l'organe, c'est la maladie de la fonction qui fait la lésion de l'organe ». Il vient de le démontrer avec son talent habituel, au sujet de ces albuminuries phosphaturiques qui commencent par un trouble de nutrition pour aboutir à une lésion brightique.

La notion de l'hypertension artérielle nous donne la thérapeutique *préventive* de l'artério-sclérose, et j'ai répété souvent que c'est pendant la phase « dynamique » de cette hypertension qu'il convient surtout d'agir, et non à la période des lésions souvent incurables. La pathogénie de certains ulcères de l'estomac nous le prouve encore, et il est certain que le traitement de l'hyperchlorhydrie à haute dose est capable d'empêcher le développement de certaines ectasies gastriques et de l'ulcus rotundum. En un mot, comme le dit si judicieusement M. Albert Robin : « Bien des lésions d'organe ne sont que la conséquence d'un *trouble chimique* (ou *dynamique*, d'après moi) *fonctionnel antérieur qui est la véritable maladie*, et si l'on veut prévenir la lésion, si souvent incurable, c'est cette *maladie fonctionnelle* qu'il faut chercher à reconnaître, parce qu'elle est encore justiciable de la thérapeutique. »

En résumé, avant d'être une lésion de la muqueuse gastrique, l'ulcère de l'estomac commence parfois par un trouble sécrétoire ; avant d'être une lésion du système artériel, l'artério-sclérose commence par l'hypertension vasculaire et par de simples troubles de l'innervation vaso-motrice ; avant d'être une lésion brightique, « l'albuminurie phosphaturique » a été un trouble de la nutrition. En un mot, dans ces trois cas (et les exemples ne peuvent tarder à se multiplier), la maladie de la fonction a précédé et produit la maladie de l'organe.

Cette doctrine, dont je suis depuis longtemps déjà un partisan convaincu, qui n'attend pas les lésions pour les combattre ensuite avec l'insuccès que l'on sait, mais qui cherche à les prévenir en s'appuyant sur la médication pathogénique, cette doctrine est la base de la thérapeutique *préventive*.

III

Je vous ai parlé de la thérapeutique symptomatique, étiologique, pathogénique, compensatrice, préventive... Je ne parle pas de l'empirisme qui a fait son temps et qui doit être toujours remplacé par cette thérapeutique physiologique vers laquelle G. Sée a contribué si puissamment à nous conduire.

Il y aurait donc plusieurs manières, plusieurs méthodes pour soigner les malades? Nullement, et les exemples que j'ai cités tendent à prouver simplement que le but vers lequel nos efforts doivent tendre toujours, c'est l'indication thérapeutique.

L'indication thérapeutique ! Vieux mot, chose éternellement nouvelle. « La médecine — disait Sydenham — consiste plus à connaître les véritables indications qu'à inventer de nouveaux remèdes pour les remplir. » « *Indicatio est agendi insinuatio*, » avait dit Galien.

Elle est la notion fondée sur l'examen de la maladie et du malade, notion d'après laquelle on déduit les diverses

(1) Grasset. Les vieux dogmes cliniques devant la pathologie microbienne. (*Nouveau Montpellier médical*, 1894.)

applications thérapeutiques. Une définition plus brève que j'ai proposée est celle-ci : L'indication thérapeutique est la notion de l'opportunité médicamenteuse, ce qui m'a fait dire depuis longtemps, qu'en pratique médicale, il faut savoir être opportuniste (1).

Il faut être opportuniste, ce qui prouve que les médications systématiques ont quelquefois « le tort de s'adresser toujours à la maladie en général tout en laissant de côté les formes diverses et particulières qu'elle peut revêtir » et de faire oublier quelques indications importantes. C'est en ces termes que je m'exprimais au sujet de la méthode de Brand que j'ai étudiée en France après Glénard et Béhier (2). Sans aucun doute, je n'hésite pas depuis quelques années à soumettre un grand nombre de maladies infectieuses, et surtout la dothiénentérie, à l'emploi systématique des bains froids. Mais cette pratique doit-elle nous affranchir complètement du souci des indications? Nullement, et vous en en avez vu la preuve dernièrement chez cette typhoïdique qui, dans le cours de la médication réfrigérante, a présenté des symptômes extrêmement graves d'hypotension artérielle avec embryocardie et menaces de collapsus, symptômes dont la gravité a été sûrement conjurée par les injections d'ergotine.

IV

Par l'indication thérapeutique, le problème a été posé par vous ; il faut maintenant le résoudre à l'aide du médicament. La seconde partie de votre tâche commence, et elle peut présenter quelques difficultés.

Je n'ai pas le loisir de vous montrer qu'un médicament administré à des doses diverses a une action différente, ce qui a fait dire avec si juste raison que, dans un médicament, il y a plusieurs médicaments. Vous savez tous que l'action cardiaque de la digitale peut être obtenue avec des doses relativement faibles, mais que son action antifébrile a besoin, pour se manifester, de doses beaucoup plus élevées. La quinine abaisse la température, et cependant elle peut l'élever dans certaines pneumonies grippales algides, comme Teissier (de Lyon) vient de le démontrer. L'arsenic à la dose de 5 à 10 milligr. suffit comme restaurateur de la nutrition, mais il faut arriver à 2 ou 5 centigr. pour combattre utilement les accidents rebelles du paludisme. La digitale est un puissant diurétique dans les hydropisies cardiaques; elle agit à peine sur la diurèse dans les maladies du cœur bien compensées. En un mot, la question de posologie a une grande importance, et la physiologie des médicaments varie parfois sur l'homme sain et sur l'homme malade.

Mais il est une question que je veux aborder en terminant, c'est celle de l'antagonisme en thérapeutique et des associations médicamenteuses.

L'antagonisme peut être *physiologique*, *thérapeutique* ou *chimique*.

Je vais d'abord citer plusieurs exemples d'antagonisme *physiologique* et *thérapeutique*.

D'après les expériences de Grossmann, la muscarine détermine l'œdème du poumon que l'atropine combat très efficacement. L'atropine devient donc le médicament de l'œdème pulmonaire.

La morphine et la belladone diminuent la sécrétion urinaire; l'antipyrine ferme le rein. Voilà des médiments qu'il ne faut jamais prescrire en même temps que la digitale, parce qu'ils peuvent entraver son action diurétique.

Sans que je sache pourquoi, la caféine prescrite en même temps que la digitale a pour effet de diminuer la diurèse au lieu de l'augmenter. Il ne faut donc jamais associer ces médicaments.

Enfin, si vous voulez relever la tension artérielle, vous ne prescrirez pas en même temps que la digitale des médicaments comme les nitrites et la trinitrine qui la dépriment.

Défiez-vous donc des associations médicamenteuses qui peuvent contrarier l'action physiologique et thérapeutique que vous voulez obtenir, qui sont même capables de produire des mélanges bien singuliers quand ils ne sont pas dangereux. Ceci me conduit à vous dire quelques mots de l'antagonisme *chimique*.

Dans une potion, vous faites entrer du perchlorure de fer et du tannin, d'où la formation de tannate de fer, et votre thérapeutique devient ainsi réellement celle de la bouteille à l'encre.

On ne doit jamais prescrire le tannin avec les extraits d'opium, de quinquina, de belladone, etc., de toute plante, en un mot, renfermant des alcaloïdes. Car le tannin précipite la morphine, la quinine, l'atropine, etc.

Voici un mélange d'azotate d'argent, de chlorhydrate de cocaïne et d'eau distillée, et vous aboutissez à un précipité blanc caillebotté de chlorure d'argent.

Vous prescrivez du calomel dans un looch blanc. Résultat : production de bichlorure et de cyanure de mercure, et possibilité d'empoisonnement. Il en est de même de l'association du calomel et de l'eau de laurier-cerise.

Contre une sciatique, vous avez la mauvaise idée de prescrire un liniment composé d'essence de térébenthine et de teinture d'iode. Or, vous allez voir l'iode se mélanger avec une explosion dans ce véhicule.

Je ne parle pas de l'association du charbon ou de la poudre de quinquina au chlorate de potasse pour une poudre dentifrice. Avant d'enlever la mâchoire de votre malade, elle a produit son effet explosif dans le mortier du malheureux pharmacien.

Deux parties de glycérine et une partie d'acide chromique forment un mélange détonant. Ainsi, la polypharmacie devient quelquefois la thérapeutique par les explosifs.

Voici un fait que je trouve signalé dans le *Journal de pharmacie et de chimie*. Un médecin cautérise une plaie phagédénique avec le nitrate d'argent, puis la saupoudre avec l'iodoforme. Rien de plus naturel, n'est-ce pas? Eh bien, ce mélange met en liberté de l'acide azotique qui brûle très douloureusement le malade, et comme il se forme ensuite de l'iodure d'argent qui se décompose à la lumière, la plaie prend une coloration noirâtre, analogue à celle de la gangrène.

Un jour une malade, femme du monde, à qui on avait pratiqué sur la poitrine un badigeonnage de teinture d'iode, veut faire disparaître rapidement cette vilaine coloration jaune pour aller en soirée. Son médecin conseille l'application de poudre d'amidon. Résultat : les épaules de madame ont été passées au bleu par la formation d'iodure d'amidon.

Il arrive quelquefois de prescrire en même temps de l'iodure de potassium à l'intérieur et du calomel en collyre sec. Or, l'iode s'éliminant par la surface conjonctivale, il peut se former à ce niveau un iodure de mercure assez caustique.

Je vous cite tous ces faits pour vous démontrer les dangers de certaines associations médicamenteuses et de la polypharmacie. Les potions renfermant cinq ou six substances différentes et même davantage sont d'un

(1) Leçons de l'hôpital Bichat sur les indications thérapeutiques (*Union médicale*, 1886).

(2) De la fièvre et des bains froids, ou du traitement de la fièvre par la méthode réfrigérante (*Union médicale*, avril 1874).

autre âge, et je vous conseille de n'employer à la fois qu'un seul médicament dont l'action physiologique et thérapeutique vous soit bien connue. Sans cela, vous pourriez arriver à des insuccès ou même à des désastres thérapeutiques, et vous pourriez aussi vous reconnaître dans cette histoire que l'on m'a racontée :

Un jour, à un examen de doctorat, le professeur Bouchardat demande au candidat de lui formuler une potion contre la diarrhée. Ce dernier prescrit le julep gommeux traditionnel additionné de 10 grammes de sous-nitrate de bismuth, de phosphate de chaux, d'extrait de cachou, de sirop de ratanhia, de laudanum, etc. « Très bien, dit l'examinateur ; mais il y manque une chose très importante. » Étonnement de l'élève ! « Il y manque encore — ajoute malicieusement Bouchardat — il y manque... une hache pour couper ce morceau. »

V

Il importe maintenant de résumer l'objet de cette leçon. Qu'ai-je voulu démontrer?

J'ai voulu démontrer qu'en thérapeutique, il faut suivre une méthode, qu'il est nécessaire de poser nettement les indications d'un traitement ; et vous ne saurez les poser que si vous connaissez bien, non seulement la maladie, mais aussi le malade. C'est dire que nous devons toujours allier la clinique et la thérapeutique, ces deux compagnes inséparables ; c'est montrer une fois de plus, comme le disait dernièrement M. Landouzy dans sa remarquable leçon d'ouverture, que c'est à l'hôpital « aujourd'hui comme hier, que se rendent en dernier ressort les arrêts de la thérapeutique ».

Il faut toujours allier la clinique à la thérapeutique, et je vais vous en donner la preuve.

Voici deux cardiaques, tous deux atteints d'affection mitrale.

L'un présente à l'état complet le syndrôme de l'asystolie : hypotension artérielle avec hypertension veineuse, œdèmes périphériques et congestions viscérales, affaiblissement et irrégularité des contractions cardiaques, etc. Contre ces accidents divers relevant d'une même cause, l'asthénie cardio-vasculaire, la digitale fait merveille ; en quelques jours, l'équilibre entre les tensions artérielle et veineuse se rétablit, la diurèse devient abondante, les congestions passives et les œdèmes disparaissent, le cœur reprend sa force, tout rentre dans l'ordre, et votre succès thérapeutique est l'œuvre d'un diagnostic exact.

Chez l'autre malade atteint par exemple de rétrécissement mitral, la maladie a toujours été bien compensée quand tout à coup éclatent de graves accidents : tumulte irrégulier et violent des bruits cardiaques avec faiblesse du pouls, anxiété précordiale, dyspnée intense, cyanose des lèvres et des extrémités, refroidissement des membres, symptômes d'asphyxie, signes de dilatation rapide du cœur avec son phénomène souvent prémonitoire, l'allongement de la pause diastolique, ou *brady-diastolie* dont je vous ai démontré la haute signification pronostique. Ici, pas d'œdème périphérique, pas de congestions viscérales, pas de retentissement sérieux encore sur les organes excepté sur l'appareil respiratoire où va se concentrer le drame pathologique, à ce point que, si la maladie est au cœur, on peut dire que le danger est au poumon. Vous allez prescrire la digitale, encore la digitale, et vous échouerez toujours. Pourquoi? Parce que vous avez fait un mauvais diagnostic, parce que vous avez méconnu une complication assez fréquente des cardiopathies, la thrombose cardiaque. Contre cet accident dont on ne parle presque plus, probablement parce que les auteurs anciens en ont trop parlé, une large saignée pratiquée opportunément peut être suivie des plus grands succès, comme vous l'avez vu dans notre service.

Ce succès dépend de l'exactitude de votre diagnostic ; mais il est aussi subordonné à l'empire des idées régnantes. Si l'on prescrit parfois la digitale à tort et à travers, c'est parce qu'on abuse un peu de l'asystolie, c'est parce qu'on la voit là où elle n'est pas, c'est aussi parce qu'on ne tient pas un compte suffisant de la thrombose cardiaque qu'on ne sait plus ou qu'on ne veut plus reconnaître aujourd'hui. Il faut revenir à cette ancienne notion dont nos aînés avaient exagéré l'importance, il faut y revenir en faisant la part juste entre l'asystolie et la thrombose cardiaque, afin qu'on ne dise pas de la médecine qu'elle est un perpétuel recommencement, et des médecins qu'ils changent souvent d'idées fixes.

Pour terminer, je veux soumettre à vos méditations l'exemple suivant :

Après la conquête de l'Algérie, de 1834 à 1840, un mal implacable et inconnu dans sa nature ravageait ses habitants et notre armée. Un jeune médecin-major, Maillot, alors à l'hôpital de Bône, se recueille et observe ; il découvre que toutes ces maladies sont dues à la malaria, il crée le type des fièvres pseudo-continues et institue le premier le traitement de ces pyrexies meurtrières par le sulfate de quinine à haute dose. Le succès fut éclatant : de 25 0/0 la mortalité tombe à 5 0/0, et dès la première année, dans un seul hôpital, cette médication héroïque épargne 1,437 décès. Quel triomphe pour la clinique ! Aussi peut-on dire que l'illustre Maillot a *reconquis* l'Algérie à la France.

Vous ne pouvez donc faire de la bonne thérapeutique que si vous faites de la bonne clinique, et vous n'apprendrez celle-ci qu'à l'hôpital, là où, en me permettant de vous instruire, vous me donnerez une des grandes joies de la vie médicale : celle de m'instruire moi-même.

Des récidives du carcinome mammaire, par M. Durand, interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté.

(*Fin.*)

X

Récidives ganglionnaires. — Les récidives ganglionnaires sont peut-être les moins intéressantes au point de vue pathologique, mais elles ont une portée thérapeutique considérable si l'on veut bien étudier leurs rapports avec l'état anatomique antérieur à l'opération. Ici, les documents sont moins nombreux, car les observations sont en général assez sobres de détails à ce sujet qui ne peut pas être précisé en quelques mots comme cela se voit à propos de la glande elle-même. Il est bon de se rappeler ici que l'examen de l'aisselle est souvent rendu difficile par l'adiposité si fréquente des femmes arrivées à la période d'évolution favorite des néoplasmes. Il faut encore savoir que l'examen des ganglions les plus profonds de l'aisselle et de la région sous-claviculaire est en somme impossible, ce qui rend le diagnostic un peu imparfait. Les tendances plus ou moins interventionnistes des différents chirurgiens troublent très fortement ici les statistiques. Alors que quelques-uns refusent de toucher à une aisselle un peu largement envahie et ne franchissent jamais cette clavicule que Forgues et Reclus (1) appellent « la frontière de toute intervention raisonnable », d'autres, surtout les opérateurs d'outre-Rhin, n'hésitent pas à dépasser cette barrière qui leur semble peu fixe et vont extirper dans l'espoir d'une guérison complète les ganglions sus-claviculaires. Pas plus

(1) Forgues et Reclus, *Thérapeutique chirurgicale.*

qu'ailleurs, il ne nous faudra donc demander aux statistiques des chiffres absolus et une démonstration solide qu'elles sont incapables de fournir.

Il faut distinguer plusieurs cas dans les « récidives ganglionnaires » :

1° Envahissement axillaire isolé;
2° Envahissement sus-claviculaire;
3° Envahissement dans les ganglions et la cicatrice;
4° Envahissement ganglionnaire et à distance;

L'envahissement axillaire isolé est considéré par Rieffel comme rare aujourd'hui, c'est-à-dire avec le curage systématique de l'aisselle. Il ne représente guère que 5 ou 6 0/0 de la somme totale des récidives. Quand on ne fait que l'extraction des ganglions apparents, la proportion monte à 17 0/0. Ce dernier chiffre comparé au premier s'explique assez facilement. Dans ce cas, en effet, on a recours à un procédé opératoire fatalement incomplet d'après ce que le microscope et l'examen direct nous ont appris de l'envahissement de l'aisselle. Un chirurgien qui n'ouvre pas de propos délibéré la cavité axillaire pour la débarrasser systématiquement de tout son contenu, en grande partie envahi par le néoplasme, fait forcément une thérapeutique de symptôme, pour ainsi dire. Même dans le cas de curage complet, l'événement montre qu'il est souvent en deçà de la vérité. Il est un autre fait plus surprenant : c'est la rareté de la repullation axillaire comparée à la fréquence des récidives locales. Il semblerait que l'intervention sur la glande doit être bien plus radicale à cause de sa situation et la facilité d'évolution qui permet en somme au chirurgien de faire ce qu'il veut. Dans l'aisselle, au contraire, on devrait avoir plus de peine à tout enlever à cause des adhérences aux organes vasculo-nerveux, de la continuité avec la chaîne sous-clavière. Malgré tout, l'événement montre, sans qu'on puisse l'expliquer, une proportion énorme en faveur des récidives locales. Peut-être faudrait-il penser que la cellule cancéreuse subit dans les lymphatiques une sorte de diminution de sa valeur cancéreuse, ou plutôt que ces éléments sont comme encapsulés dans les organes lymphatiques et se prêtent mieux à une ablation totale.

Faut-il ici faire une part à ces phénomènes d'infection récurrente qui ont dans la pathogénie de la tuberculose mammaire une certaine importance? On ne s'est pas occupé de cet ordre de faits, et quand bien même on verrait apparaître le ganglion avant la lésion mammaire, il y aurait beaucoup de chances pour que l'infection ait débuté localement et n'ait pas remonté, comme dans certains cas de tuberculose, du ganglion à la glande.

Si on veut mettre en rapport le degré de fréquence des différentes combinaisons indiquées plus haut, il faut encore faire intervenir la notion de l'intervention première. On trouve dans Rieffel un tableau qui, pour les amputations locales du sein avec curage systématique de l'aisselle, donne sur 286 cas :

Récidive locale, 128 cas..................	45 0/0
— axillaires seules, 16 cas.........	6 0/0
— locales et axillaires, 35 cas.....	12 0/0
— sus- et sous-claviculaires, 38 cas..	13 0/0
— viscérales seules, 69 cas.........	26 0/0

Les récidives ganglionnaires ont leur siège dans des ganglions non enlevés au cours de l'opération. Elles peuvent, aussi peut-être, survenir secondairement à la repullulation dans la région mammaire. On remarque qu'elles sont surtout fréquentes dans les encéphaloïdes et, chez les femmes relativement jeunes, elles suivent à peu près la gradation descendante avec l'âge des généralisations viscérales. Les distinctions à établir entre les interventions avant ou après retentissement ganglionnaire, ne donnent pas de différence précise et Winiwarter (1) en conclut simplement que l'intervention large antérieure à toute participation des ganglions, est, dans une certaine mesure, capable de modifier la marche des processus carcinomateux.

Cliniquement, l'étude de ces récidives est courte. Quelques mois après l'intervention, la malade s'aperçoit de quelques troubles de compression, de l'œdème généralement et en examinant ou faisant examiner son aisselle, celle-ci est trouvée plus ou moins remplie de masses dures, bosselées, généralement multiples avec tendance à s'accoler entre elles et à contracter avec la peau des adhérences précoces. Quand le tégument est envahi, il ne tarde pas à s'ulcérer si on n'est pas intervenu de nouveau. Dans ce dernier cas, l'opération demande une grande prudence si on ne veut pas intéresser la veine axillaire. Les rapports de ce vaisseau sont fréquemment modifiés, il a très tôt des adhérences ou même de l'envahissement de ses parois. Quand la récidive est claviculaire, on ne la reconnaît généralement qu'à la saillie que fait la tumeur au-dessus du tégument (2).

On vient de voir l'histoire bien abrégée des dépôts ganglionnaires axillaires ou sus-axillaires. Il en est une autre classe : les ganglions intra-thoraciques. Ceux-ci créent une transition toute naturelle pour passer à l'étude des envahissements profonds ou à distance.

Ils ne sont naturellement pas appréciables à l'examen clinique, car leur situation en arrière du squelette empêche de les sentir, leur siège bien antérieur aux organes compressibles ne leur permet pas de donner des symptômes subjectifs. C'est donc seulement à l'autopsie qu'ils révéleront leur présence et presque toujours alors, ils auront infecté les organes voisins, plèvre et poumon, créant ainsi pour ces organes une variété bien spéciale de récidive par contiguïté : c'est donc une sorte de continuation du néoplasme plus qu'une repullulation à proprement parler.

Ces ganglions sont pris par l'intermédiaire de quelques troncs lymphatiques aberrants qui s'échappent de la face profonde de la mammelle au lieu de remonter vers la peau et vient se rendre aux ganglions intra-thoraciques en perforant l'espace intercostal, soit vers son extrémité antérieure, soit par l'orifice d'une artère perforante, soit enfin irrégulièrement à travers un interstice du grand pectoral.

Ces vaisseaux blancs, dont l'existence a soulevé beaucoup de contestations, ont pu être injectés par Rieffel, M. Poirier. Ce dernier (3) s'exprime ainsi : « J'ai pu suivre un tronc lymphatique, bien qu'il fût très petit; je me suis assuré qu'il traversait la paroi thoracique à peu de distance du bord sternal et qu'il se rendait dans un gros tronc lymphatique accolé aux veines mammaires internes et remontant avec elles jusqu'aux ganglions placés à la partie inférieure et profonde du cou ». M. Coyne est aussi de cet avis. Les Allemands Hyrtl, Henle, Arnold, admettent cette opinion, qui n'est cependant pas classique même en Allemagne. Ces lymphatiques sont en effet difficiles à injecter. M. Poirier n'a jamais pu obtenir une injection totale des vaisseaux blancs mammaires.

XI

Récidives viscérales. — Les récidives viscérales dont nous amènent à parler ces localisations intra-thoraciques, sont généralement tardives. Nos connaissons déjà leurs facteurs étiologiques habituels, leur description clinique

(1) *Loc. cit.*

(2) Les envahissements ganglionnaires axillaires se sont parfois accompagnés de poussées néoplasiques dans les nerfs du plexus (Pilliet, *Soc. anat.*, 1888 et 1892). La propagation paraît se faire par voie lymphatique, elle se traduit par des phénomènes de névrite.

(3) *In* thèse de Rieffel.

ne saurait trouver place ici : il ne reste donc à voir que leurs localisations et leur pathogénie.

Ce sont, bien entendu, la plupart du temps, des observations nécropsiques qui ont permis d'en faire l'histoire, de sorte qu'elles peuvent se confondre dans le chapitre plus vaste des généralisations des cancers du sein. Les éléments de cette étude appartiennent surtout à un travail de Paget publié dans la *Lancet* de 1889.

Cet auteur a rassemblé 735 autopsies de généralisations.

Le foie est de beaucoup l'organe le plus fréquemment atteint. Il l'était 241 fois. L'appareil pleuro-pulmonaire 70 fois, les ovaires 37 fois, les reins 30 fois, la rate 17 fois.

De la thèse de Rieffel, on peut tirer par ordre de fréquence décroissante la liste suivante : 1° foie ; 2° plèvre. poumon, médiastin ; 3° rachis ; 4° estomac ; 5° sein opposé ; 6° rein ; 7° rate, etc.

La pathogénie de ces localisations est obscure, surtout quand il s'agit de récidive à distance sans que la matrice ou les ganglions soient intéressés. Il faut admettre, semble-t-il, que le cancer est alors devenu une sorte de maladie *totius substantiæ* créant dans les cellules des divers organes, par un mécanisme inconnu, une tendance évolutive vers un type histologique défini. L'agent pathogène est peut-être la sécrétion des éléments du néoplasme primitif, mais ce sont là des hypothèses qui ne peuvent être actuellement qu'effleurées.

On ne peut guère penser à de vraies métastases par embolie, car leur période de latence semble souvent trop longue. On pourrait admettre, cependant, que le pouvoir carcinogène de l'embolus est resté longtemps caché et s'est réveillé tout d'un coup, sous une influence qui nous est inconnue.

Une chose est certaine, c'est que chaque localisation primitive d'une variété de cancer a des lieux de récidive qu'elle affectionne particulièrement et qui sont assez fixes. Virchow a admis que la tumeur primitive verse dans le sang des particules cancéreuses capables de diriger sur son propre type l'évolution des éléments organiques sur lesquels elle se fixe, envoyée là ou ailleurs par les hasards de la circulation. Les travaux de Langenbeck, Bizzozero, Birch-Hirchfeld ne permettent pas d'admettre ce pouvoir fécondant. Il faut plutôt penser avec Langenbeck que l'embolus est un germe qui « glissant à travers » les poumons, ne se développe que lorsqu'il tombe en terrain favorable. Si on met en parallèle les diverses affections qui peuvent évoluer en donnant ainsi des localisations multiples, on voit que :

dans la pyohémie,	le foie est atteint	66	fois, la rate	39
la mélanose	—	77	—	17
le cancer utérin	—	35	—	1
le cancer du sein	—	241	—	17

On peut trouver. des localisations plus bizarres encore relativement à leur fréquence. Si on examine les lésions des os des membres dans la généralisation des néoplasmes mammaires, on voit que le fémur est atteint 18 fois, l'humérus 10 fois, le crâne 10 fois, le tibia une fois; il n'existe pas une observation de dépôts cancéreux dans le péroné, le cubitus, le radius, les os des mains et des pieds. La mélanose, au contraire, n'aurait jamais touché secondairement le fémur. Le cancer de l'estomac ne se serait jamais (Gussenbauer et Winiwarter (1) généralisé à un os, si ce n'est peut-être dans 11 observations qui, sur un total de 903 cas, sont simplement catégorisés carcinose généralisée.

On voit donc par ces faits que chaque cancer primitif a dans l'organisme des points où il peut plus facilement s'implanter. Ce n'est pas seulement parce qu'il n'y est pas importé qu'il évite certains organes. Fuchs (1) a montré qu'il avait vu plusieurs fois dans des sarcomes de la choroïde les vaisseaux rétiniens remplis de germes cancéreux sans qu'un seul élément se soit fixé sur l'organe qui ne lui offrait pas un terrain favorable.

Ici, on peut dire que le foie, par son siège immédiatement sous-diaphragmatique, peut être infecté par simple continuation, comme l'est la plèvre. Paget nous dit, en effet, que le poumon est souvent pris par contiguïté. Mais Torœk et Wittelshofer (2) ne citent pour le foie que deux observations analogues et le siège à droite du sein affecté n'a pas paru évident à Rieffel. Ce dernier pense que la propagation peut se faire par invasion lymphatique remontant le sens du courant des petits canaux qui anastomosent, par l'intermédiaire du diaphragme, le foie avec les lymphatiques médiastinaux, mais il ne donne pas cette hypothèse comme une vérité démontrée. Outre les sièges de prédilection qu'on vient de voir, on trouve parfois des localisations insolites. C'est ainsi qu'il existe à notre connaissance trois observations de localisation cérébrale, notre maître M. le professeur M. Pollosson possède une observation de foyer cancéreux des parties molles du crâne. En somme, on peut en trouver accidentellement un peu partout disséminés dans l'organisme et il serait fastidieux d'essayer d'établir les combinaisons multiples qui peuvent se produire entre les récidives *in situ*, ganglionnaires et à distance.

XII

Récidives de récidives. — Il nous reste à voir les récidives de récidives. Leur étude est courte, car elle repose entièrement sur l'histoire des premières réapparitions. Elles peuvent être nombreuses et M. Terrillon (3) publie l'observation d'une vieille malade qui fut réopérée cinq fois avec, dit-il, un réel bénéfice à chaque intervention. Il est rare cependant, mais non exceptionnel, de sauver des malades semblables, car les ré-récidives ont une tendance marquée à devenir profondes et, par conséquent, inopérables. Elles se produisent 7 fois sur 10 dans le courant de l'année qui suit la nouvelle intervention et, quand elles reparaissent de nouveau, elles sont en général séparées par des intervalles de plus en plus courts. Parfois aussi, on retrouve à ce propos cette marche bizarre, extraordinairement rapide, d'un néoplasme resté longtemps silencieux.

On le voit laisser la patiente dans une sécurité trompeuse dont elle est tirée tout d'un coup par l'apparition de récidives en quelque sorte subintrantes. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à porter un pronostic fatal à bref délai, car l'envahissement viscéral ne tarde pas à se produire.

XIII

Diagnostic. — Le diagnostic d'une récidive superficielle, locale ou ganglionnaire ne présente pas de difficulté, les anamnestiques suffisent pour qu'il n'y ait aucune hésitation à ce sujet. Au contraire, les lésions profondes passent très facilement inaperçues. Tant qu'elles ne retentissent pas sur l'état général, on ne peut savoir, par exemple, qu'il existe dans un foie des localisations cancéreuses. Il est impossible de passer en revue les signes qui amèneront le chirurgien à penser à une récidive splénique, rénale ou fémorale ; il faudrait pour cela parcourir en quelque sorte toute la pathologie. Quand une opérée du sein présentera quelques symptômes viscéraux accompagnés d'un état général de plus en plus

(1) Gussenbauer et Winiwarter, *Langenb. Arch.*, XIX, 272.

(1) Fuchs, *Sarkom des Uvealtractus*, 1882.
(2) Torœk et Wittelshofer, *Arch. f. klin. Chir.*, 1880.
(3) Terrillon, *loc. cit.*

cachectique, il faudra faire souvent le diagnostic de récidive profonde, alors même que la région mammaire ou axillaire ne présente rien d'anormal.

XIV

Pronostic. Traitement. — Le pronostic de pareilles localisations ne fait de doute pour personne, mais, s'il est facile de le croire fatal, il est le plus souvent impossible de préciser la date de la mort. Cet élément du pronostic repose sur la marche générale du cas considéré et sur le siège de la récidive. On se rappellera que jamais un cancer rapide n'a pris à la fin une allure lente et que, au contraire, on voit fréquemment une marche d'abord torpide se précipiter et entraîner à bref délai une mort que tout faisait prévoir encore éloignée.

Le pronostic des récidives locales est meilleur tant que les ganglions éloignés, inopérables où les organes ne sont pas pris, on est en somme en présence d'une tumeur localisée, analogue en tout à la lésion première et rien ne vient conseiller au chirurgien de la laisser évoluer sans tenter de l'arrêter dans sa marche. Toutes les raisons qui l'ont déterminé à intervenir une première fois n'ont pas cessé d'exister. Toujours donc, en présence d'une récidive locale ou ganglionnaire matériellement opérable, il faudra opérer, à moins qu'on ne trouve dans l'état général du sujet des contre-indications formelles. Il est bien entendu qu'on n'ose pas soumettre au traumatisme opératoire un malade en quelque sorte agonisant. D'autre part, il serait au moins inutile d'aller toucher à des masses ganglionnaires énormes que l'examen le plus superficiel montre comme trop considérables pour pouvoir être enlevées entièrement. Faudra-t-il, dans la région mammaire, être arrêté par l'absence de téguments pour recouvrir la région? Il semble que non, car il vaut mieux faire granuler une plaie opératoire que de laisser évoluer une masse carcinomateuse. Au contraire, c'est dans les cas de récidive superficielle qu'il faudra être le moins économe de tissus cutanés. Bien que la récidive offre, comme on l'a vu assez fréquemment, la forme du carcinome nodulaire de Velpeau, il ne faut pas montrer à son égard la réserve de ce chirurgien; une abrasion large mérite encore d'être tentée. Il ne faut donc pas que le chirurgien se décourage et laisse avancer sans lutter pas à pas le mal contre lequel il n'est peut-être pas aussi désarmé qu'on a bien voulu le dire.

Ainsi, opération toutes les fois que l'état général et local le permet, telle est la conduite qui semble la plus sage. En dehors de ces cas, même, il est des malades qu'il faut opérer pour adoucir leurs derniers moments. On est en face d'une malade déjà cachectique, inopérable au point de vue vraiment thérapeutique, mais qui vient demander à être débarrassée d'une ulcération qui l'affaiblit et lui rend toute relation impossible par l'abondance et l'odeur de ses sécrétions. A-t-on le droit de lui refuser le bénéfice moral d'une intervention qui peut, pendant quelque temps, l'abuser et faire disparaître le fantôme de la mort, sans cesse présent à ses yeux? L'intervention lui rendra pendant quelque temps la vie supportable et se trouve encore la plupart du temps légitimée par le succès à peu près certain qu'elle a sur les douleurs. Fréquemment, en effet, ces malades souffrent de douleurs atroces que l'opération fait la plupart du temps disparaître. Toutes ces considérations suffisent à faire adopter cette conduite.

On a parlé aussi de traitement prophylactique. On trouve dans le traité de Velpeau la liste des moyens proposés. Les anciens se servaient des caustiques. Un auteur du nom de Jacquot a préconisé l'alun et prétendait que les pansements faits avec cette substance avaient un effet merveilleux. Bonnet vantait les exutoires, Velpeau se trouvait bien de quelques sangsues. Quelques-uns même, se lançant dans une voie plus dangereuse, n'ont pas hésité à inoculer des affections considérées comme anti-cancéreuses. C'est ainsi qu'on n'a pas craint d'inoculer l'érysipèle : la méthode a donné plusieurs morts et ne semble pas avoir amené le moindre résultat. La syphilis a été un moment considérée comme le seul moyen de guérir le cancer et quelques inoculations ont été tentées : ces moyens n'ont qu'un intérêt historique.

M. Labbé (1) a vanté les mérites du condurango. On doit craindre que cette thérapeutique ne sorte pas du domaine de la médecine interne. Elle ne semble pas servir à autre chose qu'à masquer l'impuissance de l'art.

XV

Quelle conclusion peut-on tirer de ces faits si nombreux et si disparates au point de vue de l'utilité et du manuel opératoire des ablations du sein? La marche ordinaire des récidives n'est guère un argument en faveur des opérations. On a vu que la récidive était souvent plus maligne cliniquement que la tumeur primitive et qu'elle se produit très fréquemment. Cette argumentation bien souvent répétée n'a pas fait varier la conduite des chirurgiens, et partout et toujours on enlève les seins cancéreux quand ils se présentent dans de bonnes conditions. Il faut donc croire que la guérison est possible, puisque personne n'hésite à compter sur elle.

On opère parce que l'ablation du sein, les curages ganglionnaires les plus téméraires ne donnent pas de mortalité : la guérison opératoire est la règle. Peut-on dire maintenant que tout cancer est rendu plus mauvais par le traumatisme opératoire? nous ne le croyons pas, car rien ne fait croire qu'on abrège la vie des malades. Plusieurs chirurgiens ont eu, en effet, la curiosité de voir quelle est la moyenne de la vie des opérées et des non-opérées. Les résultats ont été très divers, mais jamais encore on n'a démontré que la vie des opérées était inférieure à celle des non opérées : toutes les statistiques consultées à ce point de vue ont été favorables aux interventions.

On sait, d'autre part, que les ablations larges avec évidement axillaire ont donné, faites dans de bonnes conditions, d'excellents résultats. Il semble donc que, devant une malade placée dans des conditions moyennes, le chirurgien se trouve partagé entre ces deux opinions : ou laisser évoluer une maladie absolument fatale, ou essayer d'enlever par une intervention sans danger les germes du cancer, risquant seulement d'en précipiter un peu la marche. S'il n'existait pas d'exemple de guérison durable, le doute ne serait pas long, mais il en existe un nombre qui semble croître avec les progrès du manuel opératoire. N'y aurait-il, disait un de nos maîtres, qu'une observation de guérison, on devrait tenter de faire profiter la malade de cette unique chance de salut.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Laënnec. — M. Delbet.

Allongements hypertrophiques du col de l'utérus et rétention d'urine, leçon recueillie par M. Collet, interne du service.

Messieurs,

Nous avons dans notre salle de femmes trois malades atteintes d'affections non pas identiques, mais voisines, connexes, et qui ont été longtemps confondues les unes

(1) Labbé, *Congrès de chirurgie*, 1888.

avec les autres. Deux sont atteintes de prolapsus génitaux et feront l'objet d'un autre entretien. Celle dont je veux vous parler aujourd'hui a, non pas un prolapsus, mais une hypertrophie de la portion sous-vaginale du col.

Ceux d'entre vous qui suivent régulièrement le service se rappellent dans quelles conditions cette malade est entrée à la salle Chassaignac. Elle nous fut amenée un matin par son médecin habituel qui nous tint à peu près ce langage : « J'ai été appelé auprès de cette malade, il y a trois semaines environ, pour une rétention d'urine; j'ai pratiqué un cathétérisme et, depuis, la miction s'est rétablie. Mais il s'est développé dans l'abdomen une tumeur dont les progrès sont rapides. Le col de l'utérus est hypertrophié, mais ce qui me préoccupe surtout, c'est cette tumeur abdominale. Je ne suis pas bien fixé sur sa nature, toutefois, en raison de la rapidité de sa marche, je pense qu'elle nécessite une intervention urgente. »

Nous avons alors procédé à l'examen de la malade et voici les quelques renseignements que l'interrogatoire nous a permis de recueillir.

C'est une femme de 43 ans qui a eu deux enfants, le dernier il y a 12 ans. Le premier accouchement a été normal; pour le second, une application de forceps a été nécessaire. Depuis cette époque, elle a de la leucorrhée.

Il y a trois semaines, ainsi que l'a dit son médecin, elle a été prise brusquement de violentes douleurs abdominales et de rétention d'urine. C'était à peu près au moment de ses règles. Elle a été cathétérisée deux fois et, depuis cette époque, elle urine presque normalement, notez bien ce fait : elle urine d'une façon à peu près normale. Cependant, apparaissait cette tumeur abdominale à développement rapide, qui a décidé la malade à venir à l'hôpital.

En découvrant la malade, nous constatons que la partie sous-ombilicale de l'abdomen présente une légère voussure, d'ailleurs régulière et symétrique. En procédant à la palpation, on sent, avec la plus grande facilité, une tumeur volumineuse dont il importe de bien préciser les caractères. Premiers caractères : cette tumeur est exactement médiane, parfaitement symétrique et régulière. Elle est ovoïde dans son ensemble et ses limites sont les suivantes : en haut elle arrive à peu près au niveau de l'ombilic; latéralement elle s'étend de chaque côté à 7 centimètres environ de la ligne blanche ; en bas, et c'est là un caractère d'une grande importance, la tumeur s'enfonce derrière les pubis ; elle plonge dans le bassin. Quant à la consistance de cette tumeur, elle était, comme la forme, parfaitement régulière, parfaitement égale à elle-même. Elle donnait dans tous ses points une fluctuation franche des plus faciles à percevoir. J'ai à peine besoin de vous dire que cette tumeur était mate dans toute son étendue.

Ces constatations faites du côté de l'abdomen, nous avons procédé à l'examen de l'utérus et du vagin. Un premier phénomène nous a immédiatement frappé, c'est que le col de l'utérus faisait saillie entre les petites lèvres de la vulve. Pratiquant alors le toucher, j'ai pu constater que le vagin avait des dimensions à peu près normales, que les culs-de-sac étaient à leur place habituelle, et que le col énormément allongé était contenu dans la cavité vaginale comme un battant dans une cloche. Au-dessus, à travers les culs-de-sac vaginaux, j'ai pu sentir le corps de l'utérus occupant sa position ordinaire. Rien d'anormal dans le cul-de-sac postérieur, mais en avant, on sent nettement à travers la paroi antérieure du vagin la partie inférieure de la tumeur abdominale qui fait là une légère voussure.

Tels sont, messieurs, les signes que nous permettait de recueillir un examen minutieux. Comment les interpréter? A quel diagnostic doivent-ils nous conduire?

Ce diagnostic doit évidemment comprendre trois points :

1° Quelle lésion y a-t-il du côté de l'utérus?

2° Quelle est la nature de la tumeur abdominale?

3° Y a-t-il une relation entre la tumeur abdominale et l'affection utérine?

Voyons d'abord le premier point : qu'y a-t-il du côté de l'utérus?

Quand on voit le col utérin faisant saillie à la vulve, on est naturellement conduit à supposer que l'utérus est abaissé, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un prolapsus. Eh bien, messieurs, cela n'est pas toujours vrai. Le mot de prolapsus implique l'idée, ne l'oubliez pas, que l'utérus est abaissé en totalité. Or, ici, nous constatons que le corps de l'utérus est à sa place à peu près normale. Ce fait, à lui seul, exclut forcément le diagnostic de prolapsus. De quoi s'agit-il donc? Certes il n'est pas besoin d'être grand clerc pour le dire. Si le fond de l'utérus est à sa place normale, et que cependant le col fait saillie à la vulve, c'est évidemment que l'utérus est allongé. Vous aurez beau chercher, vous ne trouverez pas d'autre hypothèse, il n'y en a pas d'autre. Rien n'est plus facile d'ailleurs à constater que cet allongement : introduisons l'hystéromètre; la tige graduée pénètre dans la cavité utérine de 12 centimètres. L'utérus a donc à peu près doublé de longueur. Il reste à savoir quelle est la partie de l'utérus qui est allongée. Rien de plus facile. Le toucher nous montre que les culs-de-sac vaginaux sont à leur place; c'est donc la portion du col de l'utérus qui est située au-dessous de ces culs-de-sac qui est hypertrophiée. En d'autres termes, il s'agit d'un allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col de l'utérus.

En est-il toujours ainsi? Est-ce toujours la portion sous-vaginale qui est hypertrophiée? Non, messieurs. Il existe d'autres formes d'hypertrophie du col, sur lesquelles nous allons jeter un rapide coup d'œil.

Je vous rappellerai d'abord que les hypertrophies du col de l'utérus, bien qu'ayant été signalées par Job ab Mekren sont restées profondément ignorées jusqu'en 1859, époque à laquelle Huguier communiqua à l'Académie le fameux mémoire qui eut tant de retentissement. C'est à Huguier que nous devons la connaissance de ce fait important, que le col peut faire saillie à la vulve et même hors de la vulve sans qu'il y ait de prolapsus. C'est lui qui a montré que le prolapsus peut être simulé par l'hypertrophie du col. Il a même été jusqu'à dire, là était l'exagération, que le prolapsus n'existait pas, qu'il s'agissait toujours d'hypertrophie du col. Et dans ces hypertrophies il a distingué deux variétés : le col utérin est, vous le savez, divisé en deux parties : l'une sous-vaginale ou intra-vaginale, limitée en haut par l'insertion sur le col de la paroi vaginale; l'autre sus-vaginale, entre l'isthme et cette insertion. Supposons que la portion sous-vaginale augmente seule; qu'arrivera-t-il? Les culs-de-sac vaginaux resteront en place et ne seront nullement abaissés. Si, au contraire, c'est la portion sus-vaginale qui s'hypertrophie, les culs-de-sac vaginaux s'abaisseront, mais le fond de l'utérus restera en sa place normale. Cette seconde forme simule, comme vous le voyez, le prolapsus, puisque les culs-de-sac vaginaux sont abaissés. Elle en diffère toutefois en ceci que le fond de l'utérus reste à sa place.

Après lui, Schrœder a étudié la question et a admis trois sortes d'hypertrophie du col. Se basant sur ce fait que l'insertion du vagin se fait plus haut sur le col en arrière qu'en avant, il divise le col utérin en trois régions séparées par des plans perpendiculaires à son axe et décrit une région sous-vaginale, limitée en haut par

un plan passant par le fond du cul-de-sac antérieur; une région moyenne limitée en haut par le plan qui passe par le fond du cul-de-sac postérieur, enfin une région supravaginale s'étendant depuis le fond du cul-de-sac postérieur jusqu'à l'isthme.

Que va-t-il se passer suivant que l'hypertrophie atteindra l'une ou l'autre de ces régions? Si c'est la première portion qui s'allonge, le col peut devenir énorme, mais les culs-de-sac vaginaux restent en place. C'est l'hypertrophie sous-vaginale d'Huguier. — Si c'est le segment moyen qui s'hypertrophie, il entraînera le cul-de-sac vaginal antérieur, le postérieur restant en place: il y aura donc un abaissement du cul-de-sac antérieur et de la paroi antérieure du vagin pouvant s'accompagner de cystocèle. — Enfin, si le segment supérieur ou supravaginal s'hypertrophie, les deux culs-de-sac vaginaux subissent un égal abaissement, le fond de l'utérus restant normalement placé.

Ces divisions sont fort ingénieuses; elles sont même très commodes, car elles fournissent pour certains faits difficiles à comprendre une apparence d'explication; mais elles sont fort schématiques.

Je ne veux pas entrer dans toutes les discussions que ces questions soulèvent; retenez seulement ceci: De ces trois variétés d'hypertrophie la seule qu'on observe à l'état de pureté est l'hypertrophie de la région sous-vaginale; retenez que cette hypertrophie peut se produire non seulement chez les femmes ayant eu des enfants, non seulement chez les femmes déflorées, mais même chez les vierges. Aux autres variétés d'hypertrophie au contraire se joint toujours un degré plus ou moins accusé de prolapsus, c'est-à-dire d'abaissement de l'utérus.

Mais quelles sont les relations qui existent entre l'hypertrophie du col et le prolapsus? en un mot, quelle est la lésion initiale? On a soutenu que c'était l'augmentation de poids due à l'hypertrophie du col qui amenait le prolapsus. Mais on a prétendu aussi, en revanche, que c'étaient les tractions anormales dues à l'abaissement qui amenaient l'allongement hypertrophique. Je laisse de côté toutes ces discussions pour en revenir à notre malade. Son hypertrophie cervicale est pure et indemne de tout prolapsus.

Maintenant que nous sommes renseignés sur la lésion utérine, passons à la tumeur abdominale. Je vous rappelle rapidement ses caractères: Elle est médiane et symétrique, elle est régulière, elle plonge dans le petit bassin, elle est mate et nettement fluctuante. Ce dernier caractère nous fait connaître qu'elle contient un liquide; mais quel est ce liquide? Est-ce du sang? Avons-nous affaire à une hématocèle, comme l'a cru le médecin qui a donné ses soins à la malade? Je n'hésite pas à vous dire que non; car une hématocèle ne saurait former une tumeur aussi régulière que l'est celle-ci. Et puis, dans l'hématocèle le sang commence à remplir les parties les plus déclives de la cavité abdominale, c'est-à-dire le petit bassin, et ne s'élève au-dessus que lorsque celui-ci est rempli. Or pour que la tumeur atteigne le voisinage de l'ombilic, il aurait fallu des litres de sang, et une pareille hématocèle n'aurait pas pu se produire sans entraîner des accidents d'anémie graves, voire même mortels. Enfin j'ajoute qu'il n'y pas eu le moindre degré de cette réaction péritonéale dans les hématocèles.

Peut-on penser à un kyste de l'ovaire? Un kyste de ce volume ne se développe pas, allez-vous me dire, dans un temps aussi court. Il est bien vrai qu'un kyste ovarique ne peut se développer de toutes pièces et atteindre ce volume dans l'espace de trois semaines, mais il peut arriver qu'un petit kyste méconnu, n'ayant pas attiré l'attention de la malade qui le porte, augmente brusquement de volume si son pédicule vient à se tordre. La torsion du pédicule, lorsqu'elle se fait brusquement, s'accompagne toujours de douleur violente, souvent syncopale et même dans sa forme chronique elle entraîne toujours une certaine réaction péritonéale, tous accidents qu'on ne retrouve pas dans l'histoire de notre malade.

Quel diagnostic poserons-nous donc? Rappelez-vous qu'en présence d'une tumeur présentant les caractères que présente celle-ci et sur lesquels je suis déjà revenu à plusieurs reprises, on doit tout d'abord penser à la vessie. Cette tumeur peut n'être autre chose que la vessie distendue. Comment, allez-vous dire, mais notre malade urine! Mauvais argument, Messieurs. Du fait qu'un malade urine, vous n'êtes pas en droit de conclure que sa vessie n'est pas distendue. Et même s'il urine involontairement, s'il se plaint de perdre ses urines, sa vessie peut encore être assez distendue pour former une tumeur abdominale.

Supposez, en effet, un obstacle mécanique quelconque comprimant le col de la vessie, la miction est impossible, il y a rétention! Mais l'urine s'accumule peu à peu dans la vessie, sa pression augmente et bientôt cette pression devient suffisante pour forcer l'obstacle; quelques gouttes d'urine vont s'écouler et il s'en écoulera ainsi par le méat chaque fois que l'un ou l'autre uretère en chasseront dans la vessie, c'est-à-dire d'une manière à peu près continue. C'est le phénomène connu sous le nom de miction par regorgement, expression très significative qui vous apprend que la vessie est pleine, qu'elle regorge de liquide. Ne confondez jamais la miction par regorgement avec l'incontinence. Dans les deux cas l'urine s'écoule bien d'une manière involontaire et continue, mais dans l'incontinence la vessie est vide; au contraire, dans la miction par regorgement, elle est non seulement pleine, mais distendue.

Ainsi, Messieurs, le fait que la malade urinait ne nous permettait en aucune façon de conclure que la tumeur située à la partie inférieure de l'abdomen n'était pas la vessie. Qu'y avait-il donc à faire pour trancher cette question? Oh! une chose bien simple, le cathétérisme. Nous l'avons pratiqué et nous avons vu, à mesure que l'urine s'écoulait, la tumeur diminuer et puis disparaître.

Nous voici arrivés au troisième point de notre diagnostic. Y a-t-il une relation entre cette rétention d'urine et l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col?

Je n'hésite pas, Messieurs, à vous l'affirmer. Dans une clinique du 25 mars 1880, mon maître le professeur Trélat avait signalé de la manière la plus précise la rétention d'urine comme symptôme précoce de l'allongement hypertrophique du col. « Cette affection, disait-il, s'est révélée d'une manière soudaine, il y a un mois. Notre malade après son accouchement est restée 26 ans sans éprouver aucun phénomène particulier. Elle a eu un accès de rétention d'urine il y a un an, et cet accident s'est montré de nouveau il y a près de deux mois, précédant, par conséquent, la constatation de l'allongement hypertrophique. Il est bien certain que la rétention d'urine était un symptôme de cette maladie qui sans doute avait commencé à se développer depuis longtemps.

Vous voyez, Messieurs, que le fait était nettement établi. Il est tombé cependant dans l'oubli le plus complet; personne n'en a parlé. Il n'y a pas, je crois, un seul auteur qui ait signalé la rétention d'urine comme symptôme de l'hypertrophie du col; si bien que moi-même, lorsque j'ai eu à écrire le chapitre des affections de l'utérus dans le Traité de chirurgie, je n'ai pas osé en parler et je le regrette. Le fait que nous venons d'observer est d'une netteté parfaite. Il n'y a pas chez notre malade d'autre cause à la rétention d'urine que l'hypertrophie

du col. Trélat, avec sa prodigieuse sagacité, avait donc vu juste sur ce point comme sur tant d'autres.

Par quel mécanisme l'hypertrophie du col entraîne-t-elle la rétention d'urine ? Voici celui que Trélat a indiqué : « Le col s'avance progressivement, mais avec lenteur. Cependant il finit par butter contre quelque chose, le plus ordinairement contre la symphyse du pubis. Vous comprenez que la vessie étant comprimée entre le col utérin et la symphyse pubienne, il puisse survenir des troubles variés de la miction. »

Je ne veux pas insister dans cette clinique sur cette question de mécanisme. Le fait important sur lequel j'ai voulu surtout attirer votre attention, celui que vous devez graver dans votre mémoire, c'est que la rétention d'urine peut être le premier symptôme de l'allongement hypertrophique du col de l'utérus.

Quant au traitement qu'il convient d'appliquer à notre malade, il est fort simple et très efficace. Nous allons faire l'amputation du col au bistouri et, dans la même séance, après avoir refait, en suturant la muqueuse utérine à la muqueuse vaginale, un orifice à l'abri de tout rétrécissement, nous pratiquerons le curettage de l'utérus pour guérir la métrite.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Ataxie locomotrice (The pathology of locomotor ataxy), par Sydney Kuh (*Medical News*, 3 mars 1894, n° 1103, p. 227). — De diverses considérations touchant la symptomatologie du tabes, mais au cours desquelles l'auteur insiste plutôt sur les phénomènes reconnaissant une origine cérébrale, du résultat enfin de ses propres examens anatomiques au cours desquels il a constaté 24 fois des lésions du cerveau (atrophie du nerf optique 2 fois, atrophie du nerf olfactif 1 fois, atrophie du cerveau 4 fois, pachyméningite 4 fois, leptoméningite 6 fois, œdème du cerveau 4 fois, hydrocéphalie interne 2 fois, ramollissements multiples 1 fois. M. Kuh conclut que le cerveau est affecté dans la majorité sinon dans tous les cas, d'ataxie locomotrice; que d'après cela il est probable que cette maladie est d'origine cérébrale; en tout cas elle n'est pas une affection entièrement spéciale, mais de tout le système central et périphérique.

Quelques considérations sur la chorée (A few considerations on the subject of chorea), par Baughman (*The medical and surgical Reporter*, 17 février 1894, n° 7, p. 229). — Après une revue très rapide des diverses théories de la chorée, qui sont encore en discussion, l'auteur expose le résultat de son expérience sur le sujet.

Il insiste sur la proportion élevée des femmes qui sont atteintes, sur la rareté mais la non-immunité des nègres, sur la prédilection de l'affection pour certains mois de l'année aux Etats-Unis, sur l'altération des facultés intellectuelles, l'apyrexie, l'hémilocalisation des convulsions, et sur l'influence héréditaire directe comme cause d'incurabilité; au point de vue thérapeutique, il a eu surtout à se louer de l'antipyrine associée au bicarbonate de soude.

Acromégalie (Acromegaly), par J. Dreschfeld (*British medical Journal*, 6 janvier 1894, n° 1723, p. 4). — Homme âgé de 30 ans, marié, entré le 11 septembre 1893. Depuis 5 ans il a remarqué que ses mains et ses pieds augmentaient de volume : il a eu quelques douleurs de la tête et de la nuque. Récemment il a éprouvé de la faiblesse générale et de la dyspnée. Il n'a aucun antécédent syphilitique, ni nerveux héréditaire. Actuellement il offre le tableau classique (la photographie et les mensurations sont jointes à l'observation) de l'acromégalie. La force musculaire est conservée. Il n'y a aucun trouble du système nerveux. Toutefois la vue est presque abolie à gauche et il existe une atrophie optique double. La température est normale.

Sur un cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse, par Brissaud et Londe (*Revue neurologique*, 15 mars 1894, n° 5, p. 129). — Une femme âgée de 24 ans, sans antécédents nerveux notables, mais chez les frères et sœurs de qui existent quelques stigmates de dégénérescence, est prise au cours de sa grossesse, il y a 2 ans, de divers troubles qui réalisent actuellement le tableau suivant : titubation dans la station, très accusée pendant la marche, mouvements choréiformes, scoliose, nystagmus sans troubles visuels, troubles de la parole qui est irrégulière, exagération des réflexes. Après avoir rejeté le diagnostic de sclérose en plaques et de maladie de Friedreich, les auteurs pensent que cette observation doit être rangée à côté des cas rassemblés par Marie sous le nom d'hérédo-ataxie cérébelleuse. Une preuve invoquée, est qu'une sœur de la malade présente des troubles de la marche analogues : toutefois l'absence de troubles oculaires dicte aux auteurs des réserves sur la fermeté du diagnostic.

MÉDECINE

Contribution à l'étude de l'étiologie des hémorrhagies gastro-intestinales chez le nouveau-né, par A. Hergott (*Ann. de Gynécol. et d'Obst.*, 1893, p. 52). — L'auteur publie un cas de melæna chez un nouveau-né à l'autopsie duquel on trouva les cavités du cœur droit relativement très dilatées, tandis que l'oreillette et le ventricule gauches semblaient l'être notablement moins que d'habitude. Après examen attentif, il fut facile de constater qu'on se trouvait en présence d'un arrêt de développement du cœur gauche dont les cavités et les parois étaient considérablement réduites.

Cette diminution de l'oreillette et du ventricule gauches semble à l'auteur devoir être considérée comme la cause de l'hémorrhagie gastro-intestinale. En effet, le fœtus une fois sorti de l'utérus et la circulation placentaire et fœtale se trouvant interrompue, le débit du sang amené dans l'oreillette par les veines pulmonaires devint insuffisant, par suite de la petitesse du cœur gauche incomplètement développé. Il se produisit une stase dans le poumon, dans l'artère pulmonaire, dans le cœur droit et dans les vaisseaux qui s'y rendent. La tension vasculaire devint très considérable et le sang qui « stagnait dans les vaisseaux de l'estomac et de l'intestin, en brisant cette faible barrière, imbiba la muqueuse et arriva à la fin à la surface libre de cette membrane de manière à constituer une hémorrhagie passive ».

Mort subite au début d'une maladie infectieuse, par Richard (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1894, n° 3, p. 221). — Il s'agit d'un sergent au 4e régiment de zouaves qui entre à l'hôpital pour une blennorrhagie compliquée de cystite avec légère hématurie.

Deux jours après, le malade se plaint de n'avoir pas dormi et accuse un peu de mal de tête et d'inappétence; quelques vomissements, pas de diarrhée, quelques douleurs irradiées dans l'abdomen ; température 40° ; pouls un peu fréquent ; rien du côté des organes thoraciques.

Après la visite, le malade était sur son lit en train de causer tranquillement avec ses camarades, quand tout à coup sa face se congestionna et il s'affaissa dans son lit, ne donnant plus signe de vie.

L'autopsie fut absolument négative. Pour expliquer la mort subite, l'auteur suppose que le malade a succombé à une maladie infectieuse suraiguë dont la nature ne semble pouvoir être précisée. La syncope mortelle serait la conséquence d'une intoxication bulbaire due aux toxines solubles contenues dans le sang.

Contribution à l'étude de l'urologie dans la fièvre typhoïde, par Orion (*Revue de médecine*, novembre et décembre 1893, p. 935 et 1031, janvier 1894, p. 53). — Dans la dothiénenterie, plus la température est élevée, plus la fièvre revêt une forme sérieuse et plus les oxydations sont actives. Dans toutes les formes cliniques, toute augmentation de fièvre est suivie d'un accroissement sinon proportionnel, du moins toujours parallèle des oxydations. Toute déviation à ce principe est immédiatement expliquée par une des causes nombreuses capables de modifier les lois des échanges organiques. L'état typhoïde, loin de reconnaître toujours pour origine la rétention dans l'organisme des déchets de la combustion, coïncide souvent avec une élimination abondante des produits comburés.

CHIRURGIE

Considérations sur la contusion abdominale avec lésion des viscères, par Vautrin (*Rev. méd. de l'Est*, 1894, n° 4, p. 98). — En se basant sur l'étude de deux cas personnels, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Après toute contusion abdominale suivie de choc nerveux très marqué, de dépression et de symptômes abdominaux notoires, il est indiqué de pratiquer la laparotomie.

La laparotomie ne devra être entreprise pendant la période de stupeur ou de choc que dans le cas où cette période se prolongerait au point de faire craindre pour la vie du malade. Si la température est au-dessous de 35°5 et le pouls irrégulier et petit, il y a contre-indication absolue.

La laparotomie doit être exécutée dans les 24 heures, pour mettre à l'abri de l'éclosion de la péritonite dont l'allure est si variable après la contusion abdominale.

Dans les cas embarrassants, lorsqu'il y a doute sur l'existence d'une lésion viscérale, l'intervention est de beaucoup préférable à l'expectation.

Contribution à l'étude des infections par streptocoques, par Monod et Macaigne (*Rev. de chir.*, 1894, n° 2, p. 81). — Le travail basé sur 16 observations personnelles et sur l'étude bibliographique de la question aboutit aux conclusions suivantes :

1° L'infection streptococcique généralisée se présente sous deux formes principales : septicémie streptococcique, pyohémie streptococcique ;

2° L'infection septicémique peut être démontrée par l'examen bactériologique fait sur le cadavre. Il importe et il est facile d'établir que la présence de microbes dans les organes n'est pas d'origine cadavérique ;

3° La septicémie streptococcique, parfois primitive, est le plus souvent secondaire, survenant :

A. Soit au cours de maladies générales à manifestation gutturale (diphthérie, scarlatine, variole, etc.), dont elle est une des principales causes de mort ;

B. Soit comme complication d'une affection locale, habituellement curable, à laquelle elle donne une allure grave et qu'elle conduit à une issue fatale. C'est alors l'examen bactériologique des organes qui démontre son existence. Si cet examen des organes est négatif, c'est que la mort dans cette affection streptococcique locale est le fait d'une intoxication, d'une toxémie favorisée par l'étendue de la suppuration et le mauvais état des organes d'élimination (foie, rein) ;

4° Au point de vue anatomique, on trouve dans les organes du septicémique, outre les lésions propres aux maladies infectieuses en général, des amas de streptocoques ne déterminant autour d'eux aucune réaction leucocytaire et altérant simplement les éléments cellulaires qu'ils englobent ;

5° Moins virulent, le streptocoque, entraîné par le sang, localise son action nocive sur un organe (endocarde, vaisseaux, rein) qui réagit à sa manière. Généralement, cette localisation est une suppuration franche en foyer unique (phlegmon, arthrite) ou en foyers multipliés : c'est l'infection streptoccique ou pyohémie streptococcique ;

6° La cause de l'infection streptococcique en général paraît être la grande virulence du micro-organisme. L'expérimentation et l'observation clinique démontrent que cette augmentation possible du pouvoir nocif du streptocoque est due soit au milieu (putréfaction), soit à son association avec d'autres microbes, en particulier avec les saprophytes ;

7° La porte d'entrée est généralement facile à déterminer, c'est une plaie cutanée ou muqueuse (angine, broncho-pneumonie, etc.). Parfois elle reste indéterminée (suppuration d'origine traumatique sans plaie, pyohémie spontanée) ;

8° Le pronostic de l'infection streptococcique est d'une gravité bien connue.

La présence du streptocoque dans le sang constatée pendant la vie ne comporte pas un pronostic absolument fatal (guérison spontanée ; intervention chirurgicale).

La gravité du pronostic paraît liée à la virulence de l'agent pathogène et à la résistance de l'organisme, celle-ci dépendant de l'intégrité des organes.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

BIBLIOGRAPHIE

Précis d'obstétrique, par MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage. Librairie G. Masson. Prix : 25 francs.

M. Ribemont-Dessaignes, agrégé de la Faculté et accoucheur de l'hôpital Beaujon, et M. le Dr Lepage, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté, ont entrepris, sur le conseil du professeur Tarnier, d'écrire un livre d'accouchements qui fût moins qu'un traité et plus qu'un manuel.

De là un *précis* de 1,300 pages avec 476 figures, divisé en deux livres.

Le premier livre comprend, en cinq parties : des considérations sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil génital de la femme, la grossesse, l'antisepsie, l'accouchement et les suites de couches, les soins à donner aux nouveau-nés.

Le deuxième livre renferme la pathologie de la grossesse, l'avortement, l'accouchement prématuré spontané, la grossesse extra-utérine, les grossesses multiples, la dystocie maternelle et fœtale, la description des opérations obstétricales, les suites de couches pathologiques.

Dans chacun des chapitres de ces deux parties les auteurs se sont attachés à donner un résumé concis et aussi clair que possible des acquisitions obstétricales anciennes et modernes, en particulier de celles qui sont dues à l'Ecole française. Leur livre reflète d'un bout à l'autre l'enseignement des maîtres actuels de l'Ecole de Paris, de Tarnier et de Pinard. A ce point de vue, MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage ont rendu un réel service aux étudiants que gênaient fort et la non-revision du Cazeaux et le non-achèvement du traité commencé en 1882 par MM. Tarnier et Chantreuil, traité dont la publication est suspendue depuis bientôt sept ans.

Aux 1,300 pages de ce précis sont annexées 476 figures dont une cinquantaine sont imitées de l'Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements de MM. Farabeuf et Varnier. Les autres sont dues pour la plupart à M. Ribemont lui-même.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Etudes sur les maladies nerveuses, par le Dr Paul Blocq, chef des travaux d'anatomie pathologique à la clinique des maladies du système nerveux de la Faculté, lauréat de la Société médico-psychologique, de la Faculté, de l'Académie de médecine et de l'Institut. Un volume in-8° de 390 pages. Rueff, édit. Paris, 1894.

Ce volume se compose d'une série d'études détachées dont le lien réside en ce que leur ensemble représente la mise au point actuelle et critique des résultats des travaux, dont le domaine neuropathologique a bénéficié dans ces dernières années, et qui ont, ou révélé des entités nouvelles, ou complété et transformé nos connaissances sur divers points. Citons entre autres : la *neurasthénie*, le *spiritisme*, le *traitement psychique de l'hystérie*, la *nature du tabes*, les *pseudo-tabes*, la *syringomyélie*, l'*amusie*..., etc. Encore que l'auteur se soit inspiré de l'enseignement de la Salpêtrière, il accuse en mainte occasion une note personnelle, qui se découvre avec originalité. C'est ainsi qu'à propos de l'aphasie, il étudie spécialement le rôle très effacé jusqu'ici de la mémoire motrice, qu'au sujet de l'hystérie il émet des idées personnelles sur la nature de l'anesthésie, qu'il propose de la neurasthénie une forme nouvelle, et expose sur les atrophies musculaires des conceptions anatomiques particulières. En résumé, le plus grand nombre des questions traitées dans cet ouvrage sont encore à l'ordre du jour, aussi n'est-il pas douteux qu'il ne soit lu avec intérêt et profit par les étudiants et par les médecins qui affectionnent les choses de la neuropathologie.

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.

13e liste.

Prof. Potain, 200 fr. — Prof. Ch. Rouget, 100 fr. — M. et Mme Gubbay, 100 fr. — M. Vulpian, licencié ès-sciences, 100 fr. — M. Demagny, 100 fr. — M. Glatz, 50 fr. — Dr A. Doyon, 20 fr. — M. Planchon, 20 fr. — Dr Rieunier, 20 fr. — Sirus Pirondi, 10 fr.

Souscription recueillie par la *Gazette des hôpitaux de Toulouse : Gazette des hôpitaux*, 10 fr. — Internes des hôpitaux de Toulouse, 8 fr. — Internes en médecine, Hôtel-Dieu, 6 fr. 50. — Dr Destarac, 5 fr. — Dr Dupin, 5 fr. — Dr Gendre, 5 fr. — Dr Cousin, 5 fr. — Dr Rolland, 5 fr.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de l'eczéma par la toile caoutchoutée.

Le traitement de l'eczéma par l'enveloppement dans la toile caoutchoutée est de date relativement ancienne, puisque c'est en 1854 que M. Colson le premier inaugura ce procédé. Quelques années plus tard, en 1866, il fut introduit à l'hôpital Saint-Louis par le professeur Hardy, qui contribua puissamment à sa vulgarisation. Néanmoins, bien que de longues années se soient écoulées depuis ces premières tentatives, il est regrettable de constater que cette méthode, malgré l'excellence de ses résultats, ne se soit pas suffisamment répandue dans la pratique des affections de la peau. La raison de cette négligence n'est peut-être, d'ailleurs, pas bien difficile à trouver : elle repose sur la façon défectueuse dont on se sert de la toile caoutchoutée. Ce n'est que depuis peu d'années, il faut bien le dire, et grâce à M. Tennesson, que ce procédé est appliqué d'une façon rationnelle et a trouvé sa véritable formule. Actuellement, en effet, l'enveloppement des téguments par le caoutchouc se pratique de deux manières différentes : la plupart des dermatologistes, suivant, du reste, en cela les idées de Colson, laissent en place pendant un temps assez long le tissu imperméable, de façon à faire baigner constamment les parties malades dans le liquide qu'elles sécrètent; ils font, en un mot, un bain continu. M. Tennesson, au contraire, a mis en pratique avec grand succès une méthode spéciale, totalement opposée à la précédente et qui, dans ses grandes lignes, consiste à retirer fréquemment le caoutchouc afin de le nettoyer, ainsi que la surface sécrétante. Loin de vouloir réaliser un bain continu, il change souvent le tissu enveloppant et réduit ainsi au minimum de temps pratiquement possible le contact entre la peau et le liquide qui s'en écoule. Nous aurons, d'ailleurs, à revenir avec détails sur la différence profonde qui sépare ces deux modes d'application.

***

Lorsque le choix de la médication s'est arrêté sur la méthode de l'enveloppement, on peut très souvent y avoir recours de suite. Cependant, on est parfois obligé d'en différer un peu l'application et cela dans deux circonstances : lorsqu'un impetigo s'est ajouté à l'affection eczémateuse, et lorsqu'il y a une inflammation trop intense des téguments. La thérapeutique à employer est, d'ailleurs, la même dans les deux cas : quelques cataplasmes de fécule froids auront bientôt fait d'amener la chute des croûtes impétigineuses ou de calmer l'état inflammatoire des parties malades. C'est l'affaire d'un jour, deux au plus; le retard est donc de courte durée. Ce résultat obtenu, on applique le tissu imperméable. Mais, au préalable, il faut nettoyer avec soin la surface cutanée. On doit la laver avec un tampon de ouate légèrement imbibé d'eau boriquée faible, ou simplement d'eau bouillie et à peu près refroidie. Lorsque la peau est bien détergée, mise pour ainsi dire à nu, on l'enveloppe dans le caoutchouc. Celui-ci doit être aussi fin, aussi souple que possible, afin de se modeler sur les saillies des téguments et de ne pas les froisser. La toile caoutchoutée est excellente sous ce rapport et mérite à tous égards le premier rang. Elle possède non seulement la souplesse voulue, mais aussi la résistance et, par là, elle est supérieure à certains autres tissus imperméables, tels que la gutta-percha laminée, par exemple, car elle se lave facilement sans se déchirer. De plus, en raison de sa solidité, on peut la coudre aisément, aussi se prête-t-elle avec facilité à la confection de gants, jambières, etc. Nous appelons aussi l'attention sur la supériorité que présente la toile caoutchoutée grâce à son inextensibilité; c'est là un point que nous n'avons trouvé mentionné par aucun auteur et qui nous semble mériter d'être mis en lumière. En effet, ce tissu étant inextensible et ne pouvant ni s'allonger, ni revenir sur lui-même, ne comprime les parties enveloppées que dans les limites qui lui sont assignées. Il n'en est plus de même avec le caoutchouc employé seul, non doublé de toile, qui peut devenir dangereux par une constriction exagérée. Cette remarque s'applique surtout aux membres où l'enveloppement est circulaire et à certains masques partiels du visage. Nous avons eu l'occasion de voir un malade atteint d'eczéma variqueux de la jambe et qui, en raison d'indications mal données ou mal interprétées, s'était entouré lui-même le membre malade au moyen d'une bande élastique de caoutchouc simple. La compression était exagérée; la jambe avait diminué de volume d'une façon notable, comme si on l'eût entourée d'une bande d Esmarch avant d'y pratiquer une opération. Au contraire, le pied, qui n'était pas enveloppé, offrait une tuméfaction prononcée; la peau avait une coloration livide. Les douleurs étaient très vives. Il est inutile d'insister sur les dangers qui auraient pu se pro-

duire si cette striction exagérée avait été maintenue pendant un temps suffisamment long. Il n'y a pas ici, comme pour certains appareils, une couche de ouate interposée entre les parties malades et le tissu constricteur dont rien ne vient modérer l'action néfaste si l'application a été défectueuse.

De même au visage les masques dans lesquels on emprisonne les oreilles sont souvent très difficiles à tolérer en raison des douleurs qu'ils provoquent, et nous avons vu à plusieurs reprises des malades dociles, suivant scrupuleusement les recommandations qui leur étaient faites, être dans l'impossibilité de les supporter. Le même fait doit tout naturellement pouvoir se produire avec les gants. Ces inconvénients n'existent pas avec la toile caoutchoutée qu'il est d'ailleurs bien facile de tailler et de coudre selon la forme des parties où on veut l'appliquer. L'enveloppement fait d'une façon trop énergique a encore l'inconvénient d'empêcher mécaniquement la sécrétion du liquide. Mais, si la toile ne doit pas être trop fortement serrée, il faut se garder également de tomber dans l'excès contraire; elle ne doit pas flotter, ni faire de plis. Aux membres il est bon de la maintenir assujettie au moyen de bandes de toile ordinaire.

Une question qui n'est peut-être pas suffisamment étudiée est celle de la composition chimique du caoutchouc. Nous n'utilisons qu'une seule de ses propriétés, son imperméabilité. M. Colson employait la toile caoutchoutée vulcanisée. Nous avons entendu dire par un maître des hôpitaux que la toile ainsi modifiée était souvent mal supportée. Cela n'a rien qui soit fait pour surprendre; c'est une affaire de sensibilité individuelle de la peau. M. Besnier pour sa part attache peu d'importance à l'action spéciale et directe de l'élément sulfureux, mais ne la nie pas absolument. On pourrait peut-être essayer plus particulièrement le caoutchouc vulcanisé dans le traitement de l'eczéma séborrhéique qui se trouve souvent si bien des préparations soufrées.

***

Nous abordons maintenant la question la plus délicate du traitement caoutchouté : celle de la durée de chaque application de la toile. Tous les expérimentateurs sont d'accord sur la nécessité d'enlever de temps en temps le tissu enveloppant et de le nettoyer avant de le remettre en place. Mais combien de fois par jour doit-on faire ce nettoyage, c'est-à-dire le changement? Ici les divergences commencent. La plupart des dermatologistes ayant surtout pour objet de faire de l'enveloppement un bain continu ne changent qu'une ou deux fois par jour. C'est la pratique de Guibout, Besnier, Fournier, Brocq, etc., c'est la méthode qu'ils recommandent dans leurs ouvrages. En réalité, l'enveloppement agit pour eux comme médication émolliente, à la manière d'un cataplasme auquel il n'est supérieur qu'en raison de la facilité de son application. Après avoir déterminé une abondante sécrétion, le caoutchouc est utile en empêchant l'évaporation du liquide sécrété.

Tout autre est la méthode de M. Tennesson. Ce dermatologiste recommande d'enlever fréquemment la toile, toutes les deux heures environ, quelquefois même plus souvent encore, à la période de début d'un eczéma. Le malade est d'ailleurs averti du moment où il faut faire ce changement par les démangeaisons qu'il éprouve. Au fur et à mesure qu'on avance dans la maladie, la sécrétion se tarit, on met alors plus d'intervalle entre chaque changement; et il suffit de les faire finalement trois ou quatre fois par jour. A l'encontre de la méthode précédente, on laisse au contraire le liquide le moins de temps possible en contact avec la peau. Ce procédé donne de remarquables résultats, et cependant peu de dermatologistes l'ont jusqu'à présent mis à l'essai. Nous avons même entendu dire par M. Fournier qu'il n'y avait là rien de nouveau; que l'application du caoutchouc telle que la comprenait et la pratiquait M. Tennesson était chose connue à Saint-Louis depuis longtemps. L'observation est inexacte, et nous voyons difficilement comment une méthode qui recommande de laisser une surface malade en contact prolongé avec le liquide qui la baigne est assimilable à celle qui préconise au contraire formellement d'enlever ce liquide aussi souvent que cela est pratiquement possible. L'idéal de la méthode serait, pour l'auteur de ce procédé, de « soutirer le liquide au fur et à mesure de sa production ». Ce sont ses propres paroles. Est-ce donc là un bain continu?

Les deux manières de faire sont totalement opposées. Il est donc de toute nécessité d'enlever la toile caoutchoutée aussitôt qu'on éprouve des démangeaisons. Ce moment est plus ou moins long à se produire selon la variété et surtout selon l'âge de l'eczéma. On lave alors cette toile avec de l'eau bouillie, on la sèche et on la réapplique sur la peau. Il est encore préférable d'avoir un double du caoutchouc de manière à appliquer l'un aussitôt qu'on enlève l'autre. Autant que possible l'eczéma ne doit jamais être à découvert.

Toutefois, ce n'est pas à dire qu'il faille proscrire d'une façon absolue et systématique l'enveloppement fait d'une façon continue pendant un ou plusieurs jours de suite. C'est ainsi que dans l'eczéma hyperkératosique des faces palmaire et plantaire où on a simplement pour but de ramollir, de faire macérer des amas considérables d'épiderme, on se trouvera bien de procéder de cette manière. Mais il n'en est plus de même dans l'eczéma ordinaire, c'est-à-dire dans cette dermatose essentiellement inflammatoire qui passe successivement par les phases d'érythème, de vésiculation, de suintement, de sécheresse et de desquamation. Ici la méthode du docteur Tennesson est d'une incontestable supériorité. De plus, par ce procédé on évite les inconvénients qui ont été reprochés à l'enveloppement caoutchouté. On a dit en effet qu'il déterminait, surtout dans les cas généralisés, une odeur repoussante, et, accusation plus grave, qu'il augmentait l'étendue et l'intensité de l'eczéma, qu'il occasionnait une éruption secondaire. Tout cela certes peut et doit se produire lorsqu'on laisse en place pendant toute une journée et sans la changer la toile caoutchoutée, lorsqu'on fait un bain continu. Rien d'étonnant dès lors si on produit des phénomènes d'irritation et si on provoque artificiellement une dermite secondaire eczématiforme qui vient se surajouter à l'affection première. On laisse à demeure sur une surface malade un liquide irritant au premier chef et on est étonné d'augmenter le mal. Mais ce qu'il y aurait de surprenant, ce serait que cette complication ne se produisît pas. L'antisepsie, a-t-on dit avec beaucoup de justesse, est aussi utile en dermatologie qu'en chirurgie. Mais est-ce donc de l'antisepsie que de laisser pendant de longues heures une surface irritée en contact avec le liquide infect qu'elle exhale? Et quelle opinion aurait-on de nos jours d'un chirurgien qui laisserait baigner une plaie dans le pus? Ce qu'il y a de singulier, c'est de voir des dermatologistes de profession recommander de laisser ainsi en rapport permanent la plaie et ses sécrétions, alors qu'ils indiquent les moyens à prendre pour préserver les parties saines avoisinantes du contact de ce même liquide. Il y a véritablement là une contradiction assez bizarre. Aussi beaucoup de partisans de l'enveloppement en tant que bain permanent essayent d'éviter les complications en interposant entre les téguments et le caoutchouc des compresses imbibées d'un liquide émollient ou antiseptique. Alors, il faut en convenir, on réalise bien un bain continu, mais on ne

peut vraiment plus donner à cette méthode le nom de traitement par l'enveloppement caoutchouté. Tout le secret consiste donc, pour avoir de beaux résultats, à changer et à nettoyer fréquemment la toile imperméable. Au moyen de ce procédé on agit rapidement et on évite tout inconvénient. Par surcroît de précaution, on peut dans les premiers jours, alors que l'écoulement est très abondant, garantir la peau saine environnante, surtout aux parties déclives, au moyen de corps gras ou d'un tampon, d'un bourrelet de ouate destiné à absorber le liquide qui pourrait s'accumuler en ces points.

***

Une dernière indication reste à préciser, celle de la durée totale de ce traitement. En d'autres termes : pendant combien de temps doit-on avoir recours à l'enveloppement caoutchouté ainsi compris? Il faut le conserver tant qu'il existe des symptômes d'inflammation de la peau, tant que le suintement persiste. Dès que celui-ci est tari et lorsque les téguments sont devenus lisses, peu colorés, doux au toucher et recouverts d'une très légère desquamation pityriasiforme, alors le moment exact est arrivé de cesser l'enveloppement. Dans la presque totalité des cas, l'affection est arrivée à sa fin; l'enveloppement caoutchouté seul a produit la guérison. Quant au temps précis après lequel la sécrétion cesse définitivement, on comprend qu'il soit impossible à prédire; tout pronostic rigoureux à ce sujet serait téméraire. Dans les cas heureux il peut arriver le huitième, le dixième jour; en moyenne il se produit au bout de trois semaines, parfois plus tard soit par suite d'une faute dans le traitement, soit sans cause nettement appréciable. Ce moment venu, il suffit de garantir pendant quelques jours cette peau tendre, impressionnable, qui n'est pas habituée au contact de l'air, et cela au moyen de pommades faibles à l'oxyde de zinc, au sous-nitrate de bismuth, par exemple, et où le corps gras jouant le rôle d'enduit protecteur est peut-être la partie la plus utile. Néanmoins, dans quelques cas, l'enveloppement caoutchouté doit à une certaine période céder la place à d'autres médications actives. Bien que nous ne possédions pas un nombre suffisant d'observations, il nous a paru que cela était surtout utile pour certaines variétés d'eczéma nummulaire qui siègent principalement aux membres supérieurs et qui sont d'ailleurs tout particulièrement tenaces. Nous avons notamment observé ce fait chez une femme ayant à la face dorsale de chaque main un large placard d'eczéma nummulaire. Les deux surfaces malades étaient absolument symétriques, comme forme, comme étendue et comme intensité. Nous avons tout d'abord obtenu un résultat rapide avec le caoutchouc. Puis, la période de suintement passée, nous avons maintenu d'un côté l'enveloppement, tandis que de l'autre nous faisions usage d'une pommade à l'acide salicylique. Or, ce dernier côté seulement a continué de progresser vers la guérison, tandis que l'autre restait stationnaire. Cet eczéma n'a d'ailleurs fini par céder aux deux mains qu'à des badigeons de nitrate d'argent.

***

Bien d'autres points seraient encore intéressants à examiner dans cette étude de l'enveloppement par les tissus imperméables : notamment la supériorité de ce traitement sur les autres médications en ce qui concerne le danger des métastases; ou encore l'explication de l'innocuité de l'enveloppement total, fait en contradiction formelle, mais apparente évidemment, avec les expériences physiologiques, etc. Mais ce sont là des questions d'ordre plutôt doctrinal, ne touchant que de loin à la pratique, et qui sortent du cadre que nous nous étions fixé. Souhaitons en terminant que l'enveloppement caoutchouté se vulgarise davantage et se répande de plus en plus dans la pratique dermatologique. Cette méthode si simple et si efficace n'occupe pas dans la thérapeutique des maladies de la peau, et particulièrement des affections eczémateuses, le rang qu'elle mérite. Dr Coffin.

TRAVAUX ORIGINAUX

Symphyséotomie préliminaire dans la taille sus-pubienne (*La première opération de ce genre pratiquée en France*), par M. Tuffier.

Appliquée à Paris pour la première fois vers la fin du siècle dernier (1877) dans un cas de dystocie, et après des fortunes diverses en Europe, notamment en Italie, la symphyséotomie nous revint de nouveau en France, et grâce à l'antisepsie commença, comme nombre d'autres opérations, une nouvelle carrière, cette fois plus brillante. Les remarquables travaux de la clinique Baudelocque lui fournirent l'impulsion nécessaire, et rapidement elle devint une intervention presque courante dans les services d'obstétrique.

Son application à certaines *affections vésicales* s'imposait. C'est une simple adaptation d'une méthode à un cas particulier. J'ai été, je crois, *le premier à l'appliquer*, et j'en ai décrit la technique, dans un livre classique, *le Traité de chirurgie*. Je n'ai pas publié plus tôt cette observation parce que j'aurais voulu étudier la question dans son ensemble, mais les indications *réelles* de cette opération me paraissent trop rares pour me permettre d'espérer la pratiquer souvent.

G... ., 33 ans, ingénieur civil, est un homme grand et assez bien constitué qui vint me consulter, le 11 septembre 1890, pour des accidents vésicaux. Il a eu deux blennorrhagies, l'une à 21 ans et la seconde à 26. Cette dernière a laissé un suintement persistant pendant deux ans, et, depuis cette époque, le malade a toujours eu des besoins d'uriner plus fréquents (2 fois la nuit, et environ toutes les trois heures le jour) et surtout plus impérieux; quelques douleurs à la fin de la miction. Deux fois, en 1887 et 1889, il a rendu quelques filets de sang, et cela sans aucune douleur. Son état général est resté parfait. L'examen me montre des urines dont le premier jet est purulent, une prostate indemne, mais la pointe d'une vésicule séminale droite *légèrement* induré du reste, rien de bien net. Les antécédents héréditaires de ce malade étaient parfaits, mais, comme il avait été très judicieusement soigné par un de mes collègues pour une cystite blennorrhagique, je pensai à une cystite tuberculeuse. Pour plus de sûreté, je lui fis, bien aseptiquement, une *instillation* argentique; je n'eus qu'une recrudescence des symptômes *fréquence* et douleur, et la dernière fut même suivie dans la soirée d'une légère hématurie. Le malade fut soumis au traitement suivant : huile de foie de morue, suppositoires créosotés, lavements, tisane de bourgeons de sapin, et je l'envoyai faire une cure à Salies. Ses occupations l'ayant tenu tout l'hiver dans le Midi, je ne le vis qu'en juin 1891. Les accidents s'étaient accrus notablement: les besoins se répétaient toutes les demi-heures et étaient suivis de violentes douleurs occupant le périnée, la verge, la racine des cuisses et le rectum; le malade avait maigri. Les lésions ne paraissaient pas s'aggraver du côté de la prostate ni des vésicules séminales. M. Toupet fit un examen des urines purulentes et y trouva le bacille. Je prescrivis les pointes de feu sur l'hypogastre, la créosote à l'intérieur, les suppositoires morphinés. Le malade, d'abord amélioré par la morphine, revint le 10 septembre dans un état tel qu'il me demanda de nouveau une intervention que jusqu'alors j'avais refusée.

Le 14 octobre 1891, à la maison des Frères, rue Oudinot, je fis une cystotomie sus-pubienne. Je trouvai la vessie petite, à parois très épaisses. Le trigone et le col étaient remplis de grosses *fongosités mollasses*. Curettage, cautérisation au thermo-cautère; fistulisation. Les symptômes s'amendèrent tout de suite; le sommeil revint, et l'état général devint meilleur. Mais le 15 novembre, la vessie ne supportait plus le contact des tubes, les douleurs reparurent avec les contractions vésicales. Je supprimai le drainage, mais la fistule s'oblitéra partiellement, et le 30 novembre, je dus chloroformer le malade pour introduire de nouveaux drains; j'en profitai pour éclairer la cavité vésicale à la lumière électrique: les fongosités avaient de nouveau envahi le col vésical. J'essayai de placer une sonde à demeure, mais les accidents reparurent, et, après avoir usé de tous les expédients et devant l'aggravation constante des symptômes, je fis entrer, le 7 février 1892, le malade à l'hôpital Beaujon, salle Gosselin, lit n° 17, pour pratiquer une intervention plus radicale. Je ne trouvais aucune trace de généralisation de la tuberculose, et surtout le toucher rectal n'indiquait pas de lésion manifeste de la prostate.

Le 11 février, je pratiquai l'opération suivante : chloroformisation par M. R. Donnet, interne. M. Rouville m'aide et M. Théophile Anger me prête son concours.

La région sus-pubienne est rasée et aseptisée. Le ballon de Petersen est employé, contre mon habitude, parce que les lésions occupant le col et la région prostatique, je pense amener plus près de la symphyse la région malade. — 250 grammes de liquide. La vessie est distendue par 100 grammes d'eau boriquée. Le malade est alors placé dans la position de Trendelenburg (lit de Mariaud); les cuisses sont légèrement écartées. Je reconnais le bord supérieur de la symphyse : j'incise avec un bistouri droit la peau de l'abdomen exactement sur la ligne médiane et sur une hauteur de 6 travers de doigt. L'incision descend sur le dos de la verge, préalablement tendue, à 2 travers de doigt au-dessous du pubis. L'opération est pratiquée dans la région *sus-pubienne* comme s'il s'agissait d'une simple taille. Tissu cellulaire, muscles et aponévroses, tissu prévésical, face antérieure de la vessie, sont reconnus, et la vessie est ouverte. J'introduis mon index dans la plaie et je trouve une surface dure et rugueuse occupant le col et pénétrant dans la paroi inférieure de la région prostatique. Ayant ainsi confirmé mon diagnostic sur le siège des lésions, et bien convaincu qu'il m'était impossible de les aborder par l'hypogastre, je pratique la section de la symphyse. Avec un bistouri à résection à pointe rabattue, j'incise l'articulation sur la ligne médiane; cette section se fait facilement jusqu'au *milieu de la hauteur;* mon index gauche, introduit derrière la symphyse, protège les parties molles et suit le travail du bistouri. Je dégage ainsi toute la face postérieure de la symphyse et je place un mince écarteur dont le bec s'engage sous son bord inférieur et protège ainsi les vaisseaux dont le voisinage me paraissait périlleux. En avant, un simple écarteur de Farabeuf protège les veines et écarte la peau très tendue. La section de la moitié inférieure du disque symphysien est pénible, le bistouri est serré; mais je parviens jusqu'au ligament sous-pubien. J'introduis alors un écarteur que j'avais fait construire dans ce but, j'obtiens un dégagement suffisant de ma lame, et je puis alors sectionner à petits coups la partie inférieure du ligament; j'augmente l'écartement à mesure que la section le permet. Une certaine quantité de sang, provenant de la déchirure de quelques veines, s'écoule dès que l'écartement atteint deux centimètres. Un tamponnement avec une éponge suffit à l'hémostase. Toutefois, je suis obligé deux fois de recourir à ce moyen avant d'obtenir 4 centim. 1/2 d'écartement entre les branches de mon instrument. Le champ opératoire donné par cette section de la symphyse est vraiment considérable : en décollant les parties molles de chaque côté du pubis on contourne le col, et il semble que l'on pourrait atteindre et enlever en arrière la prostate et jusqu'aux vésicules séminales. J'incise le col sur la ligne médiane; un fil est passé dans chaque lèvre de l'incision et l'hémostase faite par compression.

Nous voyons alors une large ulcération occupant la face prostatique du col et la région de la prostate. Je curette l'ulcération sans avoir d'hémorrhagie; elle est superficielle au niveau du col, mais dans la région de la prostate elle a envahi une partie de la glande. Cautérisation de toute la surface au chlorure de zinc. Suture de l'incision vésicale au catgut. Drainage hypogastrique par une mèche de gaze iodoformée. Suture de la symphyse par deux fils de soie n° 4. Il est remarquable de voir avec quelle facilité ses deux surfaces sont coaptées dès que les cuisses du malade sont rapprochées. Suture des plans musculaires et de la peau comme dans une taille ordinaire. Le pansement habituel, gaze iodoformée et ouate, est doublé par un fort bandage de toile bien serrée et par une bande de diachylon; sonde de Pezzer abouchée dans un urinal placé sur le côté du malade; gaze iodoformée faisant pansement autour du méat; les genoux sont rapprochés et fixés par un lien.

Les suites opératoires sont très simples : il n'y a aucune élévation thermique. Le pansement pénien est souillé chaque jour et changé. Pendant les deux premiers jours les urines sont sanguinolentes, et quelques douleurs dues à l'oblitération de la sonde nécessitent l'emploi de la morphine. A partir du 3e jour le malade ne souffre plus; le 5e jour la sonde est changée; les urines sont encore purulentes : lavages boriqués. Au 9e jour les fils sont enlevés; le 15e jour les jambes sont libérées; le malade est mis sur un fauteuil le 1er mars, mais je maintiens la sonde à demeure jusqu'au 5 : la consolidation de la symphyse me paraît complète. L'état général, qui jusque-là a semblé s'améliorer, s'altère de nouveau. L'appétit devient nul, la fièvre élève chaque soir la température entre 38°5 et 39°, sans que rien dans l'état local explique cet état. Le 11 le malade délire, le 17 il succombe dans le coma avec tous les signes d'une tuberculose aiguë. L'autopsie n'a pu être faite.

Observation d'hépatite suppurée. Quelques réflexions sur la prétendue stérilité du pus des abcès du foie, par le docteur L.-E. Bertrand, médecin en chef de la marine, ancien professeur aux écoles de médecine navale. Note lue à l'Académie de médecine, le 17 avril 1894.

Hépatite dysentérique (Tonkin). Abcès opéré par incision large et antiseptique. Guérison. — Guyot Pierre, caporal au 1er régiment d'infanterie de marine, 28 ans (8 ans de service).

A servi, tout d'abord, dans l'armée de terre, en Algérie et en Tunisie. Atteint de fièvre typhoïde en 1884. Passé aux troupes de la marine, a fait deux séjours, de deux ans chacun, au Tonkin, où il a été pris de fièvre paludéenne et de dysenterie aiguë. Rapatrié le 5 avril 1893.

Première entrée à l'hôpital maritime de Cherbourg, salle 6, le 11 avril. Accuse des douleurs à l'hypochondre droit, avec irradiations vers l'épaule. Foie augmenté de volume et sensible à la pression, particulièrement au niveau du septième espace intercostal. Fièvre vespérale quotidienne.

Sous l'influence d'un traitement purement médical, ces symptômes subissent un amendement progressif et le malade quitte l'hôpital le 16 mai, proposé pour un congé de convalescence qui lui est accordé quelques jours plus tard.

Deuxième entrée au même hôpital, salle 1, service du médecin en chef Bertrand, le 15 novembre 1893.

Foie volumineux : la matité de l'organe commence à deux

travers de doigt au-dessous du mamelon et dépasse d'environ un travers de doigt le rebord des fausses côtes. Douleur fixe, en arrière, dans le dernier espace intercostal droit, à 8 centimètres environ de la colonne vertébrale, perçue spontanément, exaspérée par la pression et comparée, par le malade, à une douleur de contusion. Les téguments font, à ce niveau, une légère saillie verticale et donnent, au toucher, une sensation de rénitence profonde. Pas de fluctuation, pas d'œdème pariétal. Les espaces intercostaux ne paraissent même pas élargis. Rate dépassant le rebord costal de trois travers de doigt. Pas de diarrhée, pas de dyspnée. Température du 15 au soir : 37°8.

16. — T. M. : 36°9 ; S. : 37°2.
17. — T. M. : 36°8 ; S. : 37°.
18. — T. M. : 37° ; S. : 37°.
19. — T. M. : 36°9 ; S. : 36°6.

1er décembre. — Quelques élancements vers l'épaule droite.
6. — T. M. : 37°5 ; S. : 37°7.
7. — T. M. : 37°4 ; S. : 37°6. Evacué sur le service chirurgical des salles 9 et 10, service de M. le médecin principal Léo, avec une note ainsi conçue : « *Abcès hépatique possible, sinon probable.* »
8. — T. M. : 37°2 ; S. 37°5.
9. — Opération décidée. La région ayant été savonnée et lavée à la solution de van Swieten, on ponctionne, au point douloureux, après cocaïnisation, avec le plus gros trocart de l'appareil Potain, brusquement enfoncé jusqu'à sensation de résistance vaincue, indiquant que la pointe de l'instrument a pénétré dans une cavité. La pointe du trocart retirée, du pus vient sourdre à l'orifice de la canule que l'on adapte au tuyau d'un aspirateur Dieulafoy. Issue d'une grande quantité de pus, couleur chocolat, avec détritus de tissu hépatique.

Séance tenante, chloroforme. Incision cutanée d'environ 8 centimètres dans le dernier espace intercostal droit, à peu près à égale distance du rachis et de la ligne axillaire postérieure, légèrement oblique en bas et en avant.

Le bistouri, plongé verticalement jusqu'au foyer hépatique, ouvre alors une voie par laquelle l'index gauche, aussitôt introduit, sert de conducteur à l'instrument tranchant qui, sur lui, sectionne en masse, en avant et en arrière, dans une étendue égale à la longueur de l'incision cutanée, les muscles et le parenchyme hépatique.

Du pus s'échappe, encore en abondance, par cette ouverture, mélangé de débris hépatiques. On peut évaluer à un litre la quantité de liquide renfermée dans l'abcès, compte tenu de celle qu'a évacuée la ponction aspiratrice.

La poche vidée, on l'explore avec le doigt aseptisé à nouveau et l'on constate que son volume est à peu près, maintenant, celui d'une grosse orange, qu'elle est assez régulièrement sphérique et ne présente pas d'anfractuosités.

Lavage, auquel sont employés : d'abord un demi-flacon de liqueur de van Swieten, puis un flacon entier d'eau boriquée saturée. Drainage avec trois tubes reliés en flûte de Pan au moyen d'une épingle anglaise. Plaie saupoudrée d'iodoforme ; gaze iodoformée ; gaze bichlorurée ; gâteau de ouate hydrophile et bandage de corps.

T. M. : 37° ; S., 3 heures : 38° ; S., 8 heures : 37°9.
Diète lactée : 3 litres de lait.
10. — Sommeil, la nuit dernière. Pas de douleurs. Le pansement, souillé de pus, est renouvelé. Lavage bichloruré et boriqué. Il est assez difficile à pratiquer, les drains étant, maintenant, serrés entre les deux dernières côtes et le foie ayant remonté, déplacement qui a détruit le parallélisme existant entre l'ouverture hépatique et la plaie des téguments. T. M. : 37° ; S., 3 heures : 36°8 ; S., 8 heures : 36°8.
11. — Suppuration très diminuée. Lavage boriqué ; la poche tend à se rétrécir. On supprime deux drains ; celui qui reste est raccourci. Toujours pas de douleurs.
12. — T. M. : 36°9 ; S. : 36°8.
13. — T. M. : 36°5 ; S. : 36°8.
14. — T. M. : 36°5 ; S. : 36°8.
15. — T. M. : 37°6 ; S. : 36°9.
16. — Suppuration peu abondante. Cavité de l'abcès réduite au volume d'une noix. Lavage boriqué ; puis, ablation du dernier drain. T. M. 36°8 ; S. : 36°7. Appétit : 3 litres de lait ; œufs ; tapioca.
17. — T. M. : 36°5 ; S. : 36°7. Lait ; tapioca ; poisson ; poulet.
18. — T. M. : 36°6 ; S. : 36°6.
19. — T. M. : 36°5 ; S. : 36°7. Poids : 56 kil. 500. Régime à volonté.
20. — T. M. : 36°5 ; S. : 36°9.
21. — T. M. : 36°6 ; S. : 36°8. Presque plus de pus dans le pansement. La plaie se comble graduellement. Les injections ne pénètrent plus.
22. — T. M. : 36°6 ; S. : 36°9.
23. — T. M. : 36°5 ; S. : 36°6.
24. — T. M. : 36°5 : S. : 36°6.
26. — La plaie est presque cicatrisée ; elle n'intéresse plus que la peau. Poids : 60 kil.

2 janvier 1894. — Poids : 63 k. Cicatrisation complète. Le malade est guéri ; mais, comme il ne désire ni congé de convalescence, ni période de repos à la caserne, on le garde encore quelque temps à l'hôpital.
9. — Poids : 65 k. 400.
16. — Poids : 68 k. 300.
Exeat le 18 janvier.

Analyse bactériologique du pus. — Prévenu, le 18 décembre, qu'une intervention opératoire aura lieu le lendemain, à la recherche de l'abcès hépatique présumé, M. le pharmacien principal Baucher prend toutes les dispositions requises pour que le pus soit recueilli et examiné aseptiquement. Les flacons ou tubes dans lesquels il doit être reçu, les pipettes, lames ou lamelles, en un mot toute la verrerie, l'eau distillée, les solutions colorantes (préparées le jour même) sont soigneusement stérilisés à l'étuve sèche ou à l'autoclave.

Le 9 décembre, la région hépatique est, comme nous l'avons dit, savonnée et lavée à la liqueur de van Swieten. Les mains des opérateurs ont été lavées et brossées à l'eau chaude additionnée de solution mercurielle, puis trempées dans la liqueur de van Swieten. Le trocart est aseptique. Le pus est recueilli à l'orifice de sa canule et reçu directement dans un petit flacon stérilisé. C'est après cette récolte seulement que la canule du trocart est adaptée à l'aspirateur Dieulafoy.

Le pus est transporté aussitôt au laboratoire de bactériologie. M. Baucher s'en sert pour ensemencer, séance tenante, deux tubes de bouillon ; un tube de gélatine par piqûre, un tube d'agar incliné ; un tube de gélatine liquéfié pour culture en boîte de Pétri ; un tube de sérum sanguin, et deux pommes de terre par épandage au couteau stérilisé.

Toutes ces cultures sont portées à l'étuve, chacune à la température qui lui convient.

Ces opérations terminées, on procède à un examen bactériologique *direct* du pus. Une goutte de ce liquide délayée dans un peu d'eau distillée, stérilisée, montre, au microscope, quelques bactéries et un assez grand nombre de microcoques, les uns libres, isolés, associés en diplocoques ou groupés en grappes maigres, les autres incorporés aux globules de pus ou disposés en couronnes sur la circonférence de ces éléments. Tous ces détails sont beaucoup plus nettement saisis quand on a recours au procédé dit de la *goutte suspendue*. On constate ainsi que tous ces microbes sont très faiblement mobiles.

Le 16 décembre, toutes les cultures sont examinées :

Le bouillon s'est troublé et un dépôt blanchâtre ou blanc jaunâtre s'est formé au fond du tube. A l'examen microscopique, microcoques et bactéries. La culture en gélatine par piqûre ne présente, au niveau du point ensemencé, qu'une minuscule dépression sans liquéfaction ; sa couleur n'a pas changé. Elle est telle encore après trois mois. L'agar incliné et le sérum sanguin sont restés stériles. Leur état est toujours le même, à l'heure actuelle. La plaque de gélatine porte une petite culture blanche en gouttelette de bougie, que l'on recueille en tube de gélatine et qui laisse voir au microscope des bactéries courtes, un peu ventrues, mobiles. Le 21, on y remarque trois nouvelles taches rondes d'un blanc légèrement jaunâtre, sans liquéfaction de la gélatine. Leur microbe est une bactérie très semblable à la précédente. Les pommes de terre se sont recouvertes de granulations visqueuses, blanches et jaunes, constituées par du staphylocoque type.

Ces indications fournies, il est inutile de continuer l'exposé détaillé de cette analyse bactériologique poursuivie, pendant trois mois, par MM. Baucher et Bertrand.

Les résultats obtenus sont les suivants : 1° *staphylocoque pyogène*, avec ses trois variétés : aureus, albus, citreus ; 2° *bacille d'Eberth*, bactérie courte, un peu ventrue, très mobile, claire au centre, se décolorant par la méthode de

Gram, et ne faisant pas fermenter les sucres; donnant des taches blanches, rondes, en gouttelettes de bougie, sur plaque de gélatine; cultivant en îlots de glace, quelquefois entourés d'un cercle blanc porcelané, avec irisation très nette; laissant, sur pomme de terre, une légère glaçure en *traînée de limace*; sur gélatine inclinée, une strie blanche, très finement granuleuse, comme une tache de sirop desséché; sur gélose, une tache discrète, blanche, crémeuse ou nacrée; 3° une *bactérie* courte et mobile, encore *indéterminée*, morphologiquement identique au bacille d'Eberth, donnant, sur plaque de gélatine, de petites taches jaunes rondes et, de ce point de départ, ayant cultivé en deux séries : l'une où la couleur jaune a persisté, sans interruption, quel que fût le milieu de culture; l'autre où les colonies sont devenues blanches et se sont reproduites, en gélatine, sous l'aspect *îlots de glace*, avec cercle porcelané, irisation, etc. Dans aucun cas, cette bactérie n'a fait fermenter les sucres (1).

Réflexions. — L'origine de l'abcès dont cet homme était porteur remonte, certainement, à une date déjà ancienne. Son foie suppurait, vraisemblablement, lors de sa première entrée à l'hôpital de Cherbourg, au mois d'avril 1893 : la fièvre quotidienne vespérale, observée à cette époque, le démontre. La cause la plus probable de cet abcès est la dysenterie aiguë qui a frappé Guyot, au Tonkin ; car, il serait bien risqué de faire intervenir, dans son étiologie, la fièvre typhoïde dont ce militaire a été atteint, en 1884, encore que l'analyse bactériologique ait démontré, dans le pus, donnée importante à retenir, l'existence d'un microbe se comportant, à tous égards, comme le bacille d'Eberth.

Nous noterons, d'autre part, la richesse bactérienne définitive de ce pus d'abcès qui aurait dû être stérile, si les conclusions de certains travaux répondaient à la réalité des faits ; la faible vitalité de ses microbes, établie par l'examen microscopique direct et le peu de fécondité des premiers milieux de culture; la stérilité de l'agar et du sérum sanguin.

Cet abcès hépatique était ancien; vieux de huit mois au moins, d'un an ou davantage peut-être. Il n'est donc pas étonnant que la virulence de son contenu microbien fût grandement diminuée. On n'aurait même pas été en droit d'être surpris, si les divers milieux ensemencés n'avaient reproduit aucune culture, alors que des microbes avaient été, cependant, constatés à l'examen microscopique direct. Il aurait pu se faire que ces éléments n'eussent pas eu la force de se reproduire ou que le liquide purulent ne renfermât que leurs cadavres; car il en est des abcès du foie comme de toute culture dont, à la longue, les microbes périssent, tués par les toxines qu'ils fabriquent.

Or l'examen bactériologique *direct* a-t-il été pratiqué, dans les observations présentées comme des exemples de pus stérile?

Quels milieux a-t-on ensemencés? A-t-on cultivé en gélatine, en agar ou sur pomme de terre? A-t-on toujours pris une précaution que nous n'avons pas négligée, celle de semer le pus en plusieurs milieux?

Nous aurions peut-être passé, sans le voir, à côté du bacille d'Eberth, si nous n'avions pas fait de cultures en plaques de gélatine; mais, très certainement, le staphylocoque nous aurait échappé, si nous n'avions pas eu recours aux cultures sur pomme de terre, véritable milieu de choix pour la reproduction de ce microbe pyogène, et, à coup sûr, nous aurions pensé que le pus était stérile, si nous nous en étions tenus aux cultures sur agar.

CONCLUSIONS. — Il se peut que, dans plus d'un cas, la stérilité du pus hépatique ait été plus apparente que réelle.

Rien ne prouve que, quand les cultures sont demeurées réellement infécondes, ce pus fût *primitivement* stérile. Toutes les chances de vérité sont, au contraire, en faveur de cette explication que les microbes qu'il contenait au début et qui ont amené sa formation, ont fini par y périr, tués par leurs propres sécrétions.

Cette observation me paraît donc corroborer la pathogénie que, depuis six ans, je tâche de faire prévaloir en matière d'abcès du foie et que j'ai exposée, entre autres mémoires, dans une note portant ce titre significatif : « *Origine et nature microbiennes non spécifiques de l'hépatite suppurée* », présentée à l'Académie de médecine le 13 mai 1890 (Rapport de M. J. Rochard, 13 juillet de la même année) et reproduite, amplifiée, par la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, en janvier 1891.

Mes conclusions d'alors, tant pour l'abcès du foie que pour la dysenterie qui en est la cause ordinaire, sont identiques à celles que d'autres auteurs, sans me faire l'honneur d'une citation, ont formulées par la suite.

(1) Cette relation était écrite quand j'ai appris, par une lettre de M. Baucher, que des colonies blanches, non liquéfiantes, constituées par un *streptocoque*, s'étaient montrées, en dernier lieu, sur la plaque primitive de gélatine en boîte de Pétri.

Chancre syphilitique de la muqueuse nasale,
par le Dr GEORGES THIBIERGE, médecin du Bureau central.

L'observation suivante de chancre syphilitique extra-génital est remarquable à plus d'un titre : tout d'abord, le siège sur la muqueuse pituitaire, localisation extrêmement rare de l'accident primitif de la syphilis, et de plus les lésions concomitantes des parties adjacentes, narines et joues, qui le déformaient et risquaient de faire méconnaître sa nature.

X..., âgé de 52 ans, teinturier en laines, se présente le 8 décembre 1893, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon maître, M. Besnier, que j'avais l'honneur de suppléer (1).

Il venait consulter pour une lésion du nez qui était tuméfié, d'un rouge légèrement livide dans toute son étendue; la rougeur s'étendait sur la partie adjacente des deux joues, remontant jusqu'à l'insertion de la paupière inférieure, accompagnée d'une légère tuméfaction des parties atteintes, qui s'effaçait à leur limite sans constituer de bourrelet comparable à celui d'un érysipèle, mais était néanmoins nettement limitée.

A première vue et malgré l'absence de bourrelet, l'impression produite était celle d'un érysipèle ; mais l'examen plus attentif de la lésion et l'interrogatoire du malade montraient que ce diagnostic était erroné.

En effet, le début des lésions remontait à deux mois, et il y avait un mois environ que, débordant le nez, siège initial du mal, elles avaient envahi les joues et, depuis lors, leur aspect ne s'était pas sensiblement modifié.

En faisant préciser davantage la succession des accidents, on apprenait que, deux mois auparavant, il s'était développé à la partie interne de la narine gauche, au voisinage immédiat de l'orifice, un « petit bouton » qui déterminait une sensation de gêne et que le malade écorcha à plusieurs reprises avec ses doigts; ce petit bouton s'étendit et déborda légèrement le nez pour atteindre la lèvre supérieure. Puis, il y a environ un mois, le nez s'était tuméfié et, dans l'espace de 8 à 10 jours, les lésions prirent l'aspect qu'elles présentent actuellement, à la suite d'applications d'eau-de-vie.

Le malade consulta d'abord, pour la lésion intra-nasale, un pharmacien qui lui remit une pommade jaunâtre, puis un médecin qui lui fit introduire dans le nez des tampons de ouate recouverts d'une pommade blanche et, il y a trois semaines, un autre médecin qui lui ordonna des cataplasmes de fécule de pommes de terre et ultérieurement, après avoir vu apparaître sur le nez des boutons d'apparence acnéique, des pansements à l'eau boriquée et de la vaseline boriquée.

(1) Observation rédigée d'après les notes qui m'ont été remises par M. Bodin, interne du service.

Le malade attribue la progression des lésions aux applications qu'il a faites et à l'irritation produite par les poussières de laine imprégnées de matières colorantes qu'il est exposé à respirer continuellement dans l'exercice de sa profession.

Lorsqu'on examine attentivement les parties malades, on constate que la tuméfaction, tout en portant sur la totalité du nez, prédomine sur la narine gauche, qui fait une saillie considérable, déformant l'organe. Le tégument est rouge, parsemé par places de très petites squames consécutives à des vésicules produites par les applications externes. On voit par places des cicatrices déprimées de pustules, reliquats de la variole dans le malade a été atteint à l'âge de 13 ans; ces cicatrices, jointes à la tuméfaction et à l'infiltration des parties malades, rappellent quelque peu l'aspect de certaines lésions syphilitiques tertiaires de la face.

La consistance des tissus, sensiblement normale au niveau de la racine du nez et sur toute l'étendue de la narine droite, est profondément modifiée dans la partie inférieure de la narine gauche et au niveau du lobule, qui sont infiltrés, durs, donnant la sensation d'une masse résistante, presque cartilagineuse, dans laquelle le doigt ne peut s'enfoncer.

L'orifice narinaire gauche, au lieu d'être aplati transversalement, comme le droit, tend à se rapprocher de la forme d'un cercle; il est en même temps très élargi et environ trois fois plus large que celui du côté droit. Sur tout son pourtour il est exulcéré, et l'exulcération se prolonge dans la narine; la surface de l'ulcération est d'un rouge assez foncé, lisse, très légèrement suintant, d'aspect comme vernissé, avec quelques points rouges plus foncés; son bord est un peu sinueux, limité par un petit liséré de squames blanchâtres.

Dans sa portion sous nasale, la lèvre supérieure est tuméfiée, rouge, l'ulcération empiétant sur elle dans l'étendue d'un demi-centimètre environ.

La rougeur se prolonge sur les deux joues, mais y est moins prononcée que sur le nez; elle occupe la joue gauche depuis la base de la paupière inférieure jusqu'à la commissure labiale et la joue droite dans une étendue un peu moindre, et s'accompagne d'un certain degré de tuméfaction, mais il n'y a aucune trace d'induration: les parties tuméfiées ont une consistance plutôt molle et donnent plutôt au doigt la sensation de l'œdème.

On trouve dans les régions parotidiennes et sous-maxillaires des ganglions durs, non adhérents, ne dépassant pas le volume d'une petite noisette, plus volumineux et plus nombreux à gauche qu'à droite.

Sur la face, on voit quelques taches rouges, de la dimension d'une lentille, développées il y a 8 jours environ. C'est vers la même époque que sont apparues quelques papules rouges disséminées sur le tronc, où elles sont entremêlées de macules de roséole, que l'on retrouve également sur les membres.

Adénopathies multiples rétro-cervicales et inguinales; chute des cheveux; pas de lésions des muqueuses. Aucune trace de chancre dans la région génitale.

Le malade a séjourné dans le service pendant deux mois. L'exulcération s'est d'abord étendue sur la sous-cloison; puis les lésions ont commencé à se réparer, la tuméfaction du nez et des parties adjacentes a diminué sous l'influence de pansements antiseptiques en même temps que les autres lésions syphilitiques se sont amendées sous l'influence des injections d'huile grise. A sa sortie de l'hôpital, le volume du nez avait considérablement diminué, et, quoique l'induration des narines ait persisté, les lésions ne rappelaient plus que de très loin l'aspect qu'elles offraient au moment de son entrée.

Les caractères de l'ulcération nasale, sa durée, l'induration de sa base, les symptômes concomitants de syphilis secondaire ne peuvent laisser de doutes sur sa nature: il s'agit indubitablement d'un chancre syphilitique.

La cause de la localisation sur la muqueuse nasale nous a complètement échappé: le malade n'a eu, assure-t-il, aucun contact suspect; il vit depuis six mois avec une femme chez laquelle il n'a observé aucune lésion de la peau ou de la muqueuse buccale; il ne se sert que de mouchoirs lui appartenant et, s'il accuse avec raison sa profession d'avoir contribué à aggraver sa lésion nasale, il ne sait à quoi attribuer son développement.

Parmi les localisations extra-génitales du chancre syphilitique, le siège à la région nasale est bien connu; mais la lésion occupe le plus généralement la face externe des narines, où elle est représentée par une ulcération plus ou moins étendue reposant sur une base dure et saillante; il s'offre ainsi à l'extérieur avec tous les caractères classiques et bien connus du chancre cutané et ne peut passer inaperçu ni être confondu avec aucune autre affection.

Au contraire, le chancre de la muqueuse nasale est, au témoignage de tous les syphiligraphes, d'une extrême rareté (1): sa symptomatologie étroitement liée à son siège, différent suivant les cas semble assez variable, à en juger par les faits de Nettleship qui l'a vu produire une oblitération des voies lacrymales et provoquer un abcès lacrymal, et par un fait de Lailler, rapporté par M. Jullien (*Traité des maladies vénériennes*, 2e édition, p. 585), où il aurait produit une perforation de la cloison.

A ce titre, l'observation précédente n'est pas sans intérêt. Le chancre, la tuméfaction considérable du nez, la rougeur de voisinage qui accompagnaient, le déformaient, le masquaient en partie et simulaient, au premier abord, l'érysipèle ou une lésion syphilitique tertiaire, étaient plus remarquables encore et montraient une fois de plus comment le chancre extra génital peut être difficile à reconnaître et risque d'être méconnu lorsque la possibilité d'une semblable localisation n'est pas présente à l'esprit.

Ces lésions inflammatoires à marche lente surajoutées au chancre atteignaient dans ce cas un grand développement, mais elles ne différaient pas de celles qui s'observent au voisinage de certains chancres de la région génitale, où elles se traduisent par la tuméfaction et l'induration du gland, du prépuce ou des grandes lèvres. Il s'agit sans doute, dans ces cas, — et la marche des accidents chez notre malade semble bien le prouver, — d'une infection secondaire par des agents microbiens pullulant à la surface du chancre et atteignant de proche en proche les tissus voisins. Ces infections parasyphilitiques, dont l'étude est presque entièrement à faire, jouent sans doute un rôle important dans la pathogénie de certaines syphilis précocement graves, à allures de maladies infectieuses rapides, avec lésions cutanées généralisées intenses et à tendances pyogènes, qui s'observent à la suite de chancres de la région génitale, mais sont comparativement plus fréquentes dans les cas de chancres extra génitaux. C'est probablement là une des causes de la gravité, reconnue par la plupart des syphiligraphes, des syphilis qui ont pour origine un chancre extra génital.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

tenu à Rome du 29 mars au 9 avril 1894.

Travaux relatifs au paludisme.

Plusieurs auteurs ont communiqué au Congrès des recherches relatives au paludisme.

M. Hewetson a fait brièvement connaître les types de la fièvre paludéenne à Baltimore d'après 531 cas observés à la clinique du professeur Osler pendant les quatre dernières années. On trouva invariablement les organismes de Laveran avant de faire le diagnostic et on put confirmer les trois types décrits par les médecins italiens. Sur les 458 cas où l'on put définir la nature de l'infection, on trouva qu'il s'agissait

(1) On n'en connaît guère qu'une dizaine d'observations: la plupart sont résumées dans la thèse de Dupond (Etude sur la syphilis du nez et des fosses nasales, Bordeaux, 1887); on en trouvera 4 autres dans les *Annales de Dermatologie*: Poncet, 1881, p. 115; Morel-Lavallée, 1887, p. 701; Martau, 1890, p. 499; Gémy, 1890, p. 571).

113 fois d'une infection tierce simple, 158 fois d'une infection double tierce, et 175 fois d'une infection æstivo-automnale; il y avait en plus deux infections quartes et 10 cas dans lesquels les organismes des types tierce et æstivo-automnal étaient réunis. Au printemps et au début de l'été, l'infection est presque invariablement due à l'organisme du type tierce; pendant le reste de l'été on trouve les organismes des types tierce et æstivo-automnal. Pendant la première moitié des années pendant lesquelles on observa, on trouva 64 cas d'une infection tierce ou double tierce et 4 cas seulement présentant l'organisme æstivo-automnal. Encore dans chacun de ces derniers cas pouvait-on douter que l'infection se fût réellement produite au printemps. Trois fois on trouva des infections combinées. Pendant la deuxième moitié de l'année, on eut 271 cas d'infection tierce simple ou double, 175 cas d'infection æstivo-automnale, 2 d'infection quarte, et 7 avec des infections combinées. Tandis qu'entre le 1er janvier et le 1er septembre il y eut 136 cas d'infection tierce simple ou double, et 27 cas d'infection æstivo-automnale avec 4 cas d'infections combinées; entre le 1er septembre et le 1er janvier il n'y eut que 135 cas d'infection tierce simple ou double et il y eut 148 cas d'infection æstivo-automnale; il y eut en outre 2 cas d'infection quarte et 6 cas d'infections combinées. L'organisme qu'on trouva dans l'infection tierce fut en tous points semblable à celui qu'ont décrit les observateurs italiens; il en fut de même de l'organisme du type quarte, et qu'on trouva du reste très rarement. On ne put observer le cycle complet du développement de l'organisme æstivo-automnal, car on ne ponctionna que rarement la rate, et on ne trouva point sa forme segmentée dans la circulation périphérique. Ce qu'on observa des autres stades de cet organisme fut en accord complet avec ce qu'on a décrit en Italie et ailleurs.

L'auteur ne peut se prononcer sur le rôle que joue la forme en croissant de l'organisme. Les formes flagellées ont été vues associées à ce type et au type tierce; elles peuvent être regardées comme des formes dégénérées. Les types fébriles varient beaucoup avec l'organisme causant l'infection et sont beaucoup plus constants quand ils sont dus à l'organisme tierce que lorsqu'ils sont dus à l'organisme æstivo-automnal. Dans les deux cas d'infection dus à l'organisme quarte, des frissons revenaient régulièrement tous les jours, la température étant normale ou inférieure à la normale dans les intervalles. Les principales différences entre les paroxysmes dus à l'organisme tierce et ceux qui dus à l'organisme æstivo-automnal sont les suivantes. Dans le premier type, le paroxysme survient plus subitement, atteint plus tôt son acmé, et la fièvre tombe plus vite que dans le paroxysme du type æstivo-automnal. Tandis que la durée moyenne d'un paroxysme tierce varie entre 11 et 12 jours, la longueur d'un paroxysme æstivo-automnal est de près de 24 heures. La plus remarquable différence est dans la tendance qu'a la fièvre à prendre le type rémittent dans l'infection æstivo-automnale. Dans la fièvre paludéenne de Baltimore, on peut distinguer en somme trois types d'organismes: celui du type tierce, celui du type quarte et celui du type æstivo-automnal qui produit une fièvre irrégulière; le cycle du développement de l'organisme tierce dure 48 heures, celui du type quarte se développe en 72 heures, enfin le développement de l'organisme æstivo-automnal dure généralement 24 heures, mais peut présenter à ce point de vue de grandes variations. En somme, la fièvre paludéenne de Baltimore est la même que celle qu'on a décrite en Europe et ailleurs; la seule différence consiste peut-être dans la rareté du type quarte à Baltimore.

D'une manière plus spéciale, un Italien, *M. Feletti*, a étudié les fièvres causées par la *Laverania malariæ*, et il a bien voulu, à ce sujet, nous adresser la note suivante:

« Je tiens la Laverania malariæ (1) (semiluna de Laveran) pour un parasite bien distinct des autres parasites de la malaria, ayant pu étudier la façon dont il se développe et se reproduit.

J'ai étudié cent malades infectés *seulement* de Laveranie; aussi bien dans le sang extrait des doigts que dans celui extrait de la rate, j'ai constaté l'absence des autres parasites de la malaria.

Les fièvres que j'ai observées dans ces cas se présentaient toujours *irrégulièrement* aussi bien pendant les accès de fièvre que pendant les intervalles d'apyrexie.

Les accès étaient différents entre eux par l'heure où ils commençaient, ou par leur durée, ou par l'élévation de température. Quelquefois les accès sont pour ainsi dire très rares et donnent une fièvre subcontinue ou subintrante; d'autres fois ils sont quotidiens, d'autres fois encore ils se suivent à des intervalles de temps variant de 1 à 10 jours et plus. Après un intervalle d'apyrexie, il peut apparaître un seul accès de fièvre ou un groupe d'abcès.

Ces fièvres peuvent accessoirement et pendant un temps court simuler les types réguliers de fièvres quartes, tierces, etc...

Les autres phénomènes qui accompagnent les fièvres de Laveran sont les phénomènes ordinaires des fièvres de la malaria. Il faut néanmoins remarquer que jamais chez aucun de mes malades les phénomènes pernicieux n'ont apparu.

En examinant le sang de mes malades, j'ai constaté que, durant la fièvre, il n'y avait que de très jeunes laveranies (amibes sans pigment), puis pendant l'apyrexie les laveranies adultes (semilunæ) pullulaient et augmentaient en nombre; elles se divisent et sont remplacées par des amibes dans la période de fièvre. Ce qui démontre que la fièvre apparaît pendant la reproduction des laveranies. Ce processus se retrouve dans les organes internes (rate, etc.).

Les fièvres données par les laveranies ressemblent de tous points à celles que les anciens appelaient *erratiques*, d'où je conclus que ce nom leur conviendrait.

Il faut noter enfin la grande résistance de ces fièvres aux remèdes antimalariens. J'ai essayé contre elles avec quelque succès le salicylate de quinine donné à la dose de 1 gramme pendant plusieurs jours de suite. Les injections sous-cutanées de sublimé corrosif paraissent efficaces aussi. En somme, on peut dire que les fièvres de la Laveranie guérissent d'elles-mêmes. »

Ces données ont été, en somme, confirmées par M. *Baccelli* (de Rome), qui s'est félicité d'avoir pu contribuer par ses recherches à établir d'une façon certaine le rôle des plasmodies. Il croit, toutefois, que la présence de l'hématozoaire dans le sang n'est pas la raison directe de la fièvre, et que si cet organisme est capable de produire la cachexie lente, il ne saurait provoquer les accès fébriles.

A côté du bacille existent ses produits. A côté des modifications morphologiques du globule déterminées par l'hématozoaire il y a, de plus, des modifications chimiques.

Lorsque le globule est détruit par le parasite inclus dans son intérieur, il se dissocie, laissant circuler dans le sérum les toxines.

Ces toxines sont encore inconnues au point de vue de leur nature et, de ce côté, il reste encore de grands progrès à faire. Mais si leur étude n'est pas complète et si M. Baccelli n'apporte rien de nouveau à ce sujet, il ajoute que la connaissance supposée de ces produits l'a conduit à appliquer un mode de traitement d'une efficacité absolue.

Depuis un certain temps déjà, il pratique chez les malades atteints de paludisme pernicieux des injections intraveineuses de sels de quinine: c'est là un procédé qui ne paraissait pas à beaucoup de personnes devoir être supérieur aux injections sous-cutanées, mais il est facile aujourd'hui de répondre à ces objections par les résultats obtenus: avec les injections sous-cutanées de sels de quinine dans la fièvre pernicieuse on a une mortalité de 17 0/0; les injections intraveineuses donnent, appliquées dans les mêmes conditions, une mortalité de 0 0/0.

M. Lépine a félicité M. Baccelli d'avoir montré les heureux effets qui peuvent résulter de l'accord de la clinique et de l'expérimentation, en nous prouvant que, grâce aux notions expérimentales et à l'observation, il a pu obtenir la guérison d'une maladie qui, jusque-là, se terminait généralement par la mort.

A côté de ces études générales sur l'étiologie du paludisme, nous mentionnerons le mémoire plus spécial où *M. Boinet* (de Marseille) a étudié les *Troubles moteurs observés dans l'impaludisme*.

D'après M. Boinet, les troubles moteurs constatés dans l'impaludisme peuvent se diviser en deux catégories: la première comprend les paralysies et les atrophies musculaires; la seconde, les troubles moteurs d'ordre convulsif.

Les paralysies se divisent elles-mêmes en trois groupes:

1° Les paralysies passagères liées à l'accès de fièvre, dispa-

(1) Appelée ainsi par moi et par Grassi en l'honneur de Laveran.

raissant avec lui ou ne durant que quelques jours, justiciables de la quinine et offrant tous les caractères des paralysies corticales. C'est ainsi qu'il a pu observer au Tonkin des faits d'aphasie apparaissant surtout après les accès pernicieux, isolés ou associés à l'hémiplégie, à la monoplégie;

2° Les paralysies limitées à un ou plusieurs groupes musculaires, notamment à ceux qui sont innervés par le cubital, comme dans la fièvre typhoïde. Ces paralysies sont aussi, en général, transitoires; dans certains cas, cependant, elles peuvent persister ou même se généraliser. Ce sont parfois de véritables myélopathies, et elles sont dues alors à des foyers hémorrhagiques de la moelle (Maillot);

3° Les paraplégies palustres, qui ne sont pas *extenso-progressives* comme les paralysies dysentériques, sont habituellement complètes d'emblée et plus prononcées à la périphérie qu'à la racine des membres, sans troubles de la vessie ni du rectum. Les troubles de la sensibilité consistent en douleurs névralgiques, en hyperesthésie cutanée, parfois en une anesthésie très marquée; on observe aussi des paraplégies à répétition. Dans ce cas, elles peuvent s'accompagner d'atrophie et revêtir l'aspect du béribéri;

4° Les atrophies, qui surviennent tantôt d'emblée, et qui tantôt sont consécutives à des contractures. Ces atrophies se font en masse, sauf lorsqu'elles sont liées à une névrite. Dans ce cas, elles sont, le plus souvent, limitées à la zone d'innervation du cubital.

Les névrites périphériques palustres peuvent atteindre le tronc du sciatique: dans certains cas, elles constituent tout à fait le tableau du tabes.

Les paralysies dépendent soit des altérations du sang consécutives à la présence de l'hématozoaire de Laveran, soit à des troubles circulatoires; elles peuvent être myélopathiques ou tenir à une névrite périphérique. C'est surtout dans la seconde variété de troubles moteurs que le réflexe toxique d'origine palustre joue un rôle.

Ces derniers troubles sont d'ordre convulsif. Ce sont, le plus souvent, des *tremblements*, qui offrent plusieurs aspects: tantôt ils persistent pendant le repos, ont une faible étendue et affectent le type parkinsonien; tantôt ils se produisent à l'occasion des mouvements volontaires et ressemblent au tremblement de la pseudo-sclérose en plaques. Ces tremblements peuvent être limités à un membre. Dans un cas, M. Boinet a observé une chorée rhythmée développée sous l'influence d'un accès pernicieux. Les mouvements thoraciques, les mouvements athétosiques, la tétanie, les convulsions, les contractures ont été également constatés.

Le pronostic de ces différents troubles varie essentiellement selon les cas: assez bénin dans les paralysies transitoires à type cortical, il est plus grave dans les cas de névrite périphérique; il est surtout sérieux dans les paralysies avec lésions myélopathiques. Quant aux troubles convulsifs, ils n'offrent aucune gravité.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Démence progressive et incoordination des mouvements dans les quatre membres chez le frère et la sœur, par Bouchaud (*Revue neurologique*, 15 janvier 1894, n° 1, p. 2). — Les antécédents de ces deux enfants sont les suivants: grand-père paternel mort d'apoplexie, grand-père maternel ivrogne; père et mère bien portants, ainsi que les trois autres frères et sœurs qui survivent sur huit enfants. Le premier malade, vu en 1885 à l'âge de huit ans, est atteint depuis trois ans d'affaiblissement intellectuel, de tremblement et de difficultés de la marche. La marche est tabéto-cérébelleuse, les membres supérieurs sont incoordonnés. Au repos, rien. Réflexes conservés. Sensibilité intacte. Parole traînante. Etat intellectuel apathique. En 1886, incapacité de la marche, pied en varus équin. En 1887, faiblesse intellectuelle, ne reconnait pas l'entourage, roideur des membres empêchant les mouvements: eschares. Ultérieurement, crises épileptiformes et mort. A l'autopsie: adhérences pie-mériennes; rien au cerveau. Dans la moelle, sclérose latérale non systématique et dégénération des cellules antérieures. Le deuxième cas, sœur du précédent vue en 1889, âgée de 10 ans, a montré de l'arrêt de développement intellectuel depuis trois ans: elle offre une démarche titubante et une grande incoordination des membres supérieurs. Plus tard, la marche devient impossible. Elle prend la grippe en février 1892 et en meurt. A l'autopsie, même sclérose latérale de la moelle. L'auteur discute le diagnostic et pense être en présence d'une affection familiale non encore décrite.

Astasie-abasie (A case presenting the group of symptoms termed astasia-abasia), par Smith (*The Johns Hopkins Hospital Bulletin*, janvier-février 1894, n° 37, p. 3). — Le cas a trait à une femme mariée, mère de famille, âgée de 31 ans, qui, sans antécédents héréditaires ni personnels notables, présente depuis 4 ans des crises convulsives intermittentes, à la suite de quelques-unes desquelles elle perd temporairement la faculté de marcher. Plus tard, la marche est empêchée pendant de plus longues périodes, auxquelles en succèdent d'autres où elle est indemne. A l'examen, à part un léger tremblement des membres inférieurs, on ne découvre aucun trouble, ni de la sensibilité, ni de la force musculaire, ni des réflexes. Seule existe la difficulté de la marche, que l'auteur, tout en faisant valoir le mécanisme de l'aboulie, croit pouvoir rattacher à de l'astasie-abasie de nature hystérique.

Paralysie faciale bilatérale par pression du forceps pendant l'accouchement (Case of bilateral paralysis due to injury by forceps at birth), par Edgeworth (*Brit. med. Journ.*, 6 janvier 1894, n° 1723, p. 11). — Enfant de 7 ans, est amenée le 20 avril 1893. C'est le premier enfant de sa mère qui raconte qu'elle a dû être délivrée au forceps. On constate l'existence d'une paralysie faciale double; la malade ne peut pas bien lever les paupières; les orbiculaires n'exécutent aucun mouvement. La face est, malgré cela, bien développée. Les muscles ne réagissent pas à l'électricité. Il s'agit d'une paralysie faciale double périphérique complète pour le facial supérieur, incomplète pour le facial inférieur. D'ordinaire, la paralysie faciale causée par le forceps est unilatérale et transitoire, contrairement à ce qu'on observe dans le cas rapporté.

Paralysie faciale périphérique (Peripheral facial paralysis), par Maria Venton (*Medical News*, 24 mars 1894, n° 1106, p. 309). — Résultats de la pratique de l'auteur au département nerveux de l'Hôpital des yeux et des oreilles, portant sur 52 cas. Après une étude anatomique préliminaire des nerfs, et diverses considérations d'étiologie où interviennent l'action du froid, des otites, des fractures du crâne, comme causes principales, plusieurs observations sont relatées parmi lesquelles deux surtout sont intéressantes en raison de ce qu'il existe des troubles du goût imputables à l'atteinte de la corde du tympan. Le traitement par l'électricité donne, d'après la statistique produite, de très favorables résultats.

Ptosis congénital (Congenital ptosis. Innervation of the upper eyelid), par Hughlings Jackson (*The Lancet*, 6 janvier 1894, p. 11). — L'auteur interprète différents cas de ptosis congénital, desquels il conclut que l'innervation du releveur de la paupière reconnaît une double origine, et que la troisième paire et le noyau ptérygoïdien de la cinquième paire participent à son innervation. Il se base principalement sur les cas où on a observé, lors de ptosis congénital, des mouvements associés de relèvement de la paupière pendant l'ouverture de la bouche, et sur la coexistence de l'ophthalmoplégie externe avec la paralysie des masticateurs.

Vitalité comparée de l'homme et de la femme (The comparative vitality of men and women), par Brandeth Symonds (*The American Journal of the medical Sciences* mars 1894, n° 263, 295). — Statistique intéressante au point de vue documentaire, et par les réflexions que suggère à l'auteur (examinateur médical senior d'une grande Compagnie d'assurances), la comparaison de la longévité de l'homme et de la femme mesurée aux différents âges: C'est ainsi qu'il parait établi, en général, qu'en dépit de la délicatesse apparente du sexe dit faible, la vie de la femme est de beaucoup plus longue que celle de l'homme. L'auteur examine ensuite le rapport comparé de la mortalité par mille et par sexe aux diverses périodes de la vie. Pendant les premières années (0 à 1 an), la mortalité féminine est un peu inférieure à la mortalité mâle. Cependant, à cette époque, les conditions de la vie sont à peu près les mêmes, malgré cela, la mortalité de la femme est plus faible. A partir de 5 ans, ou un peu avant,

les différences commencent à se manifester : la fillette garde la maison et se plaît avec ses poupées, le garçon va au dehors et patauge dans la boue. Ces influences se manifestent promptement sur la mortalité féminine qui dépasse l'autre, et atteint son point extrême à la douzième année (3,56 par 1,000 de mâles pour 4,28 de femmes). Vers l'établissement de la puberté, on pourrait s'attendre à de plus graves conséquences pour la femme que pour l'homme. A la vérité, vers 12 à 16 ans, la mortalité féminine augmente rapidement (1,68 par 1,000 pour 1.18 d'hommes). De 16 à 20 ans, l'augmentation reprend du côté mâle dans la proportion de 2,21 pour 1 70, sans doute parce qu'à cet âge, commence le « struggle for life » et se développent les vices. Depuis ce temps, la mortalité mâle descend lentement au niveau de la féminine jusqu'à 46 ans, où elles s'égalent toutes deux, atteignant alors 11,11 pour 1,000. Cet âge représente la fin de la période de la conception, et c'est sans doute l'influence de la parturition qui augmente la mortalité féminine pendant les années précédentes. On a dit que la période décennale de 46 à 56 ans était la « période critique » pour la femme. Il n'en est rien, sa mortalité n'est que graduelle. Au contraire, celle de l'homme est excessive pendant ce même temps, et c'est pour lui qu'il paraît s'agir plutôt de « période critique ». Le taux de sa mortalité atteint alors 6,32 pendant que celui de la femme est de 3,47 pour 1,000. Sans doute doit-on faire pour cet excédent une part à la syphilis. A partir de ce point, la mortalité des femmes gagne rapidement sur celle des hommes, pendant la période de 56 à 60 ans, qui pourrait être appelée plutôt leur période critique. Ensuite, les deux mortalités sont très différentes, celle des femmes se maintenant au-dessous de celle des hommes. On peut ajouter que la longévité des femmes est plus marquée. En outre des récits bibliques qui l'attestent, on a remarqué que sur une liste de 300 personnes ayant atteint 120 ans, il y avait plus de 60 femmes?

De là résulte que la femme a plus de vitalité que l'homme. Darwin a montré que l'homme était polygame, tendance qui, pour se satisfaire, nécessite cependant dans le monde un excès de femmes. Or cet excès ne peut être maintenu que de deux façons : ou par un plus grand nombre de naissances féminines ou par une plus grande vitalité de la femme. Or, les tables de naissances montrent au contraire une plurinatalité des enfants mâles. Le pourcentage des divers pays donne, à cet égard, 39 naissances de mâles pour 37 de femmes. Ce fait montre que la base de notre impression vulgaire sur l'existence d'un plus grand nombre de femmes que d'hommes, repose sur cette vitalité de la femme qui devait exister déjà chez la femme-singe ancestrale.

MÉDECINE

Trois cas d'association bactérienne (Zur Klinik der Bacterien-Associationen), par Kalendero (*Wien. med. Presse*, 1894, n° 11, p. 405). — Dans la première observation, il s'agit d'une femme de 25 ans qui entra à l'hôpital avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde grave. Le seul point obscur était l'existence d'une bronchite des sommets, ce qui ne concordait guère avec le diagnostic de dothiénentérie. Les jours suivants les phénomènes pulmonaires s'accusent davantage, de sorte que le diagnostic primitif de fièvre typhoïde est remplacé par celui de tuberculose miliaire aiguë. La femme succombe du reste quatre jours après son entrée, et à l'autopsie on trouve à côté des lésions classiques de la fièvre typhoïde une tuberculose miliaire généralisée. L'examen bactériologique fait par M. Babes confirma du reste la double infection à bacille tuberculeux et à bacille typhique.

La seconde observation est celle d'un individu souffrant depuis 20 jours et entré à la clinique avec une fièvre intermittente en apparence très nette. L'examen du sang fit du reste voir les hématozoaires de Laveran. Quelques jours après, le malade succombe à une péritonite par perforation, et à l'autopsie on trouve les lésions classiques de la fièvre typhoïde à la période de déclin. La rate renfermait des bacilles typhiques.

La troisième observation est identique à la précédente et se rapporte à un paludéen de 16 ans qui succombe à la fièvre typhoïde méconnue. Ici encore l'examen bactériologique montra la présence du bacille d'Eberth dans la rate, et des hématozoaires dans le sang.

Epidémie locale d'influenza typhique (Eine locale Epidemie von Influenza typhosa), par Wœrner (*Münch. med. Woch.*, 1894, n°s 7, 8, 9). — Le travail de l'auteur est basé sur l'étude de 13 cas d'influenza grave dont les observations sont rapportées en détail.

Dans tous ces cas, le début a été brusque et accompagné de frisson, de prostration des forces, de douleurs dans la nuque et les membres, de pharyngite, quelquefois de vomissements et de diarrhée. La fièvre, très élevée dès le premier jour, persistait pendant 7 à 18 jours et présentait trois stades : stade de fièvre élevée (40°), stade d'oscillation et retour à la température normale.

Dans la majorité des cas, il existait une prédominance des phénomènes du côté du tube digestif sous forme de diarrhée et de vomissements. La diarrhée ne s'accompagnait pas de coliques proprement dites, mais toujours le ventre était sensible et les fosses iliaques douloureuses à la palpation.

Les organes respiratoires étaient toujours pris. Le coryza intense était habituellement accompagné de phénomènes catarrhaux trachéo-bronchiques. Comme phénomènes nerveux, on trouvait des douleurs et des bourdonnements d'oreilles, de l'agitation avec délire, de la somnolence, de la prostration des forces.

La rate n'a été augmentée de volume que chez cinq malades. Dans un cas, on a trouvé de l'herpès labial, chez six autres un érythème papuleux ou roséolique généralisé.

Parmi les complications, on a noté une fois des hémorrhagies multiples par la peau et les muqueuses, 4 fois de l'épistaxis, une fois la pneumonie, une fois l'otite suppurée; et pendant la convalescence, une fois la pleuro-pneumonie, 2 fois la pleurésie.

Le traitement était purement symptomatique et la fièvre combattue par des bains froids ou progressivement refroidis.

CHIRURGIE

De l'étranglement interne produit par un diverticule intestinal, par Bayle (*Arch. de méd. et pharm. mil.*, 1894, n° 2, p. 109). — L'auteur a eu l'occasion d'opérer *in extremis* un militaire arrivé avec des accidents d'étranglement interne dont la cause n'a pu être déterminée. Pendant l'opération on a pu constater l'existence dans la cavité abdominale d'un cordon volumineux, bridant une anse intestinale et fixé par son extrémité inférieure au niveau de l'ombilic. Ce cordon recourbé en arc, à concavité antérieure au-dessous du nombril, formait un anneau presque complet dans lequel était fortement étreinte l'anse étranglée. Le cordon d'étranglement fut attiré au dehors, et l'on put constater qu'il s'agissait d'un diverticule creux, de forme cylindro-conique à base inférieure; qu'il se continuait à plein canal avec l'iléon (son insertion à 66 cm. en amont de la valvule iléo-cæcale se faisait sur la convexité de l'iléon opposée à l'insertion du mésentère, comme on a pu le constater à l'autopsie); qu'il renfermait des liquides et des gaz, que par pression on pouvait faire facilement refluer dans l'intestin. L'intestin grêle était rétracté au-dessous de l'étranglement et fortement dilaté au-dessus.

Le diverticule fut sectionné entre deux ligatures ; l'intestin, sphacélé sur une grande étendue, fut réséqué après ligature du mésentère, et les bouts de l'intestin réséqué, de même que ceux du diverticule, fixés à la plaie abdominale. Mort quelques heures après l'opération.

L'auteur fait suivre cette observation de réflexions qui l'amènent aux conclusions suivantes :

Les diverticules intestinaux sont rares; mais il est important que l'attention soit attirée sur la possibilité de leur existence, parce qu'ils sont devenus plusieurs fois une cause d'étranglement interne. Ces diverticules sont le résultat, les uns d'un bourgeonnement anormal de l'intestin pendant la vie fœtale, les autres de la persistance du conduit omphalo-mésentérique, comme dans le cas personnel de l'auteur.

Le diagnostic d'étranglement interne par diverticule est seulement possible dans les cas où ce diverticule est très court et adhère à l'ombilic.

En présence d'un étranglement interne, la laparotomie s'impose dès l'apparition des vomissements fécaloïdes ou dès la première manifestation de péritonite. Une opération même tardive devra toujours être tentée.

Dans le cas d'étranglement interne par un diverticule adhérent à la paroi abdominale, il faudra réséquer le diverticule entre deux ligatures.

Six cas d'actinomycose (Weitere sechs Fælle von Actinomycosis hominis aus Nurnberg und Umgebung), par Koch (*Münch. med. Woch.*, 1894, n[os] 8 et 9). — Les six cas que publie l'auteur ont présenté les particularités suivantes :

Dans le premier cas, il s'agit d'une actinomycose de la lèvre inférieure chez un homme de 23 ans. Toute la lèvre présentait l'infiltration dure classique et la tumeur, des dimensions d'une cerise, rappelait assez bien un carcinome. La muqueuse et la peau n'étaient pas ulcérées et quand on comprimait la tumeur, on pouvait constater qu'elle présentait des reflets jaunes. Le diagnostic fut fait après l'examen microscopique d'une parcelle excisée. Guérison par l'extirpation de la tumeur.

Dans le second cas, il s'agit d'un cas d'actinomycose de la joue droite chez un homme de 31 ans. Le point de départ a été l'apophyse alvéolaire du maxillaire inférieur. Diagnostic facile par les caractères du pus. Guérison après excision et grattage du foyer.

Dans le troisième cas, actinomycose du maxillaire inférieur gauche, le tableau clinique a été pendant 18 mois dominé par du trismus dont la cause n'a pu, à aucun moment, être élucidée. Ce n'est qu'après le ramollissement du foyer et son incision qu'on a pu faire le diagnostic d'après les caractères du pus. Guérison après extirpation et grattage du foyer.

Chez le quatrième malade, un homme de 28 ans, l'actinomycose occupait la région sous-maxillaire gauche. L'origine de l'affection a pu être attribuée à la pénétration de parcelles d'avoine dans la bouche, au moment où le malade, garçon d'écurie, pansait les chevaux. Le diagnostic était fait avant l'opération d'après les caractères de la tumeur. Guérison après extirpation et nettoyage du foyer.

Chez le cinquième malade, l'affection avait débuté sous forme d'une pleurésie gauche. On avait fait la ponction de l'empyème et on trouva un pus particulier qui attira l'attention du médecin. Lorsque le malade arriva à la clinique, il était déjà dans un état de cachexie avancée avec des abcès sous-cutanés multiples caractéristiques et des trajets fistuleux nombreux. A l'autopsie faite un mois après l'entrée du malade, on trouva une actinomycose du lobe inférieur gauche avec des noyaux dans le péricarde.

Dans le sixième cas enfin, il s'agit d'une femme de 35 ans, très amaigrie, presque cachectique, arrivée avec une tumeur du cæcum. La laparotomie, suivie de drainage, montra qu'il s'agissait d'actinomycose. Guérison.

Fonctions de l'estomac après la résection du pylore (Ueber die Function des Magens nach Pylorusresektion), par Imredy (*Wien. med. Presse*, 1894, n° 13, 481). — L'auteur a étudié le fonctionnement de l'estomac chez une femme de 58 ans à laquelle on avait fait, 2 mois auparavant, la résection du pylore pour un rétrécissement cicatriciel consécutif à une ulcération.

Le contenu stomacal, qui avant l'opération restait dans l'estomac pendant 10 et 12 heures, passait maintenant dans le temps presque normal, et l'épreuve au salol montrait qu'il n'y avait qu'un retard de 45 minutes comparativement avec un individu bien portant.

L'insufflation de l'estomac montra que l'organe avait repris les dimensions normales. Le contenu stomacal avait une acidité de 60 0/0 et ne renfermait pas d'autres acides résultant des fermentations anormales. Jamais la bile ne passait dans l'estomac, ce qui montrait que l'occlusion de l'estomac, au niveau de son abouchement avec l'intestin, était parfaite et qu'il s'était probablement formé un anneau musculaire faisant fonction de pylore.

Note sur l'emploi des fomentations chaudes de sublimé au 1000[e] dans le traitement de l'érysipèle, par Labanowski (*Arch. de med. et pharm. milit.*, 1894, n° 1, p. 24). — Dans un cas d'érysipèle étendu de la face, l'auteur a eu l'idée de remplacer les pulvérisations de sublimé (qui ont l'inconvénient de provoquer une inflammation pénible et même la vésication de la face et d'augmenter l'infiltration œdémateuse des tissus), par des compresses imbibées d'une solution chaude de sublimé au 1000[e], aussi chaude que le malade pouvait les supporter, et renouvelées le plus souvent possible. L'effet de cette médication, combinée au sulfate de quinine à l'intérieur, fut des plus satisfaisants. D'après l'auteur, grâce à ces compresses, l'érysipèle, quoique étendu et grave en raison de la violence des phénomènes généraux, a cédé rapidement, sans qu'il y ait eu de recrudescence du mal ni de poussées successives, comme le montre la courbe thermométrique reproduite dans le travail. La médication employée, qui semble s'être opposée à l'extension du mal, a encore eu pour résultat d'amener localement, par l'action combinée de l'agent antiseptique et de la chaleur sur les téguments envahis par l'érysipèle, un soulagement presque immédiat.

Un cas d'hydrocèle chez la femme (Ueber Hydrocele feminæ), par Eisenhart (*Münch. med. Woch.*, 1894, n° 9, p. 164). — Il s'agit d'une femme de 37 ans, nullipare, qui, depuis deux ans, avait des douleurs sourdes dans l'aine droite. Un jour, après avoir fait un effort, elle vit apparaître dans l'aine douloureuse une tumeur des dimensions d'une noix. La tumeur elle-même n'était pas très douloureuse et paraissait augmenter et diminuer de volume suivant que les douleurs étaient plus ou moins intenses.

A l'examen on trouvait une petite tumeur kystique dont la ponction donna issue à 10 cent. c. d'un liquide séreux. Comme le liquide ne tarda pas à se reproduire, on se décida à enlever la tumeur. Après l'incision de la peau, on tomba de suite sur la tumeur qui avait toutes les apparences d'un kyste, qui fut enlevé avec la plus grande facilité au ras de l'anneau inguinal. Le pédicule fut fermé par une ligature.

L'examen microscopique montra que la tumeur était formée par l'accumulation de liquide dans le processus vaginal qui accompagne le ligament rond au moment de son passage dans le canal inguinal rond.

Traitement de l'occlusion intestinale (Zur Therapie der Darmocclusion), par Teleky (*Wien. med. Woch.*, 1894, n° 9, p. 321). — L'auteur rapporte deux cas d'occlusion intestinale guérie par l'opium à haute dose et les irrigations intestinales, au moment où le seul moyen de salut, après une occlusion de 3 et 5 jours, paraissait être la laparotomie.

L'opium aurait, dans ces cas, l'avantage d'arrêter la progression des matières fécales au-dessus de l'étranglement, de faire cesser les mouvements péristaltiques violents et de s'opposer ainsi à la paralysie de l'intestin, de lutter en dernier lieu contre le collapsus. Quant aux irrigations intestinales, non seulement elles dissolvent les matières fécales, mais encore aident au dégagement de l'intestin par les tractions qu'elles exercent sur lui.

BIBLIOGRAPHIE

La famille névropathique, par Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 1 vol. in-18 cart. à l'anglaise, de 334 pag. avec 25 gravures dans le texte. Paris, 1894. F. Alcan, édit. Prix : 4 fr.

Si l'on compare le mémoire de M. Féré paru en 1884 dans les *Archives de neurologie*, avec le livre qu'il publie aujourd'hui sous le même titre, on est heureux de constater les développements et les progrès réalisés, en cette période décennale, sur cette intéressante question de l'hérédité neuropathique, et l'on ne peut *a priori* ne pas remarquer la contribution importante que lui ont apportée les travaux personnels de l'auteur. C'est qu'il ne s'agit pas dans ce volume d'une augmentation portant sur le nombre des observations, mais aussi d'une sorte de rénovation doctrinale, qui s'appuie non seulement sur les recherches récentes de Wysman et de Sanson, mais encore sur les expériences tératologiques de M. Féré.

Après avoir montré, en quelques pages, que, contrairement à certaines assertions, la théorie sur l'hérédité formulée par Wysman ne ruinait pas la doctrine de l'hérédité acquise, sans qu'à notre regret il ait cru devoir signaler à ce sujet l'ingénieuse interprétation de l'*induction* de Bard, M. Féré passe successivement en revue la plupart des faits qui ont établi la réalité de la transmission héréditaire de la prédisposition psychopatique et névropathique tant pour les psychoses et les névroses que pour les organopathies ; ainsi que les liens qui relient à ces formes des désordres mentaux, plus discutés, dont résultent le vice, le crime, et le génie. Il étudie, ensuite, les rapports de l'hérédité nerveuse avec les autres groupes nosographiques, avec les infections et les intoxications d'une part, avec les affections du groupe arthritique d'autre part. Alors que les premières ne joueraient que le rôle d'agents provocateurs

chez des prédisposés, celles-ci, au contraire, ne seraient pas excitatrices, mais figureraient au contraire, des états congénères, provenant comme eux-mêmes de trouble de la nutrition.

L'auteur consacre alors plusieurs chapitres pour montrer les rapports qui existent entre les troubles tératologiques et l'hérédité morbide névropathique. Les malformations ou maladies héréditaires qui sont déterminées dans les deux cas possèdent en effet un caractère commun essentiel, à savoir une tendance équivalente à la perte des caractères héréditaires, et cela quelle que soit la cause variable qui les a provoquées. Il résulte de là que la dissemblance (hérédité de transformation) accusée par Sanson de contredire le plus grand nombre des cas de l'hérédité neuropathique perd d'autant plus de sa valeur comme argument à cet égard, qu'il est permis de dire que, si la ressemblance est un caractère de *l'hérédité normale*, la dissemblance est de même un caractère de *l'hérédité morbide*. Les expériences faites sur des œufs de poule soumis à divers agents passant pour facteurs de dégénérescence, ont confirmé cette manière de voir, et montré aussi que les caractères des dégénérescences ainsi produites n'ont rien de spécifiquement lié à la cause. De là l'intérêt considérable des signes tératologiques, qui sont véritablement les signes objectifs de la dégénérescence, qu'ils accusent avec plus de certitude que la transmission aléatoire d'un caractère pathologique acquis; aussi l'auteur entreprend-il une étude descriptive très complète de ces divers stigmates, qui sont à rechercher sur les organes et appareils, sur les membres, le tronc, le crâne, la face et même sur l'ensemble du corps (proportions du corps). Un court chapitre consacré à la prophylaxie de la dégénérescence termine ce volume, de l'intérêt duquel notre brève analyse ne peut assez témoigner, et que liront avec profit tous ceux qui affectionnent ces données biologiques générales dont la portée est considérable.

Paul Blocq.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Lehrbuch der speciellen Chirurgie, par Fr. Kœnig. T. III et dernier. 6e édition. Hirschwald, Berlin, 1894.

Nous venons de recevoir le tome III et dernier de la chirurgie des régions de Fr. Kœnig. Ce volume contient l'histoire des maladies du rachis et des membres. Nous nous bornons à l'annoncer, ayant déjà dit à propos des deux premiers volumes (et de la traduction française parue il y a quelques années sur la 4e édition) le bien que nous pensions du livre du distingué professeur de Gœttingue.

Puissance d'action des injections Brown-Séquardiennes chez l'adulte et le vieillard, par R. Serrand et L. Jordanis. Paris, 1894. A. Maloine, éditeur.

La question de l'efficacité du traitement séquardien contre l'ataxie et la sénilité paraît actuellement, après les recherches consciencieuses tout récemment publiées en France, en Angleterre et en Allemagne, tranchée définitivement dans le sens négatif, et je ne crois pas que la lecture des 15 observations rapportées ici puisse modifier en rien l'opinion, malgré les conclusions enthousiastes des auteurs.

Petit manuel d'anesthésie chirurgicale, par F. Terrier et M. Péraire. Paris. Alcan, 1894. 1 vol. in-12 avec 37 gravures dans le texte, en élégant cartonnage anglais, 3 fr.

M. le professeur F. Terrier vient de publier, avec le concours de M. le Dr Péraire, un manuel essentiellement pratique destiné aux chirurgiens.

Sous le titre : *Petit manuel d'anesthésie chirurgicale*, MM. Terrier et Péraire passent en revue les différents procédés d'anesthésie, soit *locale*, soit *générale*. Ils exposent les tentatives faites par les chirurgiens pour obtenir un résultat satisfaisant par l'usage des agents anesthésiques, décrivent minutieusement le mode d'emploi de ces agents et examinent leurs avantages et leurs dangers. Enfin ils insistent sur les moyens employés pour éviter les accidents dus aux anesthésiques et pour remédier à ceux-ci, le cas échéant.

Ce volume, avec le *Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales* des mêmes auteurs, récemment publié, constitue un guide indispensable à tous les chirurgiens quels que soient les opérations à faire et le mode opératoire préféré par chacun d'eux.

Echelles visuelles et leurs applications, album de 15 planches avec texte, par M. le Dr W. Nicati. Paris, Sociétés d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois. Prix : 6 fr.

Cet ouvrage très pratique comprend les planches suivantes que le texte, composé de cinq chapitres intitulés : oxyopimétrie, oxyopiesthésiométrie, photométrie oxyopique, photo-esthésiométrie, typométrie, sert à expliquer :

I. Echelle sommaire de l'acuité angulaire directe.
II. Echelle de l'acuité angulaire directe et inverse. Astigmoscope rayonné.
III. Même que planche I, pour illettrés.
IV. Même que planche II, pour illettrés. Astigmoscope circulaire.
V. Echelle décimale de l'acuité angulaire inverse. Astigmoscope carrelé.
VI. Echelle de l'acuité physiologique à la fois échelle photométrique.
VII. Echelle photométrique de poche.
VIII. Echelle cursive de l'acuité angulaire directe et inverse, graduées d'après l'œil de la lettre.
IX. Echelle de lecture musicale : graduation par les hauteurs de portée et par l'acuité angulaire mesurée en assimilant l'écartement des lignes de portée à la hauteur des lettres dans l'échelle alphabétique.
X. Echelle typométrique, caractères romains maigres, œil 4/10, texte français.
XI. Echelle typométrique. caractères romains maigres, œil 6/10, texte anglais.
XII. Echelle typométrique, caractères italiques maigres, œil 5/10, texte italien.
XIII. Echelle typométrique, caractères romains maigres, œil 5/10, textes espagnol, portugais, roumain.
XIV. Echelle typométrique, caractères gothiques 5/10, russes 5/10, grecs 4 et 5/10, textes allemand, russe, grec.
XV. Echelle typométrique, caractères orientaux divers, textes arabe, arménien, turc, tamoul, hébreu, japonais.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — M. Girard, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier.

Corps de santé de la marine. — M. Seguin, médecin de 2e classe, a été promu au grade de médecin de 1re classe.

— Par décision ministérielle, en date du 14 avril 1894, les convocations pour l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale seront faites par les soins et sur le territoire des commandants de corps d'armée dont relèvent les intéressés par leur affectation. Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie ou à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans la région où ils sont domiciliés.

Les médecins qui désireraient accomplir leur stage, sans solde, dans un autre centre d'instruction que celui qui leur sera assigné devront, dès la réception de leur ordre d'appel, en rendre compte à M. le directeur du service de santé de leur corps d'armée qui soumettra au ministre la liste de ces médecins avec ses observations.

Aucun sursis d'appel ne pourra être accordé, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations. Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Bureau central. — Les candidats admissibles aux épreuves définitives (médecine), sont : MM. Thoinot, Darier, Dalché, Capitan, Girode, Vaquez, Launois, Barbier, de Gennes et Florand.

Nécrologie. — Le Dr Landowski, qui vient de mourir, à l'âge de 50 ans, était non seulement un médecin instruit et expérimenté, mais encore un honnête homme dont le courage et le dévouement pouvaient être cités comme un exemple. Dans sa jeunesse il avait eu à lutter contre de grandes difficultés. Il aimait à rappeler ce qu'il avait dû déployer d'énergie pour sauver sa vie et achever son éducation médicale. Parvenu à une situation digne de son talent, il avait adopté les six enfants de son frère, dont l'un d'eux, M. Ladislas Landowski, est l'un des plus distingués parmi les internes des hôpitaux.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE — N° 18 — 5 MAI 1894

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

De l'agrandissement momentané du bassin.

Méthode devant se substituer aux applications de forceps, à la version, à l'accouchement provoqué et dans la plupart des cas à l'opération césarienne, lorsqu'il y a disproportion entre la filière pelvienne et la tête fœtale. Rapport fait au Congrès international de médecine tenu à Rome, par A. PINARD, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine de Paris.

Messieurs, lorsque le 7 décembre 1891, j'exposais les raisons et les faits qui me décidaient à entrer dans la voie indiquée par Sigault, où l'école de Naples et en particulier son illustre représentant le professeur Morisani obtenaient de si beaux succès, je m'appuyais aussi et surtout sur les recherches anatomiques et expérimentales entreprises par le professeur Farabeuf et son collaborateur et le mien, le Dr Varnier, professeur agrégé.

Depuis cette époque, nous n'avons cessé de rechercher et d'observer, et, aujourd'hui, je vous apporte le résumé de nos études cliniques, anatomiques et expérimentales.

Ayant l'honneur d'avoir été choisi comme l'un des rapporteurs de cette grande question devant être discutée au Congrès : la symphyséotomie, je vous demande la permission de vous dire en quelques mots de quelle façon j'ai cru devoir remplir ma tâche. Il ne m'a point semblé que j'eusse à m'occuper de l'historique de la question. Chacun, ici, sait ce qui appartient à Sigault, à Aitker et à l'Ecole italienne personnifiée par Morisani. Et mon éminent collègue ne m'en voudra pas, je l'espère, de dire que c'est là de l'histoire ancienne et moderne, et qu'à ce point de vue aucune discussion ne peut s'engager. Nous ne pouvons que saluer ces noms à jamais glorieux qui dominent et éclairent ces deux périodes. Si je suis heureux de rencontrer ici le nom de mon compatriote Sigault, je ne le suis pas moins en m'inclinant devant Morisani à qui j'offre l'expression de ma reconnaissance.

Quant à l'histoire contemporaine, elle doit se borner à enregistrer les faits et à les commenter. Ce n'est pas l'heure d'en écrire la philosophie ni de chercher à élucider la part qui revient à chacun dans la restauration de la symphyséotomie.

C'est assez vous dire que mon intention n'est point de vous rappeler ici les noms de tous ceux qui ont parlé ou écrit sur la question sans la connaître. Ceux-là seuls qui ont apporté des recherches, des études, des faits, auraient quelques droits à être cités. Et cependant, je n'entreprendrai pas la tâche de vous énumérer tous les mémoires ni de vous rappeler toutes les observations publiées par ces quelques années et dont le nombre augmente chaque jour.

Au risque de paraître trop personnel, je ne rapporterai ici que les observations recueillies dans mon service à la clinique Baudelocque.

Déjà, le nombre en est assez considérable pour que les résultats ne puissent être attribués au hasard d'une série heureuse ou malheureuse, et suffit, je pense, à montrer ce qu'on est en droit d'attendre d'opérations pratiquées d'une façon méthodique. En agissant ainsi, il me sera possible de comparer les résultats obtenus par l'agrandissement momentané du bassin avec les résultats obtenus antérieurement lorsque les mêmes personnes et dans le même service, employaient d'autres moyens.

C'est dans ces conditions seulement qu'une comparaison peut être logique et qu'un pourcentage peut apparaître d'une façon équitable.

Ce chapitre de clinique terminé, et je le ferai aussi court que possible, j'exposerai le résumé des recherches anatomiques et expérimentales ayant trait : 1° à l'anatomie et à la physiologie des articulations sacro-iliaques avant et après la symphyséotomie;

2° A l'appréciation du bénéfice de la symphyséotomie;

3° A la technique opératoire.

Mais avant, j'ai un devoir à remplir.

Je ne pouvais signer ce rapport que de mon nom, alors qu'il est véritablement le résumé des travaux de trois personnes ; le professeur Farabeuf, le professeur agrégé Varnier et moi. Si, dans le cours de l'exposition qui va suivre, le rôle de Farabeuf ne tarde pas à vous apparaître tel qu'il est, c'est-à-dire capital, celui de Varnier vous semblera peut-être très effacé. Messieurs, il n'en est rien. Vous savez tous les efforts dépensés par notre collègue pour faire connaître et apprécier la symphyséotomie. Vous connaissez ses nombreuses publications sur ce sujet, mais je veux et je dois vous dire que sa collaboration a été incessante près de moi.

Il n'est pas d'observations pour ainsi dire dans lesquelles il n'ait été ou acteur ou témoin, et si, dans l'ensemble de nos travaux, on déterminait notre part respective, je dois

avouer que la part de l'élève l'emporterait sur celle du maître.

Cela je devais le dire, et j'ajoute que ce n'est pas la moindre de mes satisfactions.

Depuis le 4 février 1892 jusqu'au 8 mars 1894, 38 agrandissements du bassin ont été pratiqués à la clinique Baudelocque, 36 symphyséotomies, 4 pubiotomie et 1 ischio-pubiotomie ou opération de Farabeuf.

De ces 36 symphyséotomies :

23 ont été pratiquées par Pinard.

6 par le Dr Varnier, professeur agrégé.

3 par le Dr Lepage, chef de clinique.

3 par le Dr Wallich, chef de clinique.

1 par le Dr Potocki, chef de clinique.

1 pubiotomie a été pratiquée par le Dr Varnier.

1 ischio-pubiotomie ou opération de Farabeuf par Pinard.

Ces 38 agrandissements momentanés du bassin ont donné les résultats bruts suivants :

Femmes : Guéries, 36; mortes, 2.

Enfants : Vivants, 34; morts, 4.

La pubiotomie et l'ischio-pubiotomie ont donné un succès complet pour la mère et pour l'enfant. Ce qui fait un total de 74 vivants et 6 morts. C'est moi-même qui ai pratiqué la symphyséotomie chez les deux femmes qui ont succombé.

Examinons successivement les causes qui ont amené la mort chez les deux femmes et les quatre enfants.

La première femme qui a succombé (obs. 564, XXe symphyséotomie, a été opérée dans les conditions suivantes : en travail depuis trois jours, œuf ouvert depuis soixante-six heures, liquide amniotique, vert, épais et extrêmement fétide, ayant été touchée en ville plusieurs fois par une sage-femme et un médecin.

L'opération ne présenta aucun incident. Il y eut réunion immédiate de la plaie superficielle. La femme mourut le neuvième jour, d'une septicmie à staphylocoques. Bien que cette femme fût compromise à son entrée dans le service, ayant constaté que l'enfant était vivant, je pratiquai la symphyséotomie, convaincu que cette opération ne pourrait être que nuisible à ma statistique et nullement à l'opérée.

C'est encore aujourd'hui ma conviction après les résultats de l'autopsie. La deuxième femme (obs. 1840, XXVIe symphyséotomie) avait un bassin vicié par spondylolisthésis. Opérée dans les meilleures conditions, cette femme mourut, le septième jour, d'une obstruction intestinale causée par une bride, ou plutôt une frange très mince, située à l'union de l'S iliaque et du rectum et que la laparotomie pratiquée le cinquième jour n'avait pu faire découvrir. Aucune trace d'un processus inflammatoire ne put être découverte à l'autopsie dans le petit bassin, ni au niveau des articulations sous-iliaques. Il est donc impossible de voir, dans ce cas, un rapport entre la cause de la mort et la symphyséotomie.

Les quatre enfants morts sont les enfants de la première, de la quatrième, de la treizième et de la vingt-huitième symphyséotomie.

Le premier mourut le troisième jour après la naissance.

Le deuxième mourut le deuxième jour après la naissance.

Le troisième mourut seize heures après la naissance.

Le quatrième mourut quelques instants après la naissance.

Pour le premier, la mort a été produite par une fracture d'un pariétal au moment de l'extraction de la tête dernière.

L'écartement du bassin n'était certainement pas suffisant vu le volume de la tête et le rétrécissement pelvien.

Le deuxième n'a pu vivre par défaut de développement. J'avais dans ce cas provoqué l'accouchement et interrompu la grossesse trop tôt, car l'autopsie ne révéla aucune lésion des organes de l'enfant, qui ne pesait que 2,130 gr.

Le troisième succomba, comme le premier, à la suite d'une fracture portant cette fois sur le frontal. Bien que l'écartement des pubis fût avant l'extraction de 3 centimètres, la tête très ossifiée volumineuse (Diamètre B. P. 93), saisie irrégulièrement s'engagea difficilement, et la cuiller du forceps détermine la fracture. Dans ce cas c'est le forceps qui doit être incriminé.

Le quatrième a succombé par suite des fractures multiples dues aux applications de forceps au détroit supérieur faites avant l'arrivée de cette femme dans le service. Malgré ces fractures que le toucher manuel ne me fit pas reconnaître, le rythme des battements du cœur était normal, et c'est pour cette raison que je pratiquai la symphyséotomie.

Ainsi sur ces quatre cas de mort chez l'enfant :

L'un, le premier, est imputable à mon inexpérience (j'avais sectionné la symphyse incomplètement et non agrandi le bassin).

Le deuxième à l'accouchement provoqué par trop prématuré.

Le troisième à une application de forceps irrégulière avec un écartement préalable insuffisant.

Le quatrième à des applications de forceps faites avant la symphyséotomie.

Voyons maintenant, quelles sont les complications et les accidents qui se sont produits au moment de l'opération ou depuis, et quel est à l'heure actuelle l'état de santé de nos opérées. Au point de vue des complications, j'ai à noter ce qui s'est produit dans les deux observations 1071 et 1656.

Chez la femme qui fait le sujet de l'observation 1071, un développement exagéré des veines au niveau de la région pubienne, et une déviation de la symphyse déterminèrent M. Varnier à pratiquer la pubiotomie après quelques recherches infructueuses de la symphyse. Les suites opératoires furent aussi simples et la consolidation du bassin aussi rapide qu'après la symphyséotomie.

Chez la femme qui fait le sujet de l'observation 1656, le membre inférieur droit est ankylosé avec le bassin, la symphyse n'est plus sur la ligne médiane mais déviée à droite et le bassin est asymétrique. Après la résection de la symphyse, en produisant moi-même l'agrandissement du bassin, je constatai que l'écartement des pubis ne se produisait pas d'une façon symétrique; la moitié gauche s'écartait librement tandis que la droite restait plus ou moins immobile, et il en résulta, d'une part, que les deux surfaces de section ne furent bientôt plus dans le même plan et que, d'autre part, tandis que la gauche était éloignée de la ligne médiane, la droite s'en était peu écartée. Or, pendant l'extraction de la tête par le forceps, la vessie fut comprimée et brisée à ce niveau. Il se produisit une fistule vésico-vaginale qui a été opérée par le Dr Segond et qui est guérie aujourd'hui.

Je n'ai constaté d'accidents dans aucun cas pendant la section et l'agrandissement du bassin. Les hémorrhagies veineuses en nappe que l'on constate assez souvent après la section de l'arcuatum ont toujours été arrêtées à l'aide d'un simple tamponnement avec une éponge. *Pendant l'extraction du fœtus*, j'ai vu se produire cinq fois chez des primipares une déchirure de la paroi antérieure du vagin faisant communiquer ce canal avec la plaie opératoire. Mais ces déchirures étaient peu étendues et se réunissaient par première intention, trois fois à la suite d'un tamponnement à la gaze iodoformée, deux fois après l'application de deux points de suture.

L'application préalable du ballon Champetier rendra cet accident de plus en plus rare.

Enfin, chez une de nos opérées, il se produisit, quelques jours après la symphyséotomie, de l'incontinence d'urine sans aucune lésion de l'appareil urinaire. Cette femme, qui eut des suites de couches absolument apyrétiques, se leva le vingt-deuxième jour et quitta la clinique le trente-deuxième jour. Je l'adressai à notre très distingué confrère le Dr Larat, qui diagnostiqua une parésie du sphincter visuel de cause hystérique et institua un traitement électrique qui amena bientôt la guérison.

Chez toutes nos opérées, la consolidation du bassin fut telle qu'elles purent quitter leur lit, se lever et marcher avec facilité en moyenne vers le vingtième jour.

Celles que nous pûmes suivre reprirent leurs occupations antérieures et, pour montrer que le bassin recouvre bien sa solidité après la section de la symphyse, je me contenterai de dire qu'une de nos opérées est restée nourrice pendant un an dans le service restant debout toute la journée et souvent la nuit, une autre est restée comme infirmière, une troisième est porteuse de pain et monte des étages du matin au soir, une quatrième fait souvent le voyage de Charenton à Paris à pied et en portant son enfant sur les bras.

Une de nos opérées est devenue enceinte trois mois après avoir été symphyséotomisée, n° 1409. Sa grossesse n'a déterminé aucun relâchement pathologique des symphyses et elle a continué ses occupations jusqu'au huitième mois. Une rupture prématurée des membranes la fit entrer à la clinique où elle accoucha spontanément d'un enfant du poids de 3,250 grammes.

Le dix-septième jour, elle quitta le service complètement guérie.

Une deuxième, n° 609, est à l'heure actuelle enceinte de cinq mois, sa grossesse évolue normalement, et elle ne souffre en aucune feçon de ses articulations pelviennes.

Quant aux enfants, il me suffira de donner ici le chiffre de leur poids au moment où ils ont quitté la clinique et il sera facile, en se reportant aux pièces justificatives, c'est-à-dire aux observations annexées à mon rapport, de se convaincre de leur développement normal et régulier.

Poids des enfants au moment de leur sortie de la Clinique Baudelocque.

2e	Symphyséotomie	4630	gr.	21e	Symphyséot.	2250	gr.
3e	—	3000	—	22e	—	3600	—
4e	—	3824	—	23e	—	3980	—
6e	—	4000	—	24e	—	2930	—
7e	—	4340	—	25e	—	3880	—
8e	—	4090	—	26e	—	3150	—
9e	—	3630	—	27e	—	3580	—
10e	—	3420	—	29e	—	3500	—
11e	—	4840	—	30e	—	3790	—
12e	—	4610	—	31e	—	3080	—
14e	—	3980	—	32e	—	3590	—
15e	—	3180	—	33e	—	3440	—
16e	—	4060	—	34e	—	3370	—
17e	—	3020	—	35e	—	3200*	—
18e	—	4130	—	36e	—	3680*	—
19e	—	3950	—		Ischio-pubiotomie	5560	—
20e	—	3790	—		Pubiotomie.	4390	—

Nous n'avons pu suivre tous ces enfants; cependant, nous en avons revu le plus grand nombre et tous se portent bien et se développent régulièrement sauf un, celui de la troisième symphyséotomie, chez lequel on constate à l'heure actuelle, une hydrocéphalie assez accusée. Je ferai remarquer, à ce sujet, que plusieurs tentatives d'applications de forceps avaient été faites par mon collègue le professeur Fochier et par moi, avant de pratiquer la symphyséotomie. Ces tentatives, restées infructueuses au point de vue de l'extraction, avaient cependant déterminé au moins une fracture du crâne (voir l'observation). Et il n'est peut-être pas déraisonnable de penser que ce traumatisme a joué un rôle dans l'étiologie de l'hydrocéphalie.

* Ces deux enfants sont encore dans le service.

La femme Trémoulet, chez laquelle j'ai pratiqué l'opération de Farabeuf, marche et danse aussi bien qu'avant son opération. Elle est revenue récemment dans mon service, où j'ai pu la montrer à mes élèves, ainsi que sa fille, qui est une superbe enfant.

La femme chez laquelle M. Varnier a pratiqué la pubiotomie se trouve, ainsi que son enfant, d'en d'aussi bonnes conditions.

Tel est notre bilan..... apparent.

Je dis apparent, Messieurs, car nous verrons tout à l'heure qu'il a et qu'il doit avoir une toute autre signification.

Quoi qu'il en soit, si je compare ce que nous avons fait depuis le 4 février 1892, et chaque jour avec plus d'assurance et aussi avec plus de rigueur, et les résultats obtenus pendant deux années avec ce que nous faisions, et les résultats obtenus pendant les deux années précédentes, j'ai le tableau ci-dessous :

1890-1891.	1892-1893.
Accouchements provoqués pour cause de viciation pelvienne.	**Agrandissement momentané du bassin.**
64 *Résultats*. F. vivantes. 62	38. *Résultats* : F. vivantes. 36
F. mortes. 2	F. mortes. 2
Enf. vivants. 35	Enf. vivants. 34
Enf. morts. 30 (1 jumeau)	Enf. morts. 4
Total : 97 vivants et 32 morts.	Total : 70 vivants et 6 morts.

Je ne poursuivrai pas davantage cette comparaison; ceux qui voudront la faire en détail et preuves en mains n'auront qu'à lire le *Fonctionnement de la Maison d'accouchements Baudelocque* (1), publié chaque année par le Dr Lepage, et le travail du Dr Pierre Farabeuf intitulé: *Les bienfaits de la symphyséotomie* (2).

Alors ils ne tarderont pas à être convaincus, je l'espère, de la supériorité de cette méthode qui consiste à agrandir momentanément le bassin, dans tous les cas où il y a disproportion entre la filière pelvienne et la tête fœtale, et dans tous les cas seulement où cet agrandissement mesuré, calculé à l'avance, peut permettre le passage d'une tête de fœtus à terme.

Ils y verront que depuis deux années, alors que je suis de plus en plus rigoureusement cette méthode, les interventions sont devenues de moins en moins fréquentes.

Je mets hors de cause immédiatement ce résultat immense, à savoir : la disparition définitive de l'embryotomie sur l'enfant vivant.

Ce progrès seul suffirait à légitimer mon enthousiasme et ma reconnaissance pour cette méthode. Mais il en est d'autres également d'une importance extrême.

Combien de fois, auparavant, aurais-je interrompu le cours de la grossesse chez ces femmes ayant un rétrécissement du bassin et qui sont accouchées spontanément dans mon service? Les chiffres sont là, et démontrent que nombre d'enfants sont nés à terme dans d'excellentes conditions pour se bien développer, alors que je les aurais exposés, en les faisant naître prématurément, aux risques de la faiblesse congénitale tout d'abord, et ensuite aux conséquences non moins graves de cette naissance avant terme qui, pour Little et pour la plupart

(1) Paris Steinheil éditeur.
(2) Paris, Steinheil éditeur 1893.

des neuro-pathologistes les plus compétents à l'heure actuelle, est cause de la pluralité des diplégies cérébrales de l'enfance; n'est-ce point là encore un progrès?

Ils y verront aussi que nous avons absolument abandonné toute application de forceps qui doit forcer une tête à pénétrer dans un bassin rétréci, depuis que mon collègue Farabeuf (il ne veut pas que je dise ce qu'il m'est, c'est-à-dire mon maître) nous a prouvé quelle abominable besogne nous accomplissions en tirant avec le forceps sur une tête arrêtée au détroit supérieur. Ce sont ces raisons qui m'ont déterminé à formuler les conclusions qui se trouvent à la fin de mon rapport, après l'exposé des recherches anatomiques et expérimentales qu'il me reste à vous faire connaître.

Article premier. — **Anatomie et physiologie des articulations sacro-iliaques avant et après la symphyséotomie.**

Messieurs,

Ces notions anatomiques sont ennuyeuses, mais elles sont de nature à prévenir quelques erreurs, à signaler de fausses pistes et à donner des indications utilisables pour le praticien. Vous le verrez, si vous voulez bien être très patients, au cours et à la fin de cet article, comme aussi au cours de deux autres.

La base, le fond des études dont je vous rends compte est toujours anatomique. M. Farabeuf dissèque, mesure, calcule, dessine, expérimente et construit des appareils pour amplifier les démonstrations..... mais il ne veut pas mettre le pied sur le terrain clinique. C'est justement le respect de notre compétence à nous, sur ce terrain, qui doit nous donner confiance dans les recherches patientes et positives de mon éminent collègue, recherches sans lesquelles j'aurais souvent hésité, car je leur ai demandé souvent d'éclairer et d'affermir ma route. Ce grand appareil en bois découpé représente la face interne de l'ilium droit. On y voit la surface articulaire, l'auricule et ses deux cornes, plus en arrière une éminence rugueuse, la pyramide, enfin en bas les deux épines postérieures, la grosse ou supérieure, la petite, inférieure. Maintenant on y applique avec les dernières vertèbres le sacrum et le coccyx. Vous apercevez facilement l'apophyse transverse de la cinquième lombaire. C'est là qu'aboutit, descendant, oblique en bas et en dedans, le premier des puissants ligaments ilio-transversaires qui suspendent la base de la colonne vertébrale entre les deux iliums, soutenus eux-mêmes par les fémurs dans la station debout.

Au-dessus de la cinquième lombaire, en arrière et au-dessus de l'auricule du sacrum, voyez ce qu'on appelle l'apophyse transverse de la première pièce ou vertèbre sacrée. Là descend le deuxième ligament ilio-transversaire, en tout analogue au premier, dit ilio-transverso-lombaire, comme usage et comme insertions.

Mais cette prétendue apophyse transverse sacrée n'est que la moitié supérieure et ascendante de la partie osseuse qui, sur chaque vertèbre sacrée, mérite ce nom. L'auricule est formée par les pièces costales; ne nous en occupons pas. Mais jetez les yeux entre les deux premiers trous sacrés postérieurs : c'est bien l'apophyse transverse de la deuxième vertèbre sacrée qui sépare ces trous. Suivez-la en dehors; vous la verrez se bifurquer et fournir : 1° une moitié supérieure, qui monte se conjuguer avec la moitié inférieure descendante de la première transverse, en formant un premier trou de conjugaison; 2° une moitié inférieure, qui descend à la rencontre de la moitié ascendante de la transverse sous-jacente.

Ainsi de suite et partout la même chose.

Dans la bifurcation des apophyses transverses supérieures, il y a d'énormes trous vasculaires. Quant aux tubercules conjugués, c'est à eux qu'aboutissent les ligaments ilio-sacrés, ou mieux ilio-transversaires, qui font suite aux deux premiers signalés plus haut. Le ligament du premier conjugué sacré, — le troisième comme rang, — est le premier par importance. Un grand nombre de faisceaux de direction différente viennent s'y insérer çà et là au sommet et au pourtour de ce tubercule; ils descendent du sommet et du pourtour de cette saillie iliaque qui est la pyramide. Dans son ensemble, ce ligament mérite son nom de *vague*. Sa situation peut le faire appeler axile, quoique des faisceaux épars et de direction variée semblent impropres à constituer un axe proprement dit.

Messieurs, le premier conjugué sacré et la saillie pyramidale iliale se regardent par leur sommet, et souvent de trop près. Si un contact osseux, fréquent chez les sujets âgés, l'était de même chez les femmes que nous opérons, nous rencontrerions, plus souvent que cela n'arrive, un obstacle invincible à l'écartement des pubis.

Le deuxième conjugué sacré, ainsi que vous pouvez le voir, correspond à l'épine postérieure et supérieure qui s'y unit, bien entendu, par un court et puissant ligament ilio-sacré qui a le quatrième rang. Ici encore, il peut y avoir contact osseux au centre même du court paquet ligamenteux.

Zaglas a bien vu que le relèvement de la pointe sacrée — c'est la nutation ou la chute en avant de l'angle sacro-vertébral — tendait à établir ce contact, et qu'au contraire l'antinutation le détruisait. Eh bien, si vous le soupçonnez jamais, ce contact, sachez que la flexion de la cuisse poussée au point d'agir sur l'os iliaque l'exagère, mais que l'extension forcée de la cuisse tend à le détruire.

Enfin, au troisième tubercule conjugué sacré, situé bien au-dessous de l'épine iliaque postérieure, descend le dernier ligament ilio-transversaire; c'est celui qu'on appelle vertical postérieur. Il est long. Plus longues encore sont les fibres insignifiantes qui se prolongent jusqu'à la place qu'occuperait le quatrième et dernier tubercule conjugué s'il se développait.

Voilà, Messieurs, tout le système des précieux ligaments suspenseurs du poids du tronc. Aucun d'eux ne souffre de la symphyséotomie; aucun d'eux ne s'y oppose; tous sont relâchés par l'opération. Quand, après avoir rompu ou décollé les fibres antérieures ou intrapelviennes sacro-iliaques, l'articulation s'ouvre, comme une charnière, qu'est-ce qui établit l'axe nécessairement droit de la charnière? Evidemment cet axe est rectiligne et situé immédiatement derrière les surfaces contiguës qui sont les auricules. Or de ces auricules, le milieu est antérieur, notablement antérieur à la ligne droite qui unirait la corne ou extrémité supérieure à la corne inférieure.

En arrière des limites postérieures des deux cornes, les deux os semblent momentanément se fixer — précieux intervalle qui permet justement l'écartement des pubis. L'axe de la charnière descend donc oblique en bas et en arrière, d'une corne à l'autre de l'auricule, mais du bord postérieur de ces cornes; de sorte que certains faisceaux du ligament vague axile, très courts, insérés dans la concavité auriculaire, sont à quelques millimètres en avant de cet axe. Ils résisteraient beaucoup s'ils étaient plus en avant, ils résistent déjà quand on pousse la disjonction très loin. Mais peu importe! il y en a d'autres que nous connaissons : la série des ligaments ilio-transversaires.

Messieurs, il faut maintenant parler des autres conditions de solidité que présentent les articulations pelviennes, car nous devons les respecter ou les rétablir.

M. Farabeuf, ému d'une proposition de M. de Phénoménoff, s'est empressé de traiter la question publiquement dans son cours.

« Nous savons tous, dit-il, que le poids du tronc « debout est pour ainsi dire déposé sur le sacrum. Cet « os, pour transmettre sa charge aux iliums n'est-il que « suspendu par les puissants ligaments ilio-transversaires « ci-dessus décrits?

« Beaucoup le disent encore, accusant le sacrum « d'avoir les flancs taillés à l'envers de ce qu'il faudrait « pour qu'il fît clef de voûte.

« *Cette erreur doit disparaître.*

« Si, comme Lesshaft vient de le faire, l'on coupe le « bassin suivant le plan vertical transverse, passant par « les têtes du fémur — plan dans lequel le poids du tronc « se transmet pendant la station debout — le sacrum se « montre très nettement clef de voûte plus large en haut « qu'en bas.

« Mais lorsqu'un portefaix s'incline en avant, comme il « arrive quand il porte un lourd sac de farine, le plan « de transmission aux têtes fémorales se rapproche du « plan du détroit supérieur. Eh bien, même dans cette « attitude, le sacrum n'est pas un coin renversé. »

J'ai vu les coupes de M. Farabeuf, passant par divers étages successifs des surfaces articulaires ; sur toutes, l'auricule du sacrum présente une partie assez large, bien taillée, et suffisante pour faire clef.

Du reste, ce grand détroit supérieur découpé montre bien de loin cette disposition. S'il en était autrement, si le sacrum n'était retenu que par suspension, où serait la solidité que Lesshaft a vu supporter plusieurs milliers de kilogrammes?

Les coupes auxquelles je fais allusion montrent aussi l'engrènement des deux os et comment le sacrum est bien pris, bien serré entre les iliums — inflexibles, par les ligaments postérieurs et par ceux de la symphyse du pubis — tous inextensibles. Telle la pièce de fer intermédiaire d'un casse-noix serré par la main.

Messieurs, l'engrènement de l'ilium dans le sacrum nous intéresse encore à un autre point de vue, celui de la *nutation*. Sur ce sujet, les données courantes n'ont pas semblé suffisantes à mon collègue.

Quelques-uns placent l'axe de nutation à travers les faces articulaires qui ressembleraient, du côté de l'ilium à une tête, et du côté du sacrum à un cotyle.

La plupart savent que l'axe des mouvements est situé en arrière des auricules, à travers la masse du ligament vague qui descend de la pyramide iliaque au premier tubercule conjugué sacré. Des travaux fort sérieux ont paru en Allemagne sur ce sujet. Mais *Zaglas avait parlé vingt ans avant eux.*

Nous avons déjà vu que le ligament vague, ou axile parce que ses faisceaux sont dispersés autour de l'axe, ne pouvait évidemment centrer un mouvement précis.

« Regardez ces surfaces articulaires, me disait M. Farabeuf, en me montrant des pièces anatomiques avec lesquelles je n'ai pas osé voyager de peur de scandaliser les douaniers, vous verrez, sur le sacrum, un croissant, *un rail creux arqué*, autour du point réputé axile. Sur l'ilium, un croissant — également arqué, *mais en relief* et *visiblement moulé dans la concavité du précédent* — vous fera deviner la nature des mouvements des deux os, si peu étendus qu'ils soient.

Avec des surfaces inégales, irrégulières, tout glissement serait impossible, et c'est ce qui arrive chez les vieillards ; avec des surfaces planes, le glissement se refait en tout sens, sans précision ni solidité ; avec ces arcs se pénétrant réciproquement, le mouvement reste précis et centré, si vagues que soient les divers faisceaux du ligament axile. Le mouvement est fort peu étendu, il faut choisir les sujets jeunes adultes, pour le bien observer. Il ressemble, moins la rapidité, à celui du balancier d'une montre. »

Chose remarquable, la nutation, c'est-à-dire la chute de l'angle sacro-vertébral, qui se produit au maximum chez l'homme légèrement penché en avant et pesamment chargé, distend certains ligaments d'arrêt, intérieurs et voisins des extrémités de l'auricule, qui jouent le rôle de freins et serrent les os l'un contre l'autre.

Dans quelles conditions différentes se trouvent les articulations sacro-iliaques après la symphyséotomie, et pendant l'écartement des pubis? Vous le devinez, Messieurs.

La béance antérieure imposée à ces jointures désengrène les surfaces articulaires, la nutation n'est plus centrée, elle est folle, extrêmement étendue ; toute solidité est perdue!

Un tel état, s'il se maintenait, produirait ce désastre que vous connaissez sous le nom de relâchement des symphyses.

C'est pour cela qu'au moment où plusieurs accoucheurs méditaient l'*agrandissement permanent du bassin*, par écart des pubis, M. Farabeuf a jeté les hauts cris. « Gardez-vous bien, disait-il à ses élèves, de desserrer ainsi les articulations sacro-iliaques. Si vous avez l'imagination inventive, pensez plutôt à les consolider par un léger raccourcissement de l'arc pelvien antérieur, à l'imitation du charron qui châtre une vieille roue. »

Messieurs, je touche à la fin de cet article.

M. Farabeuf, ayant démontré la nécessité de rapprocher les pubis pour avoir des articulations sacro-iliaques solides, va nous donner quelques renseignements anatomiques qui rassureront le praticien sur la possibilité de le faire sûrement et facilement.

Son idée, je le sais, est qu'une ceinture plâtrée, qu'on pourrait rendre imperméable et tenir propre, approcherait de l'idéal. Il a horreur des lits mécaniques, et prétend avec raison que les escarres au sacrum sont des semaines à guérir.

Il ne trouve pas rationnel d'employer des poids ni des élastiques, qui ne peuvent avoir la force de résister aux mouvements de l'opérée.

Il a travaillé à créer un arc métallique antérieur à charnière et à vis, qui serre deux gouttières métalliques appliquées obliquement sur le côté des crêtes iliaques et des trochanters, mais il craint que, sans l'intermédiaire d'un épais coussin plâtré qui se moule sur les parties, un tel appareil ne s'applique jamais bien.

C'est la suture, qu'il voudrait voir essayer, non la suture osseuse qu'un accoucheur fatigué aurait de la peine à bien faire, mais la *simple suture fibreuse* à fils perdus.

De prime abord, on pourrait craindre que les faisceaux symphysiens étant en majorité transversaux, ne fournissent pas un point d'appui solide à des fils placés dans le même sens.

Jetez les yeux sur les figures de mon collègue et vous serez rassurés.

Le manchon fibreux péri-osseux que vous voyez représenté est singulièrement épais en avant et en bas.

Tout de suite, vous avez dû remarquer ce ruban fibreux qui descend de chaque côté, jusque sur les piliers de l'arcade.

Il est résistant et solidement attaché et doublé, sinon triplé dans la profondeur d'autres également puissants.

J'ai vu des points de suture placés en ne prenant que ces rubans et mis à l'épreuve. Tous les fils, toutes les ficelles se sont rompus, les rubans, eux, ne se sont ni décollés, ni coupés, ni éraillés.

Nous avons donc là de chaque côté deux appuis invincibles pour des sutures perdues.

Les symphyséotomistes ne seront pas fâchés de voir comment le manchon est constitué en avant.

(Ici, M. Pinard a montré des figures anatomiques).

Article 2. — **Appréciation du bénéfice de la symphyséotomie.**

Messieurs, mon collègue connaissait la puissance de la méthode antiseptique.

Aussitôt qu'il eut constaté que la symphyséotomie était, sur le cadavre, une opération facile, inoffensive et efficace au point de vue de l'agrandissement du bassin, il devint enthousiaste de cette opération. En dix minutes, il avait compris l'importance de la bonne parole que nous apportait le Dr Spinelli au nom de Morisani.

Il s'éclaira par la lecture de quelques bons écrits du commencement du siècle, sa conviction fut faite et son devoir tracé :

Tout faire, tout prévoir, tout calculer, pour que la tentative qui allait se faire réussît!

Car il avait déjà démontré les méfaits du forceps, il avait vu l'accouchement prématuré tuer un grand tiers des enfants, et de la version d'un fœtus inconnu dans un bassin mal connu, il ne pensait pas grand bien.

Mais pour proscrire ces méthodes qu'il qualifiait de néfastes et aveugles en aggravant la dystocie du détroit supérieur, pour faire la révolution rêvée, il fallait quelque chose de meilleur.

Et pour que la symphyséotomie fût un véritable bienfait, il fallait qu'elle fût bien pratiquée, c'est-à-dire étudiée.

Immédiatement, courant au plus pressé, il me démontra la *nécessité de rompre soi-même les articulations postérieures au degré nécessaire.*

Il fallait *savoir ce que l'on faisait* et, par conséquent, mesurer et calculer.

Il avait à sa disposition un mathématicien, mais il n'a pas voulu lui demander des données rigoureusement exactes, il a calculé lui-même, et tout praticien peut en faire autant. Les calculs sont simples et leurs résultats sont pratiques, puisqu'ils ne s'éloignent de la vérité absolue que de fractions négligeables.

Beaucoup d'accoucheurs éminents à d'autres points de vue ne savent véritablement pas compter.

Le plus grand nombre ne voit après la symphyséotomie que la prépulsion du pubis; il néglige le deuxième et le plus important élément du calcul : l'enclavement de la tête, sa proéminence entre les pubis écartés, éléments pourtant déja signalés il y a cent ans.

D'autres s'attardent à s'occuper des diamètres transverses et obliques qui n'intéressent guère les accoucheurs puisqu'ils sont suffisants dans l'immence majorité des cas.

Mon collègue ne s'est occupé que du conjugué — diamètre utile — se gardant bien de négliger l'un des deux termes du problème. Et quoique ces résultats aient été publiés, il y a déjà plus de deux ans, il m'a semblé utile, nécessaire, indispensable de venir les répéter ici *urbi et orbi.*

Les résultats reposent sur les calculs, sur des tracés géométriques, sur des expériences cadavériques, le tout contrôlé par des vérifications cliniques, faites par M. Varnier et par moi.

Je sais bien que ces démonstrations sont inutiles pour ceux d'entre vous, Messieurs, qui sont ralliés déjà, mais nous voulons les autres, et pour les avoir il faut leur dire la vérité et non l'erreur. Grâce à votre autorité, nous comptons faire un grand pas et c'est pour cela que M. Farabeuf m'a demandé de vous répéter ses démonstrations.

Je serai bref puisque je mets des figures sous vos yeux.

(Pour les éléments principaux de cette démonstration, voyez les articles déjà publiés à plusieurs reprises dans nos colonnes).

Article 3. — **De la technique opératoire.**

La symphyséotomie restera longtemps une opération d'urgence dans un grand nombre de cas. Tout praticien est exposé à s'y trouver obligé *hic et nunc*, au dépourvu.

Pour qu'il en soit autrement, il faudrait : 1° que toute femme enceinte pour la première fois fît mesurer en temps utile son détroit supérieur, ce qu'on n'obtiendra pas de sitôt; 2° que cette mensuration fût facile et précise, ce qui sera peut-être possible plus tôt qu'on ne croit.

En attendant, nous devons travailler à mettre l'opération à la portée du plus grand nombre.

M. Farabeuf divise nos adversaires en deux catégories : une minorité hostile, qu'il confie au temps pour la détruire et une majorité timide, que dès aujourd'hui il veut éclairer et rassurer, en indiquant les moyens de supprimer les *difficultés* et les *dangers* de l'acte opératoire.

Ne pas trouver le joint, couper des vaisseaux et même les voies urinaires : voilà bien ce qui épouvante et fait reculer beaucoup de nos confrères.

Vous allez voir, messieurs, en quelques minutes, ce que nous apporte notre anatomiste technicien.

Je mets, dit-il, le bout de l'index gauche au côté gauche du clitoris, très bas, et j'en abaisse la racine gauche jusqu'à ce que le bout de mon doigt, auquel je donne le temps de faire son trou, s'il y a tuméfaction, sente le dessous de l'arcade, ce qui est très facile. Sur mon ongle, je fais aboutir l'incision commencée à la hauteur nécessaire, repassant mon bistouri deux, trois, quatre fois pour bien mettre à nu les tissus blancs présymphysiens que me montrent nettement deux écarteurs placés dans la partie basse de la plaie.

J'aperçois notamment les filaments du ligament suspenseur médian du clitoris. Pour les mieux voir et les mettre en relief, ma main gauche pince le gland et tire le clitoris : aussitôt ces faisceaux se soulèvent, et d'un coup de bistouri transversal, hardi, long de 15 à 20 millim., je les tranche près du clitoris et à fond, sans craindre d'entamer le manchon symphysien.

Tout aussitôt, soit du bout du doigt gauche, soit à l'aide d'une rugine mousse, j'abaisse la lèvre inférieure de cette petite plaie transversale; je l'abaisse en grattant la symphyse qui est, à ce niveau, libre d'adhérences sérieuses, lisse, brillante, compacte, nacrée, et bientôt l'arcuatum, avec son bord inférieur net, poli et absolument libre, est sous mes yeux.

On croirait vraiment qu'il y a là une cavité séreuse, tant il est facile de séparer de l'arcuatum et même des derniers centimètres de la symphyse, l'aponévrose venue du bassin qui couvre, masque et protège tous les vaisseaux sous-jacents, en particulier la dorsale du clitoris.

C'est à peu près la même chose derrière la symphyse, car, après avoir séparé les muscles droits, si l'on introduit le doigt fortement recourbé pour gratter le périoste avec l'ongle, ou mieux, si l'on use d'un instrument mousse quelconque mais recourbé, on rejoint sous l'arcuatum la voie naturelle qu'on vient d'ouvrir en avant. C'est à croire, dit M. Farabeuf, que cette voie sous-symphysienne, naturelle, préformée, attend quelque large sonde cannelée fortement courbée qui charge la symphyse pure et nette, prenne le bourrelet et dise à l'opérateur : « Je suis au droit de la jointure, puisque ma concavité en embrasse le bourrelet; tous les vaisseaux

refoulés avec leur couverture, sans avoir été vus, sont tenus à distance par mon dos; prends le bistouri, le ciseau, la cisaille si cela te plaît; j'ai un centimètre de large et tu vois clair. »

Farabeuf, après avoir trouvé la voie sous-symphysienne, s'est servi d'abord d'une sonde rugine d'Ollier à courbure appropriée. Mais cet instrument, construit pour d'autres desseins, est étroit et tranchant. Mon collègue se sert aujourd'hui d'une simple lame d'acier mousse partout, transformée en gouttière arquée sur une longueur de quelques centimètres. La gouttière ne sert qu'à prendre le bourrelet, ce qui fait que l'instrument tient tout seul au droit de la jointure; mais un ruban métallique quelconque, fer, cuivre, zinc, large de 10 millim. ou plus, courbé par les doigts du praticien, fait très bien l'office principal : rendre impossible toute hémorrhagie par échappade du bistouri, toute blessure de la vessie, ou de l'urèthre, ou du clitoris, et notamment de sa veine dorsale ou de ses artères dorsales, que plusieurs opérateurs semblent être allés chercher fort bas le long des piliers de l'arcade, là où elles sont encore honteuses avec un certain volume..... bien loin pourtant de celui de la radiale.

Quelques conseils encore de mon collègue :

Il dit que ceux qui, ayant incisé à moitié la symphyse, trouvent l'os, trouvent le pubis droit parce qu'ils tiennent leur bistouri incliné, au lieu de le manœuvrer dans un plan sagittal. Il recommande formellement des lames minces. En effet, le fibro-cartilage ne se tasse pas toujours assez pour laisser passer un dos épais, quelque force qu'on y mette, et la force est dangereuse. Nous avons tort de croire qu'une lame mince, plus mince que celle d'un scalpel, mince comme ces couteaux de cuisine qu'on appelle des feuilles, serait trop faible. De fait, j'ai vu Farabeuf, et ici je suis peut-être indiscret, couper non seulement la symphyse, mais des pubis solides, avec un ciseau acheté chez le quincaillier et qui avait une lame une fois plus mince que celle d'un scalpel; je l'ai vu encore trancher net trois fois le même pubis, avec une cisaille faite de deux tranchets de cordonnier assemblés, l'un émoussé faisant appui sous l'arcuatum et derrière le bourrelet.

Enfin, Messieurs, pour terminer cet article relatif à la technique opératoire, je vous dirai que j'ai vu mon collègue pratiquer la disjonction nécessaire des articulations sacro-iliaques égale des deux côtés, quoiqu'il ait opéré sur chaque cuisse successivement.

Il nous arrive de voir l'un des pubis s'écarter beaucoup et s'abaisser, tandis que l'autre bouge à peine, comme s'il y avait ankylose postérieure. Nous ne sommes plus alors dans de bonnes conditions, nous n'obtenons plus l'espace sur lequel nous comptions. Au lieu d'imposer à l'iliaque qui s'est écarté un supplément d'écartement exagéré, et aux parties molles correspondantes une distension excessive, nous voudrions bien pouvoir obtenir quelque chose du pubis resté immobile, c'est-à-dire de l'articulation sacro-iliaque correspondante.

Mon collègue met la cuisse gauche en flexion-adduction et la confie à un aide qui l'appuie dans cette attitude de tout le poids de ses bras et de la partie supérieure de son corps. Cette *flexion-adduction appuyée* serre l'ilium contre le sacrum. Cela étant, si l'on porte la cuisse droite simplement dressée ou demi-étendue dans l'adduction forcée, l'articulation postérieure s'ouvre, le pubis s'écarte et s'abaisse. Du côté gauche rien n'a bougé! Nous voici bien dans ces conditions mauvaises dont je parlais plus haut.

Eh bien, mettons à son tour la cuisse droite, celle du côté rompu, dans la flexion-adduction appuyée qui rétablit un solide contact sacro-iliaque et nous allons, par l'adduction forcée de la hanche du côté resté intact, obtenir la disjonction sacro-iliaque au degré que nous voudrons, sans augmenter d'un dixième de millimètre celle du côté où nous l'avons produite en commençant.

De tout ce qui précède, je me crois autorisé à formuler les conclusions suivantes :

Conclusions.

1° La symphyséotomie ou pubiotomie aseptique est une opération non dangereuse.

2° Pour être utile, elle doit être complète, et l'écartement préalable des pubis doit être en rapport avec le rétrécissement du bassin. On doit, pour provoquer cet écartement, s'appuyer sur les recherches et la formule du professeur Farabeuf.

3° Cette opération ne doit être tentée que dans le cas où le calcul a démontré qu'un écartement de 7 centim. permettra le passage d'une tête de fœtus à terme.

4° L'écartement des pubis dépassant 7 centim., pouvant déterminer des lésions des parties molles, doit être proscrit.

5° Dans les rétrécissements où l'écartement des pubis poussé à 7 centim. ne donnerait pas une étendue suffisante pour permettre le passage de la tête du fœtus, il faut recourir à la section césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique (opération de Perro).

6° Dans le cas de bassin oblique ovalaire avec synostose d'une des articulations sacro-iliaques, lorsque le rétrécissement ne permet pas l'accouchement spontané, — ce que l'on ne peut savoir qu'au cours du travail, — il faut pratiquer l'opération de Farabeuf (ischio-pubiotomie) et s'y préparer d'avance.

7° Dans les cas d'ankylose du coccyx empêchant l'accouchement spontané, il faut pratiquer la coccygotomie.

Conclusions générales

Il résulte de ce qui précède : *a*) que l'embryotomie sur l'enfant vivant doit être à jamais proscrite; *b*) que l'agrandissement momentané du bassin, pratiqué dans les limites et conditions ci-dessus indiquées, doit faire abandonner :

1° L'accouchement prématuré artificiel; 2° toute opération ayant pour but de faire lutter la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin non vaincue par les contractions utérines.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'érythème et des chromoblastoses acro-asphyxiques, par le Dr Ch. Audry, chargé de la clinique de dermatologie à la Faculté de médecine de Toulouse.

Voici d'abord l'observation qui nous a permis d'exposer brièvement ici quelques réflexions suggérées par l'étude des extrémités acro-asphyxiques.

François B..., sellier, âgé de 27 ans, ne présente aucun antécédent héréditaire intéressant. Lui-même relève dans son passé une blennorrhagie à 22 ans, une entorse, une hydarthrose du genou et une fistule anale.

Il entre à ma clinique en mars 1894.

C'est en mars 1882 que les accidents qui l'amènent encore dans mon service se sont manifestés pour la première fois sans cause connue. Ils ont débuté par les mains et les poignets. Le diagnostic porté à Saint-Louis, où il était en traitement fut : hydroa bulleux; il présenta une deuxième poussée semblable en 1890; celle-ci se renouvela cinq mois

plus tard, puis quelques semaines après. Enfin, les accidents se sont encore manifestés en novembre 1893, et ils ont persisté jusqu'à ces derniers temps avec des exacerbations et des améliorations temporaires. Il entra dans notre service à la fin de mars, et nous avons pu voir évoluer la série des manifestations qu'il présentait ordinairement. L'état général était excellent et l'apyrexie complète. Il présentait seulement un peu d'œdème du pied secondaire à l'infection d'une petite plaie talonnière.

On note ce qui suit : les mains sont tantôt extrêmement bleues, froides, rugueuses, dures au toucher; tantôt d'une teinte violacée, se rapprochant du vermillon; tantôt enfin, par moments, d'une pâleur jaunâtre, comme cadavérique. La sensibilité était intacte ainsi que les mouvements. Les ongles présentent naturellement des changements de coloration identiques à ceux du reste de la main. Même état des orteils.

Sur les mains, on constate des traces gaufrées tout à fait semblables à celles que laissent les engelures ulcérées (le malade affirme n'avoir jamais souffert d'engelures pendant l'hiver). D'un jour à l'autre, on voit se produire sur la face dorsale des doigts de petites tuméfactions œdémateuses, circonscrites, violacées, entourées d'un liséré cinabre ou bleuâtre. Au centre de ces plaques existe un léger soulèvement de l'épiderme. La moindre pression décolore la peau généralement violacée ou les plaques œdémateuses. L'apparence est exactement celle d'un érythème pernio fortement caractérisé. La face palmaire de la main et des doigts est actuellement intacte, mais elle a présenté des lésions semblables dans les atteintes antérieures.

Sur les pieds, on constate au niveau des malléoles et de l'interligne tibio-tarsien de petites plaques congestives, bien limitées, où l'œdème est actuellement presque nul, et qui ne sembleraient presque hémorrhagiques si elles se décoloraient complètement sous la pression d'une lame de verre.

Au niveau du tendon d'Achille gauche, trois ou quatre ulcérations circulaires à bords nets, à pic, plus profondes, qui ont succédé à l'ulcération de petites bulles. Nous avons vu se produire en divers points et particulièrement à l'extrémité et sur la face interne du gros orteil, des plaques violacées, bulleuses à leur centre, exactement semblables à celles des doigts. Enfin, au talon droit ont apparu en l'espace d'une nuit deux bulles grosses comme des noisettes, contenant un liquide absolument clair. Aucun phénomène subjectif n'accompagne l'apparition de ces lésions; ce malade ne souffrait nullement. La couleur diffuse des extrémités variait de la pâleur à la teinte violette, bleuâtre ou cinabre sans que rien permît d'en saisir la cause.

Les orteils ne présentaient rien autre qu'une apparence bleuâtre marquée. Il n'y avait ni télangiectasies, ni angiokératomes. Mais sur la face dorsale des doigts et sur les oreilles, on constatait l'existence de taches pigmentaires, très intenses, variant du brun foncé au brun clair, semées sans ordre; leur forme est irrégulière; les plus volumineuses dépassent l'étendue d'une tête d'épingle; l'épiderme est un peu plus luisant à leur surface.

Rien au cœur ni sous les poumons; urines normales. Système nerveux intact. On désinfecta les bulles infectées; on donna de la digitale pendant trois jours sans aucun résultat, et le malade partit en pleine poussée bulleuse.

Ce malade s'est jadis présenté à diverses reprises à l'hôpital Saint-Louis : il y a été vu par des médecins extrêmement compétents. L'un d'eux aurait porté le diagnostic d'hydroa; d'autres, celui d'érythème (polymorphe?), etc. Pour ma part, je puis dire que si je l'avais rencontré pour la première fois pendant l'hiver, et que si je n'avais pas été mis au courant de son histoire pathologique, je n'aurais guère hésité à prendre la lésion qu'il nous offrait pour des engelures, pour de l'érythème pernio.

En tout cas, il semble qu'on peut trouver dans cette observation le texte de plusieurs remarques.

I

Si l'on considère les caractères principaux des accidents présentés par notre malade, on voit qu'ils résident :

1° Dans leur modalité;

2° Dans leur évolution et leur répétition;

3° Dans leur siège sur les extrémités;

4° Dans l'état de ces extrémités.

1° Nous constatons comme éléments des plaques d'œdème à bords nets, à contour violacé ou d'un rouge cinabre, à contours irréguliers, présentant à leur centre un soulèvement vésiculaire de l'épiderme. Quelques-unes de ces plaques ont leur épiderme soulevé en masse; enfin, de petites bulles surviennent d'emblée sur un tégument d'apparence saine. En un mot, nous avons bien là une éruption bulleuse d'érythème polymorphe, un hydroa de Bazin;

2° Il est évident que nous n'avons cependant pas affaire à un érythème polymorphe vrai; car, à moins d'enlever à ce terme toute signification exacte, nous devons entendre qu'érythème polymorphe indique une entité morbide limitée, à sens défini, vraisemblablement infectieuse ou toxhémique; or, même connaissant les formes prolongées et récidivantes, celles-ci apparaissent toujours comme « un accident », et rien ne permet d'y ramener les troubles singuliers que notre malade présente depuis si longtemps, avec tant de fréquence, indépendamment de toute cause occasionnelle extérieure. Le fait même de les voir survenir en dehors de toute influence de température ou de saison ne permet pas d'y voir des engelures, ou du moins telles qu'on les conçoit en général, peut-être à tort;

3° Notons ce caractère fondamental : la permanence actuelle et la répétition irrégulière des accidents dont le siège est limité aux mains et aux pieds ;

4° Enfin, ces extrémités, pieds et mains, nous offrent des signes d'asphyxie blanche et bleue très caractérisée (couleur bleuâtre ou cadavérique, froid, etc.). On est bien autorisé à admettre entre les accidents et l'état asphyxique une relation de cause à effet qui paraît évidente, et qui en fait, en somme, un véritable *érythème acro-asphyxique*.

Vraisemblablement le cadre des phénomènes du même ordre, peut-être de même espèce, est assez étendu. Ce n'est pas sans intention que nous avons insisté sur la similitude de ces troubles avec les engelures. Comme mécanisme et comme signification, ils sont semblables. La seule différence réside dans l'existence d'une cause occasionnelle facile à saisir dans la production de l'érythème pernio: le froid cause les engelures, mais seulement sur les sujets prédisposés. Tout le monde sait qu'elles surviennent sur des mains plus ou moins asphyxiques, bleues, froides, épaisses; si elles n'apparaissent que pendant l'hiver, et le plus ordinairement pendant l'adolescence et la vieillesse, c'est que l'anomalie primitive étant relativement peu accusée, le trouble est compensé par une température favorable et la vigueur de l'individu; la tonicité vasculaire se rétablit et les phénomènes de stase cessent de se produire. Au contraire, chez notre malade, il n'en est pas ainsi, ce n'est pas le froid qui détermine l'apparition des phénomènes asphyxiques: l'état qui commande temporairement la production des engelures est ici permanent et définitif. Mais, dans l'un et l'autre cas, ce sont bien, en somme, des érythèmes acro-asphyxiques.

II

Nous savons dès longtemps que sur des extrémités asphyxiques ou subasphyxiques, on voit se réaliser des lésions d'ordre purement vasculaire au moins au début, dont l'angéiokératome est un excellent type; l'angéiokératome siège à côté des engelures et non à la place de l'engelure; il est de même famille, non de même espèce; mais nous n'avons pas l'intention de revenir sur cette question.

Mais à côté de la série des érythèmes, à côté de l'angéiokératome, on peut sur les extrémités asphyxiques frappées d'anémie cadavérique et de stase, constater d'autres

anomalies du même ordre, que tout le monde a dû voir et auxquelles nous pensons qu'il faut peut-être accorder un peu plus d'attention que par le passé. Dans l'observation du malade qui a été le sujet de cette note, on a trouvé, décrites aussi brièvement que possible, des taches pigmentaires siégeant sur les extrémités, sur les pieds, et principalement sur les doigts des mains. Ces taches ont un développement qui ne permet pas d'y voir de simples éphélides; leur contours, leur intensité, la netteté avec laquelle elles se détachent, les rendent remarquables. Je rappelle qu'elles occupent surtout la face dorsale des doigts. Or, en examinant des mains bleuâtres et couvertes d'engelures, sur lesquelles je m'attendais à constater des angéliokératomes, il m'est arrivé plus d'une fois de voir seulement ces mêmes taches pigmentaires; enfin, d'autres fois, je les ai retrouvées côte à côte avec la lésion de Dubreuilh-Mibelli. Toujours elles annoncent un état asphyxique relativement prononcé, ou, plus exactement, elles en résultent. En d'autres termes, les troubles profonds de la circulation périphérique peuvent aboutir à une chromoblastose anormale bien particulière. On se souvient des notions que nous possédons actuellement sur l'origine du pigment tégumentaire et qui nous conduisent à admettre son origine intra-vasculaire et sanguine. Les tentatives de Jahrisch qui a essayé de faire considérer la formation du pigment comme le résultat de l'activité nucléaire de l'épithélium ne paraissent pas avoir triomphé des objections d'Ehrmann. On sera donc peu surpris si nous considérons cette chromoblastose anormale comme secondaire à la stase sanguine, et si nous la regardons comme un des petits accidents de l'acro-asphyxie.

III

Il reste à se demander comment l'on doit interpréter l'état asphyxique lui-même; mais nous ne voulons pas nous aventurer dans une discussion à propos du syndrome et des phénomènes de Raynaud. Il nous semble que Hutchinson a indiqué leur signification véritable en insistant sur leur contingence. Vraisemblablement, ce sont là des états ou des malaises dont les causes premières, partant la nature, peuvent varier à l'infini.

Je me borne à rappeler que dans la thèse d'Escande (Toulouse, 1893), j'ai émis l'hypothèse qu'on se trouve en présence d'une véritable malformation congénitale du système vasculaire, des capillaires périphériques. Dans un article que nous ne connaissons que par l'analyse de M. Thibierge (*Annales de dermatologie*, mars 1894), M. Tommasoli étudiant de son côté l'angéliokératome est arrivé à la même conclusion. En aucune façon, nous ne voudrions généraliser impérieusement cette notion; cependant, provisoirement, on peut la considérer comme une des plus plausibles, et, d'autre part, elle explique bien l'influence souvent évidente de la race et de l'hérédité.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Traitement de l'alcoolisme chronique par la suggestion hypnotique (The treatment of chronic alcoholism by hypnotic suggestion), par E. Bushnell. (*The medical News*, 31 mars 1894, n° 13, p. 337). — L'auteur rapporte 23 observations dans lesquelles la guérison d'alcooliques plus ou moins invétérés aurait été obtenue plus ou moins définitivement à l'aide de la suggestion hypnotique. Sur ces 23 cas néanmoins on doit distinguer 4 cas dont on ne peut tenir compte. Sur les 19 restants, 8 sujets sont restés sobres, 3 ont été d'abord sobres, puis après rechute et un traitement nouveau le sont redevenus, 8 ont eu des rechutes. L'auteur estime que la suggestion est une méthode très favorable, et, après en avoir donné la technique, pense qu'il n'est pas nécessaire que l'on détermine le sommeil hypnotique. Au reste, les dangers de l'hypnose ne sont pas à comparer à ceux de l'alcoolisme.

Sur un point peu cultivé de la psychologie (Some cultivated phases of psychologie), par Léonard Corning. (*Medical Record*, 31 mars 1894, n° 1221, p. 390). — L'auteur pense que, se fondant sur les relations de la volonté et du désir, on pourrait peut-être agir scientifiquement sur la volonté malade dans certaines affections mentales. En stimulant par des moyens appropriés les sens, ou en les tonifiant, on pourrait exagérer les désirs, et par suite fortifier le vouloir. Les expériences rapportées à l'appui, celle notamment d'une lady mélomane portée à la mélancolie, et s'y exaspérant, parce que cet état l'empêche précisémentde jouir de son plaisir esthétique préféré, est grisée de cognac, et, sous cette influence, réentend l'opéra avec satisfaction, et voit sa dépression mentale s'améliorer. Ce procédé mériterait plus de considération que l'hypnotisme, en ce que cette dernière méthode n'agit guère qu'en substituant une névrose à l'affection première. De plus, il s'inspire d' une méthode scientifique, sans assistance mélodramatique.

Maladies pelviennes et troubles psychiques chez la femme (The relation of pelvic diseases and psychical diturbances in women), par C. Fowler. (*University medical Magazine*, avril 1894, p. 460). — Il résulte des recherches de l'auteur, qu'un très grand nombre de vésanies dépendent de lésions des organes du petit bassin chez les femmes, comme le démontrent les succès acquis dans ces cas par les interventions chirurgicales. Il serait fructueux d'examiner à cet égard les femmes aliénées, car les lésions pelviennes sont responsables de certains désordres mentaux et nerveux, qu'elles entretiennent et dont la cure suffit à les faire disparaître.

Atrophie musculaire progressive et tabes (Progressive muscular atrophy associated with locomotor ataxia), par J. Collins (*The journal of nervous and mental disease*, février 1894, n° 2, p. 92). — Le cas rapporté présente le tableau clinique typique de deux maladies distinctes considérées comme reconnaissant une origine spinale. Le sujet est âgé de 50 ans, commissionnaire, sans hérédité nerveuse. A l'âge de 25 ans il a contracté la syphilis. Il y a 14 ans, il fut pris de faiblesse progressive des extrémités, et de douleurs dans les jambes; plus tard la vessie se prit à son tour. Il entre à l'hôpital, les membres supérieurs continuent à s'atrophier. Il eut, depuis, des accès de douleurs des membres inférieurs et des troubles de la marche: l'atrophie devint enfin excessive. L'examen pratiqué en 1893 montre que dans l'attitude debout la tête est inclinée en avant. Les extrémités supérieures sont flasques et atrophiées, de même que les muscles des épaules, plus pris à droite qu'à gauche. Il n'y a pas de tremblements fibrillaires. La sensibilité est normale aux membres supérieurs. Signe de Romberg; signe de l'escalier. Ataxie locomotrice, sans spasme: diminution marquée de la sensibilité des membres inférieurs. Les pupilles réagissent modérément à la lumière et à l'accommodation. Les douleurs lancinantes persistent.

Allachœsthésie (On a case of perverted localisation of sensation or allachœstesia), par Grainger Stewart (*British medical journal*, 6 janvier 1894, n° 1723, p. 1). — L'auteur propose ce néologisme pour désigner un trouble singulier de la sensibilité, qui se rapproche de l'allochirie, mais en diffère néanmoins sensiblement. Le sujet dont il s'agit est un brightique âgé de 49 ans. En dehors de troubles ressortissant à cette maladie, il n'offre guère de net que des altérations particulières de la sensibilité. Toutefois, ses yeux sont fixes et saillants, sa thyroïde hypertrophiée, et il souffre de palpitations. Les troubles de la sensibilité sont limités au côté gauche et occupent le tronc et les membres. Ils consistent en une erreur de localisation d'où résulte par exemple que le contact de la partie moyenne du bord radial est ressenti au même niveau du bord cubital. Les impressions sont cependant bien senties comme variété et comme intensité. Il existe en outre

des secousses rhythmées analogues à la trépidation spinale du côté droit, et des mouvements choréiformes à droite. On ne connaît pas de troubles analogues dans la littérature : il est à supposer qu'il s'agit de trouble fonctionnel d'origine centrale.

La mésoneurite noduleuse, par C. VANLAIR (*Archives de neurologie*, février 1894, n° 84, p. 81). — L'auteur étudie ici ces singulières productions découvertes sur les nerfs du cheval par Renaut, et que j'ai moi-même, dans un travail récent avec Marinesco, proposé de nommer *systèmes tubulaires*. Contrairement à l'opinion qui nous est commune avec Schultze, et selon laquelle ces productions seraient normales, M. Vanlair, encore que n'ayant disposé que des seules coupes transversales d'un nerf de chien, dont il a fait, à la vérité, un examen histologique des plus remarquables, est d'avis que ces systèmes, qu'il propose d'appeler *mesoneurite noduleuse*, sont des produits d'inflammation, soit du mésonèvre (mésoneurite noduleuse) soit du périnèvre (périneurite lamelleuse). On ne sait encore rien ni des causes de ces productions, ni de leurs conséquences cliniques.

Ecriture en miroir (Mirror-writing), par CH. MILLS.(*The Journal of nervous and mental disease*, février 1894, n° 2, p. 85.) — L'observation rapportée a trait à un enfant de 13 ans, présentant tous les symptômes d'une hémiplégie spasmodique infantile droite avec arrêt de développement du même côté du corps, atteint en même temps d'imbécillité, qui, en copiant de sa main gauche, offre d'une façon des plus nettes le phénomène décrit en 1879 par Erlennuger sous le nom d'écriture en miroir. L'auteur rappelle à cette occasion quelques-unes des observations de ce singulier phénomène recueillis dans la littérature, sans en proposer de nouvelle interprétation.

Existe-t-il des nerfs spéciaux pour la douleur.? (Are there special nerves for pain?), par H. R. MARSHALL (*The Journal of nervous and mental disease*, février 1849, n° 2, p. 72). — Le long mémoire de l'auteur, qui reproduit en partie un travail paru déjà dans une revue philosophique, est un plaidoyer, basé sur des arguments d'ordre psychologique et physiologique, originalement groupés, mais déjà connus, pour démontrer que la douleur n'est pas assimilable à une sensation spéciale, et qu'il n'existe lui correspondant ni appareil anatomique terminal, ni voies périphériques particulières, ni localisation spéciale ou cérébrale.

MÉDECINE

Albuminurie aiguë; gangrène complète de la jambe gauche, guérison, par MORET (*Union méd. du Nord-Est*, 1894, n° 3, p. 79). — Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, entrée à l'hôpital au mois de décembre, pour un anasarque qui datait du commencement de l'année.

A l'examen, on trouvait une jeune fille pâle, bouffie, respirant à peine et se plaignant d'une oppression considérable. L'œdème était très accentué sur les membres, le tronc, la face. Pas d'ascite, ni d'hydropéricarde, ni d'hydrothorax, mais en revanche râles crépitants fins aux deux bases et souffle à la base gauche. Rien au cœur et température normale; albuminurie considérable.

Sous l'influence d'un traitement approprié, tous les phénomènes étaient en train de s'améliorer, lorsqu'au mois de janvier, survint une gangrène superficielle, puis profonde de la jambe gauche. Bientôt un sillon très marqué se creusait au niveau du tiers supérieur de la jambe, en mettant en quelques jours à nu le tibia et le péroné. Par deux traits de scie on sépara les parties gangrénées, puis, le péroné ayant été trouvé dénudé jusqu'à sa tête, on le désarticula. Guérison sans complications. Quelque temps après la malade partait bien rétablie et ne présentant que des traces non durables d'albumine dans les urines.

Bacilles typhiques dans la moelle osseuse (Typhus-bacillen in Knochenmark), par QUINCKE. (*Berlin, klin. Woch*. 1894, n° 15, 351). — Quincke, qui a eu l'idée d'ensemencer la moelle osseuse des côtes et du sternum des huit typhiques ayant succombé à leur affection, vit sur tous ces milieux se développer des cultures pures de bacille d'Eberth. Il en conclut que la présence du bacille spécifique est aussi constante dans la moelle osseuse que dans la rate, ce qui n'a rien d'étonnant, quand on songe aux affinités anatomiques et physiologiques qui existent entre la rate et la moelle osseuse.

Mais si le bacille d'Eberth existe constamment dans la moelle osseuse des typhiques, pourquoi les ostéites spécifiques restent-elles si rares ? L'auteur suppose que pour le développement d'une ostéite il est encore nécessaire soit un traumatisme, soit une infection pyogène secondaire venant de la peau et de la muqueuse voisine, soit par la porte ouverte au niveau des ulcérations intestinales. Enfin pour un certain groupe d'ostéites il faut admettre l'acquisition des propriétés pyogènes par le bacille d'Eberth lui-même.

Méningite typhique (Ueber typhoïc Meningitis), par STUHLEN (*Berlin. klin. Woch*., 1894, n° 13, p. 352). — Il s'agit d'un homme qui au cours d'une épidémie familiale de fièvre typhoïde qui avait successivement frappé sa femme et ses deux enfants, s'infecte à son tour et entre à l'hôpital avec tous les signes d'une fièvre typhoïde grave datant de 15 jours. Trois jours après son entrée, il est pris brusquement de collapsus avec abaissement de la température et raideur de la colonne vertébrale et succombe deux jours plus tard dans le coma.

A l'autopsie à côté des lésions de la fièvre typhoïde on trouva une méningite cérébro-spinale suppurée. L'examen bactériologique et l'ensemencement du pus montrèrent la présence des bacilles d'Eberth à l'état de culture presque pure.

Stomatite gonorrhéique chez un nouveau-né. (Ein Beitrag zur der Lehre von der gonorrhoischen Affection der Mundhœhle bei Neugeborenen), par H. LEYDEN (*Centralb. f. Gynækol*., 1894, n° 8, p. 183. — Il s'agit d'une fillette mise au monde à la clinique par une primipare gonorrhéique. Aussitôt après la sortie de l'enfant de l'utérus, on lui lava les yeux au sublimé. Malgré cette précaution il se déclare au 6e jour une conjonctivite purulente double à gonocoques. Puis deux jours après en inspectant la bouche de l'enfant, on trouve sur la muqueuse de la lèvre supérieure, au niveau du cul-de-sac labial, une pustule des dimensions d'une lentille entourée d'une zone inflammatoire assez étendue. On enlève la pellicule blanche qui recouvre la pustule, à l'examen du liquide séro-purulent qui s'écoule, on trouve des gonocoques. Malgré les attouchements de la surface ulcérée, les sécrétions qu'on recueillait à sa surface continrent encore pendant plusieurs jours des gonocoques. Guérison au bout de quelque temps.

Pour l'auteur, l'enfant à dû s'inoculer le virus gonorrhéique en portant les doigts à ses yeux et en mettant ensuite les doigts infectés dans la bouche.

CHIRURGIE

Opération de la luxation congénitale de la hanche (Zur Operation der angeborenen Hüftluxation), par KOCH (*Münch. med. Woch*., 1894, n° 15, p. 281). — Au cours d'une opération d'Hoffa chez une fillette de 11 ans, atteinte de luxation congénitale double de la hanche, l'auteur, après avoir sectionné tous les muscles et libéré complètement la tête du fémur, comme dans le procédé d'Hoffa, rencontra des difficultés considérables pour réduire la tête dans la cavité cotyloïde agrandie. La tête était relativement volumineuse, et sa réduction ne fut obtenue qu'après en avoir réséqué par tranches successives, une bonne moitié. Cette sorte de modelage de la tête est considérée par l'auteur comme une modification, absolument indispensable dans certains cas, du procédé primitif d'Hoffa.

Modification particulière de la peau dans un cas de spina bifida (Ueber eine eigenartige Hautverænderung bei Spina bifida), par SPIETSCHKA (*Prag. med. Woch*., 1894, nos 10 et 11). — Il s'agit d'un homme de 33 ans venu à la clinique pour une tumeur de la région lombaire, une faiblesse des membres inférieurs et des douleurs lombaires. Le malade disait que la tumeur était congénitale et que plus tard, à la suite d'un coup, il s'y forma un abcès qui fut ouvert.

A l'examen on trouvait effectivement dans la région lombaire une sorte de tuméfaction plate de la peau. La tumeur,

qui mesurait 20 centim. de long sur 15 de large, s'étendait du bord supérieur de la première vertèbre lombaire jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du milieu du sacrum et paraissait repoussée un peu à droite. La peau était ici considérablement épaissie, se plissait très difficilement, mais glissait encore assez facilement sur les tissus sous-jacents. Sa surface rugueuse, ridée profondément, légèrement pigmentée en brun, était couverte de longs poils, peu nombreux et présentait au milieu une cicatrice blanche de 2 cent. 1/2 de long, résultant de l'ouverture de l'abcès dont il fut déjà question. Si avec le doigt on passait sous la partie inférieure de la tumeur en la séparant de la colonne vertébrale en repoussant en haut, on sentait très nettement, à la place de la ligne des apophyses épineuses, une fente limitée par deux bourrelets osseux divergents. En poussant le doigt contre la fente, on avait la sensation d'une résistance élastique, et quand le malade toussait, celle d'un choc contre le doigt. Au voisinage de cette énorme plaque d'éléphantiasis se trouvaient encore plusieurs nævi pigmentaires et fibromes cutanés.

La démarche du malade était peu assurée, mais il ne présentait pourtant pas le signe de Romberg. Les réflexes patellaires étaient exagérés, ceux du pied faibles; les réflexes crémastérien et cutané abdominal étaient exagérés. Les muscles des membres inférieurs présentaient un certain degré de contraction spasmodique. La sensibilité était plus ou moins intacte, le sens musculaire conservé. Les réflexes tendineux des membres supérieurs étaient normaux.

Actinomycose de la face; guérison par l'iodure de potassium, par Gaube (*Union méd. du Nord-Est*, 1894, n° 3, p. 74). — Il s'agit d'une jeune fille venue consulter l'auteur pour une prétendue fluxion dentaire avec chute de presque toutes les dents du côté malade. L'affection datait de trois mois et la tuméfaction avait débuté progressivement au niveau de la pommette pour envahir successivement les parties voisines.

A l'examen, on trouvait que la tuméfaction occupait la joue droite et était limitée par une circonférence passant par le sillon naso-labial, la commissure labiale et l'articulation temporo maxillaire, avec l'os malaire comme centre. La périphérie offrait une dureté ligneuse. Au centre et sur un autre point, on percevait de la fausse fluctuation, celle qu'en donne les fongosités.

L'auteur pensa à une tuberculose, mais une ponction faite au point ramolli amena du pus séreux, sans odeur particulière, renfermant un grand nombre de grains jaunâtres d'un jaune de soufre et du volume d'un grain de millet. L'examen microscopique suivi d'un examen bactériologique complet montra qu'il s'agissait de l'actinomycose.

La malade ayant refusé de se prêter à la moindre intervention chirurgicale, l'auteur eut l'idée de donner de l'iodure de potassium à la dose de 3 gr. par jour. Au bout de trois semaines, la malade était complètement guérie.

Chirurgie de l'œsophage (Ein Beitrag zur Œsophagus-Chirurgie), par Bayer (*Prag. med. Woch.*, 1894, n° 4 et 5). — Sous ce titre l'auteur publie deux observations d'intervention sur l'œsophage, une fois pour rétrécissement, l'autre pour diverticule.

Dans la première observation, il s'agit d'un cas de rétrécissement cicatriciel imperméable de la partie inférieure de l'œsophage, survenu chez un enfant de 3 ans après l'ingestion d'une solution de soude caustique. Avec une sonde on parvenait dans la portion thoracique de l'œsophage, à 16 centimètres du rebord dentaire. L'enfant étant déjà très affaibli et les aliments même liquides ne passant presque plus, Bayer fit l'œsophagotomie externe par une incision longitudinale sur le côté gauche du cou, ouvrit l'œsophage tout près du thorax et, ayant presque sous les yeux le rétrécissement, sectionna le tissu fibreux avec l'amygdalotome de Heine, passa ensuite le dilatateur de Thompson et laissa une sonde à demeure passée de la plaie œsophagienne dans l'estomac. Les jours suivants la première sonde fut remplacée par une autre plus volumineuse et ainsi de suite de façon à obtenir une dilatation graduelle du rétrécissement. Au bout de quelque temps on pouvait faire le cathétérisme par la bouche, et l'enfant finit par guérir.

Le second cas est celui d'un homme de 70 ans soigné depuis longtemps pour un diverticule de l'œsophage. Une incision faite sur le côté gauche du cou permit de découvrir le diverticule situé entre la trachée et la colonne vertébrale. Le sac fut coupé au ras de l'œsophage, une sonde passée dans la plaie, et celle-ci suturée dans la plus grande étendue. Guérison sans complications.

BIBLIOGRAPHIE

Anesthésie physiologique et ses applications, par le Dr Raphael Dubois, professeur de physiologie générale et comparée à l'université de Lyon, Paris G. Carré, 1894. 4 fr.

Physiologiste, élève de Paul Bert, ayant avec ce maître fait de nombreuses et importantes études expérimentales sur les anesthésiques, M. Raphael Dubois tente aujourd'hui de mettre entre les mains des praticiens une sorte de manuel d'anesthésie, pour établir, sur des bases scientifiques, un mode d'emploi qui ne soit pas aussi variable que ceux auxquels nous avons actuellement recours. M. Dubois a raison de dire que les chirurgiens sont encore trop empiriques sur ce sujet, que souvent « l'élève est étonné de voir considérer comme une faute qualifiée monstrueuse par un de ses nouveaux maîtres, ce que l'un de ses anciens chefs lui avait appris comme une excellente manière, dont il ne faut jamais se départir. » Tenter de réglementer physiologiquement le choix des anesthésiques et leurs procédés d'administration est incontestablement utile.

A. B.

Thérapeutique de névroses, par P. Oulmont, médecin de l'hôpital Laënnec, 1 vol. in-18 jésus, de 338 pages, relié en peau pleine. — Bibliothèque Dujardin-Beaumetz et Terrillon. Paris, 1894. O. Doin éditeur.

Ce livre, conçu à un point de vue essentiellement pratique, et écrit pour des praticiens, nous paraît appelé, grâce à des qualités résidant principalement dans une excellente sélection thérapeutique, à rendre de signalés services aux médecins encore peu familliers avec les progrès considérables qui se sont accomplis si rapidement dans cette branche de la neuropathologie au cours de ces dernières années. Et, si nous invoquons à cet égard l'influence des travaux de Charcot et de ses élèves, c'est que l'auteur, et nous ne saurions pour notre part que l'en féliciter, s'est inspiré largement de cet enseignement. Aussi, près de la moitié du volume est-elle consacrée à ces grandes névroses, l'*hystérie* et la *neurasthénie* contre la ténacité des manifestations desquelles le praticien se trouve presque quotidiennement aux prises. La fin de l'ouvrage est réservée: au *goître exophthalmique*, à l'*épilepsie*, à la *migraine*, à la *chorée*, à la *paralysie agitante* et à la *tétanie*. Ainsi qu'il ressort de cet exposé, M. Oulmont a, selon son expression, conservé des variétés admises par la nosographie classique, les seules névroses « que tout le monde s'accorde à reconnaître », n'hésitant pas à éliminer de son sujet, d'une part : les *névralgies*, les *spasmes fonctionnels* et *professionnels*, les *acropathies nerveuses* (asphyxie locale des extrémités, acroparesthésie, érythromélalgie), ostracisme qu'il pense légitimer par des raisons que nous ne pouvons examiner ici; d'autre part : la *maladie des tics convulsifs*, le *paramyoclonus multiplex*, les *chorées électriques* (chorée de Bergeron, chorée fibrulaire du Morvan, chorée de Dubéni), le *tic de Salaam*, l'*athéthose double*, le *tremblement* dit essentiel ou héréditaire, dont il n'a pas cette fois, cru devoir justifier une ségrégation, au moins discutable.

Le volume se divise en autant de parties consacrées à des entités morbides différentes. Chacune comprend, en premier lieu, un exposé succinct, mais suffisant par l'heureux choix des signes et la clarté de leur description, des principaux symptômes et des formes de la maladie, la relation étendue, et suivie d'une appréciation critique impartiale, de la valeur des divers modes de traitements généraux, vient ensuite; elle se termine, enfin, par l'énoncé, et des indications thérapeutiques spéciales, aux divers accidents particuliers ou aux formes de la névrose et des procédés qui leur conviennent en propre.

En résumé, il ne nous a pas paru que les lacunes, au reste voulues, que nous avons dû mentionner, étant donnée leur faible importance, du moins, au point de vue de la pratique générale, nuisent en rien aux qualités très réelles de l'ensemble du volume, d'autant que le fait même de ces éliminations a permis à l'auteur de s'étendre plus longuement sur les traitements qu'on a plus souvent occasion de mettre en œuvre, et qui, par conséquent, sont les plus utiles à vulgariser.

La maladie de Graves (Der Morbus Gravesii sogenannter Morbus Basedowii), par le Dr MANNHEIM, médecin de Berlin. 1 vol. in-8° de 150 pages, avec 2 planches hors texte. Berlin, 1894. August Hirschwald, éditeur.

Ce volume représente une monographie très bien ordonnée et très complète de la maladie de Graves, fondée sur l'examen critique de documents empruntés à une bibliographie qui ne comprend pas moins de 285 indications, et sur 47 observations personnelles. L'historique de la maladie dont la paternité est attribuée à Graves est exposé en premier lieu. Un second chapitre est consacré aux nouvelles recherches pathologiques auxquelles celle-ci a donné lieu, en particulier aux troubles oculaires, psychiques, et aux complications (épilepsie, hystérie, tétanie, tabes, maladie de Thomsen, myxœdème). L'anatomie pathologique est étudiée sur toutes les parties du système nerveux ; une longue discussion critique les diverses théories, parmi lesquelles l'auteur choisit plutôt la doctrine thyroïdienne formulée par Mœbius. L'ouvrage se termine enfin par des considérations thérapeutiques : traitement hygiénique (hydro-climato- et balnéo-thérapie), traitement chirurgical.

PAUL BLOCQ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

DU DÉTATOUAGE. DIFFÉRENTS PROCÉDÉS DE DESTRUCTION DES TATOUAGES, par Marcel BAILLIOT.

I. — Le détatouage est une opération facile et qui, basée sur les données scientifiques, pourra rentrer dans la pratique journalière.

II. — Cette opération a pour but de substituer une cicatrice *minima* à des dessins préexistants qui sont toujours inutiles, souvent gênants.

III. — Le détatouage est un acte de philanthropie et peut rendre de grands services à la société.

IV. — Tout procédé basé sur l'attrition assez profonde des tissus et l'emploi d'un agent escharotique, peut être suffisant.

V. — Les procédés de choix sont :

1° Le détatouage par piqûres avec tannin en poudre et crayon de nitrate d'argent.

2° Le détatouage par piqûres avec le bioxalate de potasse en poudre.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE ET HYSTÉRECTOMIE ABDOMINO-VAGINALE POUR FIBROMES DE L'UTÉRUS, par Sébastien LE MONIET.

I. — L'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie abdomino-vaginale sont les deux opérations de choix pour les fibromes sus-ombilicaux, nécessitant une intervention chirurgicale.

II. — Elles sont préférables aux amputations supravaginales pour les raisons suivantes :

a) La suppression du pédicule fait disparaître les accidents imputables aux hystérectomies partielles : la septicémie et ses manifestations variées, les dangers d'hémorrhagie, les vaisseaux étant pincés ou liés directement.

b) La mortalité est moindre.

c) La guérison est rapide et radicale.

d) Les accidents éloignés n'existent pas (ni éventration, ni tiraillements de la paroi, ni troubles dus à la compression des organes voisins).

III. — En l'état actuel de la question, il est difficile de se prononcer entre l'hystérectomie par la voie combinée abdominale et vaginale, et l'hystérectomie abdominale totale ; toutes deux ayant pour elles des statistiques favorables. Toutefois les préférences des chirurgiens paraissent se porter de préférence vers ce dernier mode d'intervention. Il est encore plus difficile de se prononcer entre les divers procédés d'ablation totale par la voie sus-pelvienne.

IV. — L'hystérectomie abdominale totale est aux fibromes sus-ombilicaux ce que l'hystérectomie vaginale, avec ou sans morcellement, avec ou sans hémostase préventive, est aux fibromes sous-ombilicaux.

DE L'ACTIVITÉ DE RÉDUCTION DE L'OXYHÉMOGLOBINE DANS LES TISSUS VIVANTS, par le Dr PORGE.

Ces recherches ont été poursuivies sous la direction de M. Hénocque, à l'aide de la méthode hémoto-spectroscopique. Elles montrent qu'à l'état physiologique, la réduction suit la courbe d'excrétion de l'urée, augmente avec l'exercice physique et la chaleur, diminue avec le froid et le surmenage, soit physique, soit intellectuel. Elle se ralentit dans la chloro-anémie, le cancer, l'épilepsie, l'ataxie, l'hémorrhagie cérébrale, la fièvre typhoïde dans ses premières périodes : car ici elle augmente à la convalescence. Le fer, le quinquina, l'ozone, les cures thermales, l'activent. L'acétanilide et le chloroforme l'abaissent. L'iodure de sodium la régularise.

La méthode, en somme, permet d'apprécier la marche de la nutrition et peut servir au diagnostic et au pronostic.

LE GONOCOQUE, par Pierre BOSC. Thèse Doctorat Montpellier, 1893.

Le Gonocoque de Neisser est la cause de la blennorrhagie, C'est un diplocogne, qui, grâce à ses caractères spéciaux, peut toujours être diagnostiqué chez l'homme. Chez la femme on devra être plus réservé dans ses affirmations.

On doit se méfier de toute recherche directe effectuée sur des taches souillant du papier ou du linge.

Le Gonocoque n'envahit jamais la totalité de l'organisme pour constituer une véritable maladie infectieuse. Mais il peut permettre des infections secondaires.

A côté de l'uréthrite blennorrhagique il y a lieu de décrire des uréthrites de natures diverses.

Si par chaudepisse on entend seulement l'uréthrite gonococcienne, la célèbre recette de Ricord est fausse : elle devient juste, si l'on applique ce mot à tout écoulement uréthral.

VARIÉTÉS

Association des médecins de la Seine. — L'association des médecins de la Seine, fondée en 1833 par Orfila, a tenu, dimanche, sa 61e assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Après un discours du président le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 59,908 fr. 90, dont 17,165 fournis par les cotisations, 5,071 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'association a secouru huit sociétaires, quarante-huit veuves ou familles de sociétaires, enfin trente-quatre autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, trois pensions viagères de 1,200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 50,000 francs. Une somme de 8,000 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice; ont été élus : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Guyon et Fernet ; secrétaire général, M. Henri Barth.

Puis on a tiré au sort le nom des membres de la commission administrative.

Société des ambulances urbaines de Bordeaux. — Fondée au mois de juin 1890, la Société des ambulances urbaines de Bordeaux, qui doit son existence et sa prospérité à M. le Dr Mauriac, vient de tenir sa première assemblée annuelle. Elle compte aujourd'hui 455 membres et possède un capital de 22,931 fr. 70. Les dépenses se sont élevées à 16,666 fr. 40. Elle a pu secourir 1,286 malades ou blessés. Son éloge n'est plus à faire.

Congrès français de chirurgie. — A l'occasion de l'Exposition de Lyon, M. le professeur Ollier a demandé au Comité Directeur de consulter par correspondance les membres du congrès pour savoir s'ils consentiraient à tenir à Lyon leur prochaine session (octobre 1894).

Le résultat de cette consultation est le suivant : Votants : 367 ; oui : 216 ; non : 75 ; abstention : 76.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE — N° 19 — 12 MAI 1894

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

La réorganisation des études médicales devant le Sénat.

Une interruption de M. le Ministre de l'Instruction publique a bien précisé, dans la séance d'hier, ce qu'a été devant le Sénat l'interpellation de M. le docteur Gadaud. « C'est un perpétuel malentendu », s'est écrié M. Spuller. Nous sommes de cet avis. Tous les arguments développés par l'honorable sénateur, qui demandait l'abrogation du décret du 31 mars 1894, allaient, en effet, à l'encontre de la thèse qu'il prétendait défendre. Quant aux discours de MM. L. Labbé et Cornil, ils nous paraissent, eux aussi, quelque sympathique adhésion qu'ils méritent, de nature à soulever un autre débat que celui dont la Chambre haute se trouvait saisie.

Nous avons d'ailleurs assez longuement discuté le décret qui impose aux étudiants en médecine une année de stage dans les facultés des sciences (Voy. *Gazette*, 1893, p. 337) pour qu'il nous soit permis d'applaudir au discours si convaincant de M. le Ministre de l'Instruction publique. Tous ceux qui ont sérieusement étudié l'organisation de notre enseignement supérieur et qui ont suivi d'un peu près ce qui se faisait jusqu'à ce jour dans nos facultés de médecine sont d'accord pour affirmer :

1° Qu'il convient, non de rendre plus faciles les conditions dans lesquelles se trouve ouvert aux étudiants l'accès de nos facultés, mais bien au contraire de n'admettre à commencer les études médicales que des jeunes gens pourvus de connaissances générales assez étendues pour pouvoir aborder avec fruit l'étude des applications des sciences à la médecine ;

2° Que l'année consacrée jusqu'à ce jour, dans les facultés de médecine, à l'enseignement des sciences accessoires était pour la plupart des étudiants une année absolument perdue, qu'elle en décourageait un assez grand nombre, qu'elle faisait perdre aux autres un temps précieux qu'ils auraient plus utilement consacré aux études médicales proprement dites;

3° Que l'étude de la physique, de la chimie et de l'histoire naturelle dans leurs applications à la médecine ne peut être utile que si elle est faite dans un sens exclusivement pratique, au cours ou à la fin des études médicales et non au début de celles-ci;

4° Enfin que les progrès des sciences médicales exigent, pour les étudiants en médecine, au moins quatre années complètes d'études médicales proprement dites.

Prétendre que le nouveau décret sera « meurtrier pour l'avenir de la médecine », qu'il implique « une restriction apportée à son enseignement », alors qu'au contraire il impose aux professeurs et agrégés des sciences accessoires l'obligation de modifier un enseignement qui deviendra utile le jour où il sera pratique, c'est montrer que l'on connaît bien mal ce qui se passait autrefois, ce que l'on veut modifier aujourd'hui. Il est aussi injuste de soutenir que le nouveau décret porte atteinte aux prérogatives des écoles secondaires de médecine, alors que, bien au contraire, il cherche, dans la mesure du possible, à décentraliser les études médicales.

Nous ne nous arrêterons donc pas à opposer aux allégations de M. le Dr Gadaud les réponses si précises de M. le Ministre de l'Instruction publique. M. Spuller a lumineusement résumé les arguments que nous avons maintes fois défendus et que le rapport de M. Brouardel (1893, p. 361) avait si éloquemment développés.

Mais, de ce nouveau débat, il importe de retenir tout à la fois et les conclusions du discours de M. L. Labbé et la réponse du ministre. M. L. Labbé ne s'est point attardé à discuter le nouveau décret ni à rechercher si, au point de vue pédagogique, il affirmait ou non un progrès réel. Ce qui préoccupe notre confrère, et avec lui tout le corps médical, c'est l'impossibilité absolue dans laquelle se trouveront un grand nombre d'étudiants en médecine d'être reçus docteurs à l'âge exigé par la loi militaire, M. Labbé en conclut qu'il importe non d'allonger par des exigences nouvelles la durée des études médicales, mais bien de restreindre cette durée en simplifiant les programmes.

M. Cornil s'est placé au même point de vue. Il pense que l'enseignement de la philosophie est inutile aux étudiants en médecine, que ceux-ci pourraient aussitôt après la rhétorique se spécialiser de manière à se pré-

parer, dans les lycées, par l'étude des sciences physiques et naturelles, aux études médicales.

A ces arguments, M. le ministre a répondu dans des termes que nous tenons à reproduire textuellement : « Ce n'est pas, a-t-il dit, à l'occasion de la réforme que nous avons faite qu'il faut accuser la loi militaire ou plutôt qu'il faut mettre cette loi en question. Si vous jugez que la loi militaire nuit à l'ensemble des études médicales, demandez la réforme de cette loi. »

Ces paroles ont été accueillies par des observations que le *Journal officiel* résume en ces mots : « *Bruit et mouvements divers.* » Nous regrettons qu'au milieu du bruit MM. L. Labbé et Cornil n'aient pas fait un mouvement en avant pour rappeler au Ministre et au Sénat ce qu'ils ont récemment tenté en vue d'obtenir « la réforme de cette loi ». Nous persistons à penser en effet qu'il serait néfaste d'abaisser le niveau des études médicales et de diminuer leur durée, en vue de satisfaire aux exigences injustifiables du Ministre de la guerre. Le jour où il sera bien démontré — et ce jour est proche, nous l'espérons encore — que le recrutement des médecins est rendu presque impossible en raison de la limite d'âge qui leur est imposée, il faudra bien que l'Etat-major général de l'armée renonce à ses prétentions. Nous persisterons donc à lutter pour que l'on impose à ceux qui ambitionnent le titre de docteur en médecine une série d'études préliminaires, d'examens et d'épreuves pratiques qui permettent d'affirmer que leur éducation et leur instruction sont vraiment dignes de ce titre. Il nous paraît impossible qu'un jour n'arrive pas où le Sénat et la Chambre ne se révoltent contre les empiétement du militarisme. S'il en était autrement, nous verrions peut-être tous les Français devenir soldats ; mais ce jour-là il n'y aurait plus en France ni savants, ni littérateurs, ni artistes.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

De l'hypertrophie du thymus dans la mort subite des nourrissons.

L'hypertrophie du thymus, qui a été enterrée il y a une trentaine d'années avec un accord parfait par les auteurs faisant autorité, est en train de reparaître dans la littérature médicale. Mais quand on lit les travaux parus ces temps derniers sur cette question, on est surpris de voir les auteurs procéder avec une prudence extrême et éviter d'avoir à se prononcer d'une façon catégorique. Cela se comprend de reste, quand on songe que ceux qui revendiquent même un tout petit rôle nosologique à l'hypertrophie du thymus, vont à l'encontre des idées régnantes, ne peuvent même pas faire appel à la physiologie de cette glande et manquent en quelque sorte de données positives pour défendre leur opinion. Quand ils hasardent bien timidement une opinion sur le rôle actif de l'hypertrophie du thymus dans le spasme de la glotte ou la mort subite des nourrissons, aux faits qu'ils apportent on en oppose d'autres plus d'accord avec les idées actuelles sur le laryngospasme, le rachitisme, les fermentations intestinales, et les défenseurs du thymus ont pour la plupart l'air de tourner autour de la question, d'implorer quelque concession en faveur de leurs hypothèses. Pourtant, à la lecture du moins, la question ne semble nullement compliquée ni complexe, et les faits accumulés ces trois ou quatre dernières années paraissent décidément en faveur de ceux qui tiennent à réhabiliter dans une certaine mesure l'hypertrophie du thymus.

I

Avant de passer à l'exposé des travaux relatifs au rôle nosologique de l'hypertrophie du thymus, nous voudrions rappeler ce que nous savons sur la physiologie et l'anatomie du thymus.

« Le thymus, dit Béclard (1), ayant acquis tout son développement au moment de la naissance et disparaissant ensuite, est vraisemblablement subordonné aux fonctions de nutrition de la première enfance, et peut-être à la période de lactation. Les jeunes mammifères sur lesquels on enlève le thymus se font remarquer par une extrême voracité et par un amaigrissement rapide. Les animaux finissent par succomber à l'ablation du thymus. Cependant M. Friedleben est récemment parvenu à conserver vivants de jeunes chiens privés de thymus. D'après les expériences de M. Friedleben, l'ablation du thymus aurait pour effet l'augmentation dans le sang du chiffre des globules blancs. »

Les expériences de Friedleben, qui datent de 1858, n'ont été reprises que tout récemment par Langerhans et Sawelieff (2) qui sont arrivés à des résultats tout à fait négatifs : sur une trentaine de jeunes chiens auxquels ils avaient fait l'ablation du thymus, la moitié a succombé après avoir le plus souvent présenté des troubles gastro-intestinaux ; les autres animaux ont survécu à l'opération ou bien sont morts plus tard d'une autre cause accidentelle.

Nous ne savons donc rien sur la physiologie du thymus. Mais cela ne veut pas encore dire que la glande soit d'aucune utilité à l'organisme. Il y a à peine 6 ou 7 ans on ne savait pas grand'chose sur la physiologie et le rôle de la glande thyroïde. Aujourd'hui nous possédons là-dessus toute une littérature. Qui nous dit qu'il n'en sera pas de même du thymus ?

Les rapports anatomiques que le thymus affecte, surtout par sa face postérieure avec les organes voisins, sont tous très importants.

En effet, la face postérieure ou concave de la glande repose dans ses deux tiers inférieurs sur le péricarde qui la sépare du ventricule droit, de l'oreillette droite, du tronc de l'artère pulmonaire, et des portions ascendante et horizontale de la crosse de l'aorte. Dans son tiers supérieur elle recouvre le tronc brachio-céphalique artériel, l'origine de la carotide primitive gauche, la partie antérieure de la trachée artère et plus haut le tronc brachio-céphalique veineux du côté gauche.

Le bord gauche répond au nerf diaphragmatique correspondant à la crosse de l'aorte, et plus haut à la carotide primitive ; le bord droit, au nerf diaphragmatique du même côté, à la veine cave supérieure et au tronc veineux brachio-céphalique qu'il croise à angle aigu.

L'extrémité inférieure du thymus descend jusqu'au niveau de la troisième ou de la quatrième côte ; elle se prolonge plus ou moins sur la face antérieure du ventricule droit, dont la sépare le péricarde.

Les rapports de la face antérieure sont peu importants en l'espèce. Cette face répond de chaque côté à la plèvre médiastine, qui la sépare des poumons, et aux articulations sterno-claviculaires ; sur le plan médian au sternum dont elle se trouve séparée par l'attache des muscles sterno-thyroïdiens.

(1) *Traité élémentaire de physiologie*, 7e édit., t. I. p. 709.
(2) *Arch. de Virchow*, 1893, Bd. 134, fasc. 2.

Disons enfin que chez le nouveau-né le thymus pèse e moyenne 6 à 8 grammes et mesure 5 centimètres de hauteur sur 2 à 3 de largeur et 8 à 10 millimètres d'épaisseur (Sappey).

Si nous avons reproduit un peu longuement les rapports anatomiques du thymus, c'est parce qu'il nous a semblé qu'une glande qui affecte des rapports intimes avec des organes voisins aussi importants que le cœur, les gros vaisseaux et les nerfs phréniques, peut par simple hypertrophie provoquer une série de troubles, ne fût-ce que par compression.

C'est à Grawitz (1) que revient l'honneur d'avoir de nouveau attiré l'attention sur l'hypertrophie du thymus dans un travail où il rapportait deux cas de mort subite chez des nourrissons, à l'autopsie desquels il trouva pour toute explication une hypertrophie du thymus.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un nourrisson de huit mois, n'ayant jamais été malade, bien nourri et bien développé, que les parents obligés de sortir laissent aux soins de la nourrice. En rentrant ils trouvent l'enfant mort avec un oreiller sur la figure. A l'autopsie médico légale faite par Grawitz et Liman, on trouva une hypertrophie considérable du thymus, à laquelle Grawitz n'hésita pas d'attribuer la mort. La nourrice ne fut pas inquiétée.

Le second cas se rapporte à une fillette de six ans qui, en train de jouer entre les bras de son père, est prise brusquement de cyanose et succombe en moins d'une minute. L'autopsie médico-légale ne fit découvrir qu'un thymus considérablement hypertrophié, qui mesurait 7 centimètres et demi de hauteur sur 2 de largeur et 1,8 d'épaisseur.

Le travail de Grawitz eut la fortune d'être remarqué et de fixer très rapidement l'attention du monde médical sur l'hypertrophie du thymus. C'était d'autant plus naturel que l'étude de Grawitz soulevait un problème de médecine légale dont la résolution dans un sens ou dans un autre devait jouer un rôle considérable dans la question toujours obscure de l'infanticide.

Les observations ne tardèrent donc pas à se multiplier. Paltauf (2) rapporta le cas d'une fillette de 17 mois qui tombe dans un baquet plein d'eau la tête la première. On la retire deux secondes après, mais elle est déjà morte. A l'autopsie, la seule anomalie qu'on trouve est une hypertrophie du thymus qui mesurait 9 centimètres et demi de hauteur sur 6 et demi de largeur et 2 et demi d'épaisseur. Dans son travail Paltauf cite encore 5 cas de mort subite chez des adultes, à l'autopsie desquels on ne trouva pour toute explication qu'une hypertrophie considérable du thymus, qui dans quelques cas avait les dimensions d'un poing d'adulte.

Dans le cas de Scheele (3) — un enfant de 16 mois mort brusquement — le thymus recouvrait entièrement le péricarde et était couvert d'ecchymoses et de foyers hémorrhagiques. Il pesait 50 grammes et mesurait 7,8 centimètres de hauteur sur 5 de largeur, pour le lobe gauche, 6,5 centimètres de hauteur sur 4 de largeur pour le lobe droit; son épaisseur était de 2 centimètres. Il y avait en même temps une congestion cérébrale intense.

Le cas de Kob (4) se rapporte à un enfant naturel qu'on trouve un matin mort dans le lit de son père. A l'autopsie médico-légale, on trouve à côté d'une congestion cérébrale intense, un thymus couvert d'ecchymoses et de pétéchies, et remplissant la plus grande partie de la portion supérieure de la cage thoracique. Il pesait 40,2 grammes et mesurait 9 centimètres de longueur sur 3 de largeur à son sommet et 5,5 à sa base; l'épaisseur était de 1,5 centimètre. Les experts conclurent à la mort par congestion cérébrale consécutivement à l'hypertrophie du thymus.

(1) *Deut. med. Wochenschr.*, 1888, n° 22.
(2) *Wien. klin. Wochenschr.*, 1889, n° 46, et 1890, n° 9.
(3) *Zeitschr. f. klin. Med.*, 1890, vol. XVII, p. 42.
(4) *Vierteljahresschrif. f. gerichtl. Ded.*, 1893, vol. V.

Dans la troisième observation de Benecke (1) qui a observé 3 cas de mort subite sur lesquels nous reviendrons dans un moment, le thymus pesait 26,5 grammes et mesurait 8 centimètres de hauteur sur 6 de largeur et 1,5 d'épaisseur.

Même hypertrophie du thymus dans les cas publiés par Baginsky (2), Somma (3), Nordmann (4), Pott (5) et autres.

II

Les cas de mort subite chez les nourrissons que nous venons de réunir ont ceci de commun que chez tous on trouve à l'autopsie une hypertrophie plus ou moins considérable du thymus. La question qui se pose est donc celle de savoir dans quelle mesure le thymus doit être incriminé et par quel mécanisme il provoque la mort subite.

La première idée qui vient à l'esprit, c'est d'attribuer la mort à la compression de la trachée par le thymus hypertrophié. C'est en effet l'hypothèse que formule Grawitz (6). Grawitz appuyait son hypothèse sur ce fait que sur les squelettes des nourrissons l'espace entre la colonne vertébrale, « espace critique », mesure 2 centimètres en moyenne. Or dans les cas de mort subite, le thymus hypertrophié a une épaisseur le plus souvent au-dessus de 2 centimètres. Quoi de plus naturel que d'admettre dans ces cas une compression de la trachée par le thymus? A l'appui de son hypothèse, Grawitz citait encore Virchow qui, en parlant, dans son Traité des tumeurs du thymus, d'un enfant ayant succombé à un accès d'asthme thymique, disait que la glande était tellement hypertrophiée, qu'il ne comprenait pas qu'on pût nier la possibilité de la mort par compression de la trachée par le thymus hypertrophié. Cette hypothèse fut au début acceptée par tout le monde. Nordmann (7) faisait encore intervenir une turgescence suraiguë du thymus par accumulation des sécrétions dans les follicules ou une congestion de la glande avec tuméfaction hyperémique du parenchyme, deux états que, bien entendu, on ne pouvait retrouver sur le cadavre.

Mais lorsque les faits commencèrent à se multiplier, la théorie de la compression fut très rapidement battue en brèche. Paltauf (8), en publiant les cas que nous avons rapportés plus haut, s'est efforcé à montrer que le thymus ne peut revendiquer aucun rôle dans la mort subite du nourrisson et qu'en tous les cas il ne peut être question de compression de la trachée. Pour ce qui est du premier point, Paltauf cite un certain nombre de cas de nourrissons qui ont succombé à une affection quelconque sans avoir jamais présenté d'accès de suffocation, et à l'autopsie desquels on trouva des thymus d'une épaisseur de 2 centimètres 5 et même 2 centimètres 6. Ces faits peuvent donc très légitimement être opposés aux cas de Grawitz. Quant à la compression de la trachée, Paltauf fait observer que jamais on n'a trouvé de trachée en

(1) *Berlin. klin. Wochensch.*, 1894, n° 9.
(2) *Traité des mal. des enf.*, t. II, p. 290, édit. franç., Steinheil, Paris, 1892.
(3) *Arch. de pathol. infantile*, 1884.
(4) *Correspond. Bl. f. Schw. Aertz.*, 1889, n° 7, p. 19.
(5) *Jahrb. f. Kinderheilk.* 1892, vol. 34.
(6) *Loc. cit.*
(7) *Loc. cit.*
(8) *Loc. cit.*

sablier; que les poumons restent perméables à l'air quand l'insufflation est pratiquée après la trachéotomie faite presque au moment de l'accident; qu'enfin l'idée même de « l'espace critique » de Grawitz est une conception erronée, en ce sens que le diamètre antéro-postérieur de la cage thoracique augmente très rapidement avec l'âge de haut en bas, de façon à pouvoir loger un thymus même fortement hypertrophié et que l'espace critique lui-même augmente très rapidement avec l'âge.

Pott (1), qui a publié un mémoire remarquable sur les dangers de l'hypertrophie du thymus, se prononce également contre l'hypothèse de Grawitz, celle de la compression de la trachée. Pour lui, le tableau de la mort subite qu'il a eu l'occasion d'observer deux fois de très près n'est nullement celui par asphyxie, mais bien une mort subite dans toute l'acception du mot. L'enfant est tranquille, lorsque brusquement sa tête tombe en arrière, ses pupilles se dilatent et ses yeux se convulsent. Une ou plusieurs inspirations silencieuses, et nullement sifflantes comme dans le spasme de la glotte, et l'enfant est mort. En quelques secondes les veines du cou deviennent turgescentes et apparaissent comme de véritables cordes. La face et les extrémités se cyanosent pour prendre au bout d'un moment une teinte cadavérique. Les réflexes sont abolis, la respiration arrêtée, et le cœur ne bat plus. Toute la scène ne dure pas plus d'une minute. On a beau faire la respiration artificielle, la galvanisation, la trachéotomie : l'enfant est bel et bien mort. En somme, l'impression est celle de mort subite par arrêt brusque du cœur, mais nullement par compression de la trachée.

Nous avons dit que pour Paltauf le thymus hypertrophié n'avait rien à voir dans cette mort subite. Pour lui il s'agirait dans ce cas d'une diathèse lymphatique avec hypertrophie de tous les organes lymphoïdes, le thymus y compris. La mort s'expliquerait, comme dans certaines maladies chroniques, par le mauvais état de nutrition, aboutissant peut-être dans certains cas à une dégénérescence des centres cardiaques.

Cette explication très obscure et passablement métaphysique est en partie acceptée par Pott, qui, tout en admettant la réalité de la diathèse lymphatique, revendique pourtant une part active pour l'hypertrophie du thymus, ne fût-ce qu'en tant que cause occasionnelle de l'arrêt brusque du cœur. Pour lui, le thymus peut être brusquement hyperémié, peut comprimer les vaisseaux voisins et créer ainsi un obstacle mécanique à la circulation. Pott se demande même si dans ces conditions le thymus hypertrophié et hyperémié n'est pas capable d'exercer sur les artères pulmonaires une compression qui expliquerait la dilatation du cœur droit et la réplétion du système veineux qu'on trouve ordinairement dans ces cas.

Scheele (2), de son côté montra, par des expériences sur le cadavre, que, pour réaliser un aplatissement de la trachée, il fallait arriver à un poids de 1,000 grammes, compression que ne peut réaliser un thymus aussi hypertrophié qu'il le fut. Pour Scheele, comme pour Paltauf et Pott, la théorie de Grawitz n'était pas soutenable.

La question en était là lorsque parut tout récemment un mémoire très intéressant de Benecke (3) basé sur trois observations personnelles. Les observations en question, que nous rapportons en détail plus loin, sont extrêmement intéressantes, car elles présentent trois modalités différentes des conditions dans lesquelles le thymus peut provoquer la mort subite. Quant à l'opinion personnelle de Benecke, elle se réduit à ceci : si l'on veut faire jouer un rôle effectif à l'hypertrophie du thymus — et Benecke est loin d'être explicite sur ce point — il faut admettre un second facteur qui serait la flexion brusque de la tête en arrière, mouvement grâce auquel la trachée se trouverait instantanément comprimée, aplatie entre la colonne vertébrale et le thymus arc-bouté contre le sternum. Ce serait donc, en somme, la mort subite par asphyxie. Mais pourquoi alors les enfants ne portent-ils pas, dans ces conditions, la tête instinctivement en avant? C'est que, dit Benecke, il s'agit le plus souvent des enfants lymphatiques (Paltauf) ayant la tête volumineuse, lourde, et les muscles faibles, qui n'ont souvent pas la force, quelquefois, de par leur position, la possibilité d'exécuter le mouvement salutaire de flexion en avant, et ils meurent asphyxiés.

Telle est l'explication dégagée de toutes les circonlocutions et de toutes les réserves que nous trouvons du reste chez la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette question. Mais, comme nous venons de le dire, les observations de Benecke disent davantage que ces considérations. Les voici :

La première observation se rapporte à un garçon de 8 mois qui deux mois auparavant avait contracté une légère bronchite qui lui laissa une respiration un peu bruyante avec ronflement. A part cela, l'enfant était toujours bien portant et d'une santé florissante. Le 24 décembre 1888, la mère s'absente, dans l'après-midi, pour une heure, et laisse l'enfant dans le berceau. En rentrant elle le trouve mort.

Autopsie faite le 27 décembre : Enfant bien nourri, bien développé, avec un pannicule adipeux extraordinairement développé. Après l'ablation du sternum on a devant soi le thymus considérablement hypertrophié ayant repoussé le cœur à gauche et en bas. Le thymus est très mou, rouge grisâtre, farci de foyers hémorrhagiques principalement à sa surface; pas de foyers d'inflammation en dehors et en dedans de la glande. La muqueuse du larynx, fortement injectée, froncée, était couverte d'un enduit muco-purulent et présentait un développement considérable de ses glandes muqueuses. La muqueuse trachéale présentait le même état sur la muqueuse laryngée. *A partir de la bifurcation de la trachée, les bronches paraissent, jusque dans leurs dernières ramifications, singulièrement rapetissées et aplaties à leur entrée dans les poumons;* leur muqueuse est partout rouge, tuméfiée, trouble; les petites ramifications sont entièrement, les plus grosses incomplètement, bouchées par des sécrétions muco-purulentes. Les poumons sont atélectasiés, gorgés de sang, mais nulle part trace de pneumonie. Les plèvres, de même que le péricarde, qui contenait quelques cuillerées d'une sérosité citrine, étaient recouverts d'ecchymoses. Cœur normal, de même que les autres viscères qui étaient tous dans un état d'hyperémie veineuse très accusée.

D'après Benecke, l'enfant, atteint depuis longtemps d'un catarrhe des bronches, est mort asphyxié par les mucosités purulentes qu'il n'a pu expectorer soit par le fait de sa position dans le lit, soit à cause du rétrécissement des bronches occasionné par le thymus hypertrophié. Si dans ce cas, dit-il, l'hypertrophie du thymus constituait un obstacle au développement des bronches et favorisait indirectement la persistance de la bronchite, la cause directe de la mort subite reste pourtant la bronchite; et le rétrécissement des bronches ne devint menaçant que lorsqu'il y eut accumulation des mucosités dans les poumons. De sorte qu'on peut dire que si l'enfant n'avait pas eu de bronchite, il ne serait pas mort brusquement.

La seconde observation serait pour Benecke une preuve

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

du rôle efficace que peut jouer la flexion de la tête en arrière, dans la mort subite par hypertrophie du thymus. Il s'agit d'un nouveau-né bien portant, qui meurt brusquement à la clinique huit jours après sa naissance. L'autopsie donna les résultats suivants :

Enfant bien développé. Plaie ombilicale normale, non enflammée. Peau ictérique (ictère des nouveau-nés); lèvres et oreilles très cyanosées; pannicule adipeux bien développé ; muscles pâles, os normaux. — Le péricarde renferme 15 cm. c. d'un liquide transparent, ictérique; le cœur est normal, vigoureux, ses cavités droites sont distendues par du sang liquide. Les poumons très congestionnés sont partout perméables, non œdématiés; quelques ecchymoses sous-pleurales. Rien du côté des bronches. Le thymus est très volumineux, congestionné et sa partie supérieure est solidement enclavée entre le sternum et la trachée. *A ce niveau, la trachée est manifestement aplatie et pour amener son occlusion complète il suffit de porter très légèrement la tête en arrière.* Les autres viscères sont normaux, mais congestionnés.

Dans ce cas, Benecke admet la possibilité de la mort subite par compression de la trachée, par le mécanisme que nous avons exposé plus haut (flexion de la tête en arrière, trachée comprimée entre la colonne vertébrale et le thymus hypertrophié arc-bouté contre le sternum). Mais — nouvelle réserve de Benecke — pour affirmer ce mécanisme, dit-il, la condition essentielle est de conserver au cadavre la position qu'il avait au moment de la mort, d'ouvrir, à l'autopsie, la trachée par une incision faite au-dessus du thymus et de voir, avec une sonde ou autrement, s'il existe ou non une occlusion complète de la trachée.

La troisième observation de Benecke permettrait, d'après l'auteur, d'étudier de plus près le mécanisme de la mort par compression de la trachée.

Il s'agit d'une enfant de 7 mois qui entre bien portante dans un asile des enfants, le 7 octobre 1893. Le 11, on trouve qu'elle a une fièvre assez élevée; pas d'exanthème, pas de symptômes cérébro-spinaux, seulement l'enfant laisse fréquemment tomber la tête en arrière. Mort subite avec tête renversée en arrière et cyanose de la face.

Autopsie. Enfant vigoureux, très gras. Peau cyanosée. Pas d'exanthème. Tête très volumineuse avec fontanelles larges et os un peu mou. Cerveau gorgé de sang, mou, normal; rien dans le bulbe. Le péricarde ne renferme pas de sang, cœur volumineux, vigoureux. Poumons gorgés de sang, élastiques, perméables. Quelques ecchymoses sous-pleurales, trachée et bronches normales. thymus volumineux (80 : 60 : 15 mm., 26 gr. 5) très congestionné, de consistance normale, couvert d'ecchymosses nombreuses. *Entre la trachée et le manche du sternum se trouve un prolongement du thymus, aplati à ce niveau, mais s'élargissant notablement au niveau de la fosse jugulaire.* La distance entre le sternum et la colonne vertébrale est de 15 mm. Rien du côté d'autres organes. Rachitisme.

Pour ce cas encore Benecke admet une mort subite par compression de la trachée, en faisant jouer un rôle prépondérant au prolongement du thymus trouvé à l'autopsie. Il suppose notamment que dès le début de la dyspnée très violente, la glande très mobile devait, à chaque inspiration forcée, être violemment attirée dans la cage thoracique et entraîner avec elle le prolongement en massue qui venait de cette façon jouer le rôle d'un coin enclavé entre la trachée et le sternum, au point le plus rétréci de l'orifice supérieur de la cage thoracique. Peut-être encore la flexion de la tête en arrière a eu pour résultat d'amener une hyperémie veineuse avec élargissement du thymus qui pouvait dans ces conditions gêner directement et mécaniquement le fonctionnement du cœur.

Que l'on accepte la théorie de Paltauf corrigée par Pott (diathèse lymphatique avec dégénérescence du centre cardiaque avec choc cardiaque) ou celle de Grawitz modifiée par Benecke, il est évident que l'hypertrophie du thymus y intervient d'une façon active. On peut même admettre avec Benecke que la mort subite peut se produire dans un groupe de cas de par le mécanisme de choc cardiaque (avec le tableau clinique décrit par Pott) et dans un autre groupe par le mécanisme de compression de la trachée par flexion de la tête en arrière.

R. Romme.

TRAVAUX ORIGINAUX

Observation d'un cas d'inertie utérine survenue après la dilatation complète. Application de forceps. Dégagement de la tête en O. S. Déformation de cette dernière, par le docteur F. Gilis (de Nîmes), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le jeudi 28 décembre 1893, à 11 heures 1/2 du soir, j'étais appelé auprès d'une femme en travail déjà depuis plusieurs heures, et dont l'accouchement ne paraissait pas avancer.

Mme X... a 40 ans. Grande, forte, son système adipeux est très développé. Elle a déjà eu 5 enfants, et toujours les grossesses ont été bonnes et les accouchements se sont bien et rapidement terminés. La dernière grossesse a eu lieu il y a 3 ans, et cet accouchement, comme les précédents, n'a pas duré plus d'une demi-heure.

Les choses se sont passées tout autrement cette fois. La grossesse a été vers la fin marquée par certains accidents. A partir du septième mois, Mme X... a été prise de douleurs dans le ventre presque continues. Elle a été obligée de cesser toute occupation, toute promenade même, et de rester le plus souvent au lit. Et encore là, elle n'était pas complètement soulagée ; elle n'éprouvait quelque amélioration à son état qu'en se tenant assise, le dos appuyé contre le bois du lit et les jambes plus ou moins fléchies sur le tronc, dans la position dite accroupie. C'est ainsi qu'elle a vécu pendant près de trois mois.

Elle n'a consulté personne. Elle n'a eu d'ailleurs pendant sa grossesse aucun autre accident : ni hémorrhagie ni œdème des jambes, seulement quelques petites hémorrhoïdes. Toutefois, cette obligation de rester au lit avait singulièrement changé son caractère : ce n'était pas sans appréhension qu'elle voyait arriver le moment de l'accouchement.

Les premières douleurs apparaissent dans l'après-midi du jeudi. Elle perd ses eaux à 6 heures et demie du soir. Ordinairement ses accouchements étaient finis dans l'espace d'une demi-heure à trois quarts d'heure. Mais actuellement les heures passent et elle ne sent, dit-elle, rien avancer. Elle s'énerve, crie, demande aide. La sage-femme résiste, car elle a déjà assisté cinq fois Mme X..., et toujours l'accouchement s'est bien terminé. Mais, comme, malgré les efforts de la parturiente, il n'y a aucun progrès, il semble au contraire à la malade que l'enfant remonte après chaque effort, elle finit par s'inquiéter ; elle affirme qu'il doit y avoir quelque chose d'irrégulier et enfin, au bout de quatre heures de cet état de souffrances et d'inquiétude, elle a une sorte de crise de nerfs. Alors la famille se décide à aller chercher son médecin habituel qui, ne voulant pas s'occuper d'accouchements, envoie chez moi : il était onze heures et demie du soir.

A mon arrivée la sage-femme m'annonce qu'il s'agit d'une application de forceps. Après un interrogatoire rapide, croyant qu'il ne s'agit que d'une application ordinaire, je pratique le toucher avant le palper, contrairement à l'usage classique. Je sens la tête, mais elle est très élevée. La suture sagittale est dans le diamètre antéro-postérieur, se rapprochant toutefois légèrement du diamètre oblique gauche. Une

bosse séro-sanguine assez considérable ne me permit pas de préciser par le toucher s'il s'agissait d'une position antérieure ou postérieure. La palpation me vint alors en aide pour préciser mon diagnostic, car, quoique la paroi abdominale fût très épaisse, je pus sentir en avant et en haut la présence de petites parties et l'absence de tout plan résistant. Il s'agissait donc d'une position postérieure, l'enfant se présentait en OS, se rapprochant sensiblement de l'OIDP. Le bassin était normalement conformé; si l'engagement n'avait pas lieu, il fallait chercher une autre cause. Il n'y avait pas de tumeur appréciable. Comme, d'autre part, les contractions étaient très faibles, presque nulles, j'en conclus que je me trouvais en présence d'un cas particulier d'atonie musculaire, d'inertie utérine.

La dilatation était complète; je pouvais donc tenter une application de forceps. J'employai le forceps Tarnier à l'usage duquel je m'étais habitué à la Charité, pendant mon internat dans le service de mon excellent maître, M. Budin. Au moment de dégager les branches de traction, je m'aperçus que j'étais obligé d'aller les prendre dans le vagin; la tête était en effet si élevée que les cuillers du forceps Tarnier, qui sont plus petites que celles du forceps Pajot, avaient disparu presque jusqu'à la vis. La malade, qui se rendait assez bien compte de ce qui avait lieu, me demanda alors ce qui la piquait à l'entrée. C'étaient les 2 branches de traction qui appuyaient, bien légèrement d'ailleurs, sur la paroi postérieure du vagin, pendant le court espace de temps qu'il me fallut pour prendre le tracteur. Je m'assurai, suivant la formule, que la tête était prise, bien prise et seule prise, et je commençai les tractions. Les manches du forceps se tenaient d'eux-mêmes et me servaient, suivant l'expression du professeur Tarnier, d'aiguille indicatrice. Après quelques minutes, j'avais la satisfaction de voir que la tête descendait et descendait en se fléchissant, car les manches du forceps se relevaient progressivement et je n'avais qu'à suivre leur indication. La flexion et la descente continuent, le périnée bombe et la tête apparaît à la vulve; les manches du forceps étaient dirigés verticalement en haut.

Si j'avais suivi alors la méthode classique, j'aurais dû enlever le forceps et faire une nouvelle application qui me permît d'opérer la rotation interne de la tête. Mais lâchant un instant mon forceps, je m'aperçus facilement que la tête s'éloignait de la vulve, qu'elle n'y était donc pas maintenue par la contraction utérine et que la traction par le forceps avait été la seule cause de la descente du fœtus. Aussi, examinant le périnée qui était souple, considérant que les déchirures sont plus rares chez les multipares chez les primipares, je résolus, sans lâcher mon forceps, de faire le dégagement de la tête en arrière.

Prenant alors dans ma main gauche le forceps (branches de traction et de préhension) de façon à ne plus me laisser guider par lui, mais à le guider à ma volonté, je plaçai la main droite sur le périnée afin d'en apprécier la tension croissante et de le protéger autant que possible. Après avoir recommandé à la malade de ne faire aucun effort, j'exagérai la flexion de la tête en reportant autant que possible les branches de mon forceps en haut et en avant, tandis que de ma main droite, je facilitais le glissement du périnée sur la partie postérieure de la tête. En allant ainsi très lentement, j'eus la satisfaction de voir que l'occiput s'était dégagé petit à petit, tout en laissant le périnée intact.

Le dégagement de la tête se fit alors par les diamètres sous-occipitaux dans un mouvement de déflexion, et je vis apparaître successivement sous l'arcade pubienne la fontanelle antérieure, le front, le nez, la bouche, le menton. La tête était sortie, j'enlevai le forceps, et j'opérai alors l'extraction du tronc suivant les règles ordinaires. La tête était légèrement déformée et nous reviendrons sur ce point tout à l'heure. La marque des cuillères du forceps indiquait qu'il avait été appliqué sensiblement au niveau du diamètre bi-pariétal. L'enfant sorti, et le cordon coupé, je frictionnai énergiquement l'utérus pour réveiller les contractions; la délivrance fut naturelle. Pour prévenir une hémorrhagie possible dans un pareil cas, je donnai alors seulement un gramme d'ergot en 3 doses. Les suites de couches furent normales. La nouvelle accouchée se levait au 10e jour; et l'enfant allait très bien.

Cette observation m'a paru intéressante, et quatre points surtout ont attiré mon attention : ce sont les suivants :

1° Les douleurs de la fin de la grossesse chez une multipare qui avait toujours bien supporté ses grossesses antérieures;

2° Les irrégularités de l'accouchement et l'inertie utérine survenant après la dilatation complète ;

3° Le dégagement de la tête en OS;

4° La déformation de la tête.

1° *Accidents de la fin de la grossesse.* — Voici une femme qui a eu cinq grossesses, pendant lesquelles elle se portait très bien : à la sixième, elle souffre tellement qu'elle devient impotente pendant près de 3 mois; et cependant, elle n'a eu aucun accident, et la présentation était bonne. Quelle pouvait donc être la cause de ce nouvel état? Le seul renseignement qui pouvait donner quelque explication était le suivant: « Son ventre, me dit la nouvelle accouchée, était devenu très gros pendant les derniers mois et se portait tout en avant. » Cette femme n'a pas d'éventration, mais sa paroi abdominale surchargée de graisse est très lâche, et son utérus gravide, se renversant probablement en avant, tombait presque en dehors du bassin, formant ce qu'on désigne sous le nom de ventre en besace. Cela explique l'expression de cette personne disant que son ventre se portait en avant, et, je le crois aussi, les accidents qui ont marqué les trois derniers mois. Et ce qui me porte à penser ainsi, c'est que lorsqu'elle était couchée sur son lit avec les cuisses fléchies sur le ventre, elle se trouvait soulagée. Elle soutenait et réduisait de cette façon son ventre. Aussi suis-je persuadé qu'avec une ceinture de grossesse qui aurait compensé l'insuffisance de ses muscles abdominaux, elle eût terminé sa grossesse sans être obligée de garder le lit. Mais je ne voudrais pas insister sur ce point, n'ayant pas vu la malade en temps opportun.

2° *Irrégularités de l'accouchement et inertie utérine.* — Habituellement, dans les grossesses précédentes, l'accouchement était terminé dans l'espace d'une demi-heure à trois quarts d'heure après la rupture de la poche des eaux. Cette fois, elle perd les eaux à six heures et demie du soir, la dilatation a été rapidement complète, et cependant la tête ne descendait pas, si bien que, cinq heures après, à onze heures et demie, l'application de forceps a dû être faite au détroit supérieur. Le bassin était normal, la tête n'était pas si volumineuse qu'elle pût être un obstacle à l'accouchement; il n'y avait aucune tumeur appréciable. Mais les douleurs étaient faibles, courtes, espacées : je me trouvais en présence d'une sorte *d'inertie ou d'atonie utérine après dilatation complète.* Ce fait qui n'est pas très ordinaire est cependant signalé par les accoucheurs. A ce sujet, Charpentier s'exprime de la façon suivante : « D'autres fois, la première période de l'accouchement se passe régulièrement, mais, une fois la dilatation opérée, les douleurs s'éloignent, s'espacent, deviennent de plus en plus faibles, la période d'expulsion se prolonge indéfiniment. Si cela se produit après la rupture des membranes, la partie fœtale devient le siège d'une tuméfaction considérable, qui peut faire croire à la descente, tandis qu'en réalité, elle ne descend pas. » C'était bien notre cas.

Quelles étaient ici les causes de cette inertie utérine? Les auteurs classiques en signalent quelques-unes que j'ai retrouvées chez ma malade. L'âge a une certaine influence prédisposante; notre accouchée a 40 ans. Le développement du système adipeux a été également signalé et on le retrouvait dans ce cas. J'ajouterai, enfin, l'absence de contraction des muscles abdominaux très relâchés, c'est-à-dire l'absence d'effort actif à proprement parler, l'émotion, la fatigue, la crainte d'accidents chez

cette femme qui redoutait tant son accouchement, qui sont autant de causes à ajouter aux précédentes.

Or, cet état d'atonie, d'inertie utérine constitue un danger aussi bien pour la mère que pour l'enfant : je me trouvais en présence d'une femme déjà fatiguée, épuisée; la dilatation était complète depuis longtemps déjà; il était indispensable d'agir rapidement. Aussi, sans m'attarder aux moyens employés quelquefois pour réveiller les contractions utérines, telles que les injections vaginales chaudes ou la friction de l'utérus, je résolus de m'adresser immédiatement à celui qui est de beaucoup le meilleur quand la dilatation est complète, c'est-à-dire à l'application de forceps.

3° *Dégagement de la tête en* OS. — Lorsqu'on applique le forceps, l'occiput en arrière, il y a deux manières d'opérer l'extraction du fœtus : *a*) ou on ramène l'occiput sous la symphyse pubienne, c'est-à-dire qu'on opère la rotation interne; *b*) ou on dégage l'occiput en arrière. Mais ce dégagement ne va pas sans quelques difficultés. « Le dégagement de l'occiput en arrière, dit Crouzat, » professeur à la Faculté de Toulouse, doit être évité » toutes les fois qu'on peut le faire, car il présente de » grandes difficultés et occasionne le plus souvent la » déchirure du périnée. » Charpentier n'est pas moins net; il veut que dans tous les cas on tente toujours la rotation interne; il ne conseille le dégagement en arrière que lorsqu'on y est absolument forcé, c'est-à-dire quand le mouvement de rotation ne peut être déterminé avec le forceps. Or, j'ai indiqué plus haut les motifs qui m'avaient empêché de faire cette rotation interne. Je dégageai donc la tête en arrière et fus assez heureux pour y parvenir sans déchirure du périnée. Je n'en reste pas moins convaincu que cette manœuvre doit être l'exception ; la rotation interne devant être tentée chaque fois qu'on peut avoir quelque chance de la réussir.

4° *Déformation de la tête.* — Ordinairement la déformation de la tête dans les positions occipito-postérieures non réduites est caractéristique lorsque le travail a duré quelques heures. On sait, d'après les recherches de Budin, que la tête est allongée en pain de sucre et que la face présente une asymétrie assez accentuée. Dans ce cas, la tête était sensiblement allongée; mais si la tête présentait assez bien la forme en pain de sucre, je n'ai pas été frappé de l'asymétrie faciale décrite également dans cette position. Cependant, il y avait un chevauchement bien net des pariétaux, mais ce chevauchement pouvait avoir été déterminé par le forceps. Bref, la déformation de la tête ne rappelait qu'en partie celle qui a été décrite comme caractéristique dans les positions postérieures. Je crois, toutefois, qu'il est possible d'expliquer cette irrégularité. Les déformations se produisent lorsque les parties fœtales sont appliquées sur les parties osseuses du bassin maternel, à l'exception de la bosse séro-sanguine. Or, dans ce cas, les contractions utérines étaient si faibles qu'avec un bassin normal, la tête n'a pas dépassé le détroit supérieur. La face n'a pas appuyé contre la paroi osseuse du bassin; elle n'a donc pas pu se déformer; tandis que la tête, engagée l'occiput en arrière, a pu s'allonger un peu et prendre la forme dite en pain de sucre qui résulte de l'augmentation du diamètre sus-occipito-mentonnier. Cette observation est donc en parfait accord avec les recherches, aujourd'hui classiques, de Budin; si la déformation de la tête était incomplète, si la face n'était pas asymétrique, cela tenait à ce que la faiblesse des contractions avait empêché l'engagement et que la face n'avait pas encore été appliquée contre le bassin maternel.

Conclusion : De cette observation, nous tirerons la conclusion pratique suivante :

Sans doute, en règle générale, il faut tenter la rotation interne dans les accouchements semblables à celui que nous venons de décrire ; mais dans quelques cas, exceptionnels, il est vrai, on peut et on doit même extraire la tête sans rotation interne préalable, en dégageant l'occiput en arrière. On est autorisé à agir de cette façon :

1° Si la tête a une tendance à remonter quand on vient à la lâcher ;

2° S'il faut se hâter de finir l'accouchement ;

3° Si enfin le périnée paraît assez extensible et assez souple pour encourager le médecin à tenter ce dégagement.

Tentatives d'atténuation de la syphilis, par le professeur Celso Pellizzari, directeur de la clinique syphilopathique de Florence.

Au congrès dermatologique international de Vienne en septembre 1892 (1), j'exposai les raisons qui m'avaient conduit à considérer comme probable chez les syphilitiques une espèce d'antagonisme entre l'élément virulent et les produits chimiques de la maladie. Me basant sur les divers modes et sur les degrés de « réfractariat » que nous a révélés *l'histoire naturelle de la syphilis*, j'exposai comment j'étais arrivé à la conviction que, dans le sérum du sang des malades déjà arrivés à la période des manifestations générales, on devait trouver, à de certains moments déterminés, les produits susdits avec lesquels il devait être possible de tenter artificiellement ce que nous voyons survenir naturellement.

Ayant exposé ainsi en termes généraux le plan et le concept de mes tentatives de sérothérapie, je laissai seulement entrevoir une partie du programme que je me proposais de suivre. Aujourd'hui j'ai l'intention d'exposer plus clairement ma théorie et de rapporter en abrégé les résultats immédiats et éloignés que semble m'avoir données une première série d'injections.

Parlant à cette époque des produits chimiques, je l'ai fait en termes vagues, et la raison en est facile à comprendre, si l'on veut bien réfléchir que toutes mes recherches ont été limitées uniquement au champ de la clinique. De toute façon, c'est ce dernier point que je dois tout d'abord élucider ici.

Si l'on admet l'existence de produits toxiques en plus ou moins grande quantité aux différentes périodes de la syphilis, la première demande que l'on peut se faire est la suivante : savoir si c'est l'agent virulent lui-même qui les produit, ou si ce sont les tissus morbides qui se chargent de cette préparation? Il est impossible d'éclaircir cette question quand on ne dispose pas d'un virus cultivable. Par bonheur cependant pour le moment, cette ignorance n'a pas grande importance pour les tentatives que nous voulons faire.

Mais nous avons un autre problème plus important à prendre en considération : Etant admis que les substances toxiques se produisent par un travail biochimique qui s'accomplit dans les foyers virulents, est-ce que ce sont elles qui exercent ensuite une action antagoniste contre l'élément virulent, ou ne serait-ce pas plutôt l'organisme qui répondrait en produisant d'autres substances, *les antitoxines*, destinées à neutraliser les premières? Les faits dans lesquels le sérum a déterminé, grâce aux échanges placentaires entre la mère et l'enfant un état réfractaire, plus ou moins prononcé pour l'un ou pour l'autre, peuvent s'expliquer aussi bien avec la première qu'avec la deuxième supposition.

(1) *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, 1892.*

Au contraire, les cas de syphilis maligne, où se montre avec évidence la coïncidence des phénomènes graves virulents et des phénomènes d'intoxication arrivés au plus haut degré, rendent plus admissible la seconde hypothèse. Ce serait en effet l'insuffisance de production des antitoxines qui expliquerait le mieux la marche de ces formes malignes (1). Ce fut cette idée préconçue d'un antagonisme réel existant entre les substances antitoxiques élaborées par l'organisme et le virus, qui m'induisit à faire ma première tentative en prenant le sérum d'un individu au moment où, sous l'influence de la cure spécifique, il était guéri de ses manifestations et se trouvait dans de bonnes conditions d'état général. J'injectai ce sérum à un sujet chez lequel, en dépit de la cure iodo-mercurielle, je voyais les récidives se répéter à peu de distance et de plus en plus graves. Je voulais lui fournir des matériaux que je le supposais incapable d'élaborer en quantité suffisante.

Une autre question, non moins importante pour moi, était la suivante : les produits chimiques (toxines ou antitoxines) attaquaient-ils l'agent virulent ou disposaient-ils seulement de la propriété de conférer aux tissus une résistance plus grande contre les futures attaques possibles du virus? Franchement c'est à cette seconde hypothèse que je me rattachai pour des raisons déduites de cette même histoire naturelle de la syphilis, et à cause de faits analogues, que chacun peut aisément supposer, et que je laisse de côté pour faire court: voilà pourquoi, après avoir commencé par expérimenter sur un cas de syphilis maligne, je pris le parti de répéter mes essais sur une plus large échelle chez les malades ne présentant que le syphilome primitif (*accident initial*). Il me semblait plus facile de produire une simple vaccination qu'une véritable et propre action curative. J'abandonnai donc mes essais sur la syphilis grave, dont une raison d'humanité me détournait encore: car la responsabilité me pesait de soumetttre à une méthode, parfaitement logique, mais non encore sanctionnée par l'expérience, des malades en grand danger. Je savais que par des artifices que l'expérience nous enseigne (changement des doses, des modes d'administration du remède, interruption), on peut réussir à obtenir au moins des trêves au cours de ces graves processus, je ne me sentais pas le courage d'en priver ces malades pour pousser à fond mon expérience avec la plus grande rigueur et il me devenait impossible d'en tirer des déductions parfaitement scientifiques. Ajouterai-je que les cas de syphilis maligne ne sont pas fréquents, et qu'à moins de vivre dans un grand centre et de disposer d'un grand matériel au moment voulu, il n'est pas facile d'avoir sous la main en même temps un sujet pour fournir et un sujet pour recevoir la substance antitoxique suffisamment riche? Il fallait aussi s'appliquer à ne pas employer de sérum qui contînt les véritables toxines en excès. Cette éventualité n'avait plus la même importance à mes yeux dans les cas où les malades ne portaient qu'un syphilome.

Je raisonnais ainsi. Quand le syphilome primitif date de peu de temps, la production des *toxines* doit être assez petite, et petite aussi la réaction de l'organisme. Si à cette période j'introduis du sérum qui contienne des substances antitoxiques en certaine quantité, j'aurai atteint *directement* mon but qui est d'agir le plus vite possible en immunisant les tissus non encore pénétrés par le virus. Si par aventure le sérum contenait des toxines en excès, il provoquerait plus rapide et plus énergique la réaction de l'organisme, et arriverait ainsi *indirectement* (et aussi un peu plus tard) au même résultat.

Arrivant à l'application pratique, mon premier objectif devait être de choisir des malades chez lesquels le *syphilome initial datât du moins de temps possible* d'une part, et d'autre part de trouver des syphilitiques qui fussent dans le moment le plus opportun pour fournir la meilleure matière immunisante.

Je ne me dissimulai pas cependant que voulant choisir des malades au début du syphilome, je me heurtais à des difficultés de diagnostic souvent insurmontables, et je devais me mettre en garde contre la possibilité de transmettre à un individu seulement suspect une maladie qu'il n'eût pas. Pour cette raison je choisis tout d'abord, pour fournir le sérum, des malades de la période tardive; et bien que je fusse convaincu qu'il y eût de grandes probabilités pour que leur sang ne contînt pas de germes syphilitiques doués de suffisante vitalité, persuadé d'autre part par l'immunisation placentaire que de tels germes devaient accompagner des éléments morphologiques, je ne me contentai pas de la défibrinisation et du filtrage simple, mais je voulus les premières fois user du filtre de d'Arsonval.

Finalement je commençai mes expériences sur un malade qui, n'étant pas dans ma clinique de Pise, venait tous les deux jours de Livourne. Mais il arriva que, dans les premiers jours de juillet, à l'ouverture de la saison des bains, il suspendit ses voyages, et je ne pus étudier sur lui que les premiers effets; c'en était assez pour reconnaître les inconvénients de la technique employée. Je me convainquis dès lors de l'impossibilité de réaliser dans le petit centre de Pise les conditions précitées, et je résolus d'expérimenter sur des malades porteurs de syphilome primitif depuis trois, quatre semaines et plus et chez lesquels par conséquent le diagnostic n'offrirait plus de doute et pour lesquels il ne serait plus nécessaire d'employer tant de précautions de stérilisation. De même, et pour favoriser le nombre de mes essais, je choisis pour y puiser le sérum des malades atteint de syphilis généralisée, mais sans me préoccuper *a priori* de ce qu'ils pouvaient fournir de toxines et d'antitoxines.

Je me proposais ainsi de faire une expérimentation brute, même au point de vue clinique, et d'en étudier les effets pour infirmer ou confirmer *a posteriori* les hypothèses que j'avais admises comme rationnelles.

Préparation du sérum. — Le sang, jusqu'à présent je l'ai toujours demandé à la saignée. J'avais eu l'idée de recueillir le sang rétro-placentaire des femmes syphilitiques, ou même directement le sérum que l'on peut obtenir au moyen d'un vésicatoire, mais, pour diverses raisons que je n'ai pas à dire ici, je donnai la préférence à la saignée. Je renonçai, après l'avoir employé sept ou huit fois, au filtre de d'Arsonval parce que, malgré tout le soin qu'on peut mettre à l'employer, il arrive quelquefois que par une bévue de peu d'importance on perd une quantité de ce liquide difficile à obtenir, et plus encore parce que je n'étais pas rassuré sur l'influence que l'énorme pression et l'acide carbonique pouvaient exercer même éventuellement sur des substances qu'il est logique de rapprocher des albumines ou des albuminoïdes. Je me suis donc servi le plus souvent de sérum séparé par la défibrination et conservé dans la glace pour la plupart des cas dont je vais parler aujourd'hui. Plus tard je suis revenu au filtrage avec les bougies Berkfeld, conservant ensuite le sérum par petite doses en autant d'éprouvettes stérilisées et fermées à la cire d'Espagne. Toutefois, comme il m'est arrivé avec tous les systèmes d'avoir ou le liquide tout entier, ou quel-

(1) Pour les particularités relatives aux faits de réfractariat et aux arguments sur lesquels je m'appuie pour admettre un antagonisme entre le virus et les produits de la syphilis, je renverrai à l'article : *Concetto informativo dei tentativi di attenuazione della sifilide* (*Giorn. it. d. mal. ven. e. d. p.*), et plus particulièrement au chapitre sur la *Syphilis* que j'ai écrit pour le *Trattato di Patologia speciale medica e terapeutica* édité par Vallardi.

ques éprouvettes contaminées par le protéus, je me suis toujours astreint à faire chaque fois l'examen microscopique ou par culture et j'en suis encore à chercher le moyen le meilleur et le plus pratique pour effectuer cette conservation.

Mode d'emploi et dose. — Jusqu'à présent, j'ai fait mes injections dans le tissu sous-cutané ; je n'ai eu à déplorer aucun inconvénient, pas un malade n'a accusé la plus petite souffrance. Dans les toutes premières injections seulement, j'employais un demi-centimètre cube de sérum, mais ensuite je les ai toutes faites de un centimètre cube. Chez quelques malades j'ai fait une injection chaque deux jours. Chez d'autres, tantôt une par jour, tantôt une en deux jours ; enfin quelques-uns reçurent pendant un certain temps deux injections par jour, et ensuite une seule journalière, ou une tous les deux jours.

Le total du sérum injecté aux malades dont j'entends parler aujourd'hui est de vingt à cinquante-cinq centimètres cubes.

Effets locaux. — C'est seulement à la suite des premières inoculations faites avec le sérum filtré à la manière de d'Arsonval, et conservé depuis quelques jours, qu'il m'arriva un jour de provoquer chez des malades une nodosité douloureuse, avec rougeurs, fièvre assez élevée, et tout autre symptôme dénotant une affection septique légère. L'examen microscopique me fit reconnaître la présence du protéus, et c'est à la suite de cet accident que, me défiant du mode de stérilisation, je me mis à examiner rigoureusement mon liquide au microscope. Il m'est arrivé par la suite de noter ou une très légère rougeur accompagnée d'une sensation pénible ou un infime gonflement diffus que peu d'heures suffisaient à faire disparaître, et je reconnus que les malades qui avaient fourni le sérum étaient des syphilitiques en proie à des accidents du type suppurant ; il était logique de supposer qu'accidentellement le sérum pût contenir quelques germes pyogènes. Cependant je dois dire que les recherches microscopiques les plus répétées et les tentatives de culture exécutées avec ce sérum ou avec celui que l'on pouvait tirer de la peau au voisinage des points d'injection ne donnèrent que des résultats négatifs, et j'en conclus, en raison du décours même des accidents locaux, que ce faible pouvoir irritant du sérum pouvait tenir à la présence des produits chimiques de la suppuration même.

Effets généraux. — Les injections de sérum *pur* ne produisent aucune élévation significative de la température. Certainement on a observé que les courbes montaient parfois de quelques dixièmes, mais, à bien y regarder, il est facile de voir qu'elles ne sont pas en rapport avec le sérum et l'injection, mais avec la marche même de la syphilis. En manière de contrôle, je fis en même temps le traitement par le sérum, chez un malade déjà arrivé depuis quelques semaines à la période des manifestations générales, c'est-à-dire ayant dépassé les quelques jours pendant lesquels de la fièvre peut survenir.

Vers la fin ou la moitié de la seconde incubation et chez ce malade je ne constatai aucune élévation de température.

Le sérum paraît aussi provoquer quelques autres effets généraux. Dans quelques cas il me sembla qu'il avait facilité l'apparition précoce de douleurs indéterminées, de la céphalagie, des arthralgies, même accompagnées d'épanchement, de l'amaigrissement et de la pâleur. Je dis qu'il m'a semblé, parce que de tels phénomènes, au cours d'une maladie comme la syphilis, peuvent survenir naturellement. Cependant je crois que cela est probable parce que ces phénomènes étaient disproportionnés avec l'intensité de la forme virulente observée, parce qu'ils ont paru en même temps chez des malades soumis aux mêmes injections, et parce qu'ils se caractérisent souvent par des formes d'une modalité peu fréquemment observée, telle que la sternalgie. Chez deux malades je notai un phénomène plus caractéristique : Un jour je rencontrai dans leur urine une faible quantité d'albumine ; or ils n'en avaient pas eu auparavant, et elle disparut dès la cessation des injections.

L'examen de toutes ces particularités, mises en regard du tableau symptomatique des malades fournisseurs du sérum, me fit reconnaître qu'elles se montraient de préférence quand ce liquide était recueilli chez des malades ayant des manifestations en cours, pas encore arrivées à résolution, peu ou point traitées, et dont il était logique de supposer que le sérum contenait des toxines en excès. Je retiens donc comme démontré ce fait qu'à certains moments le sérum peut contenir en excès des toxines, et que, inoculé à des malades chez lesquels certains phénomènes sont insignifiants, il peut les augmenter beaucoup. Inversement, le sérum que j'ai pu recueillir au moment utile, c'est-à-dire lorsque les syphilitiques que je soumettais à la saignée étaient guéris depuis quelque temps de leurs manifestations, avaient fait une cure iodo-mercurielle non exagérée, étaient revenus à un bon état général, avec augmentation de poids, réapparition des couleurs, accroissement de l'appétit, etc. ; non seulement ne donna jamais lieu à aucun phénomène d'aggravation locale, mais ne sembla en rien aggraver la symptomatologie subjective.

Effets curatifs. — J'ai mis en pratique la sérumthérapie sur quinze malades. Des trois premiers, dont j'ai déjà parlé incidemment, je ne m'occuperai pas, on peut le comprendre. J'en laisse de côté deux autres affectés de syphilome primitif, et dont j'ai entrepris le traitement cette année même à Florence, c'est-à-dire depuis trop peu de temps pour en tirer des conséquences. Je dois donc faire connaître simplement les effets curatifs immédiats et éloignés observés sur dix sujets dont j'ai commencé le traitement à Pise, de juillet à septembre 1892 et que j'ai pu observer depuis jusqu'à présent. Les détails complets de leurs observations, et de celles des malades fournisseurs du sérum, trouveront place dans le mémoire complet que je publierai sous peu dans le *Giornale italiano delle malattie veneree et della pelle*. Aujourd'hui je me bornerai à un court résumé, et je dis immédiatement en un seul mot que tous mes dix inoculés ont eu des syphilides *au point de vue virulent* extrêmement légères, et quelques-unes absolument insignifiantes.

Sur quel critérium basé-je une telle assertion? 1° Sur la façon dont évolua le phénomène initial avec le cortège de ses immédiates complications ; 2° sur la façon dont se développa la première manifestation des phénomènes généraux ; 3° sur la façon dont se comporta par la suite la syphilis pour provoquer les récidives des phénomènes liés à l'action locale du virus ; 4° sur l'étude des conditions générales des inoculés, peu après le traitement, aussi bien que plusieurs mois après, et la considération d'autres faits qui pourraient parler en faveur de l'épuisement du pouvoir infectant.

1° Les chancres chez quelques malades étaient déjà suffisamment développés quand je commençai le traitement. Quelques-uns diminuèrent de volume très manifestement, d'autres ne s'accrurent pas, d'autres enfin n'augmentèrent pas comme on aurait pu le supposer en raison du siège qu'ils occupaient. Je m'expliquerai par un exemple : Sur une femme entrée à la clinique pour une blennorrhagie depuis environ un mois, apparut un syphilome primitif sur la moitié de la nymphe droite, et peu de jours après, un second syphilome qui eut une marche abortive s'implanta au-dessous du premier près

de la fourchette. Je m'attendais, comme on le voit habituellement à cette place, à voir l'accident initial amener une infiltration importante de toutes les lèvres; peut-être même un de ces états éléphantiasiques; au contraire l'infiltration fut minime et la résolution ne se fit pas attendre beaucoup, malgré l'absence de tout traitement local. Quand les injections furent commencées tard, après 3 ou 4 semaines de durée des chancres avec une forte sclérose, la résolution est survenue malaisément. Je tiens à dire que les effets résolutifs immédiats sont presque nuls en cas semblable quand on se confie à la cure iodo-mercurielle.

Ce que j'ai déjà dit pour le chancre je pourrais le répéter, en l'atténuant un peu peut-être, pour la lymphangite, l'engorgement satellite et la pléiade ganglionnaire.

2° L'explosion des phénomènes généraux ne se fit chez aucun de mes malades suivant le mode classique que chacun connaît. Peut-être y eut-il, dans quelques cas, une anticipation de quelques jours pour la roséole vraie; chez la plupart les phénomènes éruptifs parurent lentement. Chez aucun je ne vis l'éruption polymorphe typique de taches érythémateuses et papuleuses au tronc, de papules aux organes génitaux et à la bouche, de pustules sur le cuir chevelu, etc...

3° Un très petit nombre de mes malades eurent la réapparition à courte distance de l'érythème, presque toujours à type maculeux, c'est-à-dire de cette forme qui est le plus étroitement liée à la dyscrasie. Ces rechutes ne s'accompagnèrent pas du gonflement des glandes ni d'angine ou autres phénomènes éruptifs. Pas de formes bulleuses, pustuleuses ou tuberculeuses. Pas une papule humide, ombilicale ou interdigitale, pas d'onyxis ni perionyxis, pas d'iritis, pas de *defluvium capillorum*. Quelques douleurs vagues, mais pas de vraie périostite précoce. Un seul malade, et c'était un scrofuleux, eut en même temps un gonflement au pied et à l'épididyme, mais avec prompte résolution. Sept malades furent exempts de papules; une femme, celle dont j'ai parlé plus haut, eut à la grande lèvre des papules précoces mais à marche abortive. Un homme eut en même temps des papules au tronc et de l'érythème aux membres, mais fort éphémères. Plus tard il eut des formes éruptives sur le scrotum, mais dans le point où presse le suspensoir; ayant fait enlever l'instrument, je les vis disparaître en 3 ou 4 jours; un seul de mes malades, c'est le plus malheureux, et je crois connaître les raisons de cet insuccès relatif, a présenté à diverses reprises, et à la distance de plusieurs mois, une brève récidive de forme papuleuse sur la muqueuse buccale.

4° Les conditions de l'état général restèrent bonnes pendant la sérumthérapie qui logiquement aurait pu les détériorer. Elles bénéficièrent de la cessation du traitement d'une façon peu sensible et devinrent tout à fait excellentes après 12 ou 18 mois. Je me base moins encore sur l'examen pratiqué sur le sang des inoculés, que sur leur apparence extérieure et leur poids, que j'ai trouvé augmenté chez presque tous les malades au moment où je cessais les injections, mais qui augmenta bien davantage par la suite, puisque aujourd'hui quelques-uns de mes malades ont gagné 6, 8, 11 kilos.

Relativement à la conservation ou à l'épuisement du pouvoir infectant, je ne puis donner beaucoup de renseignements. Il est certain qu'un de mes dix inoculés a infecté sa propre femme, puisqu'il est venu nous dire que devenue enceinte elle avait eu des manifestations humides assez persistantes aux organes génitaux. Plus tard elle accoucha d'une petite fille morte peu de temps après avec des manifestations de syphilis héréditaire. Mais je pense que l'infection devait être antérieure à la cure, car lorsque cet homme se présenta à la clinique, il se dit malade depuis un mois, pendant lequel, ignorant la gravité de son mal, il avait continué librement l'exercice de la vie conjugale. D'ailleurs ce malade est un de ceux qui ne présentèrent jamais d'accidents humides et il se trouve aujourd'hui dans les meilleures conditions possibles.

Inversement un autre de mes inoculés, ayant reçu cinquante centigrammes de sérum, de la mi-juillet à la mi-décembre, malgré ma défense prit femme en avril suivant et la rendit enceinte en juin. J'ai pu examiner la gravide au 3e, au 6e et au 9e mois de la grossesse, et non seulement elle était restée absolument exempte de syphilis, mais se trouvait en parfaites conditions. J'ai appris qu'elle était accouchée d'une petite fille vivante qui jusqu'à présent ne présente aucun signe morbide.

Pour prévenir certaines questions relatives aux cures locales ou générales qui auraient pu être faites coïncidemment, je répondrai d'une façon catégorique en ce qui concerne la période écoulée à l'hôpital; mais pour la suivante je suis obligé de m'en tenir aux déclarations des malades qui étant du peuple doivent avoir comme lui l'aversion du mercure, et je me fie aux renseignements négatifs qu'ils m'ont donnés. Je n'en dirai pas autant de l'iodure de potassium, mais d'une part je l'ai moi-même employé dans divers cas, dans la mesure que je dirai plus tard, et d'autre part les pauvres gens qui constituent ma clientèle d'hôpital ayant recours au dispensaire de Livourne ou de Pise, j'ai pu être tenu au courant de ce qui leur a été livré. En ce qui concerne les traitements locaux, j'ai toujours cherché à employer des antiseptiques qui ne fussent pas des préparations mercurielles, l'acide phénique, l'acide salicylique...

Bien que mon objectif fût, comme on l'a vu, d'immuniser les tissus encore respectés par le virus, et que je crusse possible d'associer à la sérothérapie même une cure mercurielle ou iodique incapable à mon avis d'exercer une action immunisante, mais tout de même profitable au point de vue de la résolution des foyers spécifiques préexistants, j'aurais cependant voulu, dans ces premières expériences, faire abstraction des spécifiques ordinaires. Deux malades ont été complètement privés d'iodure et de mercure. J'ai à quatre donné des doses modérées d'iodure de potassium, après la cure sérothérapique. Deux autres prirent le même remède, quelquefois à dose très forte et seulement très peu de jours en intercalant avec des injections de sérum. Chez tous quatre j'eus recours à ce médicament pour faire cesser tout de suite les phénomènes douloureux, quand il me sembla nécessaire de favoriser l'élimination des toxines en excès, et plus tard pour faciliter la résolution de la sclérose persistante à la place du chancre ou dans les ganglions inguinaux.

Dans un cas, frappé de la trop lente résolution des phénomènes éruptifs, je suspendis les injections de sérum et je donnai en 15 jours 10 centigrammes de sublimé et 20 grammes d'iodure de sodium et je revins aux injections après avoir constaté l'inutilité de cette tentative.

Enfin, chez le dixième malade (mon insuccès relatif), ayant vu que fin décembre 1892 ses papules récidivaient, et, comme j'allais quitter Pise et ne plus le revoir, la cure classique fut installée à la clinique, avec mon autorisation, mais il ne fut pas nécessaire de la prolonger, car les accidents durèrent peu.

Quelques malades, une fois les injections cessées, prirent, comme c'est l'habitude, des préparations ferrugineuses.

Assurément, je sais bien, et l'on ne manquera pas de l'objecter, que mes dix inoculés auraient pu obtenir des résultats identiques en se soumettant dès le début à une cure iodo-mercurielle ou mixte, ou même en ne faisant

aucun remède et je comprends parfaitement que la présomption du succès doit s'appuyer sur des observations plus nombreuses. On m'accordera cependant qu'il nous arrive souvent de pronostiquer juste sur l'avenir de la syphilis, en nous basant sur la gravité du chancre et des phénomènes soit locaux soit généraux ; or, j'affirme que, pour les 2/3 au moins de mes malades, nous étions en droit de présager une syphilis plutôt grave.

J'avais l'intention de poursuivre et de multiplier ces expériences, d'en préciser et d'en mesurer la portée pour le but que je veux atteindre, et d'essayer tous les moyens possibles pour voir si, le principe étant établi, il était possible de diversifier ses modes d'application; telle était la seconde partie de mon programme. Mais les conditions défavorables dans lesquelles je me trouve à Florence m'ont empêché jusqu'à présent de pousser plus avant cette étude de la sérumthérapie dans la syphilis.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Névrite périphérique après la rougeole (Peripheral neuritis after measles), par T. K. Monro (*The Lancet*, 14 avril 1894, n° 3685, p. 929). — Une femme de 31 ans a pour la première fois la rougeole, au printemps de 1893, et à la suite de cette infection qui fut chez elle tout à fait bénigne, elle fut prise après quelques jours de signes de douleur et de faiblesse considérable, portant sur les membres supérieurs, et qui ne disparurent que vers août. Le mois suivant, elle fut atteinte d'une très légère influenza qui ne l'alita qu'un jour, puis des phénomènes très intenses de névrite, portant sur les 4 membres, et plus particulièrement sur les membres supérieurs (douleurs spontanées, à la pression sur le trajet des nerfs, parésie), survinrent et persistèrent pendant à peu près 2 mois. Le cas est intéressant au point de vue étiologique : Si l'on considère en effet combien, parmi les maladies infectieuses, la rougeole est rarement une cause de névrite, il faut admettre chez cette malade une prédisposition antérieure de ses nerfs, qui semble bien attester leur atteinte ultérieure à l'occasion d'une infection légère comme l'a été son influenza.

Crises gastriques du tabes. Urologie et Chimisme stomacal, par M. Cathelineau (*Archives générales de médecine*, avril 1894, p. 405). — On sait que la présence de l'acide chlorhydrique libre a été constatée dans les liquides des vomissements pendant les crises gastriques du tabes.

Les troubles du chimisme stomacal, chez les ataxiques, bien que peu étudiés, n'ont pas donné encore lieu à des conclusions concordantes. Sahli a signalé la présence de l'acide chlorhydrique libre dans les liquides des vomissements pendant les crises gastriques, et cette présence a été confirmée par quelques auteurs, mais contredite par Boas. Borden sur 7 tabétiques a constaté l'acide chlorhydrique dans 2 cas. Bouvret pense que le chimisme n'est pas troublé, et qu'il s'agit plutôt de gastralgie. Le malade étudié à ce point de vue par Cathelineau est un ataxique syphilitique âgé de 33 ans, sans incoordination, avec abolition des reflexes, paralysie de la 3e paire, myosis, douleurs fulgurantes, plaques anesthésiques et hyperesthésiques, souffrant de crises gastriques avec vomissements survenant plusieurs fois par mois, et alternant avec les accès fulgurants. L'auteur a constaté nettement dans le liquide vomi la réaction de l'acide chlorhydrique libre La même réaction s'est retrouvée dans l'analyse du suc gastrique après le repas d'épreuve. Les analyses ont été pratiquées 8 fois dans les vingt-quatre jours où le malade n'a pas presenté de crises. Elles ont été, si on y comprend celles des vomissements, au nombre de 15. Quant aux urines, à part leur réaction alcaline, leur excès d'indican et la diminution des sels minéraux, elles ont été trouvées normales.

GYNÉCOLOGIE

Fibro-myome de l'ovaire (Ein Fall von Fibromyoma ovarii), par Feis (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 6, p. 133). — Il s'agit d'une femme de 38 ans, laparotomisée pour une tumeur de l'ovaire gauche qui fut extirpée avec la plus grande facilité.

La tumeur, des dimensions d'un œuf d'oie, avait conservé la conformation d'un ovaire. Elle était dure, criait sous le couteau et renfermait des concrétions calcaires. L'examen histologique, fait après décalcification, montra que la tumeur, entourée d'une capsule fibreuse peu vasculaire, était essentiellement composée d'un feutrage de fibres conjonctives et de fibres musculaires lisses. Il n'existait qu'un seul follicule de Gratt situé vers l'extrémité interne de la tumeur. La trompe était normale.

Symphyséotomie sans suture (Schambeinschnitt ohne Knochennaht), par Bensinger (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 7, p. 8). — L'observation de l'auteur, qui se rapporte à une III-pare de 32 ans à bassin rétréci, est intéressante en ce sens qu'après la symphyséotomie on ne fit pas la suture du pubis, mais on se contenta d'appliquer sur le bassin un appareil plâtré. La femme guérit dans d'excellentes conditions.

Dans ce cas la symphyséotomie était partielle. On n'avait pas fait la section du siège sous-pubien qui se rompit au moment du passage de l'enfant (extrait avec le forceps) en entraînant une rupture partielle de l'urèthre et de la paroi postérieure du vagin. Les deux déchirures furent suturées séance tenante et les plaies se cicatrisèrent sans le moindre accident.

Les dangers des injections intra-utérines de glycérine faites pour provoquer l'accouchement (Ueber die Gefæhrlichkeit der intra-uterinen Glycerineinspritzungen behufs Einleitung des kunstlichen Fruhgeburt), par Pfannenstiel (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 4, p. 81). — L'auteur a essayé dans deux cas les injections intra-utérines de glycérine préconisées par Pelzer pour provoquer l'accouchement, et n'eut pas à s'en louer.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 22 ans apportée en plein coma éclamptique. L'injection intra-utérine de 100 grammes de glycérine n'eut aucun effet et la malade succombait 2 heures plus tard. A l'autopsie on trouva une néphrite et, dans la vessie, une cuillerée à bouche d'urine hémorrhagique.

Dans le second cas, la femme fut prise, une heure après l'injection, de cyanose avec dyspnée et état comateux en même temps que la température monta à 39°. Cet état dura 3 heures. L'urine prise dans la vessie était sanguinolente, renfermait de l'albumine, et ne redevint normale que 24 heures après. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait là d'une véritable hémoglobinurie.

Ces deux observations montrent, d'après l'auteur, que, conformément aux expériences d'Affassaniew, Schwann, Lebedeff, Filehne, la glycérine provoque une véritable intoxication et agit principalement sur le sang en donnant lieu à une véritable décomposition du sang se manifestant par l'hémoglobinurie.

CHIRURGIE

Calculs salivaires (Three somewhat uncommon cases of salivary calculi ; with remarks), par Hulke (*Lancet*, 6 janvier 1894, p. 9). — Observation I. — Une femme de 42 ans présentait une tumeur du plancher de la bouche ; cette tumeur était dure, mobile, ovale. Un an auparavant elle avait eu une inflammation des glandes du cou. La persistance de cette tumeur avait fait penser à un cancer, mais on reconnut qu'il s'agissait d'un calcul salivaire; ce calcul sortit de lui-même par effraction de la muqueuse. Ce calcul consistait en phosphate et carbonate de chaux.

Obs. II. — Un homme de 57 ans présentait une tumeur du plancher de la bouche, au niveau de la partie gauche de la base de la langue et se prolongeant en arrière du pilier antérieur du voile du palais. Cette tumeur se percevait aussi à l'extérieur en arrière de l'angle de la mâchoire. Il y avait de la dysphagie. Une sonde introduite dans un petit orifice situé sur la muqueuse recouvrant la tumeur vint heurter un corps dur, ce qui permit d'établir le diagnostic de calcul; on avait cru à un cancer. On enleva le calcul et la guérison survint rapidement.

Obs. III. — Une femme de 22 ans présentait au-dessous de l'angle de la mâchoire du côté droit une tumeur, apparente

seulement quand la tête était tournée en haut et à gauche. Cette tumeur suivait l'os hyoïde dans les mouvements de déglutition. On la sentait aussi dans la bouche. On avait cru à une grenouillette. Cette tumeur entraînait de la dysphagie et des crises de suffocation. Cette tumeur, au dire de la malade, disparaissait de temps en temps. On attaqua la tumeur par une incision externe ; sa face profonde adhérait à l'os hyoïde ; le bistouri, en détachant cette partie de la tumeur, heurta quelque chose de dur qui était un calcul salivaire enfermé dans une capsule fibreuse épaisse doublée par la glande sous-maxillaire hypertrophiée. La malade guérit ; tout alla bien pendant quatre ans ; un abcès se forma alors dans la même région et s'ouvrit au voisinage de l'angle de la mâchoire. Cet abcès se ferma au bout d'un an, puis il s'ouvrit encore au bout de trois mois. On incisa et on trouva un autre calcul. On fit alors un grattage à la curette. La malade revint 7 ans après avec une tumeur énorme ; on l'ouvrit et on y trouva deux calculs. Guérison définitive.

Empyème de l'antre d'Highmore (Acute inflammation of the left antrum of Highmore after influenza), par SEMON (*Brit. med. Journ.*, 3 février 1894, p. 237). — En décembre 1893 l'auteur eut l'influenza pour la troisième fois depuis deux ans ; bientôt s'établit un catarrhe assez intense des voies aériennes et surtout survint un coryza intense ; puis le malade eut une sensation de plénitude dans la joue gauche ; la douleur devint très vive ; la peau de la région se tuméfia, devint rouge et douloureuse. Pas de névralgie frontale. Tout d'un coup, un violent effort pour se moucher amena l'expulsion par la narine gauche d'un liquide verdâtre et séro-purulent suivie immédiatement d'un grand soulagement. Ensuite l'antre d'Highmore se remplit de nouveau et il y eut une nouvelle débâcle. Ceci recommença, puis la maladie ne tarda pas à disparaître. Tandis que les cas d'empyème chronique de l'antre d'Highmore sont fréquents, ces cas d'inflammation aiguë sont rares.

BIBLIOGRAPHIE

Glucosides. *Histoire, propriétés chimiques et physiques, extraction, action physiologique, effets thérapeutiques, toxicologie, usages en médecine, mode d'emploi, formules, etc., etc.*, par B. DUPUY. Paris. Chez l'auteur, 1891, gr. in-8.

On connaît déjà l'excellent ouvrage de l'auteur sur les alcaloïdes. Il suit ici la même méthode ; du reste, les glucosides sont assimilables aux alcaloïdes par leurs effets physiologiques et thérapeutiques. Leur découverte a contribué avec ceux-là à modifier le mode d'emploi des drogues végétales et à débarrasser la matière médicale de nombreux extraits et teintures qui ne sont souvent qu'un monstrueux assemblage de principes mal connus ou dangereux. La première partie de l'ouvrage forme un résumé très suffisant de tout ce qu'il faut savoir sur l'histoire et l'étude des glucosides ; dans la seconde partie, les glucosides, rangés par ordre alphabétique, sont traités au point de vue de leurs propriétés, leur préparation, leurs effets, etc. Nous recommandons particulièrement les chapitres consacrés à la convallamarine, la digitaline, la saponine, la solanine, la strophantine.

Acides organiques. *Historique, propriétés chimiques et physiques, extraction, action physiologique, effets thérapeutiques, toxicologie, observations, usages en médecine, formules, etc.*, par B. DUPUY. Paris, Librairie des sciences pratiques, 1893, gr. in-8.

M. Dupuy continue, dans ce nouveau volume, l'étude des principes immédiats des végétaux. Après les alcaloïdes et les glucosides, voici venir les acides organiques. Pour ne parler que des applications médicales de ces acides, peut on méconnaître les innombrables services que rendent chaque jour les acides benzoïque, chrysophanique, citrique, lactique, phénique, salicylique, tannique ? Qui ne connaît les vertus microbicides et antiseptiques d'un grand nombre d'entre eux ? M. Dupuy a étudié à fond et discuté de la manière la plus précise et la plus détaillée les conséquences heureuses des applications de ces acides. La première partie de l'ouvrage forme un résumé net et précis de toutes les notions générales qui les concernent ; dans la seconde on trouve pour chaque acide, à son rang alphabétique, tout ce qui a trait à ces corps : propriétés, préparation, action physiologique et thérapeutique, posologie, etc. Tout est étudié à fond et discuté de la manière la plus détaillée ; l'auteur y a ajouté les résultats de ses recherches et de ses expériences personnelles. En un mot, ce livre représente l'inventaire exact de l'état des connaissances qu'on possède actuellement sur les acides organiques. Il est destiné à rendre de grands services à tous les chercheurs par les documents innombrables qu'il renferme, documents généralement épars dans les recueils et les ouvrages spéciaux tant français qu'étrangers ; il sera éminemment utile aux praticiens qui y trouveront condensé tout ce qu'on sait sur les propriétés thérapeutiques de ces corps et sur les indications de leur emploi.

L. H.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

ESSAI CLINIQUE SUR L'ENDOCARDITE PNEUMONIQUE,
par François-Victor AUBLÉ.

L'endocardite est une complication assez fréquente de la pneumonie. Elle survient en général au cours de la pneumonie ou à son déclin. Elle peut être antérieure à celle-ci, ou postérieure de plusieurs jours à la défervescence.

Cette endocardite offre quelques caractères particuliers ; elle siège de préférence à l'orifice aortique, elle s'accompagne rarement d'embolies et au contraire fréquemment de méningite.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions sont plus végétantes qu'ulcéreuses.

Les végétations sont dues à la présence du pneumocoque sur l'endocarde.

Elles sont courtes, à large base d'implantation ; elles ont un aspect spécial, une coloration jaune verdâtre.

L'endocardite pneumonique est une complication grave de la pneumonie, mais elle peut guérir.

DE L'APHASIE PNEUMONIQUE PASSAGÈRE,
par Léon BOUYSSOU.

La pneumonie peut provoquer l'apparition de phénomènes d'aphasie peu durables.

Cette aphasie pneumonique passagère se présente avec tous les caractères de l'aphasie dite ataxique, par lésion de la troisième circonvolution frontale gauche.

Elle s'accompagne le plus souvent de désordres de voisinage pouvant aller jusqu'à l'hémiplégie complète du côté droit.

Elle offre la plus grande ressemblance avec l'aphasie provoquée par les maladies infectieuses ou toxiques.

C'est une aphasie sans lésion appréciable.

Favorisée par le rétrécissement athéromateux de la cérébrale moyenne gauche, elle reconnaît le plus souvent pour cause un spasme fonctionnel de ce vaisseau, dû à l'action des toxines microbiennes.

Sa durée est courte et son pronostic ordinairement bénin.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Edouard Labbé, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, ancien président de la Société médicale des hôpitaux admis à l'honorariat en 1892 après avoir été longtemps médecin de la maison municipale de Santé, et de M. le Dr Miomandre, médecin des épidémies de l'arrondissement de Senlis, mort du typhus à Neuilly-en-Thelle. M. le Dr Bailly (de Chambly) s'est fait, sur la tombe de cette victime du devoir professionnel, l'interprète des sentiments de regrets que laisse à tous ses confrères sa mort prématurée.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE — N° 20 — 19 MAI 1894

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Le secret médical.

Les leçons que vient de publier M. le professeur Brouardel (1) soulèvent plusieurs questions dont l'intérêt est indéniable. Il en est que nous avons maintes fois déjà discutées et sur lesquelles nous n'avons point à revenir. Il en est d'autres au sujet desquelles l'avis si autorisé de notre éminent collègue nous permettra d'insister encore pour mieux faire comprendre quelle doit être, dans chaque circonstance déterminée, la conduite qui s'impose au médecin.

Prenons comme premier exemple le rôle du médecin-expert. Commis par la justice à seule fin de l'éclairer, le médecin est tenu à consigner dans un rapport, rédigé en son honneur et conscience, tout ce qu'il a constaté, sans qu'aucune considération d'aucune nature puisse lui permettre de taire ce qu'il croit être juste et vrai. Le secret médical n'existe donc plus pour le médecin-expert dans ses rapports avec la justice, mais il persiste avec toute sa rigueur lorsqu'il s'agit de publicité. Aussi longtemps que durera l'instruction, c'est-à-dire aussi longtemps que l'affaire, au sujet de laquelle un médecin-expert aura rédigé un rapport médico-légal, n'aura pas été l'objet d'un débat *public*, ce rapport devra rester secret. Sa publication ne pourra être autorisée que si l'affaire pour laquelle il a été écrit vient à être plaidée.

Une seule exception, dit M. Brouardel, doit être faite aux prescriptions de la loi de 1808 qui déclare que tous les actes de l'instruction et de la procédure demeurent secrets; c'est lorsqu'il s'agit de *certificats de santé*. « Supposez, dit-il, que dans une affaire la procédure soit arrêtée par la maladie d'une des deux parties. Le rapport du médecin chargé de vérifier cet état de maladie est immédiatement communiqué à la partie adverse, parce que la procédure est interrompue, et il faudra lui communiquer de nouveau, pour que la procédure puisse être reprise, le second rapport par lequel l'expert constatera que la maladie a pris fin. Il ne saurait ici être question de secret médical. » D'après cette doctrine, un *certificat de santé*, c'est-à-dire la constatation médicale de l'état dans lequel se trouve un plaideur, peut être divulguée et rendue publique.

Il importe de faire ressortir l'importance de cette affirmation sur laquelle s'appuie M. Brouardel pour expliquer la publication du rapport rédigé à l'occasion de la maladie de Cornelius Herz.

Lorsque nous avons apprécié le débat soulevé devant l'Académie de médecine par la communication de ce rapport, nous avions soulevé la question de savoir s'il ne devait pas être considéré comme une pièce de procédure devant demeurer secrète jusqu'au jour où un jugement, non susceptible d'appel, aurait été rendu.

A cette question répondent explicitement les arguments de M. Brouardel. D'après le savant médecin légiste, le médecin-expert a le droit de rendre public un *certificat de santé*, à la seule condition qu'il en ait obtenu l'autorisation de celui par qui ce certificat a été réclamé. En l'espèce, le Ministre des Affaires étrangères avait chargé MM. Brouardel et Charcot d'abord, MM. Brouardel et Dieulafoy ensuite, d'une mission aussi officielle que délicate. Il leur avait demandé d'aller contrôler les affirmations des médecins anglais qui soignaient Cornelius Herz.

Leur appréciation pouvait et devait éclairer, non seulement l'autorité judiciaire chargée de poursuivre un procès des plus graves, mais encore l'opinion publique trop disposée à soupçonner les ministres français de vouloir étouffer à tout prix un scandale compromettant. Etait-il cependant bien nécessaire de donner, sur l'état de Cornélius Herz, des détails circonstanciés? Le président du conseil des ministres ou le ministre de l'Intérieur n'auraient-ils pas dû communiquer aux Chambres et par conséquent au public les conclusions du rapport des experts sans insister sur les caractères de la maladie du prévenu, sur son pronostic, sur les accidents qui l'avaient aggravé lors d'une première visite, qui accu

(1) Le *Secret médical*, leçons recueillies par M. le Dr Reuss, extrait des Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Paris, J.-B. Baillière.

saient, quelques mois plus tard, un dissentiment formel entre l'opinion des experts français et celle des médecins anglais?

A un point de vue plus général, il importe de faire remarquer aussi que les certificats de santé, comme toutes les pièces officielles communiquées par un avocat à la partie adverse, restent le plus souvent secrets. Jamais un avocat ne communique à qui que ce soit les pièces de procédure et la procédure ne se trouve jamais arrêtée — elle peut être suspendue — par la maladie d'un plaideur.

Il n'en est pas moins vrai de constater une fois de plus que M. Brouardel aurait eu le droit de stigmatiser avec mépris les procédés de certains organes de la presse française qui, avec une légèreté coupable, ont fait tant de bruit au sujet de cette affaire, et qu'il faut admirer la sérénité dédaigneuse avec laquelle il engage ses auditeurs à se cuirasser d'indifférence le jour où ils seront appelés à rédiger des certificats de santé concernant des hommes dont la célébrité, méritée ou usurpée, attire l'attention des foules.

Plus, en effet, la notoriété d'un malade est grande et moins l'on garde vis-à-vis de lui le secret qu'impose la loi. On a condamné le docteur Watelet, M. Brouardel rappelle cet exemple, pour avoir défendu la mémoire d'un de ses clients et publié, dans un journal, le récit de sa maladie. On n'a pas songé à incriminer les articles relatant, dans tous leurs délails, les conditions dans lesquelles avaient succombé le comte de Chambord ou Gambetta. On poursuivrait un médecin discutant, dans la presse politique, les caractères de la maladie dont se trouve atteint un de ses clients. On a pu lire, plusieurs mois durant, les polémiques soulevées par la maladie de l'empereur d'Allemagne Frédéric et l'appréciation qu'en ont donnée Morell Mackensie et les chirurgiens allemands les plus célèbres. N'est-ce pas le cas de répéter que tout est contingent dans les questions de secret médical et que, pour employer les propres paroles de M. Brouardel, « la conscience du médecin joue, dans leur appréciation, un rôle supérieur »? Nous verrons, dans un prochain article, quels sont les cas où le médecin doit nécessairement être dispensé de tout secret professionnel.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement du lupus érythémateux.

I

Le lupus érythémateux, très distinct cliniquement du lupus vulgaire ou lupus tuberculeux, est caractérisé par des lésions d'aspect très variable dans la constitution desquelles interviennent deux éléments : un élément congestif ou vasculaire et un élément glandulaire.

L'élément vasculaire se traduit par la présence de taches rouges, d'intensité variable, persistantes, se modifiant peu par la pression, mais influencées par la digestion et par la menstruation; ces taches, de forme généralement arrondie, parfois assez prurigineuses, constituent la première manifestation de l'affection et peuvent exister seules pendant une assez longue période de temps.

Mais, le plus souvent, les glandes sébacées prennent part au processus : sur les taches rouges se développent des squames grisâtres ou blanchâtres, rendues adhérentes à la peau par les prolongements qu'elles poussent dans les glandes sébacées, prolongement que l'on peut voir à leur face profonde après les avoir détachées. L'épaisseur des squames varie beaucoup suivant les cas: tantôt minces, formant une sorte de vernis à la surface de la peau; tantôt épaisses, irrégulières, d'apparence et de consistance crétacée. Elles ne recouvrent que la partie centrale des lésions qui sont bordées à leur périphérie par une zone rouge plus ou moins accusée et légèrement saillante.

Les lésions du lupus érythémateux ne se bornent pas à la présence de taches rouges surmontées ou non de squames : les cellules embryonnaires qui infiltrent, à son niveau, le derme dans une profondeur plus ou moins considérable subissent des dégénérescences colloïde et granulo-graisseuse, prélude de leur disparition et les troubles que leur présence détermine dans la vitalité des éléments constitutifs du derme aboutissent à l'atrophie du tégument : la partie centrale des disques érythémateux est déprimée, de consistance fibreuse, d'apparence cicatricielle.

Le mélange en proportions variables de ces diverses lésions donne lieu à des formes cliniques nombreuses qui font du lupus érythémateux une dermatose des plus polymorphes et qui ont reçu des dénominations nombreuses: érythème centrifuge, lupus érythémateux pur, lupus érythémato-folliculaire, lupus acnéique, lupus érythémateux psoriasiforme, lupus érythémateux crétacé, etc.

La marche de la maladie est le plus souvent lente et chronique; les disques primitifs s'étendent excentriquement, en même temps que de nouvelles lésions se montrent au voisinage des premières, auxquelles elles se réunissent, ou dans d'autres régions : occupant le plus ordinairement le visage, principalement la face dorsale du nez et les parties adjacentes des joues sur lesquelles elles se développent à la manière des ailes d'un papillon, ou la région préauriculaire, les lésions du lupus érythémateux ont une grande tendance à s'y montrer symétriques. Le pavillon des oreilles, le cuir chevelu où il se traduit par la présence de taches rouges et squameuses dépourvues de poils, les mains, où son aspect rappelle souvent celui des engelures, sont encore ses lieux de prédilection.

Parfois, au lieu de sa marche habituelle, lentement et progressivement envahissante, il se développe avec une grande rapidité : débutant à la manière d'une dermatose aiguë (lupus érythémateux exanthématique), s'accompagnant de fièvre parfois intense, de phénomènes généraux graves, de douleurs articulaires et musculaires, il envahit d'emblée de grandes étendues de la surface cutanée, se traduit par le développement de taches rouge vif, arrondies, persistant en cet état pendant un temps variable, pour aboutir à la formation de taches atrophiques, d'aspect cicatriciel et permanentes.

Entre ces divers aspects cliniques, on peut observer tous les intermédiaires, et la longue série de ceux-ci établit leur parenté réciproque et l'unité de la maladie.

La nature du lupus érythémateux est encore aujourd'hui l'objet de discussions entre les dermatologistes : tandis que les uns en font une affection *sui generis*, spécifique, mais de nature inconnue, définie seulement par ses caractères cliniques et anatomo-pathologiques, les autres en font une manifestation tuberculeuse. La première opinion est celle de l'Ecole de Vienne et est défendue en France par Leloir. La seconde, soutenue avec son talent habituel par mon maître M. Besnier, est adoptée

par la plupart des dermatologistes français et les arguments d'ordre clinique invoqués en sa faveur paraissent indiscutables.

Ces arguments, identiques ou à peu près à ceux sur lesquels se base la doctrine aujourd'hui indiscutée de la nature tuberculeuse du lupus vulgaire, sont : la fréquence des manifestations viscérales tuberculeuses chez les sujets atteints de lupus érythémateux, la fréquence des antécédents tuberculeux dans l'hérédité de ces mêmes sujets, la coexistence du lupus érythémateux avec des lésions cutanées de nature manifestement tuberculeuses et en particulier avec le lupus vulgaire, si bien qu'il est des formes mixtes dans lesquelles on voit les deux lésions s'associer ou se succéder en un même point du tégument. On oppose à ces arguments cliniques l'absence dans le lupus érythémateux des lésions histologiques considérées comme pathognomoniques de la tuberculose, l'absence du bacille de Koch et les résultats négatifs des inoculations de ces lésions aux animaux. Ces derniers arguments ne sont pas aussi péremptoires qu'ils le paraissent, comme le fait remarquer M. Besnier ; dans les discussions qui, il y a 12 ans à peine, s'élevaient encore sur la nature tuberculeuse du lupus vulgaire, les arguments opposés à cette doctrine étaient identiquement les mêmes et les progrès réalisés dans la connaissance de la tuberculose, dans la recherche de son bacille, dans les inoculations expérimentales ont retourné tous ces arguments contre leurs auteurs ; la formule anatomo-pathologique de la tuberculose peut varier, la technique expérimentale peut encore se perfectionner, les divers états du bacille de Koch ne sont peut-être pas encore tous connus ou démontrables ; peut-être aussi le bacille tuberculeux n'intervient-il pas dans la production du lupus érythémateux par lui-même, mais par les substances toxiques qu'il élabore. Il serait donc imprudent de baser exclusivement sur les recherches de laboratoire l'opposition à une doctrine dont la clinique donne la démonstration quotidienne.

II

Les relations très probables, sinon actuellement démontrées pour tous, du lupus érythémateux avec l'infection tuberculeuse conduisent à prescrire dans cette affection un traitement général reconstituant : l'huile de foie de morue, les préparations arsenicales, les préparations iodurées (sirop d'iodure de fer, sirop iodo-tannique, sirop antiscorbutique) sont particulièrement indiquées. M. Besnier prescrit volontiers, en pareil cas, l'iodoforme sous forme de pilules renfermant 10 centigrammes de cette substance, de façon à en donner chaque jour, suivant la tolérance du malade, de 60 centigrammes à 1 gramme et au delà.

Bulkley (1) a vanté récemment le phosphore qu'il prescrit sous la forme suivante :

Phosphore	1 partie.
Alcool absolu	300 parties.

Faire dissoudre à chaud et additionner du mélange suivant, préalablement chauffé :

Glycérine	760 parties.
Alcool	120 parties.
Essence de menthe poivrée....	40 parties.

Chaque goutte contient 0,00325 de phosphore.

Cette préparation est donnée à la dose de 15 gouttes, trois fois par jour, après les repas ; on augmente d'une ou deux gouttes par jour jusqu'à ce qu'on arrive à la dose de 30 gouttes trois fois par jour.

(1) *American Journal of the medic. Sciences*, avril 1893.

M. Brocq (1) a employé un mélange d'une partie d'huile phosphorée au millième et de 9 parties d'huile de foie de morue, qu'il donne à la dose de 1 à 4 cuillerées par jour.

L'emploi de la créosote est tout particulièrement indiqué dans cette affection, en raison de sa nature probable.

Les malades doivent être, en outre, soumis à une hygiène générale et à un régime alimentaire convenables.

L'importance de l'élément congestif dans le lupus érythémateux a conduit à prescrire toute la série des médicaments vaso-moteurs : quinine, belladone, ergotine, hamamelis virginica, mais leurs effets sont le plus souvent peu appréciables.

Les troubles digestifs, qui exagèrent la congestion faciale et contribuent pour une part à l'aggravation des lésions du lupus érythémateux, seront recherchés et traités par une médication appropriée : la constipation, en particulier, devra être évitée avec soin. De même chez la femme, les troubles utérins seront l'objet d'une surveillance attentive et fourniront des indications thérapeutiques particulières.

III

Le traitement général, malgré son importance, n'est cependant qu'une partie du traitement du lupus érythémateux : il peut modérer l'extension des lésions, diminuer leur intensité ; il ne saurait à lui seul les guérir et ses effets seraient en somme fort restreints si on ne recourait au traitement local.

Celui-ci, quels que soient ses agents, est toujours lent, et demande de la part du malade et de la part du médecin une grande persévérance.

Il est facile de faire tomber les squames qui recouvrent les placards de lupus érythémateux : les applications d'emplâtres, en ramollissant les concrétions épidermiques, facilitent leur chute et leur exfoliation spontanée ou par le raclage avec une curette ; dans ce but on peut employer soit l'emplâtre de Vigo, soit l'emplâtre de Vidal, soit, mieux encore, lorsqu'il est supporté, un emplâtre salicylé à 5 ou 10 0/0. Le savon noir peut encore être employé à cet effet : une couche de savon noir *purifie* est étendue en couche de 1 à 2 millimètres sur un morceau de toile ou de flanelle, un peu plus large que les plaques à recouvrir, qu'on applique le soir sur les surfaces malades ; le lendemain on enlève le savon au moyen d'eau chaude et on poudre à l'amidon ; lorsque le malade peut le faire, il est préférable de renouveler les applications matin et soir : on active singulièrement alors le traitement ; mais ces applications ont l'inconvénient de provoquer une irritation, parfois assez intense, qui oblige à les suspendre au moins passagèrement et qui doit être calmée par des topiques émollients : cataplasmes de fécule de pomme de terre, poudre d'amidon, pommade à l'oxyde de zinc, additionnée ou non d'acide salicylique ; elle est, chez certains sujets, assez vive pour faire rejeter l'usage du savon noir.

La chute des squames, obtenue par ces moyens, n'est souvent que temporaire et il faut y revenir à plusieurs reprises dès qu'elles se reforment. D'ailleurs, lorsque les squames sont peu épaisses, elles ne s'opposent pas à l'application des autres topiques ou tout au moins suffit-il de les enlever au moyen d'une curette pour faciliter l'action de ces derniers.

Les topiques les plus variés ont été proposés contre le lupus érythémateux, les uns à titre de résolutifs, les autres à titre d'agents caustiques ou d'agents réducteurs.

Les résolutifs les plus employés sont les préparations

(1) *Société de Dermatologie*, novembre 1893.

mercurielles et les préparations iodurées. Le mercure peut être prescrit sous la forme de pommades au calomel au 50e, au biiodure au 200e (Lailler), ou sous la forme d'emplâtre de Vigo qui, lorsqu'il est supporté, est un des modes de traitement les plus recommandables. Les préparations iodurées (pommades à l'iodure de potassium, à l'iodure de plomb, etc.) et iodées (teinture d'iode, solution d'iode caustique de Hardy) sont moins actives et ne méritent guère de confiance. Les applications de savon noir, suivant le procédé indiqué plus haut, ont été vantées par Vidal et par Brocq : les applications sont répétées jusqu'à ce que l'irritation soit suffisante, puis celle-ci est calmée au moyen des corps gras, et lorsqu'elle a cessé on revient à l'emplâtre de savon.

Les divers agents réducteurs ont été employés également dans cette affection : la résorcine en pommade à 5 ou à 10 0/0, l'acide pyrogallique en pommade à 5 ou à 6 0/0, en solution éthérée à 25 0/0 qu'on laisse évaporer pour recouvrir de traumaticine la couche d'acide pyrogallique déposée à la surface de la peau, ou en emplâtres additionnés d'acide salicylique, etc. L'action de ces substances nous a rarement paru favorable ; elles sont souvent très irritantes, les ulcérations qu'elles produisent laissent après elles des cicatrices irrégulières, qu'on doit redouter à la face, et leur maniement exige une extrême prudence et une surveillance attentive, et la rapidité de leur action dans quelques cas est trop souvent achetée chèrement.

Divers acides peuvent être employés comme caustiques : acide lactique, acide acétique cristallisable, acide azotique, acide phénique ; celui qui semble le plus recommandable est l'acide lactique ; il a cependant l'inconvénient d'être assez douloureux, surtout lorsque son application est immédiatement précédée d'une rugination des surfaces malades ; la douleur se prolonge pendant plusieurs heures. Il convient de ne pas l'appliquer dans une même séance sur des surfaces trop étendues et, si la douleur provoquée par le badigeonnage est trop intense, on l'additionnera d'un quart, d'un tiers ou même de moitié d'eau : les effets seront moins rapides, mais il sera possible de répéter plus fréquemment les applications. L'eschare provoquée par cet agent est superficielle, se détache rapidement, et sur les surfaces touchées les squames se reproduisent moins épaisses, en même temps que la rougeur s'éteint peu à peu. Il n'en est pas moins vrai que les badigeonnages doivent être répétés pendant plusieurs semaines.

Le nitrate d'argent ne peut guère être employé comme caustique sur des surfaces recouvertes d'une couche épidermique qu'il ne pénétrerait pas : il ne peut agir qu'à la condition d'avoir décapé préalablement les placards lupiques et encore est-il inférieur aux acides caustiques ; il retrouve son emploi à la suite des cautérisations ignées, mais plutôt pour régulariser la cicatrisation que pour détruire profondément les tissus lupiques.

Le chlorure de zinc pur ou en solution au 5e ou au 10e est peu actif contre le lupus érythémateux et a l'inconvénient de laisser des cicatrices irrégulières. Les caustiques arsénicaux n'ont pas d'avantages notables et les dangers d'intoxication les ont fait abandonner complètement dans une affection où ils peuvent être remplacés avec profit.

Les scarifications linéaires occupent une place importante dans le traitement du lupus érythémateux, plus importante peut-être que dans celui du lupus vulgaire : d'une part, elles agissent efficacement sur les lésions vasculaires et congestives qui jouent un si grand rôle dans la symptomatologie de cette affection, d'autre part elles ne semblent pas, comme dans le lupus vulgaire, ouvrir la porte à l'infection sanguine par le bacille tuberculeux (Besnier). Mais il ne faut pas s'attendre à obtenir d'elles une amélioration à beaucoup près aussi rapide que dans le lupus vulgaire ; les résultats qu'elles fournissent sont plutôt à comparer à ceux qu'elles donnent dans les télangiectasies, où un grand nombre de séances sont nécessaires pour voir la coloration du tégument s'atténuer. C'est seulement après des séances répétées de scarification qu'on verra le lupus érythémateux devenir moins apparent et c'est avec une grande lenteur que les progrès s'accentueront : il est indispensable d'en prévenir dès l'abord le patient.

La pratique des scarifications dans le lupus érythémateux demande plus de soin encore que dans le lupus vulgaire et, tout en s'exécutant suivant les mêmes règles opératoires — et bien entendu avec les mêmes précautions aseptiques et antiseptiques — doit s'inspirer des deux principes suivants : dépasser en largeur de quelques millimètres la bordure des lésions, de façon à atteindre les vaisseaux dont les altérations sont encore purement microscopiques, en ayant soin de ne pas dépasser en profondeur la couche de tissus malades, et rapprocher le plus possible les incisions les unes des autres afin d'atteindre le plus grand nombre possible de vaisseaux.

Vidal recommandait de laver à la liqueur de van Swieten les surfaces des lupus érythémateux après les scarifications : c'est là, pour nous, une règle absolue, quelle que soit la nature de la maladie pour laquelle on a recours à ce mode de traitement, et dans le cas actuel on peut sans doute espérer, outre l'action antiseptique, une action spéciale et utile du mercure sur les lésions.

Le pansement des surfaces scarifiées doit se faire pendant 24 ou 36 heures avec des compresses ou une couche d'ouate imbibées de solution de sublimé à 1 pour 2000 ou 3000 ; au bout de ce temps et jusqu'à cicatrisation complète, on peut les recouvrir d'emplâtre de Vigo toutes les fois qu'il sera supporté.

Les scarifications ne sont pas seulement indiquées pendant la période d'activité du lupus érythémateux : une fois les lésions guéries et parvenues à la période d'atrophie cicatricielle, elles peuvent encore servir à améliorer les cicatrices, à les régulariser et à les aplanir et, pour M. Besnier, cette indication est au moins aussi nette que celle qui résulte de l'existence du lupus en activité.

Les cautérisations au thermocautère ou mieux au galvano-cautère sont également un moyen de traitement très utile dans le lupus érythémateux et dont M. Besnier a fait ressortir toute la valeur : elles agissent plus rapidement que les scarifications, détruisent plus efficacement les vaisseaux altérés et l'infiltration qui les entoure. Lorsqu'elles sont faites avec soin, sans dépasser la limite inférieure des tissus malades, elles donnent des cicatrices presque aussi belles que les scarifications. Il est certain cependant qu'elles doivent céder le pas à ces dernières lorsque les lésions sont d'aspect purement congestif, lorsqu'il n'y a pas d'infiltration dermique appréciable. La cautérisation doit porter principalement sur la périphérie des plaques, dépasser quelque peu leur bord si l'on veut obtenir le maximum d'effet utile ; à la partie centrale des plaques, on touchera avec la pointe ignée toutes les surfaces rouges, en respectant les zones cicatricielles dont la cautérisation ne ferait qu'exagérer la dépression sans aucun avantage.

De même que dans le lupus vulgaire, il y a avantage à varier et à alterner les traitements employés dans le lupus érythémateux ; fréquemment une méthode de traitement ou un médicament perd au bout d'un certain temps tout ou partie de son efficacité, pour la reconquérir après une cessation plus ou moins prolongée. Il ne faut néanmoins pas modifier trop fréquemment les procédés thérapeutiques et les abandonner avant d'avoir eu le

temps d'en apprécier les effets; les sujets atteints de cette maladie, longue, d'une curation laborieuse, ont déjà trop de tendance à chercher dans le changement de traitement une amélioration ou une guérison qu'ils n'ont pas la patience de demander à une thérapeutique réglée et rationnelle.

Il faut savoir aussi qu'il est des lupus érythémateux très irritables, que les modes de traitement précédents exaspèrent en provoquant des poussées nouvelles; en face de cas pareils, on devra immédiatement cesser les applications irritantes, recourir pour un certain temps aux émollients et aux adoucissants, quitte à revenir à un traitement plus actif lorsque l'irritation sera calmée et la poussée nouvelle arrêtée, et on aura encore soin alors de graduer prudemment la progression des agents auxquels on aura recours.

IV

Les formes du lupus érythémateux sont trop variées, leurs aspects cliniques trop différents pour qu'on puisse penser à leur appliquer indistinctement les méthodes précédentes.

Aux formes purement congestives ou avec sécrétions épidermiques très peu développées, conviennent les applications d'emplâtres résolutifs et les scarifications; les cicatrices qui leur succèdent sont si superficielles, si peu apparentes, que les caustiques ne sauraient leur être appliqués sous peine de les exagérer.

Lorsque la congestion s'accompagne d'infiltration accusée des téguments, les caustiques et les cautérisations ignées ont l'avantage de détruire rapidement les tissus infiltrés, et on ne peut plus leur reprocher de provoquer des cicatrices apparentes qui résultent de l'évolution naturelle de la maladie; les applications d'agents réducteurs seront également indiquées et pourront être alternées avec les cautérisations, ainsi que les scarifications qui régulariseront les surfaces cicatricielles.

Dans les formes s'accompagnant de la production de squames, on aura recours aux emplâtres de savon noir, de Vigo, pour décaper les surfaces, parfois dans les formes crétacées au raclage, et, lorsque les placards seront mis en état, on emploiera les topiques précédents.

Sur les muqueuses, on recourra de préférence aux applications d'acide lactique qui réussissent dans toutes les tuberculoses des muqueuses.

Au cuir chevelu, après épilation de la bordure pour faciliter l'application des topiques, on emploiera de préférence l'emplâtre de Vigo et les badigeonnages à l'acide lactique.

Dans les cas rares de lupus exanthématique, la dissémination des lésions et leur peu de profondeur empêchent le plus souvent de recourir aux traitements locaux énergiques; les pommades boriquées ou à l'oxyde de zinc peuvent aider à modérer les phénomènes congestifs et inflammatoires; les enveloppements avec les compresses imbibées d'une solution de résorcine à 1 0/0 ou d'une solution d'ichthyol à 1 0/0 donnent parfois des résultats avantageux.

Georges Thibierge.

TRAVAUX ORIGINAUX

Disposition du péritoine sur l'estomac et particulièrement au niveau du cardia, par M. Durand, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de Lyon.

Quand on essaye de se faire une idée de la disposition du péritoine au niveau de l'extrémité inférieure de l'œsophage intra-abdominal et de son passage sur le cardia, on trouve très difficilement dans les auteurs classiques des renseignements précis. On voit défiler, dans des articles séparés, un nombre considérable de ligaments et il est impossible d'en suivre la continuité.

Cruveilhier nous dit que la portion abdominale de l'œsophage est enveloppée par le péritoine dans toute sa circonférence; M. Debierre, qu'elle est entourée par le péritoine; M. Testut ajoute qu'elle est entourée sur presque toute sa circonférence.

Il semble donc que le doigt va pouvoir entourer le canal œsophagien sans rencontrer de lame péritonéale. Ce n'est pas cette phrase de Sappey qui va pouvoir tirer d'erreur le lecteur non prévenu : « La portion abdominale *répond* à l'épiploon gastro-hépatique. »

Si on lit ce qui a rapport au péritoine du cardia, on trouve des descriptions aussi peu claires :

Le péritoine se réfléchit directement du diaphragme sur le cardia en formant une sorte de ligament appelé gastro-diaphragmatique (Cruveilhier, Debierre). Ce ligament est-il à droite ou à gauche, en avant ou en arrière? A-t-il un ou deux feuillets? Comment se comporte-t-il avec l'œsophage qui continue le cardia, avec le foie qui n'en est pas loin? Autant de questions qu'on se pose en lisant ces auteurs : elles restent entièrement insolubles.

Sappey tente cependant un semblant de description : « Le cardia en avant répond au péritoine qui se réfléchit du diaphragme sur l'estomac. En arrière il est recouvert aussi par le péritoine qui le sépare des piliers du diaphragme. A droite, il donne attache à l'épiploon gastro-hépatique, et à gauche à un repli analogue mais très petit, s'étendant du diaphragme et de la portion abdominale de l'œsophage sur la grosse tubérosité, repli triangulaire à base inférieure qui a reçu le nom de gastro-diaphragmatique. »

Il est difficile, croyons-nous, d'être plus obscur et de laisser dans une ombre plus complète les rapports de continuité de ce ligament avec les portions péritonéales voisines.

Huschke (1) lui-même, qui a décrit avec tant de soin les replis péritonéaux, n'en dit pas davantage.

Baraban (2) seul a indiqué certains points intéressants, mais n'a pas montré complètement la disposition du péritoine à ce niveau. Celle-ci, à première vue, paraît en effet très compliquée. Dans cette petite région située immédiatement au voisinage des piliers du diaphragme interviennent, outre les vaisseaux qui, collés contre la paroi musculo-osseuse, n'apparaissent en quelque sorte pas, de très nombreux organes : le foie et ses saillies, particulièrement le lobule de Spiegel, la rate, l'estomac, l'œsophage. Ces viscères sont mobiles, on les dérange en voulant les voir et il est impossible, si on ne prend pas la précaution de les fixer par des aiguilles ou de les étudier sur des coupes de sujets congelés, de s'en faire une idée même approximative. Or, l'examen au moyen des aiguilles est difficile à cause de l'énorme concavité offerte par le diaphragme, on travaille au fond d'un puits et on n'y voit souvent pas grand'chose. Quant à la méthode des coupes, elle suppose un matériel et des circonstances particulières qui n'en permettent l'emploi qu'à un nombre extrêmement restreint d'anatomistes privilégiés.

La difficulté de cette étude est accrue par la multiplicité des lames péritonéales en ce point. L'arrière-cavité des épiploons rend difficile tout ce qu'elle touche, les attaches de la rate se voient difficilement et les ligaments

(1) Huschke, volume de *Splanchnologie de l'Encyclopédie anatomique*.

(2) Baraban, in Dechambre, *Dict. des sciences méd.*, article Péritoine.

coronaire et triangulaire gauche du foie qui interviennent ici multiplient encore les difficultés.

Pour comprendre facilement et réunir les éléments multiples de cette étude, il faut suivre la méthode embryologique : elle a fait ses preuves dans les nombreux travaux sur le péritoine qui depuis quelques années ont tant enrichi l'anatomie.

Il importe d'abord de savoir que l'œsophage et le cardia sont contenus dans une sorte de diaphragme vertico-transversal ; celui-ci a deux feuillets, l'un antérieur appartient au péritoine viscéral général, l'autre postérieur est une partie de l'arrière-cavité des épiploons. Il résulte de cet arrangement qu'il est impossible d'entourer l'œsophage abdominal comme de faire le tour de l'estomac. Cette disposition existe dès l'apparition du conduit digestif embryonnaire. Celui-ci, dans les premières semaines, est contenu dans l'épaisseur d'un méso disposé verticalement d'avant en arrière sur la ligne médiane. Alors que l'intestin ne possède qu'un méso postérieur, le mésentère, la portion qui doit devenir l'estomac et le duodénum présente, outre le mésentère primitif, postérieur, un mésogastre antérieur, rattaché par son bord pariétal aux parois antérieure et supérieure de l'abdomen depuis l'ombilic jusqu'au futur cardia. Ce sont ces deux mésogastres, antérieur et postérieur, qui vont persister pour constituer la cloison transversale qui comprend l'œsophage entre ses deux feuillets. Mais, que de modifications de forme et de situation ne vont-ils pas subir !

Le mésogastre antérieur qui doit son soulèvement à l'existence de la veine ombilicale (1) peut être considéré comme servant de siège au développement du foie. Le duodénum pousse dans son épaisseur un prolongement épithélial qui va servir à l'édification du foie. La glande hépatique empruntera donc son revêtement péritonéal au mésogastre antérieur dont l'attache pariétale va devenir l'insertion des ligaments coronaire, triangulaire et falciforme. Il est intéressant de remarquer que celui-ci représente exactement la disposition de l'ancien mésogastre, se modifiant à la partie postérieure pour ouvrir le ligament coronaire et ses deux expansions triangulaires.

Dans le mésogastre postérieur va se développer la portion gauche du pancréas, dont la partie droite a pour origine le mésentère du duodénum. La queue du pancréas va donc monter en quelque sorte en arrière du pylore, le long de la grande courbure, revêtue sur chacune de ses faces alors droite et gauche, par chacun des feuillets du mésogastre. La rate prendra aussi son origine dans ce mésogastre postérieur, mais, pour plus de clarté, nous allons en faire abstraction pour le moment. Nous pouvons donc considérer l'estomac comme dirigé d'avant en arrière, la grande courbure regardant la colonne. Il est compris, ainsi que l'œsophage abdominal, entre deux feuillets péritonéaux droit et gauche, insérés sur la ligne médiane, en avant sur la ligne blanche dans sa portion sus-ombilicale, en haut sur la ligne médiane de la concavité diaphragmatique, en arrière sur la colonne vertébrale où ils se continuent avec les feuillets homologues du mésentère. L'estomac divise ce méso en deux loges, l'une antérieure hépatique, l'autre postérieure pancréatique. Mais cette situation ne va pas durer longtemps : très rapidement l'estomac va tourner sur son axe, amenant à droite sa petite courbure qui était antérieure, et à gauche sa grande courbure qui était postérieure. Il va subir en même temps un déplacement en masse, de telle sorte que, l'œsophage restant médian, le pylore va se porter sur la ligne médiane ou du moins s'en rapprochera assez, restant sur le flanc droit de la première vertèbre lombaire alors que la grande courbure s'en va loin vers la gauche.

Ce mouvement de rotation a considérablement modifié la disposition des deux mésogastres ; elle va être encore changée davantage par trois faits : l'énorme accroissement du foie, l'apparition de la rate et le développement de l'arrière-cavité des épiploons. Suivons d'abord les transformations du mésogastre antérieur ou hépatique.

Son attache pariétale, de l'ombilic à la paroi postérieure de l'abdomen, va rester fixe. Elle ne subira de modifications qu'à la partie postérieure, au niveau de la veine cave. En ce point, la masse du foie va décoller pour ainsi dire les deux feuillets de leur attache pariétale et s'appliquera directement contre le diaphragme. Les choses se passent absolument comme si on pinçait chaque feuillet en deux plis qu'on tirerait l'un à droite, l'autre à gauche, la base de ces deux plis deviendrait le ligament coronaire ; le bord libre que constituerait la portion sur laquelle on tire donnerait les ligaments triangulaires. L'attache pariétale du mésogastre antérieur va donc prendre la forme d'un T dont le ligament falciforme est la branche verticale. Il est très important de se rappeler que cette attache est pariétale et, par conséquent, n'aura avec l'estomac que des rapports de contiguïté. Le foie est embryologiquement situé en avant de l'estomac, son ligament triangulaire droit restera toujours attaché sur le diaphragme à une certaine distance en avant de l'œsophage ; entre les deux, il y aura toujours une portion de péritoine pariétal attachée au diaphragme.

Telle est la destinée du mésogastre antérieur dans sa portion qu'on pourrait appeler sus-hépatique. Elle n'intervient pas dans la question qui nous occupe ici et nous n'aurons qu'à étudier les rapports topographiques du cardia avec les ligaments coronaire et triangulaire gauches, rapports qu'on vient de vous esquisser.

La portion sous-hépatique du mésogastre antérieur va constituer le petit épiploon ou épiploon hépato-duodéno-gastrique. Celui-ci continue à s'insérer sur le cardia, la petite courbure et la première portion du duodénum qui forment maintenant une courbe concave en haut et à droite. Son insertion hépatique s'est considérablement modifiée. Primitivement, cette insertion hépatique se faisait tout le long du sillon longitudinal gauche et se continuait en somme avec celle du ligament falciforme. La pénétration dans le foie de la veine ombilicale fait que le bord libre de l'ancien mésogastre cesse d'exister dans la portion antérieure du sillon longitudinal gauche. La veine cessant à ce niveau ne peut plus soulever la séreuse qui reste appliquée sur le foie. L'insertion primitive n'existe donc qu'en arrière du sillon transverse. Au niveau de cette dernière dépression, le développement dans un sens transversal, pris par les organes vasculaires et biliaires du hile du foie va donner à la lame péritonéale une direction de droite à gauche, de sorte que la portion la plus visible du petit épiploon apparaîtra transversale et se portera du sillon transverse du foie à la petite courbure.

En résumé, la portion sous-hépatique du mésogastre antérieur s'attache au bord droit de l'estomac et du duodénum, au sillon transverse et à la moitié postérieure du sillon longitudinal gauche et contient dans son épaisseur, généralement à son bord droit libre, le pédicule du foie.

Elle peut prolonger en avant son insertion hépatique le long de la vésicule pour donner les feuillets qui réunissent le réservoir biliaire au duodénum et au côlon. Dans ces cas, les organes qui se rendent au hile du foie n'occupent pas le bord libre du petit épiploon.

Il résulte de cette torsion du mésogastre antérieur vers

(1) TOLDT, *Bau und Wachshunsverænderungen der Gekrœse der menschlichen Darmbrandes*, Wien, 1889.

la droite que son feuillet, autrefois gauche, est devenu antérieur et que son feuillet droit constitue maintenant le feuillet postérieur de l'épiploon gastro-hépatique, c'est-à-dire la paroi antérieure de l'arrière-cavité des épiploons dont nous allons maintenant schématiser en quelque sorte la formation.

Au moment où la grande courbure se porte vers la gauche, l'insertion viscérale du mésogastre postérieur se trouve entraînée par elle pendant que l'insertion pariétale de ce repli reste fixée à la colonne vertébrale. Ce mésogastre forme donc maintenant un plan transversal qui, parti de la colonne vertébrale, va s'attacher à la grande courbure formant ainsi le plan postérieur d'un angle dièdre dont le plan antérieur est constitué par l'estomac, face postérieure, et l'épiploon gastro-hépatique et dont l'arête correspond à l'insertion sur la grande courbure du mésogastre postérieur. Le sinus de cet angle n'est autre que l'ébauche de l'arrière-cavité des épiploons. Au point où nous en sommes arrivés, elle mérite le nom de cavité rétrogastrique, car elle peut être considérée comme limitée à gauche et en bas vers le duodénum à la grande courbure; en haut, elle s'arrête sur la face inférieure du foie et sur le diaphragme.

Il ne faut pas oublier que le mésogastre postérieur renferme entre ses deux feuillets la queue du pancréas. Celle-ci n'arrive pas jusqu'à l'estomac; c'est en quelque sorte dans l'intervalle des deux feuillets de cette portion inter-gastro-pancréatique que va se développer la rate. La face convexe de cet organe sera couverte par le feuillet gauche du mésogastre, sa face concave sera tapissée par le feuillet droit de ce méso, c'est-à-dire par la paroi de l'arrière-cavité des épiploons. Cet organe, en se développant, se portera à gauche et en haut, allongeant en quelque sorte les deux mésos qui s'y rattachent. Il est donc facile de comprendre actuellement que le fond de l'arrière-cavité correspond à la face interne de la rate et que de celle-ci partent deux mésos, l'un la rattachant à la grande courbure, épiploon gastro-splénique, l'autre à la queue du pancréas, épiploon pancréatico-splénique.

Il résulte des faits embryologiques précédemment exposés que ces deux replis ne sont pas autre chose que les deux moitiés de l'ancien mésogastre postérieur coupé en deux en quelque sorte par le développement de la rate. Actuellement, le premier constitue une portion de la face antérieure de l'arrière-cavité; le dernier une portion de sa paroi postérieure, l'arête de l'angle étant maintenant reportée sur la rate. Or, ce mésogastre renfermait des vaisseaux. Leur tronc principal deviendra l'artère splénique dont le point de départ était naturellement voisin de la colonne. Cette artère devra donc suivre l'épiploon pancréatico-splénique; rien n'est plus faux que de la faire passer dans le gastro-splénique. Ce dernier ne renferme que les anciens rameaux envoyés par la splénique à la grande courbure, c'est-à-dire les vasa-breviosa et la gastro-épiploïque gauche.

Considérons maintenant les limites supérieure et inférieure de chacun de ces ligaments. Sur le diaphragme, on trouvera l'insertion de la paroi antérieure de l'arrière-cavité. Ce repli va du diaphragme sur la grande courbure au voisinage du cardia, car la rate n'atteint pas l'œsophage. Il constituera à ce niveau le ligament phréno-gastrique. La portion supérieure, au contraire, de l'épiploon pancréatico-splénique est le germe du futur ligament phréno-splénique. Ces deux ligaments se réunissent sur le diaphragme par continuité de celles de leurs faces qui se regardent pour limiter en haut l'arrière-cavité. Ils se réunissent de même en bas, naturellement à partir du bord inférieur de la rate au niveau de la grande courbure, à la limite inférieure de l'arrière-cavité. Mais celle-ci va bientôt se prolonger beaucoup plus bas que l'estomac, par suite du développement du grand épiploon.

Tout se passe ici comme si une main introduite dans l'arrière-cavité en repoussait en bas la limite inférieure, les organes restant fixes et le péritoine supposé très extensible. Or, le bord inférieur de cette cavité qu'une main providentielle vient ainsi repousser, commence à droite au pylore, vers l'artère hépatique, et se termine à gauche vers la rate. Cette main est coiffée, dans ce travail, par les deux feuillets de l'ancien mésogastre postérieur, chacune de ses faces sera donc en rapport avec deux lames péritonéales et la coupe du grand épiploon ainsi compris offrirait quatre feuillets.

De cette façon, nous sommes arrivés à la conception suivante du mésogastre postérieur : 1° Entre la rate et la grande courbure, épiploon gastro-splénique se continuant en haut avec le ligament phréno-gastrique, en bas avec les deux lames antérieures du grand épiploon; 2° Entre la rate et le pancréas, c'est-à-dire la colonne vertébrale, épiploon pancréatico-splénique devenant en haut le ligament phréno-splénique, en bas les deux lames postérieures du grand épiploon; 3° Dans l'intervalle de ces deux portions du méso primitif, l'arrière-cavité des épiploons dont les limites supérieure et inférieure sont marquées par l'union des deux parois antérieure et postérieure.

Pour passer à l'état adulte, il ne nous reste plus qu'à expliquer une chose : la disparition du cul-de-sac rétro-pancréatique. Il est facile de comprendre, en effet, qu'entre la face postérieure du pancréas tapissée par l'ancienne face gauche du mésogastre et la paroi, il existe un cul-de-sac. Celui-ci disparaît en partie, persistant cependant dans une portion plus ou moins considérable de la queue pancréatique.

Cette disparition peut être expliquée par deux théories : celle du glissement qui ne compte plus guère de partisans, et celle de Toldt ou de l'accolement, dans laquelle les deux feuillets en présence se fusionneraient en quelque sorte, laissant parfois un petit vestige de leur présence.

Il est indispensable de rappeler brièvement l'évolution du péritoine dans cette région, car, à l'état adulte, les replis sont trop nombreux pour qu'il soit possible d'en saisir la continuité, si on ne remonte pas à l'époque embryologique où la séreuse présentait une forme en quelque sorte schématique.

Pour étudier la topographie péritonéale du cardia, il faut procéder de deux façons : Dans un premier ordre d'idées, il faut fixer les organes en place avec de nombreuses aiguilles traversant les deux parois antérieure et postérieure du tronc et aller étudier sur place la situation respective des organes. Quand on a bien vu comment ceux-ci sont placés, quand on a étudié avec le plus grand soin les rapports des viscères avec les parois musculaires et les replis péritonéaux, il faut saisir les aiguilles de façon à développer pour ainsi dire les ligaments séreux et à voir les relations qu'ils présentent. Or, on est gêné dans cette étude par le foie d'abord, par l'énorme concavité du diaphragme ensuite. On se débarrasse de la portion hépatique gênante en coupant avec un bistouri tout ce qui est en avant ou à gauche de l'épiploon gastro-hépatique en respectant la portion du ligament triangulaire. On peut de même enlever la paroi antérieure costo-diaphragmatique après avoir passé quelques points de suture fixant la concavité du diaphragme à la paroi costale. De cette façon on a conservé aux insertions phréniques une fixité suffisante pour permettre de les étudier avec fruit.

En procédant de cette façon, on voit d'abord l'estomac fixé dans la situation aujourd'hui classique : le cardia sur

le flanc gauche de la neuvième vertèbre dorsale, le pylore sur le flanc droit de la première lombaire. La petite courbure est immédiatement placée sur la colonne vertébrale, appliquée tout contre elle, et rien, tout d'abord, ne paraît l'en séparer. La grande courbure se rapproche, au contraire, de la paroi abdominale antérieure, et dans les nombreuses autopsies que nous avons pu faire en vue de ce travail nous avons été frappé de ce fait : l'obliquité du plan dans lequel est contenu l'estomac vidé. La poche gastrique n'est nullement située dans un plan frontal. Cette situation peut être rapportée aux rapports que l'estomac contracte par ses deux faces. Sa face antérieure est séparée de la paroi abdominale antérieure par le foie, dont l'épaisseur va en diminuant de droite à gauche. La masse considérable de substance hépatique située en avant de la petite courbure la refoule en arrière. Au moment où finit le foie, l'estomac viendra s'appliquer directement sur la paroi abdominale, car la face postérieure est repoussée, en quelque sorte par la présence de la rate, du rein et de l'angle gauche du côlon. Sous la concavité diaphragmatique il en est de même et, la plupart du temps, il existe un espace compris entre le bord gauche du foie et le bord droit de la rate où l'estomac est directement en rapport avec le centre phrénique. Cela n'empêche pas que la face inférieure de la glande hépatique présente une empreinte gastrique, car, distendu par les matières qu'il contient, le grand cul-de-sac vient modeler en quelque sorte la face inférieure du foie et y laisser une trace de sa présence.

Dans quelques cas, cependant, mais ils paraissent rares et peut-être même pathologiques, le lobe gauche s'insinue au-dessus de la rate. On trouve alors une empreinte splénique et une empreinte gastrique. Celle-ci est toujours oblique d'arrière en avant et de droite à gauche, ce qui confirme pleinement la notion de l'obliquité du plan gastrique.

Quand on examine la région du cardia sur un sujet dont l'estomac est sain, on trouve toujours que le grand cul-de-sac, par sa portion phrénique, est plus élevé que le cardia, c'est-à dire que la coupe passant à l'embouchure de l'œsophage laisse adhérer au thorax une portion de l'estomac qui n'est autre que le grand cul-de-sac.

Ceci est aujourd'hui admis par tous les anatomistes qui se sont occupés de cette question. On a dit cependant que cette région était inutile, car les aliments ne viendraient jamais l'occuper, il semble qu'elle soit destinée à recevoir les gaz qui se produisent toujours dans la digestion et que, par conséquent, cette région soit fort loin d'être inutilisée, ce qui l'aurait fait depuis longtemps disparaître. Cette discussion sur la physiologie du grand cul-de-sac est de peu d'importance, on doit seulement retenir ce fait : c'est que la plupart du temps le grand cul-de-sac est en rapport avec le péricarde et la plèvre gauche par l'intermédiaire du seul diaphragme et sans interposition d'un lobe hépatique.

Si on regarde l'enveloppe séreuse de l'œsophage, on voit que la face antérieure de ce conduit est recouverte par une lame péritonéale se continuant à droite et à gauche par une expansion lamelleuse. Elle ne présente pas de chaque côté les mêmes rapports.

A droite, nous sommes en présence du petit épiploon, feuillet antérieur. Nous savons déjà comment est constituée l'insertion gastrique de ce ligament. Partant du bord droit de l'œsophage abdominal, elle suit la petite courbure et, classiquement, se prolonge jusqu'à l'arrière de la première et de la deuxième portion du duodénum où elle cesse, au niveau de l'hiatus de Winslow. Son insertion hépatique comprend deux portions : la première, antéro postérieure sur le cordon fibreux de la veine ombilicale, tout le long de la portion du sillon longitudinal gauche qui s'étend en arrière du sillon transverse ; la seconde, transversale sur ce sillon transverse lui-même. Cependant, cet épiploon paraît comme une lame à peu près plane soulevée un peu sur son bord droit par les organes du pédicule hépatique. Il n'y a pas, en effet, d'arête vive entre les deux portions et ce fait tient à deux causes. C'est d'abord la présence des organes du hile du foie qui tourmente un peu la région de l'hiatus, mais c'est surtout, semble-t-il, la direction même du sillon longitudinal gauche. Celle-ci est très oblique de haut en bas, d'arrière en avant et un peu de gauche à droite, de sorte que les deux portions transversale et longitudinale du petit épiploon semblent se continuer sur la même ligne. Nous connaissons ainsi les deux bords, gastrique et hépatique, du petit épiploon : ils sont réunis à droite par le bord antérieur bien connu de l'hiatus de Winslow, mais, comment se terminent-ils en haut ? au niveau du diaphragme. La disposition nous a paru inconstante. Il semble, cependant, que les considérations embryologiques qui président à l'évolution du mésogastre peuvent donner la clé de la question. On peut facilement se figurer que le foie qui se développe dans l'épaisseur du mésogastre va laisser l'insertion diaphragmatique de ce dernier persister dans la portion qui doit devenir le petit épiploon, de sorte que chez quelques sujets on verra le feuillet antérieur de celui-ci partant de l'œsophage prendre sur le diaphragme une insertion plus ou moins étendue avant de rencontrer le foie et de s'attacher à son sillon transverse. Cette disposition nous a paru très évidente dans quelques cas, particulièrement chez un jeune enfant de 4 ans environ où cette insertion phrénique présentait 4 à 5 centimètres.

Chez l'adulte, au contraire, le bord postérieur du foie semble se rapprocher de l'œsophage par une sorte d'hypertrophie de son bord mousse qui absorbe pour ainsi dire afin de s'en couvrir les deux feuillets du petit épiploon. Il se moule sur le cardia, présente une sorte de dépression œsophagienne et on peut dire que le petit épiploon passe directement de l'œsophage sur le sillon longitudinal gauche sans prendre d'adhérence phrénique apparente. Cependant, il est rare que cette disposition soit parfaite et en exerçant quelques tractions sur le ligament on peut à peu près toujours apercevoir une petite portion phénique. Celle-ci se trouve au niveau de l'épanouissement du faisceau envoyé par le pilier gauche du diaphragme entre l'œsophage et l'aorte. Cette portion supérieure de l'épiploon jetée entre l'œsophage et le foie présente une consistance un peu spéciale. Elle est toujours plus solide que celle qui s'étend immédiatement à gauche du pédicule du foie. Alors que cette dernière est transparente, fenêtrée, se boursoufle par l'insufflation de l'arrière-cavité, la portion supérieure est plus solide, parfois un peu nacrée comme une aponévrose, on peut y voir de solides faisceaux fibreux étendus de l'œsophage au foie. Cette solidité nous paraît en rapport avec le rôle que joue cette portion épiploïque dans la suspension du foie, l'obliquité si marquée en avant du sillon longitudinal fait que l'insertion hépatique des faisceaux fibreux de l'épiploon est au-dessous et légèrement à droite de leur insertion phréno-œsophagienne. Elles nous semblent donc concourir à la suspension du foie, mais, il ne faut pas croire que leur utilité soit bien considérable. Les rapports de cette lame avec le foie et ses ligaments sont intéressants. A travers cela, on distingue le lobule de Spiegel, saillant dans l'arrière-cavité. A partir de son attache, le péritoine se porte en avant et en haut sur le diaphragme qu'il tapisse pendant un certain temps avant de s'emparer, pour constituer le feuillet inférieur, du ligament triangulaire gauche.

Nous avons déjà fait remarquer que ces deux lames

étaient séparées par un intervalle de péritoine pariétal : Voici exactement comment les choses se passent.

Le bord postérieur, adhérent au diaphragme du ligament triangulaire gauche, n'est pas rectiligne. Il détermine sur le centre phrénique une ligne courbe dont la concavité regarde en bas et à gauche. Le point de départ de cette ligne d'insertion se fait sur le flanc droit de la veine cave ou, plus exactement, un peu à gauche et en avant de celle-ci. Ce point correspond, bien entendu, à la fin du ligament coronaire et on peut dire que c'est à l'extrémité postérieure du sillon longitudinal gauche que les deux ligaments coronaire et triangulaire se continuent l'un avec l'autre. On sait que le ligament triangulaire est produit, en quelque sorte, par ce fait que le feuillet inférieur du coronaire quittant le bord postérieur du foie va prendre son insertion hépatique à quelque distance de ce bord, sur la face convexe. C'est ce passage concave à gauche et en bas qui crée la concavité de la ligne décrite plus haut. Quand cette portion courbe est dessinée, l'insertion phrénique de notre ligament redevient rectiligne et passe à deux doigts environ en avant du bord antérieur de l'orifice œsophagien. Quand on tend le ligament triangulaire, on détermine en cette région une sorte de fosse péritonéale dont la paroi phrénique est triangulaire. Sa face inférieure à peu près plane est formée par le petit épiploon, sa face supérieure n'est autre que le ligament triangulaire; son sommet correspond à l'extrémité postérieure du sillon longitudinal gauche où les deux replis précédents viennent s'unir vers le foie, son côté gauche est ouvert, situé entre le bord libre du ligament triangulaire et le cardia. Normalement, cette cavité est remplie par le bord postérieur du foie qui est appliqué contre le diaphragme. Sur la paroi diaphragmatique de cette fosse on voit se dessiner très nettement une ou plusieurs veines diaphragmatiques qui viennent des portions gauches et moyennes du diaphragme. Faure (1) fait passer une veine diaphragmatique gauche dans la portion adhérente du ligament triangulaire, nous n'avons trouvé que rarement cette disposition. La plupart du temps, le réseau veineux principal traverse le fond de la cavité que nous venons de décrire.

Reportons-nous maintenant au côté gauche de l'œsophage et du cardia et voyons comment se disposent les replis dont nous avons étudié rapidement l'évolution dans la portion embryologique de ce travail. Les organes en présence sont ici : 1° le diaphragme qui offre en ce point la saillie lombaire de son pilier gauche et le petit relief plus antérieur formé par le faisceau envoyé par le pilier droit sur la voûte gauche, entre l'aorte et l'œsophage; 2° l'estomac, dont on connaît déjà la position; 3° enfin la rate dont la situation demande quelques détails. La tête de la rate, l'organe étant fixé par des broches avant l'ouverture de l'abdomen, paraît plus rapprochée de la ligne médiane qu'on ne le dit généralement. Elle vient effleurer ou du moins se rapprocher très près du bord gauche du pilier gauche du diaphragme. De plus, dans cette portion sa face plane est presque horizontale, sur une ligne transversale, sur une ligne antéro-postérieure. Cette dernière est oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Son bord antérieur est situé immédiatement contre la grande courbure. Il semble donc que placée schématiquement à gauche du mésogastre postérieur, la glande splénique en se développant se soit rapprochée en haut de la ligne médiane, refoulant en quelque sorte avec elle l'insertion phrénique de ses ligaments.

En effet, nous ne trouvons plus du tout la disposition embryologique; le développement du haut de la rate d'une part, l'accolement à la paroi postérieure du repli qui contenait le pancréas d'autre part, ont considérablement modifié cette région.

Le cardia est réuni maintenant, ainsi que l'œsophage, à la coupole diaphragmatique par un petit ligament triangulaire qui n'est autre que le repli phrénogastrique des auteurs.

Il présente à considérer trois bords et deux feuillets en haut sur le relief du faisceau musculaire envoyé par le pilier droit du diaphragme. Son bord droit est adhérent, plus bas, à l'œsophage à l'union des faces antérieure et gauche de ce conduit. Il est un peu incliné vers la gauche à cause de la légère obliquité de la portion abdominale de l'œsophage. Quand on tire légèrement sur l'estomac pour déplisser la région, on lui trouve une longueur variable de 4 à 5 centimètres en moyenne. Son bord inférieur est inséré tout à fait sur le bord supérieur de la grande courbure. Ses dimensions sont très variables avec les sujets. Il peut ne présenter que quelques millimètres, on peut au contraire lui trouver 2 et même 3 centimètres. Son bord gauche est libre, car, à son niveau, le feuillet antérieur se réfléchit pour s'accoler à lui-même et devenir le feuillet postérieur. Voici comment on peut comprendre cette réflexion : Ce ligament s'étendait entre le diaphragme, l'œsophage et le cardia d'une part, la tête de la rate de l'autre. Cette dernière en se rapprochant de la ligne médiane a refoulé le ligament et l'a adossé à lui-même. Ceci, bien entendu, est destiné à faire comprendre la disposition et non à en donner la pathogénie. A partir d'un certain point, correspondant au bord gauche du ligament phréno-gastrique, l'insertion de l'ancien mésogastre sur l'estomac est en quelque sorte déplacée, refoulée en bas et en arrière et, au lieu de s'insérer sur le bord même de la grande courbure, assez aigu, surtout quand l'estomac est vidé, il s'insère sur la face postérieure de l'estomac, à quelque distance de ce bord. Cette disposition persiste sur une grande longueur, et à peu près tout le long du ligament gastro-splénique. Ce n'est guère qu'au niveau du grand épiploon que le péritoine vient de nouveau s'attacher au bord de l'estomac.

Le feuillet postérieur du ligament phréno-gastrique constitue la paroi antérieure d'une fossette concave à gauche, dont la paroi postérieure est constituée par un repli triangulaire analogue au phréno-gastrique, mais qui manque souvent. Ce repli quand il existe présente un bord adhérent au pilier gauche du diaphragme, un bord gauche peu saillant, et un bord inférieur ou base attaché à la partie postérieure de la tête splénique. Ce petit ligament paraît être le vestige de la portion supérieure de l'épiploon pancréatico-splénique, c'est-à-dire de la portion du mésogastre comprise entre l'insertion pariétale et l'insertion splénique de ce méso.

On sait que, normalement, ce repli s'est *accolé* comme le veut Toldt à la paroi abdominale postérieure. Sa portion la plus élevée constituerait ce petit triangle qui fait partie du ligament phréno-splénique.

Entre les deux replis triangulaires dont on vient de voir la description et la signification embryologique existe une dépression en fossette dont le fond est inséré obliquement sur le bord de l'orifice aortique du diaphragme et, d'autre part, sur la tête de la rate. Ce repli, dont la portion antérieure seule touche l'œsophage et le cardia, recouvre un peu le tissu cellulaire et graisseux sur lequel vient s'appliquer le bord supérieur de l'arrière-cavité des épiploons.

Dans l'abdomen du vivant ou du sujet non autopsié, ces replis sont certainement moins tendus, car s'ils unissent les organes, ils ne sauraient les isoler. Il n'y a pas de vides dans la cavité péritonéale, les organes sont

(1) Faure, Th. Paris, 1892.

pressés les uns contre les autres et c'est à tort, par exemple, qu'on trouve dans quelques ouvrages récents que la languette gauche du foie flotte sur l'estomac. Il est de toute évidence que cet organe est intimement accolé au diaphragme et ne peut s'en séparer pour descendre sur les autres viscères. Les seuls mouvements dont il jouit sont des déplacements par glissement, les deux surfaces phrénique et hépatique restant intimement unies.

Le revêtement péritonéal de la face postérieure de l'estomac appartient à l'arrière-cavité des épiploons. C'est donc, en somme, l'étude de la partie supérieure de cette cavité qu'on doit faire pour connaître les détails du péritoine à ce niveau.

Il importe d'abord de savoir que cette arrière-cavité n'est pas unique, mais qu'elle est divisée en deux portions bien distinctes par un repli péritonéal que Huschke a décrit sous le nom de ligament gastro-pancréatique.

Ce ligament est en relation avec l'artère coronaire stomachique, et, s'il est permis d'admettre que la disposition des artères dirige celle des replis péritonéaux, on peut dire que ce ligament est soulevé par la coronaire.

Bien des auteurs ont parlé de cette artère. Ils se bornent généralement à dire que la coronaire part du tronc cœliaque, remonte jusqu'au cardia en se dirigeant en haut et à gauche, puis, après s'être réfléchie assez brusquement, suit la petite courbure de l'estomac jusqu'au niveau du pylore. On ne précise pas davantage la situation péritonéale de cette artère que semble occuper dans l'épaisseur du petit épiploon, parce qu'elle donne des branches à chacune des faces antérieure et postérieure de l'estomac. On ne dit pas non plus, dans nos classiques, comment se comporte sa première portion. Pour aller du tronc cœliaque à l'œsophage, il faut évidemment qu'elle suive la face antérieure de l'aorte, puis la face concave du diaphragme appliquée entre ces organes par le péritoine pariétal, ou bien qu'elle soulève celui-ci pour s'en faire une gaine. En réalité, elle passe entre les deux feuillets d'une lame péritonéale qui lui donne un chemin facile tout le long de son trajet.

Ce repli péritonéal peut être décrit schématiquement, si on le considère, après insufflation de l'arrière-cavité, comme une sorte de diaphragme ovalaire, situé dans un plan oblique de haut en bas, de droite à gauche, et d'arrière en avant; de plus, il n'est pas exactement antéro-postérieur, sa face droite regarde fortement en avant. Sur le cadavre non ouvert, cette face est même tout à fait antérieure, car alors, le ligament est couché dans la cavité virtuelle de la *bursa omentalis*. Sa forme ovalaire permet de lui considérer deux bords : l'antérieur adhère au revêtement péritonéal de la face postérieure de l'estomac et s'attache sur la petite courbure, le postérieur est attaché au péritoine pariétal qui tapisse le pancréas d'abord, puis plus haut, l'aorte. Son extrémité supérieure répond au diaphragme, l'inférieure à la limite inférieure de l'arrière-cavité, un peu à gauche du pylore.

Cette lame est percée d'un orifice dont les dimensions sont variables. Il est ovale, placé généralement plus près des bords antérieur et inférieur du ligament que des deux autres. Il en résulte que, quand l'orifice est considérable, ce qui est le cas le plus ordinaire, le repli gastro-pancréatique tend à prendre un aspect falciforme, sa portion la plus large étant située contre la paroi postérieure. Généralement l'orifice est très large, mais il peut être petit, dans un cas même, nous n'en avons trouvé aucune trace; l'arrière-cavité sur ce cadavre était séparée en deux poches complètement distinctes. Les dimensions de cet orifice, *foramen omenti majoris* de Huschke, ne paraissent pas en rapport avec celles de l'anneau incomplet constitué par la coronaire. Cette artère, en effet, suit non le bord de l'orifice, mais le plein du ligament. Elle envoie dans l'épaisseur de ce dernier des branches qui vont à l'estomac. Souvent la portion gauche du ligament fait défaut, et la partie terminale de l'artère paraît être contenue dans le petit épiploon.

Cette cloison est constante aussi bien chez l'adulte que chez le fœtus à terme, mais, jusqu'ici, on ne sait rien de son embryologie. Les auteurs qui se sont occupés de l'évolution du péritoine ne disent rien à ce sujet. Il est évidemment commode de rapporter sa formation à la présence de l'artère qu'elle renferme, mais on peut se demander si cette théorie peut être soutenue jusque dans ses dernières limites. Il vaut mieux avouer notre ignorance à ce sujet que de s'exposer à admettre une théorie commode, mais peut-être fausse.

La présence de cette lame fait que le doigt passant du côté droit au côté gauche du cardia, à sa face postérieure, est arrêté en chemin, et que les faces latérales de la portion péri-œsophagienne de l'estomac sont chacune dans une des cavités de la bursa omentalis.

Ces deux cavités sont désignées facilement. La petite, située au côté droit de la colonne vertébrale, répond à la face inférieure du foie et mérite le nom de cavité sous-hépatique ; la grande, située en arrière de l'estomac et dans l'épaisseur du grand épiploon, est facilement désignée par l'épithète de rétro-gastrique.

La première a pour limites en avant le petit épiploon, en arrière, le péritoine pariétal. A droite, elle offre deux portions. L'inférieure s'ouvre à l'extérieur par une surface qui n'est autre que l'hiatus de Winslow, la supérieure répond à la veine cave inférieure, face gauche, tapissée à ce niveau par le feuillet inférieur du ligament coronaire. A gauche, elle finit sur l'œsophage au ligament gastro-pancréatique et à l'aorte.

La limite supérieure de cette cavité se trouve dans le diaphragme à l'insertion du petit épiploon. Il en résulte que l'œsophage a sa face droite recouverte de péritoine dans toute son étendue. Sa face gauche, comme on le verra plus loin, n'a pas, au contraire, de revêtement séreux parce que la cavité rétro-gastrique ne monte pas en général jusqu'au diaphragme. La loge péritonéale ainsi constituée n'est pas un espace virtuel, elle a son contenu qui n'est autre que le lobe de Spiegel dont le bord gauche est ainsi appliqué immédiatement contre l'œsophage et le cardia.

La cavité rétrogastrique n'a d'intérêt pour nous que dans sa portion supérieure. La disposition de cette limite est réglée par la rate. La présence de cet organe, couché, comme on l'a vu, presque horizontalement au niveau de sa tête abaisse en quelque sorte la portion œsophagienne de la cavité rétrogastrique.

Celle-ci ne dépasse jamais le niveau de l'orifice du cardia et, par conséquent, laisse la portion postéro gauche de l'œsophage sans revêtement séreux.

Sur une coupe de l'œsophage perpendiculaire à son axe, on verrait donc à ce niveau la paroi postérieure de l'œsophage plongée dans le tissu cellulaire péri-aortique, sauf à droite où la fosse sous-hépatique envoie en arrière du conduit alimentaire un cul-de-sac séreux assez analogue à celui que la plèvre droite envoie, dans le thorax, à la partie postérieure du même conduit. La face gauche de l'œsophage est alors revêtue par le feuillet péritonéal qui suspend la rate au diaphragme. On est là dans le grand péritoine et non, comme à droite, dans l'arrière-cavité.

Telle est en quelques mots la disposition du péritoine sur l'estomac et particulièrement au niveau du cardia. Elle présente, comme on l'a vu, un certain nombre de détails qui ne paraissent pas avoir d'importance chirurgicale, mais qui, pour l'anatomiste, ne sont pas sans quelque intérêt.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Pachyméningite hypertrophique tuberculeuse de la région dorsale supérieure, par Vandervelde et Le Boeuf (*Journal de médecine de Bruxelles*, 7 avril 1894, n° 14, p. 212). — Le cas est intéressant par le siège dorsal, au lieu de cervical qu'il offre habituellement, du néoplasme, et par l'allure aiguë de la maladie. Le malade est âgé de 39 ans. Il a souffert en premier lieu d'un abcès osseux costal de la face postérieure du thorax. Il est pris des accidents de la maladie actuelle depuis 4 mois : sensation de faiblesse, et d'incoordination, puis douleurs des membres inférieurs. A l'entrée, paraplégie avec contracture en flexion, eschares, incontinence des matières. On constate de l'atrophie musculaire, et de la persistance des réflexes rotuliens. La sensibilité est abolie dans toute la zone située au dessous d'une ligne passant par les angles de l'omoplate. Mort, cachectique, 15 jours après. A l'autopsie, en outre des lésions tuberculeuses avancées des poumons, carie des vertèbres dorsales supérieures : caverne de la 3e vertèbre à droite. La moelle, sur une section, est comprimée en avant et présente sur ses parties latéro-postérieures un néoplasme qui l'entoure. Au microscope, on note que le néoplasme est indépendant de la moelle et de la pie-mère, et constitué par du tissu tuberculeux. Il existe dans la moelle une dégénération double du faisceau pyramidal, avec dégénération des cordons postérieurs en leur entier, et compression des racines. Au bulbe la lésion n'atteint plus que les cordons de Goll, et à la région lombaire que les pyramides. La moelle ne présente en somme que des dégénérations secondaires.

Hémorrhagie spinale (A case of spinal hæmorrhage) par Henry Hundford (*The Lancet*, 14 avril 1894, n° 3685, p. 92). — Une jeune fille robuste, âgée de 19 ans, tombe à la renverse en montant un escalier et néanmoins peut se relever et continuer quelques heures ses occupations. Au bout de quatre jours elle présente un état plus grave qui la confine au lit partiellement. Des vomissements et des douleurs sont les symptômes proéminents, ainsi qu'une anesthésie incomplète occupant le tronc et les membres jusqu'au niveau des mamelons. L'inconscience survient et la mort la termine au dixième jour. A l'autopsie on trouve une hémorrhagie spinale intra et extra dure-mérienne, sans fracture de la colonne vertébrale ni du crâne, et sans lésions de la moelle ni du cerveau.

Sur le rôle du nerf facial dans la sécrétion des larmes, par E. Jendrassik (*Revue neurologique*, 15 avril 1894, n° 7, p. 186). — Jusqu'aux travaux de Goldzieher on considérait la sécrétion lacrymale comme dépendante du trijumeau. Cet auteur a cherché à établir, en remarquant la sécheresse de l'œil du côté paralysé, comparativement à une sécrétion restée normale de l'autre côté, dans certains cas de paralysie faciale, que le nerf qui commandait l'innervation sécrétoire de la lacrymale était au contraire sous la dépendance du nerf facial. A l'appui de cette opinion, l'auteur rapporte quatre observations d'absence de sécrétion soit émotive, soit provoquée par l'essence de moutarde, de l'œil du côté paralysé dans la paralysie faciale. Il reconnait néanmoins que le fait est inconstant, et il en propose une interprétation anatomique, qui non seulement paraît convenir à la paralysie faciale, mais permet d'expliquer un grand nombre d'expériences qui paraissaient jusqu'ici contradictoires. A son avis, les fibres sécrétoires de la lacrymale viennent du facial en passant par le ganglion géniculé, le grand nerf fibreux supérieur, le ganglion nasal et le nerf orbital. La sécheresse de l'œil serait rare, parce que les paralysies portant sur le trajet intra-osseux du nerf facial, le sont elles-mêmes beaucoup plus que celles qui portent sur l'émergence stylo-mastoïdienne de ce nerf.

Migraine (The causes and treatment of migraine), par H. Gradle (*Medical News*, 3 mars 1894, n° 1130, p. 230). — Frappé des divergences de vues qui existent sur la nature et le traitement de la migraine, l'auteur émet à ce sujet les résultats de son expérience personnelle. A son avis, la migraine est caractérisée par des accès de maux de tête intermittents. Parfois elle est causée par des troubles oculaires; elle ne paraît pas être en rapport avec la goutte selon l'avis de Gowers, non plus qu'avec l'épilepsie, ou avec le nervosisme bien qu'elle soit héréditaire. La cause la plus ordinaire est l'astigmatisme, dans la moitié des cas, ainsi que le montre la guérison à la suite de l'emploi de verres appropriés; d'aures fois, c'est une affection nasale, un catarrhe intestinal. La thérapeutique comporte par suite un traitement causal, en dehors duquel seul le cannabis indica pourrait donner des résultats favorables.

MÉDECINE

Réinfection syphilitique (Ueber Reinfectio syphilitica), par Eichhorst (*München. med. Woch.*, 1894, n° 16, p. 301). — Le cas que publie le professeur Eichhorst, de Zurich, se rapporte à un individu de 23 ans, qui en janvier 1893, à la suite d'un coït, contracte simultanément une blennorrhagie et un chancre induré au niveau du frein du prépuce. La syphilis évolue d'une façon normale, et pendant la période secondaire, le malade se présente plusieurs fois à la clinique pour sa roséole et des plaques muqueuses de la bouche et de l'anus. Le 16 septembre, tous les accidents ont disparu.

Le 20 décembre, le malade pratique le coït, et trois jours après, il a une nouvelle blennorrhagie. Vers le milieu du mois de janvier 1894, il revient avec un nouveau chancre induré qui occupe cette fois la moitié droite du prépuce. Quelques semaines après, nouvelle éruption de roséole et de plaques muqueuses.

Pour le professeur Eichhorst, ce serait là un cas non douteux de réinfection syphilitique remarquable par le court délai entre la première et la seconde infection.

Entérolithes (Beitrag zur Pathologie der Enterolithen), par Ott (*Prag. med. Wochenschr.*, 1894, n° 15, p. 179). — Les deux observations que publie l'auteur sont intéressantes comme exemples des troubles différents que peut provoquer la présence des entérolithes dans l'intestin.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 50 ans, ordinairement bien portante, qui depuis 2 ans souffrait de constipation habituelle avec pyrosis, renvois, développement abondant des gaz, etc. Depuis quelques jours les accidents ont pris une marche aiguë : il est survenu du météorisme abdominal, du ténesme rectal et vésical avec évacuation, malgré les lavements et les purgatifs, des mucosité teintées de sang.

A l'examen on trouvait le ventre ballonné, douloureux. Mais le doigt introduit dans le rectum se heurtait contre une masse dure comme de la pierre. Les lavements huileux n'ayant eu aucun effet, l'auteur fit le broiement du corps étranger du rectum et en retira les fragments dont un avait les dimensions d'une mandarine. L'extraction fut suivie d'une véritable débâcle de matières fécales, et la malade guérit.

Les masses dures étaient des calculs stercoraux lisses d'une dureté de pierre, de couleur jaune foncé. L'examen microscopique n'a pas été fait.

Dans le second cas il s'agit d'une femme de 56 ans, sujette à de la constipation habituelle, qui brusquement est prise de diarrhée incoercible avec 12 à 16 selles par 24 heures. La quantité de matières fécales expulsées à chaque fois était minime, et les fèces étaient souvent constituées par du mucus sanguinolent. Cet état dure six jours pendant lesquels il existe un peu de fièvre, puis tout rentre dans l'ordre. Six semaines plus tard survient une constipation avec arrêt complet des matières. Au quatrième jour la malade consulte l'auteur qui, ne trouvant rien, ordonne de l'huile de ricin à la dose d'une cuillerée à bouche tous les matins. Trois jours après la malade sent quelque chose lui tomber dans le rectum, est prise de ténesme rectal violent. L'examen montra qu'il s'agissait d'un calcul stercoral qui fut extrait après broiement. Débâcle fécale comme précédemment et guérison.

CHIRURGIE

Hémorrhagie méningée (Case of trephining for meningeal hemorrhage), par Irving (*Lancet*, 6 janvier 1894, p. 18). — Un homme de 35 ans tomba en arrière d'une hauteur de 5 mètres environ; quand on le releva, on trouva une plaie superficielle du cuir chevelu au niveau du vertex, un gonflement de la région temporale gauche; il y avait une dépression en

arrière de l'apophyse orbitaire gauche, la pression en ce point provoquait des mouvements des os du crâne. Les paupières de l'œil gauche étaient le siège d'un gonflement et d'une ecchymose; il y avait de l'exophthalmie de ce côté. La pupille de l'œil gauche était plus dilatée que celle du côté droit. Le malade restait insensible aux bruits; mais il était sensible à la lumière et aux pincements. Il ne vomissait pas. Le pouls était à 110, petit, mou et régulier. La respiration était calme et régulière, mais un peu ralentie. Le blessé ne faisait aucun mouvement et il tomba bientôt dans le coma. Le diagnostic de fracture du crâne étant fait, on résolut de trépaner; on disséqua un large lambeau découvrant en partie le frontal et le temporal; on trouva une fracture se propageant dans diverses directions. On appliqua une couronne de trépan sur l'os frontal; on coupa à la scie un fragment fracturé et on mit à nu une assez grande surface de la dure-mère; on trouva un gros caillot se prolongeant en bas et en arrière; pour enlever le caillot il fallut appliquer deux autres couronnes de trépan, l'une en avant, l'autre en arrière de la suture coronale; on put alors enlever une assez grande partie du pariétal; on enleva le caillot et on trouva plusieurs points d'où venait le sang; sa principale source était une branche de l'artère méningée moyenne; ne pouvant lier ces vaisseaux, on fit un tamponnement à la gaze iodoformée, on sutura pardessus le cuir chevelu à l'aide de quelques fils de soie. Le malade après l'opération était dans un triste état, le pouls était très faible. On lui donna un lavement purgatif et il commença à aller mieux. Le lendemain il put parler, mais il resta encore dans un état de somnolence. Le 3e jour on enleva le tamponnement de gaze iodoformée et on acheva de suturer le cuir chevelu. Pendant une semaine l'état mental resta mauvais; enfin il guérit complètement.

Abcès gangreneux du poumon (Gangrenous abscess of the lung : operation; recovery) par Leech (*Lancet*, 13 janvier 1894, p. 87). — Le 12 avril 1892, un homme fut pris de douleur dans le côté gauche et de dyspnée; on fit le diagnostic de pleurésie; il crachait un peu de sang. Le malade guérit en apparence, mais la toux persista; en juin la douleur reparut, la toux augmenta et le malade cracha du pus. Les choses restèrent en cet état jusqu'au mois de septembre: un examen pratiqué à cette époque montra que le côté droit de la poitrine était sain; à gauche on trouva de la matité au-dessous de la 2e côte; on trouvait aussi de la matité à la base du poumon gauche. Un examen microscopique des crachats révéla l'absence de bacilles de la tuberculose. Le 8 octobre on fit une incision au niveau du 3e espace intercostal, un peu en dehors du mamelon; on fit alors une ponction à ce niveau; on ne retira qu'un peu de sang. On sutura alors la plaie, et on fit une incision au niveau du 2e espace intercostal; une nouvelle ponction n'amena pas de pus; une 2e ponction faite plus en dehors ramena du pus horriblement fétide. On coupa alors dans la profondeur au niveau du point ponctionné, à travers la plèvre. On mit un drain et la plaie fut pansée à l'iodoforme. Le 26 octobre on introduisit dans la cavité de l'iodoforme par le drain. Le malade alla ensuite progressivement mieux. Le 25 janvier 1893, il fut pris de toux, dyspnée, cyanose; mais il alla de nouveau rapidement mieux et finit par guérir.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique du diabète sucré, par L. Dreyfus-Brisac. Paris, O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, 1894. Prix : 8 francs.

Ce livre, qui fait partie de la Bibliothèque de thérapeutique médico-chirurgicale dirigée par MM. Dujardin-Beaumetz et Terrillon, est une œuvre essentiellement pratique, destinée à guider le médecin dans le traitement d'une maladie aussi fréquente à observer que fréquemment vouée à l'empirisme le moins réfléchi.

Persuadé que le diabète sucré n'est point une maladie, mais un syndrome clinique qui ressortit à des conditions pathogéniques variées, M. Dreyfus-Brisac s'est placé sur le terrain clinique pour mieux faire comprendre la nécessité de varier le traitement de ce syndrome suivant les modalités cliniques que peut offrir le diabète sucré. Mais il a dû, pour bien faire comprendre les indications de ce traitement, insister à maintes reprises sur des considérations pathogéniques qui donnent à son livre un intérêt scientifique au moins égal à l'intérêt pratique qu'il inspire.

Après quelques considérations historiques sur la thérapeutique du diabète sucré, M. Dreyfus-Brisac fait remarquer que plusieurs facteurs doivent entrer en ligne de compte dans la pathogénie du diabète : troubles fonctionnels du foie et du pancréas, perturbation du système nerveux, enfin adultérations, nombreuses et complexes peut-être, des mutations nutritives dont la plus connue, au point de vue clinique du moins, est la dyscrasie arthritique.

Y a-t-il dès lors plusieurs formes de diabète, comme on est convenu d'admettre plusieurs modalités distinctes de l'albuminurie ou de l'ictère, et faut-il admettre un diabète constitutionnel, un diabète nerveux et un diabète pancréatique? Pour élucider cette question, l'auteur résume les données expérimentales relatives à la pathogénie du diabète et étudie successivement le rôle du foie, le rôle du pancréas et celui du système nerveux dans la glycogénie. De l'analyse de ces recherches il arrive à conclure que l'arthritisme est la cause la plus fréquente du diabète par l'ataxie de la nutrition qu'il détermine, par l'hyperglycémie qu'il provoque en modifiant la fonction hépatique; mais qu'il existe aussi un diabète d'origine pancréatique et que celui-ci présente souvent une réelle malignité, enfin que le rôle du système nerveux est indéniable dans la pathogénie du diabète.

Ces considérations générales conduisent l'auteur à une classification rationnelle des divers traitements que l'on peut opposer au syndrome : diabète sucré. M. Dreyfus-Brisac étudie successivement le traitement hygiénique, puis le traitement pharmaceutique comprenant les modificateurs généraux de la nutrition (alcalins, opiacés, arsénicaux), les nervins, les modificateurs de la polyurie (belladone, jaborandi, ergot de seigle), les modificateurs de la glycosurie, les toniques, enfin quelques médicaments récemment prônés. Dans une troisième partie, sont classées, au point de vue thérapeutique, les diverses formes du diabète sucré. Une quatrième partie étudie l'action des eaux minérales; enfin, dans une cinquième partie, l'auteur examine quelles sont les médications destinées à combattre les complications et les épiphénomènes du diabète.

Un appendice comprenant un formulaire thérapeutique et le résumé des principaux régimes institués pour le traitement du diabète sucré termine cet ouvrage qui doit être cité comme l'un des meilleurs qui aient jamais été écrits sur ce sujet, comme l'un de ceux qui seront toujours lus avec intérêt et consultés avec fruit.

L. L.

VARIÉTÉS

Le budget des Facultés de médecine. — Le ministre de l'Instruction publique vient de demander, pour l'année 1895, des augmentations de crédit ayant pour objet : 1° de créer à la Faculté de médecine de Montpellier une chaire d'histologie et à la Faculté de médecine de Lyon une chaire de clinique des maladies des enfants; 2° d'organiser dans quelques facultés de médecine un enseignement de l'art dentaire; 3° d'organiser dans les facultés des sciences l'enseignement préparatoire aux études médicales.

Modifications du tarif des opérations médico-légales. — Le budget du ministère de la justice pour 1895 présente une augmentation de 122,000 francs sur l'année 1894.

Le décret du 21 novembre 1893 modifiant le tarif des opérations médico-légales et rendu en exécution de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine exige un crédit de 90,000 fr. Cette somme correspond : 1° à l'élévation du tarif qui a fondu en une seule classe les trois classes existant antérieurement; 2° à la majoration du prix des autopsies et à leur division en plusieurs catégories qui n'existaient pas auparavant; 3° aux vacations allouées pour les rapports.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et Dubuisson
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS.

BULLETIN

Paris, 21 mai 1894.

Le Secret médical.

(*Suite.*)

Si nous avons cru devoir faire quelques réserves au sujet des *certificats de santé* quand ils sont réclamés par un magistrat d'ordre administratif ou judiciaire et soutenir que la publicité donnée à ces certificats présente en général d'assez sérieux inconvénients, ces réserves nous les maintenons aussi en ce qui concerne les certificats délivrés dans d'autres circonstances. Sans doute le médecin appelé à constater l'état d'aliénation mentale d'un de ses clients devra remettre à la famille de celui-ci un certificat médico-légal affirmant explicitement les conditions dans lesquelles le malade a perdu la raison. Mais ce certificat, il ne devra le publier que s'il en obtient l'autorisation formelle. Encore devra-t-il faire en sorte que le nom de l'aliéné ne puisse être divulgué, que personne ne puisse le reconnaître dans l'exposé scientifique qui sera fait de sa maladie.

Chaque jour il arrive que l'on demande au médecin un certificat constatant soit un état d'infirmité permanente rendant nécessaire la mise à la retraite s'il s'agit d'un fonctionnaire, ou la dispense du service militaire s'il s'agit d'un jeune homme. Il ne viendra à l'esprit de personne d'interdire aux médecins de signaler, dans les certificats de ce genre, tout ce qu'ils ont appris en soignant leur malade, tout ce qui peut être utile à celui-ci. Encore importe-t-il de bien spécifier que ces certificats restent la propriété exclusive de ceux pour qui ils ont été rédigés et qu'il doit être interdit aux médecins de les communiquer à des tiers.

Que la maladie soit de celles dont la divulgation ne peut avoir aucun inconvénient ou bien qu'elle doive rester toujours secrète, le médecin ne peut donc s'arroger le droit de publier ou de communiquer à qui que ce soit le certificat de maladie — ou de santé — qui lui est demandé par un de ses clients.

Il est une circonstance toute spéciale, souvent invoquée à l'appui de la nécessité du secret médical *absolu*, où la discrétion professionnelle s'impose avec la plus extrême rigueur. Je veux parler des questions de mariage. Dans un livre que j'ai analysé jadis, le regretté Juhel-Rénoy s'était élevé avec vivacité contre cette doctrine que, dans aucun cas, le médecin ne doit, en vue d'un mariage, se départir de la plus discrète réserve. J'avais alors combattu des arguments qu'avec un peu plus d'expérience Juhel-Rénoy aurait certainement abandonnés lui-même. Comme l'a fort bien montré Dechambre, il suffit d'un peu de tact et de fermeté pour empêcher, dans l'immense majorité des cas, un mariage dangereux au point de vue de la santé de l'un des conjoints. Mais jamais le médecin ne doit se permettre de donner à d'autres qu'à ses confrères des renseignements qu'il ne possède qu'en raison de la confiance que lui a témoignée son client.

Il est des cas où garder un secret absolu lui paraîtra bien pénible. Ce sont ceux où un jeune homme, d'ailleurs bien portant, vient lui dire : « Je suis sur le point de me marier. Aucune objection ne m'était faite jusqu'à ce jour par la famille dans laquelle je voudrais entrer. Mais on vient d'apprendre que vous m'avez soigné l'année dernière. On craint que la maladie qui a motivé vos soins n'ait présenté une certaine gravité. Comme vous m'avez toujours affirmé le contraire, j'ai promis au père de ma future que vous voudriez bien lui donner sur l'état de ma santé les renseignements les plus satisfaisants. Il viendra vous voir très prochainement. Veuillez, je vous prie, le recevoir et lui dire toute la vérité à mon sujet. » A cette requête, le médecin doit répondre par un refus formel de recevoir et d'entretenir la personne dont la visite lui est annoncée. Il doit faire comprendre à son jeune client que *jamais*, sous aucun prétexte, il ne doit, en vue d'un mariage, donner des renseignements quelconques sur la santé de ses clients. S'il se départait un jour ou l'autre de cette règle absolue, son silence serait interprété comme un avis défavorable. Quels que soient les arguments développés par Juhel-Rénoy, je persiste à penser que tout médecin un peu expérimenté sera, à cet égard, de l'avis exprimé par tous ceux qui ont, avant moi, soutenu l'obligation

absolue du secret médical. N'est-il pas possible cependant, dans certaines circonstances où un silence trop rigoureux serait mal interprété, de satisfaire tout à la fois aux règles déontologiques et à ce que nous dicte le vif désir d'être utile à ceux à qui nous portons un affectueux intérêt?

Il m'est arrivé deux ou trois fois de céder à des sollicitations pressantes ayant pour objet d'obtenir que je rassure définitivement, sur la santé d'un de mes clients, des parents un peu timorés. Dans ces cas, tout en me refusant absolument à recevoir la visite qui m'était annoncée, tout en déclarant que je me retrancherais derrière le secret médical le plus absolu si l'on venait à m'interroger, j'ai proposé à mon client de lui écrire, séance tenante, une lettre qui mît fin à toutes les objections qu'on opposait. Et dans cette lettre, qui n'était que l'expression fidèle de ma pensée, je racontais les antécédents morbides de mon client, je disais pourquoi et comment j'avais été appelé à le soigner; j'affirmais l'intégrité absolue de sa santé et je concluais qu'il pouvait se marier sans aucune appréhension.

Un *certificat de santé* de ce genre, remis à celui qui en est l'objet, ne viole en rien les règles du secret professionnel. Sans doute on pourra soutenir que, d'autres fois, le refus de signer un certificat favorable équivaut à une déclaration de maladie. Je réponds que les clients seront peu empressés, s'ils sont ou ont été malades, à demander un certificat de ce genre, et, d'autre part, que la question du secret médical ne peut exister entre un médecin et son client. Le médecin a donc le droit de donner à celui-ci, en le laissant libre d'en faire usage comme il l'entendra, tous les certificats qu'il pourra désirer. Si sa conscience lui interdit de délivrer un certificat favorable à un mariage projeté, il devra, si on lui réclame une attestation quelconque, faire des réserves assez explicites pour que nul ne puisse s'y méprendre.

En cette matière, comme presque toujours dans les rapports d'un médecin avec ses clients, un peu de fermeté et de tact suffisent à résoudre les difficultés. Je n'ai voulu d'ailleurs que bien insister sur le droit qu'a le médecin de donner à un de ses clients — *mais à lui seul* — un certificat de santé explicite lorsqu'il s'agit d'une demande de mariage. Ce certificat sera infiniment plus utile, si j'en crois mon expérience, que la présentation d'un contrat d'assurance sur la vie que demandent parfois les familles, que conseillent souvent les médecins. En tout cas, il n'engage nullement la responsabilité du médecin, ne touche en rien au secret médical et permet ainsi d'échapper à des obsessions, à des récriminations souvent pénibles.

L. Lereboullet.

(*A suivre.*)

REVUE GÉNÉRALE

Traitement des tumeurs blanches du genou chez l'enfant.

Cette revue comprend deux parties : dans l'une j'envisage les tumeurs blanches du genou en *évolution*, et les moyens dont dispose le chirurgien pour arrêter leur marche : cette étude doit forcément être brève, le processus tuberculeux ayant au genou les mêmes allures que dans toute autre jointure. La seconde partie est consacrée aux déformations et aux ankyloses consécutives aux tumeurs blanches *guéries* : c'est là un chapitre de médecine opératoire tout à fait spécial au genou, et qui doit être étudié dans tous ses détails.

I

En présence d'une tumeur blanche du genou au début, le chirurgien doit mettre son petit malade dans les conditions les plus favorables à la guérison de son foyer tuberculeux et, pour cela, il améliorera son état général par l'alimentation, les toniques, le séjour à la campagne, ou mieux encore au bord de la mer. Le traitement local variera suivant les cas :

1° *La tumeur blanche n'est pas suppurée:* il faut commencer par soumettre l'articulation « au *repos absolu*, car c'est la condition la plus sûre et la plus vraie pour obtenir une guérison dans les meilleurs termes, c'est-à-dire avec conservation de la forme et des fonctions articulaires » (1). Ce repos peut s'obtenir par l'extension continue; mais on le réalise plus simplement par l'immobilisation dans une demi-gouttière plâtrée, qui prend le pied et s'étend jusqu'à la racine de la cuisse. Il est nécessaire de changer l'appareil tous les mois, sans cela le genou se fléchit fort souvent, bien qu'à un léger degré.

La *compression*, qui chasse les liquides de la jointure et amène l'atrophie des fongosités, doit toujours être faite.

Quant à la *révulsion*, son efficacité est plus douteuse ; aussi a-t-on essayé depuis longtemps de la remplacer par des agents cherchant à frapper directement le bacille dans les points où il se trouve. Ce sont l'ignipuncture, les *injections interstitielles* d'acide phénique à 2 ou 3 0/0 (Hüeter), de sulfate de zinc au 10e (Le Fort), de glycérine iodoformée (Bruns et Krause), enfin la méthode sclérogène du professeur Lannelongue (2) qu'il pratique de la manière suivante : « J'enfonce, dit-il, l'aiguille au-dessus du cul-de-sac supérieur de manière à atteindre le fémur au-dessus de la réflexion de la synoviale fongueuse, et je dépose la solution sur le fémur même, au-dessous du périoste. Je fais ainsi quatre ou cinq piqûres de deux à trois gouttes chacune.

» Les parties de la synoviale placées au-dessous de la rotule, de chaque côté du ligament rotulien, sont aussi accessibles. J'enfonce l'aiguille sur le bord de la rotule et je la dirige parallèlement au ligament rotulien. Il importe ici, pour éviter l'eschare, d'enfoncer l'aiguille sous l'aponévrose en la dirigeant dans la couche superficielle des fongosités.

» Pour rendre la transformation plus rapide et plus sûre, je fais une nouvelle injection contre le bord antérieur de l'épiphyse du tibia. »

Par ces différents moyens, fort simples et à la portée de tout praticien, on arrive à guérir bon nombre de tumeurs blanches; pourtant, soit que le traitement ait été mal dirigé, soit que l'on ait affaire à un état général mauvais, on peut voir se former des abcès, et l'on rentre dans la variété suivante :

2° *La tumeur blanche est suppurée :* il y a des foyers osseux, des séquestres. Que faire? L'immobilisation, la compression, les injections interstitielles peuvent là encore être d'un grand secours; mais, à elles seules, elles sont insuffisantes, il faut l'intervention du bistouri. Deux groupes d'opérations sont en présence: les unes

(1) Lannelongue, La tuberculose chirurgicale. *Encyclopédie Léauté*, Art. Traitement de la tuberculose ostéo-articulaire, pages 90 à 114.

(2) Lannelongue, *Acad. de méd.*, 7 juillet 1891, *Congr. franç. de chir.*, 18 avril 1892, et Mauclaire, th. de Paris, 1893, p. 141 à 175.

typiques et réglées en quelque sorte d'avance, l'arthrectomie et la résection; les autres atypiques, partielles, variant avec chaque cas : ce sont l'ouverture et le grattage des abcès, les évidements osseux, les cautérisations.

J'ai montré que « les tumeurs blanches du genou se caractérisent d'une part par l'irrégularité dans la distribution des lésions, qui ne se limitent pas aux parties voisines de l'interligne, mais s'étendent au tiers inférieur du fémur et supérieur du tibia; d'autre part, par leur évolution par poussées successives, se montrant à plusieurs mois, plusieurs années même de distance. Ce sont là deux conditions peu favorables aux opérations réglées, qui se proposent de guérir en une seule séance, en enlevant toutes les parties malades » (1).

Voyons donc quelle est la valeur de ces opérations.

L'arthrectomie ou synovectomie a été surtout pratiquée chez l'enfant par Augerer (2), Wartmann (3), Mandry (4), Phocas (5), etc. Les indications sont assez limitées, si l'on songe à la rareté des lésions exclusivement synoviales dans l'enfance. Elle ne convient guère qu'aux synovites fongueuses pures, non accompagnées de lésions du squelette.

Or, pratiquée même dans de telles conditions, l'arthrectomie n'est pas toujours exempte de dangers: la plaie étendue que laisse après elle l'extirpation de la synoviale est une porte d'entrée ouverte à l'infection tuberculeuse. Kœnig, Volkmann, Ollier et surtout Wartmann (26 cas) ont rapporté des cas de tuberculose miliaire aiguë généralisée imputable à l'arthrectomie.

Quels résultats locaux donne-t-elle? Ils semblent tout d'abord excellents : la guérison par première intention est de règle et elle peut persister; mais, le plus souvent, il y a récidive ou mieux repullulation sur place.

La statistique d'Angerer, qui est la plus récente, donne sur 48 opérés 28 récidives, 3 amputations et 3 morts, ce qui n'a rien d'encourageant. Rochet (6), ayant eu sur 5 malades 4 récidives, s'est demandé à quoi pouvaient tenir ces échecs, et a cru en trouver la raison dans ce fait que l'arthrectomie est une opération toujours incomplète, qu'il est impossible après la section des ligaments croisés et latéraux, et même après la luxation des 2 os l'un sur l'autre, d'explorer le creux poplité, de voir ce qui se passe derrière le fémur et le tibia, de curetter les bourses séreuses de la région, qui sont tout aussi fongueuses que la grande synoviale.

Nous croyons être dans le vrai en disant que, si, dans quelques synovites fongueuses avec ou sans abcès, l'arthrectomie peut être suivie de succès, le plus souvent c'est une opération insuffisante, à moins qu'on n'y adjoigne des résections partielles et atypiques comme le conseille Mauclaire.

La résection typique et totale, c'est-à-dire dépassant largement les limites du mal, a surtout été faite en Allemagne et en Angleterre, où l'on a été jusqu'à dire qu'il fallait réséquer dès qu'on posait, qu'on soupçonnait même le diagnostic d'une tumeur blanche. En France, au contraire, la résection est presque absolument proscrite : « Il ne saurait entrer aujourd'hui dans l'esprit de personne, dit Lannelongue, bien que cela ait été conseillé et mis en pratique en pays étranger, de faire la résection dès le début du mal » (1).

De ces deux opinions diamétralement opposées, laquelle prendre? La résection est suivie d'une guérison locale certaine, et même d'autant plus prompte, comme le dit Ollier, que l'opération était moins indiquée; pourtant il faut la bannir de la thérapeutique infantile, elle n'est pas *physiologiquement* permise.

Et tout d'abord il faut distinguer deux sortes de résections : l'une qui enlève, l'autre qui laisse en place le cartilage de conjugaison.

La première, dite résection *ultra-épiphysaire*, est suivie d'un raccourcissement énorme, comme l'a depuis longtemps observé Pemberton (2). Il pratiqua sa résection chez un enfant de 12 ans; la hauteur des parties osseuses enlevées était de 3 pouces et demi. Six ans après l'opération, le membre était raccourci de 9 pouces, c'est-à dire que l'arrêt de la croissance était de 5 pouces et demi ou environ 17 centimètres. Chez un malade de Kœnig, cet arrêt était de 13 centimètres. Le raccourcissement total peut atteindre 25 et 30 centimètres. Donc, on ne doit à aucun prix faire la résection ultra-épiphysaire dans une tumeur blanche du genou en évolution; si le mal menaçait la vie, mieux vaudrait recourir à l'amputation de cuisse.

La résection *intra-épiphysaire* a été préconisée par Lucas-Championnière (3) et surtout par J. Bœckel (4) qui l'a pratiquée 25 fois chez des enfants de cinq à dix ans, Elle est, disent ces chirurgiens, suivie de guérison à bref délai, elle évite aux malades le séjour prolongé au lit et à la chambre qui les expose aux tuberculoses viscérales; elle s'accompagne d'un raccourcissement réel mais faible, puisque les cartilages de conjugaison sont conservés.

Les résultats sont loin d'être toujours aussi satisfaisants : il y a parfois pseudarthrose (Ollier), et souvent déformation secondaire. Enfin, dernière objection beaucoup plus grave : les foyers diaphysaires sont fréquents [Guillemain (5), Aldibert (6)], la résection intra-épiphysaire sera une opération incomplète et suivie, à bref délai, de récidive.

Si les opérations typiques ne conviennent qu'à un petit nombre de cas, quelle sera la conduite du chirurgien en présence d'une tumeur blanche suppurée du genou? Il devra s'en tenir aux opérations partielles et atypiques bien décrites dans le livre de mon maître Broca (7), auquel j'ai fait de larges emprunts. Ce sont :

1° *L'ouverture des abcès* suivie de grattage à la curette tranchante de leur paroi : on cherchera toujours avec le plus grand soin s'il n'y a pas un pertuis conduisant sur une lésion osseuse.

2° *Les évidements osseux*, les résections atypiques qui consistent dans l'ablation des séquestres, le curettage des foyers d'ostéite diffuse, la cautérisation au chlorure de zinc, etc.

3° *La cautérisation au fer rouge* employée d'abord par Richet, puis par l'école de Lyon (Ollier, Vincent, Forestier) et qui donne souvent de remarquables résultats.

(1) Guillemain, *Ostéo-arthrite tuberculeuse du genou chez l'enfant* Steinheil, 1893.
(2) Angerer, *Congr. de chir. all.*, 1890.
(3) Wartmann, *Deutsch. Zeitch. f. Chir.*, 1888, p. 435.
(4) Mandry, Zur Frage der Arthrectomie des Kniegelenkes bei Kindern. *Beitr. zur klin. Chir.*, Tubingue, 1887, p. 255.
(5) Phocas, Arthrectomie osseuse. *Rev. des mal. de l'enfance*, 1892, p. 349.
(6 Rochet, Des résultats éloignés de quelques synovectomies du genou. *Mercredi méd.*, 1892, p. 1.

(1) Lannelongue, La tuberculose chirurgicale. *Aide-mémoire Léauté*, p. 112.
(2) Pemberton, *Brit. med. journ.*, novembre 1859.
(3) Championnière, *Bul. de la Soc. de chir.*, sept. 1890, et Macon, th. de Paris 1891, p. 66 à 73.
(4) J. Bœckel, *De la résection du genou*, Paris, 1889, et Congr. franç. de chir., 1891, séance d'ouverture.
(5) Guillemain, *loc. cit.*, planches 3, 4, 7, 9, 13.
(6) Aldibert, *Rev. des mal. de l'enf.*, 1892. Les lésions du bulbe osseux dans la tumeur blanche du genou.
(7) Broca, Tumeurs blanches chez l'enfant. *Aide-mémoire Léauté*, passim.

A l'aide de ces opérations, le chirurgien ne devra pas s'attendre à guérir son malade en une seule séance : la tuberculose articulaire évoluant par poussées successives, il devra en traiter les manifestations à mesure qu'elles apparaîtront, faire en quelque sorte une thérapeutique de symptômes.

Si, malgré ce traitement, la maladie continue à évoluer avec rapidité, si l'enfant se cachectise, si les désordres ostéo-articulaires sont très étendus, il faudra se résoudre à faire l'amputation de cuisse. Disons d'ailleurs qu'on se trouvera rarement dans cette alternative.

II

Pour qu'une tumeur blanche du genou soit considérée comme guérie, il ne suffit pas que le processus tuberculeux soit arrêté dans son *évolution*, que les fongosités aient subi une transformation fibreuse, que la pression sur les os soit indolente, qu'il n'y ait plus ni abcès ni fistules; il faut encore que le membre ait gardé une forme convenable, que la marche soit possible.

Dans les cas légers, soumis dès le début à un traitement méthodique, on peut obtenir la guérison avec conservation des mouvements : c'est là l'exception, et le plus souvent il y a ankylose. Le but du chirurgien sera d'obtenir cette ankylose dans la meilleure position possible, c'est-à-dire dans la rectitude, ce qui est facile en immobilisant pendant la période d'évolution le membre dans une gouttière plâtrée. Lorsque ce traitement n'aura pas été appliqué, que l'ankylose vicieuse se sera produite, il faudra la corriger soit par le redressement, soit par une opération sanglante.

Et tout d'abord il faut diviser, au point de vue de l'intervention, les ankyloses du genou, suite de tumeurs blanches, en trois groupes :

1° Ankylose fibreuse sans déformation des surfaces articulaires;

2° Ankylose fibreuse avec déformation des surfaces articulaires;

3° Ankylose osseuse.

Il est bien entendu que dans les trois cas la jambe est toujours fléchie sur la cuisse.

I. *Ankylose fibreuse sans déformation des surfaces articulaires.* — Cette ankylose est d'ordinaire *lâche*, car l'absence de déformation du squelette indique que le membre est fléchi depuis peu de temps et que des désordres étendus ne se sont pas encore produits.

Deux facteurs entrent en jeu : la contracture musculaire et la rétraction des tissus fibreux poplités. On peut les vaincre soit par le redressement brusque, soit par le redressement lent.

Le redressement brusque doit se faire sous le chloroforme qui supprime la contracture et la douleur.

Le chirurgien, prenant solidement la cuisse d'une main et la jambe de l'autre, fait exécuter au genou des mouvements forcés de flexion et d'extension jusqu'à ce que la déformation soit corrigée. Chaque mouvement rompt des adhérences et fait percevoir un craquement. Parfois le redressement ne peut être obtenu en une seule séance, il faut alors y revenir une seconde fois, à plusieurs jours d'intervalle. Il est bien entendu que, pour maintenir la réduction, le genou doit aussitôt être immobilisé dans une gouttière plâtrée.

Ce redressement en un seul temps a surtout été préconisé par Bonnet qui en a nettement posé les indications. Croyant que le principal obstacle était la tension des cordes tendineuses du creux poplité, il n'hésita pas à faire des ténotomies multiples. Il avait été précédé dans cette voie par Stromeyer, Diffenbach, Bouvier, et fut imité par Palasciano, Borelli, etc.

Nous n'insisterons pas sur ces sections tendineuses aujourd'hui tombées en désuétude avec raison d'ailleurs. Busch (1) a démontré expérimentalement que les fléchisseurs ne mettaient qu'un obstacle insignifiant au redressement, et par cela même prouvé l'inefficacité des ténotomies.

Malgré ses avantages incontestables, le redressement brusque expose à des accidents qui doivent le faire rejeter dans un grand nombre de cas. La déchirure des téguments du jarret n'est pas très fréquente et n'offre d'ailleurs aucune gravité; il en est de même de celle des muscles, des tendons et des ligaments.

Beaucoup plus graves sont les lésions des vaisseaux et des nerfs. Les ruptures de l'artère poplitée sont heureusement rares, mais ont des conséquences terribles (hémorrhagie, gangrène du pied ou de la jambe) qui se terminent par l'amputation de la cuisse ou la mort. La veine est presque toujours indemne. Il en est de même des nerfs, sauf dans le cas rapporté par Holl (2) où il y avait rupture du sciatique poplité interne.

Les fractures des extrémités articulaires et surtout les décollements épiphysaires sont, comme l'a montré Nussbaum (3), à peu près inévitables; ils n'entravent en rien le succès. Toutefois, en augmentant l'intensité du traumatisme, ils peuvent réveiller une lésion tuberculeuse éteinte.

Tous ces accidents sont à peu près certainement évités quand on soumet le malade au *redressement lent et graduel*, c'est-à-dire à *l'extension continue*.

Elle s'obtient à l'aide de poids, le malade étant maintenu pendant toute la durée de son application dans le décubitus horizontal. On commence par recouvrir la jambe de deux ou trois bandelettes de diachylon qui ne remontent pas au delà du plateau tibial, et qui forment une anse au-dessous du pied. Elles sont fixées dans cette position par un bandage roulé. On attache à l'anse une corde qui se dirige vers le pied du lit, passe sur la gorge d'une poulie de réflexion, et porte à son extrémité le poids extenseur.

Quand la flexion est très prononcée, il faut glisser sous le creux poplité un coussin, ou même mettre le membre dans une gouttière à double plan incliné pour soutenir le genou qui sans cela se renverserait en dedans ou en dehors. On protégera au moyen d'un petit coussin le talon, sans cela il serait fortement comprimé contre le lit et ne tarderait pas à être le siège d'une eschare.

La contre-extension se fait par le poids du corps, que l'on immobilisera avec avantage à l'aide de lacs analogues à ceux que Lannelongue emploie pour la coxo-tuberculose (4).

Quel est le degré de la traction qu'il faut exercer?

Reyher (5), expérimentant sur une articulation du genou intacte, a trouvé qu'il fallait un poids de 20 kilog. pour obtenir un écartement de 1 millimètre entre les surfaces articulaires. Schultze avec 25 kilog. obtint un écartement de 1 millimètre au côté interne et de 1 millimètre 5 au côté externe, ce qui se comprend puisque le genou forme à l'état normal un angle légèrement ouvert en dehors. L'extension commence par redresser cet angle et l'articulation s'entr'ouvre en dehors, tandis qu'en dedans le plateau tibial presse fortement sur le condyle du fémur. Ce n'est qu'en augmentant ensuite la

(1) Busch, Beitrag zur Kentniss der Contractüren in Hüft und Kniegelenke (*Arch. für klin. Chir.*, 1893, t. IV).
(2) Holl, *Arch. für klin. Chir.*, t. XXII, p. 374.
(3) Nussbaum, *Die Pathologie und Therapie der Ankylosen*. Munich, 1893.
(4) Lannelongue, *Coxo-tuberculose*, p. 154 à 173.
(5) Reyher, Ueber die Veræenderungen der Gelenke bei dauernder Ruhe. *Deut. Zeit. f. Chir.*, t. III, p. 1073.

traction qu'on voit se produire un écartement, mais toujours plus faible au côté interne.

Lannelongue a bien montré que s'il fallait des tractions aussi fortes, c'est que les expérimentateurs allemands avaient affaire à des genoux sains. Mais quand la capsule a été envahie par les fongosités, elle devient beaucoup moins résistante, et dans ce cas un poids de 3 ou 4 kilog. suffit pour obtenir l'écartement des surfaces articulaires.

D'ailleurs en clinique on commencera par une traction faible, que l'on augmentera graduellement si elle est bien supportée. Il sera rarement nécessaire de dépasser 5 kilog. chez les enfants.

Quand le genou est en extension, nous avons vu comment se produit l'effacement de l'angle ouvert en dehors, puis la diastase.

Quand il est en flexion, il se produit au bout de quelques heures une diminution notable de l'angle de flexion : cet effet est dû à la cessation de la contracture musculaire, puis l'extension s'opère graduellement avec une grande lenteur, et pour qu'elle soit complète il faut une semaine et même davantage.

Dès que le membre est redressé, on l'immobilise dans une gouttière plâtrée de façon à obtenir l'ankylose complète dans la rectitude.

L'extension continue arrive aux mêmes résultats que le redressement brusque ; comme elle a sur lui l'immense avantage d'éviter les ruptures vasculaires, les fractures et les décollements épiphysaires, de provoquer un traumatisme moindre, et par suite une moindre réaction inflammatoire, elle doit lui être préférée. Ce n'est qu'après l'avoir reconnue impuissante que l'on aura recours au redressement brusque.

II. *Ankylose fibreuse avec déformation des surfaces articulaires.* — Contrairement à la précédente, elle est d'ordinaire fort serrée, au point que souvent on la prend pour une ankylose osseuse. Ce qui la caractérise, c'est l'usure en bec de flûte (1) de l'extrémité inférieure des condyles, et la déformation du plateau tibial qui ressemble à une *tête* arrondie : cette *tête* est venue se placer derrière les condyles. Le redressement brusque doit être rejeté, car il compléterait à peu près infailliblement la luxation du tibia dans le creux poplité.

L'extension continue, même si elle corrigeait la déformation, ce qui est douteux, ne donnerait pas un bon résultat, car la tête du tibia ne saurait rester en place sur l'extrémité en bec de flûte des condyles fémoraux, elle serait là en équilibre instable, et reprendrait son attitude vicieuse dès que la distension cesserait.

Si l'ankylose est très serrée, on pourra avoir recours à l'ostéoclasie, à l'ostéotomie ou à la résection orthopédique. Si elle est lâche, la résection seule saurait convenir. Nous allons d'ailleurs dans un instant voir quelle est la valeur relative de ces trois opérations.

III. *Ankylose osseuse.* — L'ankylose osseuse en flexion peut être corrigée soit en fracturant le fémur au-dessus de l'articulation, de manière à produire sur cet os un angle à sinus antérieur égal à l'angle de flexion, soit en pratiquant la résection.

Pour fracturer le fémur on peut avoir recours (2) à l'*ostéoclasie* manuelle ou instrumentale, et le plus souvent on atteint sans complication le but désiré. Mais, sans parler des cas où la fracture se produit trop loin de l'articulation et où le redressement est défectueux, il y a toujours contusion et épanchement sanguin dans un foyer où la tuberculose n'est peut-être pas éteinte, et cela est suffisant pour amener une nouvelle poussée. Ce fait, rare sans doute mais certain, doit faire rejeter l'ostéoclasie.

Donc, toutes les fois qu'on voudra fracturer le fémur, on s'adressera à l'*ostéotomie*. Quelles en sont les indications ? Il faut que toute manifestation tuberculeuse soit éteinte. Il faut que l'ankylose soit très solide : si en effet une fois redressé le genou est doué de quelques mouvements, ils iront en augmentant et gêneront considérablement la marche, au point de réclamer une résection secondaire.

Enfin, il est une considération bien mise en évidence par Ollier (1) et tirée du degré de flexion du membre. Pour obtenir le redressement il faut que dans le foyer de la fracture les fragments osseux forment entre eux un angle complémentaire de celui de l'ankylose ; pour une ankylose à angle obtus il n'y aura entre les fragments qu'un écart insignifiant, un angle aigu qui sera vite comblé par le cal, et le raccourcissement du membre sera à peu près nul. Pour une ankylose à angle droit, l'angle des fragments sera également droit, le cal arrivera difficilement à le combler, et le raccourcissement sera égal à la distance comprise entre l'interligne articulaire et le trait d'ostéotomie. Enfin, pour une ankylose à angle aigu, les fragments entreront à peine en contact, et ne pourront guère se consolider, sans parler du raccourcissement qui sera énorme : de là cette conclusion que l'ostéotomie bonne pour les ankyloses à angle obtus, l'est moins pour les ankyloses à angle droit, et est franchement mauvaise pour celles qui atteignent l'angle aigu.

A quelle hauteur faut-il sectionner le fémur ? Le plus près possible du condyle : ce sera donc une ostéotomie sus-condylienne. D'ordinaire on se contente d'une ostéotomie linéaire. Après l'opération on immobilisera le membre dans une gouttière plâtrée qui ne sera enlevée qu'après consolidation de la fracture. La marche ne sera pas permise avant deux mois ; encore une genouillère devra-t-elle protéger l'articulation pendant fort longtemps.

Les indications de la *résection orthopédique* sont beaucoup plus étendues que celles de l'ostéotomie : seule elle convient à toutes les ankyloses fibreuses qui ne sont pas très serrées, aux ankyloses osseuses avec forte subluxation en dehors, aux ankyloses osseuses dépassant l'angle droit et à celles qui s'accompagnent de fistules. De plus, tous les cas justiciables de l'ostéotomie peuvent tout aussi bien être traités par la résection qui n'est pas plus grave, et assure une correction plus parfaite. Toutefois, elle ne sera permise qu'à la condition de rester *intra-épiphysaire*.

Pour conserver les cartilages de conjugaison, il faut savoir à quelle hauteur ils se trouvent aux différents âges : c'est ce qu'a déterminé Kœnig (2) dans le tableau ci-dessous :

	HAUTEUR DES ÉPIPHYSES COUPE VERTICO-TRANSVERSALE	16 ANS	11 ANS	NOUVEAU-NÉ
Fémur	Au niveau de la fossette intercondylienne.	0.020	0.019	0.009
	Niveau du condyle externe..............	0.025	0.021	0.012
	Niveau du condyle interne..............	0.030	0.024	0.015
Tibia	Milieu..................................	0.017	0.015	0.008
	Hauteur latérale interne................	0.013	0.012	0.008
	Hauteur latérale externe................	0.013	8.012	0.008

Une fois l'articulation ouverte et les adhérences fémoro-rotuliennes rompues, on enlèvera un coin osseux (*résection cunéiforme*) représentant exactement un angle complémentaire de l'angle de flexion. Ollier a avec raison remarqué que les fragments enlevés avaient bien

(1) Guillemain, *loc. cit.*, p. 32, fig. 14.
(2) Broca, *loc. cit.*, p. 123 à 125.

(1) Ollier, *loc. cit.*, t. III, p. 305-318.
(2) Kœnig, *Arch. f. klin. Chir.*, t. IX, p. 190.

plutôt la forme d'un trapèze, d'où le nom de résection *trapézoïdale*.

Helferich a décrit et mis à exécution (1) un procédé de résection du genou qui consiste à enlever des tranches d'os sur le fémur et le tibia ayant partout la même épaisseur, c'est-à-dire que le trait de scie est parallèle aux surfaces articulaires. Je ne saurais donner aucune appréciation sur le procédé de *section arciforme*, comme l'appelle son auteur, ne l'ayant jamais employé, ni vu employer.

Il arrive parfois que les extrémités articulaires sont fortement usées par l'ulcération compressive et les épiphyses diminuées de hauteur. Pour obtenir le redressement dans de pareils cas, la section doit remonter au voisinage du cartilage de conjugaison : alors on s'efforcera d'en conserver tout ce que l'on pourra, ne l'enlevant ni dans toute son épaisseur, ni dans toute sa largeur. Ces destructions partielles diminueront l'activité de l'accroissement et le rendront irrégulier il est vrai, mais mieux vaut cela qu'un arrêt complet de développement.

Si au cours de l'opération on rencontrait quelque foyer tuberculeux dans l'os ou la synoviale, on l'enlèverait avec le plus grand soin.

Les suites opératoires de la résection du genou sont des plus simples, et la réunion par première intention est de règle. Le résultat orthopédique immédiat est parfait, et bien que le raccourcissement puisse avoir 4 ou 5 centim., il n'entravera guère la marche.

Il arrive parfois, et même plus souvent que chez l'adulte, que la soudure osseuse ne se fasse pas et qu'il y ait pseudarthrose. D'autres fois le cal intermédiaire peut être cartilagineux, comme l'a observé Paschen chez un enfant de neuf ans à qui il avait amputé la cuisse 5 mois 1/2 après la résection. Mais, hâtons-nous de le dire, il y a d'ordinaire ankylose et ankylose solide.

La résection, même lorsqu'elle reste intra-épiphysaire, peut être suivie de deux complications graves au point de vue fonctionnel : l'arrêt d'accroissement du membre et sa déformation.

L'*arrêt d'accroissement* tient à ce que le membre frappé d'atrophie avant l'opération continue à se moins bien développer que l'autre. On a vu parfois le membre opéré s'accroître plus que le sain après la résection du genou (Ollier, Villemer, Wolf) (2). Cela tient à ce que le traumatisme est venu irriter les cartilages de conjugaison, et exagérer momentanément leurs fonctions. La différence de longueur peut aller jusqu'à 3 centimètres.

Ollier et Bœckel ont constaté des faits plus curieux : il y avait d'abord un allongement du membre malade qui devenait égal, puis plus court que le sain.

Plus graves que le raccourcissement sont les *déformations consécutives* aux résections du genou dans l'enfance. Elles consistent en une flexion progressive pouvant atteindre l'angle droit, qui se produit tout aussi souvent quand l'enfant est maintenu au lit que quand il marche. Quand les deux os n'ont pas été soudés en position rectiligne, mais avec un certain degré de flexion, elle est à peu près inévitable. Cette déformation s'arrête au bout d'un certain temps et l'ankylose finit par devenir solide.

On l'a attribuée soit à la contracture des fléchisseurs (Paschen), soit à un trouble des cartilages de conjugaison dont on aurait enlevé une partie du segment postérieur. Étant donné que la flexion est spéciale à l'enfant, cette dernière opinion semble la plus probable.

On observe, bien que plus rarement, des déviations latérales et notamment le genu valgum.

(1) Helferich, Résection du genou par le procédé de section arciforme. Congrès de chir. allem., 1893, séance du 12 avril.
(2) Wolf. *Berl. klin. Woch.*, 1883, p. 422.

On pourra jusqu'à un certain point empêcher la flexion en maintenant le genou dans une gouttière plâtrée pendant toute la durée de la consolidation, et même en faisant porter à l'enfant des tuteurs rigides jusqu'à ce qu'il ait accompli sa croissance.

Une fois la déformation produite, on ne peut guère la corriger que par une ostéotomie sus-condylienne.

La résection, on le voit, a des inconvénients et est loin de donner un résultat parfait dans tous les cas; néanmoins c'est encore le meilleur traitement dont nous disposions pour les ankyloses non justiciables du redressement brusque ou de l'extension continue, et nous conclurons volontiers avec Broca que toutes les ankyloses vicieuses du genou consécutives aux tumeurs blanches doivent en principe être soumises à la résection aussi économique que possible de préférence à l'ostéotomie.

A. Guillemain.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un appareil en verre pour la narcose, par le Dr Vajna, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Budapesth.

La narcose — ou anesthésie provoquée — peut sans aucun doute être considérée comme une des conquêtes les plus brillantes de la chirurgie moderne, car, en dehors même des considérations de pitié et d'humanité, la narcose, en provoquant chez le malade la privation du sentiment, en faisait naître un état anesthésique, rend possible l'exécution d'opérations auxquelles nous ne pourrions, pour ainsi dire, pas même penser, à cause des douleurs intenses qui les accompagnent et de l'agitation qu'elles provoquent chez les malades. Néanmoins il n'est que trop vrai que par la narcose, dans bien des cas, on a obtenu le contraire de ce qu'on voulait obtenir, et qu'au lieu d'une prolongation de la vie du malade, l'anesthésie a occasionné la mort de ce dernier.

En effet, quelles que soient la grande expérience et l'habileté mises au service de la narcose, nous ne pouvons pas dissimuler que la vie des malades peut être mise en danger. Si nous jetons les yeux sur la statistique publiée dernièrement par la société allemande de chirurgie sur les résultats des narcoses (1), nous apprenons que, dans l'espace de trois ans, la narcose fut dans cinquante-deux cas la cause directe de la mort.

Nous pouvons réduire de deux manières ces dangers alliés avec la narcose, d'un côté, par la production de meilleurs narcotiques, moins dangereux, d'un autre côté, par un meilleur et plus sûr emploi de nos narcotiques actuels, en les employant avec de meilleurs appareils. Je crois avoir dans cette direction fait un petit progrès par la construction de mon masque en verre pour la narcose.

Mon appareil pour la narcose, servant à l'inspiration

(1) Statistique des narcoses de E. Gurlt (*Archives de Langenbeck pour la chirurgie clinique*, 1893, tome XLVI, 1re livraison), E. Gurlt, rapporteur de la question des narcoses au XXIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, tenu le 12 avril 1893, démontra, d'après les communications parvenues de 62 endroits, la plupart des cliniques (parmi ce nombre, 54 de l'Allemagne, 8 d'autres pays), que dans les trois années 1891-1893, de 161.800 narcoses, 52 cas furent suivis de mort, ainsi pour 3,111 narcoses 1 mort. D'après les différents narcotiques, il y a dans ce nombre :

Narcose au chloroforme	133,729	cas	mort	46;	(1: 12907)
Narcose à l'éther	14,646	»	»	1;	(1:146.46)
Narcose au chloroforme et éther	4,118	»	»	1;	(1:4118)
Narcose au chlor.-éther-alcool (mélange Billroth)	3,440	»	»	0;	— —
Narcose au brome-éthyle	4,555	»	»	1;	(1:4555)
Narcose au pental	597	»	»	1;	(1:199)

e narcotiques liquides, tels que le chloroforme, l'éther, le brome-éthyle, le pental, etc., etc., offre, par suite de sa forme pratique, de son bon marché, et principalement par son nettoyage facile et sa transparence, plusieurs avantages que nous ne trouvons pas chez les appareils qui, à cette fin, ont été employés jusqu'à présent.

Sans m'engager dans un examen plus détaillé de tous les avantages de mon appareil que d'ailleurs j'ai remis, il y a déjà quelques mois, à titre d'essai, à plusieurs éminents collègues, je ne voudrais appuyer que sur les plus importants. Voici d'abord la description de cet appareil.

La corbeille de l'appareil se compose d'un seul morceau en cristal, ayant la forme d'un cône tronqué, dont la partie inférieure, plus large et de forme ovale, s'adapte au visage. Ce bord inférieur ondulé et ayant un chambranle est muni, afin d'assurer un contact plus exact avec le visage, et secondairement afin d'exclure tout air (ce qui d'ailleurs n'est nécessaire que dans la narcose à l'éther ou au brome-éthyle) d'un cordon en caoutchouc. La corbeille a une telle forme qu'elle s'adapte le mieux au visage, la bouche étant un peu ouverte, de telle sorte que l'appareil va de la ligne au-dessous de la lèvre inférieure jusqu'au milieu de la partie dorsale du nez. La partie supérieure, moins large, est recouverte, en forme de tambour, d'une étoffe (flanelle, tricot) qui sert à absorber et à faire évaporer les différents narcotiques.

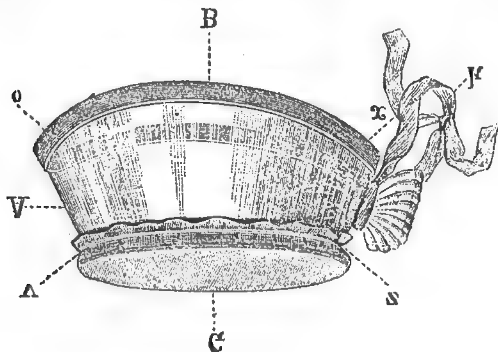


Fig. 1.

Appareil de narcose en verre pour le chloroforme.
A) Paroi en verre transparent.
B) Cordon en caoutchouc.
G) Etoffe (tricot, flanelle) formant le couvercle de la corbeille.
X) Le côté que l'on place vers le nez.
O) Le côté que l'on place vers la bouche.
V) Ficelle pour attacher l'étoffe.
Z) Couture.
K) Ganse attachée à l'anse de la corbeille.

Les qualités de la corbeille sont :

1° Son nettoyage facile. Après l'emploi, le cordon en caoutchouc se laisse facilement enlever et la corbeille ainsi que le cordon peuvent être nettoyés à fond.

L'étoffe qui recouvre la partie supérieure de la corbeille se laisse de même facilement enlever et, vu son bon marché, on peut même, pour observer une plus grande propreté, la remplacer, après chaque emploi de l'appareil, par un autre morceau. De cette manière, on satisfait à un des principes les plus importants de la chirurgie moderne, la propreté, et nous n'avons ainsi pas à craindre que l'étoffe sur laquelle nous faisons respirer au malade le narcotique puisse être imprégnée, par l'expiration d'un autre malade, de matières contagieuses, ce qui doit être assez fréquent avec les masques employés jusqu'à présent, où le changement de l'étoffe prend plus de temps et d'argent.

2° La transparence du masque permet qu'on voie et observe bien le visage du malade, durant la narcose. Si parfois le malade venait, au début de la narcose, à fermer convulsivement la bouche et à provoquer une interruption du rhythme respiratoire, comme cela arrive assez souvent, on peut immédiatement lui en faire la remarque. De même, faciles à constater sont d'autres altérations d'une haute importance, comme des irrégularités menaçantes pour la vie du malade qui ne peuvent être observées et ne le sont que très difficilement avec les masques employés jusqu'à présent; des altérations qui ne furent bien souvent constatées que lorsque la narcose avait été funeste au malade. Il est facile à constater dans le visage le blêmissement des lèvres, la pâleur cadavérique ou bien la cyanose, altérations importantes, se montrant le plus vite aux lèvres; puis le facies hippocraticus. En un mot, on peut reconnaître si le malade dort d'une manière normale ou s'il est menacé de collapsus. Bref, comme il est possible d'observer d'une manière plus exacte le malade, celui-ci est, durant la narcose, sous le contrôle plus étendu du médecin, et en conséquence les irrégularités dangereuses qui viendraient à se montrer peuvent être immédiatement reconnues et dans ce cas-là être prévenues. Cette circonstance nous donne le droit d'espérer qu'à l'avenir, naturellement en observant toutes les autres précautions connues, la narcose sera employée avec une plus grande sûreté et ainsi avec un meilleur succès.

3° La paroi du masque est hermétique et indissoluble. En conséquence, l'évaporation du narcotique dans l'air est rendue presque tout à fait impossible, ce qui, abstraction faite de la grande commodité pour l'entourage, absorbe une plus petite quantité de substance narcotique.

4° A l'emploi restreint [à doses faibles et continues(1)] du narcotique (chloroforme) le masque convient particulièrement par suite de sa forme et construction, puisqu'il contient une quantité conforme d'air atmosphérique, lequel — à l'emploi restreint du narcotique — se mélangeant avec les vapeurs du chloroforme, est alors respiré par le malade. Le chloroforme, employé à doses faibles et continues, excite moins les muqueuses et ne provoque au début de la narcose ni accès de toux, ni salivation, ni même le vomissement qui, si désagréable pour le malade, fait généralement défaut. La respiration est aussi plus uniforme et plus régulière. De même la période d'excitation est essentiellement plus faible. Du côté des malades aucun cri, aucun trépignement, aucun essai de fuite, de sorte qu'ils restent ordinairement dans la position qu'on leur a donnée avant la narcose. De même la narcose profonde se passe d'une manière plus calme et avec moins de danger, le sang étant, par suite de l'emploi restreint du narcotique, moins saturé de chloroforme, ce qui est particulièrement de grande valeur, quand on a affaire à des personnes fatiguées par l'âge, à des alcooliques, ou qu'on emploie des narcoses de plus longue durée. La syncope tant appréhendée apparaissant par une action réflexe au début de la narcose, ne peut guère arriver, ainsi que — dans une période plus avancée, après l'emploi d'une plus grande quantité de narcotique — le collapsus qui se montre dans la période de l'intoxication. Pendant qu'on emploie avec un autre procédé en moyenne 1 cm. cube de chloroforme à la minute, on n'a guère besoin avec ce masque de plus de 0.5 cm. cube de substance narcotique, et une quantité

(1) M. Baudoin : Un nouveau mode d'anesthésie : De la chloroformisation à doses faibles et continues. *Gaz. d. hôpitaux*, *1890*.

minime de chloroforme suffit, dans l'état plus avancé de la narcose, pour maintenir cette dernière.

5° Le narcotique ne peut pas, par suite de la paroi en verre et du cordon en caoutchouc, couler sur le visage du malade et le brûler, ce qui arrive avec les masques complètement recouverts d'étoffe, où la substance narcotique, imbibant cette dernière, est bientôt en contact avec la peau du malade, irrite celle-ci et retarde de la sorte le début de la narcose. Si parfois, pendant la narcose, le malade vient à vomir, la matière rendue coule facilement le long de la paroi en verre du masque et on peut l'enlever sans peine, ce qui n'a pas lieu avec d'autres appareils, où la matière rendue s'imprègne dans l'étoffe du masque.

6° Le masque est d'un usage universel, comme il convient tout aussi bien pour les narcoses au chloroforme, à l'éther, au brome-éthyle ou au pental que pour les narcoses mêlées (chloroforme avec éther et alcool); le masque est de même propre à la continuation de la narcose au chloroforme ou à l'éther, commencée au brome-éthyle, de sorte qu'il possède à un plus haut degré les avantages de tous les différents masques, sans avoir leurs défauts.

On peut de même employer, hors la narcose, ce masque en verre avec la rose que nous voulons décrire plus bas,

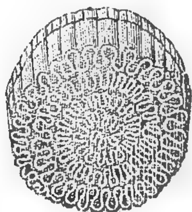


Fig. 2.
Rose d'évaporation.

à d'autres usages : dans les maladies des organes respiratoires, maladies qui se manifestent avec des sécrétions profuses, telles que la bronchite putride, la gangrène pulmonaire, pour la respiration de plusieurs médicaments, tels que le sublimé, le menthol, l'acide phénique, la therpine, etc., etc.

7° Sur le couvercle en étoffe bien tendue de la corbeille, on remarque fort bien l'évaporation du narcotique que l'on y a versé, de sorte qu'on sait toujours quand il faut de nouveau verser du narcotique. On peut encore observer en outre que l'appareil fait, par suite de sa transparence limpide et de sa simplicité, bien moins peur au malade que bien d'autres masques non transparents et de là mystérieux aux yeux des malades. Ces derniers sont dès lors plus calmes et plus confiants, circonstances qui sont de grande influence dans l'intérêt d'un bon résultat, mais qui sont surtout d'une importance capitale au point de vue de l'application pratique.

On peut recouvrir la partie supérieure du masque d'un morceau d'étoffe plus ou moins épaisse, soit qu'on veuille employer le narcotique par gouttes ou en de plus grandes doses. Veut-on se servir du masque pour une narcose au brome-éthyle (1), un narcotique dont l'emploi devient, pour les opérations chirurgicales durant 1-3 minutes, de jour en jour plus général, il est très opportun alors de placer dans l'intérieur de la corbeille une rose, faite dans ce but d'une étoffe peu épaisse et ayant, outre sa superficie ordinaire de 35-40 centimètres carrés, une superficie d'évaporation d'environ 500-600 centimètres carrés, qu'on fixe de dehors au couvercle en étoffe au moyen de deux épingles. On verse d'abord, en faisant usage de la rose, 8 jusqu'à 12 grammes de brome-éthyle sur celle-ci, puis on couvre immédiatement avec le masque le nez et

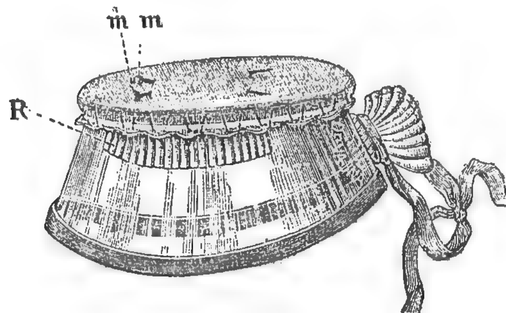


Fig. 3.
Appareil de narcose en verre avec la rose d'évaporation pour l'emploi de l'éther et du brome-éthyle.
R) Rose d'évaporation (avec une superficie de 500 600 centimètres cubes.)
mm) Epingles fixant la rose, placée dans la corbeille, à l'étoffe du masque.

la bouche du malade et, si parfois il était nécessaire, on peut verser de dehors encore du narcotique sur l'étoffe. Alors l'intérieur de la corbeille se remplit de vapeurs concentrées de brome-éthyle, relativement peu dilatées avec de l'air, et la narcose survient rapidement dans l'espace de 30-45 secondes, proportionnellement, avec des périodes d'excitation de plus courte durée.

Pour la narcose à l'éther, où l'observation de la cyanose qui se montre si fréquemment est très importante, on peut employer avec grand succès ce masque transparent en cristal avec la rose d'évaporation, comme il est utile, pour la narcose à l'éther, de verser en une fois de plus grandes doses et de faire respirer au malade un éther qui soit peu dilaté d'air atmosphérique (1). Pour y parvenir, nous conseillons le procédé suivant : on verse sur la rose fixée dans l'intérieur de la corbeille 6-10-15 grammes d'éther, et on ouvre lentement le visage, c'est-à-dire la bouche et le nez du malade. Puis de temps à autre, on verse extérieurement, sur la partie de l'étoffe qui correspond à la rose, — sans enlever la corbeille du visage du malade — de grandes, de petites doses d'éther, lequel alors, en vertu de sa pesanteur, coule rapidement, d'après la loi hydrostatique, et parvient dans les parties de la rose qui sont le plus près de la bouche du malade, et là, se dissipant entre les nombreux plis et replis formant la superficie de la rose, se volatilise et remplit de vapeurs concentrées l'intérieur de la corbeille.

Afin de pouvoir tenir le masque avec sûreté et commodité, on passe dans le doigt annulaire ou médius la ganse qui se trouve attachée à l'anse du masque, et avec le pouce et le doigt indicateur on tient légèrement l'anse même (fig. 4).

Il arrive bien souvent pendant la narcose que les vapeurs d'eau contenues dans l'air expiré troublent un peu la transparence du masque, surtout en hiver, ou si le masque a été en un lieu froid. On y remédie en ôtant pour un instant le masque du visage et en essuyant sa superficie intérieure tout autour avec le doigt (et non pas avec un linge sec) ou bien on humecte préalablement

(1) Dans leur pratique, les dentistes emploient avec prédilection le brome-éthyle, et surtout pour l'extraction des dents, où il a remplacé le gaz protoxyde d'azote N^2O.

(1) De l'anesthésie par l'éther, Valles, Lyon. *Rev. de chir.*, n° 4, 1893.

l'intérieur du masque avec un mélange fait de quelques gouttes d'eau et de glycérine.

Veut-on recouvrir le masque avec un nouveau morceau d'étoffe (flanelle, tricot), on enveloppe d'abord la partie supérieure du masque légèrement avec un morceau de 10-13 centimètres et l'on fixe celui-ci provisoirement avec un étroit cordon en caoutchouc, puis, après l'avoir

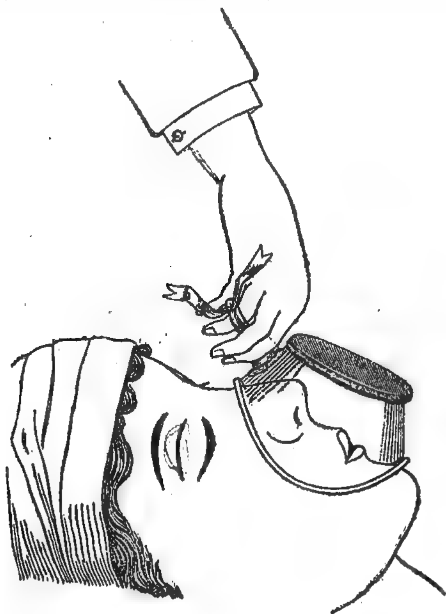


Fig. 4.
Application du masque.

attaché avec une ficelle sous le rebord du masque à côté du cordon en caoutchouc, on enlève ce dernier et l'on coupe alors avec une paire de ciseaux les morceaux superflus qui pendent tout autour.

Afin d'empêcher un glissement quelconque de l'étoffe, on fixe avec quelques points au-dessus et au-dessous de la ficelle, correspondant au rebord de la corbeille, le bord inférieur de l'étoffe avec le bord supérieur.

REVUE DES CONGRÈS

La chirurgie de la hanche devant le 22e *Congrès de chirurgie allemande tenu à Berlin du 18 au 22 avril.*

Résultats définitifs du traitement conservateur des coxites tuberculeuses.

M. Bruns (Tubingue) a pu faire une enquête sur les cas de coxalgie soignée depuis 40 ans à la clinique de Tubingue. La population de cette ville et des villes du duché de Wurtemberg est très casanière, de sorte que l'enquête en question, menée sans trop de difficulté, a pu fournir des renseignements sur 600 cas de coxalgie. L'analyse minutieuse de ces cas a permis de mettre en évidence plusieurs faits fort importants.

On a pu constater tout d'abord que le diagnostic précoce de coxalgie tuberculeuse est souvent erroné et que cette affection est fréquemment confondue avec d'autres, principalement avec celle que Müller a étudiée sous le nom de déviation du col du fémur. Celle-ci est plus fréquente qu'on ne le croit, possède une symptomatologie assez caractéristique (troubles fonctionnels et douleurs) et comprend certainement un certain nombre de cas considérés comme étant de la coxalgie peu nette, de même que les cas de coxalgie rhumatismale des adolescents.

Plus fréquents qu'on ne le suppose encore sont les cas de coxite par suppuration infectieuse du bout supérieur du fémur. Kœnig, qui a attiré l'attention sur ces cas, admettait que la coxite infectieuse, contrairement à la coxite tuberculeuse, présente un début aigu ou subaigu. L'évolution de cette coxite par ostéo-myélite peut pourtant, d'après M. Bruns, être tout à fait chronique. Elle peut être légère ou grave, se terminer par la suppuration ou ne pas suppurer. Quelquefois on observe l'élimination d'un séquestre cortical; d'autres fois, l'affection marche vers la coxite ou bien il se forme des cicatrices adhérentes et un raccourcissement considérable du membre.

En éliminant de la statistique en question les cas ci-dessus cités, M. Bruns est arrivé à un total de 390 cas de coxalgie tuberculeuse traités, 321 par la conservation, 69 par la résection. L'étude de ces cas aboutit aux considérations suivantes :

1° La coxite tuberculeuse ne se rencontre que pendant les premières 30 années de la vie. La moitié des cas s'observe de 0 à 10 ans, un tiers de 10 à 20 ans, un dixième de 20 à 30 ans.

2° La coxite tuberculeuse évolue sans suppuration dans un tiers des cas; les deux autres tiers suppurent.

3° Le traitement conservateur aboutit à la guérison dans 50 0/0 des cas, dans l'espace de 4 ans en moyenne.

4° Dans 40 0/0 des cas, la coxite se termine par la mort amenée par une tuberculose d'autres organes, des méninges en particulier. Dans la forme fongo-suppurée, la mort est due à l'infection et la dégénérescence amyloïde. La mort survient ordinairement après 3 ans de maladie.

5° Le pronostic dépend considérablement de la présence ou de l'absence de la suppuration. La coxite non suppurée donne 77 0/0 de guérisons; la coxite suppurée seulement 42 0/0.

6° L'âge exerce aussi une influence très marquée sur le pronostic, en ce sens qu'on trouve 63 0/0 de guérisons avant l'âge de 10 ans, 56 0/0 de 10 à 20 ans, 28 0/0 de 20 à 30 ans et au delà.

7° Les cas de coxalgie guéris se terminent quelquefois par la mort due à une autre tuberculose survenue après la guérison de la coxite. La phthisie emporte 6 0/0 de ces guéris âgés moins de 10 ans, 9 0/0 à l'âge de 10 à 20 ans, 7 0/0 à l'âge de 20 à 40 ans.

Ceux qui ne succombent pas arrivent à guérir complètement et leur aspect extérieur ne rappelle en rien la maladie qu'ils avaient eue. Le membre, quoique atrophié et un peu raccourci, était fonctionnellement bon. L'articulation de la hanche était bien contracturée; néanmoins, la plupart de ces malades marchent bien, sans canne ni béquille, et peuvent faire de longues marches. Les mouvements de l'articulation sont limités ou abolis. L'articulation est presque toujours en flexion et chez 2/3 en adduction, mais la déformation est suffisamment corrigée par le déplacement du bassin. La pire position est celle de la flexion à angle droit.

Le raccourcissement existe toujours. Il tient à un arrêt de développement et est de 1 à 2 centim. environ, mais sa cause tient à l'inactivité et non pas à la lésion du cartilage épiphysaire. Dans d'autres cas, le raccourcissement tient à la position du trochanter, ce raccourcissement existe dans 4/5 des cas et est très accusé (4 centim. en moyenne). Quand le trochanter est très élevé, on trouve à la face externe du bassin une travée osseuse très volumineuse; dans quelques cas seulement on trouve la tête augmentée de volume, luxée en haut ou en avant.

Ces résultats se rapportent à une longue période où, tour à tour, la coxite a été soignée par des vésicatoires, puis par l'immobilisation et la traction, puis par l'iodoforme, etc. Beaucoup de ces malades n'ont été traités que passagèrement.

Les faits relatifs au traitement par l'iodoforme sont trop peu nombreux pour permettre de porter un jugement définitif.

Le point noir des résections est que 2/3 de tous les opérés succombent à la tuberculose d'autres organes et l'on peut dire que la résection n'est indiquée qu'après l'échec dûment constaté des méthodes conservatrices.

Traitement conservateur de la coxite tuberculeuse.

M. Schede (Hambourg) a eu 68 0/0 de guérisons sur 168 cas traités par la conservation et 60 0/0 de guérisons sur 73 traités par la résection. Les résultats que fournit le traitement conservateur sont très satisfaisants, et depuis que M. Schede traite les coxalgiques par les injections d'éther iodoformé, il fait moins de résections.

M. Helferich (Greifwald) pense aussi que c'est le traitement conservateur qui doit être le plus souvent employé.

M. Gussenbauer (Prague) est d'avis de réserver la résection aux coxites graves caractérisées par des suppurations, des destructions osseuses, etc. ; et encore cette intervention donne-t-elle dans ces cas des résultats peu satisfaisants. Il y a certainement des coxites qui guérissent spontanément, et M. Gussenbauer en a observé une cinquantaine de cas. On peut soutenir qu'un traitement interne bien compris et bien conduit de façon à permettre à l'organisme de lutter avantageusement contre le mal, peut aboutir à la guérison.

M. v. Bergmann (Berlin) fait observer que pour juger la résection, il ne faut pas oublier qu'on n'y a recours que dans des cas graves. Souvent elle donne de bons résultats à la condition d'obtenir une ankylose par un traitement post-opératoire convenable et de longue durée. D'un autre côté, il est certain que les méthodes conservatrices doivent donner lieu à des raccourcissements aussi considérables que les résections.

M. v. Bramann (Halle) soutient que les injections iodoformées ne donnent de bons résultats que lorsque les os du bassin ne sont pas touchés. Sur 18 résections pour coxite tuberculeuse, il a eu 5 morts par tuberculose d'autres organes.

Incurvation du col du fémur.

M. Hofmeister (Tubingue) a pu réunir à la clinique de Tubingue 33 cas d'incurvation du col du fémur, étudiée pour la première fois par M. Müller en 1889. Cette affection encore peu connue est souvent confondue avec la coxalgie, avec laquelle elle présente certaines ressemblances cliniques.

L'affection en question débute par des douleurs dans la hanche et de la claudication qui se manifestent au début après une marche de longue durée ou après les fatigues. Les troubles fonctionnels présentent au cours de la maladie des rémissions, mais ordinairement au bout de 2 ou 3 ans il survient un raccourcissement réel par élévation du grand trochanter. Parmi les autres symptômes on note : rotation du membre en dehors avec impossibilité des mouvements d'adduction et de rotation en dedans.

Le diagnostic de cette affection doit être fait avec la coxalgie vraie. On s'appuiera sur l'absence d'abduction et des lésions objectives de l'articulation.

Le substratum anatomique de cette affection est l'incurvation du col du fémur arrivant à former un angle droit avec le corps de l'os de par le fait du poids du corps dont l'action est favorisée par la diminution de la résistance de l'os.

Le traitement comprend le repos du membre et au besoin l'ostéotomie sous-trochantérienne pour remédier à la rotation exagérée du membre en dehors.

M. Schede (Hambourg) a eu assez souvent l'occasion d'observer cette incurvation du col chez les enfants rachitiques, qu'ils marchent ou ne marchent pas encore. Il est possible que, chez les rachitiques qui ne marchent pas encore, la déformation du col soit produite par la traction des muscles qui s'insèrent au trochanter.

Traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche.

M. Hoffa (Wurzbourg) a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un enfant de 3 ans opéré pour une luxation congénitale de la hanche et ayant succombé, 6 mois après, à une diphthérie de la gorge. A l'autopsie, on a pu constater que les surfaces articulaires de l'articulation coxo-fémorale refaite, étaient recouvertes partout d'un cartilage hyalin. La cavité cotyloïde était profonde et fournissait un bon point d'appui à la tête fémorale, recouverte également d'un cartilage hyalin.

Pour M. Hoffa, ces résultats excellents ne peuvent être obtenus que si l'on opère les enfants très jeunes. Chez les enfants âgés, il existe une incurvation du col en avant, et on n'arrive à maintenir la tête fémorale dans une nouvelle cavité cotyloïde qu'en mettant le membre dans une rotation en dedans très prononcée. Chez les adultes, la situation est encore plus compliquée, car chez eux on trouve très souvent une atrophie presque complète à la tête fémorale. On peut pourtant faire chez eux une opération qui consiste à réséquer le ligament rond qui, par son interposition, empêche la tête fémorale d'arriver au contact vers le bassin, à dénuder l'os iliaque de son périoste en haut et en arrière de la cavité cotyloïde, à réséquer la tête fémorale et à appliquer sa surface de section contre la partie osseuse dénudée du bassin.

M. Schede (Hambourg) a trouvé l'incurvation du col dont parle M. Hoffa chez des individus jeunes, âgés de 3 à 5 ans, et dans deux cas de ce genre M. Schede fut obligé de faire une ostéotomie ultérieure pour obvier à la rotation en dedans. Chez les adultes, l'opération est difficile et pour obtenir des résultats satisfaisants il faut préalablement abaisser la tête du fémur par l'extension prolongée au moyen d'un poids.

M. Lauenstein (Hambourg) a cherché à assurer l'asepsie de la plaie chez les enfants qui souillent leur pansement quand ils urinent ou vont à la selle. A cet effet, il a imaginé d'appliquer sur les pièces du pansement une attelle métallique flexible disposée longitudinalement le long de la face externe de la cuisse et de la hanche.

M. Mikulicz (Breslau) a cherché à obtenir la réduction non-sanglante de la luxation congénitale de la hanche à l'aide d'un appareil maintenant les jambes dans un maximum d'abduction avec rotation en dehors et permettant en même temps d'opérer l'extension par des poids. L'enfant reste dans l'appareil, au commencement, seulement 2 ou 3 heures ; plus tard, il le garde 10 ou 12 heures par jour. Le traitement est très long et ne réussit que chez les enfants très jeunes.

M. Gussenbauer (Prague) a obtenu de très bons résultats par le procédé de Kœnig dans un cas où il n'existait pas de ligament rond et où la cavité cotyloïde était effacée chez une fillette de 13 ans.

M. Schede (Hambourg) pense aussi que chez de très jeunes enfants on peut obtenir la réduction de la luxation par la méthode non sanglante.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Névralgie ancienne du trijumeau ; extirpation du ganglion de Gasser ; mort (Neuralgia of the right cranial nerve of sixteen years duration ; excision of three divisions at the gasserian ganglion ; death), par ESKRIDGE et BAKER (*The American journal of the medical Sciences*, mars 1894, n° 263, p. 291). — La famille du malade, âgé de 42 ans à son entrée à l'hôpital en juillet 1892, est sans tare nerveuse. Le début de la maladie date d'un traumatisme suivi de phlegmon de l'avant-bras et du bras. C'est, du moins, six mois après que survint une névralgie atroce du côté droit, occupant la moitié de la tête, l'œil droit, et le côté droit de la face, qui dura six semaines. Pendant plusieurs années, survinrent un ou deux accès par an, qui augmentèrent dans les six années suivantes de fréquence et de durée au point d'être constants dans les trois dernières années. Actuellement, douleurs paroxystiques continues dans tout le côté droit de la face, occupant les points sus-orbitaires et auriculaires, la seconde division du trijumeau, et la troisième seulement par occasion. Le contact détermine du paroxysme : on ne peut pour cela explorer la sensibilité. Pas d'altération de la vue. On commença par exciser successivement et sans résultat les trois branches du trijumeau. Après six mois de souffrances encore plus épouvantables, on enleva le ganglion de Gasser, opération à laquelle le malade succomba.

Sur l'érythromélalgie (Ueber Erythromelalgie), par G. LEWIN et E. BENDA (*Berl. klin. Woch.*, 1894, n° 3, p. 53, n° 4, p. 87, n° 5, p. 117, n° 6, p. 144). — Se fondant sur l'analyse critique de 39 cas, qu'ils ont recueillis dans les publications antérieures et sur leurs observations personnelles, les auteurs arrivent à tirer les principales conclusions sui-

vantes, dont certaines ont du reste été défendues précédemment. Le complexus symptomatique que l'on a appelé érythromélalgie, n'est pas une maladie *sui generis*, mais représente l'assemblage d'un certain nombre de syndromes. Tantôt elle accompagne diverses affections de la moelle épinière et du cerveau; tantôt elle figure un symptôme au milieu d'autres signes de névroses générales : hystérie, neurasthénie, etc.; parfois il dépend d'une névralgie ou d'une névrite, ou encore il représente un réflexe pathologique. En somme, l'érythromélalgie n'est pas une entité morbide autonome; ses divers symptômes peuvent être d'origine centrale ou périphérique.

Un cas de spina bifida occulta avec hypertrichose lombaire (Ein Fall von Spina bifida occulta mit Hypertrichosis lumbalis), par Jens Schou (*Berl. klin. Woch.*, 29 janvier 1894, p. 113). — Il s'agit d'une rare anomalie, de la classe de celles que Féré, qui en a décrit un cas récemment, rattache aux stigmates de dégénérescence. L'auteur rappelle que, avec le fait de Joachimsthal paru en 1891, il en existe huit cas, publiés antérieurement. La malade est une fille de 13 ans sans disposition tératologique héréditaire, dont l'anomalie fut constatée à l'âge de huit ans. En dehors d'une scoliose légère, il n'existe que la déformation. On constate une hypertrichose anormale dans la région lombaire, la peau est très pigmentée depuis la douzième vertèbre dorsale jusqu'au coccyx. Au centre de la région les poils sont longs et touffus, ils sont petits et rares à la périphérie. A la partie inférieure de la cinquième lombaire existe une fissure admettant la pulpe de trois doigts. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité des membres inférieurs. Un jeune frère de la malade a une luxation congénitale de la hanche. Dans trois des cas publiés, les malades avaient des luxations congénitales : dans le cas actuel, ce n'est plus la malade elle-même, mais son frère qui offre cette déformation. Il semble qu'il y ait pour ces anomalies une prédisposition familiale.

MÉDECINE

De la thoracentèse dans les épanchements pleuraux d'origine tuberculeuse, par Montagnon (*la Loire médicale*, 15 février 1894, p. 31). — L'auteur rapporte trois observations de pleurésie avec épanchement chez des tuberculeux, dans lesquelles la thoracentèse a été suivie de l'aggravation des phénomènes stéthoscopiques et de la marche en avant de la tuberculose. L'évacuation de l'épanchement favorise le développement de la localisation pulmonaire et semble lui donner un coup de fouet. L'auteur croit volontiers, dans de certaines limites, bien entendu, à l'action empêchante ou retardante de l'épanchement. Il se croit autorisé, avec Mouisset et Perret (de Lyon) à repousser la thoracentèse dans les épanchements pleuraux d'origine tuberculeuse si ce n'est en cas d'urgence, et à réserver cette opération comme moyen curatif, pour les autres formes de pleurésie dans lesquelles elle est le traitement de choix.

Un cas de pleurésie séro-fibrineuse, par Hervouet (*Gazette médicale de Nantes*, 12 février 1894, p. 31). — Dans cette leçon clinique faite sur un malade suspect de tuberculose et atteint de pleurésie avec épanchement, l'auteur discute la question du souffle pleurétique. D'après son opinion personnelle, différente de l'interprétation classique, ce n'est pas la pleurésie elle-même qui engendre le souffle. Pour qu'il existe, il faut autre chose qu'un épanchement dans la séreuse, il faut une lésion du parenchyme pulmonaire, que ce soit de la pneumonie, de la broncho-pneumonie, de la congestion, de l'induration tuberculeuse. Le souffle doux et voilé de la pleurésie ne serait autre chose qu'un souffle tubaire ordinaire dont l'épanchement interposé modifie le timbre, de même l'égophonie n'est que la bronchophonie modifiée par la couche liquide.

Un cas de néphrite suraiguë consécutive à une angine herpétique simple, avec crises éclamptiques, broncho-pneumonie intercurrente, coma et mort, par Siraud (*Province médicale*, 17 mars 1894, p. 127). — Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, de santé débile, anémique, irrégulièrement menstruée, sans antécédents pathologiques. Durant les dix premiers jours de son angine, l'examen des urines par la chaleur et l'acide nitrique ne décèle pas d'albumine. Une crise éclamptique éclate tout à coup le 15e jour, pendant la convalescence; odeur d'acétone de l'haleine; anurie complète; l'urine recueillie par la sonde contient 5 grammes d'albumine par litre, avec le procédé d'Esbach. Les crises se répètent, puis cessent les jours suivants et font place au coma, qui disparaît à son tour; broncho-pneumonie droite et mort dans le coma. L'autopsie n'a porté que sur les reins. La lésion dominante était sur les épithéliums tubulaires, lésion dégénérative intermédiaire à la tuméfaction trouble et à la nécrose de coagulation.

Un cas de morve chez l'homme, par Delépine (*Normandie médicale*, 15 mars 1894, p. 109). — Il s'agit d'un charretier de 26 ans, qui avait été en contact avec des chevaux morveux. La maladie a été surtout remarquable par la lenteur du début et l'extrême rapidité des manifestations ultimes. Pendant près de 15 jours le sujet se plaignait seulement de fatigue générale, courbature, douleurs rhumatoïdes dans les lombes, au niveau du sciatique gauche et du mollet. Le 30 décembre, la fièvre s'allume (40°) et le malade s'alite ; état général alarmant, lumbago, douleurs dans l'articulation coxo-fémorale gauche, les genoux, les mollets, frissons erratiques, soif ardente, céphalalgie frontale, sueur abondante, délire, jactitation, langue sèche et saburrale. Jusque-là, les symptômes étaient ceux d'une fièvre continue, la dothiénentérie, par exemple, et rien ne faisait songer à la morve. L'éruption se produisit le 1er janvier et les symptômes concomitants mirent dans la voie du diagnostic. Cette éruption apparut sous la forme de petites taches roses, très discrètes, sur la jambe et la cuisse gauches, semblables à des piqûres de puce, qui se transformèrent rapidement (en 10-12 heures) en pustules pareilles à celles de l'ecthyma. Ces taches et ces pustules se généralisèrent, toujours avec les mêmes caractères, aux membres inférieurs, à la partie antérieure du tronc (sauf l'abdomen), aux bras, à la face, au front, au cou, aux paupières. Le nez prit une teinte livide, se gonfla et devint le siège d'un érysipèle localisé. Par la narine droite, obstruée par des croûtes de sang desséché (épistaxis abondante la veille de l'érysipèle), s'écoulait un liquide sanieux, en même temps que l'aile du nez se recouvrait d'une croûte furonculeuse étendue jusqu'au grand angle de l'œil, soulevé par la purulence du sac lacrymal. A part la forme relativement discrète de cette éruption, elle ressemblait à celle de la variole, avec cette différence qu'aucune des pustules n'était ombiliquée. Leur contenu devenait rapidement séro-purulent. A dater de l'apparition des phénomènes cutanés, la marche de l'affection fut extrêmement rapide et le malade succomba le 4 janvier. L'inoculation au cobaye confirma pleinement, dans ce cas, le diagnostic de morve aiguë.

CHIRURGIE

Thrombose veineuse des membres inférieurs dans les laparotomies faites sous l'éther et avec le plan incliné (Ueber Venentrombose der unteren Extremitæten nach Kolotomien bei Beckenhochlagerung und Aethernarcose), par v. Strauch (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 13, p. 297). — Depuis le 18 janvier 1894, l'auteur a fait sous l'éther, et sur son lit d'opérations à plan incliné dont il se sert depuis de longues années, 20 laparotomies. Sur ce nombre, il a eu dans trois cas (laparotomie pour kystes de l'ovaire et fibro-myome), la complication de thrombose veineuse du membre inférieur gauche, survenue au 3e, 5e et 7e jour après l'opération.

Comme il n'a jamais observé cet accident quand il opérait sous le chloroforme, l'auteur pense qu'il faut peut-être incriminer l'éther, qui possède une action spéciale sur le cœur. En tous cas, comme la thrombose peut encore tenir à ce que, avec le lit à plan incliné, les malades ont les jambes pendantes et fléchies à angle droit, l'auteur se propose d'attacher à son lit des béquilles pour les pieds des malades, de façon à ce que, pendant l'opération, les sujets aient les jambes étendues sur les cuisses.

Guérison d'une rupture de l'utérus (Ein Fall geheilter Uterusruptur), par Dohrn (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 11, p. 249). — Il s'agit d'une XI-pare de 40 ans, chez laquelle la sage-femme reconnut une présentation de l'épaule. Le médecin appelé aussitôt tenta la version, mais, n'ayant

pas trouvé les pieds de l'enfant, il introduisit la main dans le vagin, afin de repousser l'épaule et de ramener la tête. Pendant cette manipulation, sa main passa dans l'utérus, et de là dans la cavité abdominale, où fila également le fœtus qu'on put enfin extraire par les pieds. La malade fut dirigée à la clinique où l'on trouva une déchirure du col et du cul-de-sac, avec placenta et anses intestinales passés à travers la déchirure. Le placenta fut extrait, les anses intestinales repoussées en haut et le vagin tamponné à la gaze iodoformée. Le tampon fut enlevé au bout de 6 jours, et la malade guérit sans complications.

Technique de l'hystérectomie totale vaginale (Zur Technik der vaginalen Uterusextirpation), par Abel (*Arch. f. Gynækol.*, 1894, vol. 46, p. 166). — Après l'étude de divers procédés d'hystérectomie vaginale, l'auteur montre que l'opération faite avec les pinces présente les avantages suivants :

1° Rapidité d'exécution qui permet de réduire au minimum la durée de la narcose.

2° Hémorrhagie minime, hémostase assurée et absence presque constante des hémorrhagies secondaires.

3° Mortalité moindre que dans les autres procédés et susceptible d'être encore abaissée avec les perfectionnements de la technique opératoire.

4° Possibilité d'opérer sans danger les malades inopérables avec les autres procédés.

5° Impossibilité de blesser les organes voisins quand on possède bien la technique opératoire.

6° Fréquence moins grande des récidives.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement de la tuberculose par la créosote, par le docteur Burlureaux. Paris, Rueff et Cie, 1894. Prix : 10 francs.

J'ai trop souvent recommandé le traitement de certaines formes de la phthisie pulmonaire par la créosote pour ne pas applaudir à la publication d'un ouvrage qui résume ce qu'une longue expérience a pu apprendre sur ce sujet à un médecin instruit et ingénieux. Lorsque Bouchard et Gimbert eurent fait connaître les bons effets de la créosote administrée sous forme d'huile, de vin ou de pilules, un grand nombre de médecins ont reconnu que, de toutes les médications désignées contre la tuberculose pulmonaire, celle-ci était une des meilleures. Lorsque Gimbert eut inventé un appareil plus commode, plus facile à manier que les seringues de Pravaz, les injections sous-cutanées d'huile créosotée donnèrent à tous ceux qui voulurent bien les pratiquer avec soin des succès jusqu'alors inespérés. Le docteur Burlureaux a étendu cette méthode. Il a imaginé un nouvel instrument qui permet d'injecter des doses massives d'huile créosotée. Il a très attentivement et très soigneusement recueilli les observations de tous les malades de son service et c'est ainsi qu'il a pu, après quatre années passées au Val-de-Grâce, produire une série de faits et des considérations cliniques dignes d'être signalés.

L'auteur étudie d'abord les procédés de préparation et de purification de la créosote et de l'huile créosotée, puis ses divers modes d'administration. L'injection de l'huile créosotée, des capsules et des pilules de créosote rend à certains sujets de signalés services. En cas d'intolérance, l'injection sous-cutanée est infiniment préférable aux lavements. Dans une série de chapitres très intéressants se trouvent signalés les accidents que peuvent provoquer les piqûres et les moyens à mettre en usage pour y remédier, les modes d'élimination de la créosote, ses effets généraux, les cas d'intolérance, etc. Puis, vient l'étude des observations qui tendent à prouver l'efficacité de la méthode, l'innocuité d'un traitement bien conduit, ses difficultés d'application, enfin son mode d'action.

Tout est-il à admettre sans réserves dans les conclusions de ce livre? Nous n'oserions l'affirmer. Après avoir longuement, sérieusement expérimenté non les doses massives qui ne conviennent qu'à certains sujets, mais les doses moyennes d'huile créosotée, nous persistons cependant à déclarer qu'aucune médication ne peut donner d'aussi bons résultats. Le livre de M. Burlureaux est donc à lire et à méditer pour ceux qui tiennent à bien connaître ce que peut donner la créosote et ce qu'on en peut attendre dans les cas de tuberculisation pulmonaire.

L. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Contribution a l'étude de la tuberculose linguale. Des abcès froids de la langue, par Whitman (Crosby).

L'abcès froid existe à la langue indépendamment de l'ulcération tuberculeuse; il a les caractères anatomo-pathologiques et cliniques de l'abcès froid en général, et siège en plein tissu musculaire.

Il est en général secondaire à une tuberculose des voies aériennes et dû, selon toute probabilité, à l'inoculation directe dans la langue du bacille de Koch contenu dans les crachats.

Le moyen de traitement le plus rapide et le plus sûr consiste dans l'extirpation large de l'abcès ou de la fistule et la réunion immédiate.

Étude sur la pseudo-méningite grippale chez l'enfant, par Victor Lévêque.

La grippe peut affecter spécialement les méninges et revêtir alors la forme pseudo-méningitique.

L'étude attentive des symptômes, la marche de la maladie, et surtout la courbe thermique, permettent le plus souvent d'établir le diagnostic.

Cette pseudo-méningite grippale peut guérir.

De la pathogénie du tic douloureux de la face et de son traitement par la résection du rebord alvéolaire, par Henri Le Gac.

La névralgie spasmodique ou tic douloureux de la face est constamment symptomatique d'une lésion nerveuse périphérique.

Cette lésion a pour siège ordinaire une cicatrice du bord alvéolaire.

Les tissus aux dépens desquels se produit cette cicatrice ont présenté soit des manifestations d'arthrite alvéolo-dentaire chronique, soit des accidents de gingivo-périostite le plus souvent déterminés par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse inférieure.

La lésion cicatricielle, consécutive à l'arthrite alvéolo-dentaire chronique, paraît ne se produire, ou en tout cas ne se manifeste symptomatiquement, qu'après la chute de la dent atteinte d'arthrite, particularité qui a fait croire aux auteurs, pour les cas où la névralgie restait limitée au bord alvéolaire, à une forme spéciale, à laquelle ils ont donné le nom de *névralgie des édentés*.

Lorsque la lésion cicatricielle est consécutive à une gingivo-périostite chronique, le malade peut être pourvu de toutes ses dents.

La résection dans la continuité des nerfs, opération pratiquée jusqu'à ce jour par la plupart des chirurgiens, doit être définitivement abandonnée.

Le traitement rationnel du tic douloureux de la face consiste dans la résection extemporanée de la région cicatricielle alvéolaire, qui est le siège de la lésion originelle du mal.

VARIÉTÉS

Monument Charcot.

Listes communiquées par le trésorier.

14e liste.

Faculté de médecine de Lyon, 100 fr. — Société anatomique, 100 fr. — A. Londe, 25 fr. — D^r^ Du Castel, 20 fr. — Dr Greuell, 10 fr. — Dr Mandelstann, 10 fr. — Ch. Péjoin, 5 fr. — Internes de la Pitié, 30 fr. — Dr Thiercelin, 10 fr. — Sergent, interne des hôpitaux, 10 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE — N° 22 — 2 JUIN 1894

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Le Secret médical.

(*Suite.*)

On ne saurait trop souvent répéter, en ce qui concerne les questions de secret médical, que la conscience du médecin doit être seule juge de la responsabilité morale que lui imposent les confidences qu'il a reçues. Comme l'a dit en excellents termes notre vénéré maître M. Tourdes, l'obligation morale est ici plus claire que l'obligation légale, sujette à exceptions et à restrictions. Nous ajouterons que les magistrats sont tenus à appliquer la loi dans ses termes actuels, mais nécessairement revisables, tandis que le médecin peut et doit apprécier toujours la gravité de ses indiscrétions.

C'est à ce point de vue que nous nous placerons pour établir que la discrétion médicale obligatoire, dont nous restons partisan convaincu, peut se concilier avec la déclaration des maladies épidémiques.

Dans les leçons qu'il vient de publier, M. Brouardel s'est préoccupé surtout des intérêts de la santé publique. On ne peut parvenir à enrayer les épidémies qu'en connaissant bien et en suivant minutieusement la filiation des cas observés. Il importe donc qu'une déclaration immédiate permette à l'autorité sanitaire d'intervenir utilement. *Salus populi prima lex !*

Loin de nous la pensée de contester la valeur de cet argument. Qu'il s'agisse de choléra, de fièvre jaune ou de peste, voire même de variole ou de diphthérie, les questions d'intérêt individuel devront toujours s'effacer devant les questions d'intérêt général. Alors même que la loi sur l'exercice de la médecine n'imposerait pas toujours l'obligation de déclarer immédiatement les maladies de ce genre, la conscience d'un médecin, vraiment soucieux des intérêts qui s'imposent à sa mission bienfaisante, lui conseillerait de provoquer toutes les mesures capables d'arrêter la propagation d'une maladie redoutable, d'en préserver ceux qui en sont encore indemnes, soit dans une maison, soit dans les maisons voisines. L'homicide par discrétion professionnelle, comme l'a si bien dit L. Le Fort, est aussi condamnable que l'homicide par imprudence. Le secret médical ne peut donc jamais être invoqué au sujet de maladies dont le nom est toujours révélé aux familles des malades et, par celles-ci, à tout le monde. Lorsque, dans les familles aisées, un bulletin de santé journellement rédigé par le médecin ou les médecins consultants permet de suivre toutes les phases d'une maladie ; lorsque, dans les familles pauvres, tous les voisins sont au courant des dangers que leur fait courir la proximité d'un malade contagieux, il serait vraiment puéril d'invoquer l'obligation du secret professionnel pour contester l'utilité de la loi nouvelle.

Ce n'est donc pas à ce point de vue que se placent ses adversaires. Ils critiquent la loi parce que la déclaration pourrait, en appelant inutilement l'intervention de l'autorité sanitaire, créer à leurs clients et par conséquent à eux-mêmes des ennuis qu'ils redoutent.

Si la loi obligeait tous les médecins à des déclarations inutiles, à des enquêtes ou à des mesures vexatoires, nous serions des premiers à joindre notre protestation à celles de nos confrères. Nous croyons, en effet, pour employer les expressions de M. Brouardel, que « l'intervention du législateur n'est légitime que si elle est efficace », ce qui veut dire que la déclaration des maladies transmissibles ne doit être exigée que si elle est nécessairement suivie de mesures prophylactiques efficaces. Or, il faut le répéter puisqu'on le conteste, c'est ce qui arrive pour la plupart des maladies dont la déclaration est devenue obligatoire pour le médecin et le deviendra bientôt, nous l'espérons, pour les familles elles-mêmes et pour les logeurs. Dans un cas de fièvre typhoïde, il suffit, à Paris, de faire appel au service dirigé par notre ami A.-J. Martin pour obtenir journellement la désinfection de tous les linges ayant servi au malade, de tous les objets ayant reçu ses déjections. Il en est de même dans les cas de choléra, de diphthérie ou de typhus. Pour la scarlatine et la variole, la désinfection ne semble nécessaire qu'à la fin de la maladie. Elle est obtenue très aisément et toujours, qu'il s'agisse de l'une quelconque de ces maladies contagieuses. Les familles un peu éclai-

rées, prévenues par leur médecin, n'hésitent pas à le remercier dès lors des services qu'il leur a rendus en leur offrant un moyen facile d'éviter l'extension de la maladie ou la persistance des germes morbides.

Nier l'utilité de la désinfection en pareille circonstance, c'est nier l'évidence même. Toutes les objections faites à l'application de la loi nouvelle, lorsque la déclaration doit aboutir à une désinfection efficace, nous les disons donc inacceptables. En vain a-t-on soutenu que l'arrivée d'une équipe de désinfecteurs affolait un quartier et mettait l'interdit sur la boutique d'un commerçant. En vain prétend-on que le client ainsi lésé congédiera toujours le médecin coupable d'une déclaration à l'autorité sanitaire. Nous ne contestons pas qu'il ne se trouve partout, à Paris comme en province, des malades inintelligents et même des médecins maladroits, mais nous persistons à penser que, dans l'immense majorité des cas, lorsqu'il s'agira de maladies pour lesquelles la désinfection des locaux peut être utile, la déclaration de ces maladies ne soulèvera aucune difficulté.

A tous ceux de nos lecteurs qui nous ont demandé la conduite à tenir pour répondre aux prescriptions de la loi nouvelle, nous recommanderons donc de faire cette déclaration lorsque le moment leur paraîtra venu de demander la désinfection des locaux occupés par leur malade et des objets contaminés. Il nous paraît évident, en effet, que la déclaration n'est utile qu'à la condition de recevoir une sanction. Or, lorsqu'il s'agit d'une scarlatine ou d'une fièvre typhoïde, il est bien évident qu'aussi longtemps que durera la maladie, il devra être permis au médecin de rester juge des soins qu'il donne à son malade. Quant à la famille de celui-ci, elle se refusera évidemment à laisser pénétrer chez elle les envoyés de l'administration. Pour éviter tout désagrément, il suffira au médecin d'inscrire à la colonne : « Observations » de la carte qu'il fera parvenir au préfet de police : « Une demande de désinfection sera adressée ultérieurement », ou bien : « La désinfection peut être pratiquée immédiatement ». Il préviendra ainsi toute difficulté pour les maladies transmissibles que l'on observe d'ordinaire.

Une réserve s'impose cependant au sujet des infections puerpérales. Nous avons plusieurs fois déjà exprimé le regret que ces maladies aient été comprises parmi celles dont la déclaration a été rendue obligatoire et nous pensons que fréquemment à ce sujet la loi sera éludée. Où commencent les infections puerpérales ? Faudra-t-il déclarer un frisson observé le 4e ou le 5e jour après les couches ? une phlébite ? une fièvre dite de lait ? Devra-t-on laisser entrer près d'une femme en couches un médecin envoyé par la préfecture de police pour constater son état ? Et si l'on ne doit en rien tenir compte d'une déclaration de ce genre, pourquoi exiger qu'elle soit faite ? Nous persistons donc à penser que, sauf en cas d'épidémie grave, la déclaration des infections puerpérales ne se fera point. Pour toutes les autres maladies, nous croyons utile de faire appel au concours de l'administration sanitaire afin d'obtenir l'application des mesures prophylactiques nécessaires. Le secret professionnel n'a rien à voir avec la déclaration d'une fièvre typhoïde, d'une scarlatine ou d'une diphthérie, et l'intérêt de la santé publique dont un médecin ne saurait se désintéresser l'exige absolument.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de deux ans.

L'ostéomyélite aiguë mérite-t-elle une description spéciale chez les enfants au-dessous de deux ans, chez les nourrissons ? Les rapides considérations qui vont suivre le démontreront facilement, nous l'espérons du moins ; elles sont basées sur trois cas que nous avons suivis, et sur un certain nombre d'autres observations recueillies dans la littérature par un de nos élèves, le docteur Dardenne, qui a bien voulu prendre ce travail comme sujet de sa thèse inaugurale (1).

On trouve évidemment, à cet âge comme plus tard, toutes les lésions fondamentales de l'ostéomyélite (suppuration sous-périostée des canalicules de Havers, du bulbe et du canal médullaire) ; on voit aussi toutes les complications locales habituelles (décollements épiphysaires, arthrites purulentes, fractures spontanées) et même les altérations osseuses éloignées de l'ostéomyélite prolongée (hyperostose, nécrose, abcès osseux). Ce n'est donc pas par l'absence de telle ou telle lésion que l'ostéomyélite des nourrissons se différencie de celle des adolescents. C'est son étiologie un peu spéciale, son évolution clinique, l'existence beaucoup plus fréquente de certaines complications, sa gravité et sa confusion possible avec la pseudo-paralysie syphilitique, qui donnent à cette affection, à cette période de l'enfance, un cachet tout particulier.

Examinons d'abord l'*étiologie :* il ne nous sera pas difficile de montrer que les tout jeunes enfants présentent un certain nombre de portes d'entrée que l'on ne retrouve pas plus tard. Prenons, en premier lieu, les nouveau-nés. Nous ne nous arrêterons pas à la possibilité d'une infection du fœtus pendant sa vie intra-utérine, quoique Seen (2) ait publié l'observation d'un enfant venu au monde avec une ostéomyélite suppurée — de pareils faits mériteraient confirmation. Mais il est absolument démontré aujourd'hui, grâce entre autres aux travaux de M. le professeur Lannelongue et de son élève Allard (3), que le nouveau-né peut s'infecter pendant son passage dans le conduit utéro-vaginal : on voit alors se développer chez lui une ostéomyélite pendant que des accidents puerpéraux évoluent chez la mère. Les auteurs précités en rapportent plusieurs observations, auxquelles nous pouvons en ajouter une autre (obs. XXII). Ces mêmes nouveau-nés ne présentent-ils pas une porte d'entrée spéciale au niveau de leur ombilic, par suite de la plaie qui résulte de la chute du cordon ? Sur onze cas, nous retrouvons cinq fois cette suppuration ombilicale. Par conséquent, l'infection possible par le placenta, la contamination nettement démontrée pendant le passage dans le conduit utéro-vaginal infecté, l'existence constante d'une plaie ombilicale, constituent autant de portes d'entrée particulières au baby qui vient de naître. Plus tard, les particularités s'effacent un peu ; mais cependant les nourrissons ne sont-ils pas plus exposés aux troubles gastro-intestinaux qui débilitent leur faible organisme et les rendent plus aptes à la réceptivité des microbes pyogènes ? N'est-ce pas non plus l'âge où l'on constate le plus souvent les éruptions cutanées (impétigo, eczéma, syphilis même) ; où l'on trouve le plus fréquemment des altérations du tégument externe par toutes les souillures ?

(1) Dardenne, *De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de deux ans.* Th. doct., Toulouse, 1894, n° 36.
(2) Senn, *Bactériologie chirurgicale.*, trad. par A. Broca. Paris, 1886.
(3) Allard, Th. doctorat, Paris, 1890.

N'est-ce pas l'époque où la muqueuse gingivale régulièrement s'ulcère pour la sortie des dents? La vaccination, elle-même, habituellement pratiquée à cet âge, peut devenir la source d'une infection mixte et d'une ostéomyélite (obs. III). Ce sont là tout autant de portes d'entrée que l'on ne retrouve que rarement ou même jamais, à un âge plus avancé.

Quelle est *l'allure clinique* de cette ostéomyélite chez les enfants au-dessous de deux ans? Un des caractères principaux de cette affection, chez eux, est la *multiplicité des foyers de suppuration osseuse*, et cette multiplité est d'autant plus grande que les enfants sont plus jeunes. On dirait que, dans le bas âge, l'infection se généralise avec la plus grande facilité. Ce fait ne doit pas trop surprendre, si l'on songe à l'activité des échanges nutritifs qui s'opèrent, dans cette partie de l'appareil locomoteur, à une époque de la vie où la croissance est si rapide. Ne sait-on pas encore avec quelle fréquence les nourrissons disséminent des collections suppurées, à la suite par exemple d'une galactophorite maternelle? Deux élèves de Budin, Couder (1) et Damourette (2), ont insisté sur ces abcès multiples des nouveau-nés, reconnaissant pour cause la succion du lait purulent, et le premier les a décrits comme constituant une forme bénigne d'infection purulente. Il est incontestable que chez les adolescents ou dans la seconde enfance, on trouve parfois des ostéomyélites bipolaires ou des foyers secondaires plus ou moins éloignés du foyer principal. Mais ces cas, sans être tout à fait exceptionnels, sont cependant assez rares. Chez nos nourrissons, il n'en est plus ainsi et il suffit de jeter les yeux sur les observations pour s'en rendre compte; le malade de Guéniot présente des lésions dans toutes les extrémités diaphysaires des os et des membres, sauf dans celles du radius et du cubitus; on en constate dans 4 chez ceux de Valleix et de Mirovitch, dans 4 chez ceux de Chipault, de Koplick, d'Ollier. En somme, sur 33 cas, cette multiplicité de siège est rencontrée 14 fois, soit dans 42,4 p. 100 des cas. Nous devons ajouter qu'elle paraît être d'autant plus fréquente que l'enfant est plus près de sa naissance; en effet, sur ces 14 observations nous trouvons (3):

6	enfants	de 1 mois et au-dessous.	
3	»	de 1 à 3 mois.	
3	»	de 3 à 12 mois.	
2	»	de 1 à 2 ans.	

La dissémination des foyers de suppuration osseuse, tel est le premier fait qui concourt à donner à l'ostéomyélite aiguë des nourrissons une physionomie spéciale. Il en existe un second, non moins important, c'est la *fréquence des lésions épiphysaires*, des épiphysites. Dans 3 observations, la tête fémorale est complètement désorganisée et détruite; dans une autre, il existe une nécrose des extrémités diaphysaires et des os de l'avant-bras; enfin, dans une dernière, le point osseux de l'épiphyse supérieure du tibia est manifestement enflammé. Ces épiphysites, que l'on ne rencontre, bien entendu, que lorsqu'il existe des noyaux d'ossification dans les épiphyses, s'expliquent aisément, si l'on admet avec Sézary (4) l'existence des vaisseaux reliant la moelle bulbaire à ces mêmes noyaux. Elles sont graves (nous n'avons pas besoin d'y insister), car elles menacent les articulations; et de fait, comme nous le verrons, les arthrites sont excessivement communes chez nos petits malades. En somme, à cet âge, non seulement les lésions se disséminent volontiers sur plusieurs os, mais elles ont encore une tendance très marquée à se diffuser sur les divers territoires osseux, au lieu de se localiser, comme plus tard, dans la région bulbaire.

Les traits de la physionomie clinique de cette ostéomyélite s'accentueront encore lorsque nous aurons dit que l'affection a toujours une *marche aiguë*, quelquefois même suraiguë; les formes à évolution plus lente, un peu traînante, subaiguë, ne sont qu'exceptionnellement retrouvées et nous ne possédons aucune observation de la forme chronique d'emblée.

Si nous passons maintenant en revue les *complications* habituelles de la périostite phlegmoneuse diffuse, nous allons y trouver quelques autres caractères distinctifs, dus à la fréquence même de certaines de ces complications. En tête viennent les *décollements épiphysaires*: c'est ainsi, en effet, que, sur 30 malades observés pendant la période aiguë de leur affection, 15 ont présenté cet accident, soit 50 p. 100. Cette fréquence est même beaucoup plus grande, si l'on tient compte, non plus du nombre de malades, mais bien de celui de foyers osseux suppurés. L'enfant de Guéniot présente des décollements dans tous les os enflammés, c'est-à dire dans toutes les extrémités des os des membres, sauf le radius et le cubitus à leur partie supérieure; chez celui de Valleix on en constate six sur sept extrémités frappées d'ostéomyélite, et quatre sur six foyers chez celui de Chipault. Au point de vue du siège le plus commun, on peut grouper de la façon suivante et par ordre décroissant les divers os longs ou plats: fémur (à ses deux extrémités), tibia (extrémité supérieure), cubitus et radius (à leurs deux extrémités), humérus (extrémité supérieure), péroné (extrémité inférieure), sacrum, ischion, pubis. Enfin, pour terminer, nous ferons remarquer que ces décollements sont d'autant plus souvent observés que les enfants sont plus jeunes: en effet, nous avons:

6 cas	chez des	enfants de	0 à 1	mois.
2 cas	—	—	1 à 3	—
1 cas	—	—	3 à 6	—
2 cas	—	—	6 à 12	—
4 cas	—	—	12 à 24	—

Nous n'insistons pas sur ces chiffres, assez démonstratifs par eux-mêmes, puisque sur 15 cas, 11 concernent des nourrissons âgés de moins de 1 an et 4 seulement des enfants de plus de 1 an. La cause de cette fréquence spéciale nous paraît être double: il faut d'abord tenir compte de la multiplicité des foyers ostéomyélitiques; il est, en effet, évident que plus ces foyers seront nombreux, plus il y aura de chances de constater des décollements épiphysaires; or, nous venons de le prouver, les lésions osseuses sont d'autant plus disséminées que l'enfant est plus ou moins âgé. La seconde cause réside dans la facilité même avec laquelle ces décollements se produisent chez les tout jeunes enfants: tout le monde connaît, en effet, depuis les expériences classiques de Pajot (1), Foucher (2), Colignon (3), la rareté, à cet âge, des luxations et des fractures qui sont remplacées par des décollements épiphysaires et on peut admettre, d'une façon générale, que ces derniers deviennent d'autant plus rares que l'on se rapproche davantage de l'âge adulte. Cette fragilité de la soudure diaphyso-épiphysaire, que nous démontre le traumatisme, ne peut-elle pas rendre un compte suffisant de la fréquence des décollements dans les cas de suppuration bulbaire?

(1) COUDER. Pathogénie de certains abcès multiples chez les nourrissons. *Rev. des mal. de l'enfance*, 1890.
(2) DAMOURETTE. Thèse doctorat, Paris, 1894.
(3) Disons une fois pour toutes que nos relevés ne concordent pas avec ceux de Dardenne; cela tient à ce que nous avons éliminé trois observations qui se trouvent dans sa thèse et qui doivent être distraites de l'ostéomyélite.
(4) SÉZARY. Th. doctorat, Paris, 1870.

(1) PAJOT, Th. agrég.
(2) FOUCHER, *Annales Congrès médecine*, Rouen, 1863.
(3) COLIGNON, Th. doct., Paris, 1868.

L'*arthrite* est la seconde complication que l'on trouve avec beaucoup plus de constance chez les nourrissons que chez les adultes; Koplick (1) et von Arsdale, dans un article récent, en ont même fait un forme spéciale d'ostéomyélite. Ces deux auteurs, en effet, ayant observé plusieurs cas de polyarthrites suppurées à streptocoques, avec présence du même microbe dans le bulbe de l'os sans lésion suppurative, se croient autorisés à poser la conclusion suivante : « Dans certains cas d'arthrites aiguës suppurées et multiples, il est maintenant établi que l'on se trouve en présence d'une ostéomyélite cachée (occult), intéressant secondairement les articulations, mais ne produisant aucun symptôme clinique dans le foyer primitif, ostéomyélite due à une infection par le streptocoque » ; et ils en font découler cette indication thérapeutique, que « non seulement il faut attaquer les cavités articulaires contenant du pus, mais encore et surtout le foyer réel de l'affection situé dans les extrémités osseuses. »

Cette forme d'ostéomyélite, décrite et reproduite expérimentalement par ces auteurs, forme caractérisée par des polyarthrites suppurées avec infection streptococcienne du bulbe sans suppuration, existe-t-elle réellement? Il serait prématuré de l'affirmer, car les faits précédents méritent confirmation et une observation entre autres du mémoire de ces écrivains doit être rejetée, car il s'agit d'arthrites post-scarlatineuses. Nous laisserons donc de côté ces cas d'interprétation délicate et nous nous en tiendrons exclusivement aux arthrites qui surviennent pendant l'évolution d'une ostéomyélite franche avec suppuration osseuse incontestable. Sur les 30 malades qui ont été suivis pendant la période aiguë et dont nous rapportons les observations, nous en voyons 15 qui ont présenté ces complications articulaires, soit 50 p. 100. Tantôt l'arthrite suppurée était unique (9 cas), tantôt elle était multiple (5 cas) et en rapport alors avec des lésions osseuses disséminées. Son siège le plus fréquent a été, par ordre décroissant, le genou (4 fois), la hanche (3 fois), le coude, l'épaule, le poignet, les articulations lombo-sacrée et sacro-iliaque (chacune 1 fois). Nous n'insisterons pas sur les divers modes de développement de ces arthrites, si connus : situation intra-synoviale du bulbe, térébration purulente conjugo-épiphysaire, ouverture intra-séreuse d'un abcès périostique ou péri-articulaire : les deux premiers sont les plus communs dans les cas que nous avons en vue.

Il nous paraît inutile de signaler longuement les diverses *complications viscérales* possibles de l'ostéomyélite : endocardites, broncho-pneumonies, etc.; elles n'ont rien de spécial ici. La seule qui puisse présenter un certain intérêt, c'est la *mastite suppurée*, observée par Korman; l'existence de cette complication n'a rien de surprenant, vu la fréquence connue de ces mastites chez les nouveau-nés; elles paraissent même pouvoir servir de porte d'entrée à l'ostéomyélite comme dans le cas de Gouilloud (obs. VII).

Multiplicité des foyers ostéomyélitiques, fréquence très marquée des décollements épiphysaires et des arthrites suppurées, allure aiguë et parfois suraiguë de la maladie, telles sont les particularités cliniques principales que nous présente cette affection chez les tout jeunes enfants. Quelques mots sur le diagnostic et le pronostic compléteront ce tableau.

Nous n'allons pas esquisser le *diagnostic* différentiel de l'ostéomyélite avec toutes les maladies qui peuvent la simuler : on trouve ces données dans tous les ouvrages classiques. Nous ne retiendrons qu'une affection fréquente chez le nouveau-né et qui peut rappeler, à s'y méprendre, l'ostéomyélite, c'est la pseudo-paralysie syphilitique, la maladie de Parrot; elle peut si bien la rappeler que, comme nous allons essayer de le prouver, certaines observations du mémoire de Parrot doivent rentrer dans l'ostéomyélite. Il est d'abord un fait certain, c'est que la périostite phlegmoneuse peut parfaitement se développer chez un hérédo-syphilitique et ce fait est démontré théoriquement et expérimentalement. Tout d'abord, nous savons aujourd'hui que la syphilis produit de la gomme et non du pus; par conséquent, toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une suppuration franche, il faudra admettre l'existence d'une ostéomyélite soit pure, soit peut-être greffée sur une lésion syphilitique après infection mixte. Mais ce qui vaut encore mieux que ce raisonnement théorique, c'est la démonstration expérimentale que nous fournit l'observation de Thibierge (obs. XXVIII). Ce nourrisson d'un mois et demi ne présentait-il pas, avec des lésions syphilitiques indiscutables, un décollement des épiphyses inférieure du fémur et supérieure du tibia avec abcès poplité? Cliniquement l'affection simulait la pseudo-paralysie syphilitique, et cependant l'examen bactériologique du pus montrait que les lésions étaient produites par le staphylocoque et que par conséquent l'on avait affaire à une ostéomyélite.

Si nous nous rapportons maintenant au mémoire de Parrot (1), nous y trouvons deux observations qui nous paraissent devoir rentrer dans la périostite phlegmoneuse. La première, celle de Valleix (obs. XXIX), concerne un enfant de 9 jours, reçu avec l'étiquette « bon à mettre en nourrice » et ne présentant aucun stigmate de syphilis; il succombe bientôt, après avoir eu des signes d'une pseudo-paralysie spécifique, et à son autopsie on constate des lésions qui ne peuvent laisser aucun doute sur leur nature ostéomyélitique. N'y voit-on pas toutes les lésions macroscopiques de cette affection? abcès sous-périostiques avec décollement du périoste, suppurations bulbaires et intra-médullaire avec décollements épiphysaires; on y retrouve même, et l'auteur décrit admirablement cette particularité, le bourrelet périostique très développé autour de tous les foyers suppuratifs. La seconde, celle de Guéniot (obs. XXX), a trait à un nourrisson qui ne porte, lui non plus, aucune trace nette de syphilis : la mère a eu d'autres enfants et celui-ci n'offre que quelques plaques érythémateuses sur la face et les membres inférieurs, sans grands caractères; il meurt, cinq jours après, avec une inertie des quatre membres et décollements épiphysaires des deux jambes; l'autopsie démontre l'existence d'un pus épais et grisâtre entre les cartilages conjugaux et les bulbes; celle d'un périoste enflammé, épaissi et facilement décollable; de décollements épiphysaires multiples et d'abcès métastatiques périhépatiques et sous-pleuraux. Dans ces deux cas, comme on le voit, les enfants ne présentent aucune manifestation extérieure de syphilis; ils succombent à une affection rappelant cliniquement la pseudo-paralysie spécifique, mais l'examen macroscopique fait découvrir les lésions ostéomyélitiques et non gommeuses.

De tous ces faits nous croyons pouvoir conclure que la maladie de Parrot peut être simulée par une ostéomyélite; il ne faut donc pas, par le seul fait qu'un enfant est entaché de syphilis héréditaire et présente des décollements épiphysaires multiples, éliminer d'emblée l'ostéomyélite. Le diagnostic différentiel s'appuiera surtout sur l'existence de la fièvre, de phénomènes généraux plus graves, et localement sur celle d'une douleur beaucoup

(1) Koplick et Von Arsdale, *Americ. Journal of the med. Sc.*, 1892, p. 428.

(1) Parrot, *Syphilis et rachitisme*, 1886; obs. de Valleix et Guéniot, p. 170 et 172. (Guéniot publie lui-même cette observation comme un cas d'ostéite épiphysaire, de Gosselin.)

plus vive avec bourrelet périostique dans les cas d'ostéomyélite. L'examen bactériologique du pus viendra confirmer ce diagnostic.

Nous n'avons plus qu'à envisager le *pronostic*, qui est loin d'être bénin. Il est d'abord grave au *point de vue vital* : en effet, sur 33 malades, en en éliminant 8 qui n'ont pas été suivis, nous constatons 15 morts et 10 guérisons. Sur les 15 décès, on peut en distraire 3 qui ne relèvent pas de l'ostéomyélite (1, par noma vulvaire post-rubéolique, obs. IV; 1, par érysipèle, obs. XIII; 1, de cause non déterminée après guérison du foyer osseux, obs. XVII); il reste donc 12 décès pour 25 cas, soit une mortalité de 48 p. 100. Il nous paraît oiseux de faire remarquer que cette proportion est de beaucoup supérieure à celle que l'on rencontre à un âge plus avancé. Dans la plupart des cas, la mort survient très rapidement, du quatrième au douzième jour, les enfants étant emportés par l'infection générale; dans une seule observation, la vie s'est prolongée pendant un mois et demi et la mort a été occasionnée par une septicémie chronique.

Le pronostic est un peu moins sombre au *point de vue fonctionnel*. Certains nourrissons ont bien présenté des accidents éloignés rentrant dans l'ostéomyélite prolongée, tels qu'hyperostoses et nécroses avec fistules intarissables; l'un d'eux, un an après la poussée aiguë, avait même un allongement du fémur de 3 centim., mais, en somme, les fonctions des membres étaient peu modifiées. L'observation la plus intéressante, à ce point de vue, est celle d'Ollier (obs. XXXI); une enfant, qui, à l'âge de huit jours, avait eu une ostéomyélite à foyers multiples, élimina quelques mois après sa diaphyse radiale en totalité; à 17 ans, elle présentait un raccourcissement radial de 55 millim. et cubital de 45 millim.; malgré cette différence de longueur, la main avait conservé l'usage complet de tous ses mouvements.

Nous n'avons pas à discuter longuement le *traitement*, car cette partie thérapeutique ne présente rien de bien spécial chez nos nourrissons. La fréquence des suppurations épiphysaires et articulaires, seule, peut donner lieu à des indications particulières, larges arthrotomies et trépanations de l'épiphyse dès que l'existence du pus est soupçonnée dans ces diverses parties. Quant à la suppuration bulbaire, elle doit être évacuée par une trépanation hâtive, que rendra souvent inutile, du reste, la fréquence des décollements épiphysaires; cette trépanation, vu la mollesse des os à cet âge, pourra même se faire avec une simple curette. A ce traitement, classique depuis le mémoire de Lannelongue, on a cherché à substituer l'évidement du canal médullaire d'après la méthode de Tscherning (1); cet évidement, qui est surtout applicable soit dans le cas où la moelle présente une abondante couche du pus collecté, soit dans les ostéomyélites bipolaires et qui est contre-indiqué lorsque le périoste est très largement décollé, sera souvent difficile à pratiquer chez d'aussi jeunes enfants dont le canal médullaire est fort étroit. Enfin nous n'avons pas non plus à discuter les indications des résections précoces, si nettement développées par notre maître, Gérard Marchant (2); nous dirons seulement qu'il faut être sobre d'interventions trop radicales sous peine d'avoir d'énormes raccourcissements et parfois même des absences de reproductions osseuses.

En résumé, l'ostéomyélite aiguë, par ses portes d'entrée spéciales, par la multiplicité des foyers osseux infectés, par la fréquence des suppurations épiphysaires et articulaires, par ses allures aiguës et suraiguës, présente une physionomie clinique chez l'enfant au-dessous de deux ans que l'on ne retrouve pas à un âge plus avancé : sa confusion possible avec la pseudo-paralysie syphilitique de Parrot et la gravité de son pronostic au point de vue vital contribuent encore à imprimer un cachet tout particulier à cette maladie dans le jeune âge.

A. Aldibert.

(1) Tscherning. A kute infectiose Osteomyelitis. *Nord med. Archiv.* Bund XIX, Hft 2, 1887.
(2) Gérard Marchant. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1889.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur un cas d'hygroma d'une bourse séreuse infra-patellaire anormale (située entre l'aileron externe et le rebord correspondant du plateau tibial), par Xavier Delore, interne des hôpitaux de Lyon (service de M. Rochet).

Les hygromas de la bourse séreuse prétibiale ou infra-patellaire du genou sont rares, si bien qu'ils n'avaient pas attiré l'attention des chirurgiens avant le travail de Trendelenburg (de Rostok) publié dans les *Archiv für klinische Chirurgie*. Ce travail, traduit par Ricklin dans les *Archives générales de médecine* (décembre 1877), donne une symptomatologie générale de l'affection basée sur deux observations.

Plus récemment, le professeur Dubreuil, de Montpellier, a publié, dans la *Revue d'orthopédie de 1890*, un mémoire basé sur plusieurs autres observations. Les conclusions de cet auteur sont identiques à celles de Trendelenburg; tous deux appellent l'attention du clinicien sur la ressemblance frappante de cet hygroma prétibial avec l'hydarthrose du genou : d'où le nom de pseudo-hydarthrose donné par M. Dubreuil aux épanchements séreux qui se font dans la bourse infra-patellaire.

La bourse séreuse prétibiale possède normalement le volume d'une grosse noisette à peu près. Elle répond en avant au ligament rotulien, en arrière au tibia et au paquet adipeux du genou placé au-dessus, et ne communique pas ordinairement avec la synoviale du genou. Quand un épanchement se forme, la bourse ne peut se distendre ni en avant, ni en haut, ni en arrière, mais elle peut s'étaler de chaque côté du ligament rotulien, comme le font remarquer Trendelenburg et M. Dubreuil.

Donc, on constatera dans cet hygroma une tumeur volumineuse et fluctuante à la place des dépressions situées normalement de chaque côté du ligament rotulien. Le ligament rotulien *sera refoulé en avant*, et pendant les mouvements de flexion le malade ressentira de la *douleur* parce que le ligament est alors à son maximum de tension. La flexion sera, de ce fait, limitée et ne dépassera guère 90°. Enfin, on ne constate pas de choc rotulien, pas de gonflement du cul-de-sac sous-tricipital, ce qui permet d'éliminer l'hydarthrose; la douleur spontanée ou provoquée par la pression est nettement maxima dans la région infra-patellaire. Telle est la description de Trendelenburg reproduite et confirmée par M. Dubreuil.

Voyons maintenant ce que dit notre observation :

Fay, Marie, âgée de 14 ans, est née à Saint-Pierre-le-Bœuf, entrée le 12 mars 1894 dans le service de M. le professeur agrégé Rochet, à l'Antiquaille, dont nous avons l'honneur d'être l'interne.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Cette fille n'a jamais eu de maladie sérieuse. Réglée à 13 ans et très irrégulièrement.

La malade entre pour une tumeur du genou gauche qui aurait débuté en janvier 1893, c'est-à-dire il y a 15 mois. A cette époque, la grosseur très petite et complètement indolente occupait la dépression située sur le côté externe de la rotule. Peu à peu la tumeur s'étendit de dehors en dedans progressivement jusqu'à l'entrée de la malade. Il est impossible d'assigner une cause quelconque à la lésion, ni traumatisme, ni station à genoux.

La malade a toujours pu marcher et courir comme ses camarades. La flexion du genou a toujours été possible, aussi étendue que celle du genou sain, et ne s'est jamais accompagnée de douleur appréciable. Notons cependant quelques douleurs passagères en avant du genou, à des intervalles très éloignés.

A *l'entrée*, le genou gauche présente un gonflement considérable surtout marqué au-dessus de la rotule, comme l'indiquent les mensurations prises soit sur la rotule, soit audessous.

La différence entre la circonférence des deux genoux prise au-dessous du bec rotulien atteint 8 centimètres en faveur du côté malade.

On constate une vaste poche très fluctuante, *en forme de fer à cheval*, située au-dessous de la rotule, étendue en dehors au bord supérieur et au bord postérieur du condyle fémoral externe, s'arrêtant en dedans à 2 travers de doigt du bord interne de la rotule, présentant une hauteur de 3 travers de doigt environ, à partir du bec rotulien.

En somme, rien en avant de la rotule.

La peau est normale ; la tumeur n'est pas pédiculée. On ne sent pas de corps étrangers.

La *rotule* n'est pas notablement soulevée, mais on sent cependant un choc rotulien léger et très net.

Quand on fait contracter le triceps, la rotule s'applique très exactement aux deux autres os de l'article, pendant que la tumeur fluctuante ne change ni de consistance, ni de mobilité. Ajoutons que pendant cette contraction, le tendon rotulien n'est pas visible, mais qu'on peut le sentir en palpant profondément.

Le tibia et le fémur semblent hypertrophiés au niveau du genou, probablement à cause de l'épaississement des tissus fibreux.

La pression de l'interligne réveille de la douleur sur les deux côtés de la tubérosité antérieure du tibia et dans la dépression située sur le côté externe de la rotule.

Les mouvements de latéralité du genou paraissent insignifiants.

Rien aux poumons ni aux autres viscères.

Le 17 mars, opération. — Incision cruciale jusqu'aux limites de la poche. Issue d'un liquide sanguinolent contenant de fines fongosités.

On constate, après nettoyage, que la cavité est formée de deux poches communiquant ensemble par un étroit orifice. Une grande poche sous-cutanée située non en avant de la rotule, mais en avant du ligament rotulien et des ailerons de la rotule et contenant dans ses parois de fines fongosités et deux ou trois végétations saillantes et pédiculées. Une seconde poche beaucoup plus petite située en arrière de l'aileron externe, qui est excessivement épais ; cette poche sous-ligamenteuse a pour paroi postérieure la synoviale articulaire notablement épaissie. Elle est limitée en dedans par le paquet adipeux du genou et présente à son intérieur une grande quantité de fongosités.

Les deux poches communiquent ensemble par un étroit orifice arrondi, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes environ, situé sur le côté externe du ligament rotulien.

On pratique une contre-ouverture à la limite externe de la seconde poche dans l'aileron externe, si bien qu'à ce moment cette petite poche peut être comparée à un véritable tunnel creusé entre l'aileron externe et la synoviale articulaire.

Après extirpation aux ciseaux de la majeure partie de la poche sous-cutanée, et raclage soigné de la poche profonde, on cautérise au sterno-cautère et on draine.

Enfin suture à la soie et appareil plâtré.

Les suites opératoires furent sans aucun incident.

Les fongosités étaient surtout abondantes dans la bourse infra-ligamenteuse. Elles contenaient des cellules géantes typiques.

Les parois disséquées furent soumises à l'examen histologique, pratiqué par M. Nicolas, notre collègue d'internat et ami.

On y constate quelques cellules géantes rares et disséminées donnant l'aspect d'une tuberculose fibreuse à lente évolution, d'après M. le professeur agrégé Bard, qui a bien voulu examiner nos préparations. La paroi est surtout formée de fibres conjonctives et élastiques.

En somme, nous avions affaire à un hygroma fongueux nettement tuberculeux, à lente évolution.

En présence de ce fait, M. Rochet n'avait pas hésité, avant l'intervention, à poser le diagnostic d'hygroma développé dans une bourse séreuse prétibiale ou infrapatellaire ; le fait clinique présentait du reste d'intéressantes particularités, et sortait, sur plusieurs points, de la description classique des hygromas prétibiaux que nous avons exposée plus haut.

Tout d'abord, l'hygroma dès son début, siégeait en dehors *au-dessous de l'aileron externe, pas en arrière du ligament rotulien, et sur la ligne médiane*, comme cela se présente ordinairement. En second lieu, et c'est ici le fait principal, le diverticule sous-cutané modifiait complètement l'aspect clinique de l'affection décrite par Trendelenburg. Il n'y avait pas de douleur dans la flexion du genou parce que la bourse n'était plus bridée par les ligaments antérieurs du genou, puisqu'elle communiquait avec un diverticule sous-cutané.

Le tendon rotulien n'était pas soulevé, mais, au contraire, était enfoncé sous la grande poche ; cette absence de soulèvement s'explique encore facilement par la communication qui avait vidé en quelque sorte la poche profonde sous la peau.

L'hygroma n'étant pas bridé par la contraction du triceps, la conservation des mouvements de flexion s'explique facilement. Le choc rotulien était dû à une légère réaction articulaire de voisinage.

Le diagnostic de la véritable lésion s'appuyait sur le début par un point limité de l'article, qui éliminait toute idée d'hydarthrose, sur la mobilité de la tumeur principale, sur l'absence presque complète de troubles fonctionnels du côté du genou, malgré l'ancienneté de la lésion et son grand développement. Malgré le léger choc rotulien, on n'avait pas affaire à une affection articulaire. C'était donc un hygroma.

Une bourse prétibiale fut incriminée, vu l'absence, à l'état normal, d'aucune autre bourse séreuse au siège occupé par cet hygroma.

Ce cas nous a paru intéressant à signaler, et pour les raisons suivantes :

1° Il s'agit là d'un hygroma développé dans une bourse séreuse atypique, voisine de la bourse séreuse prétibiale, mais distincte d'elle, et située bien en dehors d'elle, *sous l'aileron externe de la rotule*, entre cet aileron et le rebord externe du plateau tibial.

2° Cet hygroma n'est pas resté bridé sous l'aileron ; il a perforé celui-ci en bouton de chemise, et est venu s'étaler sous la peau jusqu'au devant et même jusqu'en dedans du ligament rotulien, en formant là un large diverticule sous-cutané encadrant la pointe de la rotule comme d'un fer à cheval, déformant considérablement la région antérieure du genou, en laissant la surface prérotulienne tout à fait normale, tout à fait différente par conséquent, comme aspect clinique, de l'hygroma prérotulien ordinaire. La présence de ce diverticule sous-cutané, dans lequel passait, pendant les mouvements du genou, une grande partie du contenu de l'hygroma, explique d'ailleurs que certains symptômes d'étranglement notés habituellement dans les hygromas de la bourse prétibiale aient été absents dans notre observation.

Disons en terminant que dans le cas actuel *il n'y avait aucune lésion de la rotule*, et qu'il ne s'agissait pas là d'une poche tuberculeuse ayant son origine sur une ostéite du bord latéral externe de la rotule par exemple.

Observation d'un cas de rétention et adhérence du placenta avec spasme de l'utérus. — Délivrance artificielle onze heures après la naissance de l'enfant, par le docteur F. Gilis (de Nîmes), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le mercredi 21 février dernier (1894), à 11 heures du matin, je suis appelé pour assister Mme X..., dont l'accouchement ne se terminait pas normalement. Les douleurs avaient commencé pendant la nuit; la rupture de la poche des eaux s'était faite quelques heures après et la sortie de l'enfant avait eu lieu dans la matinée, vers 7 heures. Puis, les douleurs s'étaient calmées et, malgré les frictions répétées exercées sur l'utérus par la sage-femme, elles n'avaient pas reparu. Il n'y avait pas d'hémorrhagie, mais le placenta n'avait pas été éliminé.

Un interrogatoire rapide m'apprit que Mme C..., âgée de 35 ans, avait déjà eu 5 enfants. C'est une femme à la figure pâle, d'apparence faible, mais qui se porte cependant habituellement assez bien. Les accouchements précédents s'étaient toujours heureusement et rapidement terminés. Cette dernière grossesse n'avait été marquée par aucun accident et le début de l'accouchement avait été normal.

Voici quel fut le résultat de mon examen que l'absence d'hémorrhagie me permit de faire avec lenteur et minutie. A la palpation on sent très bien la masse utérine à travers une paroi abdominale lâche et amincie. L'utérus donne la sensation d'une tumeur allongée, arrondie, piriforme, s'étendant en haut jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et dont l'extrémité inférieure plonge dans le petit bassin. Le fond ou l'extrémité supérieure est légèrement incliné à droite. On a sous la main un corps résistant qu'on saisit bien entre les doigts et qui se différencie parfaitement des parties environnantes.

Le cordon sort au niveau de la vulve et, pour pratiquer le toucher, il me sert de guide. J'arrive sur l'utérus sans avoir senti le placenta et, lorsque je veux introduire un doigt dans le col, l'orifice laisse à peine pénétrer la pulpe de mon index; les bords en sont extrêmement durs. Le col, revenu sur lui-même, est ferme, résistant; tous mes efforts pour pénétrer dans le canal cervical sont inutiles : le col est contracté comme le corps tout entier, c'est un spasme de l'utérus. Je dois ajouter que la sage-femme n'avait pas donné de seigle ergoté. C'est ce qui m'a été affirmé et par l'accoucheuse et par les parents qui n'avaient pas quitté la chambre de l'accouchée. Le mari et les deux sœurs de la malade qui ont déjà assisté aux précédents accouchements connaissaient parfaitement ce médicament.

Lorsqu'on opère quelques tractions sur le cordon, on en amène au dehors 1 ou 2 centimètres de plus; mais, dès qu'on lâche ce dernier, il rentre aussitôt. Et la main appliquée sur la paroi abdominale et sur l'utérus éprouve la sensation que cette traction a simplement déplacé légèrement l'utérus sans amener aucun changement du côté du placenta. Or l'absence d'hémorrhagie et l'inutilité des tractions sur le cordon sont les deux symptômes principaux de l'adhérence du placenta. Je me trouvais donc en présence du cas de dystocie suivant : rétention et adhérence du placenta compliquée de spasme de l'utérus.

Devant l'impossibilité d'intervenir d'une façon plus active, je me contente de faire une injection intra-utérine avec la sonde de Budin, en me servant d'une solution de sublimé à 1 pour 2000. Ce n'est pas sans difficulté que j'arrivai à introduire la sonde à travers le col contracté. L'injection ressortit cependant très facilement; je pratiquai le tamponnement à l'aide du coton boriqué, décidé à attendre. La malade n'avait aucune douleur. Je lui fis donner seulement quelques grogs et un peu de café. Je ne prescrivis aucun médicament, les réservant pour plus tard, si cet état s'était prolongé.

En quittant l'accouchée, je recommandai aux parents de venir me chercher s'il survenait quelque douleur. Mais on ne me dérangea pas, et à 6 heures du soir, j'allai revoir la malade. Elle était dans le même état que le matin, un peu inquiète, mais n'ayant aucune souffrance.

A la palpation, je trouvai l'utérus moins dur, moins résistant. Aussi, sans tarder je voulus voir, si, du côté du col, une pareille modification s'était produite.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires, je remets la malade dans la position obstétricale et j'enlève le tamponnement. Le coton n'était souillé par aucun liquide. Introduisant de nouveau ma main droite, je trouvai l'orifice du col encore resserré, mais les bords n'avaient plus leur dureté du matin. Bien plus, en essayant d'introduire un doigt, je sens le col céder sans difficulté. Encouragé par cette constatation, je dispose ma main en forme de coin et, par une pression lente et douce, je finis par pénétrer dans la cavité utérine. Le col se resserre, mais légèrement, sur mon poignet.

Je reconnais facilement que le placenta est inséré sur la paroi antérieure de l'utérus et qu'il est complètement adhérent. Le bord de la circonférence placentaire effleure l'orifice interne et la déchirure des membranes a eu lieu près de leur union avec le placenta.

La malade, sans trop se plaindre, supportait assez bien la présence de ma main dans la cavité utérine; aussi, sans m'attarder à envoyer chercher un confrère pour donner le chloroforme, je commençai la délivrance artificielle.

J'avais la main droite dans l'utérus, et le placenta était inséré sur la paroi antérieure. Les auteurs classiques conseillent dans ce cas de décoller le placenta avec l'extrémité des doigts en commençant par le fond de l'utérus pour revenir vers le col de façon à l'avoir tout entier dans sa main. Mais comme, en explorant la cavité utérine, j'avais parfaitement senti le bord du placenta en avant du côté du col, je pratiquai le décollement en allant du col vers le fond de l'utérus, avec l'extrémité des doigts et des ongles, et par une série de mouvements transversaux de droite à gauche et de gauche à droite. La face palmaire de ma main regardait en arrière du côté du sacrum et la face dorsale en avant du côté de l'ombilic. J'avais la sensation très nette du tissu utérin d'une part, très différente de celle du placenta. L'adhérence, qui était complète, était parfois telle que j'étais obligé de la détruire avec les ongles. J'avançai ainsi lentement en détachant tout le placenta de son insertion à l'utérus. Une fois cette opération terminée, je pus facilement retirer l'arrière-faix. L'hémorrhagie qui s'était déclarée pendant ce décollement fut bientôt arrêtée par une injection intra-utérine chaude et l'administration d'un gramme de seigle ergoté. Le soir, à 9 heures, la malade allait assez bien. Le thermomètre marquait 38°2. Elle se plaignait un peu du ventre; mais il n'y avait pas d'hémorrhagie. Les suites de couches furent excellentes. Il n'y eut plus ni élévation de température, ni aucun autre accident. Le mercredi 7 mars, c'est-à-dire 15 jours après l'accouchement, Mme X..., qui habite aux environs de Nîmes, pouvait rentrer chez elle. Depuis, j'ai eu de ses nouvelles : elle se porte très bien.

Trois points méritent, d'après nous, d'être notés dans cette observation ; ce sont :

1° La gravité de cet accident, l'adhérence du placenta et son pronostic rendu longtemps incertain par le spasme de l'utérus ;

2° Le manuel opératoire qui n'a pas été absolument classique;

3° L'absence de chloroformisation qui est cependant recommandée dans cette opération.

I. Ce cas de dystocie est en effet remarquable en ce sens qu'il ne s'agissait pas là d'une rétention simple. Cette rétention était accompagnée de deux complications : l'adhérence du placenta et la contraction de l'utérus.

Or, l'adhérence est une chose grave, car si on peut diagnostiquer le fait lui-même, il est impossible d'en connaître par avance le degré, ce qui est l'important. « Parmi les difficultés et les dangers que présente la délivrance, dit Guéniot, il n'en est pas de plus redoutables peut-être que ceux qui résultent d'une union trop intime entre le placenta et la matrice. Ces difficultés et ces dangers atteignent même un degré extrême, lorsque l'adhérence est portée jusqu'à la fusion du tissu placentaire avec celui de l'utérus. » Aussi le pronostic doit-il être des plus réservés, surtout quand à cette complication s'en joint une autre, le spasme de l'utérus, le tétanos utérin qui empêche tout examen. C'était précisément notre cas. Toutefois, cet état de contracture, qui était, il n'y a pas encore longtemps, un accident des plus redoutés et à juste titre, a perdu de sa gravité depuis la pratique de l'antisepsie. Mais il n'en constitue pas moins toujours un danger, car il empêche l'extraction du placenta et augmente les chances d'infection.

II. Le manuel opératoire dans la délivrance artificielle est fixé de la façon suivante : habituellement, quand l'adhérence n'est pas trop intime, on décolle le placenta avec le bord cubital de la main s'il est inséré sur la paroi postérieure de l'utérus, et avec la pulpe digitale s'il se trouve sur la paroi antérieure. Dans ce dernier cas, les auteurs conseillent d'introduire la main jusqu'au fond de l'utérus et de décoller le placenta d'arrière en avant, de façon à l'avoir en terminant tout entier dans la main. Or, dans ce cas, j'avais suivi le cordon comme guide pour me rendre un compte exact de l'insertion placentaire, et lorsque j'ai voulu passer en arrière au fond de l'utérus pour faire le décollement suivant l'usage classique, j'ai été gêné par les membranes qui s'étaient accumulées dans ce point, où elles avaient pu être ramenées par l'introduction de ma main. Au contraire, il m'a été facile de pénétrer entre l'utérus et le placenta en avant près de l'orifice interne, les membranes ayant été rompues de ce côté tout près de leur insertion placentaire. J'ai alors pratiqué le décollement en allant d'avant en arrière avec l'extrémité des doigts ou les ongles, suivant le degré d'adhérence et comme il a été dit plus haut.

III. Tous les auteurs classiques recommandent en général l'emploi du chloroforme dans la délivrance artificielle. Toutefois quand, après un spasme utérin, comme dans notre cas, on examine la malade et que la main finit à un moment donné par pénétrer dans la cavité utérine, il vaut mieux tenter immédiatement la délivrance artificielle. Cette manœuvre n'est pas, en effet, très douloureuse par elle-même. Les douleurs sont surtout déterminées par l'introduction de la main et de l'avant-bras dans les organes génitaux et par la distension de ces derniers. L'emploi du chloroforme cause donc, dans certains cas, une perte de temps qui peut être préjudiciable à la malade. Je crois donc que son application doit être subordonnée à l'état de sensibilité, d'agitation, de nervosisme de l'accouchée plutôt qu'être érigée en règle générale.

En résumé, on peut tirer de cette observation les conclusions suivantes :

1° La rétention du placenta est un accident grave, surtout quand elle se complique de spasme utérin qui empêche de reconnaître le degré d'adhérence et qui retarde la délivrance.

2° Lorsque le placenta est adhérent à la face antérieure de l'utérus, la délivrance artificielle est plus facile avec la pulpe digitale et les ongles et on pénètre plus aisément entre l'utérus et le placenta en commençant en avant du côté du col pour aller ensuite vers le fond de l'organe.

3° L'administration du chloroforme, bonne en principe, doit dépendre surtout de l'état général de la malade et de la rapidité avec laquelle il faut agir.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Syringomyélie avec symptômes bulbaires (Syringomyelie mit bulbæren Symptomen), par Muller (*Deutsch. Archiv fur klin. Medicin*, février 1894, 52 Bd, III et IV Ht, p. 259. — Observation détaillée et commentée d'un cas de syringomyélie avec symptômes bulbaires, hémilatérale, comme on en a rapporté déjà un certain nombre. Sujet âgé de 18 ans, début en mars 1891, par des vomissements persistants, des incertitudes du bras droit, des fourmillements de la jambe, en janvier 1892, céphalalgie, en mars, vertiges, en avril, fatigue de la vue, diplopie, marche titubante. A l'entrée à l'hôpital, vertiges, nystagmus, paralysie de l'abducteur droit. Parésie faciale droite. Paralysie dissociée des deux trijumeaux, en forme de thermohypoæsthésie et d'hypoalgésie. Paralysie du nerf récurrent droit. Difficulté de la déglutition. Hémiparésie et hémi-atrophie de la langue. Atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne; hémi-ataxie et douleurs névralgiques à droite. Sensations de brûlure de la moitié inférieure gauche du corps. Abolition de la sensibilité dans tous ses modes, mais surtout pour la douleur et la température dans le membre supérieur droit et le thorax jusqu'à la ligne médiane. Thermo-anesthésie et analgésie du membre supérieur gauche et du thorax jusqu'à la ligne médiane. Exagération des réflexes rotuliens, clonus du pied des deux côtés. Signe de Romberg; marche hémiataxique.

Sur un cas de mort subite par hémorrhagie méningée, par Simon (*Revue médicale de l'Est*, 15 janvier 1894, n° 2, p. 41).— Une femme de 70 ans, prise de boisson, assise sur une chaise basse, prie son gendre de lui donner à boire : celui-ci pour toute réponse lui allonge sur la nuque un coup de pied qui la tue. A l'autopsie, au-dessous de la dure-mère, elle-même intacte, on constate l'existence d'une hémorrhagie méningée sous-arachnoïdienne considérable, siégeant presque exclusivement à la base et vers le mésocéphale. Il n'existe au reste aucune trace de fracture. La dégénérescence des vaisseaux explique la rupture, mais quelle relation y a-t-il entre le traumatisme et l'hémorrhagie actuelle? Il est très difficile de l'affirmer, et l'auteur ne s'est pas cru autorisé à décider, dans le cas, où il intervenait comme médecin légiste, qu'il s'agissait d'une hémorrhagie méningée d'origine traumatique; il s'est borné à en déclarer la possibilité.

Epilepsie syphilitique (Syphilitische Epilepsie), par Kowalewsky (*Berl. klin. Woch.*, 22 janvier 1894, n° 4, p. 76). — L'auteur reproduit l'historique de la question, et expose en les discutant successivement les doctrines formulées par les auteurs (Charcot, Fournier, Gowers) sur la matière, pour exposer ensuite l'opinion qu'il s'est faite après examen de ces faits et de ses propres observations. On doit, selon lui, distinguer deux formes, selon qu'il s'agit de syphilis congénitale ou acquise. Chacune de ces deux formes renferme deux variétés. Dans *l'épilepsie syphilitique congénitale* on doit

distinguer: *l'épilepsie idiopathique* qui est celle que produit l'altération du système nerveux par la contagion syphilitique et peut porter le nom d'épilepsie dyscrasique, *l'épilepsie corticale* engendrée par un processus gommeux ou une lésion organique. Dans l'*épilepsie acquise* on peut aussi reconnaître deux formes, *corticale* et *idiopathique*: la première dépendant d'un processus gommeux, la seconde en rapport avec l'empoisonnement de l'organisme par le virus syphilitique et la production de produits de métamorphoses régressives dans la période de traitement énergique antisyphilitique.

Paralysie alcoolique avec hématémèse fatale (Alcoholic paralysis with fatal hematemesis), par Shepherd (*University medical Magazine*, avril 1894, p. 457). — L'histoire rapportée par l'auteur, qui en fait précéder la relation de diverses considérations sur la paralysie alcoolique, dont on peut retenir que cet accident s'observe en Angleterre dans 75 0/0 des cas chez les femmes, n'offre d'autre intérêt que sa brusque évolution au cours d'accidents de gastrite aiguë, et sa terminaison mortelle et rapide par le fait d'hématémèses abondantes et répétées.

MÉDECINE

De l'érysipèle de la face à type pétéchial et couperosique, par Juhel-Renoy et Bolognesi (*Archives gén. de médecine*, janv. 1894 p. 31). — Les auteurs décrivent sous ce nom une forme grave de l'érysipèle de la face dans laquelle se montrent des hémorrhagies cutanées tantôt déposées en fines gouttelettes (pétéchies) sur la face, pommettes, paupières, sourcils, tantôt disposées en fin lacis vasculaire, visible à l'œil nu, sur le nez et les pommettes, rappelant l'aspect bien connu du papillon couperosique. Gosselin et Verneuil ont tous deux bien décrit, le premier l'*érysipèle ecchymotique*, le second l'*érysipèle hémorrhagique*, mais il s'agissait, dans ce cas, d'érysipèle chirurgical et les auteurs du mémoire repoussent ces deux dénominations dans l'érysipèle de la face, attendu qu'il n'y a, à proprement parler, ni hémorrhagie véritable par les diverses voies, comme dans les maladies infectieuses hémorrhagiques, ni ecchymoses proprement dites. Ce qui fait l'individualité et l'importance de cette forme d'érysipèle de la face, c'est son étiologie spéciale et la gravité de son pronostic, c'est *la certitude des altérations vasculaires ou cardiaques rencontrées chez tous les individus atteints d'érysipèle pétéchial ou couperosique*. Les dix observations détaillées rapportées dans le travail tendent à établir que les myocarditiques chroniques, les hépatiques, les rénaux, les sclérosés, les artériels, les athéromateux, et, du même coup, les séniles, les alcooliques, les intoxiqués, les cachectiques, les cancéreux sont le milieu de culture où se plaira cette entité morbide. D'où cette conclusion, qu'en présence d'un érysipèle pétéchial couperosique, le clinicien sera fondé à fouiller l'étiologie précitée. Cette forme d'érysipèle est plus grave que l'érysipèle ordinaire : la mort survient dans 1/10 environ des cas. Sa durée est plus longue et la convalescence plus pénible. La raison de cette gravité spéciale relève non de la virulence plus grande du germe pathogène, mais du terrain défectueux offert par l'hépatique, le rénal, le cardiaque, le *taré*, en un mot. Parmi les grands appareils, il faut incriminer surtout les deux grands émonctoires : les reins et le foie, qui jouent le rôle prépondérant dans le pronostic de la maladie. Le traitement doit s'adresser surtout à l'état général : balnéation froide méthodique (Juhel-Rénoy), lait et alcool, spartéine, caféine, etc., pour le cœur.

Hémorrhagie par rupture d'un anévrysme de l'artère hépatique dans un cas de lithiase biliaire (Tœdtliche Blutung aus einem Aneurysma der Leberarterie bei Gallensteinen), par Schmidt (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, vol. 52, p. 536). — Il s'agit d'une femme de 40 ans, sujette à des coliques hépatiques, qui est prise dans l'espace d'un mois de 4 hémorrhagies intestinales, chacune à 8 jours d'intervalle, et succombe à la dernière.

A l'autopsie, on trouva la vésicule biliaire englobée dans des adhérences et communiquant par son fond avec le duodénum perforé en trois endroits. Les pertes de substance étaient bouchées par trois calculs qui remplissaient presque entièrement la vésicule. Celle-ci renfermait encore un sac anévrysmal perforé, développé aux dépens de la branche droite de l'artère hépatique.

CHIRURGIE

Menstruation et ovulation (Beitrag zur Lehre von der Menstruation und Ovulation) par Léopold et Mironoff (*Arch. f. Gynækol.*, 1894, vol. XLV, p. 506). — Les recherches des auteurs sur des femmes qui ont succombé brusquement ou après une courte maladie ainsi que sur des ovaires des femmes ayant subi la castration et dont le type menstruel était bien connu, ont donné les résultats suivants :

1° La menstruation, c'est-à-dire l'écoulement périodique du sang de la muqueuse utérine, est ordinairement accompagnée d'ovulation ; mais celle-ci fait quelquefois défaut.

2° La menstruation est liée intimement à la présence des ovaires et d'une muqueuse utérine suffisamment développée ; en absence de ces deux facteurs essentiels, l'écoulement périodique n'a pas lieu et ne dépend par conséquent pas de la maturité et de la rupture d'un follicule de Graaf.

3° Quand l'ovulation se produit, elle doit être attribuée à l'époque de la menstruation ; pour se réaliser, elle exige un afflux intense du sang aux organes génitaux et donne lieu à la formation d'un corps jaune typique.

4° L'ovulation peut avoir lieu en dehors des périodes de quatre semaines ; toutefois elle est très rare dans des conditions physiologiques.

5° Quelquefois l'ovulation et la formation d'un corps jaune typique sont remplacées par l'afflux du sang vers un follicule non arrivé à la maturité et ne s'ouvrant pas (corps jaune atypique).

6° A l'époque de la rétraction sénile des ovaires, on peut encore trouver des follicules normaux qui évoluent vers la rupture physiologique en formant des corps jaunes typiques.

Sarcome primitif des capsules surrénales chez un enfant de 9 mois (Primæres Nebennierensarkom bei einem neunmonatlichen Kinde), par Cohn (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1894, n° 11, p. 257). — Il s'agit d'une fillette de 9 mois apportée par sa mère à la clinique pour une tumeur de la région temporale droite et une proéminence du globe oculaire du côté droit.

A l'examen on trouvait une tumeur diffuse de la région temporale droite limitée en avant par le bord externe de l'orbite et en arrière par l'oreille, tumeur adhérente aux parties sous-jacentes et recouverte par la peau encore mobile mais fortement vascularisée ; des nodules analogues se trouvaient encore derrière l'oreille et sur le sommet de la tête. L'œil droit était fortement repoussé en avant. A la palpation de l'abdomen on trouvait le foie considérablement augmenté de volume et, un peu en dessous, une tumeur ronde, indépendante du foie ; on sentait également la rate légèrement hypertrophiée.

Le diagnostic était celui de néoplasme du rein avec métastases multiples. Pendant les 3 semaines que l'enfant resta à la clinique, on assista à l'accroissement très rapide de la tumeur temporale qui envahit progressivement les fosses nasales, la voûte palatine ; la tumeur du flanc droit avait également fini par se porter en arrière et faire saillie dans la région lombaire.

A l'autopsie on trouva un sarcome médullaire de la capsule surrénale droite avec métastases dans le foie, les deux reins et les côtes au niveau de l'union des cartilages avec le tissu osseux.

Atrophie aiguë du foie par streptocoques (Ueber die durch Streptokokken bedingte acute Leberentartung), par Babes (*Virchow's Arch.*, 1894, vol. 136, p. 1). — Le travail de l'auteur est basé sur 4 observations se rapportant à un enfant de 5 ans, les autres à des adultes, pris brusquement, en pleine santé ou après avoir présenté une amygdalite aiguë, de phénomènes septicémiques généraux avec hémorrhagies multiples et de phénomènes locaux portant sur l'abdomen, et succombant avec de l'hypothermie, après avoir pendant quelques jours présenté de la fièvre, aux symptômes classiques de l'atrophie jaune aiguë du foie.

A l'autopsie, on trouva dans tous les quatre cas une atrophie aiguë du foie avec des hémorrhagies dans le tissu cellulaire sous-cutanée, les muscles et la plupart des viscères, poumons, rate, reins, etc.

Dans tous les cas, l'examen bactériologique des organes montra l'existence des streptocoques seuls ou associés, dans deux cas, au staphylocoque et au coli-bacille. Les streptocoques

étaient particulièrement nombreux dans le foie, dont les vaisseaux en contenaient de véritables masses. Dans le quatrième cas seul, le foie, dont les lésions anatomiques étaient les mêmes que dans les trois premiers, ne contenait pas de streptocoques. L'auteur explique ce fait en admettant que les streptocoques ont disparu du foie après avoir produit l'atrophie aiguë ou bien que celle-ci a été produite par les toxines des streptocoques. Du reste les expériences sur des lapins ont montré à l'auteur que lorsque les animaux survivent plus de huit jours à l'injection, les streptocoques disparaissent des organes.

Un cas de charbon intestinal primitif (Ueber einen Fall von primæren Darmmilzbrand beim Menschen), par Zorkendœrfer (*Prag. med. Wochenschr.*, 1894, n° 16, p. 191). — Un homme de 46 ans, équarrisseur, occupé deux jours auparavant à retirer la peau de deux vaches ayant succombé au charbon, est pris brusquement de fièvre avec frisson, dyspnée et douleurs entre les omoplates, et entre à l'hôpital pour une tuméfaction de la partie antérieure du cou, du thorax et de l'abdomen jusqu'à l'ombilic, tuméfaction qui s'était développée en même temps que les phénomènes généraux. Malgré trois incisions profondes qui donnent issue à de la sérosité, le malade succombe dans la soirée. L'examen bactériologique de la sérosité qui s'écoulait par les incisions fit voir des bactéridies charbonneuses.

A l'autopsie on trouva la peau absolument intacte, et dans l'intestin et le gros intestin une douzaine de plaques hémorrhagiques, infiltrées, épaissies et gangrenées au centre. L'examen bactériologique complet de ces plaques, des viscères et du sang montra l'existence de bactéridies virulentes.

Suivant l'auteur, il s'agirait là d'un cas de charbon intestinal primitif. L'absence de lésions sur la muqueuse stomacale s'expliquerait par ce fait que les formes végétatives des bactéries qui ont pénétré dans l'estomac, ne se sont pas développées dans le milieu alcalin de l'intestin.

Un cas de sérothérapie dans le tétanos (Ein weiterer mit Behring's Heilserum behandelter Fall von Tetanus), par Doerfler (*Münch. med. Woch.*, 1894, n° 15, p. 282). — Il s'agit d'un cas de tétanos en apparence spontané ayant évolué chez une fille de 11 ans avec des phénomènes fébriles et convulsifs d'intensité tout à fait moyenne, et fait formuler dès le début un pronostic favorable. Au 10° jour on a fait pourtant une injection de 50 cm. c. de sérum antitétanique qui ne provoqua aucune réaction locale ni générale. L'enfant guérit.

Amputation de la langue cancéreuse par le galvano-cautère (La prima centurie di amputazioni della lingua per carcinoma eseguite colla dieresi termo galvanica), par Bottini (*La Clinica chirurgica*, 31 janvier 1894, p. 1). — L'auteur conclut de cent opérations de ce genre qu'il a pratiquées que l'amputation galvano-caustique de la langue par la voie buccale est le procédé le plus rationnel, le plus simple et le plus efficace, bien supérieur à l'emploi de l'instrument tranchant.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique médicale de la Charité. Leçons et mémoires par le professeur Potain et ses collaborateurs François-Franck, Vaquez, Suchard et Teissier. Paris, G. Masson, 1894. Prix : 30 francs.

Il n'est besoin ni de longs développements, ni de phrases élogieuses pour faire ressortir l'intérêt et la valeur d'un livre publié par M. Potain. Le clinicien éminent qui a obtenu, sans les rechercher, tous les honneurs que l'élection peut conférer à un savant, devait à ses confrères, à ses collaborateurs, à ses élèves un livre qui réunît quelques-uns de ses plus remarquables travaux. Ceux-ci ont été maintes fois analysés dans les recueils scientifiques ou publiés par les élèves de notre vénéré maître. Si l'on pouvait les reproduire tous, ils feraient la matière de plusieurs volumes d'une utilité indéniable. Au lieu de se contenter de faire reproduire quelques-unes de ses leçons les plus souvent citées, M. Potain a voulu ajouter à son œuvre personnelle quelques mémoires rédigés par ses assistants les plus distingués. C'est là une nouvelle manière de montrer ce que peut, ce que doit être l'enseignement de nos écoles d'enseignement supérieur. Le maître qui sait consacrer à ses devoirs officiels le temps nécessaire pour inspirer et diriger des travaux scientifiques aussi remarquables que ceux qui sont contenus dans ce volume aurait le droit de s'enorgueillir de la tâche qu'il a su mener à bonne fin. M. Potain se contente de faire ressortir dans sa préface le mérite de ses collaborateurs et surtout les qualités éminentes dont l'un de ses élèves les plus distingués, le Dr François-Franck, a donné tant de preuves en apportant à la clinique l'appui de connaissances physiologiques très étendues et l'ingéniosité qui permet à un expérimentateur habile de mieux connaître le fonctionnement des organes et l'action des médicaments. Mais tout en signalant les œuvres originales publiées dans ce premier volume, M. Potain insiste aussi sur l'importance des leçons qu'il a consacrées à l'examen et à l'interprétation des signes dont l'analyse conduit au diagnostic. Toujours préoccupé de bien faire, l'éminent professeur de la Charité a donné une grande place dans son enseignement à ces recherches de clinique propédeutique qui sont trop souvent négligées de nos jours et ce ne sera pas l'un de ses moindres titres de gloire que celui d'avoir perfectionné, en lui donnant plus de précision, l'étude de la séméiologie des affections cardiaques.

Il suffira d'indiquer, parmi les leçons, celles qui ont trait aux souffles organiques et anorganiques du cœur, aux cardiopathies réflexes, aux névropathies d'origine cardiaque, puis un mémoire sur les souffles cardio-pulmonaires pour bien montrer l'importance de la contribution apportée par M. Potain lui-même à cette œuvre magistrale. M. François-Franck y a inséré un mémoire sur l'analyse expérimentale de l'action de la digitaline ; M. Vaquez a donné à son maître une étude sur la phlébite des membres ; on doit enfin à M. Toissier un travail sur les rapports du rétrécissement mitral pur avec la tuberculose et à M. Suchard un résumé de la technique des autopsies cliniques.

L. Lereboullet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Quelques considérations sur le traitement des cataractes secondaires, par Henri Berchot.

Les interventions secondaires sont des opérations légitimes. Il faut reconnaître qu'elles sont fâcheuses par l'effet moral produit sur le malade, par le retard de la guérison, par les soins minutieux qu'elles exigent. Si l'on a soin de prendre les précautions nécessaires, elles ne présentent pas de dangers très sérieux. Il ne faut pas en abuser, mais quand elles sont indiquées, il serait puéril de ne pas les pratiquer. Pour qu'une intervention se trouve indiquée, la cataracte secondaire doit réunir les conditions suivantes :

L'opération primitive remonte au minimum à un mois. L'acuité visuelle est inférieure à 2/5. Les opacités pupillaires suffisent à expliquer cette diminution de l'acuité visuelle. Les différents milieux de l'œil sont normaux, la rétine en particulier a conservé toute sa sensibilité. Il n'y a pas eu de complications graves au cours de l'opération primitive. Il n'y a pas d'hypotonie.

Les opérations secondaires peuvent être appliquées méthodiquement au traitement des cataractes traumatiques compliquées de phénomènes glaucomateux. Pour le choix de l'opération la mieux appropriée au traitement de chaque cas particulier, on doit uniquement considérer l'épaisseur de la cataracte, sa consistance, ses adhérences. Les accidents sont rares. On les observe seulement dans les formes graves de cataractes secondaires compliquées.

Contribution a l'étude des fractures chez les enfants et de leur traitement, par Alfred Leblois.

Les fractures chez les jeunes sujets diffèrent de celles des adultes par trois caractères principaux : siège fréquent de la fracture au niveau de la jonction de l'épiphyse et de la diaphyse ; conservation du périoste ; rapidité de la consolidation. La rapidité de cette consolidation est due à l'activité plus grande des éléments qui prennent part à la réparation du tissu osseux. Il y a réparation active, mais aussi, et souvent par suite de l'exagération du travail réparateur, il y a exubérance du cal. L'exubérance du cal, lorsqu'il s'agit de fractures para-articulaires très fréquentes chez les enfants, peut être une cause de gêne dans le rétablissement des mouvements arti-

culaires. L'immobilisation prolongée ne contrariant pas cette formation exagérée doit être laissée de côté au moins dans le traitement des fractures articulaires ou para-articulaires pour faire place au massage et à la mobilisation précoce. Le traitement des fractures chez les enfants par cette méthode donne dans la plupart des cas des résultats supérieurs tant au point de vue de la durée du traitement qu'à celui du retour de la fonction du membre. — Réserve faite pour certaines fractures, c'est la méthode de choix dans le traitement des fractures chez les enfants.

Contribution a l'étude des traumatismes sur les organes génitaux des femmes enceintes, par Edouard Guérin.

Nous pouvons résumer en quelques mots les conclusions qui découlent de ce travail :

Dans ces dernières années, à la suite des progrès de l'antisepsie, la mortalité ne paraît pas plus considérable pour les opérations pratiquées chez les femmes enceintes que pour ces mêmes opérations pratiquées en dehors de la puerpéralité.

Dans la majorité des cas et surtout dans ces dernières années, nous voyons que la grossesse continue à évoluer normalement.

Lorsque l'opération a été suivie de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, il y a lieu de se demander si c'est bien elle qui les a provoqués et si ces mêmes femmes auraient pu aller à terme avec l'affection dont elles étaient atteintes.

De la polyadénite chronique périphérique chez les enfants, par François-Marie Potier.

La polyadénite chronique périphérique n'est pas une lésion essentiellement tuberculeuse. Elle nous paraît surtout une manifestation liée à différents états de cachexie chez les enfants. On la rencontre le plus souvent dans la tuberculose infantile. Elle se trouve dans la dyspepsie intestinale chronique des nourrissons et des jeunes enfants. Elle se présente dans la syphilis héréditaire. On la trouve dans la convalescence de certaines maladies aiguës, principalement dans la rougeole qui a été compliquée de broncho-pneumonie.

VARIÉTÉS

Progrès de l'hygiène publique à Budapest (1).

De même que tous les autres pays civilisés, c'est à l'Angleterre que la France doit son initiation dans la science et dans la pratique moderne de l'hygiène publique, au cours principalement du troisième quart du XIX° siècle — ainsi que Freycinet l'a clairement mis en lumière dans ses savantes publications.

De même, c'est l'Angleterre aussi qui a indiqué à la Hongrie et surtout à sa capitale la haute portée des applications de l'hygiène; ses exemples, bien compris et scrupuleusement suivis, ont exercé une influence salutaire et, aujourd'hui, Budapest peut se vanter à bon droit d'être la digne élève de son éminente maîtresse.

Dans la capitale hongroise, c'est le rapide accroissement de la population qui exerce l'influence la plus défavorable sur les conditions de l'hygiène publique. La ville elle-même a été dotée par la nature d'une situation admirable et parfaitement saine. Sur l'une des rives du Danube s'élèvent de pittoresques collines et montagnes couvertes par les édifices historiques de l'antique capitale, par les monuments, le cirque et l'aqueduc de l'époque romaine; sur l'autre rive, s'étend la plaine sans fin avec les palais des quartiers modernes, avec l'actif mouvement industriel et commercial. Ce mouvement attire un grand courant d'immigration venant de la province et même de l'étranger. Et, malgré les constructions nouvelles qui s'élèvent chaque jour aux quatre coins de Budapest, on constate un nombre considérables de logements encombrés; à cela contribue encore le fait qu'une partie proportionnellement très grande de la population de cette capitale est composée d'ouvriers et de journaliers pourvus, comme d'habitude, de familles nombreuses.

Le chiffre de la population de Budapest ne dépassait pas 50.000 âmes au commencement du XIX° siècle; en 1840, il avait déjà doublé; en 1880, on comptait 370.000 habitants; dix ans après, 500.000 habitants; enfin, au moment où nous écrivons ces lignes, il est tout près d'atteindre 600.000 âmes.

Les autorités municipales s'efforcent, par toutes les manières possibles, d'améliorer *les conditions des logements*, de ceux-là surtout qui sont habités par les familles pauvres. On bâtit, dans les quartiers extra-urbains, de nombreuses maisonnettes-baraques et l'on y fait loger les classes indigentes de la population pour un loyer des plus modiques. L'administration communale aliène aussi de vastes terrains et les vend, à bas prix, à des associations d'employés et d'ouvriers, afin qu'elles y construisent des logements pour les familles de leurs membres.

Le développement donné à la création de maisons à logements bon marché est surtout important pour Budapest, parce qu'ici — de même qu'à Vienne et à Berlin — les maisons sont bâties avec tout le luxe imaginable et pourvues de tout le confortable possible; aussi les gens du peuple peuvent-ils à peine y trouver des logements dont ils payeraient le loyer.

A l'amélioration des conditions sanitaires et des communications servent les *boulevards* percés au cours des dernières années. Il y a peu de temps seulement que l'on a achevé la large avenue Andrassy, dont la longueur atteint 2 1/2 kilomètres. Puis, on a procédé à l'alignement de la longue étendue des grands boulevards circulaires, lesquels ont été aussi presque achevés, en relativement peu de temps. L'avenue Andrassy et les grands boulevards circulaires, percés à travers les vieux quartiers encombrés, ont puissamment contribué à donner à la ville de la lumière, de l'air et de la propreté.

On s'occupe actuellement de percer une autre grande rue, à travers les quartiers encombrés de la partie la plus ancienne de la ville. Cette rue et le quatrième pont que l'on va jeter sur le Danube rapprocheront encore et rendront plus habitables les parties de la ville situées sur les collines de la rive droite du fleuve.

En même temps que les travaux de construction, on achève aussi la *canalisation* de Budapest. Depuis longtemps déjà, la ville possède un réseau d'égouts, mais ils aboutissaient au Danube dans l'enceinte même de la ville. Aujourd'hui, on va ajouter des canaux collecteurs, lesquels transporteront les eaux d'égout dans le Danube toujours, mais au-dessous de la ville.

Les eaux sales des égouts situés à une grande profondeu seront, durant les crues du fleuve, puisées au moyen de pompes. Au cas où des pluies extraordinaires viendraient encombrer les canaux, des issues spéciales ménagées *ad hoc* transporteront les eaux directement dans le Danube.

Des mesures sont prises pour qu'avec le temps, les eaux d'égout puissent être employées aux besoins agricoles. Cela aura pour conséquence que les eaux du fleuve, tout au moins à Budapest, ne seront pas souillées par les immondices de la ville.

Pour ces travaux de canalisation, l'Administration communale dépense 5 1/2 millions de florins (plus de 11 millions de francs).

De même que dans les autres grandes villes, *l'approvisionnement d'eau* constitue à Budapest une grosse question. Le premier ouvrage hydraulique a été construit, il y a 25 ans, par l'ingénieur anglais William Lindley senior (sauf l'aqueduc de l'époque romaine et le petit ouvrage hydraulique édifié durant le moyen-âge). Cet ouvrage consistait en de grands et profonds puits situés sur les bords du Danube et dans lesquels suintaient les eaux du fleuve et les eaux souterraines des environs. Il a été constamment agrandi par des réservoirs collecteurs d'eau installés parallèlement au cours du Danube et consistant en des tuyaux métalliques perforés. Mais cet agrandissement ne pouvait se continuer à cause des constructions nouvelles qui venaient s'ajouter dans le rayon des puits d'infiltration. Il y a cinq ans, on a aménagé de grandes installations de filtres artificiels, lesquels purifient l'eau du Danube, mais elles ne parvinrent bientôt plus à suffire aux besoins de la population. Tout récemment enfin, il a été creusé — le long du fleuve à 10 kilomètres environ au nord de la ville — une série de puits qui emmagasinent d'un côté l'eau du Danube et, de l'autre côté, l'eau souterraine des environs et qui envoient leur contenu à la ville par des tuyaux de fer du calibre de 1,2 mètre. Cette eau est assez bonne et suffisante, et cependant le nombre de ceux qui réclament de l'eau de source augmente sans cesse. A une distance de 80 kilomètres de la capitale, il se trouve des

(1) *A l'occasion du VII° Congrès international d'Hygiène et de Démographie*, qui se tiendra à Budapest, M. le Prof. Dr J. Fodor, président du comité exécutif, veut bien nous demander l'insertion de l'article suivant qui montre les progrès accomplis à Budapest depuis quelques années.

sources excellentes et extrêmement abondantes; l'on a bien recommandé d'en utiliser l'eau; mais, cela rencontre une vive opposition, vu que — à l'endroit où elle jaillit — cette eau possède une température de 20°4 centigrades.

Les ouvrages hydrauliques actuels fournissent près de 200 litres d'eau par jour et par habitant, mais cette quantité ne suffit pas, parce que l'administration communale fournit l'eau à robinets libres sans nullement compter les quantités consommées, excepté en ce qui concerne les fabriques; aussi le public ne fait-il aucune économie pour ce qui est de la consommation de l'eau. Six millions de florins (environ 12,000,000 de francs) ont été consentis par la Ville pour la construction des agrandissements projetés, lesquels — une fois achevés — fourniront à Budapest 120,000 mètres cubes d'eau par 24 heures.

Bupapest, métropole d'un pays très fertile, peut être approvisionnée facilement et fort bien. Et cependant, à ce point de vue aussi, on constatait jusqu'à présent de grandes lacunes. Afin de remédier à une situation désagréable, la Ville fait construire de grandes *Halles Centrales*, lesquelles serviront aussi à l'exportation, ainsi que huit marchés couverts dans les différentes parties de la capitale. Les plans des Halles Centrales ont été dressés par le Prof. Petz à Budapest; elles s'élèveront sur une superficie de 11,000 mètres carrés. Le chemin de fer y aura embranchement et elles seront reliées, par une communication souterraine, avec le quai de déchargement sur le Danube. Les Halles centrales seront construites en pierres et briques, avec des chambres de refroidissement et des magasins en sous-sol. La dépense montera, suivant les prévisions, à 8.3 millions de florins (environ 16 1/2 millions de francs).

Outre ces grands travaux d'utilité publique, la Ville de Budapest dépense beaucoup d'argent pour *le nettoyage des rues* (500,000 florins par an), pour *le pavage et le percement de nouvelles voies de communication* (2,000,000 de florins par an), pour *les écoles* (2,000,000 de florins par an), pour *les hôpitaux*. Il y a quelques années, le nouvel hôpital communal a été bâti avec la disposition en pavillons. Aujourd'hui, on achève un *hôpital spécial pour les maladies contagieuses* et il a été décidé de faire construire deux autres hôpitaux généraux qui desserviront les quartiers éloignés de la ville. Les hôpitaux communaux à eux seuls contiennent des lits pour 2,000 malades, sans compter les hôpitaux de l'Etat et les établissements hospitaliers privés ou entretenus par des associations.

Les *immondices de la ville* sont transportées par un petit railway *ad hoc* à une grande distance hors de Budapest et elles sont employées à l'amélioration des terrains cultivés.

A la place de *l'Institut communal de désinfection*, qui n'avait été édifié qu'à titre provisoire, on va élever un Institut définitif.

L'administration sanitaire de la ville a été réorganisée suivant l'esprit de la nouvelle loi sur la matière. En dehors de l'Autorité médicale supérieure de la ville avec son personnel et ses bureaux auxiliaires, on organise tout un système de médecins sanitaires d'arrondissement pour pauvres (chargés de soigner les malades indigents), de sages-femmes d'arrondissement, de vétérinaires, d'inspecteurs sanitaires, etc.

***

Puisse cette courte esquisse donner quelque idée des conditions sanitaires de la capitale hongroise, comme aussi des grands travaux que Budapest a fait et fait accomplir en vue de son assainissement.

Nous pouvons, à bon escient, affirmer que ces sacrifices ont déjà porté leurs fruits. Une preuve concrète en est *la baisse du taux de la mortalité*. Depuis 1874, ce taux a fléchi dans des proportions notables; tandis qu'en 1894 75-76 il était de 44,9—41,5—41.9 0/00, il n'a donné en 1890-91-92 que 29,2—27,9—28,00/00. C'est, en d'autres termes, 9,000 personnes qui, chaque année, échappent à la mort.

C'est à cet assainissement que le pays hongrois et Budapest, souvent visités par le *choléra*, doivent la bénignité relative des épidémies de 1892 et de 1893. Tandis qu'en 1872-73, Budapest payait à cette maladie un tribut de 2,558 victimes, il n'y a eu que 525 décès en 1892 et seulement 105 en 1893, sur une population deux fois plus considérable. La *fièvre typhoïde* également est devenue beaucoup moins dangereuse; la statistique donne, pour la période quinquennale 1864-68, une moyenne annuelle de 280 décès par 100,000 habitants; pour les cinq années 1874-78, cette moyenne n'est que de 144 décès; enfin, pour la période 1889-93, elle baisse jusqu'à seulement 37 décès. Mais les résultats les plus brillants ont été obtenus à Budapest et dans toute la Hongrie en ce qui concerne *la variole*. Déjà généralement introduite et usitée dans le pays, la vaccination a été rendue obligatoire par la loi de 1887, laquelle ordonne également la revaccination des enfants lorsqu'ils atteignent l'âge de 12 ans. Les résultats obtenus sont éloquemment exprimés par les résultats obtenus ci-après :

Les décès de variole ont monté en

	1886	1887	1888	1889
	avant		après	
	la vaccination et revaccination obligatoires.			
Hongrie......	2.477	1.760	102	115
Autriche......	1.005	1.022	1.440	1.180

Tandis qu'en Autriche, le pays limitrophe, où la revaccination n'est pas obligatoire, la mortalité par la variole s'est accrue de 1886 à 1889, elle a baissé depuis 1887 en Hongrie jusqu'au 1/20 du chiffre primitif. A Budapest, les décès par la variole ont suivi, de 1887 à 1893, la progression descendante : 376, 14, 0, 0, 2, 4, 6.

Les données que nous venons de résumer intéressent le médecin aussi bien que l'hygiéniste. Nous sommes persuadés que les grandioses travaux d'utilité publique exécutés à Budapest contiennent des enseignements dont les savants étrangers aussi peuvent faire leur profit ; dans tous les cas, ce que nous en disons ne peut que les intéresser à la veille du Congrès international d'hygiène et de démographie qui siégera dans la capitale hongroise du 1er au 9 septembre 1894.

Monument Villemin. — Le monument élevé à la mémoire de Villemin sera inauguré à Bruyères (Vosges) le dimanche 3 septembre prochain. Dû à un artiste de talent, M. Jacquot, statuaire, ce monument en marbre, surmonté du buste en bronze de l'illustre professeur du Val-de-Grâce, est une œuvre des plus remarquables qui eût mérité d'être édifiée à Paris même où Villemin a conquis la renommée due à ses immortelles découvertes. Très ressemblant et d'un caractère artistique très digne d'éloges, le buste de Villemin sera prochainement offert au ministre de la Guerre pour être placé dans l'une des cours du Val-de-Grâce.

Le banquet des anciens élèves de Strasbourg. *Réunion de Nancy.* — L'Association des anciens élèves de la Faculté de médecine de Strasbourg, désireuse de rendre plus intimes les liens qui l'unissent à la plupart des médecins de la région de l'Est, a résolu de tenir successivement à Nancy et à Paris ses réunions annuelles. La première assemblée du groupe de l'Est qui s'est tenue à Nancy comprenait une réunion préparatoire dans les salles de la Société d'agriculture, puis un banquet à l'Hôtel de France. A ce banquet assistaient plusieurs des professeurs honoraires de l'Ecole de Nancy, MM. Tourdes, Coze, Herrgott, Hecht, puis la plupart des professeurs titulaires, anciens élèves de Strasbourg, qui avaient répondu à l'appel de leurs collègues MM. Gross et Bernheim. Un grand nombre de médecins des stations hydrologiques de l'Est et de médecins militaires assistaient à cette réunion confraternelle où le docteur Bouloumié, fondateur de l'Association, en a indiqué le but, les tendances et l'avenir. MM. les professeurs Bernheim et Stœber ont été élus, le premier président, le second secrétaire de cette association.

Asiles d'aliénés. — *Nomination des médecins.* — Les médecins des asiles publics d'aliénés et ceux des salles spéciales consacrées au traitement des aliénés dans les *établissements publics* sont nommés par l'Etat, c'est-à-dire par les préfets. L'hospice communal de Tours ayant passé avec l'Etat un contrat par lequel il s'engageait à faire soigner dans un quartier spécial les aliénés dont le traitement est à la charge du département, le préfet, s'autorisant des termes de la loi de 1838, émit la prétention de nommer le médecin aliéniste chargé de ce service spécial. Sur appel de la commission administrative de l'hospice de Tours, le Conseil d'Etat a annulé l'arrêté du préfet et décidé que dans les établissements communaux, quels que soient les contrats passés avec l'administration centrale, la nomination de *tous* les médecins appartient à la commission administrative.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

TRAVAUX ORIGINAUX

DYSTOCIE DU DÉTROIT SUPÉRIEUR

MÉCANISME — DIAGNOSTIC — TRAITEMENT
SYMPHYSÉOTOMIE

Par L. H. FARABEUF

Compte-rendu d'une *DÉMONSTRATION OBSTÉTRICALE* (1).

Messieurs,

Ce que je vais vous dire, vous démontrer et vous montrer, vous ne le trouverez nulle part : les auteurs classiques ne contiennent rien sur la plupart des articles que je vais, dirai-je, traiter... non, esquisser devant vous ; pour le reste, ils enseignent le contraire de l'opinion que je me suis faite après avoir observé et expérimenté depuis 1886 jusqu'à aujourd'hui.

Mes deux amis et collaborateurs pour la clinique, Pinard et Varnier, sans le contrôle desquels mes expériences cadavériques m'auraient toujours paru insuffisamment probantes, ont communiqué en mon nom, au récent Congrès de Rome, plusieurs parties de mon travail, mais sans pouvoir rien démontrer avec des pièces naturelles. Ici, pour la première fois, je vais tout exposer, j'entends tout ce qu'il y a de pratique, car je vous ferai grâce des expériences, des calculs, des recherches anatomiques, etc. Ce sera déjà bien trop long pour mes forces et pour votre patience. Attendez-vous à ce que cela dure plus de deux heures !

C'est un ensemble d'articles ou de théorèmes qui s'enchaînent et se déduisent. Je réduirai chacun d'eux au strict nécessaire, mais je ne puis en supprimer aucun sans compromettre l'intelligence des manœuvres et des démonstrations techniques, qui, naturellement, ne viendront qu'à la fin.

Et même, pour que la partie jeune des spectateurs comprenne, je débute par leur dire en quelques mots ce que tous, vous, mes confrères et mes collègues, savez aussi bien que moi.

Le fœtus qui s'est développé dans le ventre, et s'y tient généralement la tête en bas, doit, pour être expulsé, traverser le bassin osseux presque toujours la tête la première. Celle-ci *entre* donc comme elle peut dans ce qu'on appelle l'*excavation ;* elle s'y *tourne* comme il faut, l'occiput vers la porte de sortie qui est en avant ; enfin elle *sort* par un canal de parties molles résistantes mais dilatables, dont je n'ai pas à m'occuper.

Aujourd'hui, ce qui est important, essentiel, c'est l'*entrée* de la tête, c'est la manière dont elle franchit l'orifice supérieur de l'excavation, le *détroit supérieur*, anneau *inextensible* parce qu'il est formé d'une ceinture osseuse, les pubis, les lignes innominées, les ailes du sacrum et le *promontoire* ou angle sacro-vertébral.

Sur la femme debout, comme sur ce bassin que je tiens devant vous, le détroit supérieur regarde plus en avant qu'en haut, parce que son plan fait avec l'horizon un angle de 60°. De là résulte que le promontoire est situé bien au-dessus du niveau horizontal du pubis, à une hauteur en ligne verticale à peine inférieure (10 à 15 mm.) à la distance inclinée promonto-pubienne dite *diamètre* antéro-postérieur ou *promonto-pubien minimum.*

L'orifice osseux que le bassin offre ainsi à la tête est, à de très rares exceptions près, toujours assez large dans ses diamètres transverses qui, l'emportant de beaucoup à l'état normal sur l'antéro-postérieur, conservent des dimensions suffisantes dans les rétrécissements communs que caractérise un simple *aplatissement* du bassin d'avant en arrière.

C'est donc la distance du promontoire au pubis, le diamètre antéro-postérieur, promonto-pubien, qui est en défaut : de 110 millimètres, il tombe à 100, 90, 80, 70, très exceptionnellement à 60 et au-dessous. La tête du fœtus, plus longue du front à l'occiput que large d'un pariétal à l'autre, se place au mieux sur cet orifice oblong en travers ; fléchie complètement ou non, c'est et ce ne peut être que son diamètre transversal qui s'offre à l'intervalle promonto-pubien. Or, ce diamètre transversal céphalique mesuré d'une bosse pariétale à l'autre, le *bi-pariétal*, comme on dit, mesure 95 millimètres ; et il est fort *peu réductible.*

(1) Cette démonstration a été faite à l'aide d'un matériel de dessins, d'appareils, d'instruments, de pièces naturelles préparées fraîches, ou devant un auditoire composé de professeurs, de praticiens, de sages-femmes et d'élèves, dans les villes de Rouen, Caen, Rennes, Nantes et Angers entre le 12 et le 20 avril 1894. Ce compte rendu, non complètement révisé ni refondu, a paru antérieurement dans la *Normandie médicale*, par les soins de M. Cerné.

Dans un bassin large, normal, la tête ou plutôt, à cause de la flexion, l'arrière-tête pénètre facilement, sans être attardée ni obligée de s'accommoder.

Dès que le bassin est *juste*, elle s'accommode avec lenteur et quelque difficulté. Quand il est *trop juste*, quoique suffisant encore, une intervention prudente et savante peut seule aider l'utérus qui n'a pas la force nécessaire pour engager la tête. Enfin, si le détroit est *insuffisant* ou la tête trop grosse, ce qui revient au même, l'accouchement, vu la gravité actuelle de l'extraction abdominale, ne peut se terminer que par l'*agrandissement* momentané du bassin, qui sauve la mère et l'enfant, ou par la perforation et le *broiement* de la tête de celui-ci.

Ceci dit aux élèves, je m'adresse maintenant à tout le monde.

I

A l'état normal, la tête s'oriente donc transversalement ou à peu près; mais comment s'incline-t-elle, comment se pose-t-elle sur le détroit supérieur?

Cherche-t-elle à y pénétrer de haut en bas et d'avant en arrière, dans l'axe du détroit, pour s'en coiffer comme d'un chapeau bien équilibré enserrant les deux pariétaux aussi près d'une oreille que de l'autre?

Si cela est, c'est le *synclytisme* enseigné couramment en France et ailleurs (1). Alors, l'une des bosses pariétales, l'antérieure, serait en rapport avec le pubis en même temps que l'autre, la postérieure, le serait avec le promontoire ou le côté du promontoire. Vu l'inclinaison du détroit, la tête du fœtus mise dans cette attitude sous vos yeux forme une saillie énorme en avant qui ne plaide pas en faveur de cette hypothèse..... Nous verrons.

C'est encore bien pis si l'on réalise la doctrine de Naegele (prononcez Naiguelé), c'est-à-dire l'*asynclytisme* avec inclinaison sur le pariétal antérieur : je vous montre qu'alors la bosse et tout le pariétal et l'oreille antérieurs sont dans le bassin, sur la vessie, tandis que la bosse postérieure et *a fortiori* l'oreille sont encore

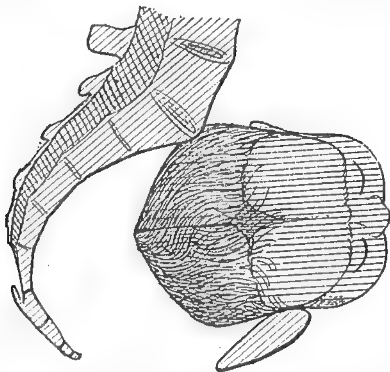


FIG. 1. — La tête posée sur le détroit supérieur tendant à engager le pariétal antérieur, asynclytisme suivant la doctrine de Naegele, etc.

au-dessus du promontoire (fig. 1). Le toucher vaginal fait reconnaître toute la moitié antérieure du crâne et n'atteint la suture sagittale qu'à une profondeur et à une hauteur considérables. N'était la hauteur, on croirait avoir affaire à une tête descendue au fond de l'excavation avec bascule dans la concavité sacrée.

En 1886, dans des expériences cadavériques, ayant vu que les choses allaient bien mieux en posant la tête à l'inverse de ce qu'a dit Naegele, je me mis à chercher si ce que je donnai d'abord comme une hypothèse anatomique ne serait pas la vraie vérité. Il se trouva que j'avais deviné juste comme quelques anciens qui n'ont pas été écoutés, et c'est là le point de départ nécessaire de toute ma démonstration. Expliquons-nous donc.

La tête se pose, ai-je dit, en asynclytisme opposé à celui de Naegele. La bosse postérieure est déjà loin au-dessous du promontoire, devant la concavité du sacrum, alors que la bosse antérieure repose encore sur le pubis. Vous voyez l'attitude, elle paraît rationnelle. Mais une apparence satisfaisante n'est pas une preuve.

II

Maintenant que Varnier a rassemblé en grand nombre observations, figures, coupes congelées, autopsies et constatations cliniques contrôlées par Pinard, je puis bien dire hardiment : c'est la bosse postérieure qui passe la première, c'est la tempe postérieure qui d'abord

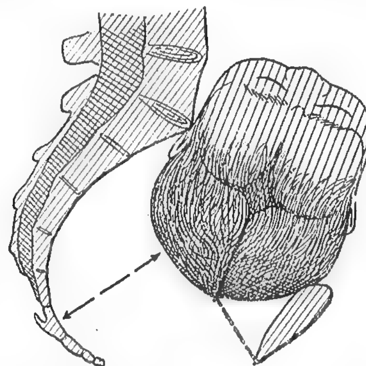


FIG. 2. — La tête du fœtus *posée* sur le détroit supérieur d'un bassin proportionné. — Le promontoire touche la tempe postérieure; les pubis soutiennent la bosse pariétale antérieure (figure de 1886). Au-dessous du plan du détroit supérieur, par conséquent dans l'excavation, se trouve la majeure partie du crâne, qui cependant n'est pas engagé, puisque la bosse pariétale antérieure est encore au-dessus du *culmen pubien*. On pourrait mettre trois doigts de champ entre le plan coccy-sacré et le pôle céphalique; la suture sagittale est près du sous-pubis (35 mm.). C'est néanmoins le pariétal antérieur que le doigt touche le premier. Pour constater que le pariétal postérieur tout entier jusqu'à l'oreille est engagé, un doigt ne suffit pas, il faut introduire les quatre doigts et les métacarpiens.

répond à la hauteur du promontoire (fig. 2). La bosse antérieure ne franchit le pubis qu'après, et, point capital, la tête passe en basculant comme un battant de cloche qui s'en irait battre la concavité du sacrum. C'est le contraire et de l'asynclytisme de Naegele et du synclytisme ou passage simultané des bosses que l'on enseigne. Dans l'hypothèse de Naegele, où la tête est largement appuyée en avant sur les pubis, la bosse pariétale postérieure est en conflit avec le dessus du promontoire : il faudrait qu'elle pût s'aplatir pour le franchir. De même pour que le passage des deux bosses eût lieu en même temps, le diamètre bi-pariétal devrait subir une réduction faible ou excessive, car nous sommes toujours, bien entendu, dans l'hypothèse d'un bassin juste ou trop juste, c'est-à-dire calibré ou franchement rétréci.

Je n'ai pas inventé ce fait que, posée comme je dis, la tête passait mieux en basculant. Il y a longtemps qu'en introduisant un levier, une cuillère de forceps en avant de la tête, entre elle et le pubis, on a constaté qu'on pouvait la faire basculer en arrière et s'engager, mais au lieu de négliger ce fait je l'ai *compris* et j'en ai tiré *les conséquences*.

(1) On trouvera, si l'on veut, des pièces justificatives, de longues citations françaises ou traduites et de nombreuses figures dans le mémoire intitulé : *De l'engagement et de la descente de la tête dans les bassins normaux*, et portant le n° VIII des ÉTUDES D'ANATOMIE OBSTÉTRICALE de Pinard et Varnier, texte et atlas. 1892, Paris. Steinheil.

Expériences de laboratoire, documents bibliographiques, atlas, autopsies, observations cliniques, tout me permet de vous dire : Voilà le véritable mécanisme; rompons avec toutes les manœuvres, tous les instruments qui le contrarient.

Sa réalisation exige que le sacrum soit *divergent* relativement à la symphyse, c'est-à-dire que la paroi postérieure de l'excavation s'écarte de plus en plus des pubis en allant de haut en bas depuis le promontoire jusqu'au milieu du sacrum. Il est donc de la plus haute importance, pour le pronostic, de connaître la distance qui sépare le pubis de la face pelvienne, concave ou non, du sacrum, ce que j'appelle le *diamètre mi-sacro-pubien* qui doit être au moins aussi grand que le diamètre bi-pariétal très peu réductible, puisqu'il doit le recevoir.

Or, ce diamètre pelvien, les accoucheurs ne le mesurent jamais! Ils n'en ont donc pas compris l'extrême importance.

Faites attention qu'il est plus important encore de le connaître que le promonto-pubien. Celui-ci, en effet, peut être notablement plus étroit que le diamètre céphalique qui s'offrira à lui, tempe appliquée au promontoire, pariétal sur les pubis. Car ce diamètre temporo-pariétal, la tempe qui est dépressible, peut le réduire de plus de 10 millimètres sans danger. Dans le mi-sacro-pubien, au contraire, je le répète encore, le bi-pariétal est en cause; et une fois le chevauchement sagittal réalisé, il ne cède plus d'un millimètre.

III

Il me faut maintenant définir l'engagement et en indiquer les signes, car je veux donner aux praticiens qui m'entendent, les moyens de constater, sur la parturiente, les preuves de ce que j'avance. Définir l'*Engagement!* Oui, car j'ai cherché en vain cette définition; les auteurs ne l'ayant pas, ne l'ont pas donnée.

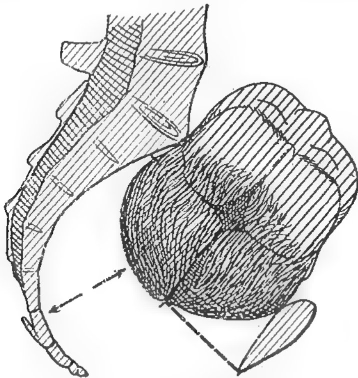


Fig. 3. — Tête engagée dans le détroit supérieur. — Le pôle descendant ayant pu se porter en arrière, parce qu'il restait de la place entre la bosse postérieure et le sacrum, la bosse antérieure a pu descendre jusque dans la partie la plus étroite du détroit, jusqu'au *culmen* pubien.

La hauteur du pôle au-dessus du plan coccy-sacré a diminué et n'est plus que de deux doigts. La suture sagittale s'est éloignée du sous-pubis (55 mm.).

Il ne suffit pas de sentir la tête dans l'excavation, pour avoir le droit de la dire engagée. Que depuis plusieurs heures elle soit fixée, appuyée, c'est-à-dire bien poussée par l'utérus, et l'on pourra trouver l'excavation plus d'à moitié remplie, les deux tiers du crâne y étant plongés, sans qu'il soit positivement engagé, c'est-à-dire sans qu'on puisse avancer que tout va se terminer maintenant à bref délai et bien. Pour qu'il y ait *engagement*, il faut que les deux extrémités du grand diamètre céphalique soient sous ou dans le détroit supérieur : par exemple, il y a engagement lorsque la bosse pariétale postérieure étant depuis longtemps sous le promontoire, l'antérieure a fini par descendre au niveau du culmen pubien qui limite en avant la partie la plus étroite du détroit (fig. 3).

Il y a six semaines, un cas s'est présenté avec l'inclinaison de Naegele. La tête était facilement et largement sentie; on apercevait même les cheveux en écartant les lèvres. Un jeune accoucheur, au courant de ce que je vais vous dire, et sachant que, malgré les apparences, la tête n'était pas en train de passer, dit que la symphyséotomie s'imposait. Un autre plus ancien s'exclama d'abord, parce qu'il avait toujours fait et qu'il faisait confusion entre l'engagement et la simple fixation; entre le premier qui est une question résolue, et la seconde qui ne se résoudra peut-être jamais.

IV

Comment donc reconnaîtrez-vous et le véritable engagement et la simple fixation appuyée? Voici :

La tête est-elle depuis peu attardée au-dessus du détroit supérieur : explorez attentivement (v. fig. 2 ci-dessus). Vous sentirez ordinairement que le pôle descendant est encore à 3 doigts en hauteur, au-dessus du plan coccy-sacré, c'est-à-dire que vous pouvez introduire trois doigts de champ entre ce pôle et le plancher osseux. Quant à la suture sagittale, elle sera à environ 35 millim. du bord inférieur du pubis. Il faut la toucher, bien entendu, dans le plan médian, au pôle même, car la moindre diagonalisation en rapproche l'extrémité occipitale, en éloigne l'extrémité bregmatique, *aut vice versa.*

Si la tête s'engage, autrement dit, si elle commence sa bascule en arrière, le pôle descend, la suture s'éloigne. Lorsque l'engagement de la bosse antérieure est accompli, la suture sagittale est à 55 mm. du sous-pubis et le pôle à 2 doigts seulement au-dessus du plan coccy-sacré (v. fig. 3 ci-dessus).

Quand la bascule est achevée, la descente faite, mais non appuyée sur le périnée, la suture est à 75 millim. du sous-pubis, et le pôle tout près ou à un doigt seulement du plancher (fig. 4). Je ne dis pas que la suture reste ensuite aussi éloignée, ni que la réaction du plancher mou ne va pas la ramener en avant en commençant à la faire tourner.

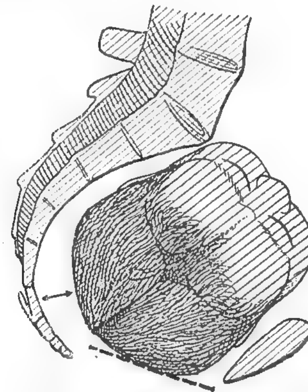


Fig. 4. — Tête descendue. — La bascule en arrière s'est accomplie au degré nécessaire et la suture s'est encore éloignée (75 mm.). La tête est à peine à un doigt du plancher coccy-sacré, elle va solliciter l'ouverture de la filière molle, le détroit inférieur.

Si par la pensée vous reportez cette tête telle qu'elle est inclinée, au-dessus du détroit supérieur, vous avez à peu près l'asynclytisme de Naegele représenté par la figure 1.

Comparez avec la figure 1. La tête est presque dans la même attitude — la suture est très éloignée du sous-pubis dans les deux cas. Mais quelle différence dans la hauteur du pôle céphalique, au-dessus du plancher coccy-sacré; là trois doigts, ici un à peine.

Les deux éléments du diagnostic, les deux signes sont donc : la *distance* de la suture sagittale au sous-pubis, et la *hauteur* du pôle au-dessus du plan coccy-sacré.

Si l'occasion nécessairement rare se présente à vous, observez avec soin, car ce sera pour vous la confirmation ou la réfutation de l'engagement tel que je le décris, Suivant la doctrine régnante du synclytisme, la suture sagittale devrait, pendant la descente de la tête, se rapprocher du pubis, et bien plus encore dans l'asynclytisme de Naegele. Or c'est le contraire qui s'est produit dans les observations sur la parturiente que Varnier a pu faire pour moi.

V

Vous voyez donc quelles sont les conditions nécessaires pour que l'engagement se fasse dans un bassin rétréci :

1° Il faut que le diamètre promonto-pubien égale le diamètre temporo-pariétal du fœtus, réduit au minimum inoffensif: il se laisse diminuer de plus d'un centimètre par la dépression de la tempe postérieure. Nous serons mieux fixés dans quelques mois.

2° Il faut que le diamètre mi-sacro-pubien égale le diamètre bi-pariétal.

Or, d'une part, on ne mesurait pas le mi-sacro-pubien et l'on ne pouvait mesurer bien le promonto-pubien; d'autre part, on ne pouvait connaître les diamètres fœtaux. Malgré cela on osait pourtant pratiquer la version pour faire passer, dans un bassin *mal connu*, une tête fœtale *inconnue!*

Il est facile de montrer pourquoi l'on connaissait mal le diamètre promonto-pubien. La seule donnée résidait dans la mensuration du promonto-sous-pubien; et l'on faisait, pour obtenir celui qui seul intéressait, le promonto-pubien, une déduction arbitraire; c'était 15 millimètres à Paris, un autre chiffre en Allemagne, etc.

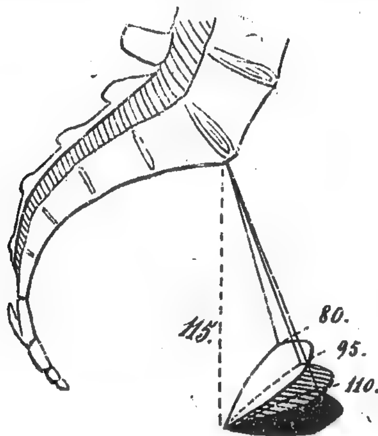


Fig. 5. — Montre la symphyse en trois inclinaisons différentes qui ne sont point fantaisistes, qui peuvent se rencontrer et ont été observées. Le point sous-pubien n'a pas varié.

Voici donc trois bassins où l'accoucheur mesurant le diamètre promonto-sous-pubien trouvera 115 mm. Pour en déduire le promonto-pubien minimum, il lui faudrait deviner que la symphyse noire demande une réduction de 5 mm.; la grise une de 20, la blanche une de 35 !

Oui, Messieurs, avec un même diamètre promonto-sous-pubien, l'on peut rencontrer deux diamètres promonto-sus-pubiens différant de 30 mm., trois centimètres.

Or, il est facile de voir que cette déduction doit être très variable suivant l'inclinaison de la symphyse relativement au sacrum. Pour une même longueur du sous-pubien, le promonto-pubien peut varier de 30 millimètres, suivant que l'axe de la symphyse est plus ou moins oblique. Voyez-moi redresser cette symphyse mobilisée: la déduction nécessaire dépasse 30 mm.; l'abaisser : elle tombe à zéro! (fig. 5).

Maintenant, autre chose, essayez de comprendre quel peut être le résultat de l'application du forceps au détroit

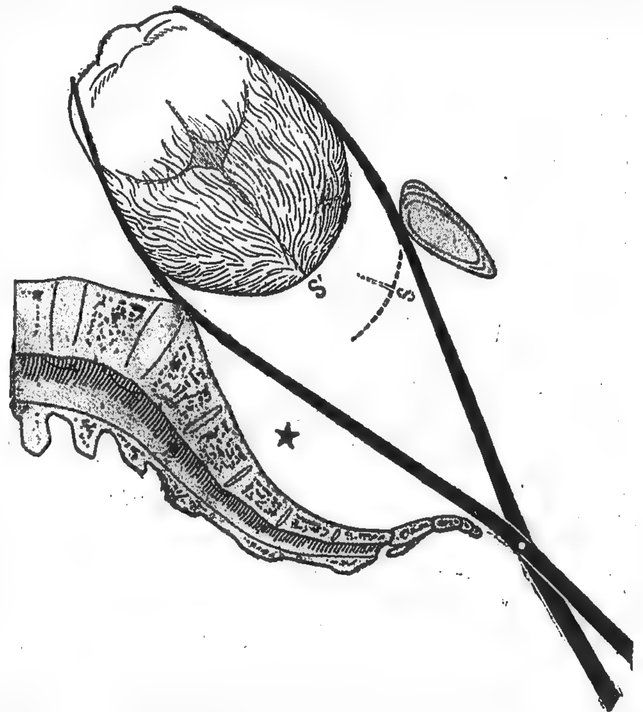


Fig. 6. — Représente exactement à quelle hauteur et dans quelle attitude le forceps peut saisir la tête par les côtés, suivant le méridien pariéto jugal. — La prise oblique se fait moins haut, mais a d'autres inconvénients.

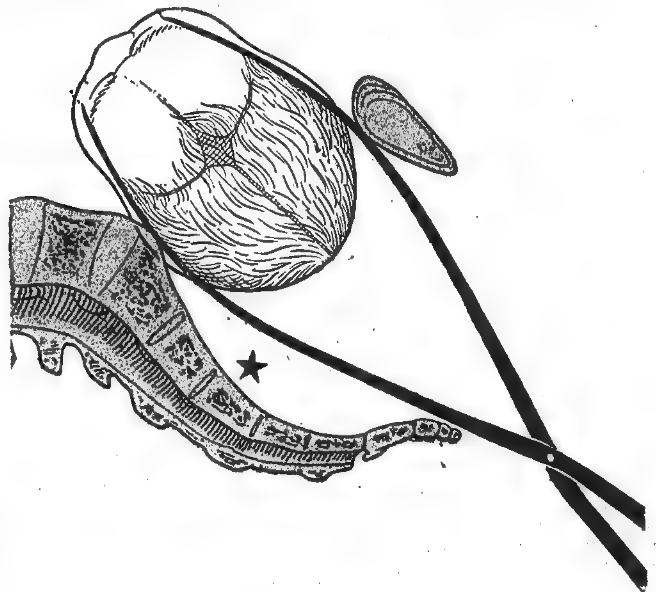


Fig. 7. — Le forceps aplatissant la tête pour l'engager dans le détroit supérieur. Il ne tire pas assez en arrière pour tirer dans l'axe, le coccyx s'y oppose, quoiqu'il n'y ait pas ici de périnée ! Dans cette figure, comme dans toutes les autres, le bassin, la tête, le forceps, tout est exactement proportionné et courbé.

Seule, la tête passerait sans avoir à se réduire, moyennant qu'elle ait la liberté d'utiliser la concavité sacrée marquée ★ que justement ponte, condamne l'instrument tracteur. Cette tête passera en raison de la puissance d'aplatissement effrayante qu'a le forceps, tiré dans l'anneau osseux ; mais l'on voit en dehors des cuillères l'étendue de la réduction imposée, inutilement imposée, et si souvent mortelle.

supérieur? Vous savez qu'on ne peut l'appliquer sur le front et l'occiput, en mettant cuillère à droite et cuil-

lère à gauche de la mère, qu'il faut faire une prise antéro-postérieure relativement à la mère, ou un peu oblique. Ne voyez-vous pas tout de suite que la cuillère postérieure, dont le manche est repoussé en avant par la fourchette vulvaire et le coccyx, supprime la concavité nécessaire du sacrum; et que le diamètre mi-sacro-pubien en est réduit considérablement? Ces appareils grandis (fig. 6 et 7), mais bien proportionnés, le montrent à tous ceux qui sont ici, et qui tout à l'heure le verront sur la nature même.

De plus, le forceps ayant ses branches fortement appuyées sur le périnée et le coccyx, est fixé; il n'y a ni pour la tête liberté de basculer en arrière, ni pour l'opérateur possibilité de tirer dans l'axe.

Donc le forceps aggrave les rétrécissements d'au moins 10 mill.; il en produit lorsqu'il n'en existe pas.

VI

Ce n'est pas tout, car le forceps a un autre inconvénient plus grave encore. Introduit dans cet anneau osseux comme un porte-crayon dans sa virole, suivant l'expression de Pajot, il représente un coin très allongé que l'on tire à travers un anneau inextensible. La force de traction se trouve multipliée quelquefois dans des proportions énormes. Plus les faces du coin se rapprochent du parallélisme, plus s'augmente cette action qui peut atteindre et atteint souvent dans la pratique plusieurs centaines de kilogrammes (fig. 8). Je l'ai démontré par un dispositif très simple, la traction d'un coin, c'est-à-dire d'un forceps chargé d'une tête, entre deux bornes, l'une fixe, l'autre mobile en rapport avec un dynamomètre indiquant la pression. Quiconque voudra en juger par lui-même n'a qu'à venir dans mon laboratoire. Tout cela a été publié, n'a pas été contesté : quelques-uns continuent néanmoins à se servir du forceps. Pauvres fœtus!

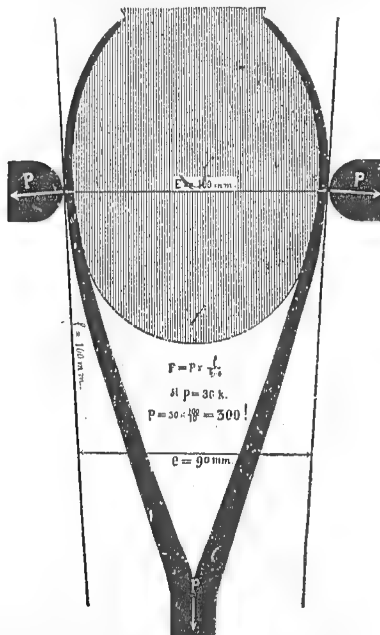


Fig. 8. — Montre comment le forceps chargé de la tête et tiré dans l'anneau osseux, doit être assimilé à un coin tiré entre deux points résistants.

Le calcul a pour base la différence d'écartement pour une longueur *l* donnée des deux lignes droites tangentes aux cuillères du forceps, aux points mêmes où il y a contact entre ces cuillères et l'anneau osseux. Ici la différence d'écartement, aux deux bouts de la longueur donnée *l*, qui égale un décimètre, est de 10 mm., car **E** = 100 mm. et **e** = 90.

Dans ces conditions, la traction **p** exercée par la main de l'accoucheur, produit une force **P** qui agit et sur le bassin pour le disjoindre et sur la tête pour la comprimer. La formule inscrite sur la figure même dit que la traction évaluée à 30 k. produit une compression de la tête décuple, c'est-à-dire 300 k. Certainement, cela s'est vu dans la pratique et probablement plus encore.

Avec cette force de traction décuplée, on peut amener les enfants en leur aplatissant la tête. Beaucoup viennent morts; d'autres survivent plusieurs jours avec ou sans convulsions : si l'on fait l'autopsie, on trouve un enfoncement osseux, des fractures multiples, un hématome méningé, etc. Quelques-uns ne meurent pas et restent avec leur enfoncement, une simple déformation, et plus ou moins d'ampleur intellectuelle.

Parfois, c'est la symphyse que le forceps fait éclater avec bruit.

Il faut que je me hâte d'ajouter que la constante nocuité du forceps est la moitié du temps empêchée de donner la mort, par la mollesse et la petitesse de la tête, par la brièveté du sacrum, la destruction du périnée, le faible degré ou l'absence du rétrécissement, etc.

VII

Mais il n'y a pas que la *version*, véritable coup de dés, et le *forceps*, toujours nuisible.

Une troisième méthode opposée aux rétrécissements qui nous occupent est l'*accouchement prématuré provoqué*. Cette méthode, la statistique la condamne.

M. Tarnier, qui soigne l'accouchement prématuré mieux que personne, était arrivé, une année toute récente, à n'avoir qu'une mortalité de 18 0/0, mortalité dans les 9 premiers jours; mais combien de ces enfants débiles meurent un peu plus tard! Cette année, d'ailleurs, la statistique rentre dans l'ordinaire. En fait, en prenant en bloc les œuvres de tout le monde, la moitié de ces enfants meurent dans le délai de quelques semaines (1).

C'est qu'on ne peut pas savoir l'époque exacte où l'intervention serait indiquée. On ne connaît pas la date de la conception. On peut provoquer l'accouchement 15 jours trop tôt, et l'enfant vient débile; ou bien 15 jours trop tard, et la tête est grosse et dure, d'où recours au néfaste forceps. Au reste, il est certain que, par peur, par prudence, on a fait beaucoup d'accouchements prématurés qui se seraient heureusement terminés à terme. L'abstention systématique que plusieurs accoucheurs, coutumiers de la provocation, ont récemment pratiquée pour se procurer l'occasion d'essayer de la symphyséotomie, a donné des résultats tout à fait inattendus et lumineux, particulièrement chez des femmes soumises, pour des grossesses antérieures, aux interventions les plus variées.

C'est qu'en vérité, je dois le répéter, on ne pouvait qu'agir en aveugle, avant de savoir mesurer le bassin. Le doigt ne saurait donner de résultat direct; aucun instrument non plus ne le pouvait.

En effet, aucun instrument introduit dans le vagin ne peut prendre contact *simultanément* avec le pubis et avec le promontoire. Quand on a refoulé le cul-de-sac vaginal jusqu'au sacrum, et qu'on l'y maintient, la paroi vaginale antérieure, où se trouvent l'épaisse colonne antérieure, l'urèthre et la vessie, est si tendue qu'on ne peut essayer de l'appliquer au culmen pubien sans déterminer de la douleur.

(1) Il y a pour eux une *mortalité rapide* qui est comptée par tous les accoucheurs honnêtes, et une *mortalité différée* qui reste presque toujours inconnue, ce dont la méthode bénéficie.

Ce n'est pas tout.

On fait à peu près 3 provocations inutiles sur 4. C'est dire que M. X... fera 400 provocations, pendant que M. Y... qui laisse aller les 400 femmes à terme n'aura que 100 symphyséotomies à faire. Avec une mortalité fœtale précoce ou différée de 50 0/0, M. X... perdra 200 enfants. M. Y... sur 100 symphyséotomies ne peut en perdre que 100 en les perdant tous. Raisonnez ainsi pour les mères...

Nous en étions là, il y a deux ans et demi, lorsqu'une idée bien simple m'est venue.

Je mesure, comme tout le monde, le diamètre promonto-sous-pubien avec mon doigt nu ou armé d'une tige rectiligne. J'introduis en même temps, dans la vessie, cette petite sonde large et mince, coudée à angle droit et que j'appelle *sonde-équerre vésicale* (fig. 9). La partie coudée, plate, haute de 3 centimètres 1/2, prend facilement le contact tangentiel cherché en s'appliquant à la face postérieure du pubis. Je tiens mon index, qui touche le promontoire, étendu en *ligne droite* sur son métacarpien et la partie longue antérieure de la sonde appliquée de manière à se confondre avec cette ligne. Je mesure les distances 1° du sous-pubis au promontoire et 2° du sous-pubis au pied de la perpendiculaire formée par la partie intra-vésicale de la sonde.

Voyez, je vais construire au tableau, avec la plus grande facilité, le diamètre promonto-pubien. Le papier quadrillé qu'on vend partout vous sera très commode. Au lieu des erreurs considérables données par l'ancienne méthode, je n'ai jamais constaté sur le cadavre une erreur de plus de trois millimètres; c'est donc l'exactitude idéale.

Il n'y a pas de danger que j'oublie jamais de mesurer le diamètre mi-sacro-pubien avec mon doigt. Mon dessin (fig. 9) est alors facile à terminer, puisque nous savons tous que les premières vertèbres sacrées ont chacune 3 centimètres d'épaisseur.

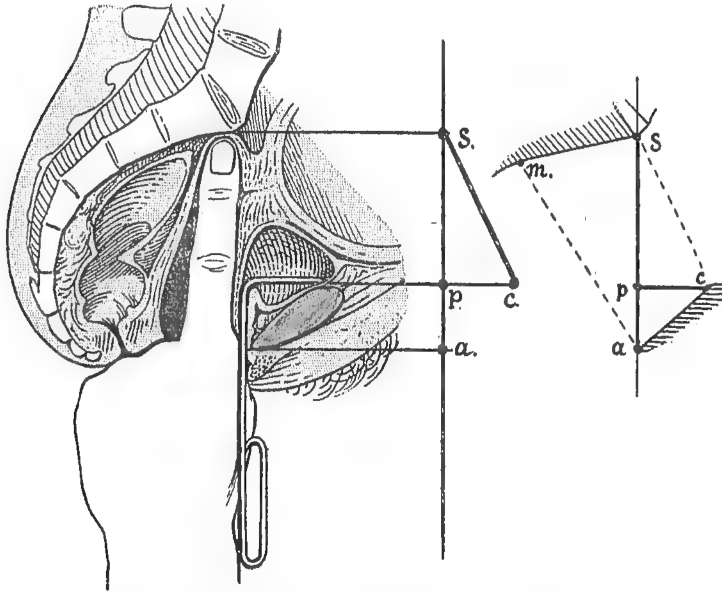


Fig. 9. — Pelvimétrie mixte. — Sur le doigt l'on mesure la distance de l'arcuatum **a** à la base du Sacrum **s**, distance que l'on reporte sur une verticale quelconque du papier quadrillé.

Sur la sonde-équerre vésicale, qui doit être absolument bien dans la direction du promontoire et tirée au contact du pubis, l'on prend la distance **a p** de l'arcuatum au pied de la perpendiculaire de la sonde en mettant l'ongle sur la sonde à ras du sous-pubis. Cette distance donne sur la ligne déjà tracée le point **p** et le point **c** à trois centimètres. Le point **c** est celui du contact de la sonde avec le *culmen* pubien. Il a été fixé arbitrairement, mais après études et réflexion, à la distance de 3 centimètres. Une fois le point **c** marqué sur le papier, il n'y a plus qu'à y mesurer avec une règle graduée ou un ruban métrique la distance **c S**. Enfin, comme il est indispen- sable de mesurer au doigt le diamètre de l'excavation, le mi-sacro-pubien **a m**, rien n'est plus facile que de représenter finalement la coupe du bassin comme ci-dessus à droite : **m**, on le sait, est à 6 centimètres de **S**.

Je vous avertis que si vous avez l'index court, il vous faudra, pour mesurer les bassins peu rétrécis, employer cette *tige directrice* qui vous permet d'atteindre le sacrum avec l'index (fig. 10) ou avec le médius et même d'introduire les quatre doigts.

Je puis donc, par cette pelvigraphie à la portée de tous, déterminer et figurer les diamètres pelviens utiles et la divergence du sacrum, c'est-à-dire établir l'un des deux facteurs du pronostic, le bassin.

Mais l'autre facteur, la tête?

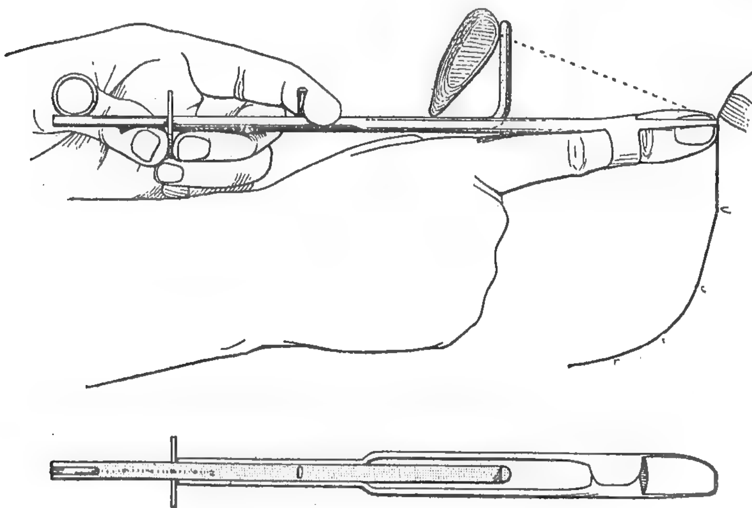


Fig. 10. — Pelvimétrie instrumentale. — Il arrive que dans un bassin peu rétréci, l'accoucheur a l'index trop court pour atteindre le promontoire.

Or, pour se contenter de la sonde-équerre vésicale, il faut être certain de marquer dessus le sous-pubis pendant qu'elle y est appliquée et absolument bien *dirigée vers le promontoire*.

Evidemment, toute difficulté et toute cause d'erreur disparaissent avec l'emploi, simultané à celui de la sonde, d'une gouttière directrice rectiligne dont un doigt quelconque, le médius ou l'index, porte l'extrémité au contact du Sacrum.

L'autre main applique les deux pièces l'une dans l'autre, établit le contact pubien et laisse lire le diamètre cherché sur la sonde, juste au bout de la gouttière.

Je n'ai pas eu de trêve que je ne sois arrivé aussi à la mesurer, au moment où cela est devenu possible, après la dilatation du col bien entendu, vous le verrez tout à l'heure. C'était là du nouveau, puisque c'en est encore.

Je pouvais donc, à cette époque, 1° déterminer les cas

où une disproportion peu considérable entre les diamètres du bassin et ceux du fœtus devait permettre de laisser se réaliser le mécanisme naturel de l'accouchement, ou de tenter de l'aider; 2° déterminer de même les cas, malheureusement plus nombreux, où cette disproportion est trop grande et pour lesquels nous n'avions d'autres remèdes que la césarienne et l'opération de Porro, ou le broiement du fœtus, le sacrifice de l'enfant.

Le moment est venu de vous parler de la symphyséotomie.

VIII

Morisani (de Naples) a été le véritable gardien, la vestale de la symphyséotomie. Cette opération n'avait été abandonnée au commencement du siècle que par suite des nombreux désastres causés par la septicémie des opérés dont on ne sait se préserver que depuis vingt ans.

En 1881, au Congrès international de Londres, Morisani, qui pratiquait l'antisepsie depuis quelques années, supplia les grands-maîtres de la science obstétricale de reprendre la symphyséotomie sous leur protection, les assurant qu'elle les payerait en réputation, sinon en gloire. Ils s'y refusèrent; ils ne comprirent pas. En automne 1891, lorsque l'agrégé Varnier, travaillé à Paris par un disciple de Morisani, le jeune Spinelli, vint me demander mon avis, je lui servis d'abord les objections classiques; mais, dix minutes après, ayant songé à l'antisepsie, j'emmenai mon jeune ami dans mon laboratoire pour voir si vraiment l'opération causait des *dégâts sérieux* dans le bassin et si elle donnait un *passage suffisant*.

Tout me parut aussitôt favorable pour faire revivre cette belle conquête due à Sigault, que les Angevins sont si fiers d'avoir reçu docteur *cum maxima laude*, il y a 120 ans. L'antisepsie était venue écarter les dangers de complications opératoires, et je voyais les conditions anatomiques et mécaniques de l'opération excellentes. J'engageai vivement mon collègue et ami Pinard à prendre l'honneur d'en être le rénovateur et à se presser, car je craignais de le voir devancé par l'un de ses rivaux. Que je les connaissais mal!

Mais je ne me dissimulai pas que, si cette tentative échouait, ce serait un retard de dix ans. Je me mis donc à l'œuvre pour bien déterminer les conditions du succès, ce qui n'avait jamais été fait complètement.

IX

Connaissant les méfaits du forceps, que je vous ai exposés, sa puissance néfaste lorsqu'il est tiré à travers la virole osseuse, je dis et répétai à Pinard : Surtout, après la section de la symphyse, ouvrez le bassin largement, en écartant les cuisses, afin que la tête fœtale n'ait rien à faire, afin qu'elle passe librement. Il faudra de la force, attendez-vous-y et passez outre; vous ne romprez que quelques fibres périostiques insignifiantes.

Ah! les objections n'ont pas manqué de la part de nos adversaires qui n'ont jamais guère disséqué les ligaments du bassin ni expérimenté. Les accoucheurs, en effet, ont le tort de ne pas se donner la moindre éducation anatomique. Les chirurgiens restent des années dans les amphithéâtres; les accoucheurs devraient y passer quelques mois. Ecarteler! Déchirer! Exposer la femme à ne plus pouvoir marcher! Telles étaient leurs exclamations. N'est-il pas, écrivaient-ils, cent fois plus sage de laisser la tête se faire elle-même la place, juste la place qui lui est nécessaire?

Eh oui! ce serait plus sage si je n'avais démontré d'avance que c'était insensé, et si ceux qui n'ont pas accepté la formule : Symphyséotomie complète, plus double arthroclasie postérieure symétrique et suffisante, n'avaient fourni des preuves cliniques trop nombreuses.

Après les premiers succès à Paris, un danger nouveau se présenta. Ce fut l'influence de Léopold (de Dresde) qui, avec la grande autorité que justifient ses talents de gynécologue, eut la malencontreuse et inexplicable idée de recommander de ne sectionner la symphyse que dans la moitié ou les deux tiers de sa hauteur.

C'était déjà trop pour la tête d'avoir à forcer elle-même les articulations postérieures, et l'on venait y ajouter une partie à qui 100 kilog. ne font pas peur. Qu'allait-il advenir si l'on conservait ce ligament résistant qui soustend le pubis, l'*arcuatum*?

Heureusement cette pratique tua coup sur coup tant d'enfants dans le centre de l'Europe, et nous criâmes si fort et si loin que Léopold ne fut plus suivi et comprit lui-même son erreur première.

X

Ceux qui ne veulent pas forcer eux-mêmes le bassin ont peur de l'ouvrir trop, et moi j'ai peur qu'on ne l'ouvre pas assez. Il ne faut l'ouvrir *ni trop ni trop peu*. Trop : c'est produire des dégâts inutiles, graves peut-être; trop peu : c'est contraindre la tête à subir une pression dangereuse. Il me fallait donc calculer l'ouverture nécessaire et suffisante et dresser un tableau qui pût guider les praticiens. Ce fut fait et publié dans les *Annales d'obstétrique* de 1892.

Voyez ce qui se passe sur ce schéma. Les pubis s'écartent et descendent. Lorsqu'on est arrivé à l'écartement maximum de 7 centimètres, l'agrandissement, disent nos adversaires, n'est pas bien fort; il mesure 10 ou 12 millimètres, à peine 2 mm. par centimètre. Ils ne tiennent compte que d'un élément, la prépulsion pubienne.

Quelle légèreté! Ils oublient que la tête s'enclave dans l'interstice, qu'elle s'y avance sur une épaisseur de plus en plus grande à mesure que l'écartement s'accroît.

Le bénéfice pratique, réalisable sans danger, est donc composé de deux éléments : *a*, la prépulsion du pubis; *b*, l'épaisseur du segment de tête engagé. Croyez-moi, puisque je vous le montre, $a+b=$ facilement $10+20=30$ millimètres (fig. 11). Il faut, bien entendu, et bien retenu, que l'écartement soit symétrique, que les *deux* pubis s'écartent, à très peu de chose près, également.

XI

Les articulations sacro-iliaques sont constituées par la tenue en rapport immédiat des deux *surfaces auriculaires* que l'on trouve à la face externe de la moitié supérieure du sacrum et à la face interne de la partie postérieure de l'ilium, grâce à des ligaments périphériques, antérieurs ou pelviens, et postérieurs ou dorsaux. Ceux-ci, nombreux et puissants, chargés qu'ils sont de transmettre du sacrum à l'ilium, qui s'en décharge sur le fémur, le poids du tronc et des fardeaux, ne souffrent pas de l'écartement des pubis, sauf peut-être un centième de leurs faisceaux qui s'insère dans la concavité des auricules, *en avant* de l'axe autour duquel tourne en charnière l'os iliaque violenté. Ceux-là, c'est-à-dire le périoste intra-pelvien qui saute du sacrum à l'ilium par dessus l'interligne, doivent céder. Ils le font simplement en se décollant de l'ilium (v. fig. 11), de l'ilium seul, sur une étendue de 20 ou 30 millimètres et en s'éraillant quelque peu, ce qui n'est pas, l'expérience le prouve, une lésion notable.

Ce n'est pas pour l'arrière qu'il faut craindre, c'est pour le devant : la commissure vulvo-vaginale antérieure, l'urèthre et la vessie, et ce n'est pas au moment où l'on

produit soi-même la disjonction. Jusqu'à présent, il a été remédié facilement aux déchirures produites et nous croyons qu'on peut les éviter.

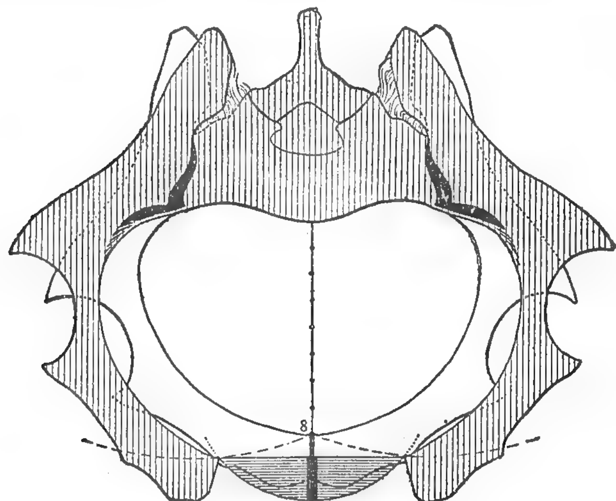


Fig. 11. — Ecartement symétrique. — Le bénéfice total est composé de deux éléments : **a** l'augmentation de la distance sacro-pubienne qui croît très vite, mais s'arrête bientôt ; **b** l'épaisseur du segment de tête, enclavé, teinté gris qui, d'abord mince, augmente à la fin considérablement.

C'est l'enclavement de la tête qui donne le plus, et c'est pour cela qu'il faut toujours porter l'écartement à 5, 6 et 7 centimètres. Un écartement de 7 centimètres agrandit le diamètre antéro-postérieur de l'ouverture offerte à la tête de plus de 30 mm., soit 10 du fait du déplacement pubien et 20 de l'enclavement du pariétal antérieur.

L'écartement symétrique est le moins dangereux et le seul efficace.

Vous voyez sur cet appareil, qui représente le bassin agrandi, qu'avec un écartement unilatéral, le pubis resté en borne immobile empêche la tête de profiter d'un bénéfice sérieux (fig. 12).

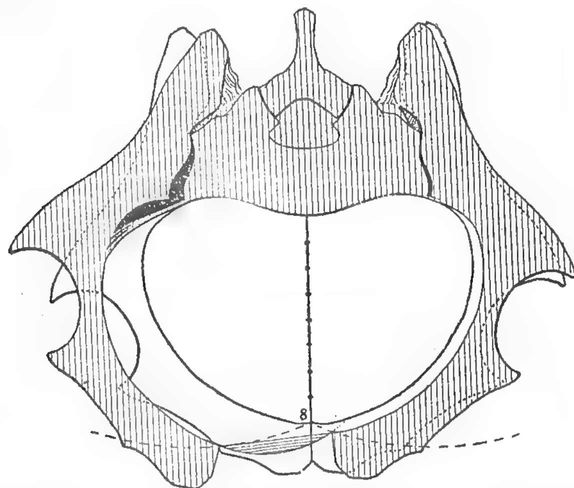


Fig. 12. — Mauvais résultat d'un écartement asymétrique, arrêté à 45 mm. — Le mieux est de forcer le pubis récalcitrant à s'écarter en rompant quelques faisceaux interosseux situés derrière l'auricule, mais en avant de l'axe de mouvement.

Si l'écartement n'est réalisé que d'un côté, il faut qu'il soit énorme pour être suivi d'effet utile. Aussi la symphyséotomie n'est-elle pas praticable dans les cas de bassin oblique ovalaire, où l'une des articulations sacro-iliaques est ankylosée. C'est dans ces cas que j'ai conçu et fait réaliser par mon collègue Pinard l'*ischio-pubiotomie* du côté ankylosé, à cinq centimètres de la ligne médiane (fig. 13). (*Annales de gynécologie*, 1892).

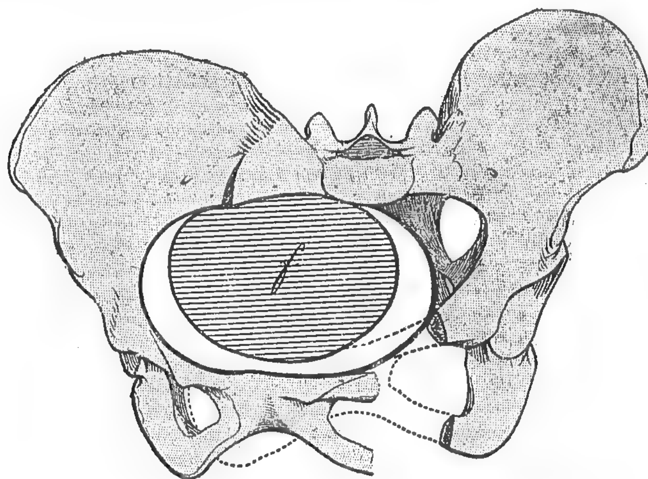


Fig. 13. — Bassin oblique ovalaire ankylosé de Naegelé, ayant subi l'ischio-pubiotomie du côté rétréci à distance calculée de la symphyse (5 centim.), opération actuellement désignée sous mon nom.

L'ouverture praticable ainsi obtenue est blanche et dépasse de beaucoup l'ouverture y incluse teintée qu'offrait le bassin (contour pointillé) avant l'opération. Primitivement, la tête, qui a besoin d'un orifice de 75 à 80 millimètres carrés pour passer, n'en trouvait que 61. Après l'ischio-pubiotomie, elle dispose de 93. L'opération en a donné 32, a augmenté de plus de moitié l'ouverture primitive.

XII

En dehors de l'ankylose unilatérale complète, peut-il se produire une asymétrie dans l'écartement? Oui, par des causes variables : la maladresse dans la manœuvre, une résistance plus grande des ligaments d'un côté, un contact osseux postérieur qui s'établirait presque dès le début de l'écartement et s'opposerait à ce que l'on poussât plus loin la disjonction de l'articulation. On reconnaît l'asymétrie à ce que le pubis qui s'éloigne s'abaisse au-dessous de l'autre qui ne bouge pas.

Faut-il employer la violence? Oui, car il n'y a à craindre que la rupture de ces rares faisceaux fibreux situés devant l'axe de la charnière autour duquel joue le volet iliaque en s'ouvrant.

J'ai trouvé le moyen de le faire *ad libitum* sans danger : Mettez la cuisse du côté rompu en *flexion-adduction-appuyée*, c'est-à-dire en flexion et adduction forcées avec un aide penché sur le genou et s'y appuyant de tout le poids de son buste; l'os iliaque sera ainsi appliqué, serré contre le sacrum dont il vient d'être séparé; il ne bronchera pas tandis que vous écarterez la cuisse de l'autre côté pour violenter à son tour l'articulation sacro-iliaque primitivement récalcitrante.

XIII

Quand l'accouchement est terminé, il faut raffermir le bassin à tout prix, c'est-à-dire resserrer et maintenir solidement les deux pubis afin que leur symphyse se reconstitue *ad integrum*.

Les ligaments ilio-transversaires, l'âme même de la solidité pelvienne, situés derrière les articulations sacro-iliaques, et qui, par conséquent, se trouvaient relâchés du fait de l'ouverture du bassin en avant, vont alors se retendre et réappliquer solidement l'une à l'autre les auricules iliaque et sacrée qui s'engrènent.

Il ne faut point songer à laisser un écartement permanent dans l'espoir d'assurer les accouchements à venir. Ce serait un désastre immédiat et probablement de longue durée; il n'y aurait plus de solidité; on aurait organisé et perpétué le relâchement des symphyses si redouté.

Vous avez plusieurs moyens de maintenir le bassin convenablement refermé, sans parler de l'arsenal des lits mécaniques et des ceintures métalliques.

Le bandage plâtré, bien appliqué, enveloppé d'un tissu ou d'un vernis imperméable, a fait ses preuves.

Quelques-uns ont percé des trous et fait la suture osseuse... C'est inutile.

Sachez, Messieurs, que la couche fibro-tendineuse de cinq millimètres qui couvre la face cutanée de la symphyse, permet d'appliquer plusieurs points de suture et de *les serrer* autant qu'on veut. Cette couche, en effet, n'a point que des fibres transversales dérivées des fascicules tendineux originels des adducteurs, passant d'un côté à l'autre; elle contient aussi, de chaque côté et à distance de la ligne médiane que l'on incise, des faisceaux descendants tressés avec les premières, des *rubans longitudinaux*, superficiels et profonds, qui fournissent aux fils les plus forts un appui invincible.

XIV

Avant de couper, l'on aime à savoir ce que l'on va couper et ce qu'il y a autour, c'est-à-dire à connaître l'anatomie de la région.

Entre les pubis du fœtus, qui ne sont que des noyaux arrondis et très distants l'un de l'autre, existe en apparence un simple bloc de cartilage hyalin. A la naissance, la partie médiane de ce bloc se montre généralement de nature fibroïde et forme une cloison à faces concaves qui divise en deux le bloc interosseux. Cette transformation ou formation fibroïde progresse, s'épaissit, aux dépens de la substance hyaline; elle prend de l'épaisseur à la périphérie surtout, sauf en arrière et, dès le milieu de la première enfance, la partie centrale de la mince cloison médiane semble s'être désagrégée, liquéfiée, puisqu'à sa place existe une petite cavité ou fissure. Peu nous importe que cette cavité soit, tantôt précoce, tantôt tardive au point de manquer à tous les âges.

Sur la femme jeune, chaque pubis est revêtu de 2 millimètres de cartilage hyalin revêtu lui-même de cartilage fibroïde qui est creusé de la cavité. Celle-ci est encore peu étendue et n'existe qu'au voisinage du bord pelvien de la symphyse, de sorte que, en dessus, en avant et en dessous, l'on trouve adhérentes à la croûte hyaline qui revêt l'os, les fibres bien orientées en travers et non désagrégées du fibro-cartilage (fig. 14, 15 et 16).

A ce moment, les pubis se regardent directement par deux surfaces accidentées distantes de 5 millimètres environ qui correspondent à la cavité, mais qui, en haut, en avant, en dessous, divergent, ouvrant un fossé de 15 millimètres où il est facile de pénétrer. La seule précaution à prendre est — pensant à l'étroitesse et à la profondeur du fond de ce fossé — de tenir le bistouri dans le plan médian. Autrement, on l'incline instinctivement, et sa pointe va heurter le pubis droit situé à gauche de l'opérateur. Celui-ci, trop souvent, a conclu à une ankylose qu'on ne voit jamais!

Il est important de noter qu'il ne se produit pas, du côté de la symphyse, du fait de la grossesse, des modifications considérables. Sur une minorité de femmes, les os semblent et sont plus mobiles. Aeby a montré que sur la majorité, on ne pouvait anatomiquement rien trouver de changé.

Tout autour des os et du bloc fibro-cartilagineux *interosseux*, se trouve un manchon fibreux *périosseux*.



Fig. 14. — Coupe médiane, femme couchée en position obstétricale. — **V**, vessie; **u**, méat urinaire; **c**, clitoris avec son ligament suspenseur médian. On voit aussi la veine dorsale et de nombreuses coupes veineuses sous-symphysiennes. La figure est trop petite pour que la mince toile aponévrotique qui couvre ces vaisseaux ait pu être bien représentée avec la séreuse ébauchée qui est sous l'arcade.

Sur la coupe symphysienne **s**, on voit que la cavité n'existe ni en dessus, ni en avant, ni en dessous. En ces trois points, les os sont distants et réunis par des trousseaux fibreux, fibro-vasculaires à la surface, fibro-cartilagineux dans la profondeur, ce qui se voit mieux sur les figures suivantes; **d** est le bord interne du tendon d'un grand droit.

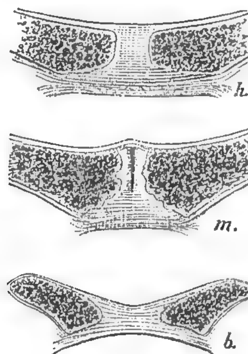


Fig. 15. — Trois coupes perpendiculaires aux faces des pubis : **h**, en haut; **m**, au milieu, cavité intéressée; **b**, en bas, à travers le ligament arqué. — En haut, **h**, les os écartés laissent entrer le bistouri facilement; de même au milieu, **m**, pourvu qu'il attaque en avant, car en arrière les os se rapprochent, l'interligne est presque linéaire.

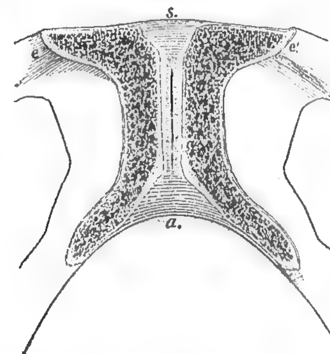


Fig. 16. — Coupe transversale parallèle aux faces des pubis, assez rapprochée de la face pelvienne pour ouvrir la cavité. — **e e'**, place des épines pubiennes; **s**, fibres supérieures formant une masse cunéiforme facile à entamer dans son fossé osseux; **a**, fibres inférieures formant le ligament arqué, dit encore sous-pubien, sous-symphysien, *arcuatum*.

Nous le connaissons en avant; en arrière, c'est l'épais périoste pelvien. Ce manchon est ou n'est pas, suivant les points et suivant les individus, adhérent au fibro-cartilage. En dessous, la distinction est impossible et il en résulte le beau ligament dit triangulaire, sous-pubien, arqué, arcuatum.

Ce sont les vaisseaux du manchon et ceux des os qui, par imbibition, nourrissent le fibro-cartilage. Les vaisseaux sont innommés dans la partie antérieure du manchon. En arrière, nous trouvons : 1° la *sus-pubienne*, branche de l'épigastrique, destinée aux muscles droits; elle pourrait bien donner un petit, tout petit jet quand on incise entre ces muscles; 2° la *pubienne*, née de l'obturatrice, qui couvre les pubis de ramifications nombreuses, mais d'un volume insignifiant. Des opérateurs malheureux sont allés chercher la honteuse interne en descendant le long des piliers de l'arcade. — Tout arrive!

Le manchon qui, lui, ne peut subir aucune influence, crie sous le scalpel; le bloc interosseux, par son élasticité, chasse le dos du bistouri quand ce dos est épais.

XV

S'il n'y a pas de vaisseaux symphysiens capables de donner beaucoup de sang, il y a sous et derrière la symphyse de nombreuses et énormes veines.

Je vais vous donner le moyen de les écarter de votre route.

Du milieu des piliers de l'arcade, les cuisses du clitoris montent, solidement attachées au périoste, jusque sur cette colline osseuse que le corps de chaque pubis offre aux insertions des muscles adducteurs. Donc, en arrivant à la hauteur de la symphyse, ou plutôt de sa portion appelée arcuatum, les cuisses clitoridiennes sont distantes l'une de l'autre de 20 à 30 millimètres. Elles montent encore un peu, se chargent chacune de son nerf dorsal et de ses vaisseaux homonymes, puis, pour avoir la liberté de se rejoindre, cessent d'adhérer. Néanmoins elles se portent toujours à la fois en dedans et en haut.

Pourquoi en haut, si elles n'adhèrent plus?

Parce que des filaments élastiques descendus d'en haut viennent tirer, suspendre le clitoris dont la partie terminale seule est flottante.

Ni le gros des cuisses, ni l'entre-cuisse, ni le commencement du clitoris n'adhèrent au tiers inférieur de la symphyse creusé en gouttière comme pour les loger. En exagérant un peu, on verrait là une séreuse ébauchée.

Tenez, je pince et tire en bas ce clitoris disséqué, je coupe en travers son suspenseur, hardiment, à fond, voyez cette cavité naturelle qu'ouvre l'abaissement de l'organe! Mais c'est l'arcuatum lisse, brillant, nu, avec son bord inférieur net et libre.

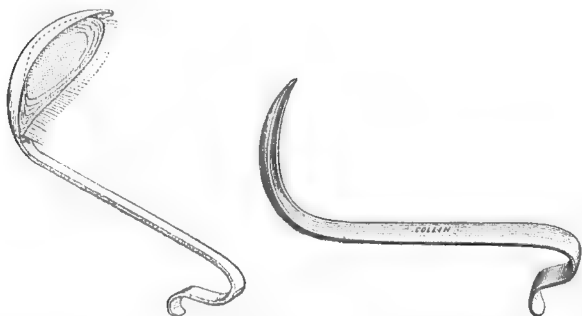


FIG. 17. — Petite lame ou gouttière métallique, arquée comme il convient pour s'introduire sous la symphyse, s'adapter au bourrelet et montrer son extrémité au-dessus des pubis.

Je vais donc pouvoir charger la symphyse sur une lame métallique? Oui, comme celle-ci (v. fig. 17).

Et plus rien à craindre, car avec le clitoris abaissé s'est abaissé un mince feuillet cellulo-fibreux venu du bassin qui couvre, masque et applique aux organes sous-jacents, vessie, urèthre, clitoris même, toutes ces veines qui font tant peur au praticien.

Mais la nuit vient, l'éclairage fait défaut. M. Farabeuf se hâte de prouver sur des pièces naturelles ce qu'il a antérieurement annoncé relativement au forceps.

XVI

Voyez, dit-il, cette tête naturelle en chair et en peau : je la fais passer sans difficulté avec le bout du doigt dans ce bassin naturel, un peu étroit pour elle. Elle passe en exécutant le mécanisme que je vous ai donné comme naturel.

La voici dans le forceps : voyez, je tire, M. X tire, elle ne passe pas, elle ne fait pas mine de pouvoir s'engager, à moins qu'on ne l'écrase, ce dont le forceps serait capable, car il a fait ses preuves. Je tourne en position oblique, rien ne va mieux.

Au contraire, aussitôt que le forceps est enlevé, la tête, libre de basculer, tombe presque d'elle-même dans l'excavation.

Donc, ni accouchement prématuré, ni version, ni forceps. Telles sont les conclusions de cette première partie. Tout à l'heure, quand nous aurons de la lumière, nous terminerons.

XVII

En reprenant la parole, je constate que je suis arrivé presque à la fin de cette longue démonstration sans avoir beaucoup parlé de la symphyséotomie proprement dite. Vous aviez cru, sans doute, que ce serait le sujet principal, sinon unique, de ce que vous croyiez devoir être une conférence. Et voilà que je démontre et que je montre des dessins, des objets artificiels, des pièces naturelles, etc., etc., et tout cela pour remonter au déluge, c'est-à-dire à l'étude et au diagnostic du véritable mécanisme naturel que j'estime devoir être notre modèle et notre guide.

Tout ce que je vous ai dit découle, en effet, de ce que, dès 1886, j'ai cru voir et pouvoir enseigner, de ce que représentent les figures que je vous prie de ne point perdre de vue et que je remets sous vos yeux.

Comment la tête *se pose*, *s'engage*, *descend*, les figures 18, 19 et 20 le redisent; elles redisent aussi à quelle *distance* le doigt, touchant dans le plan médian, rencontre la suture sagittale ; à quelle *hauteur*, à combien de travers de doigt, le pôle descendant se trouve au-dessus du plancher coccy-sacré.

Je vous ai dit quelle *erreur conséquente* ce pouvait être que de confondre l'*engagement* vrai, chose essentiellement momentanée, transitoire, puisque la descente suit presque immédiatement, avec la *fixation appuyée*. Eh bien! pour vous faire apprécier l'utilité d'utiliser les deux moyens de diagnostic, *distance* de la sagittale, *hauteur* du pôle, veuillez jeter les yeux sur la figure 20 et vous rappeler la figure 1 qui représente l'asynclytisme de Naegele au-dessus du détroit supérieur. Dans l'une comme dans l'autre, le doigt ne rencontre la suture qu'à grande distance : mais dans l'une, le pôle est très bas; dans l'autre, très haut.

Après vous avoir exposé ce mécanisme et, en même temps, montré que, dans les bassins trop justes, il ne pouvait se réaliser que si le sacrum, plat ou concave, fuyait le plan pubien, *divergeait*, nous avons conclu à l'importance extrême de la pelvimétrie, qui consiste à mesurer : 1° l'entrée de l'excavation, ce qu'on ne pouvait, 2° et surtout l'excavation elle-même, ce qu'on ne faisait.

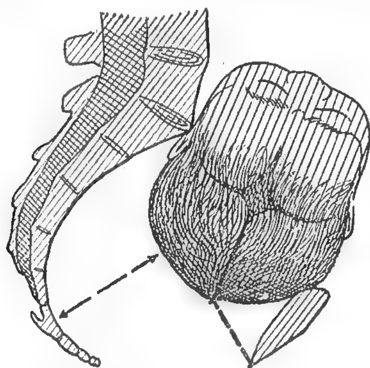


Fig. 18. — La tête du fœtus *posée* sur le détroit supérieur d'un bassin proportionné. — Le promontoire touche la tempe postérieure; les pubis soutiennent la bosse pariétale antérieure (figure de 1886). Au-dessous du plan du détroit supérieur, par conséquent dans l'excavation, se trouve la majeure partie du crâne, qui cependant n'est pas engagé, puisque la bosse pariétale antérieure est encore au-dessus du *culmen pubien*. On pourrait mettre trois doigts de champ entre le plan coccy-sacré et le pôle céphalique; la suture sagittale est près du sous-pubis (35 mm.). C'est néanmoins le pariétal antérieur que le doigt touche le premier. Pour constater que le pariétal postérieur tout entier jusqu'à l'oreille est engagé, un doigt ne suffit pas, il faut introduire les quatre doigts et les métacarpiens.

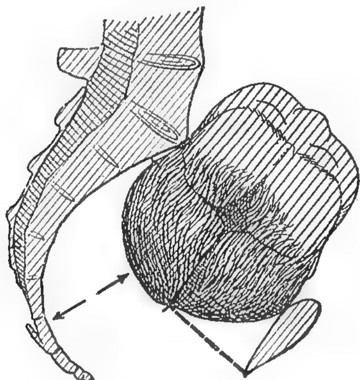


Fig. 19 — Tête engagée dans le détroit supérieur. — Le pôle descendant ayant pu se porter en arrière, parce qu'il restait de la place entre la bosse postérieure et le sacrum, la bosse antérieure a pu descendre jusque dans la partie la plus étroite du détroit, jusqu'au *culmen* pubien.
La hauteur du pôle au-dessus du plan coccy-sacré a diminué et n'est plus que de deux doigts. La suture sagittale s'est éloignée du sous pubis (55 mm.).

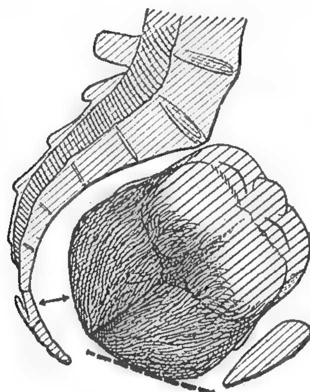


Fig. 20. — Tête descendue. — La bascule en arrière s'est accomplie au degré nécessaire et la suture s'est encore éloignée (75 mm.). La tête est à peine à un doigt du plancher coccy-sacré, elle va solliciter l'ouverture de la filière molle, le détroit inférieur.
Si par la pensée vous reportez cette tête, telle qu'elle est inclinée, au-dessus du détroit supérieur, vous avez à peu près l'asynclytisme de Naegele représenté par la figure 1.

La figure 5 vous a montré à quelles erreurs on est exposé en essayant de déterminer le promonto-pubien minimum à l'aide du promonto-sous-pubien réduit d'une quantité arbitraire. Vous m'avez vu, à l'aide de la sonde-équerre vésicale et de mon doigt, mesurer le diamètre promonto-pubien minimum. Vous en ferez autant quand vous voudrez, en vous inspirant de la figure 9, page 270, suffisamment expliquée par sa légende, ou en vous servant du pelvimètre représenté en action et isolé par la figure 10, page 270.

Surtout vous n'oublierez pas de mesurer le mi-sacro-pubien, tout simplement avec votre doigt, et si vous faites bien, vous dessinerez la coupe de votre bassin grandeur naturelle, ce qui est facile sur du papier quadrillé dont les lignes équidistantes se croisent à angle droit.

Voilà le bassin connu : il n'est bien fait et bon, toutes réserves faites sur ses dimensions absolues, que si le mi-sacro-pubien l'emporte de beaucoup (15 à 20 mm.) sur le promonto-pubien minimum.

Dans un tel bassin, qui accouche tout seul d'une tête calibrée, ne mettez jamais le forceps, la tête étant au-dessus du détroit supérieur, parce que cet instrument qui est doué d'une puissance effrayante (fig. 8, page 269), par sa forme rétrécit le bassin (fig. 6, page 268), par sa force aplatit la tête (fig. 7, page 268).

Vous savez aussi bien que moi maintenant pourquoi les trois méthodes que l'on oppose aux rétrécissements du bassin méritent le nom de néfastes.

A la suite de l'accouchement prématuré provoqué, la mortalité précoce est grande, la mortalité retardée de quelques semaines ou de quelques mois est considérable.

La version, c'est le hasard.

Le forceps, vous savez ce qu'il fait.

Eh bien, ne vous ai-je pas prouvé que vous pouviez facilement et sûrement agrandir momentanément tous les bassins rétrécis qui ne sont pas absolument déformés et atrophiés?

XVIII

Une fois de plus, entendez les preuves de l'efficacité de la symphyséotomie.

Vous lirez, hélas! dans des écrits d'hier, que cette opération ne donne qu'un bénéfice de 2 mm. par centimètre d'écartement pubien. Si vous croyez pareille chose, vous en conclurez que la majorité des bassins rétrécis ne peuvent pas être agrandis suffisamment par la section interpubienne.

Voici un bassin coupé dont les pubis sont écartés au maximum pratique et prudent, 7 centimètres : quelle est l'augmentation de la distance sacro-pubienne, entre le sacrum et un petit bâton transversal interposé aux bords symphysiens postérieurs?

Cette augmentation varie suivant l'étendue première du diamètre sacro-pubien minimum.

Elle est de 13 mm. pour un bassin de 60 mm.
12 mm. pour — 70
11 mm. pour — 90
10 mm. pour — 80

Ce ne serait même pas 2 mm. par centimètre, comme vous voyez.

Mais ce n'est là, vous le savez, que le premier des deux éléments du bénéfice, et le moindre des deux.

En effet, si j'applique une tête de fœtus dans ce bassin, derrière les pubis écartés, il en entre d'abord un

segment d'une épaisseur insignifiante, puis la progression devient rapide :

1 mm. 1/2	pour un écartement	de	2 cent.
5 mm.	pour	—	4 cent.
13 mm.	pour	—	6 cent.
enfin plus de 20 mm.	pour	—	7 cent.

Remarquez-le bien : les petits écartements ne donnent presque rien; il faut atteindre 6 centimètres si l'on a besoin de 20 mm., et 7 centimètres si l'on a besoin de 30.

Conclusion : l'ouverture dont la tête dispose pour descendre après la symphyséotomie et la double symphyséoclasie postérieure, gagne dans le sens antéro-postérieur plus de 30 mm. (10 du fait des pubis et 20 du fait de l'engagement de la région pariétale). Il est certain qu'un bassin de 60 mm. peut donner une ouverture de 95 qui est le chiffre du bipariétal céphalique.

Messieurs, vous ne l'avez pas oublié, vous devez, pour obtenir un tel résultat, faire que l'intervalle entre les pubis soit symétrique, que les deux os y prennent une part sensiblement égale. Tenez, je produis un écartement asymétrique : l'un des pubis, le droit, s'est bien écarté; le gauche s'est arrêté presque tout de suite. Vous voyez quel mince segment de la tête, si toutefois celle-ci pouvait descendre, s'appliquer derrière les pubis, viendrait saillir dans cet écartement insuffisant et oblique de 4 cm. 1/2.

Dans un cas pareil, qui est rare, il faut rectifier la disjonction des articulations sacro-iliaques, comme je vous ai montré à le faire.

Mais c'est impossible quand il y a ankylose, par exemple dans l'oblique ovalaire de Naegele, que l'on reconnaît d'avance par l'examen de la femme. Le remède est l'ischio-pubiotomie du côté rétréci à distance calculée. Je vous en ai déjà parlé; elle est représentée fig. 13, page 272.

Ne vous laissez pas influencer par ceux qui, jusqu'à présent, ont limité le champ de la symphyséotomie à tel ou tel chiffre.

« Quand le diamètre promonto-pubien minimum est inférieur à X mm., disent-ils, la symphyséotomie est insuffisante. »

Quelle est la base de ce jugement?

Le chiffre X qui exprime la longueur du diamètre promonto-pubien. Or cette longueur, je vous montrais tout à l'heure qu'il avait été, jusqu'à ce jour, impossible de la déterminer sans erreur variant de 0 à 30 mm. Que devient alors un précepte édifié sur une base pareille?

Aujourd'hui, il est vrai, nous pouvons mesurer le bassin et savoir, à 2 ou 3 mm. près, quel est le petit diamètre de son orifice supérieur. Mais est-ce le seul élément qui doive nous faire accepter ou proscrire la symphyséotomie dans un cas donné?

Non, oh non! Tenez, voici un bassin qui n'a que 60 mm. entre le promontoire et le pubis, mais l'aplatissement paraît être son seul vice : les os sont *étoffés*, le bas de l'excavation bon; les parties molles intérieures et extérieures, *souples et abondantes;* enfin, l'aplatissement *décroissant de haut en bas* a moins touché l'excavation que le détroit; le diamètre mi-sacro-pubien n'a perdu que 20 à 30 mm., il reste à 85 ou 90 mm., bien supérieur au promonto-pubien; bref le sacrum est *fortement divergent.* Vous m'avez bien entendu : bassin aplati de 60 mm.; mais aplatissement décroissant vite, *os de l'excavation étoffés, parties molles souples et abondantes, sacrum fortement divergent;* opérez : une tête normale, eût-elle un bipariétal de 100 mm., passera avec facilité, si vous ne l'empêchez avec le forceps.

Mais lorsque les trois conditions ci-dessus mentionnées font défaut; lorsque le milieu du sacrum est rapproché de la symphyse au point d'être parallèle ou très peu divergent, relativement au plan des pubis, ne touchez pas aux bassins de 60 à 70 mm.; ne touchez à ceux de 70 à 75 qu'avec la plus grande appréhension pour l'intégrité des parties molles antérieures.

Petit à petit, nous approchons du but. Nous savons ce que peut donner la symphyséotomie dans telles ou telles conditions.

XIX

Mettons-nous au pied du mur, aujourd'hui 12 avril 1894.

Un cas se présente à nous; le travail est commencé. Je laisse de côté les difformités extrêmes pour lesquelles le médecin est consulté à l'avance et qu'il destine, après examen, soit à la symphyséotomie au moment du travail, soit à l'opération de Porro ou à la césarienne, à peu près à terme mais avant le début du travail.

Supposant que nous ne l'avons pu faire d'avance, nous allons commencer par nous éclairer sur le premier facteur, le bassin. Comme je l'ai fait tout à l'heure devant vous, soit avec le doigt et la sonde-équerre, soit avec celle-ci et sa gouttière directrice, je détermine soigneusement deux diamètres, le promonto-pubien qui est en conflit avec le temporo-pariétal, dépressible à la tempe, et le mi-sacro-pubien qui doit recevoir le bi-pariétal presque irréductible.

Si nous trouvons un détroit supérieur de 90, 85, 80 et même 75 mm., surmontant une belle excavation, c'est-à-dire un mi-sacro-pubien approchant de 100 mm., nous devons espérer que l'accouchement se fera tout seul ou avec l'aide de cet instrument (fig. 21), pourvu que la tête soit normale.

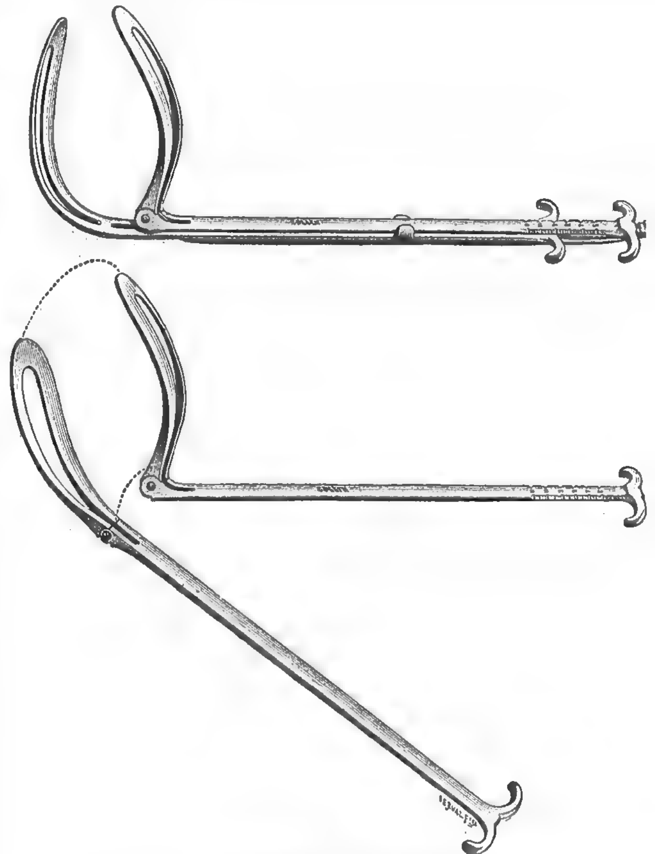


Fig. 21. — Mensurateur-levier-préhenseur.

Il s'agit, je suppose, dans le cas présent, d'un de ces bassins modérément rétrécis.

Donc nous attendrons que la dilatation du col nous permette de bien explorer la tête, de la bien poser si elle ne l'est pas. Et quand elle sera bien posée, nous observerons les effets des contractions utérines : nous savons à quels signes reconnaître ou qu'elle s'engage ou qu'elle reste en place ou que, chose pire, elle bascule dans le ventre.

Après une attente raisonnable qui nous aura montré que décidément la tête refuse de s'engager, mais avant que l'enfant ne souffre, nous mesurerons le diamètre céphalique bi-pariétal.

Je le fais avec l'instrument que vous voyez, et qui est un mensurateur-levier-préhenseur : on dirait un immense brise-pierre, mais combien délicat et impropre à la violence (fig. 21)!

Voici d'abord une branche, tige droite terminée par une cuillère relevée à angle droit, que j'introduis avec la plus grande facilité entre le promontoire et le pariétal postérieur pour embrasser celui-ci; ensuite la seconde branche également tige droite avec cuillère relevée à angle droit, que je vais amener entre le pubis et le pariétal antérieur.

Pour que ce soit possible, la cuillère articulée en charnière se met en ligne sur sa tige et je l'introduis ainsi en arrière et sur le côté : à mesure que je cherche à l'amener en avant, la cuillère se redresse et se place facilement d'elle-même ou avec le secours de mon doigt.

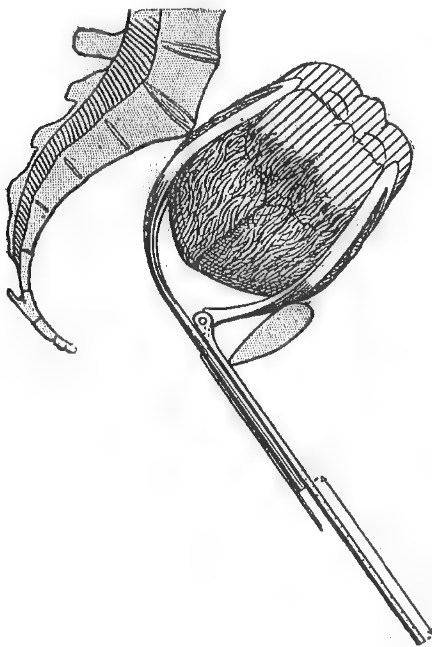


Fig. 22. — La tête, encore dans le ventre, est prise par le mensurateur. On peut lire à l'extérieur, sur l'extrémité des manches, trop longs pour être figurés ici, l'étendue du diamètre bi-pariétal. La tête est à peu près synclytique. Il va falloir imiter le mécanisme naturel.

Une tringle à crochet assemble les deux branches.

Je tiens la tête casquée de près. Rien ne touche le périnée; l'ensemble des tiges sort en ligne droite sous le pubis. Rien n'empêche la tête d'aller dans la concavité sacrée.

D'abord je lis sur les manches quelle est l'épaisseur de cette tête. Si je constate une faible disproportion entre les diamètres pelviens antérieurement mesurés et le diamètre fœtal, le même instrument me permet d'accomplir une manœuvre en tout semblable à celle qu'exécute la tête obéissant au mécanisme naturel. La figure 22 représente notre point de départ.

Relevant les manches, j'engage la bosse pariétale postérieure (fig. 23).

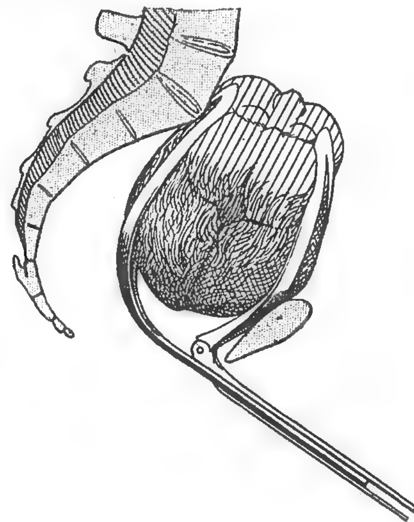


Fig. 23. — En relevant l'extrémité des manches assemblés, le sous-pubis servant au besoin de point d'appui, la bosse pariétale postérieure est descendue sans résistance ainsi que le pariétal tout entier. C'est la tempe qui répond au promontoire.

En les abaissant ensuite (fig. 24), je fais descendre la bosse antérieure : la tête est dans le bassin, cette tête qui tout à l'heure résistait si bien au forceps (!).

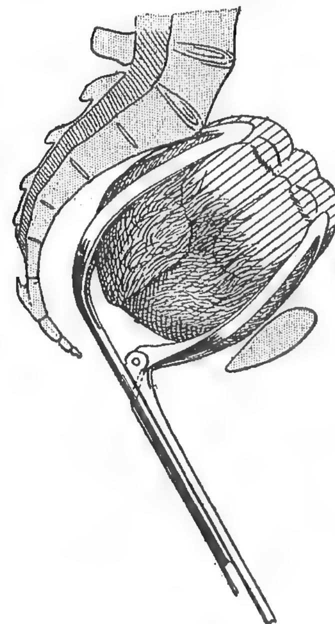


Fig. 24. — L'abaissement des manches, avec pression dessus près des pubis, a fait descendre la bosse antérieure. L'engagement fait, la descente se complète, il n'y a plus que la rotation à provoquer en portant les manches du côté convenable pour que l'occiput vienne sous l'arcade.

Rien n'a gêné l'utilisation par la tête de la concavité sacrée que supprimait tout à l'heure, comme un pont, le forceps dont les manches dirigés en bas sciaient le périnée sans bénéfice.

Je puis encore faire la rotation avec la même facilité et ensuite enlever mon instrument qui n'est pas construit pour ce qui reste à faire.

C'est de la même manière que vous devrez opérer, pour engager la tête après la symphyséotomie. C'est ainsi que, utilisant la concavité sacrée, vous éviterez la déchirure des parties molles antérieures et ces écartements excessifs que provoque le forceps en tirant la tête à 2 ou 3 travers de doigt trop en avant.

Le mensurateur-levier-préhenseur a été construit par moi pour le passage du détroit supérieur, il n'est pas fait pour la traversée des parties molles périnéo-vulvaires. A ce point de vue il ne vaut ni plus ni moins qu'un forceps droit, encore est-il moins commode. Néanmoins, quelques-uns s'en serviront pour terminer l'accouchement, peut-être même après y avoir ajouté un tracteur flottant arqué rigide. D'autres aimeront mieux le remplacer par le forceps usuel.

XX

Malheureusement, le mensurateur accusera trop souvent une disproportion telle que, sans le moindre essai, vous devrez recourir à la symphyséotomie.

La peur de *ne pas trouver le joint* ou de provoquer une *hémorrhagie de bistouri*, voilà les deux points qui arrêtent les praticiens. Tant qu'ils ne seront pas éclairés et rassurés, ils ne marcheront pas.

Eh bien, je vais vous montrer qu'il suffit d'un scalpel et d'un ruban de métal quelconque pour donner toute *facilité* et toute *sécurité*.

Il existe, en effet, entre le clitoris et l'arcuatum, et sous l'arcuatum, une *voie naturelle*, espèce de *séreuse ébauchée*, que l'on trouve avec la plus grande facilité, qui permet de charger la symphyse sur un ruban métallique et par suite, de la couper sans le moindre danger.

Le joint est large en dessus, en avant et en dessous de 15 mm.; dans la profondeur, il garde encore 5 mm. à l'âge où se pratique l'opération. Il y a donc de la place pour le bistouri. Il faut cependant que le bistouri soit *mince*, car cette place est remplie par le fibro-cartilage interosseux, substance élastique qui repousse l'instrument si celui-ci a le dos un tant soit peu épais. Il faut aussi tenir et manœuvrer l'instrument dans le plan médian du corps. Que de fois l'opérateur, inclinant comme d'habitude le manche à sa droite, n'a-t-il pas heurté de la pointe le pubis droit situé à sa gauche, toujours le pubis droit, et que de fois alors n'a-t-il pas cru à une ankylose qui ne se voit jamais!

Ne comptez pas sur un ramollissement des faisceaux symphysiens : cela ne se rencontre pas souvent, et je ne sais ni pourquoi ni comment cela se produit. Attendez-vous à trouver le manchon fibro-tendineux périosseux résistant, dur et criant sous le scalpel. Les figures 14, 15 et 16 (p. 273) vous en ont dit assez sur la constitution de la symphyse et sur ses rapports.

La coupe médiane (fig. 14) pourrait vous inquiéter à cause des veines dorsale du clitoris, uréthrales et prévésicales.

Mais vous avez vu un instrument (fig. 17) que vous remplacerez au besoin par une lame métallique quelconque, par exemple un manche de fourchette purifié au feu et bien courbé. C'est une petite sonde arquée et creusée en gouttière pour prendre le bourrelet. Son bec gratte comme l'ongle, ni plus ni moins; il ne tranche pas : il sert à détacher de la symphyse tout ce qui n'est pas la symphyse, c'est-à-dire, dans le bassin, un feuillet mince cellulo-fibreux qui, décollé, couvre, cache, protège les veines vésicales, uréthrales et clitoridiennes en les appliquant à leurs organes. Car ces veines ne sont pas nues, et si on les sépare de la symphyse sans déchirer leur couverture, on ne les voit même pas. Vous ne vous doutez pas combien il est ordinairement facile d'engager la sonde-gouttière protectrice sous l'arcuatum dénudé.

Disons d'abord deux mots de ces autres instruments (fig. 25, *a b c*). Ils ne sont point indispensables. Deux, *b c*, servent à produire l'écartement. Leur action est plus régulière que celle des aides.

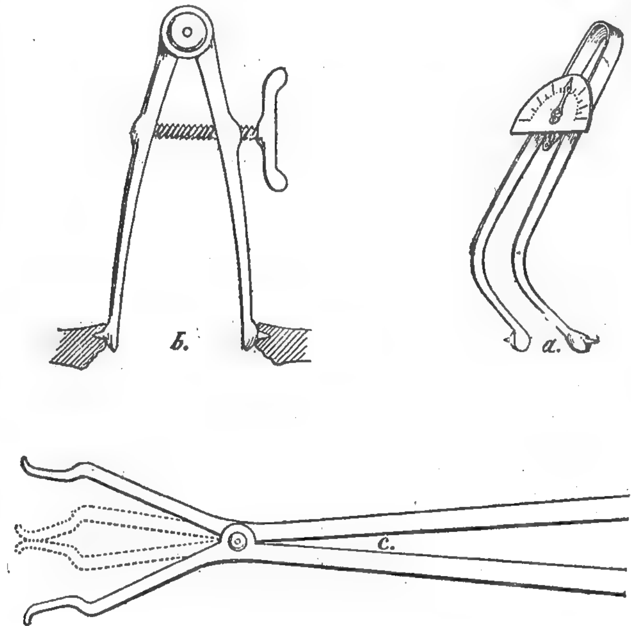


Fig. 25. — Instruments pour écarter les pubis et indiquer le degré de l'écartement. — L'instrument c, qui se manie à deux mains, peut être réglé à volonté. Il est très puissant. Après la section de la symphyse, il suffit de provoquer, par l'abduction des cuisses, un écartement de 10 à 15 mm. pour engager l'extrémité de l'écarteur fermée comme l'indique le dessin pointillé.

L'instrument b m'a été inspiré par le désencasteleur des vétérinaires et des maréchaux. Il peut rester en place pendant les opérations sur le bas-fond de la vessie: Tuffier en a été satisfait.

Quant au compas élastique à cadran a, je l'ai fait construire pour permettre à mes cliniciens de me donner des renseignements facilement recueillis sur l'étendue de l'écartement à tous les moments de l'extraction. Il n'est pas bon de remettre les doigts à chaque instant dans la plaie et il faut savoir ce que l'on fait. a et b peuvent être et ont été combinés; ils ont quelque chose de commun qui est important : les boutons hémisphériques qui supportent les pointes que l'on doit enfoncer à la bonne place, dans la partie médiane postérieure de la symphyse. Les boutons empêchent les pubis d'agir par leur bord antérieur sur les branches de l'instrument, ce qui pourrait déplanter la pointe et la luxer.

Vous porterez l'écartement à 6 centimètres s'il manque moins de 20 mm. à votre détroit et 7 centimètres s'il en manque 30.

C'est le compas élastique à cadran *a* qui, appliqué dans toutes les opérations du service de M. Pinard, m'a fourni des renseignements exacts sur le degré d'écartement, renseignements sans lesquels je n'aurais pu ni prévoir, ni contrôler. Encore une fois, rien de tout cela n'est indispensable, puisque la gouttière arquée protectrice, qui donne tant de sécurité, peut être remplacée par une lame métallique improvisée.

XXI

Ce n'est pas à moi de vous dire quelles précautions aseptiques et antiseptiques vous devez prendre pour ne pas infecter la mère avec vos mains ni avec celles des autres, avec le liquide de son vagin, etc. Quand une parturiente et son fruit auront subi des manœuvres par la voie vaginale le jour, la veille ou l'avant-veille, vous devrez porter un pronostic réservé.

La femme rasée, sera lavée intus et extra, largement. Vous attendrez assez, pas assez cependant pour rendre fragile la vie de l'enfant. Aussitôt que par les constatations antérieurement décrites vous saurez que la tête ne peut s'engager, vous devrez opérer.

La femme endormie est placée sur le dos au bout du lit, les jambes en position obstétricale, l'accoucheur s'assied entre les cuisses écartées et soutenues par deux aides.

A. — Du bout de l'index gauche appuyé au côté du clitoris et descendant devant la symphyse, arrivez à sentir l'arcade, l'arcuatum, qui est quelquefois très bas, presque au niveau du gland du clitoris. Cela demande quelque patience; peu à peu le doigt fait son trou; il est nécessaire de sentir le sous-pubis, car c'est la limite inférieure de l'incision, qui doit être longue et surtout *descendre assez bas.*

Commencez-la donc à 5 centimètres au-dessus du bord pubien supérieur et terminez-la au niveau du bord inférieur, vous méfiant, en cette région-ci, de l'élasticité de la peau qui fait fuir le tégument devant le tranchant.

Coupez de plusieurs longs traits donnés sur la ligne médiane, tout le pannicule graisseux, faisant pincer les veines, si par hasard il en était besoin. Coupez du haut en bas de la plaie jusqu'à ce que deux écarteurs vous montrent bien les tissus blancs tendineux du manchon péri-osseux et le ligament suspenseur médian du clitoris. Celui-ci, vous avez besoin de le voir mieux encore; de chaque côté vous pourrez avantageusement descendre quelques petits et légers traits de bistouri.

Commandez d'amener les écarteurs dans la moitié inférieure de la plaie, s'ils n'y sont déjà. De votre gauche, pincez et tirez le clitoris pour l'abaisser et *faire surgir la masse des faisceaux élastiques suspenseurs.*

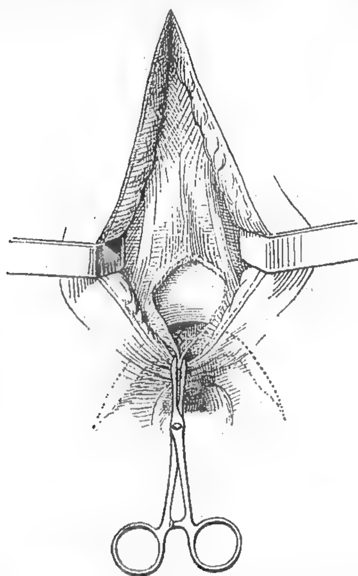


Fig. 26. — Symphyséotomie. — La peau et la graisse ayant été coupés, les tissus blancs reconnus à l'œil, deux écarteurs ont été placés assez bas. Par la traction du clitoris, le ligament suspenseur médian est devenu saillant : il eût pu être tranché tout simplement; ici il a été pincé près de l'organe et divisé au-dessus de la pince dont le poids suffit pour rendre béante la séreuse ébauchée et montrer le ligament arqué ainsi que l'entrée de la voie sous-symphysienne.

Aussitôt ce résultat obtenu, et il l'est facilement, tranchez l[illegible] ligament directement et horizontalement; ou bien [illegible] le tout entier, en travers, près de l'organe et, la pince [illegible]yant été prise par la main gauche, coupez juste a[illegible]us des mors. Si votre incision transversale des faisceaux élastiques a été hardie, complète, la plaie s'ouvre largement et montre à nu la face de l'arcuatum, l'intérieur de la séreuse ébauchée (fig. 26).

Du bout de la gouttière arquée, abaissez la lèvre inférieure et le clitoris, grattez au besoin l'arcuatum avec cet instrument ou un autre analogue; bref, ouvrez la voie sous-symphysienne.

B. — Remontez dans la partie supérieure de la plaie et sur la ligne médiane qui se sent, incisez le dur entrecroisement fibreux entre les tendons des muscles droits qui descendent devant les pubis. Vous pourriez amorcer l'incision sur le pubis même en appuyant fort le bistouri. Par la courte fente ainsi obtenue sans danger, la sonde cannelée ou la branche mousse des ciseaux introduite de bas en haut, éloignerait toute crainte d'échappade dans la profondeur. Derrière les tendons aplatis et larges, est un espace celluleux. Vous y sentirez peut-être un tractus fibreux élargi en bas, percé d'un trou et traversé par les vaisseaux sus-pubiens. Rompez tout cela du bout du doigt qui, fortement recourbé, cherchera tout de suite à gratter de l'ongle en descendant derrière le bourrelet pour en décoller tout ce qui y est appliqué. Si la tête vous gêne, faites-la soulever. Mais, soit du bout du doigt assez recourbé pour travailler avec l'ongle, soit du bout de la gouttière arquée, travaillant sous le doigt, raclez en descendant très bas, *très profondément* derrière la symphyse, jusqu'à ce que vous sentiez le bord libre de l'arcuatum. Exceptionnellement, un ligament vésico-pubien médian offrira une résistance sensible.

Laissez là, dans la profondeur, le bout de votre doigt, afin qu'il reçoive le bec de la gouttière arquée que vous revenez engager en avant dans l'ouverture de la voie sous-symphysienne que vous avez tout d'abord préparée.

Cela se fait en quelques instants, et quand c'est fait, la gouttière arquée tient le bourrelet, c'est dire que vous tenez la jointure; son dos écarte les veines, c'est assurer que vous ne les blesserez pas.

Il vous reste à reprendre le bistouri, qui doit être *mince*, et à couper par des traits successifs *dans le plan médian*, jusqu'à ce que tout, absolument tout ce qui unit les os soit divisé. Je possède une cisaille expéditive qui coupe aussi bien le pubis que la symphyse.

XXII

L'opération n'est qu'à moitié faite; il faut maintenant disjoindre les articulations sacro-iliaques postérieures, c'est-à-dire écarter les pubis.

Faites d'abord agir les aides sur les cuisses, pour passer le doigt entre les os et vous assurer que rien ne vous a échappé, ensuite pour faire la place aux extrémités de l'écarteur métallique, si vous en avez un.

Quand vous devez faire agir par les cuisses, commandez de les mettre dans l'abduction maxima, de les y tenir demi-étendues ou dressées et de leur imprimer, si c'est nécessaire, dans le sens de l'abduction, des ébauches de petites secousses synchrones, violentes, mais brèves, limitées, et pour ainsi dire retenues. Pendant ce temps, je conseille d'observer du bout du doigt ce que devient le plancher périnéal et d'en favoriser l'élongation en appuyant de chaque côté, près des piliers de l'arcade, pour l'en désinsérer peu à peu. Avec des aides incapables de faire autre chose que tenir les jambes, vous devrez provoquer vous-même l'abduction nécessaire sans quitter votre position, en plaçant une main en dedans de chaque genou tenu à votre portée.

Veillez à ce que l'écartement soit symétrique, c'est-à-dire à ce que les deux pubis se maintiennent au même niveau, car, en s'écartant, le pubis descend. Si l'un des

côtés résiste tandis que l'autre cède, le pubis de celui-ci se montre plus abaissé que l'autre. Vous savez comment, grâce à la flexion-adduction appuyée du côté suffisamment écarté, on peut triompher de la résistance du côté opposé.

XXIII

Quand l'écartement nécessaire a été obtenu, garnissez la plaie de gaze antiseptique. Pour le reste, si rien ne presse, laissez faire l'utérus. Autrement, le col étant bien dilaté, extrayez le fœtus à l'aide de l'instrument que je viens de vous montrer. Si vous ne l'avez pas, n'employez le forceps qu'en cas de nécessité absolue, à moins que le sacrum ne soit court et plat ou le périnée détruit. Vous pourriez aussi extraire l'enfant par les pieds, mais vous connaissez les risques d'asphyxie qu'entraîne ce procédé lorsque soit le col utérin, soit le plancher périnéal, résistent quelques minutes.

Aussitôt que la tête sera engagée dans l'excavation, commencez à vous défier de l'action des épaules. Il est devenu inutile de maintenir l'écartement interpubien, nuisible même, car, dans cette position des os, les deux muscles releveurs distants ne forment plus cette boutonnière qui concourt à faire tourner la tête, l'occiput en avant. C'est Varnier qui a reconnu la nécessité de modérer l'écartement après la descente de la tête.

Les épaules, si vous les laissiez faire, pourraient s'engager brusquement, exagérer l'écartement et peut-être déchirer les parties molles antérieures. Donc, une fois la tête dans l'excavation, provoquez sa rotation et, sans détruire complètement l'écartement, dites aux aides de rapprocher les os iliaques et de les maintenir solidement afin de modérer la marche des épaules et surtout leur action dilatatrice.

Après la délivrance et la toilette de l'utérus et du vagin où l'on dépose une mèche antiseptique, vous fermerez la plaie.

XXIV

Si vos mains sont douteuses, vous devez auparavant les laver soigneusement; et même, s'il vous reste quelque inquiétude, je crois que vous ferez bien de placer deux tubes pour drainer devant et derrière les pubis.

Donc, après avoir enlevé le tampon qui fermait la plaie et lavé celle-ci avec un liquide antiseptique, vous passerez plusieurs sutures perdues transversales profondément sous les rubans prépubiens et vous les serrerez très fort pendant que vos aides tiendront les hanches rapprochées. Vous suturerez la peau *ad libitum*, et panserez antiseptiquement comme vous savez le faire.

Par-dessus le tout, un bandage de corps est utile. Plus sûre est une ceinture plâtrée. Un jour ou l'autre, nous entendrons recommander soit la suture enchevillée momentanée sur une ou plusieurs broches enfoncées jusque dans le manchon fibreux péri-osseux, soit la griffe de Malgaigne, etc. Pourquoi pas?

Entravez les jambes de la femme, afin qu'elles n'exécutent pas de grands mouvements. La mèche antiseptique vaginale vous permettra de rester 2 ou 3 jours sans faire d'injection, c'est-à-dire sans remuer l'opérée. Quand vous devrez le faire, ne permettez pas à la femme de contracter ses muscles, d'écarter les cuisses elle-même.

L'on doit surveiller la température avec soin et, en cas d'élévation, s'occuper non seulement de l'utérus, mais aussi du foyer de la plaie dont on reconnaîtrait la réplétion en touchant la face postérieure des pubis par le vagin. Vous savez que la peau est capable de se réunir par-dessus un foyer infecté et qu'une belle cicatrice superficielle en voie de formation n'indique pas nécessairement l'asepsie du foyer qu'elle couvre.

Les femmes qui ont un bassin très étroit et un sacrum parallèle au pubis, n'ont pas une excavation suffisante pour loger l'utérus *post partum* sans que celui-ci ne comprime la vessie et le rectum. Peut-être est ce là la cause du tympanisme que l'on voit de temps en temps après la symphyséotomie. Ce tympanisme ne peut-il pas aller jusqu'à l'occlusion intestinale? Vous y remédieriez en soulevant l'utérus de temps en temps pour rendre le rectum perméable aux lavements et aux évacuations.

Mais je ne suis plus sur mon terrain. Lisez, étudiez, réfléchissez et venez voir chez Pinard à la Clinique Baudelocque, dans un de vos prochains voyages à Paris.

Messieurs, je vous remercie de votre attention. Ma fatigue égale presque la vôtre. J'aurais voulu ne pas vous quitter sur ces détails techniques; mais il faut finir. Je renonce donc à développer ce thème, que nous devons travailler, tous ensemble, à introduire le plus possible de science dans l'art obstétrical.

Je me borne à livrer à vos méditations cette vieille maxime : *Omnia in numero et pondere.*

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas de maladie de Friedreich non héréditaire (A case of non-hereditary Friedreich's disease), par H. W. G. MACKENZIE (*The American journal of the medical Sciences*, avril 1894, n° 264, p. 371). — Enfant âgée de 14 ans, toujours bien portante; à la suite d'une rougeole contractée il y a 7 ans, elle a commencé à présenter des troubles de la marche pour lesquels elle entre à l'hôpital. L'enquête, qui a porté sur la grand'mère, la mère, le père, les deux frères et les cinq sœurs de la malade, n'a révélé aucun cas semblable et même aucune tendance nerveuse dans la famille. Actuellement, le tableau de la maladie de Friedreich existe au complet au point de vue symptomatique, sinon que l'embarras de la parole et les déformations des pieds font défaut. L'auteur insiste, en particulier, sur l'étiologie : absence d'hérédité, au contraire de la règle, existence au début d'une rougeole comme l'a déjà établi Ormerod.

Ataxie locomotrice à début par les membres supérieurs (A case of locomotor ataxia beginning in the arms), par J. K. MITCHELL (*The American Journal of the medical Sciences*, avril 1894, n° 264, p. 420). — Le malade, âgé de 47 ans, syphilitique depuis 5 ans, au moment du début de l'affection, sentit comme premier symptôme de l'engourdissement douloureux, puis s'aperçut d'anesthésie dans le médius de la main droite. Successivement, ces phénomènes envahirent les deux membres supérieurs, et, deux ans après, s'accompagnèrent de phénomènes douloureux dans les mêmes membres, le dos, la nuque, et même les membres inférieurs. A l'examen on constate des troubles anesthésiques correspondants, et, de plus, une incoordination manifeste des membres supérieurs. Tous les réflexes tendineux ont disparu : il existe des douleurs intermittentes dans les membres. Enfin, les pupilles sont inégales, bien que leurs réactions, tant à la lumière qu'à l'accommodation, soient conservées. Le diagnostic qui paraît s'imposer est celui de tabes à début par les membres supérieurs. Cette forme spéciale est exceptionnelle et n'a pas attiré jusqu'ici l'attention des observateurs, car les classiques ne lui consacrent qu'une courte mention.

Un cas d'hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale, par PAUL SERIEUX (*Archives de neurologie*, mai 1894, n° 87, p. 322). — Le fait est tout à fait remarquable par l'ensemble des particularités qui se sont manifestées sur le sujet : la plupart des signes étant reconnus exceptionnels au cours de la maladie qui l'affectait. Il s'agit d'une femme de 39 ans, paralytique générale avérée non

seulement par les signes somatiques et psychiques, mais dont les lésions confirmèrent ultérieurement ce diagnostic qui présenta au cours d'une rémission des hallucinations motrices verbales, sans autres phénomènes hallucinatoires. Celles-ci s'accompagnèrent de spasmes des muscles masticateurs et jouèrent un rôle important dans l'éclosion d'un délire de persécution (phénomène également exceptionnel dans la paralysie générale). L'autopsie montra enfin des localisations méningo-encéphaliques, au niveau du centre moteur du langage et des centres masticateurs. L'auteur prend texte de cette observation pour exposer une intéressante étude sur les hallucinations psycho-motrices.

Pachyméningite cervicale syphilitique, par Lamy (*Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, avril 1894, n° 2, p. 104). — L'observation rapportée paraît de nature à établir une relation étiologique directe entre la syphilis et une forme de méningite spinale présentant la plus grande similitude avec la pachyméningite cervicale hypertrophique de Charcot et Joffroy. Le malade, âgé de 39 ans, a eu la syphilis 12 ans auparavant. L'affection actuelle a débuté il y a 2 ans par des accidents cérébraux : céphalées, vertiges, perte de la mémoire, gêne de la parole, puis diplopie (paralysie de la sixième paire); ultérieurement, survinrent de vives douleurs rachidiennes cervicales irradiées dans les membres supérieurs (surtout les avant-bras et les muscles de la main). Un grand nombre de muscles de la région offrent la réaction de dégénérescence. Il existe une paralysie double de l'abducteur. Sous l'influence du traitement spécifique, les signes céphaliques s'améliorèrent et la paralysie guérit : les atrophies musculaires persistent. Ce fait est encore intéressant en ce que la méningite supposée aurait été externe, contrairement à ce qui a lieu ordinairement pour les méningites syphilitiques.

MÉDECINE

Rhumatisme articulaire aigu à symptômes particuliers (Mittheilung zweier Fælle von acutem Gelenkrheumatismus), par Meyer (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, n° 16, p. 380). — L'observation que public l'auteur est remarquable par l'apparition simultanée d'un rhumatisme articulaire aigu chez le père et le fils, et par les symptômes présentés par le premier.

Il s'agit d'un homme de 49 ans qui contracte un rhumatisme articulaire aigu. Quatre jours après, les mêmes symptômes apparaissent chez son fils âgé de 5 ans. Mais tandis que, chez ce dernier, le rhumatisme aigu évolue d'une façon normale et se termine en 15 jours par la guérison, le père présente au 6e jour une polyarthrite aiguë des articulations du larynx avec troubles de déglutition et de phonation, et au 11e, une thrombose de la veine fémorale droite avec tuméfaction du membre, œdème, douleurs, etc. La guérison n'est complète qu'au bout de 6 jours. A noter qu'à aucun moment le cœur n'a été pris, et que malgré les examens répétés on n'a jamais trouvé d'albuminurie. D'après l'auteur, la participation des articulations du larynx est extrêmement rare dans le rhumatisme aigu, et n'aurait été notée que dans une observation de Fritsch et une autre de Schutzenberger et Libermann.

Insuffisance relative de l'artère pulmonaire dans la sténose mitrale (Ueber relative Insufficienz der Lungenarterienklappen bei Mitralstenose), par Pardinski (*Deut. Arch. klin. Med.*, 1894, vol. 52, p. 519). — Dans certains cas de sténose mitrale avec phénomènes stéthoscopiques classiques, l'auteur a constaté l'existence d'un autre souffle prolongé, diastolique ou présystolique qui s'entendait au bord gauche du sternum au niveau du 3e, plus rarement au niveau du 4e espace intercostal; quelquefois on l'entendait encore, mais faiblement, au niveau du 2e espace intercostal. D'une façon générale, ce souffle surajouté s'étendait dans la partie supérieure de la moitié gauche du thorax, ne dépassait pas le sternum et faisait entièrement défaut aux points d'auscultation de l'aorte.

D'après l'auteur, le souffle en question se produirait dans l'artère pulmonaire par le mécanisme suivant. En cas de rétrécissement considérable de l'orifice mitral, la pression monte dans le système de l'artère pulmonaire et dans l'artère pulmonaire elle-même. Si le ventricule droit est en même temps hypertrophié, le sang qu'il lance pendant la systole dans l'artère pulmonaire, frappe avec force contre les parois de l'artère qu'il distend, et force peu à peu l'orifice. Les valvules ne se ferment plus exactement, et à la longue il s'établit une véritable insuffisance des valvules pulmonaires se manifestant à l'auscultation par le souffle en question.

Leucémie (Ueber Leukæmie), par Schultze (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, vol. 52, p. 464). — Le travail de l'auteur est basé sur l'étude de 15 cas de leucémie observée chez 9 hommes et 6 femmes dont l'âge variait entre 25 et 64 ans.

La cause de l'affection n'a pu être élucidée dans aucun de ces cas. Comme symptômes du début, on a, dans plusieurs cas, noté une sensation de compression et de douleur dans l'hypochondre droit et la fosse iliaque gauche, de la constipation, de l'œdème des pieds, une fatigue facile. Dans un cas, il y a eu, au début, du priapisme que l'auteur attribue à une thrombose des corps caverneux.

Le sang a présenté, dans tous les cas, les modifications classiques. Chez deux malades, on a trouvé une légère exagération de l'excrétion d'acique urique ; chez trois autres, une augmentation des échanges respiratoires.

CHIRURGIE

Symphyséotomie (Ein Fall von Symphysiotomie), par G. Flatau (*Münch. med. Woch.*, 1894, n° 14, p. 268). — En rapportant un cas classique de symphyséotomie chez une primipare de 25 ans, à bassin moyennement rétréci, déjà infectée depuis la rupture des membranes par les tentatives d'extraction au forceps, l'auteur tient à faire ressortir que la symphyséotomie doit être préférée à l'opération césarienne : 1° quand on peut avoir l'espoir de sauver la mère et l'enfant, c'est-à-dire quand le conjugué vrai est de 7 cm. ; 2° quand les conditions extérieures s'opposent matériellement à la symphyséotomie; 3° quand on se trouve en face d'une parturiente déjà infectée.

Dans le cas de l'auteur l'opération fut facile. L'hémorrhagie violente qui s'était déclarée après la section de la symphyse fut rapidement arrêtée par le tamponnement à la gaze iodoformée. L'enfant, extrait au forceps, a succombé au bout de 6 heures, et pour l'auteur la mort doit être attribuée aux tentatives d'extraction par le forceps, faites avant la symphyséotomie.

Incision extra-médiane dans les laparotomies (Zur extramedianen Schnittführung bei Laparotomien), par Flatau (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 12, p. 278). — Pour éviter les hernies ventrales par la cicatrice après la laparotomie, l'auteur fait son incision à 1 cm. à gauche de la ligne médiane. Il coupe la peau et fait l'hémostase exacte de la plaie avec des pinces hémostatiques; puis il écarte, sans couper, les fibres du droit, de sorte que l'ouverture de la cavité péritonéale se fait pour ainsi dire à sec. Après l'opération, il ne touche pas les lèvres de la plaie avec une solution antiseptique, mais les suture directement d'après le procédé de Frisch. Il a ainsi obtenu, dans 33 laparotomies, une réunion par première intention et une cicatrice pour ainsi dire inextensible, c'est-à dire ne se prêtant pas à la hernie du moins chez des malades qui ont pu être suivis. L'incision à gauche de la ligne médiane ne gêne en rien les manipulations qu'on a à faire dans la moitié droite de l'abdomen.

Abcès du sinus frontal (Acute abscess of frontal sinus with necrosis, simulating orbital cellulitis) par Ramage (*Lancet*, 10 mars 1894, p. 599). — Un homme de 21 ans entra a l'hôpital pour une douleur intense avec gonflement de l'orbite gauche. Il avait eu l'influenza deux mois auparavant; le gonflement de l'orbite apparut alors et il se fit une rupture laissant échapper du pus; lors de l'entrée à l'hôpital, l'œil était projeté en avant, en dehors et en bas; il y avait beaucoup d'inflammation tout autour de l'œil ; il y avait deux fistules par où s'écoulait du pus, l'une située au-dessus du sac lacrymal gauche, l'autre était plus en dehors. On fit une incision réunissant les deux sinus et on enleva un séquestre, on gratta et on draina les sinus frontaux. Guérison.

Hémiplégie dans un cas d'empyème (Hemiplegia during perflation of an empyema cavity), par Fisher (*Lancet*,

17 mars 1894, p. 668). — Un homme de 55 ans entra à l'hôpital le 13 janvier 1891, avec des signes de pleurésie gauche. On fit une ponction et on trouva du pus; un peu plus tard on fit l'opération de l'empyème au niveau du 9e espace intercostal. Vingt jours après on fit un lavage de la cavité et on y insuffla de l'air chargé de vapeurs d'Eucalyptus; le malade eut aussitôt un vertige, il pâlit et tomba ayant perdu connaissance; le pouls était petit et irrégulier; on fit la respiration artificielle et le pouls redevint bon. Le lendemain il y avait une hémiplégie droite; il n'y a pas de paralysie faciale et les pupilles sont égales. Au bout de quelques jours toute trace de cet accident disparut et bientôt il guérit aussi de sa pleurésie. L'auteur regarde cet accident comme un phénomène de choc.

Traumatismes de la moelle épinière (Obscure injuries of the spine followed by paralysis of longstanding relieved by suspension and plaster of Paris Jacket), par SAYRE (*N.-Y. med. Journ.*, 20 janvier 1894, p. 65). — *Observation I.* — Un homme de 36 ans tombant sur l'angle d'un fourneau fut immédiatement paralysé au-dessous de la ceinture, probablement par suite d'une fracture de la 3e vertèbre lombaire; il y eut paralysie des sphincters avec rétention d'urine et des matières fécales. Au bout de quelque temps, la sensibilité, qui n'avait jamais complètement disparu, revint et le malade put uriner seul. Au bout d'un an il put marcher avec des béquilles. Pendant ce temps des abcès s'étaient formés, s'ouvrant dans le rectum, à la partie externe de la cuisse droite et interne de la cuisse gauche, donnant lieu à de fréquents retours de paralysie complète. Après la disparition des abcès qu'on n'obtint qu'au bout de deux ans, une amélioration générale et locale ne tarda pas à se faire sentir. Cependant il y avait encore des douleurs intenses dans les jambes et le rachis, une constipation opiniâtre alternant avec de la diarrhée et une impossibilité presque complète de marcher. On appliqua alors un corset de Sayre et trois jours après le malade pouvait se promener dans la rue. Tous les accidents disparurent. Quand on enleva le 1er corset, le malade ne put presque plus marcher et éprouva de nouveau de vives douleurs, en même temps que réapparut une légère déformation du tronc. L'application d'un 2e corset fit disparaître tous ces accidents; au bout de 18 mois la consolidation était complète et on put enlever sans inconvénient le 2e corset.

Obs. II. — Un homme de 29 ans, courrier dans un train, fut violemment heurté, au cours d'un déraillement. Pendant quelques instants il perdit connaissance, puis il revint à lui et continua son service de courrier pendant 3 jours; pendant ce temps il éprouva des douleurs dans la région lombaire, qui était le siège d'un gonflement; ces douleurs l'obligèrent à se mettre au lit. Puis survinrent de la paralysie des sphincters, de la perte de la sensibilité des deux jambes. Au bout de 10 mois l'anesthésie disparut graduellement de la jambe droite, mais elle gagna à gauche du côté de la cuisse; il n'y eut de paralysie motrice qu'au niveau de la jambe gauche. Il y avait des douleurs constantes dans le dos; cependant au bout de deux ans ces douleurs n'étaient plus très vives. On suspendit le malade et on lui appliqua un corset de Sayre; il alla rapidement mieux et ne tarda pas à guérir complètement.

Obs. III. — Un homme de 53 ans fut heurté dans un déraillement; quand on le releva, il éprouvait de vives douleurs dans le dos et avait perdu la sensibilité dans les deux membres inférieurs, qui étaient paralysés et froids; il y avait de la rétention d'urine. Bientôt l'anesthésie fut remplacée par de l'hyperesthésie; la paralysie de la vessie disparut. La paralysie des jambes tendait aussi à disparaître; toutefois une amélioration sérieuse ne fut produite que par le corset de Sayre qui ne tarda pas à amener la guérison complète.

Obs. IV. — Un homme de 38 ans tomba d'un train au cours d'un déraillement. Quand il revint à lui, ses membres inférieurs étaient paralysés; il y avait aussi de la paralysie des sphincters. L'application d'un corset de Sayre amena la guérison complète.

Parotidite tuberculeuse (Ueber ein Fall von tuberculœser Parotitis), par STUBENRAUCH (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, Bd XLVII, p. 26). — Il s'agit d'un homme de 60 ans ordinairement bien portant, chez lequel s'était développée dans la parotide droite, à 1 cm. en avant du lobule de l'oreille, une petite tumeur kystique qui a grossi à la longue et a fini par atteindre les dimensions d'une grosse noix (3 cm. de diamètre). La tumeur était rénitente, mobile, recouverte par la peau non modifiée, un peu douloureuse à la pression qui ne la diminuait pas et ne faisait pas sortir de liquide par le canal de Sténon.

Le kyste fut extirpé avec la plus grande facilité, et l'examen histologique des parois montra tous les caractères d'une production tuberculeuse On ne trouva pourtant pas de bacilles.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des Maladies des yeux, par PH. PANAS, professeur de clinique ophthalmologique à la Faculté de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc. Deux volumes grand in-8°. Prix : 40 fr. G. Masson, éditeur. Paris, 1894.

Le *Traité des Maladies des yeux* du professeur Panas était attendu avec impatience par ses nombreux élèves et par tous ceux qui, ayant eu la bonne fortune d'entendre ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, connaissaient bien les qualités dominantes de ce Maître : la clarté, la concision, l'originalité de l'exposition alliées à une vaste érudition, à un grand sens clinique, à une expérience consommée non seulement de l'ophthalmologie, mais aussi de tout ce qui touche à l'anatomie générale et à la chirurgie. Toutes ces qualités se retrouvent dans le *Traité des Maladies des yeux* dont elles assureront le succès. Ce traité a été écrit tout entier par l'auteur lui-même qui, entouré de collaborateurs distingués auxquels il aurait pu demander beaucoup, a préféré s'imposer à lui seul un travail considérable pour assurer l'unité de son œuvre.

L'ouvrage, superbement édité par M. G. Masson, comprend deux volumes formant un ensemble de 1286 pages, avec 296 figures dont beaucoup sont originales et 7 planches en couleurs tirées hors texte et intercalées dans les chapitres. Le premier de ces volumes traite du globe oculaire, le deuxième des annexes et de l'orbite.

Le tome I débute par l'anatomie, la physiologie et l'embryologie de l'œil, qui sont exposées avec une clarté saisissante malgré la concision voulue. De nombreuses figures très soignées complètent le texte qui rend compte des travaux les plus récents. L'auteur aborde ensuite l'étude des amétropies et des méthodes employées pour l'examen fonctionnel de l'œil. Les praticiens peu au courant des mathématiques pures apprécieront vivement la simplicité et la netteté avec lesquelles sont écrits ces chapitres ordinairement si difficiles à lire dans les traités spéciaux à cause des formules dont ils sont encombrés. Ils goûteront surtout les considérations extrêmement intéressantes et originales sur l'emploi des lunettes.

Vient ensuite la pathologie du globe oculaire, comprenant les maladies de la cornée, du tractus uvéal, de la sclérotique, du corps vitré, l'ophthalmie sympathique, le glaucome, la cataracte, la pathologie de la rétine et du nerf optique. On sent en lisant tous ces chapitres que l'esprit pratique et éminemment clinique de l'auteur se trouve sur son terrain favori. Sans oublier la théorie souvent résumée d'un trait de plume, et tout en faisant une très large place aux recherches de laboratoire dont il s'est toujours occupé avec prédilection, il soigne surtout la description clinique et le traitement, exposant pour chaque maladie ses idées personnelles et sa façon de faire, donnant ses raisons avec la préoccupation constante d'être complet et vrai tout à la fois. La description des opérations sur l'iris est un modèle de clarté et de précision; l'ophthalmie sympathique et le glaucome constituent de véritables monographies très complètes et très originales. Le traitement de la cataracte forme le chapitre le plus étudié. C'est celui que j'ai lu avec le plus de fruit et de plaisir. A l'article pathologie de la rétine et du nerf optique, le médecin et le neuropathologiste trouveront des indications extrêmement précises et souvent fort étendues pour le diagnostic différentiel et l'étiologie de ces affections que l'on a fréquemment l'occasion de rencontrer dans la pratique, en même temps que de superbes planches en couleurs leur fourniront la représentation exacte de chaque type décrit. Le tome I se termine par un appendice résumant les conditions d'aptitude exigées pour le service de l'armée et de la marine en ce qui concerne l'organe de la vision.

Le deuxième volume comprend l'étude des maladies des

muscles de l'œil, de la paupière, de la conjonctive, des voies lacrymales et de l'orbite. Pour chaque appareil, l'auteur, avant d'aborder la pathologie, expose avec concision et netteté les données d'anatomie et de physiologie normales nécessaires. Le lecteur trouvera au chapitre des strabismes l'admirable talent d'exposition qui avait marqué déjà la publication des Leçons du maître sur le même sujet. La chirurgie des paupières est décrite complètement avec tous les détails nécessaires; à lire surtout les procédés maintenant adoptés partout de M. Panas pour la cure du ptosis et de l'entropion. Les affections des voies lacrymales, le sujet de prédilection de l'auteur, sont traitées de main de maître. Le volume se termine par un exposé complet et méthodique des affections de l'orbite. Le chapitre concernant la pathologie des tissus crânio-faciaux est une heureuse innovation dans un Traité des maladies des yeux; les affections si fréquentes des sinus ayant un retentissement immédiat sur l'appareil de la vision doivent être pour les ophthalmologistes l'objet d'une étude approfondie.

Le traité d'ophthalmologie de M. le professeur Panas a sa place marquée dans toutes les bibliothèques : l'étudiant y retrouvera l'enseignement si clair et si précis de notre première chaire d'oculistique française, le praticien un exposé complet et mis au point de la science ophthalmologique actuelle, le chercheur un guide sûr et précieux mettant à sa disposition les résultats d'une longue expérience du laboratoire et des salles d'hôpital, servie par une maturité de jugement que peut seule donner une longue pratique de l'enseignement.

E. Hocquard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Contribution a l'étude de l'hystérie toxique (intoxication sulfo-carbonée), par Charles Martel.

Voici par quelles phases a passé l'histoire du sulfure de carbone : 1° Les accidents nerveux appellent l'attention des cliniciens qui s'occupent de l'intoxication sulfo-carbonée; 2° Grâce à la notion d'autres hystéries toxiques (alcool, plomb, etc.), on pense pour le sulfure de carbone à une hystérie de même nature; 3° L'influence de la suggestion prouve la nature hystérique des accidents; 4° Des documents nouveaux sont encore nécessaires pour donner à cette notion force de loi; 5° Dès maintenant on entrevoit l'importance que pourra prendre l'hystérie toxique sulfo-carbonée en médecine légale.

Des lésions de l'endocarde chez les tuberculeux, par Teissier.

L'endocardite spécifique est due au bacille dans sa forme *granulique* (tuberculose de l'endocarde), dans sa forme *caséeuse* (endocardite tuberculeuse) et dans les autres variétés anatomiques un peu différentes du tubercule classique (forme nodulaire de Tripier), peut-être même forme végétante.

La sclérose généralisée ou localisée est fréquente. Elle est due à l'intoxication tuberculeuse lente et elle est favorisée par les conditions locales; elle se trouve dans la tuberculose chronique.

Les lésions orificielles relativement fréquentes ne comprennent pas toutes les lésions décrites. Il faut distinguer les simples faits de coexistence d'avec les lésions offrant des rapports réels avec la tuberculose. Le poison tuberculeux a vraisemblablement une influence sur la détermination de ces lésions.

L'endocardite par infection secondaire est aiguë; très fréquente, elle est due aux microbes habituels (streptocoque, staphylocoque, bacille coli-commune, pneumocoque).

Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aigues et sur l'asepsie dans la chirurgie oculaire, par Morax.

Les microbes pathogènes n'existent que rarement dans les culs-de-sac conjonctivaux à l'état normal.

On a beaucoup exagéré le rôle des microbes du sac conjonctival dans les complications des plaies opératoires.

L'asepsie instrumentale doit être parfaite et pour cela doit être réalisée à l'aide de la chaleur (chaleur sèche pour les instruments, vapeur d'eau sous pression pour les collyres et objets de pansement).

L'asepsie du champ opératoire est impossible à réaliser et à maintenir. Le lavage à l'eau stérilisée est mieux supporté, ne donne pas de réaction conjonctivale et doit être préféré.

Le pansement a presque toujours pour effet de déterminer une prolifération microbienne dans les culs-de-sac en mettant un obstacle à l'écoulement régulier de la sécrétion lacrymale. Les micro-organismes qui se développent dans ces conditions n'appartiennent généralement pas aux espèces pathogènes.

Au point de vue pratique, l'emploi de la solution physiologique stérilisée donne d'aussi bons résultats que l'emploi des antiseptiques.

BULLETIN

L'incident de l'hôpital Bichat.

Il s'est passé à l'hôpital Bichat, il y a quelques semaines, entre un interne de première année, M. Papillon, et M. le professeur Terrier, un incident sur lequel nous avons d'abord gardé le silence. Mais depuis quelques jours la presse médicale et extramédicale en a été saisie et M. Papillon a lancé dans le public une brochure dont il importe de faire justice.

M. Papillon réclame contre le fait suivant : M. Terrier lui aurait enjoint — et fait enjoindre par l'administration — « d'ignorer son service » lorsqu'il serait de garde, et il aurait chargé spécialement un de ses élèves de le garde chirurgicale. Cette mesure aurait été prise à la suite d'une altercation où M. Papillon, interpellé par M. Terrier pour avoir osé recevoir dans le service de chirurgie une femme atteinte de fracture de cuisse, se serait refusé à prendre l'engagement de ne plus admettre, dorénavant, les fractures, cas chirurgicaux indignes des soins de M. Terrier.

M. Hartmann, dans une lettre adressée au *Temps* il y a quelques jours, a déjà rectifié un point de cette assertion; c'est lui — alors suppléant de M. Terrier — qui a pris des dispositions pour que M. Papillon, dont il considère les pansements comme septiques et nuisibles, ne pût venir infecter des blessés dans les salles de chirurgie.

Ce point mis à part, il semble bien que, pour la fracture, M. Papillon ait trop de tendance à présenter les faits avec habileté. Car sa brochure insinue qu'en somme, on le persécute pour avoir hospitalisé une fracture dans un service de chirurgie. Il y a là une belle pâture pour les journalistes politiques, même pour ceux qui, par leur origine, pourraient savoir un peu ce que c'est que le médecine! Et, de fait, les articles n'ont pas manqué pour flétrir la conduite de ce chirurgien qui refuse systématiquement les fractures! Par malheur, il n'y a pas un mot de vrai dans cette assertion : je l'affirme et j'ai eu le grand honneur, après ma nomination au Bureau central, d'avoir été choisi comme assistant par M. Terrier pendant deux ans et demi. Ce qui se passait de mon temps, ce qui se passe encore aujourd'hui, mon collègue Hartmann vient de me le répéter, le voici :

Une première règle, *absolue*, est de recevoir *immédiatement* toute fracture avec plaie, et M. Terrier donne tous les ans aux internes l'ordre *formel* de toujours désinfecter, réduire et immobiliser d'urgence. Il ne veut pas qu'un malheureux souffre jusqu'au lendemain dans un appareil provisoire; et si l'interne ne sait pas faire cette besogne, la consigne est d'envoyer chercher un des assistants, M. Hartmann ou moi; en leur absence, M. Terrier lui-même.

Est-ce là le langage d'un homme qui agirait comme l'insinue M. Papillon? Aussi les assertions inexactes de celui-ci ont-elles soulevé l'indignation de tous ceux qui — internes ou chirurgiens des hôpitaux — ont travaillé dans le service de Bichat; et je joins ma protestation à celle de Richelot, à celle de Hartmann.

Et voici encore des chiffres : Pendant l'année 1893,

dans la salle des hommes, il a été hospitalisé *62 fractures*, (52 des membres ou des côtes, 10 du crâne, du rachis, de la face); dans la salle des femmes, 9 fractures des membres et 1 du crâne; le 27 mai, date des « révélations » de M. Papillon sur le « fief » Terrier, il y avait à la salle des hommes 6 fractures. Que dire dès lors des accusations de M. Papillon? Que chaque lecteur apprécie.

J'ajouterai que la salle des hommes comprend 31 lits seulement, la salle des femmes autant, plus 8 lits dans le pavillon *spécial* des laparotomies. C'est avec ce chiffre de lits qu'il faut faire face aux exigences d'une consultation où, en 1893, il est venu 16,238 malades, en dehors du service de la garde. Il est évident — pour tout homme de bonne foi — qu'on ne peut dès lors hospitaliser parmi ceux qui se présentent tous ceux qui en ont besoin peu ou prou; qu'on est obligé de refuser des patients qui auraient été admis dans des consultations où vont 10 à 12 malades par jour pour un service de 100 lits. De là des récriminations inévitables, dont la presse non médicale se fait trop volontiers l'écho. Ce qui est profondément triste, c'est de voir un interne prendre l'initiative de ces calomnies, peut-être avec l'espoir qu'il en restera quelque chose, et cela contre un homme qui est le type du chirurgien habile et honnête, contre un chef de service consciencieux qui s'intéresse au suprême degré à ses malades d'hôpital.

A. Broca.

VARIÉTÉS

Stage hospitalier; classement des stagiaires. — *Extrait du décret relatif au stage hospitalier et aux cliniques annexes de la Faculté de Médecine de Paris* (*20 novembre* 1893).

Article premier. — Tous les étudiants en médecine feront un stage dans les hôpitaux de Paris, dont la durée ne sera pas inférieure à trois années.

Les étudiants accompliront ce stage pendant leurs deuxième, troisième et quatrième années d'études.

Pendant les deux premières années du stage, les élèves seront attachés aux services généraux de médecine et de chirurgie.

Pendant la troisième année, les élèves seront nécessairement attachés, pendant un trimestre, aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies mentales, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires.

Art. 2. — Les élèves stagiaires seront répartis par groupes de vingt dans les services affectés à l'enseignement.

Art. 3. — Chacun des groupes de stagiaires sera composé d'élèves appartenant à une même année de stage.

Art. 4. — Pendant toute la durée de cet enseignement, l'élève devra être exercé individuellement à la recherche des lignes, des symptômes des maladies. Il devra prendre part personnellement à l'examen des malades.

Art. 5. — Les services affectés à l'enseignement pendant les deux premières années de stage sont :

1° Les services de clinique générale de la Faculté de médecine;

2° Des services pris parmi ceux qui sont dirigés par des médecins et chirurgiens attachés aux hôpitaux généraux.

Les services affectés à l'enseignement pendant la troisième année sont :

1° Les chaires d'accouchement et de clinique spéciale de la Faculté de médecine;

2° Des services pris parmi ceux qui sont consacrés aux accouchements et aux spécialités dans les divers établissements hospitaliers.

M. le Directeur de l'Assistance publique désignera, dans les différents hôpitaux, le nombre des services dirigés par des médecins, chirurgiens et accoucheurs, qui, dans chaque hôpital, sera affecté à cet enseignement.

Art. 7. — L'enseignement durera du 1er décembre au 15 juin. Les titulaires des cours seront nommés pour trois ans.

Les élèves seront répartis de façon qu'ils passent trois mois dans un service de médecine et trois mois dans un service de chirurgie.

Le professeur donnera, à la fin du cours, des notes sur le travail de chaque élève. Ces notes seront transmises, par les soins du Directeur de l'Assistance publique, au Doyen de la Faculté pour être jointes au dossier de l'élève.

Art. 9. — La répartition des élèves dans les cliniques de la Faculté et dans les services désignés par la Commission sera établie à la Faculté par son doyen.

Au moment où leur nom sera appelé, les élèves de troisième année de stage désigneront le service d'accouchement dans lequel ils désirent faire leur stage, ainsi que l'époque de ce stage, puis le ou les services spéciaux qu'ils veulent suivre, et, pour le reste du temps, le ou les services généraux auxquels ils désirent être attachés.

Les stagiaires de deuxième année seront, de préférence, répartis dans les hôpitaux du centre; les stagiaires de première année dans les hôpitaux excentriques.

La liste de répartition sera transmise à M. le Directeur de l'Assistance publique, qui délivrera les cartes d'entrée dans les hôpitaux aux élèves.

Art. 10. — Les élèves internes et externes des hôpitaux, qui, pendant la durée de leur service hospitalier, n'auraient pas été attachés à un service d'accouchement devront faire un stage dans un de ces services, ou, s'ils le préfèrent, ils seront admis à accomplir un stage de deux mois à la clinique Baudelocque, de 10 heures du soir à 8 heures du matin.

Classement des stagiaires.

Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers.

C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Une lettre de convocation individuelle leur sera adressée à cet effet.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu dans la première quinzaine de novembre, pour le trimestre de décembre à février inclus, et dans la première quinzaine de février, pour le trimestre de mars à mi-juin.

Les listes des stagiaires seront arrêtées les 15 novembre et 15 février, pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique.

Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé; — l'inscription d'avril, d'après les notes du professeur pour le trimestre de décembre à février inclus; — l'inscription de juillet, d'après les notes du professeur pour le trimestre de mars à mi-juin.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin (art. 7), le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

Les règlements précédents recevront leur entière exécution dans l'année scolaire 1895-96.

En 1894-95, ils ne seront appliqués qu'aux élèves de 3e et de 4e années, dont la scolarité est soumise au stage médical et chirurgical.

Faculté de médecine. — L'élection pour la chaire de clinique chirurgicale a donné les résultats suivants :

1re ligne, M. Paul Berger, à l'unanimité; *2e ligne*, M. Monod, par 16 voix contre 14 à M. Reclus, 1 bulletin blanc; *3e ligne*, M. Reclus par 22 voix, contre M. Pozzi, 5, et M. Richelot, 4.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

REVUE GÉNÉRALE

Indications de la cystostomie sus-pubienne (Création d'un urèthre contre nature temporaire ou permanent) chez les prostatiques atteints d'accidents urinaires graves, par M. le professeur A. PONCET (1).

Le titre de cette étude indique que j'ai seulement en vue les prostatiques atteints de complications qui ne les rendent plus justiciables du cathétérisme ou d'autres moyens encore conseillés et pratiqués par la plupart des chirurgiens. Je reconnais l'utilité du traitement par la sonde chez un grand nombre, mais je crois aussi que, chez beaucoup, le traitement opératoire constitue une ressource de premier ordre, à laquelle il faut savoir recourir et sans trop attendre.

Depuis ma première communication sur la cystostomie, communication qui remonte bientôt à cinq ans, on a généralement reconnu l'utilité de l'opération que je proposais, mais, comme dans toute question opératoire nouvelle, on a ressuscité d'anciens modes de traitement, on s'est dit encore suffisamment armé avec le cathétérisme, avec les ponctions, etc.; enfin on a contesté l'opportunité, la nécessité de la cystostomie que l'on a également représentée comme une opération grave.

Dans divers articles et communications j'ai répondu à ces objections. Il me semble cependant indispensable d'indiquer, aujourd'hui, dans quelles conditions la cystostomie, qui peut être urgente, au même titre qu'une kélotomie pour hernie étranglée, doit être pratiquée.

Les indications de cette opération découlent des contre-indications mêmes des autres manœuvres chirurgicales journellement employées pour lutter contre des complications mécaniques ou septico-urinaires survenues chez des prostatiques (2).

(1) Communication faite à la Société de médecine de Lyon, le 23 avril 1894.

(2) Je laisse de côté les intéressantes observations des malades de MM. Desnos (*Annales des malad. des organes génit. urin.*, novembre 1893), Et. Rollet (*Archiv. Provincial. de chirurgie*, novembre 1893), Lejars (*Semaine médicale*, 21 février 1894), Nélaton (*Bullet. de la Société de chirurgie*, n° 3, avril 1894), etc., pour ne parler que des cystostomisés que j'ai suivis.

Soixante cystostomies sus-pubiennes ont été, pour des accidents de cet ordre, pratiquées dans mon service depuis quelques années. Plusieurs de ces opérations ont été exécutées soit par mon assistant, le Dr Jaboulay, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu, soit par mes chefs de clinique les Drs Orcel et Curtillet, soit par mes internes, prosecteurs à la Faculté, MM. Lagoutte et Villar. C'est naturellement en m'appuyant sur toutes ces observations, que j'envisagerai les indications de cette intervention qui avait en vue deux grandes catégories d'accidents, accidents isolés ou associés de rétention et d'infection urinaire (1).

Pour plus de simplicité, je diviserai les prostatiques en deux classes :

1° Les prostatiques indemnes de toute manifestation d'empoisonnement urineux et chez lesquels les urines ne présentent souvent pas d'altération pathologique. Il s'agit de prostatiques *mécaniques*, c'est-à-dire de sujets chez lesquels il existe un obstacle plus ou moins insurmontable à la miction.

De tels malades sont pris brusquement d'une rétention aiguë sans autre phénomène prémonitoire sérieux. Le plus ordinairement, cependant, on se trouve en présence de vieux rétentionnistes qui ont été ou non sondés et chez lesquels les urines sont loin d'être normales.

Dans tous les cas, ce sont les troubles fonctionnels qui dominent la scène et les malades peuvent être considérés comme non infectés.

2° Les prostatiques offrant des signes d'urinémie, de septicémie urinaire. Les troubles fonctionnels passent fréquemment alors au second plan : le danger réside dans l'évolution, dans l'aggravation d'accidents généraux déjà existants.

Cliniquement, les deux catégories de prostatiques sont des urinaires, mais ils doivent être séparés au point de vue du pronostic et du traitement. Les uns, ceux que l'on peut appeler les *prostatiques mécaniques*, ne sont porteurs que de lésions locales, de lésions en quelque sorte limitées au canal prostatique; les autres sont des *empoisonnés urinaires*, dans le sens le plus large de ce mot. Par empoisonnement urinaire, il faut, en effet, entendre des accidents d'urinémie, c'est-à-dire provoqués le plus souvent par le défaut d'excrétion de reins malades, sclérosés (insuffisance rénale), par l'absorption de la muqueuse uréthro-vésicale, devenue pathologiquement absorbante, et aussi, comme l'ont bien montré le

(3) Je ne m'occuperai pas de la prostatotomie, de la prostatectomie. Ces opérations ont été récemment appréciées dans ce journal par un de mes internes, M. Lagoutte. *Prostatotomie, prostatectomie et cystostomie sus-pubienne* (opération de Poncet). *Gazette hebdomadaire*, mars 1894.

professeur Guyon et ses élèves, des accidents septicémiques greffés ou non sur les premiers, d'où le nom d'*infection urinaire, de septicémie urineuse* donné plus volontiers encore à ce complexus pathologique.

Les prostatiques justiciables d'une cystostomie peuvent donc se présenter dans des conditions fort différentes qu'il convient d'examiner isolément.

Voyons d'abord les malades de la première catégorie, c'est-à-dire, ceux chez lesquels le cathétérisme est impossible, particulièrement laborieux, avec ou sans fausse route; etc.

Voici le cas le plus simple, celui d'une rétention vésicale aiguë, survenue brusquement chez un vieillard qui n'a jamais été sondé, et dont les urines sont aseptiques. On a naturellement recours au cathétérisme, mais on ne parvient pas dans la vessie, les sondes les plus diverses de forme, de courbure, de structure, maniées avec la plus grande douceur, ont échoué. Que faut-il faire? (Ces cas d'impossibilité du sondage sont rares, si l'on veut, mais on les observe, et la main la plus expérimentée peut en rencontrer) La ponction de la vessie, mais, quel que soit le mode de pénétration dans la cavité vésicale, que l'on se serve d'un trocart ou mieux encore d'une aiguille capillaire, on emploie une manœuvre aveugle, ne donnant pas la sécurité d'une opération à ciel ouvert, bien réglée. Elle expose à la blessure du péritoine, à la filtration dans les tissus d'une urine dont on ne saurait, en tant qu'innocuité, se porter garant.

Comme opération d'urgence, quand on ne peut pas absolument mieux faire, elle reste évidemment, en présence d'un malade qui est dans l'impossibilité d'uriner par la voie normale, et qui doit pisser à tout prix, la seule ressource, mais elle ne doit pas être répétée; il faut la considérer comme un pis aller, comme une intervention d'attente qui sera le premier acte d'une cystostomie.

Je sais bien que, chez des rétentionnistes aigus non infectés, on a vu, après une ou plusieurs ponctions, la miction se rétablir, et surtout le cathétérisme devenir praticable, mais ces faits ont une valeur relative, ils ne sauraient, dans la pratique, se substituer aux cas plus fréquents, où il a fallu recourir à des ponctions répétées, qui chaque fois, quoi qu'on en puisse dire, exposent à des accidents.

Chez de tels malades, la cystostomie est au contraire d'une simplicité d'exécution très grande par suite de la saillie en avant de la vessie distendue, avec elle on n'a pas l'imprévu d'une ponction. Quitte à me répéter, je dirai encore, *on voit, on sait ce que l'on fait*. On traverse avec le bistouri des tissus exsangues, on met sûrement le cul-de-sac péritonéal à l'abri de toute blessure, enfin, par une ouverture suffisante portant sur la paroi vésicale antérieure, et par la suture des bords de la vessie avec ceux de la paroi abdominale, on assure aisément le cours de l'urine, sans aucune arrière-pensée d'infiltration.

Je ne me dissimule pas que les mêmes raisons qui ont fait le succès des ponctions subsisteront longtemps encore. En dehors, en effet, de l'assentiment plus facile à obtenir d'un malade pour une ponction que pour une opération (le mot opération est des plus élastiques, et dans l'espèce, il devrait désigner plus volontiers la ponction, puisque le pronostic en est moins certain), la première est une manœuvre chirurgicale à la portée de tout praticien. De plus, elle n'engage pas la responsabilité de celui qui l'exécute, les accidents infectieux qu'elle provoque ne peuvent être le plus souvent directement contrôlés, puis, il est si simple de tout mettre sur le compte antérieur des voies urinaires! La seconde, au contraire, exige d'avoir été apprise, d'être sue, pour être exécutée; enfin, il n'est pas douteux qu'elle demande une autre éducation chirurgicale. Ce sont là des considérations qui, certes, ne devraient pas intervenir dans l'appréciation d'une méthode thérapeutique, cependant on les voit journellement inspirer certains moyens de traitement.

Il me paraît inutile de revenir encore sur les contre-indications des ponctions vésicales, sur leur insuffisance et leurs dangers, une telle chirurgie n'a plus aujourd'hui sa raison d'être (1). Qu'il s'agisse de la vessie ou d'autres organes, les ponctions ne doivent plus constituer une méthode de traitement. Elles peuvent éclairer un diagnostic, remplir une indication urgente, mais il ne faut pas leur demander davantage, sous peine de rentrer dans les anciens errements dont l'antisepsie a fait justice. Songe-t-on encore à ponctionner les kystes de l'ovaire, les collections pathologiques? N'est-il pas surabondamment démontré que, pratiquées par un chirurgien aseptique, les incisions à ciel ouvert sont plus sûres, plus innocentes? (2).

Chez un prostatique, *rétentionniste aigu, aseptique*, je conseille donc, lorsque le sondage est reconnu impossible, la cystostomie, mais j'ai hâte, à propos du cas relativement le plus favorable pour l'innocuité de la ponction, de prévenir l'objection qui a été faite maintes fois à mon opération. La cystostomie sus-pubienne laisse souvent, dit-on, un méat hypogastrique incontinent, et l'opéré est alors porteur d'une infirmité dégoûtante.

Je ne veux pas rechercher, pour le moment, dans quelle proportion mes cystostomisés ont eu, comme mon regretté maître Diday, un urèthre contre nature continent. Je tiens seulement à faire observer qu'on s'est mépris, lorsqu'on a cru que je cherchais chez tous les cystostomisés à créer un urèthre hypogastrique devant se substituer à l'urèthre normal. — Autrement dit, j'ai toujours pensé que le méat sus-pubien pouvait être provisoire et non pas définitif. — Je suis complètement de l'avis de M. Desnos (3), lorsqu'il parle de *cystostomie temporaire* par opposition à la *cystostomie permanente*. Cette distinction est éminemment juste, elle répond à des cas dissemblables.

Les prostatiques cystostomisés se divisent en effet, au point de vue de leur avenir fonctionnel, en deux classes. Chez les uns, l'obstacle mécanique au cours de l'urine est une prostate devenue occasionnellement obstruante, le cathétérisme est impossible par suite de cette augmentation passagère de volume, mais que sous l'influence du repos de l'organe produit par l'ouverture de la vessie, les phénomènes congestifs disparaissent, que l'hypertrophie s'atténue, après quelques jours, le plus souvent après quelques semaines, l'urine reprend spontanément le chemin naturel, les sondages deviennent possibles. Il va de soi que chez de tels sujets on laisse le méat hypogastrique se fermer et que l'on en favorise l'occlusion, que j'ai, du reste, vue se produire d'elle-même chez plusieurs opérés.

Il ne faut pas oublier que, malgré le soin apporté à la suture des bords de la muqueuse vésicale avec ceux de la paroi abdominale, le nouveau méat a une tendance invincible au rétrécissement, à l'occlusion naturelle. Il s'agit, en effet, d'une cystostomie, c'est-à-dire, d'une simple incision de la vessie, et non d'une cystectomie, d'une ablation partielle, d'une perte de substance de la paroi vésicale antérieure. N'en serait-il pas ainsi, rien ne serait plus facile que, le calme dans les voies urinaires

(1) ROLLET, De l'adhérence du péritoine à la symphyse du pubis dans un cas de ponction vésicale suivie de cystostomie sus-pubienne. *Lyon médical*, 11 janv. 1894.

(2) A. PONCET, Des dangers de la ponction hypogastrique dans la rétention d'urine. *Mercredi médical*, novembre 1891.

(3) DESNOS. Congrès de Rome, 1894.

étant rétabli, d'obtenir la cicatrisation du méat par l'avivement et la suture de ses bords. C'est alors que la sonde à demeure ou des cathétérismes répétés favoriseront l'occlusion de l'orifice hypogastrique.

Grâce à la cystostomie, le prostatique redevient ce qu'il était avant la rétention.

La deuxième classe de cystostomisés comprend les prostatiques que j'appellerai *incurables*, c'est-à-dire, ceux chez lesquels la miction normale ne se rétablit pas, et alors que le cathétérisme reste impossible, tout au moins difficile, dangereux, non seulement par suite de l'hypertrophie de la prostate, mais encore par le mauvais état de l'appareil urinaire. Ici, il est inutile de discuter. Cette impossibilité du retour de la fonction uréthrale commande la *cystostomie permanente* et, ainsi que je l'ai indiqué dès le début de mes recherches, comme dans des occlusions définitives d'autres organes, il faut établir, maintenir une voie artificielle, et, dès lors, créer un urèthre contre nature. Qu'un tel cystostomisé soit absolument continent, qu'il le soit mal ou même qu'il ne le soit pas du tout, il importe peu. L'indication se pose brutalement, c'est une question de vie ou de mort. *Vaut-il mieux vivre avec une vessie fermée que mourir avec une vessie ouverte?* La réponse n'est pas douteuse. Quant au nouveau canal, s'il est incontinent, on cherchera à lutter contre cette infirmité à l'aide d'un urinal ou de tout autre appareil, comme ceux qui ont été fabriqués dans ces dernières années, et qui s'opposent à l'issue de l'urine. Les malades ont parfois si nettement la notion de l'indispensabilité d'un canal artificiel que non seulement ils refusent bien souvent, quand on leur en fait la proposition, la fermeture de leur méat hypogastrique, mais ils redoutent cette éventualité. Ils s'efforcent par des dilatations répétées de lutter contre la tendance au rétrécissement qui est, la plupart du temps, très prononcée.

Du reste, la meilleure preuve de l'utilité de la cystostomie n'est-elle pas l'impossibilité du retour de la fonction normale, malgré des cathétérismes qui, bien entendu, ne doivent être exécutés qu'à la condition de ne pas aggraver l'état du malade. Cette impossibilité ne témoigne-t-elle pas de la nécessité d'un méat hypogastrique permanent?

Chez plusieurs de mes cystostomisés, opérés depuis un an, deux ans, pas une goutte d'urine n'a repris l'ancienne voie uréthrale, malgré des tentatives de ce genre, après occlusion avec un tampon, avec un appareil de l'orifice du canal sus-pubien, etc. Qu'en conclure, sinon, que, sans le nouveau canal, les mêmes accidents de rétention qui ont imposé l'intervention se reproduiraient fatalement?

Si la cystostomie paraît être le traitement de choix des rétentionnistes aigus, non infectés, que l'on n'a pu sonder, *a fortiori* doit-elle trouver son indication lorsque le chirurgien, ayant pu, presque par hasard, arriver dans la vessie, après des tentatives laborieuses de sondage, croit devoir laisser une sonde à demeure. Chez les vieillards prostatiques, avec des voies urinaires en état, et toujours, tout au moins, en imminence pathologique, la sonde à demeure, tout le monde le sait, est une arme à double tranchant. Elle assure la fonction tant bien que mal, le plus souvent bien, si l'on veut, pour ne pas trop noircir le tableau, même au point de vue fonctionnel, mais elle est fréquemment mal supportée, elle irrite la voie uréthro-prostatique, la vessie; elle est surtout, et c'est le grand grief, une cause d'infection. Je sais bien que l'on peut aisément citer des prostatiques à qui elle a rendu service, mais on oublie trop facilement ceux qui en ont pâti et surtout ceux qui en sont morts.

Essayons toujours, dira-t-on, de la sonde à demeure; suivant la tolérance, suivant ce qui arrivera nous serons à temps de l'enlever. Je ne saurais trop m'élever contre ce mode de raisonnement, contre cette pratique. Ce n'est pas lorsque l'ennemi est dans la place qu'il est loisible de le déloger. Ce n'est pas quand une pyélo-néphrite aiguë ou autre a éclaté que l'on désinfecte facilement l'appareil urinaire supérieur. Aujourd'hui, mieux que jamais, on sait que le seul traitement des septicémies est celui qui les empêche de se développer. Le vrai traitement des septicémies profondes, cavitaires, à point de départ en dehors de la main du chirurgien, est le traitement préventif, les autres sont au petit bonheur. J'ajouterai que l'asepsie parfaite, asepsie indispensable, des sondes, des instruments introduits dans la vessie, ne saurait donner une sécurité suffisante. Le canal d'un prostatique ne peut être considéré comme un milieu exempt de germes; de plus la sonde restant en place sert encore de voie à une infection venant du dehors et toujours possible. A l'appui de cette manière de voir, il me serait facile de produire de nombreuses observations cliniques où la sonde à demeure a empoisonné le prostatique, où elle a causé la mort. Je la proscris chez cette catégorie d'urinaires et je donne la préférence à la cystostomie.

L'opération me semble tout aussi indiquée lorsque les sondages sont difficiles, lorsqu'ils sont douloureux, mal supportés, lorsqu'ils s'accompagnent d'uréthrorrhagie, lorsqu'après des tentatives répétées, une fois cependant arrivé dans la vessie, on a l'air d'avoir exécuté un tour de force. En présence d'un tel obstacle prostatique, on n'est jamais sûr de le franchir à volonté, on éraille facilement la muqueuse uréthrale congestionnée, enfin on court le risque de devenir rapidement dangereux. Bien heureux encore le prostatique qui, après un premier cathétérisme ayant permis l'évacuation de sa vessie, ne passe pas peu d'heures après en d'autres mains qui doivent faire, de nouveau, l'apprentissage d'un tour de maître. Dans les hôpitaux il en est malheureusement souvent ainsi, tel urinaire est sondé chaque jour par un nouvel interne de garde, et je me souviens encore des craintes que m'inspiraient autrefois certains prostatiques dont la vessie passait pour difficilement accessible.

Combien de fausses routes n'ont-elles pas été faites, dans ces sondages au lit du malade, à toute heure du jour et de la nuit, et cela malgré les précautions prises! En évoquant ces souvenirs personnels, je suis certain d'être l'écho de nombreuses générations d'internes qui ne doivent guère avoir souvenance de prostatiques entrés dans nos grands hôpitaux pour des accidents urinaires graves, sortis guéris.

Lorsqu'il existe une ou plusieurs fausses routes, la cystostomie doit être immédiatement pratiquée. — Tout essai de sondage constitue une manœuvre périlleuse. En supposant que l'on arrive une première fois, une seconde et plus encore dans la vessie, le cathétérisme, qui peut, en outre, échouer d'un moment à l'autre, n'en reste pas moins une source de danger par les accidents infectieux auxquels il donne si souvent naissance chez de vieux urinaires. La grande indication est, en pareil cas, de laisser l'urèthre au repos. La sonde à demeure, les sondages doivent être considérés comme meurtriers, mais pour obtenir le calme dans l'appareil urinaire, pour mettre le canal déchiré à l'abri de l'infection, la seule ressource se trouve dans la dérivation du cours de l'urine. Un tel malade est, il ne faut pas l'oublier, un *noli me tangere*; la cystostomie, en permettant à l'urine de s'écouler facilement au dehors, supprime toute espèce de manœuvres qui constituent une cause d'irritation locale, capable d'ouvrir d'un moment à l'autre la porte à des accidents infectieux, elle donne aux prostatiques une tranquillité que ne connaissent guère les malheureux soumis à des son-

dages d'autant plus douloureux et plus mal supportés que leur urèthre déchiré est déjà le siège d'accidents inflammatoires plus ou moins graves.

La cystostomie sera également pratiquée dans le cas d'hémorrhagies répétées, abondantes, constituant pour le malade une complication que n'ont pu conjurer les moyens hémostatiques connus. S'agit-il d'une hémorrhagie intra-vésicale avec hématome obstructeur, comme le Dr Tussau en a rapporté un bel exemple (1), en présence de l'inefficacité des autres traitements, l'hésitation n'est pas permise, il faut se hâter de cystostomiser. La même conduite sera suivie chez un prostatique calculeux qui présente alors une double indication de cystostomie.

En résumé : *lorsque le cathétérisme est impossible, lorsqu'il est particulièrement difficile, uréthrorrhagique, mal supporté, redouté par le malade, toutes conditions qui le rendent dangereux, lorsqu'il existe des fausses routes, dans le cas également d'hémorrhagies vésicales ayant résisté à d'autres traitements, dans le cas d'hématocèle vésicale, de caillots sanguins volumineux faisant, malgré la sonde, obstacle à la miction, etc., il faut, chez les vieillards prostatiques, rejeter l'emploi de la sonde, de la sonde à demeure, et donner la préférence sur les ponctions à la création d'un méat hypogastrique que l'on rendra, suivant l'état des voies urinaires, temporaire ou permanent.*

Dans cette première partie, j'ai envisagé les diverses éventualités avec lesquelles on peut se trouver aux prises, alors qu'il s'agit seulement d'accidents locaux. J'ai supposé des prostatiques n'offrant aucun signe de septicémie urinaire, aucune manifestation urinémique. Il me reste à étudier cette dernière catégorie de sujets au point de vue des indications du traitement opératoire, par opposition au traitement classique par la sonde.

Un premier point me semble au-dessus de toute discussion : si aux troubles mécaniques se surajoutent des accidents infectieux : de la fièvre, des signes de toxémie urinaire, l'indication de cystostomiser est encore plus formelle que précédemment. L'opération se propose un double but : tourner un obstacle infranchissable, dangereux, enfin lutter contre des complications graves que des manœuvres de cathétérisme devenu impossible, périlleux, ne peuvent qu'exaspérer. Je crois inutile de revenir sur l'insuffisance et la gravité des ponctions vésicales pratiquées chez de tels malades; elles ne peuvent constituer qu'un traitement palliatif, et quel traitement!

Je n'aurai donc en vue, dans cette seconde partie, que les cas d'infection urineuse dans lesquels, le cathétérisme étant possible, la question se pose entre le traitement par la sonde et le traitement opératoire.

Je crois le cathétérisme impuissant, d'un pronostic sévère, chez un grand nombre de sujets. Il est parfois d'autant plus redoutable qu'il donne une fausse sécurité et compromet les résultats d'une intervention qui, pour être suivie de succès, comme toutes les opérations appelées à combattre un état infectieux, doit être hâtive.

Avant d'aller plus loin, je voudrais encore rappeler, pour ne pas me répéter dans la suite, quels sont les avantages de la cystostomie.

En supprimant, pendant les trois ou quatre premières semaines, toute accumulation de l'urine dans la vessie, qu'elle transforme en une sorte de canal largement ouvert, elle donne à tout l'appareil urinaire un repos inconnu. Elle fait ainsi cesser les phénomènes congestifs, les réflexes qui accompagnent une évacuation incomplète de la vessie et qui favorisent à un si haut degré la diffusion des accidents septiques. Elle diminue, autant que faire se peut, l'absorption par la muqueuse vésicale enflammée qui par la perte de son émail épithélial est devenue perméable. En rendant inutiles les sondages, la sonde à demeure, des manœuvres quelconques sur les voies urinaires, elle fait disparaître des causes fréquentes d'irritation, d'infection surajoutées.

La cystostomie donne en plus aux malheureux urinaires, parfois en proie à des souffrances atroces, un soulagement complet, un calme que ces pauvres gens désirent d'autant plus ardemment qu'ils sont plus angoissés par leur vessie, par les cathétérismes, par les lavages souvent, chez bon nombre d'entre eux, douloureux et inutiles.

L'ouverture hypogastrique permet encore, par des irrigations répétées, si on les juge indiquées, de désinfecter plus facilement la vessie et d'améliorer ainsi l'état des reins.

Pour plus de précision dans un sujet qui reste nécessairement un peu vague, puisqu'il vise des indications opératoires, je passerai également en revue les diverses formes de l'infection urinaire et ses complications qui sont justiciables de la cystostomie. Je suis loin, encore une fois, de méconnaître les indications du traitement par la sonde dans les septicémies urineuses avec cathétérisme facile, mais il est certaines circonstances où cette thérapeutique est inefficace, meurtrière.

Voici, par exemple, un prostatique, vieux rétentionniste incomplet qui, par ses troubles urinaires déjà lointains, doit être considéré comme un rénal et qui présente, après un ou plusieurs cathétérismes fautifs comme méthode ou comme asepsie, le cortège symptomatique d'une *infection urineuse aiguë*. « Du jour au lendemain, comme le dit si bien Forgue, dans son remarquable article du *Traité de chirurgie* (1), tout l'arbre urinaire s'infecte, la fièvre s'établit suivant le type rémittent, à paroxymes; la vie est gravement menacée. » Faut-il vider, laver la vessie? mais la température reste élevée, l'état général s'aggrave, l'ouverture vésicale devient rapidement la seule ressource. L'expérience m'a appris que dans cette variété de septicémie urineuse, si l'on veut offrir aux prostatiques quelques chances de guérison, il faut se hâter d'intervenir à un moment aussi rapproché que possible du début des accidents dont l'évolution ne pourra être encore, la plupart du temps, conjurée. Leur marche, dans les cas mortels, sera parfois, tout au moins, retardée.

L'indication de pratiquer la cystostomie n'est pas moins urgente lorsque la septicémie urinaire se complique d'une cystite infectieuse aiguë. Souvent le malheureux prostatique ne peut vider sa vessie, les épreintes, le ténesme vésical, une cystalgie atroce lui font solliciter, à des intervalles rapprochés, un cathétérisme qu'il redoute et dont le soulagement n'est que momentané. L'infection urinaire se traduit par les phénomènes généraux bien connus : fièvre plus ou moins intense, frissons, troubles gastro-intestinaux graves, anorexie absolue, signes d'urémie, etc. Que faire ? la cystostomie, s'il en est temps encore. J'ai vu des malades guérir de la sorte, par l'opération et qui seraient certainement morts si l'on avait continué d'avoir recours au traitement par la sonde. Dans tous les cas, s'il n'est pas trop tard, l'incision vésicale amène une détente très marquée dans les accidents locaux, et le soulagement qu'elle provoque constitue, même dans les cas désespérés, une indication suffisante d'intervention.

Dans ces cysto-néphrites infectieuses aiguës, à quel moment intervenir? Le plus tôt possible, répéterons-nous, si l'on veut avoir quelques chances de voir les

(1) Note sur un cas d'hématocèle vésicale. Cystostomie sus-pubienne. Guérison. *Lyon médical*, 1892.

(1) Tome VII, p. 288.

lésions vésicales se constituer sur un mode subaigu et le malade survivre.

Prenons maintenant un autre type de prostatique empoisonné. Il s'agit encore d'un vieillard rétentionniste. Depuis longtemps il vide mal sa vessie; sous l'influence de la stagnation de l'urine, des lésions anciennes des voies urinaires-supérieures se sont établies par contrecoup de la distension, il est atteint *d'infection urineuse chronique*. Il ne présente aucun signe de septicémie chirurgicale ; l'absence de fièvre, de tout cathétérisme antérieur exclut très vraisemblablement l'idée d'une infection surajoutée, il appartient à la catégorie des *urinémiques*, des intoxiqués urineux soit par absorption vésicale, soit surtout par insuffisance rénale. Les symptômes de toxémie sont des plus nets; les troubles digestifs tiennent la tête, la langue est couverte d'enduits à sa surface, elle est sèche, difficilement mobile; il existe de la diarrhée, parfois des vomissements, etc. ; un degré de plus, le prostatique est un cachectique urinaire.

Le cathétérisme est facile, on le pratique aseptiquement, le malade va bien, tout au moins pas trop mal, puis tout à coup, après un sondage malencontreux, après l'emploi d'une sonde dont la désinfection ne devait pas être chirurgicale, des accidents éclatent, de la fièvre, de la cystite surviennent, l'état général s'aggrave rapidement, le dénouement est proche.

Chez ces vieux urinémiques qui, souvent aussi depuis longtemps, vident par regorgement le trop-plein de leur vessie, l'infection se greffe avec une aisance extrême et l'on a tôt fait d'incriminer le défaut de propreté des sondes.

Loin de moi la pensée de méconnaître l'innocuité des cathétérismes aseptiques, mais il faut bien reconnaître que dans certaines circonstances, dans certains milieux, dans de grands hôpitaux, sans service spécial des maladies des voies urinaires, avec un personnel qui pour des cathétérismes n'est pas toujours le même, cette asepsie indispensable est parfois plus apparente que réelle, et puis, dans de telles vessies si éminemment contaminables, ne doit-on pas tenir compte encore de germes uréthraux refoulés par la sonde, d'une infection possible par voie vasculaire, etc. ?

Quoi qu'il en soit de la pathogénie des accidents infectieux chez de tels urinaires, ils sont particulièrement à redouter, et les seuls urinémiques grièvement atteints que j'ai vus guérir à l'hôpital, ont été ceux chez lesquels la cystostomie avait été pratiquée sans sondage antérieur et avant toute manifestation septique.

Entre ces deux formes extrêmes d'*infection urinaire aiguë et chronique avancée* se placent d'autres modalités intermédiaires d'empoisonnement urineux. Tantôt ce sont les phénomènes de toxémie urinaire, d'urémie, qui dominent, avec ou sans variation notable de la température, tantôt les manifestations fébriles appellent surtout l'attention et chez un vieillard affaibli font naître des craintes de mort prochaine. L'évacuation méthodique, les lavages de la vessie avec des liquides antiseptiques, modificateurs, etc., seront pratiqués. Cette thérapeutique par la sonde est le traitement de choix, mais si l'état local, loin de s'amender, devient le point de départ de nouvelles complications, si surtout l'état général empire, la cystostomie trouve alors son indication. Elle préserve les reins déjà malades et gravement menacés, elle augmente les chances de survie.

Il me reste à dire un mot des vieilles vessies rétentionnistes, enflammées, véritables égouts collecteurs avec urines purulentes, plus ou moins fétides, ammoniacales, parfois hématiques. Ce sont ces fameuses vessies, que les malades exonèrent eux-mêmes par des cathétérismes avec des sondes qu'ils portent parfois enroulées dans leur poche, dans la coiffe de leur chapeau, etc., et que l'on entend citer encore de temps à autre, par des praticiens peu soucieux de l'antisepsie, comme des exemples de tolérance, laissant supposer l'inutilité, le superflu des précautions aseptiques.

Dans ces cas encore, où l'empoisonnement urinaire fait défaut, le traitement par la sonde est le traitement de choix, il faut systématiquement par le cathétérisme, par les irrigations intra-vésicales, par des injections ou des instillations argentiques, lutter contre les accidents d'infection locale. Si la cystite résiste à ces divers moyens, si elle s'accentue, s'accompagnant d'hémorrhagies intra-vésicales plus ou moins abondantes, si elle nécessite des sondages fréquents (deux de mes cystostomisés, qui ont vécu plusieurs années après l'opération, devaient se sonder 20 à 30 fois en 24 heures), si le malade se cachectise, s'il s'affaiblit, etc., il ne faut pas hésiter, on doit par la cystostomie drainer largement le foyer infectieux initial, et du même coup prémunir contre l'infection, en pareille occurrence si redoutable, les uretères, les reins qui ne demandaient qu'à affirmer leur solidarité pathologique.

En résumé : *chez les prostatiques atteints d'infection urinaire : forme aiguë, forme chronique grave ; dans les cystites infectieuses aiguës, dans les cystites chroniques rebelles, ayant résisté au traitement cathétérien, la cystostomie trouve ses indications. Elle sera parfois le seul moyen, malgré la facilité avec laquelle la sonde arrive dans la vessie, de triompher d'un empoisonnement urineux, dont le pronostic, quelle qu'en soit la forme clinique, est toujours des plus réservés.*

Les indications de la cystostomie sous-pubienne chez les prostatiques atteints d'accidents urinaires graves sont, on le voit, nombreuses. Peut-être trouvera-t-on que je les ai trop multipliées, et cependant, si l'on tient compte de la facilité d'exécution de l'opération, de ses suites qui, dans mes 60 observations, ont toujours été simples (les deux seuls accidents dont elle puisse être rendue responsable, péritonite par la blessure du péritoine, infiltration, phlegmon urineux, ne s'étant pas présentés), enfin et surtout des guérisons obtenues chez des malades voués par la sonde à une mort fatale, on verra dans cette opération une nouvelle méthode thérapeutique appelée à rendre de réels services. Temporaire ou permanent, suivant que la fonction peut ou non se rétablir par la voie naturelle, le nouvel urèthre a donné à quelques opérés une survie de plusieurs années.

A la vulgarisation de la cystostomie, on ne peut opposer sa gravité qui, nous l'avons dit déjà, doit être considérée comme nulle. Ainsi que l'ont montré les autopsies des malades qui ont succombé après l'opération, ils sont morts surtout des lésions antérieurement existantes de l'appareil urinaire supérieur : pyélonéphrite infectieuse, suppurée, etc. : contre laquelle l'intervention a été impuissante, mais qu'elle n'avait ni provoquée, ni aggravée. Ils sont morts malgré l'intervention qu'il ne faut pas, du reste, comme dans tout acte opératoire, réserver aux cas *in extremis*.

Quant à l'infirmité d'un urèthre incontinent, je me suis suffisamment expliqué à son sujet pour n'avoir pas à y revenir (1).

Une dernière objection a été formulée; on a parlé d'infection vésicale par le canal sus-pubien, de la formation de calculs phosphatiques.

Ces craintes ne sont pas irréalisables, mais elles ne sauraient constituer des contre-indications à une opéra-

(1) La cystostomie idéale, récemment décrite et proposée par M. A. Wassilieff, accroîtra encore probablement le nombre des cystostomisés continents. Cystostomie idéale, *Gazette des hôpitaux*, 17 avril 1894.

tion qui est une opération de nécessité, souvent d'urgence. Une telle objection ressemble un peu à celle que l'on formulerait contre la trachéotomie, par exemple, que l'on rejetterait chez un asphyxique, sous prétexte qu'elle l'expose pour plus tard à un rétrécissement de la trachée. Du reste, le meilleur moyen de désinfecter la vessie, de s'opposer à la formation de calculs intra-vésicaux, n'est-il pas d'empêcher la stagnation de l'urine, de faciliter les lavages, la toilette de l'organe malade? C'est précisément ce que fait la cystostomie.

Il me paraît difficile de se déclarer anti-cystostomite chez pas mal de prostatiques. Cependant, si quelques chirurgiens ne trouvent pas ou trouvent exceptionnellement les indications de la cystostomie, je ne serai pas trop étonné. N'a-t-on pas vu des opérations aujourd'hui journellement pratiquées, rejetées il y a quelques années seulement?

Pour ne citer qu'un exemple, combien de chirurgiens qui ont connu la chirurgie pré-antiseptique, ne voient pas, ne verront probablement jamais les indications de certaines laparotomies, de l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, pour fibrome! Qu'en conclure? Simplement qu'un certain temps est nécessaire, là comme en toutes choses, pour qu'une nouvelle opération, si utile soit-elle, ne rencontre plus une opposition inévitable à ses débuts.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.
M. le Professeur Duplay.

Kyste dentigère de la mâchoire supérieure

(Leçon faite le 11 mai 1894, recueillie par M. P. Fredet, interne du service, et revue par le professeur).

Messieurs,

Je désire appeler votre attention aujourd'hui sur une de nos malades de la salle Notre-Dame, dont le cas me semble intéressant: il s'agit en effet d'une tumeur de la mâchoire supérieure de diagnostic délicat.

Cette femme, âgée de 41 ans, est brocheuse. Ses antécédents héréditaires et personnels sont insignifiants. Elle ne présente aucune tare : ni tuberculose, ni syphilis, ni antécédents néoplasiques.

Bien qu'il soit difficile d'obtenir des renseignements précis sur ce point, le début de son affection semble remonter à 12 ou 14 ans. Il s'est manifesté par des douleurs au niveau des grosses molaires de la mâchoire supérieure droite. La première grosse molaire fut arrachée pour supprimer ces douleurs, sans résultat. La malade se fit alors enlever successivement les autres grosses molaires, y compris la dent de sagesse qui, s'il faut l'en croire, aurait poussé à 22 ans.

Toutes ces dents étaient d'ailleurs en parfait état, sauf peut-être la première grosse molaire.

A la suite de cette avulsion générale, les douleurs cessèrent; mais, l'année suivante, apparut, sur la partie droite de la voûte palatine, une tumeur parfaitement distincte et séparée du bord alvéolaire. M. Desprès fit le diagnostic de *kyste dentaire* et l'enleva.

En 1888 ou 1889, une nouvelle tumeur se montra à la partie postérieure de la voûte palatine du même côté. Elle s'accrut lentement, accompagnée de douleurs vagues dans la partie droite de la tête, sans signaler sa présence par aucun autre trouble fonctionnel.

Lorsque la malade se montre à nous, on la dirait à première vue atteinte d'une fluxion consécutive à une ostéo-périostite de la mâchoire supérieure. Toute la joue droite est soulevée, depuis le bord orbitaire et l'apophyse zygomatique, jusqu'à l'angle naso-génien en avant, jusque derrière la tubérosité du maxillaire en arrière, par une tuméfaction, non adhérente aux parties molles. Celles-ci sont saines, à peine épaissies.

Quand on palpe la tumeur, on est immédiatement arrêté par une grande résistance. On la sent d'une dureté osseuse, régulière, un peu mamelonnée, faisant corps avec le maxillaire supérieur, surtout au niveau de la fosse canine. La pression sur la joue en ce point est à peu près indolente; dans la région postérieure seulement, un peu douloureuse.

Faites alors ouvrir la bouche à la patiente. Vous apercevrez la saillie de la tumeur dans la cavité buccale. Elle s'étend à toute la moitié droite de la voûte palatine, depuis la canine jusqu'au pilier du voile du palais, sans empiéter sur la ligne médiane. Elle présente la forme et le volume d'une moitié d'œuf de poule, coupé en long, qu'on aurait collé au plafond de la bouche. Les limites nettes en avant, en dedans, et en dehors où l'on voit se dresser le bord alvéolaire, sont plus difficilement appréciables en arrière. La coloration est un peu différente en avant et en arrière, jaunâtre dans la partie correspondant à l'os, rosée dans celle qui répond à la voûte membraneuse.

La consistance n'est pas la même dans les deux zones. Dans la partie postérieure, elle est presque molle. La tumeur est rénitente, fluctuante; on la sent se continuer directement avec la partie jaunâtre qui est dure et présente des inégalités et des mamelons à sa surface.

Aux confins de la limite antérieure on trouve, surtout en dedans, une sorte de bourrelet très dur. Il entoure les deux tiers de la circonférence de la tumeur : c'est le bord de l'os refoulé et comme retroussé par elle.

Le bord alvéolaire ne présente rien de bien spécial. Dégarni de ses molaires, il n'est pas augmenté sensiblement de volume. Mais, en dehors de lui, dans le sillon gingivo-labial, on retrouve la tumeur de la joue, ou du moins sa partie inférieure, avec ses caractères déjà indiqués : grande dureté, indolence complète sauf à la partie postérieure. Enfin, en un point, au niveau des molaires, on perçoit ce signe si caractéristique de la crépitation parcheminée. Pour arriver à la tumeur qui l'a refoulée et amincie, il faut déprimer une lamelle osseuse. Le doigt éprouve alors l'impression du craquement sec d'un parchemin élastique qui revient à sa forme primitive dès qu'on cesse d'appuyer sur lui.

Il n'existe aucun trouble fonctionnel, ni du côté de l'œil ni du côté des fosses nasales. La malade n'a jamais présenté d'épiphora; l'olfaction est intacte. Toutefois le reniflement est plus facile par la narine gauche que par la droite. La déglutition, la parole n'ont jamais été entravées ou altérées. Point d'accès de douleurs à forme névralgique qui permettraient de conclure à la compression du nerf sous-orbitaire.

Eh bien, Messieurs, en présence de ces signes, il n'est pas difficile de conclure à une tumeur du maxillaire supérieur. Mais ce diagnostic grossier ne nous apprend pas grand'chose. Il faut le préciser, ce que je vais essayer de faire devant vous, en recherchant la situation exacte de la tumeur, son point de départ et sa nature.

Et d'abord, quel est son *siège anatomique* et son *point de départ?*

Il ne semble pas douteux que la tumeur occupe en

grande partie la cavité du sinus maxillaire. Elle fait saillie à la joue par la fosse canine, refoulant devant elle la paroi antérieure du sinus que nous révèle la crépitation parcheminée. On la retrouve dans le sillon gingivo-labial. De même, à la voûte palatine, par un examen attentif, on peut reconnaître et contourner le bord du trou par où elle vient, en défonçant la voûte, faire saillie sous la muqueuse.

Un point semble donc acquis : *la tumeur occupe en majeure partie le sinus maxillaire.* Mais y est-elle née, ou bien, développée dans son voisinage, sur une de ses parois, a-t-elle pénétré secondairement dans le sinus? Ce second point est assez délicat à éclaircir. Pourtant, le témoignage de la malade est formel : la tumeur a tout d'abord apparu dans la partie postérieure de la voûte palatine. Or, messieurs, quand une tumeur se développe primitivement dans le sinus maxillaire, la paroi qui cède la première est la paroi antérieure, la paroi de la fosse canine : c'est à la voûte palatine, au contraire, que nous avons vu la tumeur faire sa première apparition.

Je crois donc que l'on peut et que l'on doit admettre : *que la tumeur est née de la voûte palatine au niveau de la partie inférieure de la paroi du sinus; qu'elle l'a envahi secondairement, se développant, à la fois, vers la joue et vers la voûte palatine.*

Maintenant se pose la seconde question : quelle est la *nature de la tumeur?*

Un clinicien éliminera l'hypothèse d'une tumeur maligne, bien que j'entende, autour de moi, quelques-uns de vous prononcer le mot de sarcome. Il n'y a aucun trouble fonctionnel, pas d'envahissement de l'orbite ni des fosses nasales, aucun écoulement sanguin, et surtout, messieurs, songez à la longue durée de l'évolution. Je ne crois donc ni au *sarcome*, ni au *carcinome*. La tumeur est d'ailleurs dure, aussi dure en certains points que l'os lui-même.

Serait-ce un *ostéome?* On a décrit en effet des ostéomes des fosses nasales et du sinus maxillaire présentant un caractère de dureté excessive. Ce sont des productions développées dans la fibro-muqueuse. Elles ont en somme des rapports peu étroits avec l'os lui-même, peu d'adhérence à l'os sous-jacent. Ces tumeurs, jadis étudiées par Dolbeau, s'énucléent pour ainsi dire comme des corps étrangers des fosses nasales, dès qu'on les a mises à nu. S'agirait-il donc d'un ostéome du sinus maxillaire. Je ne le pense pas, bien que la tumeur présente en certains points une consistance dure et une forme mamelonnée. Cette hypothèse serait en désaccord avec le témoignage de la malade qui a vu naître sa tumeur à la voûte palatine et, plus tard seulement, déformer la joue en envahissant le sinus maxillaire. Enfin, la partie postérieure de la tumeur n'est-elle point molle, rénitente, vraiment fluctuante? Les ostéomes ne présentent pas de points ramollis.

Songe-t-on à une *exostose*, les mêmes objections se présentent à l'esprit : on ne s'expliquerait pas l'existence de parties ramollies. Puis, les exostoses du sinus maxillaire n'ont pas ces caractères d'indépendance vis-à-vis de l'os que l'on note ici.

Il faut donc chercher dans une autre voie, messieurs, et vous rappeler qu'en présence d'une tumeur des maxillaires, le chirurgien doit toujours se demander si cette tumeur n'a pas une *origine dentaire*. Ne serait-ce point le cas?

Permettez-moi, à cette occasion, messieurs, de jeter un coup d'œil rapide sur les tumeurs d'origine dentaire. Ces tumeurs sont de deux sortes, solides ou liquides : ce sont des odontomes, ou des kystes dentaires, ou bien enfin des tumeurs mixtes. Elles reconnaissent pour cause une hypergénèse ou un vice d'évolution des éléments formateurs de la dent, comme l'a soutenu Broca; ou bien, le développement d'organes aberrants du même ordre, ou de débris des éléments normaux, qui prennent une vitalité inaccoutumée C'est la théorie que soutient depuis longtemps déjà M. Malassez et que M. Albarran a reprise récemment.

Les dents, vous vous le rappelez, se forment aux dépens de deux organes d'origine différente qui poussent à l'encontre. L'un, d'origine mésodermique, est le bulbe de la dent. Il fournira la pulpe dentaire et l'ivoire; l'autre, d'origine ectodermique ou organe adamantin, donnera l'émail. Le cément, véritable os, naît sous un dernier organe, mésodermique aussi : la paroi du follicule dentaire (ligament alvéolo-dentaire, pseudo-périoste alvéolo-dentaire), mais n'en dérive pas.

Broca a divisé le développement des dents en quatre phases :

Dans la première, ou *période embryoplastique*, on voit se différencier les organes formateurs de la dent. Le bulbe dentaire s'élève vers la gencive, l'organe adamantin descend de l'épithélium gingival relié encore à la *lame épithéliale* par le *cordon folliculaire*. Au contact du bulbe, il se déprime en cul de bouteille pour le coiffer. Alors, le tissu ambiant s'organise en une sorte de capsule conjonctive qui semble fixée à la base de la papille, remonte par-dessus l'organe de l'émail jusqu'à l'isoler dans sa cavité grâce à la rupture du cordon folliculaire. Dès lors, le follicule dentaire est constitué.

Dans une seconde période ou *période odontoblastique*, au sein des organes formateurs différenciés en tant qu'organes, se spécialisent à leur tour les éléments cellulaires producteurs de la dentine et de l'émail, odontoblastes et adamantoblastes.

Au cours de la *période coronaire*, la couronne de la dent se constitue par apposition d'une coque d'émail sur une coque de dentine. Enfin, à la *période radiculaire*, on voit se développer la racine, se former le cément, et la dent émerger.

Cette trop rapide revue du développement des dents vous permet de comprendre qu'un vice d'évolution, consistant dans l'hypergénèse ou dans l'arrêt de développement de l'un ou de tous les éléments du follicule dentaire, déterminera, suivant la période à laquelle il a lieu, des productions différentes et anormales. Doublement anormales, si elles proviennent d'un follicule aberrant ou de débris épithéliaux paradentaires, comme l'a montré Malassez, car la tumeur ne représentera plus une dent normale et n'occupera plus sa place, mais pourra naître et se développer en les points les plus divers.

S'il se produit dans le follicule une sécrétion anormale, par exemple, un kyste peut naître en dehors de tout vestige de dent autre que le bulbe et l'organe de l'émail, ou avec une dent complète dans la paroi, suivant la période du développement où ce phénomène pathologique se produit.

Si l'altération porte sur la partie conjonctive, sur le bulbe, vous aurez une hypergénèse de produits conjonctifs dans l'organe destiné à former la dent. A la période embryoplastique, c'est une tumeur plus ou moins molle, se rapprochant du tissu normal de la pulpe dentaire et plus souvent du fibrome. Elle peut être semée de grains calcaires. A la période odontoblastique, l'odontome s'infiltrera généralement de dentine et sera très dur. Il arrive souvent enfin que la tumeur est mixte. C'est un kyste qui contient un odontome ou une dent entièrement développée : kyste dentigère.

Revenons maintenant au diagnostic de la tumeur que porte notre malade.

Veuillez vous rappeler, Messieurs, qu'elle a été opérée par M. Desprès d'une tumeur diagnostiquée kyste dentaire. Ne m'objectez pas que cette tumeur ne siégeait point sur le bord alvéolaire. Ce fait confirme, au contraire, l'hypothèse de kyste dentifère, mais de kyste développé en un point anormal, d'un débris paradentaire ou d'un follicule surnuméraire.

Ces kystes viennent généralement chez les jeunes sujets. Or, notre malade avait moins de 30 ans lorsque la tumeur a apparu. J'accepterai pour ma part cette supposition. Eu égard au développement de la tumeur, à son point d'origine, à la lenteur de son évolution, à l'existence d'une portion dure et d'une portion ramollie, et en raison des commémoratifs, je crois qu'il s'agit actuellement d'une tumeur d'origine dentaire, probablement d'une tumeur mixte. C'est, sans doute, une récidive du kyste opéré par M. Desprès, dont la paroi n'aurait pas été totalement détruite.

La récidive des kystes dentaires n'est pas rare en effet et l'on peut voir naître de leurs débris soit un odontome, soit un nouveau kyste, soit une tumeur mixte.

Mon diagnostic sera donc celui-ci : *Tumeur complexe, née aux dépens d'un follicule aberrant incomplètement enlevé, ayant pénétré, en se développant, dans la cavité du sinus maxillaire qu'elle occupe en majeure partie.*

Ce diagnostic sera contrôlé par l'examen de la pièce. Peut-être trouvera-t-on dans le liquide le vestige d'une dent ou une dent formée.

De ces conclusions vont découler le pronostic et notre plan opératoire.

Les tumeurs d'origine dentaire ont, en général, peu de gravité. L'odontome complètement ossifié cesse de croître, mais la partie liquide peut augmenter. C'est grâce à une chance exceptionnelle que notre malade n'a souffert jusqu'ici d'aucun trouble fonctionnel.

La tumeur doit donc être enlevée. On peut quelquefois extraire un kyste ou un odontome sans toucher pour ainsi dire à l'os. Mais les parois de kystes doivent être soigneusement détruites. Quand la tumeur prend un grand développement, il est souvent impossible de conserver l'os. Peut-être serons-nous obligés de faire sur notre sujet la résection du maxillaire supérieur. Mais, en tout cas, cette résection ne sera que partielle.

Je pratiquerai une incision exploratrice qui sera le premier temps de la résection, si je suis réduit à cette extrémité. Je ferai une incision verticale, étendue de l'orbite à l'angle naso-génien, sans pénétrer dans la bouche; puis, une incision horizontale, le long du bord orbitaire. Le relèvement du lambeau découvrira la fosse canine et je verrai si la tumeur peut être facilement enlevée. S'il n'en est pas ainsi, je réséquerai le maxillaire supérieur. Le plancher de l'orbite est intact : je le respecterai. Et puisque je ne crains point de récidive de la tumeur, comme en cas de sarcome, par exemple, je conserverai aussi la fibro-muqueuse palatine. Je la décollerai, puis la suturerai à la joue en la ramenant en avant et j'éviterai ainsi la communication de la bouche et des fosses nasales. Ce sera, je crois, au grand bénéfice de la malade.

N. B. — L'opération pratiquée à la suite de la clinique a confirmé le diagnostic de M. Duplay. La paroi antérieure du corps du maxillaire mise à nu, on a trouvé le sinus rempli par un kyste, contenant un liquide ambré avec une dent couchée presque horizontalement et implantée en partie dans l'épaisseur de la voûte palatine, c'est-à-dire de la paroi inférieure du sinus. Il s'agissait donc bien d'un kyste dentigère avec une dent grosse, molaire, ayant parcouru toutes les phases de son évolution.

En dépit des assertions de la malade, cette dent pourrait bien être la dent de sagesse, présentant un siège anormal.

REVUE DES CONGRÈS

23e CONGRÈS DE CHIRURGIE ALLEMANDE

PATHOLOGIE OSSEUSE

L'ostéomyélite. — *M. Küster* est d'avis de réunir sous le nom d'ostéomyélite les affections osseuses produites par le staphylocoque, que l'affection débute par la moelle osseuse ou par le tissu osseux proprement dit, et d'y faire entrer aussi la périostite albumineuse qui est également produite par le staphylocoque.

Au point de vue étiologique, M. Küster pense qu'une solution de continuité du tégument externe n'est pas nécessaire pour que l'infection soit réalisée. Il suppose notamment que le fait de se gratter avec les ongles sales suffit pour faire pénétrer les staphylocoques dans l'économie, ce qui expliquerait la fréquence plus grande de l'ostéomyélite dans les classes pauvres que chez les individus aisés.

Quant au traitement, il faut savoir que les incisions jusqu'à l'os et la simple trépanation sont insuffisantes en ce sens qu'elles laissent persister des foyers. Ce qui est nécessaire, c'est l'ouverture large du canal médullaire. Si l'os est superficiel, M. Küster taille un lambeau comprenant l'os, le périoste et la peau. L'intervention doit être précoce, et sur les 24 malades que M. Küster a eus à traiter depuis 1881, 14 ont été opérés dans les deux premières semaines qui ont suivi le début de l'affection : tous ont guéri. Par contre, sur 3 malades opérés dans le courant de la 3e semaine, 2 ont succombé. Les malades opérés après la troisième semaine ont guéri, mais, dans ces cas, il s'agissait déjà d'une ostéomyélite peu grave dès le début.

M. Karewski est intervenu 14 fois par l'incision précoce et n'a eu qu'à se louer de cette pratique, d'autant plus que dans les cas récents, avant qu'il n'existe de suppuration, on trouve déjà des altérations médullaires.

M. Schuchardt a toujours obtenu de bons résultats par l'incision précoce, conduite seulement jusqu'à l'os.

M. Kœrte ouvre toujours de bonne heure et largement la cavité médullaire. Sa statistique hospitalière, qui comprend 22 cas, tous graves, lui a donné 6 morts et dans tous ces cas la mort a pu être attribuée à des foyers métastatiques dans les viscères et principalement dans le cœur.

M. Schede a eu à traiter à l'hôpital de Hambourg 155 cas d'ostéomyélite qu'il divise en deux groupes suivant que l'affection est franchement locale (cas légers) ou s'accompagne de phénomènes pyohémiques ou septicémiques généraux (cas graves).

Dans les cas graves, l'opération, faite d'aussi bonne heure que possible, n'a aucune chance de sauver les malades, qui succombent fatalement à une septicémie généralisée.

Dans les cas légers, l'intervention précoce sous forme d'une large ouverture du canal médullaire donne souvent des résultats très satisfaisants.

Les 155 cas de l'hôpital de Hambourg ont donné une mortalité de 20 0/0. La mortalité est particulièrement élevée dans l'ostéomyélite du maxillaire inférieur, et c'est ainsi que, sur 11 opérés de cette catégorie, 4 ont succombé. Cette ostéomyélite s'observe assez souvent après l'extraction des dents, mais il ne faut pas incriminer trop les dentistes, car il est fort possible que lorsque le malade va trouver le dentiste, son maxillaire soit déjà frappé d'ostéomyélite.

M. Nasse a rapporté la statistique de la clinique de v. Bergmann : 37 opérés avec 7 morts. L'opération est faite de bonne heure et consiste à ouvrir largement la cavité médullaire. Pourtant ce sont les opérations faites les huit premiers jours qui donnent la mortalité la plus élevée. Il est vrai que ce sont les cas les plus graves. Les cas qu'on opère au bout de 2 ou

3 semaines donnent de meilleurs résultats. L'âge joue un certain rôle pronostique en ce sens que les jeunes enfants supportent l'opération moins bien que les enfants plus âgés.

M. Sonnenburg trouve qu'il faut opérer dans les formes graves à caractères septicémiques, mais qu'on peut attendre dans les cas légers, à marche lente.

M. Heidenhain apporte une statistique de 46 cas d'ostéomyélite aiguë, et de 193 cas entrés à la clinique du prof. Helferich à la période de nécrose et de fistulisation. Ces derniers cas prouvent que l'ostéomyélite n'est pas toujours une affection à marche aiguë, rapidement mortelle si l'on n'intervient pas de bonne heure.

Sur les 46 cas d'ostéomyélite aiguë, 16 furent opérés par l'ouverture large du canal médullaire; ils ont tous guéri. Sur 15 autres chez lesquels on s'est contenté des incisions, deux sont morts.

M. Gussenbauer n'opère ordinairement pas à la période aiguë, à moins que les symptômes ne soient particulièrement intenses, de façon à forcer la main au chirurgien.

Fractures du membre inférieur. — *M. v. Bardeleben* fait tout d'abord observer qu'on renonce de plus en plus à l'immobilisation depuis qu'on sait que la contention exacte des fragments n'est pas une condition indispensable à la formation du cal et à la consolidation du membre. On sait en effet que les fractures de la clavicule, du maxillaire inférieur, guérissent fort bien, quand même l'immobilisation exacte est impossible à obtenir dans ces cas. Aussi depuis quelque temps a-t-on préconisé de faire marcher les individus atteints d'une fracture du membre inférieur. M. v. Bardeleben a essayé cette méthode dans 116 cas de fracture du membre inférieur, dans les fractures simples comme dans les fractures compliquées, et les résultats qu'il a obtenus ont été très satisfaisants.

Pour M. v. Bardeleben, la marche active la circulation du membre, favorise le développement du cal et s'oppose aux raideurs et aux atrophies. On n'a pas à craindre la tuméfaction du membre, qui dans la pratique ne se produit jamais, surtout quand on a soin d'appliquer l'appareil avant le début de cette tuméfaction.

Depuis que M. v. Bardeleben fait marcher les fracturés, il a constaté que le delirium tremens est devenu moins fréquent chez les alcooliques et que les complications bronchitiques se produisent moins souvent chez les vieillards. Comme il vient de le dire, le traitement en question est même possible dans les fractures compliquées, à la condition d'assurer auparavant l'asepsie complète de la plaie.

M. Korsch a rapporté trois observations où la méthode en question donna des résultats excellents. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 52 ans qui est arrivé avec une fracture de l'humérus droit, une du fémur gauche, et une compliquée de la jambe gauche. Il guérit rapidement avec un raccourcissement de 2 cm. Dans le second, il s'agit d'un homme de 65 ans qui fut traité pour une fracture simple de la cuisse droite et une fracture compliquée de la jambe droite. Il guérit avec un raccourcissement de 3 cm. Enfin la troisième observation se rapporte à un homme de 23 ans traité pour une fracture du col chirurgical du fémur.

L'appareil dont se sert M. Korsch se compose de bandelettes plâtrées appliquées directement sur le membre, pendant que les aides maintiennent la fracture réduite; le bord supérieur de l'appareil prend son point d'appui soit sur l'ischion et le grand trochanter, soit sur les condyles du fémur ou du tibia; il doit être construit de façon à exercer une traction sur la partie du membre située au-dessous de la fracture.

M. Lauenstein pense qu'un appareil plâtré ou autre, de quelque façon qu'on le dispose, reste toujours un simple appareil de contention incapable d'exercer la moindre traction sur le membre. Il ne croit pas non plus que la marche avec un membre fracturé soit dépourvue de tout inconvénient. Il peut se produire des phénomènes de stase veineuse, et dans un cas il a même observé des extravasations sanguines sous la peau.

Fractures du radius. — *M. Petersen* a obtenu des résultats excellents dans le traitement des fractures du radius par le procédé qui consiste à appliquer à la face antérieure de l'avant-bras une attelle maintenue par une bande et ne dépassant pas l'articulation du poignet. De plus le malade doit avoir, pendant la durée du traitement, la main pendante et en pronation, cette position suffisant pour maintenir la réduction. Avec un tel appareil, le malade a tous les mouvements libres; les articulations ne sont pas immobilisées et on peut faire le massage de bonne heure.

Fractures de la rotule. — *M. Eigenbrodt* a employé la suture des fragments dans 40 cas de fracture de la rotule, et les résultats qu'il a obtenus sont des plus satisfaisants. Tous ont guéri très rapidement, sans la moindre complication ni atrophie, et avec des résultats fonctionnels parfaits.

Nécrose sèche des os. — *M. Leser.* — On sait depuis longtemps qu'un os dépouillé de son périoste et exposé à l'air, est frappé de nécrose sèche. Le même fait se produit après les fractures; quand la nécrose est peu étendue, les petits séquestres s'éliminent spontanément; mais quand elle est étendue, l'élimination se fait très lentement, et dans un cas observé par Leser, elle n'était pas terminée encore au bout de 16 semaines.

D'après M. Leser, les pansements antiseptiques secs favoriseraient cette nécrose. Si sur un animal, après avoir dénudé deux os symétriques, on recouvre l'un par un pansement humide et l'autre par un pansement sec, on constate que l'os nécrosé n'a aucune tendance à l'élimination sous le pansement sec. Au point de vue pratique, M. Leser conseille d'enlever au ciseau la couche mortifiée de l'os jusqu'à ce que l'on arrive sur des tissus saignants, dont la nutrition est assurée.

Histologie de l'ostéoplastie. — *M. Barth* expose ses anciennes expériences sur la transplantation et l'implantation osseuses. Dans tous les cas, il se produit, comme on peut le constater sur des préparations histologiques, une résorption lente du tissu osseux transplanté, en même temps qu'il est pénétré par le tissu conjonctif partant de la moelle osseuse et du périoste, et qui s'ossifie à son tour aux dépens de l'os implanté par une sorte de métaplase.

M. v. Bramann pense, par contre, que l'os transplanté n'est pas résorbé et peut vivre comme tel. Dans un cas de fracture de l'humérus avec broiement et déchirure des muscles tels que les deux fragments n'étaient reliés que par le paquet vasculo-nerveux et une partie des téguments, M. v. Bramann combla, quand la plaie fut en voie de granulation, la perte de substance de 7 cm. de longueur, par un lambeau ostéo-périostique pris au tibia. Le résultat fut excellent, et le malade guérit en conservant les fonctions de son membre. Aujourd'hui encore, on peut reconnaître à la palpation que le lambeau a conservé sa forme primitive.

M. Helferich, qui a fait également deux expériences sur l'implantation osseuse, lesquelles expériences ont consisté à mettre à nu le cubitus au niveau de son cartilage de conjugaison inférieur, à réséquer dans la continuité de l'os un segment comprenant toute l'épaisseur de l'os avec le cartilage de conjugaison et à remettre en place le segment réséqué, a constaté que le segment réimplanté n'était pas résorbé, mais continuait à vivre de sa propre vie. Tout au plus, si le segment réimplanté devenait plus épais que la portion correspondante du cubitus du côté opposé.

Rhinoplasie. — *M. Küster* a eu récemment recours à l'ancienne méthode du lambeau brachial, dans un cas de rhinoplastie chez une jeune fille de 19 ans qui était atteinte d'un lupus des ailes et du bout du nez, avec destruction partielle de la cloison. Le bras fut maintenu immobile pendant 9 jours et, pour combattre les douleurs résultant de cette position, on fut obligé de recourir à la morphine. Le résultat définitif fut très satisfaisant et jusqu'à présent il n'existe pas encore de rétraction des lambeaux. Il est vrai que l'opération ne date pas de bien longtemps.

M. v. Bardeleben a renoncé au lambeau brachial depuis qu'il a constaté que sa rétraction ultérieure est considérable et inévitable. Il lui préfère le lambeau frontal.

Intervention pour pertes de substance congénitales du squelette. — *M. Rincheval* a cité deux cas d'absence congénitale du radius droit chez un enfant de 6 mois, et du péroné gauche chez un garçon de 6 ans, opérés à la clinique de M. Bardenheuer par le procédé suivant :

Dans le premier cas, où il existait une déviation en dehors de la main bote, on fit une incision le long du cubitus, on luxa son extrémité inférieure et, après avoir fendu l'os en deux, on interposa entre les fragments le carpe. La guérison se fit par première intention et la bandelette osseuse détachée se souda et se développa ultérieurement dans sa nouvelle position, de façon à remplacer jusqu'à un certain point le radius absent. Aujourd'hui la main n'a aucune tendance à la déviation et il n'existe pas d'ankylose de l'articulation; la différence de longueur entre les deux avant-bras est également moindre qu'avant l'opération.

Dans le second cas, où l'opération a été faite pour obvier à la déviation du pied en dehors, on procéda d'une façon analogue. Le tibia fut fendu et l'astragale interposée entre les deux fragments. Les résultats furent aussi satisfaisants que dans le premier cas.

Résection temporo-maxillaire pour ankylose. — *M. Helferich.* — On sait que lorsqu'on opère pour ankylose du maxillaire inférieur, on cherche avant tout à obtenir une pseudarthrose afin de prévenir la récidive. Dans un cas d'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire du côté gauche, chez une jeune fille de 7 ans, M. Helferich eut recours au procédé suivant :

Il réséqua tout d'abord une portion du condyle, puis disséqua, de haut en bas, dans le muscle temporal, une languette à base inférieure qu'il retourna et interposa entre la base du crâne et le maxillaire. Le résultat a été parfait, et actuellement l'enfant peut ouvrir largement la bouche.

Résection du bassin. — *M. Cremer* a rapporté deux cas de résection du bassin.

Dans le premier, il s'agit d'un garçon de 14 ans auquel on fut obligé de réséquer, pour une ostéomyélite aiguë de la cavité cotyloïde, d'abord la tête fémorale, puis une partie du bassin comprenant la cavité cotyloïde et en dernier lieu une portion de l'os iliaque. Le membre, maintenu longtemps en abduction afin d'obtenir une ankylose parfaite, fut plus tard amené en adduction. Le résultat est satisfaisant, de la scoliose et l'abaissement du bassin corrigent en grande partie le raccourcissement.

Dans le second cas, il s'agit d'un cas d'une arthrite tuberculeuse de l'articulation sacro-iliaque gauche où, après des grattages multiples, on fut obligé, quand il se forma des abcès pelviens qui se sont ouverts dans la vessie et le rectum, de réséquer un vaste coin osseux du bassin comprenant toutes les parties malades.

M. Bardenheuer trouve que pour obtenir de bons résultats par la résection, dans les coxites tuberculeuses, il faut réséquer non seulement le fémur, mais encore la cavité cotyloïde.

Les grandes amputations. — *M. Credé* trouve que dans les grandes amputations l'emploi de la bande d'Esmarch, la forme du lambeau, pourvu que le lambeau soit toujours doublé d'une épaisse couche musculaire, sont des points de technique secondaires. Ce qui est important, c'est d'éviter la stagnation des liquides dans le moignon. A cet effet, on a imaginé le drainage et les sutures. M. Credé procède d'une autre façon plus simple. L'amputation une fois faite et l'hémostase plus ou moins assurée, il rapproche les bords du lambeau à l'aide d'une bande de gaze hydrophile préalablement humectée et appliquée directement sur le moignon, de façon à exercer en même temps une légère compression; puis il applique le pansement.

Sur 22 malades opérés de cette façon, il a obtenu la réunion idéale par première intention dans deux tiers des cas. Dans les autres cas, la guérison fut moins rapide par suite de formation de petits abcès.

Désarticulation du genou par le procédé de Hagedorn. — *M. Habs* a présenté 5 malades opérés par le procédé de Hagedorn depuis 2, 5, 10 et 14 ans, et destinés à montrer les résultats excellents que donne le procédé en question. On sait que la méthode de Hagedorn consiste à tailler un grand lambeau antérieur, comprenant dans son épaisseur la rotule et la partie antérieure de la capsule, à rabattre le lambeau sur les condyles et à le fixer par la suture au-dessus et en arrière de ces derniers, au bord de l'incision transversale postérieure.

Sur les malades présentés par M. Habs, on peut voir que le moignon est large et arrondi, que la rotule reste mobile et que la cicatrice se trouve reportée en haut et en arrière des condyles sans arriver en contact avec l'appareil.

Résection des os du pied par le procédé à lambeau dorsal. — *M. Heidenhain* a opéré huit cas de carie des os du pied, par le procédé de Bardenheuer, qui consiste à tailler un grand lambeau dorsal comprenant toutes les parties molles jusqu'aux os, et qui peut s'appliquer aussi bien au tarse antérieur qu'au tarse postérieur et à l'articulation tibio-tarsienne. Après l'extirpation des parties malades, on fait le tamponnement de la plaie; la suture en masse des bords de la plaie n'est faite que plus tard. On peut ne pas faire la suture des tendons, seulement il est alors nécessaire de maintenir les orteils en flexion pendant la durée du traitement post-opératoire. Les avantages du procédé sont de découvrir largement les parties malades.

MM. Rydygier et Bruns ont aussi obtenu de bons résultats par l'incision dorsale transversale.

M. Heidenhain trouve que l'incision dorsale n'est pas la même chose que la méthode à lambeau postérieur.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur le vertige auriculaire (Remarks on the nature, prognosis, diagnosis, and treatment of aural vertigo), (*British medical Journal*, 5 mai 1894, n° 1740, p. 953). — Après avoir rapporté un cas tout à fait typique de vertige auriculaire, l'auteur expose une étude générale et didactique de ce syndrome, dans laquelle il émet ses idées sur sa pathogénie et son développement, qui ne sont guère qu'un choix éclectique des doctrines déjà formulées antérieurement sur le vertige de Ménière.

Elæomyenchisis (Elæomyenchisis or the treatment of chronic local spasm by the injection and congelation of oils in the affected muscles), par LÉONARD CORNING (*The New York medical Journal*, 14 avril 1894, n° 802, p. 449). — L'auteur, convaincu de l'impuissance des pratiques thérapeutiques ordinairement employées dans le traitement des spasmes musculaires, a eu l'idée d'une nouvelle méthode pour laquelle il propose le néologisme : elæomyenchisis. Celle-ci consiste à injecter dans le parenchyme musculaire une huile aisée à coaguler par le froid, pour s'opposer mécaniquement en quelque sorte à sa contraction. Il emploie l'huile de théobromine; le point de fusion est déterminé par une addition de paraffine en présence du thermomètre : puis on injecte à l'aide d'une seringue au centre du muscle. L'huile est très vite coagulée et solidifiée ensuite par la réfrigération à l'aide du spray d'éther, et reste solide à la température du sang, ce qui empêche sa diffusion dans la circulation générale. La convulsion cessa dans le cas expérimenté (muscles splénius) après cette opération.

Troubles trophiques dans un cas d'atrophie musculaire myélopathique, par V. PRAUTOIS et G. ETIENNE (*Revue de médecine*, 10 avril 1894, n° 4, p. 300). — Le malade dont l'histoire est rapportée présentait de l'atrophie musculaire, et des arthropathies avec néoformations osseuses. Sans antécédents héréditaires notables, le sujet, âgé de 48 ans, présente une atrophie musculaire ayant débuté, en 1879, par les petits muscles de la main et ayant gagné actuellement les muscles de l'avant-bras, symétriquement quoique plus intensément à droite. Il existe une atrophie avec usure de la tête de l'humérus à l'épaule de ce côté, et on perçoit au niveau du scapulum une large plaque ostéophytique. A gauche, il existe également des troubles de la même articulation moins accusés. Les muscles du tronc et de la nuque sont atrophiés. L'atrophie est moins marquée à la partie inférieure du tronc et aux membres inférieurs. Tous les muscles présentent la réaction de dégénérescence. Bien qu'il ne soit pas fait mention de recherches sur la sensibilité à la température, non plus que de secousses fibrillaires, et que les réflexes aient

été trouvés normaux, les auteurs pensent avoir affaire à une atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne. Nous devons dire que l'aspect des photographies produites, et qui montrent un contraste frappant entre l'atrophie du bras et le volume conservé de l'avant-bras, ne donnent pas l'impression d'une myélopathie de ce genre.

Syringomyélie (Two cases of syringomyelia; one of unilateral type), par Ch. K. Mills (*The Journal of nervous and mental disease*, avril 1894, n° 4, p. 237). — Relation de deux observations (hommes de 52 ans et de 65 ans). Le premier cas est tout à fait classique. Dans le second cas, l'affection a débuté par de la faiblesse du membre inférieur droit, s'est accompagnée d'atrophie musculaire à secousses fibrillaires, et de thermo-anesthésie. Le côté droit est resté normal en apparence jusqu'ici.

Polioencéphalite supérieure aiguë (Polioencephalitis superior acuta, with report of a case), par S. Wolfe (*The Journal of nervous and mental disease*, avril 1894, n° 4, p. 229). — L'auteur rapporte dans ce travail un cas d'inflammation des cellules motrices des 3e, 4e, 6e et 7e paires crâniennes, d'origine infectieuse, dans lequel les symptômes de début ont été la diplopie, le strabisme et le vertige; les signes étaient: l'ophthalmoplégie externe, la cycloplégie, l'iridoplégie et le ptosis, avec diplégie faciale et altérations du langage. Comme signes indirects, il y eut des troubles de la sensibilité et de la coordination. L'affection s'installa en 3 semaines et, après une durée de 10 jours, se termina par la guérison.

Analyse psychologique et bases physiques du plaisir et de la douleur (The psychological analysis and physical basis of pleasure and pain), par Lightner Wibmer (*The Journal of nervous and mental disease*, avril 1894, n° 4, p. 209). — Ce travail est surtout d'ordre critique. Il contient pour la plus grande part la discussion des théories nombreuses et variées qui ont cours sur la matière avec des fortunes diverses. L'auteur se rattache à l'hypothèse qu'il doit exister pour la peine et pour la douleur des systèmes de fibres nerveuses spéciales et des centres cérébraux localisés particuliers.

CHIRURGIE

Mastoïdites consécutives aux otites moyennes suppurées aiguës (Einige klinische Bemerkungen über Leiden im Processus mastoid. in Folge acuter Mittelohreiterung), par Lange (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, Bd 47, p. 33). — Lange n'admet pas que dans les otites moyennes suppurées aiguës il existe toujours du pus dans les cellules et l'antre mastoïdien. Il pense plutôt qu'un traitement local convenable (repos, compresses, émissions sanguines) peut agir à titre préventif et arrêter les complications du côté de l'apophyse mastoïde.

Le diagnostic de mastoïdite, au début, ne doit pas s'appuyer sur un seul signe, mais plutôt sur l'ensemble des symptômes locaux et généraux. Ces symptômes sont: douleurs dans la tempe, le sommet de la tête et l'occiput, sensibilité à la pression de la partie moyenne de l'apophyse mastoïde, tuméfaction appréciable de l'os, épaississement des parties molles, fétidité de l'écoulement auriculaire qui change de couleur et devient noirâtre.

La trépanation, très limitée, doit être faite immédiatement derrière le conduit auditif. Avec un ciseau large de 6 à 7 mm., on taille un lambeau quadrangulaire et on approfondit la perte de substance en avançant toujours parallèlement à la direction du conduit auditif. Une précaution nécessaire, c'est de ne se servir pour le grattage que de la cuiller tranchante avec laquelle on est plus sûr de ne pas ouvrir le sinus transverse.

Paralysies post-chloroformiques (Ueber Læhmungen nach Chloroformnarkosen), par Buedinger (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, Bd 47). — Les neuf observations de paralysies survenues après la narcose chloroformique que publie l'auteur ont été recueillies, 5 à la clinique de Billroth, et 4 dans les autres cliniques chirurgicales de Vienne.

Ces paralysies, qui étaient toujours localisées au membre supérieur, n'avaient pas les mêmes caractères dans tous les cas. Le plus souvent la paralysie portait sur le deltoïde, le biceps, le brachial interne, le long supinateur. Les muscles de l'avant-bras et de la main présentaient dans ces cas une simple parésie, et le mouvement revenait plus rapidement dans les muscles parésiés que dans les muscles paralysés.

Quant à l'origine de ces paralysies, l'auteur fait une distinction entre les paralysies centrales et les périphériques. Les paralysies périphériques tenaient certainement à la position qu'avait le membre supérieur pendant l'opération. En effet, dans tous les cas, le bras était fortement porté en dehors, bien au delà de l'horizontale. Or dans ces cas, comme l'auteur a pu s'en convaincre par des expériences sur le cadavre, le plexus brachial se trouve comprimé entre la clavicule et la première côte, avec compression portant surtout sur les premières racines. Bien entendu, la distension des nerfs intervient également en tant que facteur étiologique de ces paralysies.

Le pronostic est celui des paralysies par compression, et le retour à l'état normal ne se produit qu'après un temps assez long.

Dans un cas, la paralysie était manifestement d'origine centrale. Dans ce cas où il existait une paralysie du bras gauche, on trouva à l'autopsie un foyer de ramollissement dans les circonvolutions centrales antérieures et postérieures du côté droit. Pour l'auteur, le ramollissement s'expliquerait soit par l'hypothèse d'une anémie artérielle, soit par celle d'une dégénérescence primitive.

Ligature des artères utérines dans les fibromyomes de l'utérus (Zur Unterbindung der Vasa uterina bei Myom), par Rydygier (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 13, p. 297). —L'observation que publie Rydygier a pour but de montrer que la ligature de tous les vaisseaux (artères utérines, ovarienne et artériole des ligaments ronds) comme traitement des fibromyomes (préconisé comme on sait par Rydygier lui-même) ne met pas à l'abri de la récidive.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans opérée de cette façon pour un fibromyome accompagné de métrorrhagies violentes. L'opération, qui se passa fort bien, fit diminuer la tumeur et disparaître les hémorrhagies pour 8 mois. Mais au bout de ce temps les hémorrhagies reparurent, d'abord peu intenses, puis de plus en plus violentes, de sorte que lorsqu'un an après l'opération la malade revint à l'hôpital, elle était dans un état d'anémie tel qu'on ne pouvait songer à l'opérer, et elle succomba huit jours après son entrée. La tumeur s'était reproduite.

Hystérectomie abdominale et hystérectomie vaginale (Ueber vaginale und abdominale Operationsmethoden), par Landau (*Arch. f. Gynækol.*, 1894, vol. 46, p. 101). — Si, dans un certain nombre de cas, la voie abdominale reste le procédé de choix, il en est d'autres où la voie vaginale présente des avantages multiples. C'est elle qui est principalement indiquée dans les affections chroniques des annexes, les petites tumeurs des ovaires, certains néoplasmes utérins, etc. Comme dans le procédé abdominal, on peut, en suivant la voie vaginale, voir si l'extirpation doit être totale ou seulement partielle. Les avantages inhérents à la voie vaginale sont l'absence d'une cicatrice prédisposant à la hernie ventrale, un drainage facile, le danger moindre d'infection, la mortalité moins élevée (4,40/0 contre 5, 59 0/0) et la guérison mieux assurée.

Analgésie cocaïnique (Zur Frage von der Cocainalgesie), par Krogius (*Centralb. f. Chirurg.*, 1894, n° 11, p. 241). — Le procédé que décrit l'auteur est basé sur ce fait que lorsqu'on injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané une certaine quantité de cocaïne, il se forme un bout d'un certain temps une zone analgésique périphérique portant aussi bien sur la peau que sur les tissus profonds. Aussi, au lieu de suivre le procédé de Reclus dont il reconnaît les avantages, l'auteur fait-il une injection sous-cutanée de cocaïne au voisinage du champ opératoire et aussi près que possible d'un tronc nerveux, attend 5 à 10 minutes, temps nécessaire pour que l'analgésie atteigne son maximum, et fait ensuite son opération. Au lieu d'une injection centrale, l'auteur fait aussi des traînées sous-cutanées le long de l'axe du membre. La solution est toujours à 2 0/0, et jamais il n'a eu à dépasser la dose de 3 cm. c. dans 200 opérations d'amputation des phalanges et des orteils, d'ouverture d'abcès, de cure d'ongle incarné, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Traité pratique des maladies du système nerveux, par J. Grasset, correspondant de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale, et G. Rauzier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Quatrième édition. Deux vol. gr. in-8° de 1987 pages, avec 122 fig. et 33 pl. dont 15 en chromo. G. Masson, édit., Paris, 1894; Coulet, édit., Montpellier, 1894. Prix : 45 francs.

Il convient, à l'occasion de la publication de la quatrième édition de ce Traité devenu classique, de reconnaître le mérite qui revient à M. Grasset d'avoir, un des premiers, contribué, il y a déjà seize ans, à établir la différenciation nosographique des maladies du *système nerveux*, en consacrant à leur vulgarisation un ouvrage didactique spécial.

Cette œuvre, il la poursuit et la complète dans le livre actuel, où le cadre et le plan ancien n'ont été en rien modifiés; aussi, le nouveau-venu, encore qu'enrichi des laborieuses additions nécessitées par une mise au point rigoureuse et accomplies avec autant de compétence que de talent par M. Rauzier, reste-t-il conçu dans le même esprit éminemment pratique qui a fait le succès de ses aînés, et son heureuse exécution réalise-t-elle son but, de procurer aux lecteurs un enseignement utile sous une forme attrayante.

Les deux volumes dont il se compose forment ensemble un magnifique ouvrage où sont condensées les connaissances acquises en la matière et d'où ressort, en somme, une nouvelle neuropathologie, telle que l'ont amplifiée, magnifiée et presque transformée les recherches modernes. De plus, non seulement les maladies du système nerveux tout entier, névroses et états organiques, y sont décrits successivement, chacun en particulier, ceux-ci selon les divers départements de l'appareil : encéphale, bulbe, muscle, nerfs périphériques, mais encore elles sont étudiées en des paragraphes spéciaux, dans les combinaisons où elles interviennent diversement associées au cours de diverses affections générales, dont elles figurent aussi parfois des localisations : syphilis, goutte, rhumatisme, tuberculose, paludisme, etc.

L'étiologie, la clinique, la thérapeutique sont particulièrement soignées, les descriptions étant coupées, à l'occasion, de récits d'observations choisies et propres par leur intérêt à les fixer dans l'esprit. Les questions doctrinales se rapportant à la pathogénie sont, en tout cas, traitées avec indépendance, et c'est textuellement que sont le plus souvent rapportées les opinions des divers auteurs invoqués à l'appui. Le choix de la bibliographie, dont les indications sont exactes contrairement aux reproches que nous font trop souvent à ce sujet nos confrères étrangers, a été soumis à une sélection qui en fait une source fructueuse de renseignements complémentaires profitables.

***

Nous regrettons de ne pouvoir donner ici qu'une analyse très-succincte, car si l'ouvrage de M. Grasset est déjà connu, celui de MM. Grasset et Rauzier contient, avec des chapitres complétés et d'autres en grand nombre remaniés et augmentés, une série de chapitres tout à fait *nouveaux*.

Aussi nous bornerons-nous à citer parmi les derniers : la *Syringomyélie*, remarquable à tous égards, surtout par la clarté d'un exposé des plus complets, la *Maladie de Friedreich*, la *Chorée chronique*, l'*Athétose double*, l'*Acromégalie*, l'*Ostéo-arthropathie hypertrophique*, les *Névrites*, la *Maladie des Tics*, l'*Epilepsie jacksonienne*.

Nous noterons également, parmi les parties les plus rénovées, celles qui ont trait à la *Neurasthénie* et encore à l'*Hystérie* et à l'*Hypnotisme*; il règne dans la critique de ces questions troublées un sage éclectisme et une réserve thérapeutique à laquelle nous nous associons pleinement.

Les pages relatives à l'*Ataxie locomotrice progressive* ont reçu, elles aussi, un développement considérable très justifié par l'importance croissante de cette affection, soit plus connue, soit numériquement accrue en réalité, dans ces derniers temps.

Ajoutons que la lecture de l'ouvrage est grandement facilitée par les nombreux dessins, en partie originaux, qui l'illustrent et dont certains sont consacrés à la démonstration des particularités anatomiques et physiologiques, dont la remémoration est presque indispensable à l'interprétation des données cliniques, tandis que d'autres figures, en reproduisant soit des déformations caractéristiques, soit des types de facies ou d'attitude, aident beaucoup à conserver la mémoire de la description symptomatique qui les accompagne.

En résumé, si le Traité de MM. Grasset et Rauzier me paraît, à tous points de vue, très recommandable, c'est que je le considère comme le guide le meilleur et le plus complet dont puissent s'inspirer actuellement l'étudiant et le praticien pour se mettre au courant des maladies nerveuses, si longtemps discréditées, et par là encore aujourd'hui très délaissées, et s'y intéresser ensuite. Bâti à l'aide de matériaux essentiellement scientifiques, par des auteurs éclairés et compétents, il représente vraiment, comme le promet son titre, un excellent livre d'enseignement pratique des maladies nerveuses.

Paul Blocq.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Des dermatoses professionnelles, par Paul Combalat.

Sur un certain nombre de sujets exerçant une même profession nuisible pour les téguments et soumis, par conséquent, aux mêmes causes irritantes, quelques-uns seulement de ces sujets présentent des lésions de dermite.

Chez les ouvriers atteints, plusieurs facteurs interviennent dans la production des éruptions professionnelles. Le principal est le terrain qui se trouve formé par la réunion de particularités propres, héréditaires ou acquises, faisant de chacun une individualité distincte.

Les observations que nous avons recueillies viennent appuyer ce fait, en montrant que les cinq sixièmes des ouvriers malades ont présenté des tares organiques quelconques ou des troubles morbides aigus précédant de peu l'apparition des lésions cutanées.

Dans un cinquième seulement des cas, nous n'avons rien pu trouver dans les antécédents des malades; nous pensons qu'il faut alors faire intervenir ici une prédisposition spéciale, en vertu de laquelle la peau est plus sensible chez ces individus que chez d'autres. C'est l'idiosyncrasie, qui n'est encore qu'un des éléments constitutifs du terrain.

Les éléments symptomatiques des dermites professionnelles n'ont rien de caractéristique en eux-mêmes. Ce sont les éléments ordinaires de l'irritation et de l'inflammation cutanées : érythèmes, papules, vésicules, pustules, suivis des altérations secondaires qui en découlent ordinairement : excoriations, croûtes, squames. On se trouve, en somme, en présence de lésions que leur aspect avait fait ranger pendant longtemps dans le groupe, destiné à disparaître, de l'eczéma.

Ce qui donne aux dermites professionnelles leurs caractères spéciaux, ce sont : le mode d'apparition, la marche des lésions, leurs localisations et le groupement des éléments, en eux-mêmes banaux.

Le traitement de ces dermites peut se résumer dans les propositions suivantes :

a. Supprimer la cause par le repos absolu;

b. Calmer l'irritation et soulager le malade par des applications émollientes;

c. S'abstenir de toute application irritante.

Monument Charcot.

Listes communiquées par le trésorier.

15e liste.

Dr Metchnikoff, 20 fr. — Dr Trolard, 10 fr. — Robert Massalongo, agrégé à la Faculté de médecine de Padoue, 10 fr. — Pierre Bonuzzi, agrégé à la Faculté de médecine de Padoue, 5 fr.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.
COMITÉ DE RÉDACTION
MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Paris, le 22 juin 1894.

L'Association des médecins de la Gironde et la fête de Pauillac.

Depuis plusieurs années et de divers côtés, on demande au Conseil général de l'Association des médecins de France d'inciter les sociétés locales à provoquer des réunions plus fréquentes, plus intéressantes, et de chercher à réveiller leur activité en vue de solliciter de nouvelles adhésions, ou de resserrer les liens confraternels. Il n'est donc pas inutile de signaler ce qu'a su réaliser à ce point de vue l'Association de la Gironde et de citer, comme un enseignement et comme un exemple, la décentralisation régionale qu'elle assure pour donner plus de charme à ses assises annuelles.

On ne nous en voudra pas si la gratitude que nous gardons à nos confrères girondins pour le chaleureux accueil qu'ils ont bien voulu faire au président et au secrétaire général de l'Association nous fait insister sur le caractère qu'a présenté dimanche dernier l'inoubliable fête de Pauillac.

Justement fière de l'initiative généreuse qu'elle avait prise, en 1857, de l'appel adressé au corps médical français par un comité dont M. le docteur Jeannel s'était fait l'éloquent et chaleureux interprète, l'Association de la Gironde avait cru l'instant favorable pour faire constater officiellement qu'à elle et à elle seule avait été dû le mouvement irrésistible qui, grâce aux adhésions recueillies de tous côtés, avait permis, malgré bien des objections administratives et même juridiques, de fédérer les sociétés locales en une association puissante et prospère. C'est là ce qu'il importait avant tout et surtout d'affirmer publiquement et c'est pourquoi la séance du 17 juin dernier était d'une grande importance et a présenté un éclat exceptionnel.

Mais il importe de faire remarquer aussi que, chaque année, dans la Gironde, une réunion peu différente de celle qu'il nous a été donné d'admirer, appelle tantôt dans un chef-lieu d'arrondissement, tantôt dans un autre, tous les membres de l'Association, les réunit dans un banquet où la plus franche cordialité dissipe bien des dissentiments, bien des malentendus, où, par conséquent, de l'union des cœurs naît la communauté des vues et la confraternité des procédés.

C'est là ce qui, dans plusieurs autres départements, pourrait rapprocher et réunir un grand nombre de nos adhérents. En tenant les séances générales de l'Association non plus au chef-lieu, mais dans celui des arrondissements où la propagande active peut avoir une réelle utilité, on arriverait sans doute, comme dans la Gironde, à mieux faire connaître et, par conséquent, à mieux faire aimer notre Association.

De la réception faite à Pauillac à M. le président Lannelongue, du banquet qui a suivi l'assemblée générale, des toasts et des discours en vers et en prose, je ne puis dire ici que peu de mots. Reçus par M. le maire Périer, correspondant de l'Académie de médecine et ancien professeur de la Faculté de Bordeaux, accompagnés par M. le Dr Hameau, président, Pitres et Lande, vice-présidents, R. Saint-Philippe, secrétaire général, et par tous les membres du bureau et des commissions administratives, le président et le secrétaire général de l'Association ont remporté de ce banquet, où les vins les plus exquis ont coulé à pleins bords, un souvenir ineffaçable. Ils ont applaudi aux éloquentes paroles de leurs hôtes et des savants jurisconsultes qui représentaient le conseil judiciaire de l'Association. Ils ont acclamé le spirituel organisateur de cette réception, le Dr Rabère, qui, avec tant de gaieté et d'humour, a loué le vin de Médoc.

Mais je veux insister surtout sur l'intérêt de la séance officielle où, après l'allocution de M. le président Hameau, qui a rappelé l'initiative et les services de M. le Dr Jeannel, et celle de M. le président Lannelongue, qui a félicité l'Association de la Gironde et l'a remerciée au nom du corps médical français, on a pu entendre une savante consultation juridique de Me Roy de Clotte sur *la Déclaration obligatoire des maladies contagieuses.*

L'éminent avocat a envisagé sous toutes ses faces cette question si discutée de tous côtés. Sans nier que la nouvelle obligation imposée par la loi ne porte relativement atteinte au principe du secret professionnel, il a reconnu et affirmé que la déclaration de certaines maladies pouvait et devait être exigée, que la loi de 1892 ne supprimait pas celle de 1822, mais en préparait l'abrogation. Il a ajouté qu'il était souhaitable que, dans un arrêté modifiant celui qui vient d'être mis en vigueur, le mode de déclaration fût changé. Ainsi la déclaration serait faite à un bureau médical ou à un médecin des épidémies, et non au maire ou au préfet; elle resterait toujours secrète et toujours les mesures sanitaires qui doivent en être la conséquence seraient prises d'un commun accord entre le médecin traitant et le médecin sanitaire.

Nous applaudirions sans réserve à une organisation de ce genre si elle était immédiatement possible. Mais en attendant que l'on puisse songer à l'institution dans chaque département et même dans chaque arrondissement de médecins délégués d'un comité central d'hygiène, nous tenons à répéter qu'au point de vue de la déclaration, et Me Roy de Clotte l'a bien fait ressortir, l'indépendance professionnelle du médecin est relativement sauvegardée. La déclaration n'est obligatoire que le diagnostic établi, ce qui permet, dans les cas douteux, d'attendre avant de prévenir l'administration. Elle ne peut et ne doit avoir pour sanction que l'assainissement des locaux et l'isolement du malade. La famille de celui-ci est en droit de se refuser à toute mesure sanitaire qui lèserait sa liberté. Sauf en cas de choléra ou de maladie pestilentielle, le transport à l'hôpital ne peut être imposé. Quant à la désinfection, elle ne sera jamais faite que sur la demande du médecin, si celui-ci prend la peine d'indiquer, sur la carte qui portera sa déclaration, les observations que lui suggère l'état de son malade.

Comme l'a dit enfin M. Roy de Clotte, la loi est bonne en elle-même.

Son utilité est indéniable. Le médecin vraiment soucieux des intérêts sanitaires généraux qui lui sont confiés doit aider à son application. Pour qu'elle ne devienne pas nuisible, il suffit que les mesures prises soient partout aussi conciliantes, aussi larges qu'à Paris et à Bordeaux où, pour le plus grand bien de la population, l'adjoint au maire chargé de cet important service est précisément le Dr Lande, l'un des plus autorisés en matière d'administration et d'hygiène.

Lorsque le rapport de Me Roy de Clotte aura été publié, nous aurons sans doute à revenir sur ce sujet et nous en profiterons pour discuter avec lui le rapport présenté par M. le Dr Doléris à la Société de médecine de Paris. Nous n'avons voulu aujourd'hui que signaler l'intérêt qu'il présente.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Quelques points de chirurgie du rein.

Le mémoire que M. James Israël vient de publier (1) sur la chirurgie du rein, est des plus intéressants. Rompant avec la tradition qui, pour les travaux de ce genre, veut une accumulation de faits et de statistiques pris à droite et à gauche, le chirurgien berlinois a préféré d'exposer les faits saillants de sa pratique de 10 ans, portant sur 81 interventions personnelles pour diverses affections du rein. Les malades dont il parle, il les a vus, étudiés, opérés et suivis pendant un certain temps; il en parle donc en connaissance de cause. Les faits qu'il note, les particularités sur lesquelles il attire l'attention, les déductions qu'il tire de ses observations, ont été pesés, étudiés, comparés, mûrement réfléchis. Nous avons donc là un travail très personnel, discutable, par conséquent, pour quelques parties, mais d'une valeur clinique incontestable. Il semble que M. Israël attribue trop d'importance à divers points de sa pratique, ou plutôt de son invention personnelle — et c'est le côté faible de tout chirurgien qui a une personnalité bien à lui; — mais les faits restent, et c'est sur ces faits que nous insisterons particulièrement, dans l'analyse détaillée que nous nous proposons de faire du travail de M. Israël.

I

TUMEURS MALIGNES

Tandis que les statistiques d'ensemble (Gross, Tuffier, Siegrist, Brodeur, Guillet) et les statistiques personnelles des chirurgiens (Bardenheuer, Thornton, Czerny, Küster, Tuffier, Schede) donnent pour les tumeurs malignes du rein une mortalité de 52 à 66 0/0, M. Israël n'a perdu que 2 malades sur ses 12 opérés (9 carcinomes et 3 sarcomes), soit une mortalité de 16,6 0/0, bien que sur ses 12 opérés il y eût 2 enfants au-dessous de 6 ans.

A quoi tient cette différence? M. Israël a-t-il eu une série heureuse, ou bien opère-t-il mieux que les autres? Nullement. Pour lui, l'amélioration des résultats opératoires est générale et ressort de la comparaison des statistiques personnelles des chirurgiens. Elle tient à ce fait qu'actuellement on intervient de bonne heure — ce qui est aussi important pour les tumeurs malignes du rein que pour celles d'autres organes — grâce à la perfection des moyens diagnostiques. Parmi ces moyens, M. Israël insiste particulièrement sur la palpation du rein telle qu'il l'a décrite (2) il y a 5 ans. Ce que peut fournir cette palpation, les deux cas suivants le montrent :

Un boulanger de 21 ans éprouve, en soulevant un sac de farine, une douleur violente dans le rein gauche et est pris d'une rétention d'urine qui, avec les douleurs qui s'irradient dans le testicule, durent huit heures. Le malade urine ensuite, et, dès le lendemain, s'établit une hématurie qui persiste 7 jours. A la palpation du rein gauche, le malade étant couché sur le côté droit, on sentait, sur l'extrémité inférieure du rein, une petite saillie aplatie des dimensions d'une pièce de 5 pfennings. Un mois après, la saillie avait déjà les dimensions d'une petite cerise. M. Israël n'hésite pas à aller à la recherche du rein, trouve un noyau cancéreux (carcinome médullaire) et enlève le rein. Le malade guérit, et pas trace de récidive depuis 7 ans.

Autre observation. Une fillette de 6 ans est prise

(1) Erfahrungen über Nierenchirurgie. *Arch. f. klin. Chir.*, 1894. Bd XLVII, p. 302.
(2) *Berlin. klin. Woch.*, 1889, n° 7 et *Gaz. hebd.* 1889, p. 237.

inopinément d'une hématurie passagère. M. Israël voit la petite malade, et à la palpation ne constate qu'une légère mobilité du rein gauche. Mais, deux mois plus tard, on trouvait déjà une augmentation du rein et l'existence à sa surface d'une tuméfaction diffuse, sous forme d'une plaque peu étendue. On fit la néphrectomie, et à l'examen, on trouva un sarcome diffus du rein. Les dernières nouvelles dataient de 15 mois après l'opération : l'enfant était tout à fait bien portante.

La palpation telle que la pratique M. Israël — et elle doit être bien fine pour permettre la constatation d'une plaque infiltrée ou d'une saillie des dimensions d'une cerise — peut donc rendre de grands services au point de vue du diagnostic précoce. Elle les rend, en effet, dans les cancers circonscrits, nodulaires, formant tumeur, et échoue dans les formes infiltrées où le néoplasme se substitue au parenchyme rénal sans changer la forme, la consistance et les contours du rein. M. Israël en rapporte deux cas où, à l'autopsie, le rein cancéreux avait conservé sa conformation normale. Dans un cas, la malade avait eu des hématuries qui, fait curieux, provenaient du rein non cancéreux, mais simplement calculeux.

Là où la palpation demande à être pratiquée avec la plus grande attention — et encore laisse-t-elle souvent en défaut — c'est dans certaines tumeurs de la face inférieure du foie. Il existe notamment des tumeurs qui, en se développant sur la face inférieure du lobe droit du foie, arrivent au contact immédiat avec la face externe du rein. Si la tumeur est ronde, si sa face antérieure est largement recouverte par le bord tranchant du foie de sorte qu'il semble qu'on passe avec les doigts sous le foie, la confusion avec une tumeur du rein est très facile. A la palpation bimanuelle on sent en arrière le rein repoussé par la tumeur, en avant la tumeur accolée au rein, et on a ainsi l'impression d'une tumeur unique de la région lombaire, ayant passé dans la cavité abdominale et indépendante du foie. Si pour une raison ou une autre le malade présente en même temps des hématuries, le diagnostic devient vraiment impossible. Il y a bien la situation du côlon. Mais du côté droit les choses ne sont pas aussi simples que du côté gauche. Tandis que du côté gauche le côlon descendant passe verticalement au devant de la face antérieure du rein, à droite le côlon ascendant monte obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, de sorte que seule une partie de l'extrémité inférieure du rein est recouverte par lui. Un rein augmenté de volume peut alors repousser le gros intestin en bas et en dedans, de sorte qu'à l'examen on trouve le côlon non pas au devant, mais en bas et en dedans de la tumeur. M. Israël a rencontré l'ensemble de ces signes dans deux cas, et dans les deux cas à la place d'une tumeur du rein on trouva une fois un syphilome volumineux, l'autre fois un angio-sarcome du foie. Le premier malade avait pourtant des hématuries.

On ne peut donc se fier à l'*hématurie* pour diagnostiquer avec certitude une tumeur du rein. Dans la majorité des cas, l'hématurie a les caractères classiques, presque pathognomoniques des néoplasmes rénaux : hématurie abondante profuse, survenant sans cause connue, brusquement, s'arrêtant de même, pour ne se reproduire parfois qu'après un intervalle de quelques années. Mais M. Israël a rencontré cette même hématurie dans deux cas d'hémophilie rénale et souvent dans la lithiase rénale. Et inversement dans un cas de sarcome et un autre de carcinome du rein, l'hématurie avait tous les caractères de l'hématurie calculeuse.

La ponction exploratrice est un procédé diagnostique d'une valeur secondaire. On arrive à retirer quelquefois une parcelle de tumeur, en ponctionnant avec une longue aiguille et en retirant l'instrument au moment même où le piston est arrivé en haut. Le plus souvent on ne trouve dans la lumière de l'aiguille que du tissu adipeux qui a passé dans l'aiguille au moment où celle-ci a traversé la peau. En outre, il ne faut pas oublier qu'il y a des tumeurs malignes à petites cavités kystiques remplies d'un liquide clair, riche en albumine. La ponction ramène alors du liquide, et si l'on n'est pas prévenu, on arrive à formuler le diagnostic d'une tumeur kystique bénigne. La *diminution de la quantité d'urée* de l'urine n'est pas constante, et M. Israël a enlevé un carcinome énorme du rein chez un individu de 51 ans dont l'urine renfermait 33,7 gr. d'urée par 24 heures.

Un autre facteur auquel, à côté du diagnostic précoce, M. Israël attribue les bons résultats de sa statistique personnelle, est la voie extra-péritonéale qu'il a suivie dans toutes ses opérations. Pour lui, la voie extra-péritonéale est moins grave que la voie transpéritonéale et permet aussi bien que celle-ci de voir ce qu'on fait et de faire radicalement. C'est ainsi qu'après l'extirpation d'un rein sarcomateux chez un garçon de 14 ans, il a pu enlever en même temps les ganglions lymphatiques hypertrophiés échelonnés le long de la veine rénale et de la veine cave inférieure. L'enfant reste guéri depuis cinq ans, sans trace de récidive.

La condition essentielle du succès est une incision suffisamment étendue; en second lieu, il faut ériger en règle l'extirpation aussi radicale que possible de la capsule graisseuse du rein. Ce temps est aussi important pour prévenir la récidive que le nettoyage de l'aisselle dans les tumeurs du rein.

M. Israël procède donc de la façon suivante : Il décolle le rein et l'enlève, extirpe ensuite toute l'atmosphère cellulo-graisseuse et fait l'hémostase exacte de la cavité qui en résulte. Pas de tamponnement à la gaze iodoformée avec laquelle il a eu des accidents, mais deux drains et suture de la plaie. Les ligatures sont faites au catgut, de préférence à la soie. Si la tumeur est volumineuse, il se sert de longues pinces pour les vaisseaux qu'il ne lie qu'à la fin de l'opération.

Sur ses 12 opérés, il a eu deux morts opératoires sur lesquelles nous reviendrons plus loin. Sur les 10 autres qui ont survécu à l'opération, 3 ont succombé à la récidive dans l'espace de 8 à 12 mois. Sur les 7 autres, un a succombé un an après l'opération à une appendicite avec péritonite, 6 vivent encore. Chez l'un l'opération (carcinome du rein gauche) date de 6 ans et 9 mois, chez un second (carcinome du rein droit) de 5 ans et 4 mois, chez un troisième (myxosarcome du rein gauche) de 2 ans et 11 mois. Chez les 3 autres la guérison se maintient depuis 1 an, 1 an et 2 mois et 1 an et 7 mois.

Sur les deux cas de mort opératoire, il s'agissait une fois d'une intoxication par l'iodoforme. Dans le second cas, une femme de 51 ans atteinte d'un carcinome volumineux du rein droit, la situation était moins nette. Son rein droit était intact : l'urine était normale et ne renfermait pas d'albumine et contenait 33,7 gr. d'urée par 24 heures. L'opération, qui dura 2 heures, se passa fort bien et la malade perdit à peine une cuillerée de sang. La malade succomba pourtant 40 heures après l'opération avec des phénomènes d'urémie. A l'autopsie, on trouva une dégénérescence du myocarde et une néphrite parenchymateuse au début.

Pour M. Israël, il s'est agi là d'une intoxication par le chloroforme. L'opération a été conduite d'une façon aseptique; il ne pouvait pas être question d'une fluxion fonctionnelle du côté du second rein, puisque le carcinome avait entièrement détruit le rein malade; on ne pouvait non plus incriminer une fluxion collatérale par ligature de l'artère rénale droite, puisque dans un cas de

néphrolithotomie simple, le malade succomba avec les mêmes phénomènes que la cancéreuse en question. Ce qui montre que le chloroforme est capable de provoquer une néphrite passagère, c'est que M. Israël trouva les modifications caractéristiques de l'urine dans un tiers des cas chez des opérés dont les deux reins étaient sains et dans 82 0/0 des néphrectomies pour affection unilatérale du rein. M. Israël se demande donc si, dans ces conditions, il ne faudrait pas préférer l'éther au chloroforme quand on opère les individus dont un seul rein fonctionne normalement.

II

Hydronéphrose, pyonéphrose et abcès du rein.

La statistique personnelle de M. Israël pour ce groupe de cas est moins heureuse que pour les tumeurs : elle donne une mortalité de 21,2 0/0 (7 morts sur 33 néphrotomies ou néphrectomies) contre celle de 25 à 40 0/0 de la plupart des auteurs. Mais tandis que sur 12 néphrotomisés, M. Israël a eu 5 guérisons radicales, 1 incomplète (fistule) et 6 morts (dont 3 post-opératoires), soit une mortalité de 50 0/0, les 14 néphrectomies lui ont donné 13 guérisons complètes et 1 mort, soit une mortalité de 7 0/0. Faut-il en conclure que la néphrectomie est toujours préférable à la néphrotomie, comme le soutiennent certains chirurgiens (Czerny-Herczel, Schede)? M. Israël ne le pense pas et, en analysant les causes de mort dans chaque cas particulier, il montre que ceux qui ont succombé à la néphrotomie, soit peu de temps après l'opération, soit au bout d'un certain temps, se seraient trouvés dans des conditions encore moins favorables après la néphrectomie.

Chaque cas demande donc à être examiné en particulier. D'une façon générale, dans les pyonéphroses, lorsque le second rein est sain, M. Israël fait la néphrotomie dans les cas simples où il persiste encore une quantité notable de parenchyme rénal non farci d'abcès et où il existe une communication libre entre les calices dilatés et le bassinet. Pour ce groupe de cas la néphrotomie est l'opération de choix et ne doit céder le pas à la néphrectomie que lorsqu'il existe en même temps des abcès sous-diaphragmatiques ou rétro-péritonéaux.

Par contre, lorsque le rein est transformé en une véritable collection de cavités suppurées qui communiquent mal ou pas du tout avec le bassinet, il ne faut pas hésiter à faire la néphrectomie, à moins que le malade soit tellement affaibli qu'il ne puisse plus supporter la néphrectomie : dans ces cas on est autorisé à faire la néphrotomie seulement, avec l'intention bien arrêtée de pratiquer la néphrectomie secondaire aussitôt que l'état du malade le permettra.

Mais lorsque le second rein est reconnu ou supposé malade, la néphrotomie devient l'opération de choix. Il existe pourtant des cas où l'ablation du rein malade est plus avantageuse que sa conservation. Ainsi, dans les cas où le rein est transformé en une série d'abcès séparés par de minces cloisons, où le parenchyme fonctionnellement bon est réduit à une couche très mince qui ne saigne même pas à l'incision, dans ces cas on est autorisé à faire la néphrectomie qui enlève un foyer d'infection constituant un véritable danger pour le second rein déjà pris. Mais si dans les mêmes conditions on trouve, avec un mauvais état général, un parenchyme mieux conservé, on peut encore tenter la néphrotomie, quitte à faire la néphrectomie secondaire quand, sous l'influence de la première intervention, il surviendra une amélioration sensible permettant au malade de mieux supporter une intervention aussi sérieuse que la néphrectomie.

La néphrectomie secondaire peut donc se trouver indiquée aussi bien quand le second rein est sain que lorsqu'il est malade. Dans quelles conditions et à quel moment on doit la faire?

Le second rein est sain. Si, après la néphrotomie, il s'écoule par la fistule une urine trouble, catarrhale, mais acide, si le rétablissement de la perméabilité de l'uretère ou la fermeture de la fistule échouent, *on peut*, sur le désir du malade faire la néphrectomie. Mais *on doit* la faire quand la fistule donne issue à un magma d'urine alcaline et de pus, car la persistance du foyer purulent constitue un danger permanent pour le second rein resté sain.

Le second rein est déjà pris. Peut-on espérer d'arrêter le processus du côté du second rein, en enlevant radicalement le foyer d'infection? L'expérience a montré qu'une telle extirpation arrête et fait même rétrocéder la lésion rénale du second côté; on sait du reste qu'après l'amputation des membres atteints de suppuration chronique, l'albuminurie qui existait auparavant disparaît. Seulement dans ces conditions on ne doit hasarder la néphrectomie secondaire que lorsqu'on est sûr que le processus du second côté est tout à fait à son début.

Mais comment s'en assurer? La cystoscopie est impuissante à nous renseigner sur ce point; il en est de même du cathétérisme des uretères avec lequel on s'expose en plus à infecter le second rein. Aussi M. Israël propose-t-il pour ces cas une opération qu'il n'a pas encore eu l'occasion de faire, mais qui lui paraît très réalisable : la section de l'uretère du côté malade et l'abouchement de son bout supérieur à la paroi abdominale, c'est-à-dire la création d'une fistule urétéro-ventrale. Dans ces conditions, l'examen de l'urine prise dans la vessie peut donner des renseignements exacts sur l'état du second rein.

Telles sont les règles générales. Voyons maintenant ce qui se dégage de l'étude de chaque groupe de cas.

Le nombre d'*hydronéphroses*, toutes infectées, opérées par M. Israël est de 9. Six fois il s'agissait d'hydronéphrose intermittente : 5 femmes âgées de 22 à 44 ans, 1 homme de 3 ans. Les trois cas d'hydronéphrose non intermittente se rapportent à un garçon de 3 ans, à un homme de 18 et un autre de 22 ans. Dans tous ces cas l'affection a débuté chez des individus jeunes, et c'est l'âge de la trentaine qui est le plus représenté. Par contre, sur les 17 cas de pyonéphrose, l'âge de la trentaine n'est présenté que par 1 cas ; 13 cas ont été observés à l'âge de 40 et 50 ans, 3 à l'âge de 60 à 70 ans. Ce fait seul montrerait, d'après M. Israël, qu'il faut établir une distinction entre l'hydronéphrose suppurée et la pyonéphrose d'emblée, deux processus tout à fait distincts. Dans l'hydronéphrose suppurée, notamment, l'obstacle à l'écoulement de l'urine est le facteur étiologique principal, et la transformation purulente seulement secondaire ; par contre, dans la pyonéphrose, l'infection est le facteur étiologique primitif, et la rétention des produits et de l'urine, secondaire, consécutive à la pyélite avec ou sans urétérite. Dans un cas, M. Israël a été à même de constater cette transformation purulente de l'hydronéphrose. Il s'agit d'un homme de 23 ans, porteur d'une blennorrhagie chronique simple, qui brusquement est pris de frissons avec fièvre élevée, douleurs lombaires, etc. M. Israël le voit au bout de trois semaines et trouve une tumeur volumineuse du rein. Il fait la néphrotomie et tombe sur un véritable sac rempli de pus. Le parenchyme rénal était réduit à une mince lamelle de quelques millimètres ; à peine les traces des calices et du bassinet. Pour M. Israël la seule explication du fait, d'après les données anatomiques, c'est qu'il s'agissait là d'une ancienne hydronéphrose accidentellement infectée, car jamais une pyonéphrose n'aurait abouti à une telle transformation du rein, dans l'espace de trois semaines.

Sur les 6 cas d'hydronéphrose intermittente, 2 s'étaient produits par le mécanisme décrit par Landau et Terrier et Baudouin, c'est-à-dire le rein hydronéphrotique était mobile. Dans deux autres cas, chez une femme de 22 ans et une autre de 25, le rein était déplacé, mais nullement mobile (une de ces malades a été suivie par M. Israël dès le début de son affection). Dans ces deux cas c'était le rein gauche qui était pris, et dans les deux cas encore il existait une scoliose assez prononcée avec convexité à droite du segment dorsal et à gauche du segment lombaire, de sorte que le rein se trouvait non pas en dehors, mais directement au devant des deux premières vertèbres lombaires. Enfin, dans les deux derniers cas d'hydronéphrose intermittente, la cause de l'affection n'a pu être élucidée.

Pour les 9 cas d'hydronéphrose, on a fait deux fois la néphrotomie, cinq fois la néphrectomie primitive, deux fois la néphrotomie suivie au bout de quelque temps de néphrectomie secondaire. Aucun des opérés n'a succombé. Un seul néphrotomisé garde une fistule depuis 9 ans et se trouve dans un état de santé très satisfaisant. Les autres sont guéris radicalement.

M. Israël n'est pourtant pas partisan à outrance de la néphrotomie ou de la néphrectomie dans le traitement des hydronéphroses. Il admet la ponction pour les cas où le sac ne renferme plus de parenchyme sécréteur, ce qui doit être tout à fait exceptionnel; dans l'hydronéphrose intermittente par rein mobile, quand après l'évacuation du sac on peut espérer de voir ce rein reprendre sa place; enfin, dans les hydronéphroses par obstacle passager à l'écoulement de l'urine (caillot, calcul). La néphropexie peut aussi donner de bons résultats dans l'hydronéphrose intermittente par rein mobile, quand l'opération est faite tout à fait au début. Quant au choix entre la néphrectomie et la néphrotomie, quand le second rein est sain, M. Israël donne la préférence à la première dans les hydronéphroses anciennes où le sac ne renferme presque plus de parenchyme. Par contre, quand il existe encore du parenchyme en quantité convenable, il vaut mieux commencer par la néphrotomie, quitte à faire plus tard la néphrectomie secondaire.

Pour ce qui est de la pyonéphrose, M. Israël insiste tout particulièrement sur l'obscurité de l'étiologie dans la grande majorité des cas où il est même difficile de dire s'il s'agit d'un processus ascendant ou descendant. Chez les hommes on accuse la gonorrhée, mais sur 9 hommes de ce groupe la gonorrhée n'a existé que chez 4, et encore dans un cas seulement on a pu nettement établir la filiation des phénomènes : gonorrhée, cystite, pyonéphrose. Dans un cas, le rôle étiologique de la distension habituelle (évacuation incomplète) de la vessie a été des plus manifestes chez un homme qui n'était ni prostatique ni rétréci et chez lequel on trouva pendant l'opération une dilatation considérable de l'uretère. Les accidents, qui ont mis plusieurs années à se développer, dépendaient, d'après M. Israël, très probablement d'une lésion médullaire. Dans deux cas, la pyonéphrose tenait à la présence de calculs.

Chez la femme la situation est encore moins claire. Ici il faudrait peut-être incriminer plus souvent la gonorrhée latente, surtout quand on songe à la fréquence de la blennorrhagie chez l'homme. Dans un cas la tuberculose paraissait pouvoir être incriminée. Il s'agit d'une femme de 20 ans, de souche tuberculeuse, qui, au cours de sa grossesse, est prise de fièvre avec frissons et de phénomènes de pyélite, à gauche, mais sans augmentation du rein. L'examen de l'urine montra, à côté de corpuscules nombreux du pus et d'hématies en petit nombre, la présence de bacilles tuberculeux. On pratiqua l'accouchement provoqué artificiel à 4 mois, et tous les phénomènes morbides disparurent comme par enchantement. Cette observation, en relevant le rôle de la tuberculose — dont la fréquence dans les pyonéphroses semble à M. Israël moins grande qu'à Herczel — montre en même temps l'influence délétère que la grossesse exerce sur les affections du bassinet.

Sur les deux cas d'*abcès du rein*, sans pyonéphrose, l'un se rapporte à un individu atteint depuis de longues années d'une cystite gonorrhéique à laquelle on pouvait attribuer la lésion rénale. Le second cas est intéressant par son étiologie. Il s'agit d'un homme de 43 ans, sujet à des poussées de furonculose, qui, un mois après un énorme furoncle du cou, est pris de fièvre avec douleurs lombaires et voit se développer un abcès paranéphritique du côté gauche qui à l'incision donne issue à un litre de pus. Un mois après il entre dans le service de M. Israël qui agrandit l'incision et constate l'existence de petits points jaunes à la partie supérieure de l'organe. Il fend alors le rein et, trouvant les surfaces de section couvertes de petits foyers jaunâtres, il fait la néphrectomie dans l'idée d'une lésion tuberculeuse. Or, l'examen de la pièce montra qu'il n'y avait pas trace de tuberculose, que les petits foyers étaient des abcès, que le parenchyme rénal était normal, sauf la néphrite interstitielle au niveau des foyers. Le bassinet était intact. Il s'agissait donc là, d'après M. Israël, d'abcès métastatiques survenus au cours d'une furonculose du cou.

Très intéressante également est l'observation d'*urétérite* que M. Israël publie à la fin de ce chapitre. Il s'agit d'un homme de 28 ans souffrant depuis 8 ans, et arrivé à la clinique avec un ensemble de symptômes faisant penser à un calcul du rein : coliques néphrétiques d'une violence telle que le malade était devenu morphinomane; sensibilité extrême et douleurs vives sur tout le parcours de l'uretère gauche; mictions fréquentes avec hématurie. M. Israël mit par conséquent à nu le rein gauche; il paraissait sain, malgré cela on le fend jusqu'au hile, et, comme on ne trouve pas trace de calcul, on réunit la plaie qui guérit par première intention. L'intervention n'eut aucun succès. Croyant que le calcul pouvait se trouver quelque part dans l'uretère, M. Israël refit la néphrotomie, fendit longitudinalement le bassinet et, ne trouvant rien, mit à nu l'uretère en conduisant son incision tout près de la crête iliaque jusqu'au milieu du ligament de Poupart et de là, en dedans, jusqu'au bord externe du droit. L'uretère, mis à nu et sondé depuis le bassinet jusqu'à son orifice vésical, était libre sur tout son parcours; en revanche, il était épaissi par places, comme cartilagineux. Dans ces conditions, M. Israël n'hésita pas à faire la néphrectomie, et le malade guérit.

Pour M. Israël, c'est cette urétérite scléreuse extrêmement avancée (épaississement considérable des parois, muqueuse boursouflée, érodée, desquamée de son épithélium, prolifération du tissu conjonctif, infiltration de petites cellules, etc.) qui avait produit le syndrome clinique. Le rein était presque intact, sauf une légère dilatation des calices et un aplatissement des papilles, et les coliques pseudo-néphrétiques s'expliquaient par l'exagération de la pression intra-rénale — le rein, comme nous l'avons vu, présentait les lésions de l'hydronéphrose tout à fait au début — consécutivement à la perte de la fonction motrice du côté de l'uretère sclérosé. Le sang dans l'urine venait directement de la muqueuse urétérale érodée et, en effet, l'hématurie, d'abord assez abondante, puis constatable seulement au microscope, a continué encore pendant un mois après l'opération.

III

TUBERCULOSE ET SYPHILIS DU REIN.

Les deux nouvelles observations de *tuberculose du rein*

que publie M. Israël lui servent à soutenir ses idées sur la fréquence relative de la tuberculose descendante de l'appareil génito-urinaire, qu'il a exposées dans une publication antérieure (1) appuyée sur 5 observations personnelles. Un de ces malades, opéré depuis 4 ans, se trouve jusqu'à présent dans un état de santé florissante, ce qui montre que chez lui la tuberculose rénale était le seul et unique foyer d'infection.

Sur les deux nouvelles observations de M. Israël, l'une est intéressante en ce sens qu'elle montre l'influence déplorable que la grossesse exerce sur la tuberculose rénale.

Il s'agit d'une femme de 20 ans, qui, à l'âge de 18 ans, est prise de douleurs passagères dans le rein gauche et présente depuis des mictions fréquentes. A part cela, sa santé ne laisse rien à désirer. Elle se marie, devient enceinte au bout d'un mois, et lorsque M. Israël la voit quatre mois plus tard, il trouve le tableau classique de la tuberculose rénale grave, avec cachexie, urines purulentes et bacillifères, etc. Il n'hésite pas à faire la néphrectomie que Billroth n'a pas voulu faire à cause du mauvais état général, et la malade se rétablit rapidement, revient pour ainsi dire à la santé et accouche à terme d'un enfant vivant.

Le second cas est plutôt intéressant par sa complexité clinique. Il s'agit d'un tuberculeux assez avancé qui, à côté de sa tuberculose rénale, présentait de la paranéphrite avec pleurésie purulente gauche ouverte dans les bronches. Dans ce cas, après l'ouverture de l'abcès paranéphritique et la néphrectomie, on fut amené à inciser le diaphragme, à curetter l'abcès du poumon et à drainer par le diaphragme la pleurésie enkystée. Le malade est actuellement en bonne voie de guérison.

Une complication qu'on observe fréquemment dans les opérations pour tuberculose rénale, c'est l'infection, par du pus bacillifère, de la plaie qui se couvre de granulations tuberculeuses. Il y aurait donc grand intérêt à ne pas ouvrir le rein tuberculeux pendant la néphrectomie. Seulement il faut compter sous ce rapport avec la friabilité excessive du parenchyme rénal et les dimensions considérables des pyonéphroses tuberculeuses. Pour ce qui est du dernier point, on pourra faire une grande incision et même, au besoin, deux, de façon à former un volet des dimensions convenables.

Les deux cas de *syphilis rénale* que rapporte M. Israël sont les mêmes qu'il publia déjà il y a quelques années (2). Nous renvoyons donc, pour les détails, au travail original. Disons seulement que dans le premier cas le rein enlevé était très gros et atteint de néphrite interstitielle diffuse à lésions d'origine manifestement syphilitique; et que dans le second le rein à lésions gommeuses était petit, contracté après avoir probablement passé par un stade d'hypertrophie. Dans ce cas en effet la tumeur fournie par le rein fut prise pour un abcès de la rate et traitée comme telle. Après l'incision il s'écoula d'abord une matière caséeuse; puis il resta une fistule qui fut la raison pour laquelle M. Israël intervint quelques années plus tard. Disons enfin que dans le premier cas les préparations mercurielles ont aggravé l'albuminurie qui fut par contre influencée dans un sens favorable par l'iodure.

IV

CALCULS DU REIN.

Sans compter les 5 cas de pyonéphrose calculeuse, M. Israël a eu l'occasion de faire 8 fois la néphrolithotomie: 3 fois pour anurie complète, 5 fois pour accidents de la néphrolithiase non-anurique. Sur ses 3 premiers néphrolithomisés il en perdit 2; sur les 5 du second groupe il eut 4 guérisons et 1 mort. Ces faits montrent donc que les résultats diffèrent suivant qu'on fait la néphrolithotomie d'urgence (pour anurie calculeuse), ou la néphrolithotomie en tant qu'opération de choix. Cette dernière doit donner de bons résultats quand on intervient à une époque pas très avancée, le malade n'étant pas encore exténué par l'hémorrhagie, la fièvre hectique, la suppuration, les douleurs, la morphinomanie. Il en est tout autrement de la néphrolithotomie d'urgence pour anurie calculeuse : ici la règle c'est d'intervenir de bonne heure, et il est certain que si l'on pouvait toujours intervenir dans les premières 48 heures, les statistiques auraient une autre physionomie.

Sur les cinq néphrolithotomisés pour lithiase rénale simple, M. Israël perdit une malade probablement par intoxication chloroformée d'après le mécanisme sur lequel nous avons déjà insisté plus haut. Les 4 autres guérirent, et chez tous les 4 la plaie rénale fut, après l'extraction du calcul, réunie par la suture, de sorte que la guérison eut lieu par première intention. La suture du bassinet a été faite avec les points de Lembert.

M. Israël attache une importance considérable à la suture primitive du rein. Pour la mieux faire, il conseille d'isoler la plus grande partie du rein de sa capsule cellulo-graisseuse ; de ne pas inciser le bassinet tout près du parenchyme, pratique qui expose aux déchirures aussi bien pendant l'extraction du calcul que pendant la suture et rend cette dernière fort difficile; de ne pas rapprocher les bords de la plaie avec des pinces, mais de les faire tenir accolés par un aide, ce qui évite la contusion et les petites déchirures des bords; de ne pas serrer le fil de catgut afin de ne pas couper le parenchyme compris dans le nœud. Si pour extraire le calcul on a été obligé de fendre le rein par une incision comme dans les autopsies (*Sectionschnitt*), il est utile de faire l'hémostase préventive en faisant comprimer le hile du rein par les doigts d'un aide; seulement dans ces conditions les sutures doivent être faites très rapidement, car le rein supporte mal une ischémie même passagère. Après la suture du rein, suture de la capsule cellulo-graisseuse et drainage de la plaie. Si l'on fait le tamponnement, il ne faut pas le faire serré, autrement on s'expose à provoquer une paralysie par compression du côlon ; du moins c'est par ce mécanisme que M. Israël pense avoir perdu un opéré qui succomba à des phénomènes de stase stercorale (les gaz passaient) dans le côlon. M. Israël a du reste remarqué qu'après l'extirpation des reins volumineux, on observe ordinairement pendant quelques jours du météorisme et de la constipation opiniâtre. Pour lui, ce fait tiendrait à ce que pendant l'opération on traumatise ordinairement le méso-côlon et les éléments qui interviennent dans la fonction motrice de l'intestin. Un gros tampon bien serré agit dans le même sens et d'une façon encore plus accusée.

Quant aux procédés opératoires proprement dits, il n'en existerait pas, d'après M. Israël, de typiques. L'incision doit être faite en rapport avec la position du calcul. Le calcul est-il dans le bassinet? la pyélotomie suffit. En cas d'anurie par obstruction par un calcul, la pyélotomie suffit encore, quand on sent le calcul pas loin de l'uretère ou quand celui-ci n'est pas dilaté. Mais si l'uretère est dilaté, rempli d'urine, le calcul est loin. On fait alors la pyélotomie et on cathétérise l'uretère; si le calcul n'est pas très bas, on peut le faire remonter dans le bassinet après avoir agrandi l'incision; est-il très loin dans le petit bassin, on peut se conduire de deux façons : ou bien on fait une incision appropriée pour dénuder l'uretère et on extrait le calcul soit en le faisant

(1) *Deut. med. Woch.*, 1890, n° 31.
(2) *Deut. med. Woch.*, 1892, n° 1.

remonter dans le bassinet, soit en incisant sur lui et en suturant ensuite la plaie urétérale. Mais si les forces du malade laissent à désirer, on peut se contenter de la pyélotomie, quitte à refaire l'urétérotomie le lendemain au plus tard. Quant à l'incision qui coupe le rein en deux, comme dans les autopsies, il faut la réserver aux cas où, après la dénudation du rein, on ne sent pas de calculs ou bien encore aux cas où l'on trouve des calculs ramifiés qu'il s'agit d'enlever sans les broyer.

Trois fois M. Israël est intervenu pour une anurie totale d'origine calculeuse, et 2 fois il a pu constater que l'obstruction proprement dite n'existait que d'un côté. Comment expliquer alors l'absence de la diurèse ? M. Israël a réuni un certain nombre de faits qui montrent que, dans ces conditions, il se produit une sorte d'arrêt réflexe de la sécrétion rénale du côté sain. C'est ainsi que dans un cas de néphrolithotomie *gauche* pour anurie totale datant de 5 jours, l'examen cystoscopique pratiqué immédiatement après l'opération par M. Nitze, permit de constater l'écoulement par l'orifice urétéral *droit* d'une urine claire et limpide. Le même fait se retrouve dans l'observation d'un hydronéphrotique intermittent qui, au moment des crises, était pris d'oligurie extrême, en même temps que le contenu du sac devenait hémorrhagique. Or chaque fois que par la ponction on retirait du sac une certaine quantité de liquide hémorrhagique, le rein sain reprenait sa fonction et en très peu de temps la vessie se remplissait d'une urine claire, limpide, non-hémorrhagique. Dans ce cas l'augmentation de la pression intra-rénale d'un côté provoquait une diminution ou un arrêt de l'activité fonctionnelle du côté du second rein. Quand, par la ponction, on obtenait un abaissement de la tension dans le rein hydronéphrotique, la sécrétion du second rein redevenait normale. L'extirpation du sac peut jouer sous ce rapport le même rôle que l'abaissement de la pression intra-rénale. Ainsi, M. Israël a observé une malade atteinte d'hydronéphrose gauche et émettant 500 gr. environ d'urine dans les 24 heures, malgré l'emploi des eaux diurétiques de Wildung. Il fait l'extirpation du sac, et le lendemain la malade urine 1240 gr. d'urine par 24 heures. L'irritation du pédicule par le drain placé après la néphrectomie, peut également provoquer une anurie ou une oligurie, comme dans le cas suivant. Une femme est opérée d'une hydronéphrose intermittente suppurée par l'extirpation du sac, et un drain placé dans la plaie. Malgré les suites opératoires les plus simples et un état général très satisfaisant, la malade n'émettait que 500 gr. d'urine par 24 heures et continuait à se plaindre de douleurs au niveau du rein extirpé. Au 6e jour on enlève le drain. Aussitôt les douleurs disparaissent et la diurèse monte à 2 litres par 24 heures sans qu'on ait changé le régime des malades.

V

HÉMORRHAGIES RÉNALES DE CAUSE INCONNUE.

L'hémophilie rénale, nom sous lequel on désigne les hémorrhagies rénales de cause inconnue, a plusieurs fois conduit les chirurgiens à pratiquer la néphrectomie. Les cas de ce genre sont extrêmement rares. Sabatier a publié sous le nom de néphralgie hématurique l'observation d'un individu auquel il pratiqua la néphrotomie pour des coliques néphrétiques accompagnées d'hématuries. N'ayant pas trouvé de calcul dans le rein et ne pouvant se rendre maître de l'hémorrhagie qui se faisait par les surfaces de section du rein, Sabatier fit la néphrectomie. Son malade guérit. La néphrectomie a été également faite par Schede, de même que dans le cas de Senator où l'examen du rein dénudé ne permit d'y découvrir rien d'anormal. Il en fut de même dans le cas de M. Israël qui après avoir constaté l'intégrité du rein dénudé, ne l'extirpa pas, mais ferma simplement la plaie.

Il s'agit en l'espèce d'un homme de 52 ans ordinairement bien portant, qui sans cause connue est pris d'hématuries abondantes qui au bout de 11 jours mettent le malade dans un état d'anémie aiguë. A la palpation on trouvait les deux reins abaissés, mais absolument normaux comme volume, consistance et configuration. L'examen cystoscopique pratiqué par M. Nitze permettait d'affirmer que le sang provenait du rein gauche. Dans l'idée qu'il pouvait bien s'agir d'un néoplasme au début, M. Israël mit le rein à nu, le fendit en deux et, le trouvant absolument normal, ferma la plaie. Le malade guérit et n'eut plus d'hématuries.

D'après M. Israël, il serait difficile de dire à quoi était dû le succès de l'intervention. Est-ce la section du parenchyme? est-ce la compression temporaire de l'artère rénale pendant l'opération? M. Israël ne saurait le dire.

VI

REIN FLOTTANT.

La statistique de M. Israël, relative à des interventions chirurgicales (néphropexie) pour rein mobile, n'est pas très riche : elle porte sur quatre cas, par cette raison que M. Israël se déclare très nettement adversaire de l'intervention chirurgicale dans *tous* les cas de rein mobile. Et encore sur les quatre cas qu'il a opérés il y en a deux où le rein mobile renfermait des calculs.

Pour M. Israël, dans l'énorme majorité des cas, les troubles accusés par les malades ne relèvent nullement du rein mobile. Tantôt il s'agit de dyspeptiques avec sensations anormales dans les intestins, avec douleurs lombaires et sciatiques alternant avec de la fréquence des mictions, de la dysurie, etc.; le médecin trouve un rein mobile, le considère comme le grand coupable, et la malade effrayée va trouver le chirurgien. Un traitement général et un peu de suggestion consistant à rassurer la malade, suffisent souvent pour amener la guérison.

Dans un autre groupe de cas, le complexus symptomatique tient à une lésion de l'appareil génital chez des femmes chez lesquelles, à la suite des accouchements fréquents, souvent mal conduits, il existe un relâchement de la paroi abdominale. C'est encore dans ce groupe qu'on trouve les malades avec tous les signes de l'entéroptose. Ici encore, le traitement général, le port d'un bandage, d'un corset, la gymnastique, l'hydrothérapie, sont souverains.

Les seuls cas dans lesquels le chirurgien est autorisé à intervenir sont ceux du rein nettement mobile avec douleurs rénales typiques, précurseurs de l'hydronéphrose intermittente, en ce sens qu'elles constituent la manifestation d'un obstacle à l'écoulement de l'urine et le signe subjectif de l'exagération de la pression intra-rénale. Dans ces cas, il ne faut pas s'attarder au traitement général et orthopédique, mais faire de suite la néphropexie. La néphropexie est, dans ces cas, une opération excellente en replaçant le rein dans sa position normale, comme M. Israël a pu s'en convaincre à l'autopsie d'une femme ayant succombé à un volvulus, 3 mois après la néphropexie.

***

Nous avons terminé la longue analyse du mémoire fort remarquable de M. Israël. Résumons donc très brièvement les faits les plus saillants qui se dégagent de cette étude.

Citons, en premier lieu, la valeur diagnostique de la palpation bimanuelle dans le décubitus latéral qui

permet d'asseoir le diagnostic précoce des tumeurs et d'intervenir de bonne heure; les dangers du chloroforme dans les opérations sur les reins, surtout quand l'intégrité du second rein n'est pas bien établie, et, dans le même ordre d'idées, les dangers de l'iodoforme et de la pratique antiseptique en général; les indications de la néphrectomie pour pyonéphrose avec second rein touché; l'hydronéphrose intermittente par simple déplacement du rein non-mobile; l'observation d'urétérite; le mécanisme de l'anurie totale par obstruction d'un seul rein; la néphrotomie pouvant rendre les mêmes services que la néphrectomie dans l'hémophilie rénale; la pratique conservatrice dans le rein flottant. Tels sont les faits les plus saillants, comme nous l'avons dit, du mémoire de M. Israël. Les faits, on ne les discute pas. Mais l'interprétation que leur donne M. Israël va-t-elle être acceptée par tout le monde? C'est difficile à dire; en tous les cas, faits et conclusions méritaient d'être signalés à l'attention des chirurgiens.

R. Romme.

TRAVAUX ORIGINAUX

La folie diathésique, par le Dr Crocq fils (de Bruxelles).

Nous diviserons l'étude de la folie diathésique en deux parties : dans la première, nous envisagerons les cas dans lesquels l'aliénation mentale provient, chez l'individu même, d'un état diathésique préexistant; dans la seconde, nous étudierons la folie qui provient héréditairement de la transformation d'une maladie diathésique; ce dernier chapitre, qui n'a encore été l'objet d'aucune étude spéciale, nous paraît le plus important.

Nous avons dit ailleurs (*Revue de médecine*, août 1893) ce que nous entendons par maladie diathésique, nous avons cherché à prouver qu'il faut admettre comme maladies dépendant de l'état diathésique non seulement le rachitisme, l'ostéomalacie, la lithiase biliaire, la gravelle, la goutte, le rhumatisme, l'obésité, le diabète, l'asthme, la migraine, maladies admises par Bouchard comme de nature arthritique, mais encore l'hémophilie, les varices, les anévrysmes, la scrofule, la tuberculose, le cancer, l'herpétisme, l'apoplexie, les nécroses, l'aliénation mentale, les maladies du cœur, le fibrome, le lymphadénome, le sarcome, l'artério-sclérose et les convulsions infantiles.

Toutes ces maladies nous semblent provenir d'une cause commune, l'état diathésique, dû très probablement à un trouble des mutations nutritives, sous la dépendance d'un trouble fonctionnel, dégénératif, du système nerveux.

I

Depuis longtemps les auteurs ont remarqué que certaines maladies diathésiques donnent naissance à l'aliénation mentale; c'est ainsi qu'en 1852 Mesnet publia une très intéressante observation de folie rhumatismale. Cependant c'est surtout le professeur Ball qui, dans ses leçons cliniques, s'est attaché à l'étude des folies diathésiques.

Plusieurs mémoires ont paru sur ce sujet et la question des folies diathésiques a été mise au concours par différentes sociétés savantes, entre autres par l'Académie de médecine de Paris en 1890. Nous devons mentionner le mémoire qui fut couronné à cette époque, il a pour auteurs Mabille et Lallemant; mentionnons encore les *Folies diathésiques* de Berthier, ouvrage paru en 1875.

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question l'ont, à notre avis, envisagée d'une manière trop étroite : si en effet des doutes sont possibles quant à la transformation des maladies diathésiques en aliénation mentale chez le même individu, on ne peut nier cette même transformation par l'hérédité (Voir chap. II).

D'où proviennent les nombreux aliénés que nous voyons? D'aliénés, me direz-vous. Non, le plus souvent pas; nous voyons en effet Parchappe estimer le nombre des aliénés héréditaires à 15 0/0 et Foville à 25 0/0.

Il suffit, pour se rendre compte de la véracité de cette proposition, d'analyser les faits journaliers qui se présentent à notre observation, nous verrons alors que la plupart des aliénés proviennent de familles diathésiques et que les enfants d'aliénés, bien que très prédisposés à la folie, sont néanmoins certainement deux fois sur trois atteints d'une autre maladie diathésique que l'aliénation mentale.

Nous nous occuperons d'abord des folies diathésiques se développant chez l'individu, abstraction faite de l'hérédité.

Il faut que nous fassions dès maintenant remarquer de quelle manière nous comprenons cette transformation : lorsqu'un rhumatisant, un goutteux, une hystérique, un hémorrhoïdaire, etc., deviennent fous, si même la maladie primitive disparaît, *nous ne dirons pas que c'est le rhumatisme, la goutte, l'hystérie, les hémorrhoïdes, etc., qui sont causes de la folie, nous dirons que c'est la diathèse, le fond diathésique commun à toutes ces maladies*; qu'il nous suffise de dire une fois pour toutes que *ce ne sont pas ces maladies qui engendrent la folie, mais bien l'état diathésique dont elles-mêmes dépendent*

Boissier de Sauvages a décrit une goutte mélancolique, Lorry et Musgrave ont parlé de mélancolie et d'hypochondrie goutteuse, Purel va plus loin : il croit l'arthritisme capable de donner naissance à toutes les maladies nerveuses. Brune parle de démence dartreuse, Sauvages de lypémanie dartreuse; Pariset mentionne l'épilepsie comme déterminant la goutte, le rhumatisme, etc.; Esquirol et Morel ont rapporté de nombreux cas de folie dartreuse, Berthier insiste sur l'influence de la diathèse dans le développement de l'aliénation mentale. Ball a bien mis en relief les liens qui unissent la folie et les diathèses; mentionnons encore le mémoire de Mabille et Lallemant qui contient de nombreuses données.

a. L'hémophilie étant excessivement rare, l'aliénation mentale étant au contraire très fréquente, il est facile de comprendre que les cas d'hémophilie se transformant en folie, chez un même individu, sont excessivement rares.

La littérature médicale n'en possède, à ma connaissance, aucun; des observations plus minutieuses et dirigées dans un ordre d'idées nouvelles devront éclaircir ce problème.

b. On observe fréquemment l'aliénation mentale se développant chez des hémorrhoïdaires, ces cas sont si communs que les anciens auteurs attribuaient à la suppression du flux hémorrhoïdaire une large part dans la production de la folie. Est-ce l'humeur peccante qui quitte une partie du corps pour se rendre en une autre partie plus noble? évidemment non; c'est l'individu dont le système nerveux altéré s'entreprend, lui dont l'altération se manifestait déjà par un trouble de la nutrition des vaisseaux.

Obs. I (résumée). — Mme S..., âgée de vingt-deux ans, est atteinte à huit ans de rhumatisme intense; à vingt ans, étouffements, palpitations, crachements de sang, pesanteur de tête, des *hémorrhoïdes*; elle fut prise de peur et d'hypochondrie. (Michéa, *Trait. de l'hypoch.*, 1845.)

Obs. II (résumée). — Mme B... a eu déjà des troubles hypochondriaques, elle croit être rongée par un ver; bientôt apparaît un bourrelet hémorrhoïdal énorme et le délire cesse. (Mabille et Lallemant.)

c. Les varices ne sont pas moins rares que les hémorrhoïdes chez les aliénés.

Obs. III (personnelle). — Julie V..., âgée de trente et un ans, entre le 16 avril 1887 dans le service de M. Desmeth, à l'hôpital Saint-Jean. Son oncle paternel est mort d'*ataxie locomotrice*, son père est *simple d'esprit*, elle-même est *hystérique* et atteinte d'un *œdème variqueux* de la jambe gauche. La malade prétend sentir toujours une odeur de soufre, elle dit avoir avalé son chapelet, frappe et mord; l'agitation maniaque est incessante. Diagnostic : Folie hystérique.

Obs. IV (personnelle). — Antoinette J... entre le 12 juin 1887 dans le service de M. Desmeth; elle porte des *varices aux membres inférieurs*. La malade a été trouvée errante, presque nue, tenant des propos incohérents, se livrant à toute sorte d'extravagances, dans les champs d'une commune des environs de Bruxelles; elle avait abandonné son enfant quelques jours auparavant sur la voie publique. On constate un affaiblissement très marqué de toutes les facultés de l'esprit, un embarras de la parole, une dilatation inégale des pupilles, un délire futile et incohérent roulant sur des idées de grandeurs et de richesses. Diagnostic : Démence paralytique.

Obs. V (personnelle). — Eugénie M..., âgée de trente-quatre ans, entre le 29 juin 1887 dans le service de M. Desmeth; deux de ses enfants sont morts de *convulsions*, son père est *ivrogne*, sa sœur a une conduite déréglée, elle-même a, aux deux membres inférieurs, des *ulcères variqueux*. Elle se croit poursuivie par ses voisins qui lui adressent des injures, mettent des ordures dans son linge, du poison dans sa nourriture; elle délire à froid et a des hallucinations auditives. Diagnostic : Délire des persécutions.

Obs. VI (personnelle). — Ursule V..., âgée de soixante-cinq ans, entre le 14 juillet 1887 dans le service de M. Desmeth; elle a des *ulcères variqueux* étendus; deux de ses enfants sont morts de *convulsions*. Ses propos sont incohérents, sa loquacité est excessive; elle prétend que tout le monde lui en veut, ses actes sont désordonnés et son délire roule sur des idées diverses. Diagnostic : Démence maniaque.

Obs. VII (personnelle). — Joséphine L..., âgée de trente ans, entre le 3 septembre 1887 dans le service de M. Desmeth; elle porte des *varices aux jambes*, elle est *hystérique*. Elle a des hallucinations visuelles et auditives, des insomnies, de l'incohérence des idées; son délire est général et désordonné.

Diagnostic : Manie délirante.

d. Nous aurons moins à dire des anévrysmes : nous ne connaissons, en effet, pas de fait concluant d'individu atteint d'anévrysme qui soit devenu ensuite aliéné; remarquons cependant que de nombreux aliénés sont atteints d'affections organiques du cœur et même d'anévrysmes; on ne peut attribuer aux anévrysmes l'éclosion de la folie, mais ces différentes dégénérescences proviennent d'un état morbide diathésique du système nerveux.

e. La scrofule, au contraire, se rencontre fréquemment chez les aliénés : « Au point de vue psychique, dit Berthier, le scrofuleux n'est jamais équilibré. » Faisons la part de l'exagération, mais maintenons le fond qui est exact : les scrofuleux deviennent souvent aliénés. « Nous avons, disent Mabille et Lallemant, pour notre part rencontré un grand nombre de scrofuleux chez les aliénés,... nous devons dire que nos scrofuleux répondaient aux types les plus divers d'aliénation : mais les idiots, les imbéciles nous ont paru présenter une assez forte proportion. »

Nous n'insistons pas sur la production fréquente de la folie chez les scrofuleux, parce que les auteurs sont unanimes à la reconnaître.

f. La tuberculose se rencontre tout aussi souvent chez les aliénés, souvent aussi elle précède l'aliénation mentale. Morel déjà a dit que si la mélancolie est la compagne inséparable de la tuberculisation commençante, l'exacerbation maniaque caractérise ordinairement les dernières phases de l'existence chez les phthisiques.

Belhomme, en 1867, rapporta à la Société médico-psychologique le cas d'une femme tuberculeuse qui devint folle; chaque fois qu'elle crachait abondamment du pus, sa raison reparaissait. Thore, Guislain et Clouston ont également écrit sur la folie tuberculeuse. Schrœder von der Kolk a bien établi les nombreux rapports qui unissent la tuberculose et l'aliénation mentale. Disons encore que le professeur Ball a insisté dans ses leçons cliniques sur la folie des phthisiques.

Obs. VIII (personnelle). — Céline B... est amenée le 6 février 1890 dans le service de M. Desmeth; sa physionomie reflète la tristesse la plus profonde, elle refuse absolument toute nourriture, elle veut se suicider. Son langage est incohérent et futile, ses idées bizarres. Elle est sujette à des attaques d'*hystérie* et est atteinte de *tuberculose pulmonaire*. Diagnostic : Folie hystérique, démence.

Obs. IX (personnelle). — Romaine P..., âgée de vingt et un ans, est amenée le 13 mars 1891 dans le service de M. Desmeth. Sa mère s'adonne aux boissons alcooliques, sa sœur est *folle*. Elle-même, à son entrée, présente un égarement complet, ses actes sont automatiques, elle est inconsciente de sa situation, son langage est incompréhensible, incohérent, ses actes sont désordonnés. Elle est sujette à des attaques *hystériques* et est atteinte de *tuberculose pulmonaire*. Diagnostic : folie hystérique.

Obs. X (personnelle). — Anne G..., âgée de quarante et un ans, entre le 17 juillet 1891 dans le service de M. Desmeth; elle est orpheline et a présenté au coude gauche une *carie osseuse* qui a nécessité la résection; elle a en ce moment une *adénite suppurée* de la bouche et du cou; elle est triste, désespérée, elle se croit coupable. Diagnostic : Mélancolie délirante.

Obs. XI (résumée). — Une femme de trente-huit ans, d'une belle constitution, mais malheureuse en ménage, avait été sujette pendant sa grossesse à des névralgies violentes; bientôt deux petites ulcérations apparurent au-dessus des malléoles; au bout d'un an ces ulcérations se déchirèrent et la malade fut prise d'une grande tristesse. Une *manie* se déclara, bientôt la *toux* se manifesta, des *hémoptysies* apparurent et la raison revint. La mort fut amenée par la *tuberculisation* (Liegey, *Tribune médicale*, 1872).

Obs. XII. — Berthier cite le cas d'une demoiselle de trente ans qui fut atteinte d'une *tumeur blanche*, celle-ci disparut et une *manie* se déclara. Quelques mois plus tard, la *phthisie pulmonaire* éclata, l'hydarthrose reparut et la raison revint.

Obs. XIII. — Chez une *tuberculeuse* fort avancée, il y eut tout à coup arrêt des symptômes pulmonaires et un *délire des persécutions* éclata, si intense qu'il rendit la vie insupportable au mari qui en mourut. La tuberculose est arrêtée depuis de nombreuses années, mais son état mental reste troublé (Ball, *Cliniques*).

Obs. XIV. — Une jeune fille de dix-sept ans, sur l'hérédité morbide de laquelle nous aurons à revenir quand nous nous occuperons de la folie diathésique héréditaire, était *tuberculeuse;* en même temps elle était atteinte de *lypémanie religieuse* avec refus d'aliments. La folie s'étant améliorée, la tuberculose fit subitement de grands progrès, bientôt la malade, qui était arrivée à la dernière période de la phthisie, était presque raisonnable.

g. L'aliénation mentale chez les cancéreux n'est pas plus rare que chez les tuberculeux; nous ne nous occuperons évidemment pas ici du cancer cérébral qui n'agit que par action mécanique, nous ne nous occuperons que des vésanies se développant chez des cancéreux par le fait seul de la diathèse.

Obs. XV (personnelle). — Jeanne D..., âgée de cinquante-trois ans, entre le 4 juillet 1890 dans le service de M. Desmeth ; elle a de l'incohérence des idées, elle a perdu les notions les plus élémentaires de la vie pratique. Elle a fait plusieurs tentatives pour se suicider, elle refuse absolument toute nourriture ; elle porte au sein une plaie qui résulte d'un *cancer*.
Diagnostic : mélancolie délirante.

Obs. XVI (personnelle). — Marie E..., âgée de trente-deux ans, entre le 4 avril 1891 dans le service de M. Desmeth ; elle est agitée, ses actes sont désordonnés, son langage est incohérent, elle a des hallucinations visuelles, elle refuse toute nourriture ; elle est atteinte de *cancer utérin*.
Diagnostic : Folie hystérique.

« Le cancer, disent Mabille et Lallemant, est relativement fréquent chez les aliénés ; mais il affecte les parties du corps les plus diverses. Nous avons observé, dans ces dernières années, un certain nombre de tumeurs cancéreuses ; chez tous ces malades, l'aliénation appartenait aux formes les plus diverses :

1° Epilepsie, folie épileptique, cancer de l'utérus et cancer atrophique du sein, un cas. Les crises épileptiques avaient diminué à la fin de la maladie, mais le caractère de la malade était devenu très méchant.

2° Démence. Cancer de l'utérus et du sein. Malade très méchante, le cancer n'a pas d'influence sur la folie.

3° Imbécillité. Cancer de l'utérus propagé à la vessie. Pas de changement dans l'état mental.

4° Démence. Cancer de l'intestin. Pas d'influence sur la folie.

5° Lypémanie avec hallucinations. Cancer de l'estomac et de l'intestin ; à la fin le délire avait diminué.

6° Lypémanie chronique. Cancer de l'intestin, pas de changement.

7° Imbécillité. Cancer de l'estomac. Pas d'influence.

8° Démence. Cancer de l'estomac. Pas d'influence.

9° Lypémanie. Suicide. Cancer de l'estomac. Dans les derniers temps la malade était très méchante.

10° Démence. Cancer de l'utérus, pas de changement.

11° Démence. Cancer de l'utérus. Pas d'influence.

12° Lypémanie par accès. Noli me tangere de l'oreille. Pas d'influence sur l'état mental. »

Obs. XVII. — Neurendorff a rapporté le cas d'un homme qui avait des idées d'empoisonnement, des hallucinations visuelles et auditives ; il mourut dans le marasme, et, à l'autopsie, on trouva un *cancer* étendu du cardia au pylore.

h. Les avis sont partagés, quant à la fréquence de l'aliénation mentale chez les rhumatisants : Ball dit n'en avoir rencontré que quatre cas, Mabille et Lallemant déclarent n'en avoir vu que peu, Christian n'a observé aucun cas semblable sur deux mille malades ; à l'asile de Schleswig on évalue à 1/2 pour 100 le nombre des folies rhumatismales ; à l'asile de Friederichsberg, Simon l'évalue à 1/4 pour 100.

A Vienne, sur deux mille rhumatisants on n'a observé aucun cas de folie ; à l'asile de Hambourg on a retrouvé la folie rhumatismale dans 1 pour 100 des cas. Berthier au contraire attache une plus grande importance au rhumatisme comme facteur étiologique de l'aliénation mentale. D'où proviennent ces divergences, et qui a raison ?

Ces divergences proviennent de ce que les auteurs sont trop exclusifs ; ils n'appellent folies rhumatismales que celles qui se développent dans le cours du rhumatisme articulaire ou immédiatement après lui. Devons-nous envisager la question aussi étroitement ? Non, nous devons considérer comme rhumatismales toutes les vésanies qui se développent chez des individus ayant eu dans leur vie des douleurs rhumatismales intenses ; si l'on interrogeait les aliénés dans ce sens, on rencontrerait certes de très nombreux cas semblables.

Obs. XVIII. — Un élève en médecine ressent des douleurs articulaires dès l'âge de seize ans ; à dix-huit ans *affection rhumatismale* des lombes suivie d'*hypochondrie* portée au plus haut point ; guérison (Pinel, *Medic. Clin.*, 1815).

Obs. XIX. — Mme G..., âgée de vingt-deux ans, d'une santé médiocre, a souffert, dès l'âge de huit ans, d'un rhumatisme articulaire très intense. A vingt ans surviennent des étouffements, des palpitations, des crachements de sang et la malade fut dès lors poursuivie de l'idée de la crainte de la mort, elle pleurait continuellement (Michéa, *Trait. de l'hypoch.*, 1845).

Obs. XX. — Un cultivateur souffrait de *rhumatisme* depuis dix-huit jours, sans éprouver de fièvre. Tout à coup les douleurs cessent, le malade est pris d'inquiétude, d'agitation, de symptômes hydrophobiques, puis il est frappé de *délire maniaque* et il meurt (Schenk, observ. 1609).

Obs. XXI. — Mme Ch... a eu, à l'époque de la puberté, de nombreuses douleurs rhumatismales aux lombes, au cou et aux bras. Vers quarante ans, cessation des douleurs auxquelles succède un accès de manie bien dessiné qui dure plusieurs mois ; l'accès se dissipe et les douleurs reparaissent. Ces alternatives de folie et de raison se reproduisent trois fois (Berthier, *De la folie diathésique*, 1851).

Obs. XXII. — Mme Gra..., à la suite de la perte de ses enfants, vit son caractère se modifier ; elle fut prise de douleurs rhumatismales vagues qui durèrent quatre mois. Les douleurs cessent... Aussitôt se produit une manie alternant avec des phases de stupeur, qui persiste plusieurs mois ; puis la folie cesse (Berthier).

Obs. XXIII. — M. Ser..., âgé de quarante ans, est atteint de *rhumatisme ;* après des immersions prolongées dans l'eau froide, les douleurs disparaissent et la *démence* se déclare (Berthier).

Obs. XXIV. — Une femme était atteinte de mélancolie suicide ; elle reprenait l'usage de sa raison chaque fois qu'elle venait à souffrir de douleurs rhumatismales (Dagonet, *Trait. des mal. ment.*, 1862).

Obs. XXV. — Une autre malade avait alternativement des *accès maniaques* intenses et des *névralgies rhumatismales* de la face et de l'épaule (Berthier).

Obs. XXVI. — Alfred est atteint à dix-neuf ans de *rhumatisme articulaire* qui dure deux mois ; immédiatement après la cessation des douleurs se manifeste un *délire général* dont il guérit dans une maison de santé. Vers vingt-quatre ans, nouveau rhumatisme, nouvelle démence qui depuis n'a plus disparu (Berthier, *Névroses diathésiques*, 1869).

Obs. XXVII. — Une femme, âgée de quarante ans, est atteinte de rhumatisme articulaire aigu ; bientôt se déclare l'incohérence dans les idées et les douleurs articulaires disparaissent ; l'état mental s'aggrave (Baillarger, *Gaz. des hôp.*).

Nous pourrions multiplier à l'infini les exemples de folies se développant chez les rhumatisants ; nous croyons inutile de fatiguer le lecteur par des observations aussi nombreuses.

i. Les rapports de la goutte et de la folie sont connus de tout le monde et depuis fort longtemps : Dubuisson, en 1814, place la goutte au troisième rang parmi les causes physiques capables de produire l'hypochondrie ; Brachet et Musgrave parlent dans le même sens ; on sait que Charcot et Lecorché ont insisté plus récemment sur le même fait ; Whytt, Lorry, Synch, Garrot et bien d'autres ont publié des observations de folie succédant à des accès de goutte ; enfin Peter, Hood, Guilbert, Androw, Clarck et Clouston disent que cette hypochondrie peut aller jusqu'au suicide.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Amyotrophie (Contributo allo studio delle amyotrofie), par Turbi (*Atti della Academia in Ferrara*, janvier 1894, p. 1). — A l'occasion d'un cas relativement obscur ainsi interprété : traumatisme ayant déterminé une névrite du plexus brachial qui, plus tard, s'est compliquée d'une participation pathologique fonctionnelle ou structurale de la moelle épinière, l'auteur entre dans diverses considérations sur les diverses variétés d'atrophie musculaire.

Névrite multiple simulant la paralysie de Landry (A case of multiple neuritis simulating Landry's paralysis in the rapidity order and extent of paralysis), par Pearce (*The Journal of nervous and mental disease*, mars 1894, n° 3, p. 163). — Le malade dont l'histoire est rapportée a présenté des phénomènes très semblables à ceux de la maladie de Landry. Sans antécédents héréditaires ni personnels, nerveux, syphilitiques alcooliques ou toxiques, le sujet, âgé de 41 ans, est pris brusquement de fièvre, de malaise, nausées, difficultés de la respiration, puis d'une paralysie qui débute par les membres inférieurs et envahit rapidement le tronc et les membres supérieurs. En même temps, le cœur est faible et l'expiration limitée. Les réflexes tendineux sont supprimés, mais les sphincters sont indemnes et la sensibilité intacte. Ultérieurement, il survient des troubles des réactions électriques des muscles qui permettent d'affirmer le diagnostic de névrite multiple.

Arthropathie spinale (Report of a case of spinal arthropathy in which many of the symptoms of serious lesions of the cord are absent), par W. Taylor (*The Journal of nervous and mental disease*, mars 1894, n° 3, p. 153). — Un homme de 41 ans qui ne présente comme signe d'une affection spinale que la présence de douleurs paroxystiques dans les membres inférieurs remontant à 16 ans, et le signe d'Argyll-Robertson, a été pris de gonflement considérable du genou droit. Actuellement, il offre une destruction presque complète de cette articulation qui présente de l'épanchement, des craquements, de la disjonction de l'épiphyse du tibia, de l'épanchement des tissus, d'où une déformation énorme. Le cas est intéressant d'abord par la rareté des arthropathies spinales, ensuite par le peu d'importance que prennent les symptômes directement myélopathiques dans le tableau clinique.

Arthropathie syringomyélique et dissociation de la sensibilité, par J.-B. Charcot (*Revue neurologique*, 15 mai 1894, n° 9, p. 250.) — L'arthropathie que l'auteur a étudiée est classique quant à son siège et à sa forme. Mais, outre qu'elle fait unité nouvelle dans les observations de même origine, elle présente quelque intérêt dans son évolution, et en particulier dans l'apparition d'une zone de sensibilité dissociée, coïncidant avec la lésion articulaire. On est amené à considérer, en raison de ces faits, que les arthropathies syringomyéliques s'accompagnent toujours dans la zone cutanée superposée à l'articulation malade d'une dissociation de la sensibilité. Dans le cas actuel, c'est la constatation de ce trouble qui a permis de trancher le diagnostic d'arthrite consécutive à un traumatisme chez un syringomyélique avec celui d'arthropathie syringomyélique, qui offrait de grandes difficultés.

Myélite expérimentale par toxine diphthéritique, par E. Enriquez et L. Hallion (*Revue neurologique*, 31 mai 1894, n° 10, p. 283). — Les auteurs ont soumis à l'examen histologique le bulbe et la moelle de 3 chiens qui avaient reçu, en injection sous-cutanée, 1,5 à 2 centim. cubes par kilog. d'animal de bouillon diphthéritique filtré, et avaient succombé au bout de 10 jours. Ils ont trouvé, dans plusieurs segments de ces organes, des foyers multiples de *myélite* diversement localisés. Ils concluent de là à la production de myélites infectieuses par les toxines supposées contenues dans la culture filtrée, résultats qui contrediraient ceux des recherches antérieures, d'après lesquelles la diphthérie provoquerait plutôt des lésions périphériques.

MÉDECINE

Myxœdème traité par l'extrait de corps thyroïde (Sequel of a case of myxœdema treated par thyroid juice), par Little (*Dublin Journ. of med. scienc.*, 2 avril 1894, p. 293). — Une femme de 34 ans, célibataire, remarqua, dès 1886, qu'elle avait de la peine à s'agenouiller; ses chevilles devenaient raides et enflaient. En décembre 1890, elle présentait un myxœdème tout à fait caractérisé, avec abaissement de l'intelligence, diminution de la motilité, enflure du cou, de l'abdomen, des mains, de la face, sensibilité au froid, enrouement fréquent, diminution du nombre des pulsations cardiaques (68). Le jaborandi continué pendant 18 mois amena une très légère amélioration. On traita alors la malade par l'extrait de corps thyroïde en injections hypodermiques; il n'y eut pas de fièvre. La malade alla rapidement mieux et bientôt parut complètement guérie : on cessa le traitement, mais, 2 mois après, quelques symptômes reparurent; on fit alors ingérer à la malade des fragments de corps thyroïde; elle absorbe 2 glandes fraîches par semaine, et s'en trouve très bien.

Crétinisme sporadique (Case of sporadic cretinism treated with thyroïd gland), par Smith (*British med. Journ.*, 2 juin 1894, p. 1178 et 1180). — *1re observation.* — Un enfant, né le 24 juin 1884, ayant un frère également crétin, commença à présenter des troubles mentaux à l'âge de 2 ans; il a tous les signes du crétinisme. On commença le traitement thyroïdien le 27 mars 1893; on donna un peu moins d'un quart de lobe de glande thyroïde fraîche de mouton. L'enfant eut d'abord des vomissements et fut très déprimé. On diminua la dose à 1/8 de lobe 2 fois par semaine. L'amélioration survint rapidement; l'état intellectuel devint même très brillant. Le 7 juillet, on suspendit le traitement, et en septembre, on remarqua que des symptômes de crétinisme se montraient de nouveau. Sous l'influence de la reprise du traitement, ces symptômes disparurent.

2e observation. — Le frère de cet enfant, âgé de 14 ans, était aussi un crétin; on le traita également par la glande thyroïde crue. Il y eut d'abord de la fièvre, des vomissements, le malade maigrit. Plus tard, on lui donna des tablettes thyroïdes de MM. Burroughs et Welliame; il y eut bientôt une amélioration dans l'état de l'enfant, qui se mit à grandir; les fonctions de la peau se rétablirent, l'intelligence se développa et on peut croire que cet enfant finira par très bien parler.

CHIRURGIE

Hernie de la vessie. — Dans la presse anglaise, plusieurs faits de cette hernie relativement rare ont été récemment publiés.

M. Lane (*Lancet*, 12 mai 1894, p. 1186) a relaté l'histoire d'un homme de 51 ans, qui entra à l'hôpital pour une volumineuse hernie inguinale gauche; elle était en partie réductible, la masse qui restait irréductible paraissait être de l'épiploon adhérent. On opéra cette hernie : le sac herniaire était couvert de grosses masses graisseuses; en dehors du sac il y avait un prolongement de la forme et du volume du pouce; en comprimant ce cul-de-sac, on chassait du liquide dans l'abdomen; on l'incisa il en sortit de l'urine; on sutura cette plaie vésicale, on rentra dans l'abdomen le cul-de-sac vésical, on réséqua le sac et ses tumeurs lipomateuses.

L'observation de M. Purcell (*Ibid.*, 5 mai 1894, p. 1128) est celle d'un homme de 56 ans qui avait depuis 5 ans une hernie scrotale maintenue à l'aide d'un bandage. Il fut pris d'étranglement herniaire. On opéra le lendemain après des tentatives inutiles de réduction, on ouvrit le sac et on réduisit l'intestin; il y avait en outre une masse qu'on prit pour de l'épiploon; on l'incisa et il en sortit de l'urine; on sutura la plaie vésicale et on la draina. La plaie suppura et on dut défaire les sutures. Le malade guérit.

Nous signalerons à ce propos une discussion sur ce sujet qui a eu lieu le 24 avril dernier à la *Société royale de médecine et de chirurgie de Londres.*

MM. Michels et Parker ont ouvert la discussion en parlant d'un homme de 48 ans qui entra pour une double hernie inguinale. Du côté gauche, on fit la cure radicale très facilement. Du côté droit, l'opération fut plus compliquée, en raison d'adhé-

rences. Finalement, on tomba sur quelque chose qu'on prit pour un sac vide et qu'on isola avec peine; on le lia à son collet et on le réséqua; on refoula le pédicule dans l'abdomen et on sutura l'anneau inguinal; 24 heures après l'opération, le malade se plaignit de douleurs dans l'hypogastre et émit des urines sanglantes. On reconnut alors que ce qu'on avait pris pour un sac herniaire vide n'était qu'un diverticule extra-péritonéal de la vessie. On ouvrit l'abdomen, on fit une double rangée de sutures au niveau de la plaie vésicale. On introduisit pendant 6 jours une sonde dans l'urèthre. Le malade guérit.

Il y a, disent les auteurs, deux sortes de hernies vésicales. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de la variété intra-péritonéale; la vessie descend à travers l'anneau inguinal, repoussant le péritoine. La descente de la partie extra-péritonéale de la vessie est beaucoup plus rare; on n'en a publié jusqu'ici que 5 cas. Dans les deux variétés, il est très difficile de savoir qu'on a affaire à la vessie, et presque toujours on blesse cette dernière. Il faut alors faire la laparotomie et suturer la plaie vésicale. Cela n'empêche pas le pronostic d'être assez bon.

M. Macready pense que l'ouverture accidentelle de la vessie est en effet fréquente dans ce cas. Il a opéré ainsi une femme atteinte de cystocèle fémorale droite étranglée et a blessé la vessie, mais il mit une sonde à demeure et l'opérée guérit. Toutes les fois qu'il s'agit d'un sac à collet très épais, il faut rechercher avec soin l'origine de ce sac dans l'abdomen.

M. Keetley croit la hernie vésicale beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit généralement, et pour sa part, il a trouvé trois fois la vessie dans un sac herniaire. Dans la grande majorité des cas, il s'agit à la fois d'une cystocèle extra-péritonéale et d'une cystocèle intra-péritonéale.

M. Godlee se demande si ces diverticules de la vessie se forment en même temps que la hernie ou sont antérieurs à sa formation.

Chirurgie de la vésicule biliaire (A serious case of complicated gall-bladder derangement, illustrating the benefits of operative interference). par Knaggs (*Lancet*, 12 mai 1894, p. 1184). — Un homme de 57 ans, anémique et au teint subictérique, avait des crises douloureuses dans la région hépatique depuis 12 ans. Il y avait quelquefois en même temps des vomissements et de l'ictère. Les dernières attaques devinrent de plus en plus graves et de plus en plus fréquentes. On fit une incision à droite du muscle droit et on trouva sous le foie un paquet intestinal, mais pas de vésicule distendue; on ne put sentir aucun calcul. La surface du foie parut normale. En rompant des adhérences que présentaient les intestins on arriva sur une sorte de tumeur: on l'ouvrit et on reconnut que c'était le reste de la vésicule contractée. On introduisit une sonde et on sentit une obstruction due à du tissu cicatriciel. Pour empêcher toute souillure de la cavité péritonéale, on entoura la vésicule de gaze iodoformée. On ferma alors la plaie avec de la soie. La gaze iodoformée fut changée tous les jours. Le malade guérit de son opération et n'eut plus de crises douloureuses.

BIBLIOGRAPHIE

L'hydrothérapie dans les maladies chroniques et les maladies nerveuses, par Beni Barde et Materne. 1 vol. in-8° de 505 pages. Paris, 1894. G. Masson, éditeur. Prix : 8 francs.

Les auteurs résument dans ce volume une pratique déjà longue et montrent les effets utiles que l'on peut obtenir de l'hydrothérapie dans les maladies chroniques et nerveuses.

Les médecins ont été trop longtemps habitués à voir dans l'hydrothérapie un procédé presque toujours identique à lui-même, ne consistant guère qu'en douches froides, pouvant être administrées, pour ainsi dire, à l'aveugle par le premier baigneur venu. Et il faut avouer que certains de ses promoteurs, en uniformisant à l'excès leur mode d'application, ont singulièrement aidé à la propagation de cette idée. Aussi les résultats ont-ils été loin de toujours répondre aux espérances. Les idées du public médical se sont singulièrement modifiées à ce sujet depuis quelques années : l'étude plus attentive et plus scientifique des effets de l'eau à toutes températures a permis d'étendre le champ d'action de l'hydrothérapie dans des proportions vraiment étonnantes. MM. Beni Barde et Materne, qui ont pour leur part largement contribué à ce résultat, résument, dans une introduction qui montre bien l'esprit de leur livre, les règles générales qui doivent présider à la mise en œuvre des divers modes de pratiques hydrothérapiques.

Après un exposé méthodique de la technique hydrothérapique et des effets thérapeutiques, ils donnent à propos de chaque maladie chronique en particulier les indications et les résultats des pratiques hydriques : d'aucuns trouveront sans doute en parcourant la table des matières que l'hydrothérapie est transformée en une panacée et qu'elle ne mérite pas cet excès d'honneur; la lecture du texte leur ferait voir que les conclusions des auteurs sont en réalité basées sur une expérimentation prudente et éclairée et que les pratiques variées et variables de l'hydrothérapie prise dans son sens le plus large rendent dans nombre de cas de signalés services; cela est vrai non seulement pour les maladies nerveuses proprement dites, où elles sont d'usage courant, mais encore pour nombre d'affections viscérales, articulaires, cutanées et de maladies générales dans lesquelles intervient l'action du système nerveux qu'il faut calmer ou stimuler, ou à la production et à la symptomatologie desquelles prennent part des troubles de la nutrition et de l'assimilation qu'il faut activer ou modérer.

Georges Thibierge.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Chouppe, membre de la Société de biologie, secrétaire adjoint de la rédaction du *Bulletin médical*.

Les étudiants en médecine et la loi militaire. — M. Labbé vient de faire accepter par la Commission de l'armée du Sénat et même par M. le ministre de la guerre l'amendement qu'il avait proposé à la loi militaire après le rejet de la proposition Cornil. Cet amendement est ainsi conçu :

L'article 24 de la loi du 15 juillet 1889 est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 24. — Les jeunes gens visés au paragraphe premier de l'article précédent, qui, dans l'année qui suivra leur année de service, n'auraient pas obtenu un emploi de professeur, de maître répétiteur ou d'instituteur, ou qui cesseraient de les remplir avant l'expiration du délai fixé ;

Ceux qui n'auraient pas obtenu avant l'âge de vingt-six ans les diplômes ou les prix spécifiés aux alinéas du paragraphe 2, à l'exception toutefois des diplômes de docteur en médecine et du titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine, pour l'obtention desquels la limite d'âge, en ce qui touche le bénéfice résultant de l'article 23, est fixée à vingt-sept ans.

Nous faisons des vœux pour que ce projet de loi soit adopté et par le Sénat et par la Chambre. Il donne en effet une année de plus aux étudiants en médecine et remédie dans une certaine mesure au préjudice réel que leur cause la loi militaire. Mais nous persistons à soutenir que, les cadres du service de santé étant insuffisants et l'intérêt de l'armée étant d'accord avec celui des études médicales pour réclamer le concours des médecins de réserve, il conviendra de réclamer encore et toujours le sursis d'appel et l'autorisation pour les étudiants en médecine de ne servir dans l'armée que comme médecins.

La loi sur l'exercice de la pharmacie. — M. le sénateur Cornil vient de faire paraître le rapport de la Commission chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie déjà voté par la Chambre. Nous publierons prochainement les conclusions de ce rapport avec les réflexions qu'il mérite.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE — N° 26 — 30 JUIN 1894

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

L'assainissement de Paris.

L'assainissement de Paris, depuis si longtemps mis en question devant les sociétés savantes, les commissions administratives et le Parlement, vient enfin de recevoir une solution définitive. Le Sénat, en adoptant sans modifications le texte du projet de loi qui lui avait été soumis à cet effet après avoir été approuvé par la Chambre des députés, a clos désormais toute discussion. Dans un très petit nombre d'années, on aura perdu le souvenir de ces longues et violentes querelles; on s'étonnera, assurément, qu'elles aient pu avoir lieu.

De quoi s'agit-il en effet? D'obtenir qu'aucune matière usée dans la vie journalière des habitants de l'agglomération parisienne n'y séjourne, qu'elle en soit immédiatement éloignée puis dénaturée, de telle sorte que la santé publique n'en puisse être incommodée. Circulation continue et jamais stagnation de ces matières, tel est le principe que l'Angleterre a depuis longtemps appliqué et qui domine aujourd'hui l'hygiène urbaine. Or, il était encore contesté, à propos du projet d'emprunt demandé par la Ville de Paris pour achever ses travaux d'assainissement et pour engager les dépenses à l'aide d'une taxe annuelle de vidange pour l'évacuation directe des cabinets.

La maison d'habitation doit être tout d'abord et au plus vite débarrassée de tout produit excrémentitiel. Tout le monde en reconnaît la nécessité; des appareils lisses et imperméables, des chasses d'eau suffisantes, des occlusions hydrauliques à forme siphoïde, tels sont les divers éléments qui permettent sûrement d'y parvenir. Aussi l'obligation de l'écoulement direct des matières semble-t-elle, comme l'a fait remarquer M. Cornil dans son remarquable rapport, parfaitement admissible. « Grâce à elle, dit-il, les 34,000 tinettes filtrantes, les 64,000 fosses fixes, les 16,000 fosses mobiles qui subsistent encore à Paris, à la honte de l'hygiène française, seront appelées enfin à disparaître; et l'achèvement du réseau des égouts ainsi que son amélioration assureront partout et dans les meilleures conditions l'écoulement rapide des eaux chargées de la totalité des déjections. » Est-il, d'ailleurs, une seule construction neuve dans laquelle on pense aujourd'hui à établir d'autres dispositions? Les locataires savent bien d'eux-mêmes y contraindre les propriétaires. Qui voudrait, dans de telles constructions, se contenter d'appareils à fermeture métallique avec un apport d'eau restreint et difficile, de canalisations sans étanchéité et de dispositions qui ne permettent pas le nettoiement journalier et total de toutes les parties des cabinets d'aisances? Restent, il est vrai, et elles sont le plus grand nombre, les maisons existantes dont la transformation sera longue et onéreuse. Un délai de trois ans est accordé, aux termes de l'article 2 de la loi votée, pour les transformations à effectuer à cet effet.

On sait combien la vidange coûte cher dans nos habitations et de quelle somme doit être majoré le prix de l'eau servant au nettoyage des cabinets lorsqu'elle est parvenue dans les fosses. La suppression de celles-ci et l'établissement d'une taxe spéciale pour les écoulements directs à l'égout, n'accroîtront pas cette charge de la propriété et en rendront la répartition plus équitable en lui donnant pour base, comme le spécifie l'article 3 de la loi, un tarif qui tient compte progressivement du revenu net imposé des immeubles. On ne peut douter que les propriétaires y trouvent de grands avantages, au moins ceux dont les revenus locatifs sont faibles et pour lesquels la salubrité s'impose encore plus impérieusement.

L'évacuation directe hors de l'habitation entraîne également l'éloignement immédiat des matières hors de l'enceinte de la ville. L'égout prolonge cette canalisation continue qui débarrasse les maisons des impuretés; aussi doit-il avoir également une étanchéité suffisante, des parois lisses, une pente, des dispositions et des moyens de chasse d'eau et de curage assez puissants pour y rendre toute stagnation impossible. M. Cornil a rassuré à cet égard les esprits les plus timorés. L'emprunt accordé par la loi et celui qui l'a précédé prévoient une somme totale de 48 millions de francs pour construire 250 kilomètres d'égouts neufs, améliorer 477 kilomètres d'égouts anciens et construire deux nouveaux collecteurs. Ces

travaux demanderont une dizaine d'années au moins; jusqu'à leur complet achèvement, les habitations ne pourront être reliées à l'égout qu'autant que celui-ci présentera les conditions que nous venons de rappeler, de sorte qu'on puisse être assuré que toute matière qui y sera déversée pourra sans arrêt parvenir jusqu'au débouché des collecteurs hors Paris. Les voies publiques de Paris comportent 1,150 kilomètres d'égouts publics, sur lesquels il y en a environ 900 de construits, et parmi ceux-ci plus de 400 peuvent dès maintenant servir à l'écoulement direct.

On sait, d'autre part, que la loi oblige également la Ville de Paris à achever la distribution d'eau, aussi bien pour le service public que pour le service privé. La quantité d'eau de source sera accrue notablement par l'adduction des sources du Lunain et du Loing qui, avec leurs 60,000 mètres cubes, porteront à 300,000 mètres cubes environ, soit 100 litres par jour et par habitant en moyenne, la quantité actuellement distribuée. En cas d'accident ou pendant un siège, des dispositions sont prises à l'avance pour avoir de l'eau de rivière filtrée. Le complément de l'approvisionnement du service public n'est pas davantage oublié, afin d'assurer l'arrosage des rues et d'augmenter le nombre des réservoirs de chasse dans les égouts, en vue de les nettoyer régulièrement et de pousser toutes les matières dans les collecteurs.

L'accord n'était pas très difficile sur tous ces points; on s'est toujours moins entendu sur le mode de traitement à appliquer aux eaux déversées par les collecteurs hors de l'enceinte. Et cependant il ne s'agissait que de pouvoir étendre à de nouveaux terrains les résultats déjà acquis dans la célèbre presqu'île de Gennevilliers et prescrits, dans des conditions semblables, par la loi de 1884 sur les terrains domaniaux d'Achères. L'eau d'égout, plus ou moins additionnée de matières de vidange, ne peut être dénaturée que par un traitement mécanique ou chimique ou par son épandage sur le sol, avec ou sans épuration, avec ou sans utilisation agricole. Dans les deux cas, les installations nécessaires sont forcément disposées autour de Paris. Quel est donc le procédé le moins incommode, le moins insalubre, à supposer qu'on ne puisse en trouver un qui satisfasse aux exigences de l'hygiène?

On sait de reste quels sont les inconvénients des dépotoirs et des usines où l'on essaye d'extraire des matières de vidange ou des eaux d'égout les matières utilisables qu'elles renferment, notamment l'azote transformé, pour les besoins de l'agriculture, en sulfate d'ammoniaque; le voisinage en est d'ordinaire infecté. Sans doute, on peut imposer aux industriels des conditions qui évitent ces graves inconvénients; la Ville de Paris vient de le faire pour la voirie de l'Est; son exemple ne saurait être trop tôt suivi. Il n'en est pas moins vrai que si les odeurs de tels établissements peuvent être et doivent être supprimées radicalement, les eaux résiduaires qui se déversent des appareils constituent des liquides éminemment putrescibles dont il est parfois, pour ne pas dire presque toujours, impossible de se débarrasser immédiatement.

Il n'en est plus de même lorsque les eaux d'égout peuvent être déversées sur des terrains perméables. M. Proust a pu faire, dans un discours des plus lumineux, une fois de plus justice des accusations portées contre ce mode si simple et si parfait d'assainissement, connu et pratiqué depuis des siècles. Nous n'avons pas à rappeler quelles sont ces accusations; mais on nous pardonnera de penser que tous les efforts tentés en pure perte pour rechercher et démontrer les dangers de la pratique de l'épandage des eaux d'égout auraient été singulièrement mieux et plus utilement dépensés pour rechercher comment il se faisait qu'aucun danger n'en résultait pour la santé publique.

Les faits positifs valent plus ici que toutes les hypothèses et que toutes les craintes doctrinales : les récoltes des champs d'épandage se vendent si bien que la valeur de la terre y a pris des proportions de plus en plus considérables; la population ne cesse de s'y accroître; aucune épidémie, quoi qu'on en ait pu dire, ne s'y est montrée; les drains et les nappes qui recueillent les eaux épurées à travers le sol sont débarrassés de leurs impuretés; elles n'infectent plus le fleuve qui les reçoit et même elles pourraient servir à la rigueur à l'alimentation, ainsi qu'en témoigne un mémoire de M. Feltz que nous publierons dans notre prochain numéro. On a peine vraiment à concevoir que l'on ait pu s'opposer à acquérir de tels avantages!

Avec les précautions acceptées par la Ville de Paris, aux doses établies et suivant les modes de culture que l'expérience a depuis tant d'années déjà sanctionnés, l'utilisation agricole des eaux d'égout rend au fleuve des eaux résiduaires qui ne peuvent présenter aucun danger et dans lesquelles les micro organismes pathogènes ont disparu ou sont devenus stériles. Au lieu de ce déversement d'un liquide noirâtre, dégageant des vapeurs nauséabondes et supprimant toute vie animale, toute végétation dans le fleuve sur un parcours déjà considérable, déversement que les collecteurs parisiens ont jusqu'ici perpétué dans la Seine, il ne sera plus possible que d'y projeter des eaux claires et limpides. Voilà vingt-cinq ans que les Mille, les Durand-Claye, les Alphand et leurs successeurs luttaient et accumulaient tous les moyens de persuasion pour en assurer les bénéfices aux riverains de la Seine; voilà près de vingt ans que nombre de villes étrangères, moins rebelles, ont adopté cette manière de faire d'après l'exemple donné à Gennevilliers; il faut bien se féliciter de la décision, si tardivement prise, d'en continuer l'application dans les lieux mêmes où les premiers essais ont si brillamment réussi?

Est-ce à dire que la solution que nous venons d'exposer et qui vient de recevoir l'assentiment des pouvoirs publics soit absolument satisfaisante et qu'on ne puisse rêver quelques moyens plus sûrs encore de détruire immédiatement toutes les matières usées d'une agglomération telle que celle de Paris? Peut-être; mais ce que l'on ne peut contester, c'est qu'elle soit la seule qui, dans l'état actuel de nos connaissances, permette de débarrasser d'une manière continue et définitivement la ville des 4 à 500.000 mètres cubes d'eaux résiduaires qui y sont produites chaque jour. Les considérations que nous venons de rappeler, en nous maintenant strictement sur le terrain pratique, suffisent, il nous semble, pour s'en convaincre.

A.-J. MARTIN.

REVUE GÉNÉRALE

Paludisme et grossesse (1);

par le Dr J. Chambrelent, professeur agrégé à la Faculté.

Messieurs,

Vous venez de voir, parmi les nouvelles accouchées du service, une femme sur laquelle j'ai appelé d'une façon toute particulière votre attention, parce qu'elle a présenté pendant sa grossesse et pendant ses suites de couches des phénomènes pathologiques que nous sommes peu habitués à observer et dont la connaissance peut avoir pour vous le plus grand intérêt.

Voici en deux mots l'histoire de notre malade :

X... est une femme de vingt-cinq ans, dont les antécédents héréditaires ne présentent rien de bien particulier à noter. Elle a encore son père et sa mère; son père, bien que rhumatisant, jouit, ainsi que sa mère, d'une bonne santé habituelle. Elle a un frère et une sœur plus âgés qu'elle; tous deux aussi en bonne santé.

Quant à ses antécédents personnels, ils méritent d'appeler notre attention. Elle est née à La Couronne, dans la Charente.

Rien de particulier à noter dans son enfance; elle a eu simplement la rougeole à l'âge de sept ans.

X... se marie à l'âge de dix-sept ans, avant d'avoir été réglée; ce qui ne l'empêche pas de donner naissance, quinze jours après son mariage, à un enfant à terme, qu'elle a elle-même nourri et qui s'est toujours fort bien porté.

Je vous signale en passant ce nouvel exemple qui montre bien l'indépendance de la menstruation et de la fécondation.

Les suites de couches ont été parfaites et, huit jours après son accouchement, cette femme reprenait sa vie habituelle.

Quelques mois après, elle quitte son village natal, qu'elle avait toujours habité jusqu'à cette époque, et va se fixer à Rochefort. Au bout de deux ans de séjour dans cette ville, en 1887, elle contracte les fièvres intermittentes qui, comme vous le savez, règnent dans ce pays à l'état endémique.

Elle s'exprime très nettement sur la nature de ces fièvres. Les accès étaient quotidiens, éclataient vers deux ou trois heures de l'après-midi par un grand frisson, duraient environ trois heures de temps et disparaissaient en laissant la malade très affaiblie. Ils durèrent pendant six mois et ne cédèrent qu'à un traitement par le sulfate de quinine régulièrement suivi.

X... devint alors de nouveau enceinte; sa grossesse se passa régulièrement et elle accoucha à terme d'un enfant vivant, qu'elle a élevé et qui depuis s'est toujours bien porté.

Après quatre ans de séjour à Rochefort, notre malade quitte cette ville et vient se fixer à la Rochelle, puis à Bordeaux.

Elle devient de nouveau enceinte à la fin de l'année dernière. Ses dernières règles datent du mois d'octobre 1893.

Les premiers mois de sa grossesse se passent sans incidents notables; elle a seulement quelques vomissements. Mais bientôt cette femme voit réapparaître les accès intermittents paludéens qu'elle avait déjà éprouvés en 1887, lors de son séjour à Rochefort.

La fièvre intermittente prend le même caractère et se traduit par des accès quotidiens, commençant à une heure de l'après-midi et se terminant dans la soirée par une transpiration abondante.

Il y a une huitaine de jours, X..., qui était alors enceinte de six mois environ et qui avait déjà perçu nettement les mouvements actifs du fœtus, est frappée par la disparition subite de ces mouvements actifs. Quatre jours après, elle ressent quelques douleurs lombaires et enfin lundi dernier, à la suite d'une marche un peu exagérée, elle se sentit tout à coup mouillée et constata un écoulement par les organes génitaux d'un liquide d'odeur fétide, verdâtre, couleur du jus d'artichaut bouilli, dit cette femme, et si je vous cite sa propre expression, c'est qu'il ne me paraît pas possible de rendre d'une façon plus expressive l'aspect que présente le liquide amniotique qui s'écoule de l'utérus lorsque la macération fœtale existe depuis plusieurs jours.

C'est cet accident qui détermine X... à entrer à la Clinique obstétricale, où elle arrive le 7 mai dans l'après-midi. A huit heures du soir, elle expulsait spontanément un fœtus macéré, pesant 1,280 grammes. Bientôt après, la délivrance se faisait spontanément et la malade était placée dans la salle des accouchées, où vous l'avez vue ce matin.

X... fut entourée de toutes les précautions antiseptiques que vous voyez observer à chaque accouchement dans cette clinique et grâce auxquelles nous ne voyons que très rarement apparaître d'accidents fébriles dans les suites de couches. Malgré ces précautions minutieuses, le lendemain, 8 mai, à huit heures du matin, notre malade fut subitement prise d'un grand frisson et la température s'éleva à 40°.

L'examen attentif de la malade ne révéla cependant rien d'anormal du côté des organes génitaux. L'utérus était bien rétracté et nullement douloureux à la pression. Toutefois, notre distingué chef de clinique, M. Audebert, bien que soupçonnant très judicieusement l'origine de cet accident, n'hésita pas à pratiquer une injection intra-utérine chez cette malade, tout en lui administrant du sulfate de quinine à haute dose. C'est là, Messieurs, une conduite prudente, car, quelles que soient les raisons plausibles qu'on ait d'expliquer les phénomènes fébriles qui se montrent chez une accouchée, l'attention du praticien doit toujours être portée sur les dangers de l'infection utérine, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme ayant accouché d'un enfant macéré.

Cette observation, Messieurs, vous résume d'une façon pour ainsi dire complète l'histoire des rapports du paludisme et de l'état puerpéral, et il vous suffira de la garder dans votre mémoire pour bien connaître ce chapitre intéressant de la pathologie obstétricale.

Il est d'abord un premier point bien net qu'elle met en évidence, c'est l'influence de la grossesse sur le paludisme. Voilà, en effet, une femme qui a eu autrefois des fièvres intermittentes, dont elle a guéri d'une façon complète, grâce à un traitement approprié. Cette guérison est telle qu'elle peut quelques mois après mener sans incident une grossesse à terme. Sept ans s'écoulent, elle quitte le pays où elle a contracté les accès pernicieux et n'y songe pour ainsi dire plus. Elle vient habiter une région où ces accidents sont à peu près inconnus; survient une grossesse, et tout à coup voilà les accidents fébriles qui reparaissent avec une netteté d'allure qui ne laisse aucun doute sur leur nature.

Or, ce n'est pas là, remarquez-le bien, un fait exceptionnel, une observation unique. Il existe dans la science nombre de faits analogues, qu'il est très important que l'accoucheur connaisse.

Dans une thèse, soutenue il y a quelques années devant la Faculté de Médecine de Paris et où il étudie l'influence réciproque du paludisme et de la puerpéra-

(1) Leçon faite à l'hôpital Saint-André (service de M. le professeur Moussous), le 15 mai 1894.

lité, le Dr Bonfils (1) a pu réunir neuf observations de femmes enceintes chez lesquelles les accidents palustres qui avaient existé autrefois se sont réveillés sous l'influence de la grossesse.

L'une de ces observations est particulièrement curieuse, elle a trait à une jeune femme, originaire d'Espagne, qui contracta les fièvres intermittentes en Algérie; les accès de fièvre revinrent régulièrement pendant quatre grossesses successives, et jamais ces accidents ne se produisaient en dehors de la gravidité.

Il ne faudrait cependant pas croire qu'il s'agit là d'une règle absolument générale, et que toutes les fois qu'une femme a été atteinte d'accidents palustres, elle verra ces accidents se reproduire pendant la gestation. S'il en était ainsi, on en serait réduit à déconseiller le mariage ou du moins les grossesses chez les femmes ayant présenté des accidents paludéens, ce qui serait aller un peu loin, les faits du réveil du paludisme sous l'influence la grossesse, quoique bien établis, étant cependant exceptionnels. Il est toutefois utile que vous en connaissiez la possibilité, pour que votre attention soit attirée de ce côté. Lorsque vous serez appelés à assister dans leurs couches des femmes ayant présenté de pareils accidents, ou bien encore lorsque vous observerez des fièvres réglées chez des femmes enceintes, ne négligez jamais de vous enquérir des antécédents pathologiques de ces malades et, si vous trouvez dans leur histoire des accès intermittents remontant même à une époque très éloignée, songez au réveil du paludisme sous l'influence de la grossesse et vous pourrez ainsi, en appliquant le traitement approprié, voir disparaître ces accidents, qui, s'ils n'étaient enrayés à temps, pourraient, comme nous le verrons tout à l'heure, avoir les plus graves conséquences sur l'issue de la grossesse.

Je viens de vous parler du traitement approprié que vous ne devez pas hésiter à employer lorsque vous constatez l'existence du paludisme chez la femme enceinte. Il me paraît utile, à cet égard, de vous mettre en garde contre certains préjugés. Le véritable antidote des accès paludéens est, vous le savez tous, le sulfate de quinine; or, les sels de quinine ont longtemps été considérés comme des médicaments ocytociques, c'est-à-dire susceptibles de réveiller les contractions utérines et d'amener l'avortement ou l'accouchement prématuré. C'est là une opinion qui ne paraît fondée sur aucune observation sérieuse. Tarnier a pu donner à des femmes enceintes la quinine à des doses considérables, jusqu'à 4 grammes par jour, sans constater la moindre action nocive sur l'utérus ou sur le produit de la conception. Vous pouvez donc sans crainte l'administrer durant la grossesse; il n'en est pas moins vrai que vous devez, dans ce cas comme toujours, en surveiller l'administration, vous rappelant qu'il existe des susceptibilités toutes spéciales pour ce médicament.

Indépendamment du réveil des fièvres intermittentes par le fait de la grossesse, dont l'observation de notre malade vient de nous fournir un exemple frappant, cet état physiologique peut avoir une autre influence encore plus curieuse sur l'infection paludéenne, c'est la transformation des accès simples de fièvres intermittentes en manifestations diverses du paludisme. Tantôt c'est l'apparition de véritables accès pernicieux, ainsi que Pitre-Aubinais (2) en a rapporté des exemples très nets. D'autres fois ce sont des névralgies faciales auxquelles on chercherait vainement une autre origine. Enfin, les accidents peuvent être encore plus graves, la cachexie palustre peut prendre, sous l'influence de la grossesse, une marche pour ainsi dire aiguë et les malades succomber dans les quelques jours qui suivent l'accouchement ou même avant le terme de la grossesse.

(1) Bonfils, Th. de Paris, 1885.

(2) Pitre-Aubinais. Des fièvres intermittentes ou rémittentes considérées dans leur rapport avec la grossesse (*Journ. de la Soc. acad. de la Loire-Inférieure*, 1850).

Le Dr Burdel (1) a appelé l'attention sur une forme cardiaque d'intoxication paludéenne qu'il avait eu l'occasion d'observer deux fois pendant la grossesse. « Chez ces malades il existait, dit Vinay (2), une tachycardie telle, qu'il était impossible de compter les pulsations de la radiale, le pouls ressemblait à une corde vibrante, le cœur semblait plutôt frémir que battre, ses battements étaient sourds, précipités; la peau était moite et l'intelligence conservée. Une de ces femmes succomba à cet accès de tachycardie, l'autre put être sauvée grâce à la médication par le sulfate de quinine et elle accoucha à terme d'un enfant vivant. »

Vous voyez par ce dernier exemple, Messieurs, toute l'importance qu'il y a à bien connaître l'influence qu'exerce la grossesse sur le paludisme, puisque vous pouvez ainsi découvrir l'origine d'accidents de la plus haute gravité et que, connaissant leur pathogénie, vous avez la bonne fortune de pouvoir les conjurer.

S'il est établi que la grossesse a une influence bien nette sur les accidents paludéens, il paraît encore mieux démontré que ces accidents retentissent à leur tour d'une façon incontestable sur cet état physiologique.

Déjà Hippocrate signale cette influence de la cachexie palustre sur l'état de santé des femmes grosses (3). Nous trouvons également dans Mauriceau (4) plusieurs observations relatives à des femmes enceintes atteintes de fièvres intermittentes. Dans deux de ces observations qu'il me paraît intéressant de vous citer, cet observateur sagace montre bien l'influence que peut exercer le paludisme sur la marche de la grossesse.

« Le 21 janvier 1690, dit Mauriceau (5), j'ay accouché » une femme d'un petit enfant masle de huit mois, dont la » naissance avoit esté accélérée d'un mois entier par plu- » sieurs accès de fièvre que la mère avoit eus quelque » temps auparavant, pour la guérison de laquelle fièvre » elle avoit été obligée de prendre du quinquina. Ce » petit enfant n'avoit que la proportion ordinaire des » enfans de ce terme, qui est d'être d'un tiers plus petits » que les enfans de neuf mois. Il ne vécut que peu de » jours, non pas à cause qu'il estoit venu au terme de » huit mois, auquel on croit abusivement que les enfants » ne peuvent pas vivre; mais parce que après avoir été » déjà beaucoup débilité par la maladie que la mère » avoit eue, sa naissance avoit esté avancée d'un mois » entier, etc. »

Et plus loin, dans ses *Dernières Observations*, le même auteur cite encore le fait suivant (6) : « Le 27 mars 1701, je vis une dame qui venoit d'avorter d'un enfant mort au cinquième mois de sa première grossesse, ayant eu avant cela, durant douze ou quinze jours, une fièvre double tierce avec de grandes douleurs dans le ventre et dans les reins qui contribuèrent beaucoup à lui causer cet accident, qui fut funeste à l'enfant. J'ai souvent vu que les femmes grosses, qui sont malades de ces sortes de fièvres, ont presque toujours de très grandes dou-

(1) Burdel. De la névrose cardiaque tellurique de forme pernicieuse, pendant la grossesse (*Ann. de Gynécol.*, 1876).

(2) Vinay. *Traité des Maladies de la grossesse et des suites de couches*, p. 725.

(3) Hippocrate, *Des airs, des eaux et des lieux* (trad. Littré). T. II, p. 29).

(4) Mauriceau, *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et leurs maladies.*

(5) Observation DLXIX.

(6) Mauriceau, *Dernières observations sur les grossesses et sur les accouchements des femmes*, Obs. CXXVIII.

leurs dans le ventre et aux reins dans tous les redoublements des accès de leur fièvre, etc. »

Depuis cette époque, la plupart des accoucheurs signalent dans leurs traités l'influence nocive du paludisme sur la grossesse. Capuron, Jacquemier, Cazeaux citent à l'appui des observations très nettes. Enfin, les traités modernes d'accouchements, aussi bien en France qu'à l'étranger, consacrent un chapitre à l'étude des rapports du paludisme et de la puerpéralité. Nous trouvons encore le fait signalé dans la plupart des ouvrages consacrés à l'étude des fièvres intermittentes, qu'il serait trop long de vous énumérer ici.

Le premier fait qui ressort nettement de tous ces travaux, c'est la fréquence de l'avortement ou de l'accouchement prématuré chez les femmes atteintes d'accidents paludéens. Je puis vous citer trois statistiques recueillies dans trois pays différents et toutes parfaitement d'accord pour démontrer cette proposition.

Un auteur italien, Pasquali (1), a relevé 34 observations de grossesse chez des femmes ayant eu des fièvres intermittentes; or, sur ces 34 grossesses, 6 seulement sont arrivées à terme.

Bonfils (2), le médecin français dont je vous ai déjà cité la thèse sur l'influence du paludisme sur la puerpéralité, sur 105 observations, signale seulement 32 accouchements à terme.

Enfin, un auteur allemand, Goth (3), sur un total de 19 observations, a toujours vu la grossesse se terminer par avortement ou par accouchement prématuré.

Le poison de la malaria semble donc avoir, comme d'ailleurs la plupart des agents infectieux, une action directe sur la contractilité utérine.

Mais ce n'est pas seulement par ce mécanisme que le paludisme peut amener l'interruption de la grossesse, plus souvent encore peut-être c'est en amenant la mort du fœtus. C'est ce qui s'est passé chez notre malade qui, vous vous le rappelez, nous a raconté que depuis une huitaine de jours elle avait tout à coup cessé de percevoir les mouvements actifs de son enfant et qui effectivement a expulsé dans notre service un fœtus macéré, dont la mort devait remonter à l'époque qu'elle indiquait.

Les cas de ce genre sont fréquents chez les femmes atteintes d'accidents paludéens; sur les 105 observations relatées dans la thèse de Bonfils, 33 fois, c'est-à-dire dans plus d'un tiers des cas, le fœtus a été expulsé mort.

Une preuve encore plus convaincante de cette action nocive du paludisme sur le produit de la conception, nous est fournie par la faible natalité que l'on observe, proportionnellement au nombre des habitants, dans les régions où les fièvres intermittentes règnent à l'état endémique.

Permettez-moi de placer sous vos yeux un exemple qui, mieux que les diverses statistiques que je pourrais vous citer, vous fixera dans l'esprit cette influence si manifeste du paludisme.

Vous savez tous qu'aux portes de Bordeaux s'étend une vaste région qui était autrefois désignée sous le nom de *Landes de Gascogne* et où les fièvres intermittentes régnaient alors à l'état endémique. La proportion du nombre des naissances au nombre des habitants de ces régions était alors bien au-dessous de la moyenne.

Or, en 1856, mon vénéré père entreprit dans les *Landes de Gascogne* des travaux d'assainissement, dont le résultat, presque immédiat, fut la diminution considérable des accidents paludéens dans toute cette partie du territoire français. Or, en même temps que disparaissaient les fièvres intermittentes, la natalité augmentait dans des proportions véritablement étonnantes. Il vous suffira pour vous en rendre compte de jeter les yeux sur la courbe qui représente graphiquement, d'après les statistiques officielles relevées par mon regretté père (1), le nombre des naissances dans la région des Landes depuis l'année 1856 jusqu'à l'année 1867. Rien ne me paraît plus démonstratif relativement à l'influence du paludisme sur le produit de la conception.

Nous devons nous demander maintenant comment agit le paludisme pour déterminer ainsi si souvent la mort du fœtus.

Les faits cliniques semblent avoir démontré depuis longtemps déjà que le poison paludéen peut atteindre le fœtus *in utero*.

L'observation la plus ancienne est celle de Schuring (Dresde), qui date de 1746 et que nous trouvons rapportée dans le *Traité d'accouchements* de Jacquemier (2).

« Schuring, dit cet auteur, rapporte qu'une femme enceinte pour la troisième fois fut prise, dans le second mois de sa grossesse, d'une fièvre quarte très rebelle; dans le dernier mois, avant ou après le paroxysme, elle sentait le fœtus s'agiter, trembloter, se rouler manifestement d'un coté à l'autre. Enfin, après un fort paroxysme, elle accoucha d'une fille qui, à la même heure que sa mère, était prise d'accès de fièvre très forts qu'elle conserva pendant sept semaines. »

D'autres auteurs ont cité depuis des observations analogues, où les accès de fièvre du fœtus se seraient manifestés par une agitation extrême au moment des accès de la mère. J'avoue cependant que, malgré l'autorité de Jacquemier, ces faits ne suffiraient pas à me convaincre de l'existence du paludisme congénital. Nous savons, en effet, combien sont variables les causes qui peuvent amener les mouvements du fœtus *in utero* et nous ne pouvons raisonnablement conclure de l'existence de ces mouvements exagérés à une preuve de son état pathologique.

Plus sérieuses sont à cet égard les observations dans lesquelles a été notée l'hypertrophie de la rate, chez les fœtus ou les enfants nés de mères atteintes d'accidents paludéens.

Les observations de ce genre ne manquent pas non plus; une des plus anciennes me paraît celle qui est citée par Bouchut dans son *Traité des maladies des nouveau-nés* et qu'il emprunte à Sue (1787) :

« Une fille de Lille, âgée de vingt ans, mariée à un homme de même âge et mélancolique, eut au bout de trois semaines la fièvre quarte et quelque temps après devint grosse. Elle conserva cette fièvre tout le temps de sa grossesse et elle accoucha à terme au moment d'un accès. Sa fille prit la fièvre à sa place et elle dura jusqu'à la mort, au bout de vingt-deux mois. Cette enfant, extrêmement maigre, avait le ventre très gros et distendu par une tumeur descendant de l'hypochondre gauche à la région inguinale du même côté. Le docteur Delabarre fit l'autopsie et put constater que cette tumeur n'était autre chose que *la rate occupant tout cet espace et pesant neuf livres.* »

L'accoucheur anglais Playfair (3) cite le cas d'une malade atteinte de fièvre intermittente quotidienne qui, pendant sa grossesse, revint régulièrement tous les quinze jours. L'enfant vint au monde avec une rate énorme.

(1) Pasquali et Bombiani, Nota sulla malaria in gravidanza (*Ann. di Obst.*, 1884).
(2) Bonfils, Th. de Paris, 1885.
(3) Ueber den Einflus der Malariainfection auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (*Zeitsch. f. Gyn.*, 1881).

(1) Chambrelent, inspecteur général des ponts et chaussées. *Les Landes de Gascogne*, 1887.
(2) Jacquemier, *Manuel des accouchements*, p. 438.
(3) Playfair, *Edinburg med. Journ.*, 1857. Cité par Leroux et Bonfils.

L'observation suivante me paraît encore plus démonstrative :

De Ducheck, cité par Leroux et par Bonfils, rapporte qu'une femme atteinte de fièvre paludéenne à type quotidien, qui persista pendant deux mois de sa grossesse, accoucha avant terme d'un enfant qui mourut trois heures après sa naissance. Cet enfant avait une coloration paludéenne des téguments, des ecchymoses sur la plèvre, de l'ascite, de l'épanchement pleurétique et une rate de dix-huit centimètres de long sur six de large.

Ces exemples me paraissent suffisants pour établir d'une façon indiscutable l'existence du paludisme congénital.

La chose n'a, du reste, rien d'anormal en elle-même.

Vous savez tous, en effet, que, d'après les remarquables travaux de Laveran, il paraît aujourd'hui bien démontré que la cause du paludisme réside dans l'existence dans le sang des malades qui en sont atteintes de micro-organismes, de l'ordre des schizomycètes.

Or, vous le savez aussi, Messieurs, le placenta qui, il y a quelques années encore, était considéré comme une barrière infranchissable à tous les éléments figurés qui pouvaient exister anormalement dans le sang maternel, ne jouit pas de la propriété que leur attribuent les anciens pathologistes. Il est aujourd'hui bien démontré que le fœtus dans l'œuf n'est pas à l'abri des germes pathogènes que peut transporter le sang. Les premières expériences que j'ai faites à cette Faculté (1) avec le Dr Roux dès 1882 sur le microbe du choléra des poules, ont mis ce fait hors de doute. Toutes les recherches qui ont été faites depuis ont confirmé cette règle. Bien que des expériences n'aient pas encore été pratiquées avec les micro-organismes de la fièvre intermittente, il y a tout lieu de penser qu'ils ne se comportent pas autrement.

C'est, du reste, l'opinion émise par Laveran dans son *Traité du Paludisme*.

« On comprend, dit cet auteur, que les hématozoaires du paludisme qui, à leur première phase de développement, sont à l'état de corpuscules amiboïdes très petits, libres ou intimement accolés aux hématies, puissent eux aussi franchir le placenta. La transmission du paludisme de la mère au fœtus se concilie donc très bien avec les notions que nous possédons aujourd'hui sur la nature parasitaire de la maladie. Il serait intéressant pour lever tous les doutes au sujet du paludisme congénital d'examiner le sang du nouveau-né d'une mère atteinte du paludisme et de constater l'existence des hématozoaires. »

Nous regrettons vivement de n'avoir pu faire cet examen sur le sang du fœtus expulsé par notre malade, mais l'état de macération avancé dans lequel il se trouvait ne nous eût probablement pas permis de faire ces recherches dans de bonnes conditions.

Guarnani et Bignami ont cherché deux fois les hématozoaires dans le sang de fœtus de trois mois et de six mois provenant de mères cachectiques ; dans ces deux cas l'examen a été négatif.

« Il n'y a rien à conclure, dit Laveran, de ces deux faits négatifs et de nouvelles recherches sont nécessaires. »

Nous avons trouvé dans la thèse de Bonfils une observation de Rudolph Albrecht (2), dans laquelle cet auteur relate le cas d'une femme ayant présenté des fièvres intermittentes au sixième mois de sa grossesse, qui expulsa au septième mois un fœtus dont la rate était énormément hypertrophiée, dure et fragile, et dans le sang duquel on trouva un grand nombre de spirochètes sans mouvements.

Il semble donc bien résulter de tous ces faits, que la fièvre intermittente est transmissible au fœtus et que les accidents intermittents que l'on voit quelquefois se manifester chez les nouveau-nés peuvent parfaitement avoir une origine congénitale.

Il est encore un point intéressant à signaler dans l'observation de notre malade, c'est l'existence d'un accès fébrile dès le lendemain de son accouchement. Accès fébrile que nous avons pu constater et qui a revêtu tous les caractères des accès de fièvres intermittentes. J'insiste sur ce fait, parce qu'il est en contradiction absolue avec l'opinion émise par Ritter (1) qui, à propos de l'influence de l'accouchement sur le paludisme, a écrit les lignes suivantes :

« L'accouchement a une influence importante sur l'infection palustre aiguë préexistante. Dans tous les cas, il produit la cessation des accès périodiques ; les femmes accouchées sont complètement débarrassées de ces accès et de tout leur cortège, les différentes névralgies qui avant revenaient régulièrement, disparaissent avec l'accouchement, la rate diminue et l'affection semble avoir disparu. J'ai constaté tous ces faits dans un grand nombre de cas et je n'ai jamais rencontré une seule exception. »

La même opinion a été émise par Spiegelberg. D'autres auteurs, au contraire, et les plus nombreux, ont cité des faits très nets analogues au nôtre, où les accès de fièvre ont reparu immédiatement après l'accouchement.

Dupuy a même cité un cas où l'accès a eu lieu entre le moment de l'expulsion du fœtus et celui de la délivrance.

Ces faits n'ont d'ailleurs pas lieu de nous étonner, si nous nous rappelons les recherches de Verneuil relatives à l'influence du traumatisme sur le paludisme et qui a pour effet d'en réveiller le plus souvent les manifestations. Or, comme on l'a souvent répété, l'accouchée n'est qu'une blessée et il serait étrange de voir l'accouchement avoir chez les femmes atteintes de paludisme une action opposée à celle du traumatisme.

Mais ce n'est pas seulement immédiatement après l'accouchement que peuvent apparaître les accidents fébriles avec leur caractère intermittent, c'est pendant toute la période des suites de couches, et la connaissance de ce fait a, comme j'ai déjà eu occasion de vous le dire, une importance capitale.

Vous savez tous, en effet, Messieurs, que les accidents fébriles des suites de couches, qui étaient autrefois si fréquents, sont devenus, grâce à l'application de la méthode antiseptique, absolument rares. Il n'en est pas moins vrai que nous voyons encore dans quelques cas la fièvre atteindre les nouvelles accouchées, et nous en sommes alors très justement effrayés, parce que c'est pour nous l'indice d'une infection dont nous comprenons toute la gravité et dont nous assumons le plus souvent la responsabilité. Aussi éprouvons-nous un grand soulagement quand nous pouvons trouver ailleurs la cause de ces accès de fièvre. Or, c'est justement là le cas des femmes atteintes de paludisme ; il n'est pas rare de voir chez elles les accès intermittents endormis depuis longtemps se réveiller pendant les suites de couches et disparaître bien vite sous l'influence de la médication par les sels de quinine.

Cette question du réveil du paludisme pendant les suites de couches est un des points les plus intéressants et les mieux étudiés de l'influence du paludisme sur la puerpéralité. Il mériterait donc de nous arrêter un cer-

(1) J. Chambrelent, *Passage des éléments figurés à travers le placenta*. Th. de Bordeaux, 1882.

(2) Rudolphe Albrech, *Saint-Petersburger medicinische Woch.*, et *British. med. Journ.*, 1884.

(1) Ritter, cité par Bonfils, *loc. cit.*, p. 45.

tain temps. Mais je ne voudrais pas abuser de votre bienveillante attention en poursuivant aujourd'hui cette étude.

L'observation de notre malade me paraît déjà suffisamment riche en enseignements, car elle résume en elle-même toute la question de l'influence du paludisme sur la grossesse et l'accouchement.

Beaucoup d'entre vous pourront être appelés un jour à traiter des cas semblables ; car si les fièvres intermittentes deviennent de plus en plus rares en France, elles sont encore bien communes dans nos colonies où nos jeunes médecins de la marine ne tarderont pas à les rencontrer. Je me félicite donc, ayant été appelé aujourd'hui à suppléer mon cher maître le professeur Moussous, que les hasards de la clinique m'aient fourni l'occasion d'étudier avec vous cette intéressante question de pathologie obstétricale et je m'estimerai particulièrement heureux si, le souvenir de cette leçon vous revenant un jour à la mémoire, vous pouvez mettre à profit les enseignements qu'elle comporte.

TRAVAUX ORIGINAUX

La folie diathésique, par le Dr Crocq fils (de Bruxelles).

(*Suite.*)

Obs. XXVIII. — Une dame, âgée de soixante-quatre ans, *issue de goutteux*, portant des concrétions tophacées aux phalanges, devient subitement *mélancolique*, le sommeil est impossible, elle pleure continuellement. La guérison fut obtenue par un traitement antigoutteux (Mabille et Lallemant).

Obs. XXIX. — H. Isidore, âgé de soixante-quinze ans, est *goutteux* et issu de goutteux ; un jour, au lieu de l'accès de goutte, éclate un *délire général* intense (Dupouy, *Rech. sur les mal. constit. et diath.*).

Obs. XXX. — Femme névropathique, devenue *folle* à quarante-quatre ans au moment où s'établit une *arthrite goutteuse*, puis survit à l'aliénation mentale (Zeneker).

Obs. XXXI. — Une femme de trente ans, dont la mère est goutteuse, fut atteinte d'*aliénation mentale* au moment de l'apparition de la *goutte* (Liégeois, *Rev. méd. de l'Est*, 1888).

Obs. XXXII. — Un goutteux de race, au cours d'un *accès de goutte* poliarticulaire, fut pris de *troubles vésaniques* (Liégeois).

Obs. XXXIII. — Mme X..., âgée de soixante-trois ans, *goutteuse* depuis longtemps, fut prise, au cours d'un accès de goutte, de *mélancolie délirante*, les douleurs et le gonflement articulaires avaient disparu. Bientôt les douleurs reparurent et la raison revint (Mabille et Lallemant).

Obs. XXXIV. — Un gentilhomme, vivant dans les excès de tous genres, n'avait eu de retour de goutte depuis deux ans ; il tomba dans la mélancolie la plus déplorable, et se serait tué si on ne l'eût empêché. Un accès de goutte ramena la raison (Mathey).

Obs. XXXV. — Un médecin, bien connu dans le monde savant, a eu plusieurs accès de délire et hallucinations alternant avec des accès de goutte au pied et une bronchite (Berthier, 1875).

Nous ne nous attarderons pas à multiplier ces observations qui sont toutes concluantes.

j. Les rapports de la diathèse calculeuse avec l'aliénation mentale n'ont pas encore été bien étudiés ; la littérature médicale ne compte pas beaucoup d'observations concluantes concernant ce rapport. Ceci peut dépendre de l'insignifiance des phénomènes que produisent souvent les calculs ; nous sommes néanmoins autorisé à admettre une certaine relation entre ces deux états morbides par la raison que tous deux ont des parentés héréditaires semblables à celles des autres maladies diathésiques.

Obs. XXXVI. — M. V..., âgé de quarante-cinq ans, *polysarcique* et fils de goutteux, est atteint de *coliques néphrétiques*, il devient *hypochondriaque et mélancolique* (Legrand du Saulle).

k. Nous aurons plus à dire des folies diabétiques : Marchal (de Calvi) déjà s'écriait : « Il existe positivement une vésanie diabétique ». C'est surtout Legrand du Saulle qui a appelé l'attention sur les troubles intellectuels des diabétiques ; disons encore que Bernard et Féré, Lecorché, Mabille et Lallemant se sont occupés de cette question.

Ce qui autorise Legrand du Saulle à admettre plus qu'une simple coïncidence entre le diabète et la folie, c'est qu'un traitement approprié amène une amélioration des deux maladies.

Le sucre cependant se rencontre rarement chez les aliénés. » Dans des recherches assez nombreuses, disent Mabille et Lallemant, chez les aliénés, nous n'avons jamais rencontré de glucose qu'une seule fois. » Il faut, en effet, considérer le diabète et la folie comme coïncidant assez rarement chez un même individu ; nous verrons au contraire que les rapports héréditaires de ces deux maladies sont très fréquents.

Obs. XXXVII. — Isaac L..., âgé de quarante-neuf ans, atteint de *diabète* sucré, est bientôt pris de *mélancolie délirante*, il se lamente et ne dort plus ; un traitement approprié a légèrement amélioré cette situation, mais il y eut récidive (Legrand du Saulle, *Gaz. des hôp.*, 1884).

Obs. XXXVIII. — B..., soixante-douze ans, *diabétique* depuis vingt ans, à la suite du mariage de sa fille et de la mauvaise conduite de son fils, est pris de *délire des persécutions* qui ne le quitta dès lors plus (de Los Santos, *in* Mabille et Lallemant).

Obs. XXXIX. — T..., âgé de quarante-trois ans, reconnu *diabétique* par Marchal (de Calvi), devient *mélancolique* et se pend (Legrand du Saulle).

Obs. XL. — H..., âgé de quarante-trois ans, *diabétique* et furonculeux, se croit ruiné, il devient *mélancolique* et finit par se noyer (Idem).

Obs. XLI. — C. B..., âgé de quarante-neuf ans, est *diabétique*, il annonce sa ruine à grands cris ; il *s'est tué* (Idem).

Obs. XLII. — X..., âgé de quarante-cinq ans, à la suite de la mort d'un être cher, fut atteint de *mélancolie* profonde, il voulut même un jour se jeter par la fenêtre. Des taches blanches constatées sur son pantalon firent découvrir que ses urines renfermaient une forte proportion de *sucre*. Un traitement antidiabétique amena une légère amélioration, mais ce malade resta irritable et emporté jusqu'à la mort, qui eut lieu dans le coma diabétique (Mabille et Lallemant).

l. Si l'on étudie l'obésité, on voit que Pinel et Esquirol considéraient comme un symptôme néfaste l'apparition de la polysarcie chez les aliénés : « Nous avons pour notre part, disent Mabille et Lallemant, rencontré parfois l'obésité chez les hypochondriaques. »

Obs. XLIII. — Un homme de quarante-neuf ans, atteint de *folie à double forme*, devient, pendant sa période mélancolique, relativement beaucoup plus gros ; il pèse 78 kilos dans la période maniaque, dans la période mélancolique il pèse jusqu'à 98 kilos.

m. Le rachitisme est fréquent chez les aliénés, en voici quelques exemples.

Obs. XLIV (personnelle). — Jeanne V..., âgée de trente-deux ans, entre, en décembre 1887, dans le service de M. Desmeth. Elle a de *nombreuses déformations rachitiques*, sa mère est *folle*, sa sœur a eu un enfant *sourd-muet;* cette

malade fait du bruit, elle est indocile, elle voit des cadavres dans les lits et veut s'enfuir. Diagnostic : Simplicité d'esprit.

Nous devons rattacher au rachitisme les cas de scoliose vertébrale; parmi les nombreuses observations d'aliénés que nous rapporterons dans ce travail, nous verrons que très souvent la scoliose vertébrale existe; voici deux faits semblables :

Obs. XLV (personnelle). — Gérardin O..., âgée de cinquante-deux ans, entre le 10 mai 1891 dans le service de M. Desmeth; elle est atteinte de *gibbosité*, de *scoliose* vertébrale. A son entrée la malade est triste, muette, inerte; la dépression psychique et somatique et considérable, il y a penchant au suicide; le 23 mai à la mélancolie a succédé une excitation maniaque très grande avec délire expansif. Diagnostic : Folie à double forme.

Obs. XLVI (personnelle). — Guillaume B..., âgé de quarante et un ans, entre le 24 mai 1891 dans le service de M. Desmeth; il a une *scoliose vertébrale* et des *cicatrices scrofuleuses;* sa mère est *épileptique*, ses deux sœurs *mélancoliques*. Ce malade est atteint d'imperfection congénitale des facultés intellectuelles et morales, il se livre aux abus alcooliques et présente des phénomènes de l'ivresse pathologique; il a été colloqué de nombreuses fois et condamné pour ivresse, vagabondage, rébellion, rixe, escroquerie, etc; il vient à l'hôpital pour la 18e fois, il a été interné dans tous les asiles du pays, il ne vit que de vols.

Diagnostic : Démence psychique, folie épileptique, criminalité d'instinct.

n. L'ostéomalacie des aliénés paraît aujourd'hui un fait acquis à la science; de nombreux travaux d'auteurs allemands, anglais et italiens en établissent la réalité. En France, on s'est moins occupé de cette question; disons cependant que Mordret en a parlé à la Société de chirurgie (14 août 1878) et que Arnozan la signale dans son travail sur les lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux : « Les aliénés, dit Arnozan, en particulier les paralytiques généraux, semblent sujets aux fractures en dehors de toute cause capable de briser un os chez un individu sain... Elles peuvent se multiplier chez le même individu sans que l'état général paraisse gravement compromis... »

o. Les rapports de l'herpétisme avec les vésanies sont connus depuis fort longtemps; Hahnemann, Hœchstetter, Schabert, Brune, Odier, Landais ont rapporté de nombreuses observations de malades dont l'affection cutanée disparut et fit place à la folie. « Les affections cutanées sont fréquentes chez les aliénés, disent Mabille et Lallemant, et Kierman, Ottmann, Dumesnil ont bien décrit les troubles cutanés qui surviennent parfois chez les aliénés, tels que le vitiligo, le changement de coloration des cheveux à la suite des émotions; tous ces troubles, comme le zona, paraissent être plutôt l'effet que la cause de la maladie mentale, l'indice d'un trouble nerveux préexistant. »

Obs. XLVII. — Mme E..., à l'âge de dix-huit ans, a voulu se faire religieuse, sa famille s'y est opposée, le chagrin causé par ce refus a déterminé l'apparition d'un *eczéma* aux coudes et aux genoux; elle présente aujourd'hui les caractères d'une mélancolie bien établie avec idées religieuses; elle croit avoir une mission à remplir. Cette malade est également atteinte d'arthrite déformante : à chaque poussée aiguë de l'arthrite ou du psoriasis, elle devient agressive et méchante (Mabille et Lallemant).

Obs. XLVIII. — Mlle A..., âgée de cinquante-neuf ans, est atteinte d'un *eczéma* occupant les épaules, les membres inférieurs, la région fessière et la région dorsale; elle a également par moments un écoulement par l'oreille, dû à des poussées eczémateuses dans le conduit auditif; à trois reprises différentes, elle a eu des *hallucinations terrifiantes*, tantôt elle chantait des cantiques, donnait de brusques coups de peigne dans sa chevelure pour chasser les démons de la vanité, etc. Toutes ces exacerbations dans l'état menta coïncident avec des poussées de la dermatose (Mabille et Lallemant).

Obs. XLIX. — Un lycéen de dix-sept ans est pris tout à coup d'un accès de *manie;* presque aussitôt se manifeste sur le visage une *dartre* qui s'étend peu à peu à mesure que le délire se dissipe (Esquirol, *Mal. ment.*, 1838).

Obs. L. — Le fils du célèbre Zimmermann avait été sujet, dès sa plus tendre enfance, à une rétrocession *dartreuse* attaquant principalement le visage, la tête, etc.; chaque fois que la dartre disparaissait, il tombait dans une *apathie mélancolique*, bientôt il devint complètement aliéné (Pinel, *Nosogr. philos*).

Obs. LI. — Une *imbécile*, complètement insensible à toute influence intellectuelle et morale, est d'une tristesse profonde aussitôt que ses *dartres* ont disparu; elle ne recouvre la gaieté que quand la peau de ses jambes devient écailleuse et furfuracée (Morel, *Et. clin.*, 1852).

Obs. LII. — Un médecin bien connu avait alternativement des accès d'*aliénation* à forme maniaque et des éruptions *eczémateuses* sur le corps (Mesnet).

Obs. LIII. — Mme M... portait à la face un *eczéma* depuis l'âge de trente-cinq ans; chaque fois que cet eczéma disparaissait, elle devenait *mélancolique* et d'une religiosité frisant l'aliénation; quand l'eczéma reparaissait, Mme M... devenait gaie et souriante (Mabille et Lallemant).

Obs. LIV (personnelle). — Antoinette R... entre le 16 mai 1887 dans le service de M. Desmeth; elle est atteinte d'un *psoriasis*, elle a de l'insomnie, une tristesse non motivée, elle éprouve un sentiment d'indignité personnelle, prétend avoir commis des crimes, elle a des hallucinations visuelles et auditives. Diagnostic : Mélancolie délirante.

p. Nous avons peu à dire de la coïncidence de l'apoplexie avec la folie; beaucoup d'aliénés meurent d'hémorrhagies cérébrales, ils y sont sujets comme tous les diathésiques. Il n'existe pas de statistique qui mette en lumière le nombre des aliénés atteints d'hémorrhagie cérébrale.

q. Les névroses se rencontrent fréquemment chez les aliénés. L'épilepsie est certes la névrose qui accompagne le plus souvent l'aliénation mentale; les troubles mentaux sont si fréquents chez ces malades que certains auteurs se demandent si l'on peut être épileptique et sain d'esprit. Pour résoudre cette question, il s'agit avant tout de s'entendre sur ce que l'on conçoit sous le nom d'homme sain d'esprit. Est-ce l'homme remarquable, le génie, l'homme supérieur qui est normal? ou est-ce le bon paysan placide et intellectuel, le brave épicier qui trouve sa joie à servir ses clients? Nous devons malheureusement nous rendre à l'évidence des faits et dire que c'est l'homme ordinaire, ce que l'on appelle le bon bourgeois, qu'il faut considérer comme normal; nous dirons avec Moreau de Tours que « le génie est une névrose ».

Si maintenant l'on m'objecte que César, Napoléon, Alexandre et bien d'autres hommes éminents furent atteints d'épilepsie, je répondrai que leur intelligence n'était nullement normale : si l'on examine en effet la vie intime de ces hommes remarquables, on se convaincra bientôt que souvent leur raison a dévié de la ligne droite.

Je ne prétends pas pour cela que tout homme intelligent est anormal, ni même que tout épileptique n'est pas sain d'esprit, je veux seulement montrer que l'objection que l'on fait habituellement pour prouver l'intégrité de l'intelligence chez les épileptiques, est dépourvue de base.

Nous dirons pour conclure que nous croyons parfaitement possible que l'intelligence de certains épileptiques soit indemne, mais nous dirons aussi que très souvent elle est troublée au point d'amener l'aliénation mentale,

Obs. LV (personnelle). — Félix H. ., âgé de soixante-quatre ans, entre le 9 octobre dans le service de M. Desmeth; il est atteint d'un affaiblissement considérable de l'esprit, il a perdu les notions les plus élémentaires de la vie pratique, il ignore son âge, sa situation, l'année, la saison, etc. Il a de plus des troubles de nature paralytique dans les membres inférieurs, il est sujet à des attaques d'*épilepsie*. Diagnostic : Démence paralytique. Folie épileptique.

Obs. LVI (personnelle). — Rosine D..., âgée de quarante-neuf ans, entre le 19 septembre 1890 dans le service de M. Desmeth; son père est névropathique, deux de ses sœurs sont *épileptiques*. Son caractère est irascible, elle est sujette à des attaques d'*hystéro-épilepsie* fréquentes, à la suite desquelles il y a un trouble complet d'esprit avec hallucinations visuelles qui impriment à la malade la plus vive terreur. Elle a depuis dix ans une *tumeur blanche* des deux genoux. Diagnostic : Folie épileptique.

Obs. LVII (personnelle). — Augustine T..., âgée de vingt-neuf ans, entre le 8 septembre 1890 dans le service de M. Desmeth; sa sœur est *épileptique*. Agitation maniaque furieuse et très désordonnée, agression contre les personnes de l'entourage; la malade se jette la tête contre le mur, elle refuse de manger, de se déshabiller. Le délire est général et porte spécialement sur des idées religieuses, hallucinations visuelles, elle voit le ciel, les anges, etc. Cette malade a eu des attaques d'*épilepsie* réitérées. Diagnostic : Folie épileptique.

Obs. LVIII (personnelle). — Jean R..., âgé de dix-sept ans, est amené le 10 novembre 1890 dans le service de M. Desmeth. Deux de ses frères sont morts de *convulsions*, une de ses sœurs est *hystérique*, une tante maternelle est alcoolique et *épileptique;* les émotions violentes que ce malade a éprouvées dans sa famille ont déterminé une attaque d'épilepsie accompagnée de troubles psychiques inconscients, désordonnés, agressifs; après l'accès il y a amnésie complète. Diagnostic : Folie épileptique.

Obs. LIX (personnelle). — Edouard B..., âgé de quarante-quatre ans, entre le 30 avril 1890 dans le service de M. Desmeth; son père est *alcoolique*, son frère *épileptique*, son oncle *aliéné*, sa mère *imbécile*. Le malade est entré en état d'ivresse, il a des hallucinations visuelles et auditives, sa mémoire est absente, son langage est incohérent; ses collocations antérieures sont fréquentes et sa vie n'est qu'une suite de désordres. Il est sujet à des attaques d'*épilepsie*. Diagnostic : Folie épileptique.

Nous pourrions multiplier indéfiniment les observations de fous atteints d'épilepsie, nous croyons le fait trop manifeste pour insister davantage.

Les troubles psychiques dans l'hystérie sont également fort accentués : tout le monde connaît le caractère désagréable, les hallucinations, qu'ont fréquemment les hystériques; ces troubles intellectuels vont souvent jusqu'à la vésanie.

Obs. LX (personnelle). — Marie D..., âgée de vingt et un ans, entre le 21 octobre 1890 dans le service de M. Desmeth; elle est sujette à des attaques d'*hystérie* et présente le phénomène de l'ivresse pathologique, elle s'est adonnée aux excès alcooliques; ses paroles sont menaçantes, sa loquacité intarissable. Diagnostic : Folie hystérique.

Obs. LXI (personnelle). — Marie P..., entre le 14 octobre 1890 dans le service de M. Desmeth. Elle a des hallucinations auditives, elle entend des voix qui l'insultent, la menacent de mort et l'engagent à se tuer, elle veut leur obéir; elle a des conceptions délirantes hypochondriaques, se croit persécutée. Elle est sujette à de fréquentes attaques d'*hystérie*. Diagnostic : Folie hystérique. Délire des persécutions.

Romaine P..., de l'obs. 9, est atteinte de *folie hystérique* et de *tuberculose pulmonaire;* Célina B..., de l'obs. 7, est également atteinte de folie hystérique et de tuberculose pulmonaire.

Nous aurons l'occasion de rapporter encore de nombreux cas de folies hystériques quand nous traiterons des rapports héréditaires de cette névrose avec l'aliénation mentale.

La chorée s'accompagne de troubles psychiques dans les deux tiers des cas : on ne voit pas la chorée vulgaire de Sydenham donner naissance à la folie, mais les chorées chroniques, celles qui sont incurables, comme le cas d'hémichorée rhythmique épileptique, que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société d'anatomie pathologique (1), s'accompagnent fréquemment d'aliénation mentale. Nous sommes persuadé que si l'on examinait attentivement les antécédents personnels des aliénés, on retrouverait fréquemment la chorée dans leur jeunesse.

Obs. LXII (personnelle). — Henri T..., âgé de vingt-six ans, entre le 14 mai 1890 dans le service de M. Desmeth; son oncle maternel est mort *fou*, sa mère est névropathique, il a eu antérieurement des *convulsions*, la *chorée* et la syphilis. Il est atteint du délire des persécutions, il a des hallucinations auditives, de l'agitation maniaque, son irritabilité est excessive, son caractère enfantin, il demande toujours la même chose dans les mêmes termes.
Diagnostic : Délire des persécutions.

r. Les maladies du cœur sont très fréquentes chez les aliénés, en voici quelques exemples.

Obs. LXIII (personnelle). — Emma C..., âgée de quarante-trois ans, entre le 13 février 1891 dans le service de M. Desmeth; son père est alcoolique. La malade est atteinte d'une *maladie du cœur;* elle a de l'insomnie, de l'agitation, des hallucinations visuelles; son délire est maniaque, roulant sur des idées de persécution.
Diagnostic : Délire des persécutions.

Obs. LXIV (personnelle). — Maria B..., âgée de soixante ans, entre le 1er mars 1891 dans le service de M. Desmeth; elle a une *affection valvulaire du cœur*. La malade a de l'insomnie, des hallucinations, un grand nombre de personnes la tourmentent, on lui parle par le téléphone, elle ne se rend pas compte de sa situation, elle est loquace et agressive.
Diagnostic : Délire des persécutions.

Obs. LXV (personnelle). — Jeanne C..., âgée de quarante-trois ans, entre le 9 juin 1891 dans le service de M. Desmeth; son père est alcoolique. La malade est atteinte d'une *maladie du cœur;* elle a de l'insomnie, du tremblement musculaire, des hallucinations terrifiantes; elle veut se suicider, se jeter par la fenêtre.
Diagnostic : Délire des persécutions.

Obs. LXVI (personnelle). — Henriette V..., âgée de quarante-six ans, entre le 19 juin 1891 dans le service de M. Desmeth. Elle a une *maladie du cœur* avec œdème des membres inférieurs. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose, elle refuse de manger et veut se jeter par la fenêtre; elle dit qu'on lui tend des pièges, que sa maison sera détruite et remplacée par l'enfer.
Diagnostic : Mélancolie délirante.

Obs. LXVII (personnelle). — Ferdinand M..., âgé de cinquante-trois ans, entre le 15 juin 1887 dans le service de M. Desmeth; sa mère est *folle*, son père s'est pendu, sa fille est *folle*, un neveu est aliéné; lui-même est atteint d'une *affection du cœur*, il délire, ses actes sont désordonnés, incohérents, agressifs, malveillants; ce malade est dangereux par ses tendances érotiques.
Diagnostic : Folie à double forme.

Obs. LXVIII (personnelle). — Guillaume P..., âgé de soixante-douze ans, entre le 24 mai 1888 dans le service de M. Desmeth; deux de ses frères sont aliénés, lui-même est atteint d'une *affection cardiaque;* il a un délire des persécutions très prononcé, des idées d'empoisonnement, de suicide.
Diagnostic : Délire des persécutions.

s. La chlorose est fréquente chez les aliénés, pas précisément au moment où la folie apparaît, mais plutôt à la puberté, pendant la grossesse ou à la ménopause; rappe-

(1) Un cas d'hémichorée major rhythmique épileptique (*Presse méd. belge*, 1891).

lons à ce propos que Brière de Boismont a considéré la chlorose comme cause de la folie.

Obs. LXIX. — Joséphine P..., âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, devient *chlorotique;* son caractère change subitement, elle devient coquette et érotique; le trouble intellectuel devint tel qu'il fut bientôt impossible de comprendre ce que la malade disait; la guérison fut obtenue après 2 mois de folie (Kuhn, *Gaz. des Hôp.*, 1858).

t. L'asthme se rencontre également chez les aliénés, voici une observation intéressante à ce sujet :

Obs. LXX (personnelle). — D. C..., âgé de trente ans, entre le 24 mai 1890 dans le service de M. Desmeth. Sa mère est *aliénée*, son père *alcoolique*, lui-même a eu des *convulsions*, et est atteint d'une gastrite alcoolique, de crampes et d'*asthme*. Il a un délire des persécutions avec hallucinations visuelles et auditives, il prétend être l'objet des hostilités d'un groupe d'individus qui agissent par l'électricité en se servant de l'appareil de Morse! Il est sorti depuis peu d'une maison de santé.
Diagnostic : Folie à double forme.

u. La migraine atteint souvent les fous, nous verrons du reste qu'elle fait partie de la grande famille morbide des maladies diathésiques.

Obs. LXXI (personnelle). — Marguerite D..., âgée de vingt-sept ans, entre le 2 septembre 1889 dans le service de M. Desmeth. Elle est sujette à la *migraine*, elle est *anémique*, *hystérique* et s'adonne aux boissons alcooliques; trois de ses enfants sont morts de *convulsions*, sa fille vivante est *rachitique*. Elle-même est atteinte de *délire des persécutions*, elle a des idées d'empoisonnement, elle refuse toute nourriture.

v. Les névralgies sont également fréquentes chez les aliénés comme elles le sont du reste dans leur famille et dans celle de tous les diathésiques, nous rencontrerons de nombreux exemples semblables.

x. Il y a peu à dire des relations que pourraient avoir le fibrome, le lymphadénome et le sarcome avec l'aliénation mentale; les observations *complètes* se rapportant à ces maladies sont trop rares pour qu'il soit permis d'en tirer aucune conclusion; nous sommes cependant autorisé, par analogie, à admettre qu'elles se rencontrent chez les aliénés.

y. L'artério-sclérose est fréquente chez les fous; il n'est pas rare, en effet, de rencontrer chez eux des artères dures et flexueuses et de trouver à l'auscultation de leur aorte un souffle systolique rude annonçant l'athérome aortique; Voisin et bien d'autres ont d'ailleurs rencontré l'artério-sclérose dans la paralysie générale des aliénés.

z. Nous croyons inutile d'insister longuement sur la coïncidence de la folie et des convulsions infantiles chez le même individu, c'est un point sur lequel M. le professeur Desmeth insiste particulièrement dans ses leçons cliniques; il montre que, presque constamment, les fous ont eu des convulsions dans leurs enfance. Nous pourrions rapporter de nombreux faits à l'appui de cette manière de voir, les observations que nous rapportons ailleurs suffisent amplement à l'établir.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Tumeur cérébrale traitée médicalement (A case of brain tumor medically treated), par Ch.-E. Nammack. (*Medical Record*, 12 mai 1894, n° 1227, p. 590.) — Un homme de 35 ans se plaint d'une céphalée, que ne soulage aucun traitement. En dehors d'une constipation opiniâtre, il n'existe ni vomissements ni vertiges. Le crâne n'est pas douloureux à la pression; on constate une double névrite optique. Légère paralysie faciale. Le malade offre des crises de douleur pendant lesquelles les pupilles se dilatent, la paralysie faciale augmente, et il devient, sans convulsions, inconscient pendant quelques instants. Il n'existe ni autre paralysie, ni anesthésies, ni hyperesthésies. Le signe capital reste une céphalée avec douleurs à caractères névralgiques : orbitaire, frontale, temporale et auriculaire. Il y a aussi un léger affaiblissement de l'esprit et un degré peu prononcé d'aphasie; l'état général est indemne, et les divers appareils n'ont rien d'anormal, à part un excès de phosphaturie dans les urines. Le diagnostic porté fut : tumeur occupant le centre des muscles de la face, et celui de la parole. Le malade fut soumis à un traitement antisyphilitique mixte à des doses successivement croissantes, dont les effets furent d'abord rapidement heureux : les symptômes réapparurent bientôt néanmoins. Sous l'influence d'une cure nouvelle, l'amélioration se reproduisit : mais temporairement encore, bien qu'à un moment, le malade n'ait présenté aucun autre signe autre que sa névrite optique. Ultérieurement, 5 mois après le début, la mort survint à la suite d'accès épileptoïdes. A l'autopsie, on trouve une tumeur occupant sur l'hémisphère gauche le 1/3 postérieur de la 3e circonvolution frontale, empiétant sur le 1/3 inférieur de la frontale ascendante, s'étendant jusqu'à l'opercule. Le néoplasme est reconnu pour être un sarcome à cellules fusiformes.

Névralgie du nerf grand occipital (Neuralgia of the great occipital nerve associated with symptoms of a destructive lesion of the cervical sympathetic), par Johnson. (*The New-York medical Journal*, 5 mai 1894, n° 805, p. 557.) — D'après A. Starr, les symptômes des lésions irritatives du sympathique cervical sont les suivants : dilatation de la pupille, élargissement de la fente palpébrale, protusion du globe oculaire, pâleur d'un côté de la face et de la tête, avec sécrétion sudorale exagérée, et fréquemment augmentation de fréquence du pouls. Les symptômes des lésions destructives sont réciproques des précédents; la pupille contractée ne réagit plus à la lumière ni au réflexe douloureux, mais conserve l'accommodation. Les vaisseaux rétiniens sont dilatés. La fente palpébrale est rétrécie, la paupière supérieure est tombante et l'inférieure légèrement élevée. Les vaisseaux du même côté de la face sont très dilatés et une hypersécrétion des muqueuses s'y joint. Dans quelques cas, il s'ajoute à ces signes de l'atrophie de la face. L'histoire du malade qui fait l'objet de l'exposé de l'auteur se rapporte, d'après les signes, à une névralgie atroce du nerf grand occipital s'accompagnant du tableau des signes des lésions destructives du sympathique. Une opération négative quant à son résultat immédiat, qui montra que le ganglion et le nerf sympathique étaient sains, n'en eut pas moins la guérison pour résultat.

Recherches ophthalmoscopiques dans l'épilepsie et la paralysie générale (The relation of ophtalmoscopic findings to diseases of the cerebral cortex as illustrated by a series of observations upon nearly two hundred cases of epilepsy and general paralysis of the insane), par A. Oliver (*University medical Magazine*, mars 1894, n° 6, p. 373). — L'auteur a examiné comparativement, pendant la vie à l'ophthalmoscope la rétine, et après la mort, au microscope, l'écorce cérébrale, chez près de 200 épileptiques et paralytiques généraux, observés à l'asile pendant une période de sept ans. Il en est arrivé à cette conclusion, à savoir : que dans tous les cas d'épilepsie ancienne et grave, il existe des lésions du fond de l'œil, et des altérations de l'écorce correspondantes, et qu'il en est de même dans la paralysie générale; qu'en raison des rapports proportionnés qui existent, quant au degré, entre les altérations de l'œil et celles de l'écorce, il y a entre elles des relations qu'explique la commune origine embryonnaire des tissus de l'œil et de l'écorce. Il sera donc permis de diagnostiquer pendant la vie, en se fondant sur l'examen ophthalmoscopique, l'état des lésions de l'écorce.

L'ergot dans le traitement des névralgies périodiques (Ergot in the treatment of periodical neuralgias), par H. Thomson (*Medical Record*, 17 mars 1894, n° 1219,

p. 334). — L'auteur, qui emploie dès longtemps l'ergot avec succès dans la migraine, en préconise l'emploi dans les névralgies périodiques, et rapporte trois cas de guérison de douleurs graves de ce genre à l'appui. L'extrait fluide d'ergot est prescrit, combiné avec une égale quantité d'élixir de cinchonine.

Hystérie et délire lypémaniaque consécutifs à des pratiques de spiritisme, par Verger (*Archives cliniques de Bordeaux*, février 1894, n° 2, p. 68). — Après avoir rappelé que Charcot a attiré l'attention sur les dangers possibles du spiritisme, l'auteur rapporte deux observations qui rentrent dans cette catégorie. Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de seize ans, offrant des antécédents nerveux héréditaires, chez laquelle se développèrent des accidents d'hystérie convulsive à la suite de pratiques de spiritisme.

La particularité de ce cas nous a paru résider en ce que l'hystérie convulsive s'est nettement développée ici à la suite de manœuvres de suggestion pratiquées, il est vrai, par un spirite, et que l'auteur attribue la guérison à ce que de la névrose a ses propres suggestions hypnotiques postérieures.

Le second cas concerne une femme de 32 ans dont le frère est aliéné, qui, après de longues pratiques de spiritisme, fut prise de délire où elle se croit le jouet d'esprits malfaisants. En conclusion, les sujets prédisposés par leur hérédité feront bien de s'abstenir des pratiques spirites, qui, tant par leur action directe que par contagion, suffisent à faire éclore chez eux des affections nerveuses dont la durée peut devenir parfois permanente.

MÉDECINE

Broncho-pneumonie grippale et gangrène pulmonaire diffuse, par Scherb (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1894, n° 3, p. 65). — L'observation de broncho-pneumonie que publie l'auteur se rapporte à un alcoolique de 47 ans et est remarquable par les points suivants :

1° Persistance de la langue opaline pendant toute la durée de la maladie (langue grippale de Faisans et Raynaud).

2° Détermination d'une broncho-pneumonie grippale à foyer pneumonique droit éclatant d'emblée.

3° Présence d'un épanchement purulent signalé par aucun signe classique à l'auscultation.

4° Terminaison rare d'une vomique pleurale et d'une broncho-pneumonie grippale par sphacèle diffus du poumon.

5° Hémorrhagie intestinale survenue sans cause (forme hémorrhagique de la grippe).

6° Ascension brusque de la température prise pour un réveil de la malaria, et qui n'était qu'un signe de la septicémie.

7° Présence du diplo-bacille de Teissier.

Méningite chez les scarlatineux (Meningitis bei Scharlachkranken), par Bendel (*Wien. med. Presse*, 1894, n° 23, p. 889). — L'auteur publie quatre observations de scarlatine chez des enfants de 2 à 4 ans, caractérisée par l'existence des symptômes méningés très accusés de façon à simuler une véritable méningite. Les symptômes en question étaient : la somnolence allant jusqu'au coma, la raideur de la nuque, les cris hydrencéphaliques, les convulsions, l'hyperesthésie de la peau, etc., et se sont manifestés soit avant, soit pendant, soit après l'éruption. Sur ces quatre malades, 3 ont succombé.

Pour l'auteur, il s'agirait là d'une localisation sur les méninges du virus scarlatineux qui, comme on sait, frappe souvent les membranes séreuses.

Angine de poitrine ; mort rapide, par Simonin (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1894, n° 5, p. 388). — Un homme de 29 ans, maréchal des logis, ayant des habitudes alcooliques, entre à l'hôpital pour une blennorrhagie compliquée d'orchite. Quelques jours après son entrée, il est pris coup sur coup de plusieurs accès d'angine de poitrine caractéristique, et succombe au milieu du quatrième accès.

A l'autopsie on trouva le péricarde normal, le cœur hypertrophié, pâle, de coloration jaunâtre, manifestement atteint de dégénérescence granulo-graisseuse surtout accusée dans le ventricule droit. La dissection minutieuse et l'ouverture de l'artère coronaire conduisent sur un thrombus de formation récente, situé au niveau de l'angle formé par cette artère avec la branche qu'elle fournit au sillon auriculo-ventriculaire gauche avant de s'engager dans le sillon inter-ventriculaire. Ce thrombus oblitère toute la lumière du vaisseau. Il est légèrement adhérent à la paroi artérielle et repose sur une plaque athéromateuse ulcérée. On trouva également sur le trajet de la coronaire postérieure des plaques d'athérome dures, de petites dimensions, sans aucune trace de thrombus à leur niveau.

La crosse de l'aorte est aussi le siège de lésions athéromateuses diffuses se manifestant sous forme de plaques jaunâtres de consistance cartilagineuse. Rien du côté des autres organes.

CHIRURGIE

Nouveau procédé de cure radicale des hernies crurales (Neue Operations-Methode zur Radicalbehandlung der Schenkelhernie), par E. Bassini (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, Bd. XLVII, p. 1). — Le procédé de Bassini, basé sur la reconstitution anatomique du canal crural, s'exécute de la façon suivante.

Opération sur le lit à plan incliné de façon à faire saillir la tumeur. L'incision est faite immédiatement au-dessus du ligament de Poupart et parallèlement à celui-ci de façon à correspondre par son milieu au milieu du diamètre transversal de la tumeur. Après l'incision de la peau et des enveloppes, on lie tous les vaisseaux ouverts et on procède à l'isolement du sac qu'on doit pousser très haut. Cet isolement est difficile du côté externe de la hernie au niveau du paquet vasculaire. L'isolement terminé, on ouvre le sac, on réduit son contenu et on lie le sac. Si le sac est très volumineux, on place une ligature en chaîne à quelque distance de la première, en masse, et on coupe entre les deux. Le pédicule est rentré dans le ventre.

Les sutures sont faites de la façon suivante. On commence par suturer, avec trois points de suture distants chacun de 1/2 cm., la partie postéro-inférieure du ligament de Poupart avec l'aponévrose pectinée ; puis, sans nouer les fils, on place trois ou quatre sutures pour fixer le repli falciforme à la partie correspondante du fascia du pectiné. On noue les fils en commençant par celui qui se trouve le plus près de l'épine du pubis, et on suture par-dessus la peau.

Sur 54 malades traités de cette façon, tous ont guéri sans complications dans l'espace de 8 à 20 jours. Dans aucun cas il n'est survenu de récidive, bien que, chez 41, l'opération datât de 2 à 9 ans. Aucun des malades n'a porté de bandage.

Anurie calculeuse (Total suppression of urine due to impacted calculus with atrophy of the other kidney from a previous similar condition), par Hind (*British med. Journ.*, 5 mai 1894, p. 960). — Un homme, goutteux, mais allant mieux depuis quelque temps, fut brusquement pris de malaise avec rachialgie ; il rendit en urinant un calcul d'acide urique et se trouva alors beaucoup mieux. Cependant il cessa d'uriner et on trouva la vessie vide ; cet état dura 6 jours. Le malade accusant une sensation de plénitude dans le rein droit, on opéra de ce côté ; on trouva un rein très gros ; en haut de l'uretère, de ce côté, il y avait un calcul ; on incisa à ce niveau et on enleva le calcul. Dans le bassinet on trouva plusieurs petits calculs ; on en fit passer huit dans l'uretère et on les enleva par l'incision. On incisa alors le bord convexe du rein et on en retira un calcul triangulaire assez volumineux. Le malade alla d'abord bien, urina, mais 48 heures après l'opération, le cœur commença à faiblir et le malade mourut 10 heures après. A l'autopsie on ne trouva pas de péritonite. Le rein gauche était réduit à une coque entourant une masse calculeuse.

Blennorrhagie chez un homme de 103 ans (Gonorrhœa at the age of one hundred and three), par Isaacs (*Medical Record*, 14 avril 1894, p. 462). — Un homme de 103 ans entra à l'hôpital pour une blennorrhagie aiguë, datant seulement de quelques jours. Cet homme n'a jamais pratiqué le coït avant l'âge de 50 ans, âge auquel il s'est marié. Il a eu plusieurs enfants. Il s'est marié deux fois, et sa seconde femme est morte il y a 12 ans. Il y a 3 ans, il a eu des chancres dont il a guéri en 15 jours. Actuellement, il déclare ne pouvoir se passer de femme. L'auteur se demande s'il y a une relation entre l'éveil tardif des appétits génitaux et leur persistance à un âge avancé chez cet homme.

Anévrysme de la sous-clavière (A case of subclavian anevrysm), par Morton (*British med. Journ.*, 19 mai 1894, p. 1070). — Un homme de 38 ans éprouvait depuis plusieurs

mois des douleurs dans l'épaule et le bras du côté gauche; cet homme exerçait une profession qui l'obligeait à porter des poids très lourds sur l'épaule gauche. On reconnut dans la région sous-clavière gauche un anévrysme typique. On essaya inutilement la compression digitale, le chlorure de calcium; on tenta alors d'appliquer le traitement de Macewen (grattage de la paroi interne de l'anévrysme à l'aide d'une longue aiguille plongée dans l'intérieur du sac anévrysmal); les battements diminuèrent d'abord, mais la maladie reprit bientôt sa marche envahissante. La compression directe du sac ne donna pas non plus de résultats, ce fut alors qu'on pratiqua l'amputation de l'épaule. Mais au bout d'un mois, le malade mourut. A l'autopsie, on trouva un anévrysme gros comme une tête d'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

De l'antisepsie chirurgicale dans les formations sanitaires de l'avant, par E. FORGUE, médecin-major de 2e classe, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier (Extrait des *Ann. de méd. et pharm. milit.*, Paris, 1894).

M. Forgue vient d'obtenir le prix de chirurgie d'armée avec un important mémoire qu'il est bon de signaler à l'attention de nos lecteurs, puisqu'en cas de guerre nous tous, médecins civils, serions appelés à exercer notre art sur les champs de bataille ou à côté d'eux. Pour notre éducation à cet égard, nous avons les instructions officielles, dont la sécheresse nous rebute souvent, et ceux d'entre nous qui sont rompus à la besogne quotidienne de la pratique chirurgicale hospitalière se tireraient assez bien d'affaire dans le coup de feu d'une action et sauraient appliquer, au mieux des moyens matériels dont ils disposeraient, les préceptes d'asepsie et d'antisepsie qu'ils ont coutume de respecter, tous nos confrères n'en sont pas là, et bon nombre d'entre eux seront fort aises d'avoir, dans le mémoire de M. Forgue, un exposé très clair sur le mode de fonctionnement des postes de secours, des ambulances, des hôpitaux de campagne, sur le matériel dont on dispose à chacun de ces échelons, sur le procédé pratique d'employer ce qui existe, de compléter ce qui n'existe pas. En outre, il est fort utile de savoir comment catégoriser les blessés, de bien comprendre pourquoi l'hémostase et les désinfections superficielles doivent être à peu près les seules occupations du service régimentaire, la besogne de l'ambulance devant consister avant tout dans la désinfection et l'appareillage des fractures, etc. Il y a là bien des pages à lire. Sans doute, le chirurgien de profession n'obéira pas aveuglément à tous les préceptes émis dans cette brochure, et tout récemment M. Terrier, par exemple, a discuté certaines pratiques recommandées par M. Forgue. Mais notre distingué confrère — et nous l'en félicitons — a fait œuvre de recherche et non de réglementation et il sait que ceux-là seuls ne méritent pas la critique à qui l'originalité fait défaut.

A. BROCA.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

LES DIFFICULTÉS DU TRAITEMENT DES TEIGNES TONDANTES, par Henri-Alexandre MARTIN.

Nous ne sommes pas, à l'heure actuelle, en possession d'un traitement satisfaisant des teignes tondantes.

Ce traitement ne peut pas être unique, car il y a plusieurs espèces de tondantes, qui nécessitent chacune une thérapeutique spéciale.

Il faut éliminer avant tout les moyens de guérison destructeurs du follicule pileux, parce qu'ils laissent après eux une cicatrice alopécique.

Malheureusement, parmi les procédés aujourd'hui connus, ceux qui respectent le follicule ne peuvent atteindre le parasite, à cause de la profondeur d'implantation du cheveu et de l'étroitesse d'orifice de l'infundibulum pilaire.

Dès qu'on soupçonne une tondante, il faut au plus tôt badigeonner la tête entière de teinture d'iode, car c'est en même temps qu'un traitement efficace et anodin, le meilleur moyen de faire apparaître les imperceptibles lésions du début.

La guérison est plus difficile encore à constater que le début de l'affection. On n'est autorisé à déclarer une tondante guérie que lorsque deux examens attentifs, à un mois d'intervalle au moins, n'ont révélé aucun parasite; encore peut-il y avoir des surprises.

Les difficultés du traitement et l'extrême contagion de la maladie font un devoir de prendre des mesures prophylactiques énergiques. Il ne suffit pas d'isoler les teigneux; il faut encore séparer entre elles les diverses catégories de teignes.

Le premier traitement des *trichophyties d'origine animale* consiste à combattre l'état inflammatoire; quand il n'existe pas ou qu'il est tombé, ces teignes rentrent dans le groupe suivant.

Pour les *tondantes à grosses spores d'origine humaine*, le traitement par les irritants, le meilleur à l'heure actuelle, ne semble avoir d'autre résultat que de provoquer au point malade une infection secondaire, guérissant la maladie par un phénomène de concurrence vitale.

La *teigne à petites spores* ne bénéficie aucunement des infections secondaires; son meilleur traitement d'attente consiste à appliquer alternativement la teinture d'iode et une pommade décapante qui facilite l'accession progressive du parasiticide dans la profondeur. Cette méthode a l'avantage de permettre assez rapidement l'extraction complète du cheveu par l'épilation lente.

Quand il ne subsiste que quelques poils malades isolés, on est autorisé à hâter la guérison par la destruction du follicule pileux.

ETUDE SUR LES RAPPORTS DU SCROFULO-LYMPHATISME AVEC LA TUBERCULOSE ET LA SYPHILIS, par Paul GRASSET.

La scrofule, telle qu'elle était envisagée par Bazin, a été divisée en trois morceaux: le premier a été pris par la syphilis; le second a été revendiqué par la tuberculose; quant au troisième, il forme le restant de la scrofule de Bazin, que l'on peut encore appeler *scrofulo-lymphatisme*.

La scrofule, ainsi comprise, ne rentre pas dans la tuberculose. L'histologie, la bactériologie, les inoculations en série, l'étude des antécédents et de la marche de la maladie ne peuvent permettre de conclure dans ce sens.

Le scrofulo-lymphatisme se caractérise aujourd'hui par un facies spécial, de la tendance à la suppuration qui se manifeste par de l'impétigo, des panaris, des furoncles. On trouve en même temps du catarrhe chronique des muqueuses conjonctivale et nasale, de l'otite externe ou moyenne, des angines à répétition, l'hypertrophie des amygdales.

Le scrofulo-lymphatisme paraît tenir à un trouble dans le fonctionnement du système lymphatique. Il est très difficile, pour le moment, de donner une définition plus nette de cette diathèse.

Il est fréquent de trouver la tuberculose ou la scrofule dans les antécédents des enfants scrofuleux. Mais on peut aussi y constater, quoique plus rarement, la syphilis.

Le traitement doit surtout porter sur l'alimentation et l'hygiène de l'enfant. Dans beaucoup de cas, l'air marin est très favorable. L'huile de foie de morue a une réelle efficacité; mais elle doit être administrée à hautes doses et continuée pendant très longtemps.

VARIÉTÉS

L'incident de l'hôpital Bichat a été terminé la semaine dernière devant le Conseil de surveillance. Sur le rapport de M. Bonthoux, le Conseil, regrettant que la peine de la suspension ne soit pas réglementaire, a privé M. Papillon de ses appointements pour trois mois. Puis au Conseil municipal, M. P. Strauss, tout en profitant de l'occasion pour faire aux chirurgiens un procès de tendance à propos de la non-admission de fractures simples, a déclaré que, d'après l'enquête de la 5e commission: 1° M. Terrier ne frappe nullement les fractures de proscription; 2° les deux malades qui, d'après M. Papillon, avaient été abandonnés sans soins, ont au contraire reçu immédiatement, de M. Jourdan, interne du service, les soins nécessaires. Comme nous l'avons dit, nous étions sûr de ce résultat.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE — N° 27 — 7 JUILLET 1894

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

La déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

Le *Journal de médecine de Bordeaux*, qui consacre un numéro spécial au compte rendu de l'assemblée générale de l'Association de la Gironde et de la fête splendide offerte à leurs confrères par les médecins de Pauillac, publie le texte de la remarquable consultation juridique de Me Roy de Clotte. Comme celle-ci répond éloquemment aux vœux exprimés par la Société de médecine de Paris et qu'elle examine, avec une autorité indéniable, toutes les objections faites à la loi nouvelle, nous croyons devoir en reproduire les principaux passages.

Le rapport que M. le Dr Doléris a fait adopter par la Société de médecine de Paris demandait « non la suppression mais la revision du décret concernant la déclaration obligatoire pour le médecin traitant des maladies contagieuses ». Si nous avons bien compris, il s'agit donc non de supprimer la loi de 1892, mais de faire disparaître l'arrêté ministériel du 23 novembre 1893 qui règle le mode de déclaration et prescrit de la faire à l'autorité publique représentée par le sous-préfet et le maire. Et si telle est la pensée de M. le Dr Doléris, nous serons, sur bien des points, d'accord avec lui. Nous reconnaissons, en effet, et nous avons toujours dit que, pour être légitime, la loi de 1892 devait avoir une sanction. Il serait absurde d'exiger une déclaration là où des mesures sanitaires efficaces ne pourront être prises immédiatement; ou encore de confier l'exécution des mesures sanitaires à une autorité incompétente, voire même absolument ignorante. Nous reconnaissons donc « que la loi du 30 novembre 1892 a eu le tort de venir avant la loi sanitaire qui est encore à l'étude. » En louant ce qui se fait à Paris et ce qui pourra être réalisé dans les grandes villes, nous avons constaté un fait qui ne contredit point les réserves que nous avions formulées il y a deux ans dans notre rapport à l'Association générale.

Mais ces réserves ne touchent en rien au principe même de la loi et, pour être juste, il importe de contester une fois de plus tous les arguments tirés de la violation du secret médical, tous ceux qui sont déduits d'une interprétation, que nous jugeons fâcheuse, des droits et des devoirs du médecin.

C'est ce que Me Roy de Clotte a parfaitement établi : « Une société, dit-il, par cela même qu'elle existe, qu'elle est constituée et qu'elle répond à la destinée de l'homme, a le droit de vivre et de se conserver. En d'autres termes, il y a, pour la société comme pour les individus, un droit de légitime défense et de légitime préservation. C'est dans ce droit qu'elle trouve la raison d'être principale de son autorité et de sa puissance... » Le principe d'une loi qui a pour objet d'éviter la propagation des épidémies est donc inattaquable.

Cette loi ne porte-t-elle pas atteinte au secret médical? A cette question Me Roy de Clotte répond que le législateur n'a jamais reconnu au secret professionnel un caractère d'inviolabilité absolu; que l'article 378 du Code pénal prévoit le cas où la dénonciation sera obligatoire et que l'article 15 de la loi de 1892 se borne à créer un de ces cas. Mais, s'élevant plus haut, l'éminent avocat recherche si le secret médical n'appartient pas de son essence au droit naturel et s'il est permis au droit positif d'empiéter sur son domaine. Ici il convient encore de citer textuellement.

« Les uns, dit Me Roy de Clotte, donnent pour ressort au secret professionnel l'intérêt privé, les autres l'intérêt social.

S'il en était ainsi, la loi pourrait incontestablement intervenir au nom de l'ordre public et de l'intérêt général, soit pour frapper de nullité dans certains cas le pacte du secret, soit pour en régler à son gré le fonctionnement.

Dans les carrières libérales, nous professons que le secret n'est pas seulement une obligation envers les autres, mais que, procédant d'un devoir de conscience vis-à-vis de nous-mêmes, il devient un droit. C'est dans ce sentiment qu'il puise les fiertés de sa noblesse et de son indépendance.

Dans le droit ainsi compris, il est une essence intan-

gible. Nos consciences ne se soumettraient pas à certaines contraintes extérieures et ne permettraient même pas aux intéressés de les relever d'une servitude volontaire.

Mais là où la conscience et la raison se trouvent en harmonie avec les exigences de la loi, de simples considérations accessoires ne sauraient vous lier quand même.

Or, tout bien considéré, il me semble que la conception du secret médical, telle qu'elle résulte de la loi, n'est pas indigne de votre profession. Vous qui avez mission de sauver la vie humaine, la loi vous convie à la défendre! Vous, qui jurez « d'ensevelir au fond de » vous-mêmes tout ce que vous avez vu, entendu ou » appris dans l'exercice de votre profession », la loi vous autorise à parler et vient desceller vos lèvres pour vous permettre de requérir contre la maladie et la mort, et pour cela seulement!

Quel est le médecin qui croirait violer le secret professionnel en interdisant aux amis et aux voisins d'un client atteint de maladie contagieuse l'accès de sa maison? Quel est le médecin qui n'estimerait pas avoir le devoir d'organiser les mesures de prophylaxie les plus énergiques, non seulement dans l'intérêt égoïste d'un malade ou d'une famille, mais dans l'intérêt de tous? »

J'ai souligné, dans cette argumentation si puissante, les lignes qu'il faut surtout retenir. Je le demande encore, en effet, aux médecins les plus hostiles à la loi nouvelle. Le secret professionnel a-t-il affaire avec une maladie comme le choléra, le typhus, la fièvre typhoïde, la scarlatine ou la diphthérie? Dans quels cas, où, pourquoi le médecin hésiterait-il à dire à ses clients, à leurs amis, à leurs voisins le nom d'une de ces maladies? Alors pourquoi hésiter à en informer l'autorité sanitaire pour obtenir d'elle, seule en état de les fournir, les moyens de désinfection vraiment efficaces?

Laissons donc une fois pour toutes de côté cet argument tiré de la violation du devoir professionnel et voyons ce que vaudrait une loi qui imposerait au logeur ou à la famille d'abord, puis, en cas de non-déclaration de la part de ceux-ci, au médecin lui-même, la divulgation des cas de maladie épidémique. « Ce rôle de caution ou de contrôleur du devoir des autres me paraît, dit Me Roy de Clotte, bien plus contraire à la dignité du médecin que l'acceptation franche d'une mission d'hygiène publique qui relève de sa compétence. Après l'infraction de la famille ou du logeur, le médecin n'en serait pas moins astreint à dénoncer la maladie et, de plus, il deviendrait le délateur d'un délit ». On ne saurait mieux dire. « D'ailleurs, ajoute notre éminent conseil judiciaire, soyons pratiques. La loi n'est plus à faire! Elle existe et, malgré ses imperfections, elle se justifie et se soutient par trop de raisons pour qu'il ne soit pas chimérique d'en poursuivre une abolition prématurée. Laissons-la accomplir son œuvre pour la juger par ses résultats. »

Nous soumettons, en toute confiance, ces conclusions à ceux de nos confrères qui, en cherchant à provoquer un mouvement hostile à la loi de 1892, se heurteront, nous le craignons, à d'insurmontables difficultés s'ils ne se bornent pas, comme le leur conseille Me Roy de Clotte, à diriger l'ambition de leurs efforts utiles vers une revision de l'arrêté ministériel du 23 novembre 1893. Voyons donc ce qui pourrait être obtenu à cet égard. C'est d'abord la suppression, parmi les maladies dont la déclaration est obligatoire, de l'infection puerpérale et de l'ophthalmie des nouveau-nés. Nous croyons pouvoir affirmer que c'est par surprise et à la suite d'un malentendu que ces deux maladies ont été maintenues sur la liste de l'Académie. Elles ne sont pas susceptibles de mesures de désinfection efficaces — à moins de désinfecter le médecin ou la sage-femme. Leur déclaration, ne pouvant avoir de sanction efficace, est donc inutile. Restent dix maladies (y compris la dysentérie que l'on ne déclarera sans doute jamais non plus) qui seront déclarées, au gré du médecin, lorsque son diagnostic lui paraîtra suffisamment précis pour ne prêter à aucune équivoque. Ce qui, dans notre pensée, n'a été qu'une mesure de prudence respectant, autant que possible, comme le dit Me Roy de Clotte, les scrupules et la délicatesse du médecin, a paru cependant vexatoire et inadmissible à plusieurs de nos confrères. On a même cité des cas où des contestations entre le médecin de l'état civil et le médecin traitant ont pu créer à ce dernier quelques difficultés. Nous serions très surpris qu'un médecin qui affirmerait nettement un diagnostic autre que celui du médecin de l'état civil pût être poursuivi. Les tribunaux, tout au moins, hésiteraient à le condamner sans avoir consulté les médecins éminents dont la parole est toujours écoutée et, après un ou deux acquittements retentissants, on renoncerait, si l'on avait jamais pensé à le faire, à poursuivre nos confrères. Attendons donc, avant de protester, que dans les grandes villes où la loi est nécessaire et où les mesures de désinfection, qui en sont la conséquence, sont efficaces, des faits comme ceux que l'on imagine aient pu se produire.

En province et à la campagne, la déclaration, évidemment nécessaire pour le choléra, le typhus, la fièvre jaune, la peste, la suette, est infiniment moins utile pour la scarlatine ou la diphthérie. En ce qui concerne ces maladies, elle pourrait cependant avoir une utilité réelle si le mode de déclaration était autre.

« Pour ma part, dit à ce propos Me Roy de Clotte, étant donnée la voie dans laquelle on est entré, loin de restreindre le rôle du médecin, je voudrais en augmenter l'importance.

Je voudrais que l'autorité publique lui déléguât une partie de ses pouvoirs ou fût du moins assujettie aux conseils et à la direction du Corps médical.

Je me représente mal certains maires de communes rurales, interprétant les instructions des Comités d'hygiène et prenant par eux-mêmes l'initiative de mesures qui peuvent aller jusqu'au transfert du malade.

Je me représente mal aussi des agents subalternes de la police devenant ailleurs les oracles de la santé publique.

Je conçois un plan de développement du service médical des épidémies et de l'hygiène publique, rayonnant sur toute la France et dans toutes les communes avec l'outillage nécessaire.

L'exécution de la loi se concentrerait principalement alors dans une relation entre hommes de l'art. Les renseignements seraient transmis au service médical sous forme d'un simple avis indiquant qu'il peut y avoir lieu à son intervention.

Par là, les responsabilités seraient atténuées, des froissements seraient épargnés aux familles, des bons de secours assurant la gratuité seraient établis pour les

ndigents et un surcroît de garantie scientifique et morale serait donné à la société elle-même.

Les médecins ne deviendraient pas pour cela des fonctionnaires. L'administration demeurerait l'agent d'exécution, mais l'agent éclairé. »

Sans espérer que ce vœu puisse être immédiatement réalisé, nous avons voulu, en le reproduisant, le soumettre à l'attention de nos confrères de la Société de médecine de Paris. Peut-être obtiendrait-on qu'au lieu d'être adressée au maire et au sous-préfet, la déclaration fût faite au médecin des épidémies. Il nous semble évident que l'autorité sanitaire, aussi longtemps qu'il n'existera pas de ministère de la santé publique, restera entre les mains des représentants du ministère de l'Intérieur. Mais celui-ci, qui désigne déjà les membres du Comité consultatif et même leurs délégués pour étudier sur place les épidémies graves, pourrait assez aisément nommer dans chaque département, au besoin même dans chaque arrondissement, un médecin sanitaire qui recevrait les déclarations et, en cas de besoin, ferait partir pour un village contaminé l'étuve de désinfection dont serait munie l'administration sanitaire du chef-lieu. Ce sont là des questions à étudier comme toutes celles que soulèverait une application trop rigoureusement littérale de la loi sanitaire. Ce que nous avons voulu prouver, c'est que les jurisconsultes les plus éclairés et aussi les plus désintéressés dans une question qui agite une partie du corps médical jugent la loi sanitaire équitable bien que perfectible, et son abrogation ou même son amendement par voie législative aussi problématique que peu souhaitable.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Phlegmons et abcès périombilicaux, par M. Commandeur, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Nous ne comprendrons dans cette étude que les abcès de cette portion de la paroi abdominale limitée en dehors par les bords externes des muscles grands droits de l'abdomen, en haut par une ligne fictive joignant les 10[e] côtes droite et gauche, enfin en bas par une autre ligne joignant les deux épines iliaques antéro-supérieures. Au centre de la région se creuse la cicatrice ombilicale, point faible de la paroi où viennent se montrer des abcès d'origine viscérale, ou encore où se développent des abcès aux dépens d'organes herniés à ce niveau. Nous ne nous occuperons de ces deux dernières variétés qu'au point de vue du diagnostic.

Des abcès qui viennent faire saillie dans la région périombilicale, les uns naissent dans les différentes couches qui constituent la paroi à ce niveau; ils seront l'objet spécial de notre étude. D'autres prennent naissance dans une région plus ou moins éloignée et n'arrivent qu'après une migration parfois assez longue à travers ou suivant les plans de la paroi jusqu'au voisinage de l'ombilic. Ceux-ci peuvent avoir une origine très variée. Tantôt ils viennent de la partie supérieure de l'abdomen et se développent aux dépens des côtés, des cartilages costaux ou du sternum (abcès ossifluents), soit des viscères, surtout du foie ou du péritoine hépatique (abcès périhépatiques), plus rarement de l'estomac (abcès périgastriques), enfin exceptionnellement de la rate. Ces abcès prennent alors une marche descendante suivant en arrière les muscles droits ou pénétrant dans leur gaine. Tantôt ils naissent de la partie inférieure, suivant alors une marche ascendante. Le type de ces derniers est le phlegmon de la cavité de Retzius, qui, s'il prend rarement naissance dans la région sous-ombilicale, vient cependant s'y ouvrir le plus souvent.

Nous n'étudierons pas en détail ces abcès migrateurs, nous leur ferons une large place dans le diagnostic, et seuls les abcès développés dans la paroi abdominale au voisinage de l'ombilic nous occuperont spécialement.

Sur la ligne médiane, la constitution de la paroi abdominale est simple dans la portion sus-ombilicale. Nous y trouvons superposés la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, la forte ligne aponévrotique de la ligne blanche doublée du fascia transversalis supra ombilical, et enfin le péritoine doublé du fascia propria. Au-dessous de l'ombilic, cette constitution est plus complexe par ce fait que la cavité de Retzius arrive jusqu'à la cicatrice ombilicale qui constitue son sommet. La loge sous-ombilicale de Heurtaux semble elle-même s'interposer entre les plans superficiels et la cavité de Retzius, d'où l'existence d'une série de couches dans lesquelles peuvent se développer des collections purulentes. Nous ne faisons d'ailleurs qu'esquisser ici ces notions anatomiques qui nous sont nécessaires pour classer nos abcès. Nous les verrons plus en détail à propos de chaque variété.

Sur les parties latérales, les deux muscles droits viennent renforcer la paroi abdominale et les aponévroses des muscles larges, en se dédoublant et en se réunissant, viennent leur former une gaine bien distincte qui, par sa constitution, donne aux abcès développés dans le muscle une allure toute particulière.

Nous étudierons donc dans les abcès périombilicaux :

1° Des abcès superficiels ou sous-cutanés;

2° Des abcès des muscles grands droits;

3° Des abcès de la loge sous-ombilicale ou de Heurtaux;

4° Des abcès sous-péritonéaux bien étudiés par Bernutz.

Les abcès de la cavité de Retzius ont trop rarement leur point de départ dans la région sous-ombilicale pour être considérés comme des abcès périombilicaux proprement dits.

Abcès superficiels.

Chez l'adulte, les abcès superficiels ne diffèrent pas comme physionomie de ceux des autres régions. Ils peuvent avoir deux origines :

Tantôt se développant dans l'appareil pilo-sébacé, et ce sont ordinairement de simples furoncles, plus rarement des anthrax ;

Tantôt, ils sont d'origine lymphangitique, la lymphangite ayant elle-même pour point de départ une lésion cutanée (excoriation, dermite, eczéma). — Dans quelques cas, ces abcès forment un cercle au centre duquel se trouve la dépression ombilicale, dont les bords sont rouges et tuméfiés; l'origine de ces abcès paraît être l'accumulation de produits sébacés dans la dépression ombilicale, et cette masse qui fermente détermine l'inflammation des bords de l'orifice. Ceux-ci se gonflent, augmentent encore la rétention, et les excoriations de la peau sont la porte d'entrée des germes et le point de départ d'un abcès d'origine lymphangitique, dont le centre est occupé par l'infundibulum ombilical.

Il est exceptionnel que les collections purulentes se

portent vers les parties profondes. On cite bien l'observation de Dumas, celle de Schleiter où l'on vit sortir une notable longueur d'intestin par l'orifice d'un simple furoncle; mais des faits semblables sont excessivement rares. En règle générale, l'abcès s'ouvre à la peau.

D'après M. Tillaux, certains abcès superficiels pourraient revêtir une allure spéciale et, pour lui, le type d'abcès décrit par Heurtaux siégerait, non dans une loge spéciale sous-aponévrotique, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région sous-ombilicale.

Chez le nouveau-né, les inflammations suppuratives de la région ombilicale et de l'ombilic lui-même revêtent un aspect autrement plus grave que chez l'adulte. Car, à ce moment, le péritoine n'est pas encore doublé par la masse cicatricielle qui lui sert de défense, et la plaie que laisse à sa chute le cordon ombilical est une porte ouverte à l'entrée des germes de la suppuration.

Ce phlegmon ombilical des nouveau-nés est une complication redoutable, rare aujourd'hui et que l'on évite facilement en pansant antiseptiquement le cordon.

L'infection microbienne se fait au niveau du sillon d'élimination et s'étend de là par voie lymphatique aux régions voisines. Elle peut aboutir à la formation d'un abcès entourant circulairement l'insertion funiculaire et qui peut se généraliser à toute la paroi abdominale en épaisseur et en profondeur. Les deux complications à redouter sont la péritonite et la thrombose microbienne de la veine ombilicale dont la suppuration du caillot amène une mort rapide par embolies septiques (Thore). Les artères elles-mêmes peuvent s'enflammer (Notta), mais leur invasion, comme pour les veines (périphlébites), est ordinairement précédée de péri-artérite.

ABCÈS DU GRAND DROIT.

Bien étudiés par Labuze (Thèse de Paris, 1871), ces abcès revêtent des allures spéciales qui sont dominées par les particularités anatomiques que présentent la structure du muscle et celle de sa gaine.

Le muscle possède 2 à 5 intersections aponévrotiques qui toutes, sauf une qui est à 2 à 3 cm. au-dessous, siègent au-dessous de l'ombilic; nous allons voir comment se comporte la gaine du muscle à leur niveau. Il renferme de nombreux vaisseaux artériels issus de l'épigastrique et de la mammaire interne qui viennent s'anastomoser dans son épaisseur; cette richesse vasculaire a son importance au point de vue pathogénique, car elle explique la production de volumineux hématomes dans les ruptures du grand droit. Quant aux lymphatiques, ceux de la portion sus-ombilicale se rendent aux ganglions sternaux et médiastinaux; ceux de la portion sous-ombilicale se portent vers les ganglions inguinaux externes.

La gaine du muscle présente une disposition intéressante que M. Charpy a décrite avec soin (*Revue de Chirurgie*, 1888). Elle comprend deux parois, l'une antérieure, l'autre postérieure.

La paroi antérieure tapisse la face antérieure du muscle et s'étend des insertions supérieures au pubis. En passant au devant de chaque insertion aponévrotique, elle lui adhère intimement, fait de la plus haute importance. Tous les auteurs s'accordent sur sa constitution. Elle est formée par l'aponévrose d'insertion du grand oblique à laquelle vient se joindre le feuillet antérieur de l'aponévrose du petit oblique, dans la portion sus-ombilicale et la partie supérieure de la portion sous-ombilicale. Plus bas, les trois aponévroses des muscles larges passent en avant, en un point qui correspond aux lignes de Douglas de la face postérieure; et la paroi antérieure de la gaine est alors constituée par la réunion de ces plans fibreux.

Quant à la paroi postérieure, la disposition est loin d'être aussi simple, ou au moins a suscité plus de discussions, surtout pour la portion située entre l'arcade de Douglas et le pubis. Dans la portion sus-ombilicale, c'est l'aponévrose du transverse, à laquelle vient se joindre le feuillet postérieur de dédoublement de l'aponévrose du petit oblique, qui doublée du fascia transversalis et du péritoine forme jusqu'aux lignes de Douglas la paroi postérieure. A partir de ce point les opinions divergent. Cooper, Cloquet, Jarjavay considèrent la paroi comme formée uniquement par le fascia transversalis; Velpeau y ajoute le fascia propria. Pour Lefort, le muscle est directement en contact avec le fascia sous-péritonéal. Constantin Paul admet un feuillet fibreux qui, parti des lignes de Douglas, va se confondre avec le péritoine. Un fait anatomique explique ces diverses interprétations; c'est que le passage en avant du muscle, de l'aponévrose du transverse ne se fait pas d'un seul coup au niveau des lignes semi-circulaires de Douglas, et il reste au-dessous de celles-ci quelques fibres aponévrotiques du transverse qui deviennent de plus en plus rares à mesure que l'on descend plus bas, jusqu'à la fausse arcade de Douglas. Celle-ci marque le point où les dernières fibres du transverse passent en avant (Charpy). On peut donc dans la paroi postérieure de la gauche du grand droit distinguer trois zones:

1° L'une, étendue de l'appendice xiphoïde à l'arcade de Douglas, est formée de:

Feuillet postérieur de l'aponévrose du petit oblique;
Aponévrose du transverse;
Fascia transversalis.

2° Une autre, de la ligne de Douglas à la fausse ligne de Douglas, comprend:

Quelques fibres de l'aponévrose du transverse;
Fascia transversalis.

3° La dernière, de la fausse ligne de Douglas au pubis, est constituée par:

Fascia transversalis.

A partir de l'ombilic, ces divers plans sont en outre doublés sur la ligne médiane par le fascia propria, qui tapisse la face antérieure de l'ouraque et des artères ombilicales.

De ces considérations anatomiques, il résulte donc qu'il y a deux espaces dans la gaine des droits:

L'un, prémusculaire, entre la paroi antérieure de la gaine et la face antérieure du muscle, se trouve subdivisé par l'adhérence de la gaine aux intersections aponévrotiques en plusieurs loges superposées et isolées, dont la dernière, la plus considérable, s'étend de la dernière intersection au pubis; les collections développées dans cet espace seront donc bridées et limitées.

L'autre, rétro-musculaire, largement étendu de l'appendice xiphoïde au pubis, ce qui permettra l'extension rapide des abcès développés dans cette région. L'espace rétro-musculaire s'élargit à sa partie inférieure, constituant la fosse rétro-musculaire de Charpy; cet agrandissement est dû au fait que le tendon du grand droit s'insère sur la lèvre antérieure de la symphyse, le fascia transversalis au contraire sur la lèvre postérieure ou même de la face antérieure de cette même symphyse.

Ces deux espaces pré- et rétro-musculaires communiquent-ils sur les côtés? Non, car le péri-mysium du muscle forme au niveau des bords deux lames qui tendues dans le plan du muscle vont rejoindre l'angle de réunion des deux parois antérieure et postérieure. Elles forment deux ailerons placés de champ dans la gaine et isolant les deux espaces. Cette séparation complète des deux espaces a une grande importance quant à la marche du pus.

Les abcès du grand droit peuvent prendre naissance dans tous les points de la hauteur du muscle. Ils semblent cependant avoir comme siège de prédilection la partie inférieure entre la dernière intersection et le pubis. Le pus se porte tantôt en avant : l'abcès est alors limité et tend franchement à s'ouvrir à la peau; tantôt en arrière et il peut fuser alors sur toute l'étendue de la face postérieure. Gêné pour s'ouvrir au dehors, il va chercher sa voie vers les parties profondes et se vider dans la vessie (Velpeau), le péritoine, la cavité prévésicale (Wenzel) ou même l'intestin; on voit donc quelle différence pronostique existe entre ces deux variétés.

Ces collections purulentes sont le plus souvent unilatérales, parfois bilatérales; il y a alors deux abcès distincts. Enfin, il existe des abcès des droits qui sont médians; ce fait bizarre ne peut s'interpréter que de deux façons : ou par envahissement d'un abcès d'un côté qui franchit la ligne médiane, soit (ce qui doit être infiniment plus rare) par la communication de deux abcès qui se seraient développés isolément dans chacun des muscles.

Quelles sont les causes qui peuvent donner naissance aux abcès du grand droit? Labuze conclut dans sa thèse que le plus souvent ils sont consécutifs à des infections générales, telles que la pyohémie et surtout la fièvre typhoïde. Bien d'autres causes ont été invoquées, mais elles ne semblent exister que dans des cas exceptionnels.

La myosite simple aiguë spontanée est rare. Gendrin admettait la possibilité de la suppuration; pour Denonvilliers elle serait exceptionnelle. Elle succéderait soit à un exercice musculaire exagéré (Petel), soit à une contusion violente (Bourienne). Quant à la myosite rhumatismale, elle n'est probablement, malgré l'affirmation de Bouillaud, jamais suppurée.

La syphilis pourrait être l'origine de gommes du muscle; encore n'en existe-t-il que peu d'observations probantes (thèse de Thévenet).

La tuberculose peut évidemment donner dans le muscle droit des abcès froids, mais on doit considérer ces faits comme rares.

La rupture musculaire peut être suivie de suppuration. Velpeau, Nélaton n'osent pas la nier. Desprez la déclare possible. Mais elle paraît incapable à elle seule, chez un malade en bonne santé avant l'accident, de donner des abcès. Il en est tout autrement chez les malades sous le coup d'une infection générale et on doit considérer les ruptures musculaires comme une cause prédisposante importante chez un individu infecté. Elles peuvent déterminer la localisation de l'infection sur le muscle.

C'est donc à la suite des pyrexies graves, principalement de la fièvre typhoïde, que l'on voit se former des abcès dans le grand droit. Ils surviennent généralement au moment de la convalescence, alors que le malade a fait sa défervescence complète. Ils sont dus à la localisation dans le muscle de colonies de bacilles d'Eberth seuls, ou associés à d'autres micro-organismes. D'après Labuze, le processus serait le suivant : pendant la maladie, le muscle subirait des lésions de nutrition qui amèneraient sa dégénérescence vitreuse ou cireuse et ce muscle ainsi affaibli et dégénéré se romprait sous le moindre effort physiologique. A la suite de la rupture se formerait un épanchement sanguin milieu de culture excellent pour le développement des germes qui infectent l'organisme. Ainsi s'explique également la suppuration d'un foyer de rupture du grand droit observé par M. Reclus, à la suite d'un érysipèle de la face et dans le pus duquel on ne trouvait que des steptocoques.

Enfin il est des cas auxquels il faut songer au point de vue diagnostic surtout, c'est à la suppuration d'un kyste hydatique développé dans le muscle. Ce sont là encore des faits d'exception.

Cliniquement les abcès froids développés dans le grand droit ne présentent rien de spécial. Les abcès chauds débutent ordinairement brusquement par une douleur vive en un point de la paroi abdominale antérieure. Elle survient sans cause ou parfois à la suite d'une contraction musculaire. Il existe souvent, dès le début, un état fébrile marqué, puis la douleur décroît un peu. Deux ou trois jours après, apparaît une tuméfaction vague et douloureuse, le plus souvent latérale, rarement médiane et, à ce moment, les douleurs s'exagèrent, prennent un caractère *lancinant*. Le tissu cellulaire s'œdématie, la peau rougit, la tuméfaction se ramollit à son centre tout en restant dure sur les bords, et finit par s'ouvrir au dehors.

La tuméfaction est arrondie, forme un relief assez marqué et peut, si elle est sous-ombilicale et médiane, simuler une vessie distendue. Quand les muscles sont relâchés, elle présente une certaine mobilité latérale, mais point dans le sens vertical. Elle est fixée par la contraction du muscle. Ces caractères de mobilité sont très importants pour le diagnostic.

Le pronostic des abcès du grand droit est, en somme, peu sombre. Seuls, ceux qui, au lieu de se porter à la peau, fusent profondément vers la face postérieure du muscle exposent aux graves accidents que nous avons signalés. Quant au traitement, la simple incision large suffit.

Phlegmon sous-ombilical.

En 1877, Heurtaux communiquait à la Société de chirurgie six observations de phlegmon de la paroi abdominale antérieure qui avaient présenté des caractères particuliers permettant d'en faire, d'après lui, une variété à part, un type clinique spécial. Ces abcès avaient comme caractères spéciaux d'être médians, sous-ombilicaux, ne dépassant jamais en haut l'ombilic, mais descendant plus ou moins bas vers le pubis. De recherches anatomiques faites M. Jonon, il conclut que ces allures particulières étaient dues à ce que ces phlegmons se développent dans une loge celluleuse spéciale qu'ils ont nommée loge sous-ombilicale. Les limites de celles-ci sont : en haut, la cicatrice ombilicale;

En avant, la face postérieure de la ligne blanche;

En arrière, le péritoine doublé d'un fascia ombilicalis transversalis;

Sur les côtés, l'adhérence du fascia infra-umbilicalis à la gaine du droit.

En bas, il n'existe pas de limite anatomique précise et c'est de ce côté que se développe surtout la tumeur. Ce sont donc des abcès sous-aponévrotiques.

L'existence du phlegmon sous-ombilical en tant qu'entité clinique n'a pas été sans soulever bien des discussions. Il est cependant actuellement admis et c'est pour cela que nous le décrirons.

Disons de suite que l'on en a distingué deux formes : la forme aiguë et la forme subaiguë. Mais cette distinction n'étant basée que sur le mode de début brusque dans le premier cas, lent dans le second, nous n'y insisterons pas. Elle a de l'importance seulement au point de vue du diagnostic.

La scène s'ouvre par les symptômes généraux, fièvre, vomissements, urines rares, auxquels se joint bientôt de la douleur spontanée et à la pression dans la région sous-ombilicale. Notons, en y insistant, que les phénomènes généraux sont toujours moins accusés que dans les phlegmons sous-péritonéaux. Bientôt, au-dessous de l'ombilic apparaît une tuméfaction et ce sont les caractères de celle-ci qui doivent surtout nous occuper.

Cette tuméfaction est arrondie, ovalaire, commençant en haut à l'ombilic et finissant à mi-chemin entre l'ombilic et le pubis, ou, au plus, à l'union des 2/3 supérieurs avec le 1/3 inférieur de la ligne ombilico-pubienne. Cette variabilité de la limite inférieure tient à ce que la loge sous-ombilicale n'est pas fermée en bas. La limitation se fait alors par l'infiltration plastique du tissu cellulaire, au voisinage de la zone enflammée. Elle forme une masse elliptique à bords arrondis, à base occupant une ligne transversale qui affleure l'ombilic. Ses bords sont très nets et son sommet semble s'enfoncer dans le bassin. Ses dimensions varient de 6 à 10 cm. suivant l'âge des malades. Elle est immobile et mate.

Bientôt les douleurs deviennent continues, les mouvements respiratoires, la toux les exaspèrent et l'exploration devient difficile. La peau, qui était mobile les premiers jours, finit par se tendre à la période de suppuration. Alors apparaît la rougeur et l'abcès s'ouvre au dehors. Un point à noter est que cette ouverture se fait le plus souvent tout près de l'ombilic, au point le plus élevé de la tumeur. Le pus qui s'écoule est franchement phlegmoneux, ordinairement fétide, mais non fécaloïde; enfin ne renferme jamais de gaz. La quantité en est variable de 15 gr. à 150 gr. au maximum.

L'abcès ouvert, l'exploration au stylet montre que sa cavité est fortement aplatie d'avant en arrière et ne présente dans ce sens que des dimensions très faibles. Quant aux dimensions verticale et transversale, elles sont sensiblement égales et varient de 6 cm. chez les jeunes sujets à 10 cm. chez les adultes.

La tendance à la guérison après l'ouverture spontanée est faible et la fistulisation peut alors se produire, durer des mois et des années, comme M. Heurtaux en rapporte un cas.

En dehors de l'ouverture au niveau de l'ombilic, on a vu parfois l'abcès s'ouvrir à l'hypogastre et même dans le vagin.

Ajoutons enfin que la suppuration est la règle, la résolution et l'induration sont exceptionnelles.

Lorsque l'affection a une allure franche (formes aiguës), la durée peut ne pas excéder 5 à 17 jours; lorsque, au contraire, sa marche est lente, elle peut mettre 4 semaines à évoluer, même jusqu'à 5 mois. On voit donc qu'il y là de grandes inégalités.

Les conditions étiologiques du phlegmon sous ombilical se rapprochent de celles des abcès chauds des grands droits. Très rarement, en effet, il survient en pleine santé et il se déclare le plus souvent au cours d'un état physiologique (accouchement) ou morbide antérieur. On a noté la pleurésie, la rougeole, la fièvre typhoïde et même la syphilis.

Sa gravité n'est pas, en somme, bien considérable, sauf dans les cas où il se porte vers les parties profondes; mais ce sont là des cas exceptionnels.

Le phlegmon sous-ombilical de Heurtaux existe-t-il réellement? Ce n'est pas à nous de trancher cette question. Mais nous devons dire que la conception de Heurtaux a rencontré plus d'un adversaire. Albert (*Path. chir.*) croit, sans la nier, que la disposition décrite sous le nom de loge sous-ombilicale est excessivement rare. Tillaux (*Chir. clinique*) fait du phlegmon sous-ombilical non un abcès sous-aponévrotique, mais un abcès sous-cutané, et la pathogénie qu'il invoque ne diffère pas de celle que nous avons donnée pour ceux-ci, c'est-à-dire qu'il y a rétention des produits de sécrétions glandulaires dans la cicatrice ombilicale très déprimée; la moindre érosion cutanée est la source d'infection lymphangitique, et comme les lymphatiques de la portion sous-ombilicale se dirigent en bas en longeant la ligne médiane, la suppuration angioleucitique revêt la forme du phlegmon sous-ombilical. Tillaux reconnaît cependant que le pus peut traverser la ligne blanche et gagner la couche sous-péritonéale. Récemment, Weiss (de Nancy) reconnaît l'exactitude de la description de Heurtaux et l'admet pleinement (*Journ. de méd. et de chir.*, 1893).

Le traitement comporte l'ouverture et le drainage au point déclive. Si l'abcès s'est déjà ouvert au niveau de l'ombilic, il faut introduire une sonde cannelée dans le foyer et faire une contre-ouverture à la partie inférieure.

PHLEGMONS SOUS-PÉRITONÉAUX.

Décrits en 1856 par Bernutz (*Arch. de méd.*), ils sont loin d'être aussi bien localisés que les autres à la région sous ombilicale. Nous étudierons donc les phlegmons sous-péritonéaux de la paroi antérieure.

Ils prennent ordinairement naissance dans la couche celluleuse qui double le péritoine et Bernutz les appelle inflammation du fascia propria. Ils sont tantôt de cause externe et reconnaissent pour origine des plaies, des corps étrangers ou une contusion de la région, tantôt de cause interne, le plus souvent d'origine intestinale (vers intestinaux, ulcérations intestinales). Ils peuvent aussi se développer à la suite d'infections générales (fièvre puerpérale, infection purulente, fièvre typhoïde).

Le début est toujours brusque, par un frisson intense et prolongé, et rapidement les phénomènes généraux atteignent un haut degré de gravité. Puis deux ordres de symptômes apparaissent : la douleur et les troubles digestifs.

La douleur, très vive, est d'abord localisée en un point, bientôt elle fait de rapides progrès et se généralise à tout l'abdomen, mais, fait important, en présentant son maximum au point où elle débute. Cette douleur est très intense et Bernutz la décrit en ces termes :

« Cette douleur insupportable, une des plus cruelles qu'on puisse rencontrer, s'exaspère par les moindres mouvements, soit de l'abdomen, soit des membres et en particulier des membres inférieurs. Sous cette influence, le diaphragme, les côtes inférieures restent immobiles. La respiration entravée se précipite. La figure du malade, pâle, anxieuse, exprime l'intensité de ses souffrances qui augmentent encore à la moindre pression résultant soit d'un applicatum, soit de l'exploration à laquelle on essaye d'avoir recours.

C'est là un tableau clinique qui se rapproche singulièrement de celui de la péritonite, d'autant qu'il s'y joint des troubles digestifs marqués :

D'abord des nausées qui bientôt aboutissent à des vomissements bilieux simples; parfois, les malades rejettent absolument tout, aliment et boisson. Ces vomissements cessent au bout de quelques jours.

Puis de la constipation qui se montre dès le début, s'accompagne de quelques coliques. Ces troubles digestifs disparaissent au moment de la suppuration; celle-ci ne s'accompagne pas de rémission complète des phénomènes généraux et il persiste de la fièvre, des frissons irréguliers; la douleur à cette période redouble d'intensité, mais avec ce caractère, qu'elle est de nouveau condensée au point où évolue l'abcès.

L'exploration dans la première période donne peu de résultats. Elle est le plus souvent impossible. Les parois abdominales *rétractées* offrent une incurvation légère dont le centre est au niveau du point où siège la phlegmasie. La tuméfaction est d'ailleurs mal limitée et on sent plutôt une sorte de plastron doublant la paroi abdominale antérieure. A la constitution de ce plastron ne concourent pas seulement les couches sous-séreuses, mais aussi des dépôts successifs de fausses membranes sur la

face interne du péritoine qui réagit au voisinage du foyer phlegmoneux (1).

Plus tard les diverses couches de la paroi abdominale cessent d'être mobiles les unes sur les autres et font corps avec la zone indurée; la peau s'œdématie, rougit, la tumeur se ramollit, mais seulement au centre, puis s'ouvre en laissant échapper un pus sanguinolent et d'odeur infecte, le plus souvent à la partie inférieure de la cicatrice ombilicale, parfois à la fois à la peau et à l'intestin, créant aussi des fistules pyostercorales.

Ainsi, ce qui frappe dans l'évolution du phlegmon sous-péritonéal, c'est la gravité des phénomènes généraux du début ainsi que la diffusion des lésions. Aussi est-ce une affection autrement plus grave que celle que nous avons étudiée précédemment. Les troubles respiratoires ont une haute importance pronostique et l'on peut considérer la paralysie manifeste du diaphragme qui se produit quelquefois, comme un signe de mort certaine.

Lorsque le malade traverse sans succomber la première période, il est remarquable de voir (et c'est là un point commun à tous les abcès sous-aponévrotiques) combien ils ont plus de tendance à se porter vers l'extérieur plutôt que vers les parties profondes. Il semble cependant qu'ils trouveraient mieux leur voie vers les parties profondes, l'intestin, la vessie, le péritoine (cela arrive en effet quelquefois). Mais on peut expliquer le fait par deux ordres de causes: 1° la réaction du péritoine qui vient opposer une barrière de pseudo-membranes; 2° surtout la pression excentrique qu'exercent les intestins sur la paroi profonde du foyer (Dance et Verneuil).

Quant à la ligne de conduite à tenir, elle est formelle: *Il ne faut jamais attendre au lendemain* et débrider immédiatement le foyer (Bernutz) au point où se trouve le maximum de la douleur.

DIAGNOSTIC.

Nous avons réuni en un seul chapitre le diagnostic des abcès qui viennent pointer dans la région péri-ombilicale. Ce diagnostic comprend plusieurs problèmes à résoudre:

1° Est-ce un abcès?

2° Est-il dans la paroi ou est-il intra-abdominal?

3° Dans quelle couche siège-t-il?

1° Est-ce un abcès. Le diagnostic n'est pas toujours facile. En dehors des kystes hydatiques, rares il est vrai, qui peuvent se développer dans les muscles et être pris pour un abcès froid, certaines tumeurs malignes peuvent simuler un abcès à évolution lente dans lequel la suppuration se fait tardivement. D'autant que certaines tumeurs peuvent être le siège de poussées inflammatoires qui viennent augmenter les difficultés. Nous avons examiné, étant externe de M. le professeur Renaut, un malade présentant, au niveau de la région sus-ombilicale, une zone d'induration profonde qui s'était ulcérée au niveau de l'ombilic en laissant écouler du pus. Il s'agissait, à l'autopsie, d'un cancer de l'estomac ayant envahi l'épiploon; celui-ci était venu adhérer à l'ombilic, et s'était ulcéré en ce point à la manière d'un petit abcès.

A la période de suppuration franche ou si les phénomènes inflammatoires ont été très accusés dès le début, il y aura moins d'hésitation à avoir. La ponction exploratrice et l'examen microscopique du liquide peuvent fournir de précieux éléments de diagnostic.

2° Est-il dans la paroi? Ici la percussion est d'un grand secours. En effet, si la collection est pariétale, on aura bien de la matité, mais plus superficielle et on pourra encore percevoir au-dessous la sonorité profonde de l'intestin. Si l'abcès vient au contraire des régions profondes, les anses intestinales seront refoulées sur les côtes et la matité sera complète.

En outre, chez les individus à paroi lâche ou relâchée par l'anesthésie, il semble, dit Labuze, que l'on puisse, en déprimant la paroi de chaque côté de la tuméfaction, glisser légèrement l'extrémité des doigts en arrière et la soulever en quelque sorte.

3° Dans quelle couche siège-t-il?

A. *Abcès sous-cutanés.* — Sont caractérisés surtout par le peu de mobilité de la peau sur la zone tuméfiée, par sa rougeur précoce et enfin par leur mobilité sur les couches sous-jacentes.

B. *Abcès intra-musculaires.* — A l'examen ils offrent comme caractères d'être latéraux (nous avons vu qu'ils sont exceptionnellement médians), rappelant parfois la forme de la gaine et surtout de n'être pas mobiles dans le sens vertical alors qu'ils le sont latéralement. Enfin cette mobilité latérale diminue ou disparaît même pendant la contraction du muscle. Nous rappellerons encore que la peau est mobile sur la tumeur et qu'il existe deux phases douloureuses intenses, l'une au début, l'autre à la période de suppuration.

Mais ici une autre question se pose: l'abcès a-t-il pris naissance dans le muscle ou a-t-il émigré d'une autre région? Lorsqu'on a pu suivre les différentes phases de la migration, le diagnostic peut être plus facile, mais le plus souvent le diagnostic est très obscur. Ce sont surtout les abcès froids et les abcès péri-hépatiques qui peuvent être confondus.

Les abcès froids qui suivent le grand droit viennent des côtes et du sternum, parfois de la colonne. Leur évolution lente et torpide ne pourra que faire préjuger de leur nature, mais n'indiquera pas leur origine. Seul un point douloureux bien localisé sur une côte ou le sternum sera un précieux élément de diagnostic.

Les abcès péri-hépatiques naissent dans l'hypochondre droit, où a d'abord siégé la douleur; alors même qu'ils semblent occuper la gaine du grand droit, ils sont encore reliés à la région hépatique par un pédicule inflammatoire; ils occupent donc un territoire plus grand que la gaine du muscle. Cependant l'erreur est possible, même pour des cliniciens expérimentés, comme le prouve l'observation publiée par M. A.-G. Broca (*Gaz. hebd.*, 1891). Il n'hésita pas chez un malade à poser le diagnostic d'abcès du foie, alors que l'intervention lui montra plus tard qu'il s'agissait d'un abcès du grand droit qui avait évolué lentement en deux mois après une contusion médiocre. Mais, à l'inverse de ceux qui siègent dans la partie inférieure du muscle, la fixation par les contractions du muscle, la mobilité latérale et non verticale, ces deux signes manquaient. Les anamnestiques eux-mêmes l'avaient induit en erreur, car son malade présentait dans ses antécédents du paludisme et de la dysenterie.

En somme, l'isolement de la tumeur, son développement entre deux intersections aponévrotiques, l'existence de pyrexies antérieures joints aux signes déjà énumérés constituèrent les meilleures bases du diagnostic.

Le phlegmon de Heurtaux peut être confondu surtout avec le phlegmon de la cavité de Retzius, mais sa limite inférieure est nette, tandis que ce dernier plonge dans le petit bassin; l'un marche de haut en bas, l'autre de bas en haut, et, comme le fait remarquer Bouilly, le phlegmon de la cavité de Retzius commence où finit le phlegmon de Heurtaux. Celui-ci est limité en bas par une ligne concave en haut, celui-là limité en haut par une ligne concave en bas. Ces mêmes signes différentiels peuvent

(1) Cette vaste diffusion de l'inflammation au début s'explique facilement si l'on songe que le tissu cellulaire sous-péritonéal forme une vaste nappe celluleuse, nullement bridée en aucun point, très riche en lymphatique qui permet une invasion large et rapide de la phlegmasie.

être donnés pour reconnaître une vessie distendue et le cathétérisme fera évanouir la tumeur.

Cependant les erreurs sont possibles et Bouilly en rapporte un cas de Nicaise. Ajoutons encore que le phlegmon de la cavité de Retzius présente souvent des bosselures latérales, qu'il s'accompagne de troubles urinaires marqués, qu'enfin l'exploration par le rectum ou le vagin révèle souvent des lésions vésicales ou péri-vésicales. Après l'incision, il laisse écouler une quantité de pus bien plus grande que le phlegmon de Hourtaux.

Les phlegmons sous-péritonéaux ont pour caractères principaux :

1° La douleur diffuse. Elle s'accroît vite et s'étend largement;

2° Les sympômes du début sont très graves et les troubles digestifs dominent la scène.

3° La tuméfaction est bien moins prononcée que dans les phlegmons des autres couches. C'est plutôt un plastron doublant la paroi abdominale, ce que M. Guyon appelle un gâteau phlegmoneux;

4° Enfin la contraction musculaire masque la tuméfaction.

Un certain nombre d'affections peuvent les simuler.

L'entérite aiguë. Bernutz insiste longuement sur ce diagnostic. Mais les douleurs sont moins profondes, moins exagérées par la pression; elles sont plutôt dilacérantes (*tormina cum borborygmis acutissima*, dit Boerhaave). Sous la peau se dessinent des bosselures passagères mobiles, dues au péristaltisme exagéré. Les symptômes généraux sont plus graves. A la constipation succède une diarrhée profuse et le malade tombe rapidement dans l'adynamie.

La péritonite généralisée offre une douleur très diffuse, non irradiée d'un centre où elle a son maximum. Les vomissements ont leur couleur porracée particulière. Enfin, le ventre est ballonné au lieu d'être rétracté.

La péritonite localisée suppurée, quelle que soit son origine, pourrait facilement être confondue avec le phlegmon sous-péritonéal lorsqu'elle siège au niveau de l'ombilic. Mais on voit alors la cicatrice ombilicale repoussée en avant comme dans l'ascite et c'est par elle que se fait l'ouverture de l'abcès.

Enfin, certaines appendicites peuvent donner une tuméfaction s'étendant en plastron derrière la paroi abdominale antérieure et pouvant atteindre l'ombilic.

Nous en avons vu un cas dans le service de M. Bouveret. Le diagnostic se fera aisément par le point du début de la douleur dans la fosse iliaque droite et le maximum de douleur à la pression que l'on trouve à ce niveau.

Dans certains cas très rares et en l'absence d'anamnestiques, on pourrait avoir à faire le diagnostic d'une hernie ombilicale enflammée ou dans le sac de laquelle se serait développé un phlegmon. C'est surtout dans les cas d'épiplocèle que la question pourrait se poser, mais nous ne croyons pas devoir insister sur un tel diagnostic différentiel.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Tabes et diabète, par PAUL BLOCQ (*Revue neurologique*, 30 avril 1894, n° 8, p. 217). — Les rapports du tabes et du diabète, tels qu'ils résultent des recherches les plus récentes, comportent les diverses associations ou combinaisons suivantes. Il existe chez le diabétique vrai une paraplégie diabétique du genre de celles qu'on a appelées improprement pseudo-tabes : d'autre part, chez un tabétique, il peut survenir de la glycosurie qui donne le change pour le diabète. Enfin, le tabes vrai peut exister avec le diabète, soit chez le père et l'enfant, soit dans la famille, soit chez le même sujet. C'est un cas de cette dernière catégorie que rapporte l'auteur. Il s'agit d'un ataxique avéré âgé de soixante ans, présentant entre autres le signe d'Argyll-Robertson, la perte des réflexes, les douleurs en ceinture, qui a perdu presque complètement les fonctions des membres inférieurs. Lors de tentatives de marche, on constate les signes caractéristiques du steppage, et on reconnaît alors que l'impotence est due à une paralysie trophique des extenseurs. L'origine diabétique de cette paralysie est alors démontrée, et l'événement justifie le diagnostic par une amélioration considérable de ce syndrome, à la suite du traitement qui reste sans effet sur les phénomènes tabétiques.

Sur un cas d'épilepsie jacksonienne avec accès de tachycardie paroxystique de nature épileptoïde, par PITRES (*Archives cliniques de Bordeaux*, mars 1894, n° 3, p. 97). — Le malade que présente M. Pitres à ses auditeurs est un homme âgé de 24 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels notables, qui, depuis 7 ans, est atteint d'épilepsie jacksonienne. Les accès convulsifs, qui surviennent à des intervalles plus ou moins rapprochés, débutent par une sensation douloureuse du jarret ou du talon droits, immédiatement suivie de convulsions qui s'étendent de proche en proche aux muscles voisins, envahissent progressivement tout le côté droit du corps et provoquent, quand elles se généralisent, une perte complète de connaissance. En dehors de ces grands accès typiques, il en existe d'autres que le malade appelle ses « petits accès ». Presque tous les jours, en effet, il éprouve subitement, le matin en se levant, une sensation d'angoisse; en même temps il sent que sa jambe droite s'engourdit, et son cœur précipite ses mouvements au point de fournir de 150 à 180 pulsations par minute. L'accès dure dix minutes et tout rentre dans l'ordre. De l'avis de l'auteur, ces accès de palpitations, survenant brusquement sans convulsions, sont des accès épileptoïdes frustes, ou mieux des *équivalents* cliniques des grands accès.

Rétrécissement du champ auditif dans l'hystérie, par LE DANTEC (*Archives de médecine navale*, avril 1894, n° 4, p. 285). — L'auteur s'est proposé de démontrer : 1° que le rétrécissement du champ auditif est un phénomène aussi pathognomonique de l'hystérie que le rétrécissement du champ visuel; 2° que ce rétrécissement du champ auditif est en relation intime avec le phénomène de l'audition colorée. Il recherche le champ auditif par un procédé de mensuration particulier, et l'a toujours trouvé concentriquement rétréci chez les hystériques. Il a démontré précédemment que les hystériques anesthésiques présentaient le phénomène qu'il a appelé sensibilité colorée, c'est-à-dire que la malade, les yeux fermés, a une vision colorée chaque fois qu'on excite ses zones insensibles. Il pense que le même phénomène doit exister dans l'anesthésie spéciale qui est la surdité. Il en déduit que toute excitation du champ subconscient est chromogène, tandis que l'excitation du champ conscient est incolore, enfin que l'audition colorée n'est probablement qu'un stade de l'évolution du sens de l'ouïe.

Méningites et bacille typhique, par TICTIVE (*Archives de médecine expérimentale*, janvier 1894, n° 1, p. 1). — Les auteurs ont eu l'occasion d'observer deux cas de méningite chez des sujets atteints de la fièvre typhoïde. Dans le premier cas, l'autopsie révéla, en outre des lésions caractéristiques des organes abdominaux, de l'hyperhémie et de l'œdème des méninges. Pendant la vie le diagnostic de méningite avait pu être posé d'après les phénomènes cliniques. L'examen histologique décela dans 12 coupes du cerveau (sur 80) la présence du bacille typhique, que la culture confirma. Dans le second cas il s'agit d'une fièvre typhoïde, compliquée d'une méningite purulente, dont le pus contenait le bacille d'Eberth : le diagnostic des troubles nerveux avait été : hyperhémie cérébrale, alors que l'autopsie révélait une méningite purulente diffuse, à bacilles d'Eberth confirmés par la culture. L'examen comparatif des cultures pures montra, dans les 2 cas, que les bacilles avaient les mêmes caractères. Des expériences furent entreprises sur les animaux, consistant, après trépanation, à déposer, dans une incision de la dure-mère, de la culture de bacilles portée par le chas d'une

aiguille de platine. Ils ont observé à la suite de l'œdème inflammatoire du cerveau et des méninges et de la suppuration.

Formes spinales de la paralysie générale, par Klippel (*Archives de médecine expérimentale*, janvier 1894, n° 1, p. 74). — La moelle est presque constamment lésée chez les paralytiques généraux. Les cordons de la moelle, latéraux et postérieurs, la substance grise, sont surtout frappés par des lésions, soit de forme exsudative ou myxomateuse, soit de forme inflammatoire, et causée soit par des foyers de myélite, soit par une dystrophie des éléments nerveux, commandée par les lésions vasculaires: les altérations vasculaires et conjonctives ne venant qu'ensuite. L'étude des symptômes permet de reconnaître plusieurs formes cliniques par lesquelles se manifestent les lésions; une forme tabétique, une de sclérose latérale, une amyotrophique, une bulbaire. L'auteur fait remarquer en terminant que la paralysie générale, maladie qui frappe le système nerveux tout entier, est susceptible de certaines localisations dans tel ou tel territoire du neuraxe. Les localisations donnent naissance à des signes cliniques particuliers et variables qui rappellent ceux qu'on rencontre au cours de diverses myélopathies. Mais, envisagés dans leur évolution, ils ont des caractères qui permettent de distinguer la paralysie générale.

Paralysie faciale rhumatismale avec érythème polymorphe (Un caso di paralisi faciale insortio nel decorso di un reumatismo muscolo-articulare con eritema essudativo multiforme), par Buongiovanni (*Riforma medica*, 27 janvier 1894, n° 22, p. 255). — Un homme, âgé de 39 ans, robuste garde municipal, sans antécédents, ni syphilitique ni alcoolique, est pris à la suite d'un refroidissement de malaise, d'inappétence, de céphalée, puis de douleurs dans les masses musculaires du dos et de l'épaule. On constate sur le front et le tronc des macules nombreuses disposées symétriquement, non prurigineuses. Les muscles de l'épaule et du dos, deltoïde et trapèze, sont très douloureux à la pression. Les articulations sont indemnes. On diagnostique le rhumatisme musculo-articulaire avec érythème exsudatif multiforme. Quelques jours après apparaît une paralysie faciale gauche intéressant autant la branche supérieure que l'inférieure avec conservation de la sensibilité cutanée, troubles du goût et de l'audition. Cette paralysie est périphérique et paraît siéger au ganglion géniculé. Dès le quatrième jour la paralysie faciale diminuait. Tous les troubles disparurent ensuite progressivement. A noter qu'il ne s'est pas agi d'un érythème noueux, bien que la cause rhumatismale ne fût pas douteuse; par suite l'érythème exsudatif multiforme peut se présenter comme éruption symptomatique du rhumatisme, et comme entité autonome.

MÉDECINE

Atrophie aiguë du foie (Die akute Leberatrophie), par Scheiber (*Centralbl. f. Gynækol.*, 1894, n° 21, p. 501). — Le cas d'atrophie aiguë du foie observée par l'auteur se rapporte à une II-pare de 22 ans, entrée à la clinique, la veille de son accouchement, avec un ictère très accusé, un érythème hémorrhagique, un abattement considérable, des vomissements et des douleurs au niveau de la région du foie survenus cinq jours auparavant. L'examen de la femme fait le lendemain de son accouchement (enfant vivant) permit de constater, à côté des phénomènes précités, l'existence d'une atrophie du foie et d'une hypertrophie de la rate. L'urine ne renfermait pas d'albumine. La température normale au moment de l'entrée de la malade et pendant les deux jours qui suivirent l'accouchement, commença ensuite à monter pour atteindre 41°2 quelques heures avant la mort, survenue dans le coma quatre jours après l'accouchement.

L'autopsie et l'examen microscopique des viscères permirent de constater qu'il s'agissait là d'un cas d'atrophie jaune aiguë du foie.

Empoisonnement aigu avec les doses médicamenteuses de créosote (Ein Fall von acuter Vergiftung mit Heildosen des Kreosots), par Zowadzki (*Centralbl. f. innere Med.*, 1894, n° 18, p. 401). — Une femme de quarante-deux ans, prise d'une bronchite avec point de côté, va consulter un médecin qui lui ordonne de la créosote à la dose de 18 gouttes dans les vingt-quatre heures, à prendre en trois fois. La malade se conforma à l'ordonnance et prit trois fois 6 gouttes dans du lait. Peu de temps après, elle fut prise de dysphagie avec vomissements et diarrhée et, son état allant s'aggravant, elle entra à l'hôpital.

A l'examen, on fut tout d'abord frappé de l'odeur très forte qui s'échappait de la bouche de la malade. Sur la face interne des lèvres, le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx, se voyaient des plaques blanches comme produites par un caustique et entourées d'une aréole inflammatoire. La dysphagie était extrême, de sorte que la malade ne pouvait même pas avaler les liquides. De plus, il existait une paralysie complète du voile du palais qui, avec la base de la langue et la paroi postérieure du pharynx, était en même temps anesthésié et analgésié. Rien du côté du cœur ni d'autres viscères. L'auscultation des poumons, fort difficile à cause de la faiblesse de la malade, permettait pourtant de percevoir des râles fins à la base du poumon droit, mais à la percussion. L'urine ne contenait pas de créosote, mais renfermait 2 p. 1000 d'albumine et des cylindres hyalins. Température 36°,7. Pouls 87.

Les jours suivants, les symptômes locaux restent les mêmes, mais le collapsus, déjà très marqué à l'entrée de la malade, s'accuse davantage, et la malade succombe quatre jours après son entrée.

A l'autopsie, on trouva une ulcération à caractères de brûlure sur le tiers supérieur de l'œsophage, et une autre au niveau du pylore. La muqueuse de l'estomac et du duodénum était injectée, rouge, couverte d'ecchymoses. Néphrite parenchymateuse aiguë et dégénérescence trouble du parenchyme hépatique. Endocardite verruqueuse de la valvule mitrale. Pneumonie interstitielle du lobe moyen du poumon droit. Hyperhémie du cerveau et de ses enveloppes.

Pour l'auteur, l'ensemble des symptômes présentés par la malade relevait d'une intoxication par la créosote et était identique à celui qu'on trouve décrit dans les traités de toxicologie. Il s'agissait évidemment là d'un cas d'idiosyncrasie, de sensibilité toute particulière pour la créosote, car l'examen de la fiole délivrée à la malade montra que la créosote était pure et que la malade n'avait pas pris plus de 18 gouttes. Quant aux brûlures qu'on trouva sur la partie supérieure du tube digestif, elles s'expliquent par ce fait que la malade avais pris sa créosote dans du lait qui, comme on sait, n'est nullement un dissolvant de la créosote.

CHIRURGIE

Ossification de la synoviale du genou (Ossification of the synovial membrane of the left knee-joint in a young man), par Griffiths (*British med. Journ.*, 5 mai 1894, p. 957). — Un homme de 26 ans entra à l'hôpital pour une tuméfaction du genou gauche, qui était très gonflé surtout au-dessus de la rotule où on pouvait sentir une grosse masse osseuse; il y avait du liquide dans l'articulation. Les mouvements étaient peu étendus et douloureux. A l'âge de 14 ans, le malade s'était heurté le genou; plus tard, ce genou augmenta de volume et devint douloureux à partir de 1893. On fit une arthrotomie et on vit que tout le cul-de-sac sus-rotulien de la synoviale était transformé en une masse osseuse, creuse, contenant un liquide trouble et communiquant avec la synoviale du genou. On enleva la rotule et cette masse. Le malade guérit.

Complications des fractures sous-cutanées (Ueber Complicationen beim Heilungsverlaufe subcutaner Fracturen), par Fabricius. — Le travail de l'auteur, fait à la clinique de Billroth, est basé sur l'étude de 491 cas de fractures sous-cutanées observées de 1877 à 1892.

Les hémorrhagies primitives sérieuses n'ont été rencontrées que dans les fractures de la rotule (8 fois sur 25 cas). Les hémorrhagies secondaires n'ont été notées dans aucun cas.

Les suppurations dans les fractures sous-cutanées sont extrêmement rares et ne s'observent que lorsqu'il existe des micro-organismes dans les humeurs organiques. Dans un cas de fracture de la rotule chez un individu qui avait en même temps un panaris, il survint une tuméfaction inflammatoire du genou et V. Eiselsberg trouva dans le sang des microcoques pyogènes.

L'œdème est provoqué soit par la pression de l'appareil, soit par un hématome musculaire, soit par une thrombose vei-

neuse, soit par une paralysie passagère des vasomoteurs, soit par un cal hypertrophique. L'œdème était plus fréquent dans les fractures de la jambe que dans celles d'autres parties du squelette.

La gangrène dans les fractures sous-cutanées peut être provoquée tout d'abord par une compression par l'appareil; viennent en second lieu les lésions des gros vaisseaux avec thrombose veineuse et artérielle. La thrombose veineuse seule aboutit rarement à la gangrène.

La thrombose veineuse se complique quelquefois d'embolies qui se font le plus souvent dans les poumons, rarement dans des autres organes. Les embolies pulmonaires s'observent soit les premiers jours après l'accident, soit un peu plus tard. Les embolies d'autres organes ne sont possibles que lorsque le caillot est assez petit pour pouvoir traverser les capillaires. Dans un cas de fracture du fémur, on a observé à la clinique de Billroth une embolie pulmonaire et une embolie du pied gauche. Chez ce malade il existait en même temps une thrombose de la veine fémorale, qui s'était propagée à la veine cave et à la veine rénale. Le malade guérit.

Tumeur volumineuse du cerveau sans symptômes cérébraux (Eine grosse Hirngeschwulst ohne Kopfschmerz und mit normalem Augenhintergrund), par Pel (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1894, n° 5, p. 105). — Il s'agit d'une femme de 46 ans, ordinairement bien portante qui, il y a deux ans, fut prise d'engourdissement dans les doigts de la main droite, puis successivement de parésie des deux membres du côté droit avec difficulté de la marche, perte de la mémoire, affaiblissement intellectuel et finalement accès d'épilepsie jacksonienne qui restaient toujours limités au côté droit du corps. Jamais elle n'a eu de céphalalgie, ni de nausées ni de vomissements, ni de vertiges.

L'examen de la malade montra tout d'abord une paralysie faciale droite, une parésie très accusée du membre supérieur droit avec atrophie de presque tous les muscles, une parésie avec atrophie moins prononcée du membre supérieur droit. La parole était lente, monotone, saccadée, avec un certain degré d'aphasie motrice et d'alexie. Le fond de l'œil était tout à fait normal et il n'existait pas trace de stase papillaire. Rien du côté du larynx ni des muscles de la déglutition. Organes thoraciques et abdominaux normaux.

La malade fut mise en observation et, en absence de tout diagnostic précis, soumise au traitement antisyphilitique, qui n'eut du reste aucun succès. Aussi, au bout d'un certain temps et malgré l'absence des symptômes indiquant l'existence d'une tumeur cérébrale, on se décida à faire la trépanation du pariétal gauche au niveau du centre des mouvements du bras.

A l'ouverture du crâne, on trouva dans la région motrice gauche, sous la dure-mère une tumeur en forme de châtaigne mesurant 17 cm. de circonférence, 5 1/2 de longueur, 4 1/2 de largeur et 2 1/2 de hauteur. La tumeur, nullement séparée de la substance cérébrale, n'adhérait qu'à la dure-mère; aussi son extirpation fut des plus faciles. La malade succomba quelques heures après l'opération, avec des phénomènes de paralysie cardiaque. L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un fibrome développé aux dépens de la pie-mère.

En rapportant cette observation, l'auteur insiste sur ce fait qu'une tumeur assez volumineuse du cerveau a pu évoluer sans provoquer de céphalalgie, ni de vertiges, ni de vomissements, ni de stase papillaire, symptômes qui passent pour presque pathognomoniques.

Traitement opératoire du carcinome du pylore (Ueber die operative Behandlung der Pyloruscarcinoms), par Kraske (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, n°s 20 et 21). — Pour l'auteur, les opérations qui se pratiquent sur l'estomac cancéreux, la pylorectomie ou la gastro-entérostomie doivent être envisagées comme des opérations palliatives destinées, comme toutes les interventions pour une affection incurable telle que le cancer, à soulager le malade et à donner une survie plus ou moins longue. Envisagées sous ce rapport, la gastrectomie et la gastro-entérostomie sont des opérations excellentes.

On a dit que ces deux opérations sont très meurtrières. Elles donnent, en effet, une mortalité moyenne de 52 0/0. Mais il est certain que plus on va, plus la mortalité tend à diminuer grâce aux perfections du manuel opératoire et à l'intervention plus précoce que dans le temps. Ainsi, la statistique brute de l'auteur, qui donne une mortalité de 43 0/0, se décompose en deux séries distinctes, séparées par un intervalle de 18 mois : la première, celle du début, porte sur 6 cas (3 gastro-entérostomies et 3 pylorectomies) qui ont tous succombé; la seconde, de 8 cas (7 gastro-entérostomies) et une pylorectomie qui ont tous guéri.

Les indications respectives de la gastro-entérostomie et de la pylorectomie sont pour l'auteur les mêmes que celles adoptées par la plupart des chirurgiens. En cas de pylorectomie, il résèque le pylore, ferme le duodénum et l'estomac et fait ensuite la gastro-entérostomie. Pour la gastro-entérostomie, il rejette l'emploi des pinces qui contusionnent les tissus et gênent la réunion par première intention. Après la section du duodénum entre deux fils, il les suture à l'estomac au fur et à mesure qu'il ouvre ce dernier; et, l'abouchement gastro-duodénal une fois établi, il coupe ce qui reste de l'estomac et suture les deux parois l'une à l'autre.

Pendant la période post-opératoire, l'auteur nourrit ses opérés. Le jour même de l'opération il donne déjà du lait, du bouillon, du café par cuillerées à café; le lendemain on ajoute un œuf et ainsi de suite. Pour lui, l'alimentation de ces opérés épuisés est de la plus grande importance.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies épidémiques. Etiologie et pathogénie des maladies infectieuses, par A. Kelsch, médecin-inspecteur, directeur de l'Ecole de Lyon. T. I. Paris, O. Doin, 1894. Prix : 12 francs.

« J'ai essayé de fixer dans cet ouvrage l'enseignement que j'ai fait au Val-de-Grâce pendant ces dix dernières années et dans lequel j'ai eu l'honneur de succéder à M. le médecin-inspecteur général Colin dont les travaux m'ont inspiré et guidé dans l'accomplissement d'une tâche bien périlleuse pour le continuateur d'un tel maître. » C'est en ces termes que débute la préface d'un livre qui marque une date nouvelle dans l'histoire de l'épidémiologie. L'auteur a eu raison d'affirmer par ce respectueux hommage rendu à un maître éminent la valeur des travaux dus à M. L. Colin dont l'œuvre, qui porte le même titre que l'ouvrage de M. Kelsch (*Gaz. heb.*, 1879, p. 594), a si brillamment terminé un enseignement magistral. Mais il aurait pu ajouter que, s'il a continué au Val-de-Grâce les traditions de saine critique et d'ingénieuses recherches qui ont fait de la chaire d'épidémiologie militaire l'une des plus fécondes en travaux remarquables, il a, par ses travaux personnels, singulièrement agrandi l'horizon de cette science si féconde en applications utiles.

Elevé à une époque où l'histologie pathologique venait de naître, bien préparé par toute une série de travaux de labotoire à découvrir, dans les hôpitaux d'Algérie, les lésions encore mal connues des maladies infectieuses; appelé par ses fonctions dans l'enseignement, soit à la faculté de Lille, soit à l'Ecole du Val-de-Grâce, à toujours envisager à un point de vue général les questions les plus ardues, notre ami Kelsch avait, pour défendre les doctrines qu'il expose aujourd'hui, l'autorité que donne à un maître toute une série de recherches et de livres devenus classiques. Je sais que je blesse sa trop grande modestie en lui rendant justice. Je devais affirmer cependant ce que proclament hautement tous ceux qui ont assisté à la genèse de ses travaux.

Bien plus; chacun de ceux-ci doit lui savoir gré de l'énergie avec laquelle il a toujours soutenu que si les immortelles découvertes de Pasteur ont ouvert à la médecine des horizons nouveaux, « l'étude des causes secondes des maladies, c'est-à-dire l'ensemble des conditions cosmiques, telluriques et hygiéniques qui sont nécessaires aux microbes pour vivre et exercer leurs fonctions pathologiques, cette recherche, qui est le but essentiel de l'épidémiologie, s'imposera toujours comme un problème vital au médecin, quels que soient les progrès de la bactériologie ».

C'est cette idée maîtresse qui a dicté à l'éminent directeur de l'Ecole de Lyon les réserves qu'il a maintes fois exprimées

au sujet de la genèse et de l'évolution des épidémies de fièvre typhoïde et de choléra. Il fallait être très compétent en anatomie pathologique et en bactériologie, être très au courant de tous les travaux et de tous les progrès modernes pour pouvoir ainsi faire une part équitable aux recherches parasitaires, tout en démontrant que tout n'est pas dit lorsqu'on a trouvé un microbe prétendu pathogène.

C'est donc dans un esprit très large, très philosophique, que l'auteur de ce beau livre a envisagé l'étiologie générale des maladies infectieuses, soit en étudiant les transformations morphologiques et pathogéniques des microbes, soit en prouvant que la virulence qu'acquièrent parfois certains parasites qui, d'ordinaire, restent inoffensifs et que l'on rencontre constamment à la surface des muqueuses, est le résultat d'une modification subie par le milieu, par le terrain sur lequel évoluent ces organismes.

Ce premier volume comprend sur les phlegmasies et les pyrexies saisonnières, sur l'ictère, sur la pleurésie, les pneumonies, la fièvre typhoïde, le typhus, etc., une série de chapitres qu'il suffit de signaler pour en faire comprendre l'intérêt. Aussi ne nous attarderons-nous pas à une analyse minutieuse d'une œuvre que la légitime renommée de son auteur recommande à l'attention de tous les médecins. Tous ceux qui savent se préoccuper des hautes questions de pathologie générale qui s'y trouvent traitées et qui dictent à l'hygiène ses méthodes de prophylaxie trouveront intérêt et profit à la méditer.

L. Lereboullet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Du choc chirurgical, par Noble (Extrait des *Annals of Gynæcology and pædiatry*, décembre 1893).

Après avoir décrit l'état de choc, l'auteur fait remarquer qu'on le considère généralement comme étant dû à une parésie du système nerveux, sans qu'on sache encore s'il s'agit surtout du système cérébro-spinal ou du système sympathique. Ce sont souvent les traumatismes portant sur le testicule ou l'urèthre chez l'homme, l'ovaire chez la femme qui prédisposent surtout au choc. On peut éviter le choc par une foule de moyens, en sachant choisir judicieusement le moment de l'opération, en veillant au bon fonctionnement des reins et de la peau, en agissant sur le moral des malades. Quand le choc est produit, il faut réchauffer le corps, soutenir le cœur. Il faut aussi faire attention au régime du malade. Les inhalations d'oxygène peuvent rendre des services.

Laparo-hystérotomie, par Senn (Extraits de l'*American Journal of the med. Sciences*, 1893).

La laparo-hystérotomie est formellement indiquée en obstétrique quand l'accouchement ne peut se faire par la voie normale sans mutilation de l'enfant, dans les cas de rétrécissement du bassin, d'obstruction de la filière génitale par des tumeurs pelviennes fixées ou par un cancer du col. La laparo-hystérotomie et la symphyséotomie sauvant à la fois la mère et l'enfant, les mutilations de l'enfant n'ont plus leur raison d'être. On ne doit pas recourir à l'hémostase par la ligature élastique avant l'extraction de l'enfant. On agrandira l'incision utérine en déchirant le tissu pour diminuer les chances d'hémorrhagie. Il faut fermer la plaie utérine par 4 rangs de sutures. La laparo-hystérotomie est aussi indiquée dans les cas de gros fibro-myomes localisés dans la cavité utérine chez de jeunes femmes.

Thèses de Paris.

De la confusion mentale, par Henri Hannion.

Il existe une variété de troubles mentaux très différente par ses caractères cliniques et sa signification psychologique de toutes les psychoses admises dans les classifications actuelles. On la rencontre dans un certain nombre d'affections plus ou moins bien constituées (épilepsie, délires aigus, etc.) ou dans des états particuliers (ivresse alcoolique ou chloroformique, etc.), mais elle peut se montrer isolée, en dehors de toutes les conditions pathogéniques connues. La confusion mentale en tant qu'expression symptomatique mérite d'entrer dans nos classifications au même titre que la manie et la mélancolie, en ayant soin de la distinguer de ce que nous proposons de désigner, faute de meilleurs termes, sous le nom de « confusion dans les idées ». Si le mot lui-même a besoin, comme tous les termes scientifiques, d'une définition qui lui assigne une acception précise, il a du moins l'avantage d'apporter un peu de clarté dans l'étude des diverses espèces de « confusions », en établissant parmi elles une division basée sur leurs caractères cliniques et psychologiques. L'ignorance où souvent nous sommes des troubles organiques qui la déterminent ne justifie pas l'épithète de « primitive », parce qu'un ensemble symptomatique, si complexe qu'il soit, ne saurait être considéré comme primitif. Enfin, nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé un pareil sujet. C'est avec des observations nombreuses et des recherches nouvelles qu'on arrivera, croyons-nous, à élucider une foule de questions qui s'y rattachent, et particulièrement celle de ces rapports avec les divers chapitres de la pathologie ordinaire ou de la médecine mentale.

VARIÉTÉS

Bibliothèque de l'Académie de médecine. — En reproduisant *in extenso* le rapport que vient de présenter M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine sur le service de sa bibliothèque en 1893, nous sommes heureux de nous associer aux éloges si mérités et au témoignage de gratitude exprimés par la savante compagnie à M. le Dr Dureau, le savant, infatigable et si désintéressé gardien de ces collections si importantes pour l'histoire de la médecine :

L'Académie a reçu, dans le cours de ladite année, 6,842 ouvrages, soit 8,163 volumes ou brochures. Le total des imprimés est par suite, au 31 décembre 1893, de 95,529 ouvrages, soit 147,404 volumes ou brochures.

Les 8,163 articles reçus en 1893 se subdivisent en :

Ouvrages de librairie		2.416
Thèses du doctorat :		
Année scolaire 1892-93	716	
Années antérieures	4.069	4.785
Annuaires et journaux		962

L'accroissement exceptionnel de nos imprimés en 1893 est dû, pour la plus grande partie, à M. le Dr Marjolin, membre de l'Académie. La collection des thèses de Paris était fort incomplète, pour les années antérieures à 1875; le don de M. Marjolin (de 4069 thèses) aidera à combler, nous l'espérons, les lacunes de cette collection.

Parmi les établissements officiels dont nous recevons les publications, il faut toujours citer en première ligne : le Ministère de l'Instruction publique, pour les documents relatifs aux bibliothèques et aux archives ; le Ministère de l'Intérieur, pour la collection annuelle des rapports des conseils d'hygiène des départements; la Ville de Paris, pour les ouvrages relatifs à l'histoire de la cité; l'administration de l'Assistance publique, pour les documents qu'elle publie chaque année; le Ministère de la guerre, pour toutes ses publications médicales.

Parmi les gouvernements étrangers, nous devons mentionner tout d'abord celui des Etats-Unis, pour diverses publications relatives à la médecine; ceux d'Italie, d'Allemagne et de Suède, pour divers documents relatifs à l'hygiène et à la démographie. Enfin les académies et sociétés scientifiques de l'Europe et de l'Amérique n'ont point cessé de nous adresser leurs publications. Notre collection de mémoires et bulletins des académies étrangères est aussi complète que possible; elle est unique en France.

M. le bibliothécaire ajoute : « Nos donateurs particuliers sont nombreux. M. Marjolin a offert à l'Académie 406 volumes indépendamment des 4069 thèses citées plus haut; M. Laboulbène 135 volumes ou brochures; M. Bergeron 130; M. Rochard 50; M. Lagneau 45; M. le baron Larrey a envoyé 30 volumes suite de périodiques, qu'il donne chaque année, don précieux, feu M. Blanche, 22. Enfin, nous avons reçu de Mme de Villiers, veuve d'un membre regretté de l'Académie, un nouveau don de 60 volumes; de Mme Lunier, 15 volumes; de M. Duché, zélé donateur, correspondant de l'Académie, 50 volumes dont plusieurs raretés xviie siècle ; de M. Feulard, ancien chef de clinique de la Faculté, 27 volumes, quelques-uns des plus rares également; plusieurs périodiques donnés par M. Lermoyez, médecin des hôpitaux, et par

M. Egasse, ancien pharmacien en chef de la marine, et nous ne voudrions pas oublier non plus MM. Asselin et Houzeau, Doin et Steinheil, éditeurs, pour les dons, d'une importance réelle, qu'ils ont bien voulu faire spontanément à notre bibliothèque : sauf quelques journaux, les livres et brochures reçus en dons manquaient à nos collections.

» La bibliothèque de l'Académie, qui n'est point publique, est ouverte cependant à tous les chercheurs, recommandés par un membre de l'Académie, qui viennent y consulter des livres et périodiques qu'ils n'ont point trouvés ailleurs. Outre les membres de la compagnie, nos habitués sont des candidats à l'agrégation ou au bureau central, des internes en quête de documents divers, pour la rédaction de thèses ou de mémoires, des membres de l'université et des magistrats, des journalistes.

» Nous avons communiqué sur place 3,520 volumes et 42,600 journaux. Le personnel restreint de la bibliothèque (1 bibliothécaire, 1 garçon de bureau), l'exiguïté de son local, rendent parfois difficiles ces communications, pénibles seulement quant au travail matériel qu'elles nécessitent. Le Conseil peut être assuré que nous n'avons jamais refusé et ne refuserons jamais de répondre de notre mieux aux renseignements et services demandés : c'est à la fois un devoir et un plaisir. »

L'Académie a reçu cette année :

Manuscrits. — 1° De M. le docteur Delens, chirurgien des hôpitaux, un ensemble de manuscrits intéressants de la main de son grand-père, J.-A. Delens, décédé en 1846, et qui faisait partie de la Compagnie depuis les premières élections de 1821. Parmi ces manuscrits nous citerons : Des notes diverses de médecine, de bibliographie et de philologie, des extraits et observations de botanique et des sommaires d'analyses chimiques, des notes de cours des professeurs d'alors, et des extraits d'ouvrages scientifiques et historiques, un recueil d'observations cliniques, des inventaires d'herbiers, divers mémoires sur le choléra, les concrétions, etc. Plusieurs de ces documents ont été imprimés du vivant de l'auteur ; quelques-uns sont demeurés inédits et pourront être consultés utilement par les chercheurs. Le don de M. Delens est précieux à tous égards pour nos collections;

2° De M. Duché, zélé correspondant de l'Académie à Ouanne, des papiers, notes et mémoires, provenant de son parent feu Bourdois de la Motte, membre de l'Académie, faisant suite à ceux qu'il a donnés;

3° De M. Bucquoy, membre titulaire, un dossier de notes et rapports dus à Danyau et à Roux, membres de la Compagnie;

4° Enfin, d'un anonyme, plusieurs liasses de notes, lettres, mémoires et rapports de provenance inconnue, mais dont la plupart ont appartenu à feu Husson, ancien président de l'Académie. Nous regrettons de ne pouvoir adresser à cet anonyme les remerciements que nous proposerions pour lui, en raison de l'importance de ce don qui est plus qu'une restitution.

Estampes. — « Dans un rapport précédent, ajoute notre bibliothécaire, nous avons rendu compte de la souscription ouverte pour l'achat d'une collection de 5,000 portraits de médecins, formée par un médecin de province, feu Munaret, et que la bienveillance des membres de l'Académie m'a permis d'acheter pour notre bibliothèque.

» La souscription ayant produit une somme suffisante pour permettre de coller dans des volumes reliés à onglets, par école et par ordre chronologique, cette suite considérable de portraits, nous avons commencé récemment la reliure et le classement de ces portraits. Il n'est pas inutile de rappeler, de nouveau, que cet ensemble de documents, bien difficile, presque impossible à réaliser aujourd'hui, car nous possédons des épreuves d'auteur et des dessins uniques, n'aura rien coûté au budget de l'Académie, et les divers ministères ont envoyé déjà plusieurs fois leurs représentants et artistes pour la consulter lorsqu'il s'agit de tableaux, de statues, bustes et médaillons de médecins célèbres à élever ou à faire exécuter dans divers établissements scientifiques, que les ouvrages d'art commandés sont destinés à embellir. Bien des artistes, aujourd'hui, connaissent aussi cette collection qu'ils consultent pour des œuvres privées, de même que les érudits trouvent souvent, dans le texte accompagnant les portraits, des notes précieuses quant à l'état civil, aux titres professionnels et autres des personnages représentés. — Nous nous efforcerons de la tenir au courant. »

Je ne crois pas avoir besoin d'insister pour faire comprendre l'énorme somme de travail que représentent, pour notre incomparable bibliothécaire, l'inscription et le classement de ces six mille ouvrages nouveaux, sans compter la communication dans le courant de l'année, de 3,500 volumes et de 42,000 journaux.

Mais je me fais un devoir de faire remarquer à l'Académie que les conditions matérielles, chaque jour plus lamentables, dans lesquelles s'accumulent nos richesses scientifiques, exigent de M. Dureau, pour l'accomplissement de ses fonctions, telles qu'il les comprend, un zèle infatigable, une patience à toute épreuve et un désintéressement, qu'ont pu seuls lui inspirer et maintenir chez lui, sa passion pour les livres, sa vaste érudition toujours avide de savoir, et avant tout son désir de défendre les intérêts de l'Académie, en préservant de son mieux, contre mille causes de destruction qui les menacent, les riches collections de notre Bibliothèque.

Aussi, je propose à l'Académie de voter en faveur de M. Dureau des remerciements dont l'expression unanime puisse aider le Conseil à lui faire obtenir la juste récompense de ses persévérants efforts. (*Applaudissements unanimes.*)

La blessure de M. le Président de la République. — Nous croyons inutile de publier avec un grand luxe de détails les faits d'ordre médical relatifs à l'attentat dont M. le Président Carnot a été victime à Lyon : c'est l'histoire ordinaire d'une plaie abdominale avec hémorrhagie intra-péritonéale presque foudroyante.

A titre de document, nous reproduisons ici le procès-verbal d'autopsie, tel qu'on a pu le lire la semaine dernière dans tous les journaux politiques.

« Les docteurs en médecine soussignés ont procédé aujourd'hui à l'autopsie du président de la République française. Il ont constaté les lésions suivantes :

» La blessure siégeait immédiatement au-dessous des fausses côtes droites, à 3 centimètres de l'appendice xiphoïde; elle mesurait 20 à 25 millimètres et la lame, en pénétrant, avait sectionné complètement le cartilage costal correspondant.

» La lame du poignard a pénétré dans le lobe gauche du foie à 5 ou 6 millimètres environ du ligament suspenseur. Elle a perforé l'organe de gauche à droite et de haut en bas, blessant sur son passage la veine porte, qu'elle a ouverte en deux endroits.

» Le trajet de la blessure dans l'intérieur du foie est de 11 à 12 centimètres. Une hémorrhagie intrapéritonéale fatalement mortelle a été le fait de cette double perforation veineuse.

» Lyon, le 25 juin 1894.

» *Signé :* Drs LACASSAGNE, HENRI COUTAGNE, PONCET, OLLIER, LÉPINE, REBATEL, MICHEL GANGOLPHE, FABRE. »

En face de semblables lésions, on voit que la chirurgie était désarmée; et même si la plaie de la veine porte avait été oblitérée par ligature, le résultat final n'eût sans doute pas été modifié. Le professeur Lépine vient en effet d'insérer dans le *Lyon médical* un article démontrant qu'expérimentalement la ligature de la veine porte ne réussit point. Mais si l'insuccès était inévitable, on ne pouvait pas le savoir avant d'avoir mis les lésions au jour, et il convient de féliciter M. Poncet, qui ne s'est pas laissé arrêter par des considérations extra-médicales et n'a pas craint d'assumer la responsabilité d'une intervention grave.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

La déclaration des maladies contagieuses.

Parmi les nombreuses lettres que nous a values notre dernier article, nous croyons devoir publier celle qu'on va lire. Elle expose, en effet, avec une force d'argumentation qui ne peut manquer de frapper juste, les difficultés que peut rencontrer à la campagne l'application de la loi nouvelle.

Mais elle n'en discute pas, elle ne saurait en contester le principe.

Il nous paraît donc acquis que, dans les grandes villes, partout où un service spécial prêt à assurer immédiatement la désinfection des locaux et des objets mobiliers sera installé, les médecins devront faire appel au concours de l'autorité sanitaire et surveiller eux-mêmes l'application de la loi. Il leur suffira, pour éviter des inconvénients maintes fois signalés, de faire suivre leur déclaration anonyme des observations qu'ils jugeront nécessaires.

Dans les villes de province et surtout dans les campagnes où le service de désinfection ne peut être immédiatement organisé, la déclaration devra se borner à signaler les maladies épidémiques graves, dont la diffusion serait à redouter. En cas de difficultés et pour que « les instructions ministérielles ne restent pas à l'état de lettre morte », il conviendra de faire connaître, par la voie de la presse, tout ce qui, dans chaque cas particulier, pourra servir à modifier lesdites instructions. Ainsi peu à peu se feront tout à la fois l'éducation des mœurs et l'assainissement prophylactique.

L. L.

A M. le Directeur de la Gazette hebdomadaire.

Mon cher confrère,

Votre article du 7 juillet, sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, est on ne peut plus vrai.

Il l'est surtout en ce qui concerne les médecins de campagne.

C'est à ceux-ci que devraient revenir la direction et la surveillance des mesures à prendre lors de l'apparition, dans un village, d'une maladie contagieuse.

Que voulez-vous que fasse un brave paysan, maire de son village, lorsqu'il se trouvera en présence de mesures à appliquer dans le domicile d'un concitoyen influent?

Jamais il n'osera, par exemple, prescrire l'enlèvement de son domicile d'*un électeur* atteint de maladie contagieuse.

N'en doutez pas, ces mesures d'hygiène ne seront, pour ainsi dire, pas appliquées; le maire, indifférent ou timide, trouvera toujours un conseiller général, un député, un sénateur, pour le blanchir aux yeux de l'autorité, pour le défendre auprès du préfet.

Si on les applique, et la chose est bien douteuse, ce sera quand le mal se sera développé, que la terreur aura pris maire et électeurs; alors, l'autorité supérieure, passant pardessus la tête de la municipalité, mettant, pour ainsi dire, la localité en état de siège, pourra être obéie et osera prescrire d'office les mesures à prendre.

C'est toujours ainsi que les choses se passent au village.

Remarquez-le bien : je ne rends pas responsable le maire du village : comment ce malheureux pourrait-il, livré à lui-même, comprendre, appliquer les instructions, s'il n'a pas, près de lui, pour l'éclairer, un homme du métier ayant — surtout — *qualité officielle* pour cela?

Certes le médecin ne lui refusera pas de l'aider à..... comprendre; mais il ne pourra le faire qu'à *titre privé*.

Il y aura sûrement, après lui, *un malin* qui donnera, lui aussi, son explication et, n'en doutez pas, ce sera le médecin qui aura tort!...

Il est donc de toute nécessité que ce soit le médecin qui puisse *intervenir officiellement;* qu'il *ait mandat pour cela* et, comme le dit fort justement Me Roy de Clotte, l'autorité doit lui déléguer une partie de ses pouvoirs, ou, du moins, être assujettie aux conseils et à la direction du corps médical.

Mais cette même autorité y consentira-t-elle? Pour celle-ci, un médecin est un gêneur, un grincheux qui, par son impatience — des plus légitimes — d'arrêter, au plus vite, le mal, secoue la torpeur, l'inertie, les habitudes des hommes de bureau.

Que ne fait-on pour s'en débarrasser!

Le plus souvent, le médecin, découragé, renonce à ce rôle d'inutile Cassandre.

Aussi, comme vous le dites fort bien, il n'y aura de résultat que le jour où l'on créera un ministère de la Santé Publique.

Un fait d'interprétation de circulaire ministérielle vous montrera combien la présence d'un homme compétent est nécessaire pour éclairer le maire villageois sur les instructions qu'il reçoit de l'administration :

En 1870, pendant la guerre, un décret incorpora à l'armée tous les hommes de 25 à 35 ans, célibataires ou veufs sans enfants.

C'était clair, précis.

Un maire d'une commune voisine de Rambervillers voulut absolument faire partir pour l'armée *un veuf sans enfants*... remarié six mois avant la déclaration de guerre!

Pour ce maire, le second mariage n'enlevait pas la qualité de veuf sans enfants, et il exigeait le départ!

Voilà comment peuvent être interprétées les choses les plus simples.

Que serait-ce, grands dieux! lorsqu'il faudra appliquer des instructions hygiéniques qui nous paraissent claires et nettes, mais incompréhensibles pour un brave paysan, rempli de bonne volonté, mais hésitant, timide et craignant, par-dessus tout, d'assumer la moindre responsabilité?

Le résultat n'est pas douteux :

Les instructions ministérielles resteront à l'état de lettre morte.

Dr A. FOURNIER.

Rambervillers, 8 juillet.

REVUE GÉNÉRALE

Des troubles fonctionnels du foie.

PREMIER ARTICLE.

Troubles fonctionnels biliaires. — Polycholie et formes bilieuses des maladies.

L'ancienne médecine avait fait jouer au foie un rôle important dans les maladies. Si l'on fait abstraction de ses exagérations et de ses hypothèses, enfantines parfois, qu'excusait alors la pénurie de faits physiologiques exacts, on doit reconnaître qu'elle avait entrevu la vérité.

En réalité, le foie joue un rôle considérable dans le tourbillon vital. A la fois organe d'assimilation et de désassimilation définitive, il est comme le carrefour par où pénètrent dans l'organisme et en sortent, plus ou moins transformées, les substances nutritives nécessaires à l'entretien de la vie.

Que l'on considère son volume, la masse de sang qui le traverse; les origines de ses vaisseaux, les relations qui unissent ceux-ci aux viscères abdominaux, le rein excepté, et l'on possède d'ores et déjà les éléments anatomiques de son importance au point de vue de la nutrition; une seule artère, relativement petite, qui va se jeter dans le réseau capillaire porte à l'entrée du lobule lui apporte l'oxygène nécessaire à ses fonctions, du moins à certaines d'entre elles : la fonction glycogénique, par exemple; une veine énorme lui amène le sang de l'intestin et des glandes annexes du tube digestif : de l'intestin, le foie reçoit les matériaux alimentaires, provenant de la digestion, et absorbés au niveau de l'intestin, *sauf les graisses*, reprises en nature par le réseau lymphatique et qui gagnent le canal thoracique, ce sont dès lors dans le domaine physiologique pur : les substances albuminoïdes, les substances amylacées et sucrées; les sels solubles, etc., et dans les éventualités pathologiques : les poisons; soit ceux qui viennent du dehors, soit ceux qui proviennent d'une élaboration vicieuse des substances alimentaires, ou de fermentations anormales de l'intestin.

Nous ne connaissons pas bien les modifications que la rate et le pancréas, dont les veines se jettent dans la veine porte, apportent à la constitution du sang qui les traverse; nous ne pouvons donc connaître, du moins complètement, la relation qui unit les troubles fonctionnels de ces glandes avec ceux du foie. Nous verrons cependant que certaines maladies à détermination splénique primitive réagissent sur le fonctionnement hépatique par l'abondance des déchets globulaires qui arrivent au foie : de telle façon qu'on peut penser que les albuminoïdes du sang vivant usées par leur passage dans l'organisme, arrivent au foie, toutes préparées à subir sous l'influence de la cellule hépatique la transformation ultime en urée, substance cristalloïde et dialysable éminemment propre à l'élimination rénale.

Ce qui rend donc si complexe l'étude de la physiologie du foie, et celle plus complexe encore de ses troubles fonctionnels, c'est ce fait de la multiplicité des sources de l'activité hépatique.

En s'en tenant aux actes les plus connus de l'activité hépatique, on lui reconnaît quatre grandes fonctions :

1° Une de dépuration et d'excrétion, c'est la fonction biliaire, dont l'acte le plus saillant est la transformation en matière colorante biliaire des pigments sanguins et leur élimination par les voies biliaires : elle est liée jusqu'à un certain point à l'abondance des déchets globulaires.

2° Une fonction de dépuration et de désassimilation très importante : la transformation des substances albuminoïdes en urée. L'élimination de cette substance, qui ne se fait plus par les voies biliaires, mais par le rein, montre l'étroite subordination de nos organes entre eux.

3° Une fonction d'assimilation par excellence, et qui consiste à transformer les sucres, les matières amylacées, les substances albuminoïdes mêmes en un composé défini : la matière glycogène; celle-ci, livrée à la circulation au fur et à mesure des besoins, fournit à l'organisme la quantité de sucre qui lui est nécessaire dans l'unité de temps. Cette fonction est principalement liée à l'alimentation, mais non à l'alimentation seule.

4° Enfin, les physiologistes ont montré que la cellule hépatique jouissait d'un pouvoir d'arrêt vis-à-vis les poisons, protégeant ainsi l'organisme contre les nombreuses causes d'intoxication qui le menacent. Reconnue depuis longtemps déjà comme s'exerçant contre certains poisons minéraux, cette fonction a pris une place prépondérante, lorsqu'on démontra son importance dans la défense de l'organisme contre les auto-intoxications d'origine intestinale.

Ces différentes fonctions sont sujettes également à des variations sous l'influence des troubles nerveux, des excitations centrales et périphériques des nerfs, des modifications circulatoires dont le foie est le siège. Ces variations de l'activité hépatique, bien étudiées par les physiologistes, ne sauraient nous arrêter ici. Il était bon cependant de les rappeler pour montrer que l'activité hépatique n'est pas seulement influencée par les modifications en quantité ou en *qualité*, dans l'apport des matériaux aux dépens desquels elle s'exerce, et sans lesquels elle ne saurait s'exercer; mais qu'elle est soumise à des influences circulatoires et nerveuses dont la pathologie doit tenir compte. Enfin, on peut penser à bon droit que certains poisons, certaines infections peuvent, en agissant directement sur la cellule hépatique, en provoquer l'excitation ou l'arrêt, par lésion anatomique, appréciable à nos moyens d'investigation.

La diversité des éléments aux dépens desquels la cellule hépatique accomplit son œuvre physiologique, permet également de se rendre compte de ce fait que ces quatre opérations fondamentales, la fonction biliaire, la fonction uréiopoiétique, la fonction glycogénique, la fonction d'arrêt sur les poisons, ne sont point entre elles en rapport constant. C'est ainsi qu'à une exagération de la fonction biliaire ne correspond pas fatalement une exaltation parallèle des autres fonctions. Deux de celles-ci, comme nous le verrons, semblent cependant se commander l'une l'autre : c'est la fonction glycogénique et la fonction d'arrêt des poisons. Mais si ces deux dernières constituent comme un groupe naturel, il n'en est pas de même des deux premières, qui peuvent se dissocier, et se présentent souvent dissociées dans l'observation journalière des malades.

On entrevoit dès lors toute la complexité que peuvent

présenter en pratique les troubles fonctionnels du foie, depuis l'excitation de la cellule jusqu'à la mort de celle-ci. A vrai dire, la perte absolue de la fonction hépatique par nécrose des éléments sécréteurs est incompatible avec la vie et elle s'accompagne de la disparition de toutes les fonctions cellulaires concernant la bile, l'urée, le glycogène, les poisons. Mais entre ce terme extrême et le fonctionnement normal ou exalté, il est toute une série morbide de troubles partiels, gradués, dont l'étude est du plus haut intérêt et pour le physiologiste et pour le médecin.

Cette étude des troubles de la fonction hépatique est de date récente. Elle doit se faire non seulement dans les maladies du foie proprement dites, mais encore dans les maladies infectieuses ou cachectisantes. Dans l'un et l'autre cas elle donne au praticien des éléments précieux de pronostic. Elle comprend les troubles de la fonction biliaire, les troubles de la fonction uropoiétique, ceux enfin de la glycogénie et de l'arrêt des poisons.

Ajoutons, avant d'en aborder l'étude, qu'ils se manifestent moins par des signes à chercher au niveau du foie, que par des modifications dans la composition des urines, et que c'est à l'analyse physique ou chimique de celles-ci qu'on devra demander les meilleurs signes de ce qu'on a appelé à si juste titre « l'insuffisance hépatique ».

PREMIÈRE PARTIE.

Troubles de la fonction biliaire. — Il se fait, au niveau du foie, un effort d'excrétion du sang vers les voies biliaires. Il est suffisant pour ne pas permettre le passage de la bile dans le sang, même lorsque la tension est plus élevée dans les vaisseaux biliaires que dans les vaisseaux sanguins, *si les voies biliaires sont libres;* ou *si la bile est suffisamment fluide* pour s'écouler dans l'intestin. L'ictère est donc plutôt la conséquence d'un trouble fonctionnel des voies biliaires, et voilà pourquoi nous n'en parlerons ici qu'autant qu'il le faudra pour la clarté de ce qui va suivre. Nous nous bornerons à étudier les troubles de la *sécrétion* de la bile, laissant de côté les troubles de l'*excrétion*.

Les troubles de la fonction biliaire peuvent porter sur la quantité de bile sécrétée dans l'unité de temps : exagération de la sécrétion biliaire ou *polycholie*, diminution de la sécrétion biliaire jusqu'à l'abolition—*acholie*. Celle-ci est la conséquence d'un arrêt fonctionnel complet de la cellule hépatique, le plus souvent de sa destruction anatomique ; elle est précédée souvent par une phase où il existe un certain degré de polycholie, et dans le cas particulier d'ictère, nous verrons plus loin pourquoi.

Mais ces modifications quantitatives ne sont pas les plus intéressantes en pathologie. La cellule hépatique, et c'est là un point à mettre en relief, manifeste sa souffrance par les modifications qualitatives de la sécrétion : ce sont l'élaboration vicieuse de la matière colorante biliaire, qui s'élimine à l'état d'urobiline : ou qui peut manquer complètement — acholie pigmentaire de M. Hanot — ; ou par le défaut de formation des acides biliaires et qui a pour corollaire obligé une diminution dans les fonctions désassimilatrices exercées par le foie sur les matières albuminoïdes dont l'organisme doit se débarrasser, et l'apparition dans le sang et au niveau des émonctoires naturels, des substances dites extractives : leucine, tyrosine, xanthine, taurine, etc..., qui ne s'y trouvent pas habituellement. Nous reviendrons sur ce point en parlant des troubles qu'apportent les lésions hépatiques à la désassimilation des substances alimentaires.

Pour l'instant, nous ne voulons nous occuper que du rôle d'émonctoire pigmentaire qui est dévolu au foie, et des troubles qu'apportent à cette fonction un certain nombre d'états morbides agissant soit directement sur la cellule hépatique, soit sur le sang en tant que maladies détruisant les globules rouges.

***

Il est une loi fondamentale en physiologie normale et pathologique, c'est que la vie cellulaire est fonction, entre autres conditions, du milieu où elle agit. Or pour la fonction biliaire pigmentaire, la cellule hépatique dépend de l'abondance des déchets globulaires qui lui fournissent l'hémoglobine nécessaire à la formation de la bilirubine, considérée comme le type normal de la matière colorante biliaire. Par conséquent, les maladies qui s'accompagnent d'une destruction rapide et considérable des globules rouges, pourront exagérer la formation pigmentaire dans le foie. Mais cela à une condition, c'est que la maladie toxique ou infectieuse originelle ne lèse pas d'une façon grave les cellules hépatiques, et leur permette même un fonctionnement exagéré.

Inversement, on peut penser que l'hypersécrétion biliaire puisse être la conséquence d'une irritation fonctionnelle du foie; la cellule hépatique agissant non plus seulement sur déchets globulaires chargés d'hémoglobine, mais sur les globules sains eux-mêmes. De façon que le foie pourrait être envisagé dans ce cas comme un organe destructeur des globules rouges.

C'est dans cette catégorie de faits qu'il convient de ranger provisoirement cette maladie hépatique que les travaux de Hayem, Cornil, de M. Hanot et de ses élèves ont contribué à faire connaître, et qui a véritablement une place à part et unique dans les maladies du foie, au point de vue fonctionnel qui nous occupe ici : je veux parler de la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. Déjà signalée par M. Cornil, l'hypersécrétion biliaire est un des phénomènes cliniques les plus saillants de cette maladie, et c'est à juste titre que M. Hanot et Schachmann lui avaient donné le nom significatif de *diabète biliaire*.

Cette particularité clinique a une base pathogénique et anatomique, qui repose sur ce fait : 1° De la conservation des cellules hépatiques;

2° De l'hypertrophie de celles-ci (Hanot);

3° De l'origine biliaire probable du processus morbide;

4° De l'état des canalicules biliaires, qui sont plutôt dilatés qu'obstrués, malgré le catarrhe dont ils peuvent être le siège, et qui peut provoquer un certain degré de stase (Kiener) (1);

5° Enfin la surcharge biliaire considérable dont le foie offre un exemple, unique dans cette maladie.

L'hyperactivité fonctionnelle de la cellule dans cette maladie semble bien être due à l'irritation simple de celle-ci, sans excès d'apport pigmentaire par le sang. D'après M. Kiener, en effet (*l. c.*), l'examen de la rate permet de reconnaître que « l'exagération de la des- » truction globulaire n'est pas un des phénomènes carac- » téristiques de la maladie. »

La cirrhose hypertrophique avec ictère peut donc, cliniquement, représenter le type des troubles fonctionnels de la sécrétion biliaire dans lesquels l'élément morbide — toxique ou infectieux — détermine une irritation sécrétoire de la cellule, qui se traduit par l'hypersécrétion biliaire. Je laisse de côté les phénomènes secondaires à celle-ci, l'ictère, par exemple ; c'est un autre point de vue de la question.

Eh bien, ce trouble fonctionnel, qui suppose la cellule non seulement intacte, mais en hyperactivité physiolo-

(1) *In Sem. méd.*, 1893.

gique, on peut l'observer au début de bien des infections, de bien des intoxications hépatique, mais ce n'est qu'une phase passagère dans la plupart de celles-ci, à laquelle font suite : anatomiquement les altérations anatomiques de la cellule hépatique, et fonctionnellement l'insuffisance de celle-ci. De telle façon que l'hypersécrétion biliaire peut être considérée comme un des modes de réaction d'une infection hépatique, mais d'une infection d'une *qualité spéciale*, c'est-à-dire à virulence atténuée, incapable de provoquer dans le protoplasma cellulaire les modifications histochimiques qui en amènent la mort.

A côté de ces faits, relevant d'un autre mécanisme, mais aboutissant au même résultat : la polycholie, il nous faut ranger ceux dans lesquels l'activité cellulaire est provoquée par un apport au foie d'une quantité exagérée d'hémoglobine provenant d'une destruction globulaire anormale. *La fièvre intermittente* ou mieux l'*infection paludéenne* représente le type de cette nouvelle série morbide.

Constatée dans le cours des fièvres solitaires (*Traité des maladies des pays chauds*, p. 444, Kelsch et Kiener, *l. c.*), cette hypersécrétion biliaire est surtout très marquée dans le groupe des fièvres dites *bilieuses*, depuis les plus simples jusqu'aux cas les plus graves. Elle caractérise véritablement ces types cliniques qui font partie de la pyrétologie des pays chauds. « L'état bilieux, » disent Kelsch et Kiener, est dans les fièvres de mala- » ria un caractère nosographique qui par son impor- » tance vient immédiatement après la fièvre, et l'on » peut supposer qu'un phénomène ayant un rôle aussi » prépondérant dans l'évolution générale de la maladie » se rapporte à une des propriétés fondamentales du » poison morbide. »

Nous ne pouvons entrer ici dans tous les détails symptomatiques qui caractérisent ces formes bilieuses. Disons seulement que cette polycholie se manifeste par des vomissements de bile pure, par des selles bilieuses abondantes, verdâtres ou brunâtres ; par l'existence dans l'urine de la matière colorante biliaire normale ou modifiée, enfin parfois par les signes ordinaires de la résorption biliaire le plus souvent à un faible degré. C'est du moins ce qui s'observe dans les fièvres dites bilieuses et gastriques simples (Kelsch et Kiener, pages 452 et 456).

Dans ces formes, comme dans celles plus graves, l'hypersécrétion biliaire est liée, ainsi que nous l'avons vu, à l'abondance de l'hémoglobine provenant des déchets globulaires et présente les rapports les plus étroits avec l'hémoglobinurie. Ici la cellule hépatique est suffisante à débarrasser l'organisme des pigments sanguins en circulation. Mais dans les formes malarienne graves, lorsque la destruction globulaire est intense, le foie est au-dessous de sa fonction d'élimination pigmentaire, il y a *une insuffisance relative du foie*, d'où l'apparition de l'hémoglobine en nature dans les urines. Cet état caractérise la *fièvre malarienne bilieuse hémoglobinurique*.

Il se passe ici des phénomènes analogues à ceux qu'on observe après certains empoisonnements, dont le résultat est une destruction globulaire, suivie d'hyperactivité du foie : par exemple la *toluyleudiamine*, chez le chien. Le premier effet est la polycholie, puis l'hémoglobinurie, si la fonction biliaire est insuffisante, et en réalité « l'accès » hémoglobinurique ne se produit pas d'emblée, il est » précédé de manifestations bilieuses, *la stimulation* » *fonctionnelle de la glande hépatique* est le premier » effet de la destruction globulaire. » (K. et K.)

Mais cette loi souffre des exceptions, et la succession de ces deux ordres de phénomènes — polycholie, hémoglobinurie — n'est pas constante. Il y a même des cas où la phase polycholique fait défaut. Il faut donc admettre qu'il y a d'autres conditions nécessaires à l'activité hépatique que l'excitation cellulaire qui résulte de l'action du poison palustre sur le foie, et de l'apport à celui-ci de matières premières pigmentaires en excès. Nous ne connaissons pas bien ces conditions qui font varier la participation du foie au processus destructeur de l'hémoglobine. Il nous faut cependant accepter le fait, en invoquant avec Kelsch et Kiener, la rapidité plus ou moins grande de la destruction globulaire, les variations de l'innervation vasomotrice, et peut-être aussi une activité individuelle variable dans la vie des cellules hépatiques, soit originelle; soit acquise, par intoxication habituelle, maladie, etc...

De même que dans la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, on retrouve dans l'intoxication malarienne des lésions cellulaires caractérisées par l'hypertrophie. Il est difficile de se prononcer sur la question de savoir si cette hypertrophie cellulaire est consécutive à l'hyperactivité fonctionnelle signalée plus haut, ou si le poison palustre a une action directe sur la cellule hépatique.

Dans l'*intoxication paludéenne chronique*, les symptômes bilieux se retrouvent, avec moins de netteté, mais ils se retrouvent. A la période des *hyperhémies phlegmasiques*, certains accès fébriles peuvent s'accompagner de phénomènes bilieux très accusés, avec ou sans ictère ; ces derniers mêmes peuvent remplacer l'accès fébrile. Dans tous les cas, ils relèvent de la même pathogénie, et les lésions hypertrophiques des cellules du foie sont des plus accusées. Ils procèdent par poussées; s'accompagnent d'une tuméfaction considérable du foie et de la rate; la diarrhée bilieuse en est toujours le caractère fondamental.

***

Si nous nous sommes étendus un peu longuement sur les deux maladies précédentes, la raison en est qu'elles schématisent provisoirement, l'une et l'autre, chacune des conditions qui produisent ce qu'on peut toujours appeler l'état bilieux : d'une part, l'irritation hyperfonctionnelle des cellules hépatiques, de l'autre la destruction globulaire exagérée. Mais en réalité, la question ne se pose pas avec cette simplicité : et la seconde condition est en quelque sorte contingente, le dernier mot restant toujours à l'activité propre de l'épithélium glandulaire : c'est-à dire que la destruction exagérée des globules rouges est incapable à elle seule de provoquer la polycholie et l'ictère.

L'étude des hémoglobinuries, et en particulier, celle de quelques empoisonnements expérimentaux, va nous donner la preuve de ce fait, dont nous venons déjà de parler à propos de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. Cette étude permet également de se rendre compte des troubles biliaires qu'on observe dans certaines infections : soit que celles-ci prennent la forme dite bilieuse, soit qu'elles s'accompagnent au contraire d'arrêt de la sécrétion biliaire, soit enfin que le rétablissement de la fonction biliaire accompagne le début de la convalescence, et puisse se présenter comme un phénomène critique, analogue à la crise uréique que M. Chauffard a décrite à la fin des ictères pseudo-graves : véritable crise biliaire.

Pour comprendre ce qui va suivre, il faut avoir bien présente à l'esprit cette conception, à savoir que le foie est l'organe d'élimination de l'hémoglobine, aux dépens de laquelle se constituent les pigments biliaires, et qu'à l'état normal le rein n'entre pour rien dans cette élimination. Lorsque, par suite d'une destruction globulaire anormale, l'hémoglobine arrive en excès au foie, celui-ci peut détruire, par suractivité fonctionnelle,

cette hémoglobine en excès — modifiée ou non préalablement, et le phénomène qui s'ensuit est une sécrétion biliaire plus abondante et plus riche en matières colorantes biliaires. Tarchanoff, Vossius ont réalisé ce fait expérimentalement en injectant de la bilirubine dans les veines d'un animal; d'autres observateurs, Stadelmann entre autres, l'ont montré également à la suite de l'inoculation de l'hémoglobine elle-même. Dans ces cas, la bile est surchargée de matières colorantes, elle est, de plus, épaisse et visqueuse, et cette difficulté d'écoulement amène l'ictère.

Si, au lieu d'inoculer les matières colorantes en nature, on s'adresse à des conditions d'expérience ou à des poisons qui amènent la destruction rapide et en masse des globules rouges, on observe des phénomènes semblables, mais la relation — et c'est ici le point capital — la *relation entre l'hémoglobinhémie artificielle et la polycholie n'est pas constante*. Tantôt on observe la polycholie et l'ictère, et tantôt pas. Et ces variations ne tiennent pas seulement à la nature du poison, mais aussi dépendent de la dose employée. On peut donc penser, avec Kelsch et Kiener, que le phénomène est subordonné non pas seulement à la destruction globulaire, mais également aussi à l'état d'intégrité ou non de la cellule hépatique, et par conséquent à l'action du poison sur celle-ci. On peut dès lors concevoir l'action de poisons; — qui produisent la destruction globulaire sans polycholie et sans ictère, comme la glycérine, par exemple; — de poisons dans lesquels ces deux phénomènes sont dans un rapport variable: par exemple l'hydrogène arsénié, le chlorate de potasse, l'acide phénique, l'acide pyrogallique, les champignons, etc. L'étude expérimentale faite avec le toluylendiamine, par Stadelmann, Afanissief, Engel et Kiener, montre bien cette dissociation : chez le chien, de faibles doses provoquent la polycholie et l'ictère; à fortes doses, ces phénomènes sont masqués, et c'est l'hémoglobinurie qui se montre.

L'observation clinique permet de faire des constatations analogues : par exemple, dans l'intoxication phosphorée dans laquelle la phase de dégénérescence graisseuse du foie et d'acholie est précédée d'un stade ictérique : par exemple encore dans l'ictère grave, dans lequel, à la période terminale, la cellule hépatique mortifiée devient incapable de former les pigments biliaires et où la disparition de l'ictère constitue un phénomène de la plus haute gravité, ainsi que l'a fait observer M. Jaccoud.

C'est dans cet ordre d'idées également qu'on doit envisager les phénomènes bilieux qui se montrent dans la fièvre jaune, dans le typhus à rechute, et d'une façon générale dans toutes les maladies infectieuses qui revêtent la forme bilieuse : pneumonie, pyohémie, etc., et qui, par ce fait, sont considérées cliniquement comme des formes aggravées.

L'hyperactivité du foie, dans ces circonstances, est cependant une sauvegarde; c'est, parmi les autres, un effort spontané curateur pour éliminer de l'organisme les déchets globulaires, c'est dans une certaine mesure la protection du rein. Tant que les voies biliaires sont suffisantes, cet effort donne tout son effet. Malheureusement l'ictère vient le compliquer souvent; mais si l'on peut considérer à juste titre l'ictère comme un accident de l'élimination hépatique réalisant une auto-intoxication dont l'effet nocif s'ajoute à celui de l'infection primitive, du moins, tant qu'il existe, il indique la persistance fonctionnelle de la cellule hépatique. Ce n'est donc pas une contradiction que d'y voir, à ce point de vue spéculatif, un symptôme relativement favorable dans un ensemble symptomatique grave.

En résumé, la polycholie — caractérisant en clinique les phénomènes bilieux, les formes bilieuses de certaines maladies à destruction globulaire rapide — est la conséquence de deux conditions pathogéniques fondamentales :

1° La destruction globulaire et la *mise en élimination* de l'hémoglobine;

2° La participation du foie, c'est-à-dire l'activité normale ou exagérée des cellules hépatiques.

Au point de vue de la pathologie générale, c'est un effort d'élimination du pigment par les voies physiologiques ; au point de vue thérapeutique, loin d'être enrayé, il demande au contraire qu'on le provoque ou qu'on l'entretienne. Lorsqu'il manque, les pigments anormaux qui peuvent, il est vrai, se modifier ailleurs dans le sang circulant (Gubler, Dreyfus-Brissac, A. Robin), dans la rate, dans la moelle des os, n'ont d'autre issue que le rein. Or, cet organe ne se plie point à cette élimination ; et sauf certains cas rares dont le mécanisme obscur encore nous échappe plus ou moins, telle par exemple l'hémoglobinurie essentielle paroxystique, où l'hémoglobine passe en nature dans l'urine et où les symptômes hépatiques sont effacés, — cette rétention des pigments dans le sang conduit à l'infiltration pigmentaire du rein, à l'anurie, à l'insuffisance rénale.

C'est là un des exemples les plus typiques de la subordination fonctionnelle de nos organes et de la complexité des phénomènes vitaux dans les maladies.

***

Nous avons peut être schématisé un peu, quoiqu'à dessein, la pathogénie de ces phénomènes biliaires. En réalité, les conditions connues ou non connues qui les dominent sont plus complexes Nous avons admis une *insuffisance biliaire* absolue par lésion des cellules hépatiques. Mais on connaît des faits où le foie est matériellement sain et dans lesquels cependant, avec des déchets globulaires considérables, les symptômes biliaires sont réduits au minimum. C'est qu'il y a ici à considérer, dans ce fait brutal de la destruction globulaire, plusieurs conditions de réalisation.

C'est d'abord la *rapidité* avec laquelle se fait la destruction globulaire : le foie se trouvant débordé par l'abondance brusque des déchets pigmentaires qui lui arrivent. Ainsi se trouve constituée *une insuffisance biliaire relative*. Des faits de ce genre ont été observés aussi bien à la suite de l'injection d'eau dans les veines, de la transfusion du sang (Kuhne, Leyden, Tarchanoff, Ponfick) que dans le cours des fièvres malariennes (Kelsch et Kiener). Dans ces cas, le foie est forcé comme émonctoire, et ce sont les symptômes rénaux qui prédominent, parmi lesquels l'hémoglobinurie. Kelsch et Kiener dans la malaria, Ponfick dans ses expériences, ont mis ce fait en évidence. Il est vraisemblable que c'est là une des raisons pour lesquelles dans l'hémoglobinurie paroxystique, où la destruction globulaire semble brusque et intense, les symptômes hépatiques sont si effacés, en admettant bien entendu que ce ne soit pas dans le rein même que la dissolution de l'hémoglobine se fasse.

A cette notion de *rapidité* dans la destruction des globules rouges, vient s'ajouter celle de *masse*. Nous retrouvons ici les mêmes éléments de critique. Ponfick fixe au 1/6 de la masse totale des hématies la quantité nécessaire au delà de laquelle l'hémoglobinurie apparaît.

En somme, nous connaissons quelques-unes des conditions qui font varier les phénomèmes biliaires, mais nous ne les connaissons pas toutes. A celles que nous venons d'étudier ; à celles que, avec Kelsch et Kiener, nous avons signalées à propos de la fièvre bilieuse hémoglobinurique, et tenant à des conditions variables de circulation et d'innervation, il convient peut-être

d'ajouter, à titre d'hypothèse, des modifications chimiques de la matière colorante du sang, et qui la rendent, telle quelle, inapte à être utilisée et transformée par le foie.

Ces variations se retrouvent également lorsqu'il s'agit de l'élimination pigmentaire par le rein : mais nous ne saurions en parler ici sans sortir de notre sujet, non plus que de la transformation des pigments dans le sang, ce qui nous conduirait à étudier la pathogénie de l'ictère, et en particulier de l'ictère que Gubler, MM. Dreyfus Brissac et A. Robin, ont appelé hémaphéïque.

La destruction globulaire dans certaines conditions, l'hyperactivité du foie sont, avons-nous vu, les éléments fondamentaux de ce qu'on appelle l'état bilieux — dénomination clinique qui comprend assez bien les phénomènes polycholiques que nous étudions. D'autre part, nous avons reconnu que certaines conditions anatomiques et fonctionnelles, non connues encore ou hypothétiques, pouvaient également influer sur sa production. Ce n'est pas tout. L'étude des conditions étiologiques extérieures au sujet apporte un nouvel élément, non le moindre, à ajouter aux causes productrices de cet état.

En effet, si certaines intoxications alimentaires ou alcooliques, si certaines infections intestinales peuvent provoquer l'hypersécrétion biliaire, il est indéniable que, sous ces influences, les phénomènes dits bilieux sont plus fréquents ou plus marqués lorsque les sujets vivent sous un climat chaud.

A ce point de vue la température habituellement ou accidentellement élevée à laquelle sont exposés les sujets, joue un certain rôle dans la production des phénomènes bilieux et c'est pourquoi ceux-ci font partie intégrante de la pyrétologie des pays chauds et pourquoi on les retrouve dans certaines affections saisonnières de la période estivale de nos climats : telles, par exemple, certaines diarrhées de l'enfance ou de l'adulte soit d'origine infectieuse, ainsi qu'on en a observé lors de l'épidémie de choléra de 1892 à Paris ; soit d'origine toxique, comme dans certains excès alimentaires ou alcooliques.

En dehors donc de ces causes banales, saisissables, on est bien obligé de reconnaître que l'excès de température ambiante favorise l'hyperfonctionnement du foie (Rattray a montré que chez les sujets arrivant dans les pays chauds, il existe un excès de matière colorante biliaire dans les fèces) et que celui-ci se trouve ainsi en imminence morbide. « Si la fonction biliaire est légèrement surexcitée dans les pays chauds, on peut comprendre qu'elle soit facilement troublée, lorsqu'à l'influence de la chaleur se joignent des causes pathologiques. » (Kelsch et Kiener.) Il y a donc, de ce chef encore, un côté intéressant à signaler dans le développement des phénomènes bilieux.

H. BARBIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'utilisation des eaux d'égout filtrées comme eaux de boisson, par le Dr FELTZ, médecin de l'hôpital de Saint-Denis.

Pendant que la question de l'étiologie de la fièvre typhoïde et de l'assainissement de la ville de Paris est encore à l'ordre du jour, il n'est pas sans intérêt de rechercher quel est le degré de pureté de l'eau qui a filtré à travers une couche plus ou moins profonde de terrain. Dans ce but, le meilleur champ d'expériences est la presqu'île de Gennevilliers qui reçoit les eaux d'égout de Paris en irrigations. De nombreux travaux ont été publiés au sujet de ces irrigations, sur leurs résultats, leur influence sur la santé des habitants de la presqu'île, et sur les terrains arrosés, etc. Je ne reviendrai pas sur ces publications, je veux simplement insister sur une particularité assez ignorée : l'utilisation des eaux d'égout filtrées à travers le terrain comme eaux d'alimentation.

A ce sujet, quelques explications sont nécessaires. Les eaux d'égout qui ont été répandues sur les champs au moyen de petits canaux ne doivent pas séjourner dans les terrains, pour ne pas transformer ceux-ci en marécages. On a donc établi des drains pour ramener dans la Seine une grande partie au moins des eaux d'égout qui ont filtré à travers les couches de terrain. Ces drains, qui ont en moyenne 0 m. 45 de diamètre, sont en béton et munis de trous ou ventouses; la profondeur à laquelle ils sont établis varie de 4 m. 50 à 4 m. 90. Celui qui aboutit au boulevard d'Asnières, à Villeneuve-la-Garenne, drain du Moulin de Cage, a 4 m. 90; celui qui aboutit près du pont (drain du Péage) a 4 m. 83 de profondeur. Les couches de terrain pour arriver au premier sont les suivantes :

Terre végétale	0 m. 70
Sable silico-argileux	0 m. 50
Sable et cailloux roulés	3 m. 70
Pour arriver au second :	
Terre végétale	0 m. 85
Sable silico-argileux	0 m. 40
Sable et cailloux roulés	3 m. 58

Le premier fournit de 3 à 4,000 mètres cubes d'eau par jour ; le second de 5 à 6,000. D'autres de ces drains donnent jusqu'à 10,000 mètres cubes.

L'eau fournie par ces drains à leur embouchure dans la Seine est claire, limpide, très fraîche et très agréable à boire. Quand les habitants de Villeneuve-la-Garenne me disaient qu'ils buvaient la meilleure eau du pays, de l'eau de source, je ne me doutais pas tout d'abord que ce fût de l'eau d'égout filtrée à travers les terrains irrigués. Depuis 15 ans que je connais des familles qui boivent journellement de cette eau, je n'y ai pas observé un seul cas de fièvre typhoïde ou de choléra.

J'ai, par contre, constaté, en quelques années, trois cas de fièvre typhoïde chez des personnes qui buvaient de l'eau de Seine.

D'après les renseignements que j'ai obtenus, beaucoup de personnes s'approvisionnent de la même eau aux drains qui sont en dehors de mon rayon de clientèle.

Cette immunité pour la fièvre typhoïde, chez les personnes buvant de cette eau, étant bien établie, il n'était pas sans intérêt de l'examiner au point de vue bactériologique. M. le professeur Strauss a bien voulu faire procéder à cette analyse dans son laboratoire. La première analyse a été faite au mois de février au moment de l'explosion de l'épidémie de fièvre typhoïde à Paris. La seconde vers le milieu du mois de mai, c'est-à-dire près de deux mois après la fin de l'épidémie.

J'ai recueilli chaque fois deux échantillons d'eau, l'un dans un flacon stérilisé et l'autre sans précautions aseptiques. L'examen le plus attentif et les expériences variées n'ont révélé la présence ni du bacille coli commune, ni du bacille d'Eberth, ni d'aucun bacille pathogène. On y trouve le bacille fluorescens liquefaciens et le bacille fluorescens putridus en assez grande quantité. De la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 20 novembre 1889, j'extrais les lignes suivantes : « L'épuration agricole des eaux d'égout méritait de tenir une grande place dans l'exposition de l'assainissement de Paris. » Aussi a-t-on placé dans le parc du Trocadéro, non loin de l'entrée, un jardinet de 200 mètres superficiels, et disposé sur un sol perméable, de la composition de celui de

Gennevilliers. On l'irrigua à l'eau d'égout. Un drainage recueillait l'eau épurée et venait aboutir à un rocher artificiel où elle coulait comme une petite source limpide et fraîche à laquelle des passants n'hésitaient pas à se désaltérer.

Cette petite expérience de l'eau d'égout utilisée comme boisson après son filtrage, installée au Trocadéro pendant peu de temps, est pratiquée en grand depuis plusieurs années par un nombre assez considérable d'habitants de Villeneuve-la-Garenne. Cette eau filtrée est absorbée en grande quantité et constitue une eau potable, pure et d'excellente qualité au point de vue chimique et microbiologique. Ce qui le confirme du reste clairement, c'est qu'elle n'a jamais été cause d'aucune maladie.

De ce qui précède, il résulte également que la nature des terrains avoisinant les sources captées pour servir à l'alimentation d'une ville doit être prise en sérieuse considération. Les terrains dont la constitution se rapproche de ceux de la presqu'île de Gennevilliers offrent une barrière infranchissable aux microbes pathogènes. Il n'en est pas de même de tous les terrains, ainsi qu'une des discussions à l'Académie de médecine sur l'origine de la fièvre typhoïde semble le démontrer.

La folie diathésique, par le Dr Crocq fils (de Bruxelles). (*Suite.*)

II

Nous avons parcouru successivement toutes les maladies diathésiques que nous avons admises, et nous avons vu que toutes se rencontrent fréquemment avant ou pendant la folie. Nous abordons maintenant un sujet dont on s'est beaucoup moins préoccupé, et cela bien à tort, nous voulons parler des *rapports héréditaires* qui unissent l'aliénation mentale aux autres maladies diathésiques.

Comme nous l'avons dit précédemment, l'hérédité n'apparaît dans toute son intensité que si l'on considère les diverses maladies diathésiques dont étaient atteints les parents des aliénés; la statistique, au lieu de porter à 25 pour 100 les cas de folie héréditaire, devra de cette façon enregistrer l'hérédité 95 fois sur 100 dans les cas d'aliénation mentale.

Marcé déjà avait compris l'hérédité vésanique « en cherchant autour du malade non seulement les cas d'aliénation mentale, mais encore les faits de chorée, d'hystérie, d'épilepsie, d'affections névropathiques ». En partant de ce principe, il évalue à 95 pour 100 les cas de folies héréditaires.

Nous élargissons encore le cadre de l'hérédité morbide, et nous disons que toutes les maladies diathésiques peuvent produire la folie en passant des parents aux enfants; l'évaluation que nous avons faite tantôt de 95 pour 100 n'est donc nullement exagérée.

Reprenons successivement chaque maladie diathésique et voyons si elles donnent naissance à l'aliénation mentale.

a. Nous avons peu à dire de l'hémophilie, la rareté de cette maladie n'ayant pas permis jusqu'ici de se livrer à des recherches spéciales à ce sujet; aucun observateur du reste n'a interrogé un hémophilique pour savoir s'il y avait des aliénés dans sa famille.

b. Les varices et les anévrysmes ne peuvent manquer d'exister parmi les ascendants ou les descendants des aliénés, au même titre que les autres maladies diathésiques; Charpentier a étudié cette question, il conclut comme suit :

« 1° La folie hémorrhoïdaire n'existe pas; une folie arthritique avec délire spécial n'existe pas davantage.

2° Il y a rarement relation causale entre l'hémorrhoïde et la folie, mais il existe une relation de succession laquelle implique une relation d'évolution, l'hémorrhoïde et la folie étant souvent les manifestations différentes d'un même état général.

3° Toutes les fois que, sur un sujet atteint de troubles mentaux, on constate la présence ou l'existence antérieure d'hémorrhoïdes, il sera prudent de rechercher dans les antécédents de famille, non seulement l'aliénation mentale, les névroses et l'alcoolisme, mais aussi les différentes manifestations de l'arthritisme.

c. La scrofule se rencontre très fréquemment dans la famille des aliénés; les auteurs n'ayant pas insisté sur ce point, nous croyons devoir rapporter quelques faits.

Obs. LXXII (personnelle). — Mlle M.... vint à la consultation du Dr Lavisé en juin 1891 pour se guérir d'une *adénite* volumineuse et strumeuse ayant envahi tout un côté du cou. La santé générale était bonne, même florissante, les poumons étaient intacts.

Sa mère est âgée de soixante-deux ans, son père est mort *aliéné*, dans un asile, à l'âge de quarante-cinq ans; deux de ses frères et sœurs sont morts en bas âge de *convulsions*, un frère est bien portant.

Obs. LXXIII (personnelle). — Alfred D.... se présentait, en juillet 1891, à la consultation du Dr Lavisé à l'hôpital Saint-Jean; il portait au cou une petite *tumeur scrofuleuse* dont il désirait ardemment se débarrasser. — Interrogé sur ses antécédents héréditaires, ce malade me dit que ses parents étaient bien portants; cependant, pressé de questions, il finit par dire que son père était atteint d'un *eczéma chronique* des deux jambes et qu'un frère de son père était *aliéné*, son grand-père paternel ne savait pas bien non plus ce qu'il faisait.

Cette observation va plus loin que nous le voulons pour le moment, elle montre l'herpétisme provenant de la folie et la scrofule provenant de l'herpétisme; il n'en est pas moins vrai que la source de la scrofule du petit-fils était dans l'aliénation mentale du grand-père.

d. La tuberculose est plus fréquente encore que la scrofule dans la famille des aliénés, parce qu'elle représente, comme la folie, un des termes ultimes de la dégénérescence humaine, dont la scrofule n'est encore qu'une période initiale.

La femme de l'observation 11 qui mourut de tuberculose pulmonaire était d'une *famille de phthisiques*, elle était *aliénée*.

Obs. LXXIV (personnelle). — Joséphine M., âgée de vingt-six ans, entre le 17 juillet 1891 dans le service de M. Desmeth; son père est mort d'*accidents cérébraux*, son frère de *tuberculose pulmonaire*, sa sœur a été *mélancolique*. Elle-même est triste, elle gémit, ne répond pas aux questions qu'on lui pose; elle refuse toute nourriture, elle a des hallucinations auditives et olfactives, elle se croit damnée. Le lendemain le délire est devenu maniaque.

Diagnostic : Folie hystérique.

Obs. LXXV (personnelle). — Philippe M..., âgé de trente ans, entre le 28 octobre 1887 dans le service de M. Desmeth. Son père est mort de *tuberculose pulmonaire*, sa sœur est *aliénée*, le malade prétend être l'objet des persécutions des francs-maçons, depuis 1860; il entend leurs menaces, se fâche contre eux et frappe du poing contre la table.

Diagnostic : Délire des persécutions.

Obs. LXXVI (personnelle). — V., âgé de trente-deux ans, artiste lyrique, était couché en août 1891, salle 10, lit 4, dans le service de M. Lavisé; il était atteint de *caries costales* multiples; plusieurs résections des côtes avaient déjà été pratiquées et les morceaux retirés étaient creusés de cavernes tuberculeuses.

Le père de ce malade est bien portant, mais sa mère est morte *folle* à quarante-cinq ans; neuf de ses frères et sœurs sont morts : deux du croup, un de *convulsions*, une sœur s'est *suicidée*. Il lui reste deux sœurs qui sont, dit-il, bien portantes; lui-même a eu un *rhumatisme articulaire* pour lequel il a été déjà en traitement à l'hôpital.

Obs. LXXVII (personnelle). — A..., âgée de vingt-six ans, ménagère, se trouvait en novembre 1891 à l'hôpital de Molenbeck; sa planche portait le diagnostic *tuberculose double*. Son père est mort *aliéné*, à quarante-quatre ans, il était atteint du délire des persécutions; sa mère est en parfaite santé et toute la famille de cette dernière est bien portante. Il n'en est pas de même de celle du père : un de ses frères et une de ses sœurs sont morts *tuberculeux*, lui-même a eu dix enfants dont huit sont morts en bas âge : six de *convulsions*, un de *méningite*, et un d'un refroidissement.

Obs. LXXVIII (personnelle). — Auguste P., âgé de vingt ans, vint se faire soigner à la consultation du Dr Lavisé : il avait reçu un coup au coude droit, l'articulation était rouge et gonflée. Aucun traitement ne parvint à guérir cette arthrite et bientôt tous les symptômes de la *tuberculose articulaire* existaient. A l'auscultation de la poitrine on percevait des craquements au sommet droit et une expiration très rude et prolongée, à la percussion une submatité assez prononcée.

Le père de ce malade est vivant, il a soixante-trois ans et n'a jamais été malade; la mère est morte *folle* dans une maison de santé : un frère de la mère est mort d'*apoplexie*, une sœur était *alcoolique*, une autre sœur est *tuberculeuse*.

P... a eu 7 enfants, dont 5 sont morts en bas âge : deux de *convulsions*, deux du croup et un de *méningite;* son frère se porte bien, mais il est *alcoolique* au plus haut point.

Obs. LXXIX (personnelle). — Jeanne V., alitée dans le service de M. Rommelaere, était atteinte de *tuberculose pulmonaire;* ses parents étaient parfaitement bien portants, disait-elle, cependant en insistant un peu elle dit que sa mère était bizarre, colérique, ne sachant quelquefois pas bien ce qu'elle faisait; cette mère a eu deux sœurs et trois frères, une sœur est morte *aliénée*, l'autre est morte *tuberculeuse*, un frère est mort accidentellement, un autre du delirium tremens; le survivant a actuellement trente-deux ans, il souffre horriblement de la goutte.

Disons encore que Schrœder von der Kolk a vu plusieurs frères et sœurs devenir aliénés, tandis que d'autres mouraient poitrinaires.

« Nous avons observé nous-mêmes de nombreux faits de ce genre », disent Mabille et Lallemant.

e. Les parentés morbides du cancer sont, comme nous le verrons bientôt, plus étendues qu'on ne le croit généralement. Verneuil récemment encore a insisté sur la fréquence des maladies arthritiques dans la famille des cancéreux; ce n'est pas seulement avec les maladies arthritiques, mais bien avec toutes les maladies diathésiques que ces rapprochements doivent être faits. Nous ne nous occuperons ici que des rapports du cancer avec la folie.

On a longuement insisté sur les folies produites par les tumeurs cérébrales, et Berthier rapporte de nombreuses observations concluantes à ce sujet; on a également envisagé la question des rapports du cancer d'une région quelconque de l'économie avec l'aliénation mentale, nous avons vu précédemment Mabille et Lallemant insister sur ce point, mais ce que l'on a trop négligé, c'est de rechercher les rapports héréditaires de ces deux maladies : c'est à l'étude de ce sujet que nous allons consacrer quelques lignes.

Nous trouvons dans le mémoire de Mabille et Lallemant le seul passage suivant se rapportant à ce sujet : « Nous avons souvent noté l'existence du cancer chez les ascendants de nos aliénés, et, tout récemment encore, nous avons eu à traiter une jeune fille fort intelligente et très instruite dont le père, homme de lettres, avait été atteint de cancer de la face et consécutivement de troubles délirants. »

Obs. LXXX (personnelle). — Elise T..., âgée de trente-six ans, en traitement dans le service du Dr Lebrun, est atteinte de *cancer du sein*. Le père de cette malade est mort d'un *carcinome gastrique*, sa mère est bien portante. Un frère est mort en bas âge de *convulsions*, l'autre à vingt-six ans de *tuberculose pulmonaire*, une sœur est bien portante. Tout jusqu'ici est peu concluant, mais la malade, qui du reste est très intelligente, me donne encore les renseignements suivants : son père a eu sept sœurs, toutes sont mortes : deux de *cancer du sein, cinq d'aliénation mentale;* deux cousins germains sont *fous*.

Obs. LXXXI (personnelle). — Jean W..., âgé de quarante-cinq ans, vint à la consultation du Dr Dantz en 1891, il se plaignait de douleurs d'estomac revenant sous forme d'élancements, il avait des vomissements mélaniques, son teint jaune paille était caractéristique et l'on percevait manifestement à la palpation une tumeur dure, bosselée à la région épigastrique (*carcinome*).

Le père de ce malade est bien portant, il a soixante-dix-sept ans; sa mère est *folle;* il a sept frères et sœurs dont cinq *ont succombé* en bas âge : deux de *convulsions*, un de *méningite*, un du croup et un de la fièvre typhoïde; il lui reste une sœur qui est atteinte de *folie épileptique*.

Obs. LXXXII (personnelle). — Marie D..., âgée de cinquante-deux ans, alitée à l'hôpital de Molenbeck, est atteinte de *carcinome gastrique;* son père était atteint d'un *eczéma chronique* des deux bras, sa mère n'a jamais été malade; sa grand'mère paternelle est morte *folle*, son grand-père paternel est mort à quatre-vingt-cinq ans. Un oncle paternel est mort d'*apoplexie*, une tante d'*anévrysme de l'aorte*. De six enfants, ils restent à deux, sa sœur *tousse et crache abondamment* (?).

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur un cas de paralysie générale à forme de tabes au début chez un syphilitique, par Chabbert (*Archives de neurologie*, juin 1894, n° 88, p. 401). — Observation dont les données étiologiques et les signes cliniques ne nous ont pas paru suffire encore à trancher définitivement la question discutée des origines de la paralysie générale et des rapports qu'elle affecte avec le tabes, but que parait s'être proposé l'auteur dans les considérations dont il l'a fait suivre, et où il conclut à la non-identité du tabes et de la paralysie générale, et à la prépondérance de l'étiologie névropathique dans la création de la cérébropathie progressive.

Sur un cas d'encéphalite corticale et de poliomyélite associées, par H. Lamy (*Revue neurologique*, 15 juin 1894, n° 11, p. 313). — H. Lamy rapporte l'observation suivie d'autopsie, la mort étant survenue, à la suite d'un cancer gastrique, d'un sujet qui avait souffert d'infirmités durant toute sa vie, caractérisées par de la faiblesse de l'intelligence, à la suite de convulsions du premier âge, puis d'une paralysie atrophique du membre inférieur droit. L'examen du système nerveux ayant montré d'une part des lésions d'encéphalite — macroscopiquement — localisées à l'écorce de l'hémisphère gauche, d'autre part un foyer très net de poliomyélite occupant la substance grise de la moelle au niveau de la région sacro-lombaire; l'auteur pense qu'il a affaire à la combinaison, prévue par Marie dès 1891, d'une association de poliomyélite et de polioencéphalite plaidant en faveur de la théorie d'une cause infectieuse commune pour les deux affections.

Maladie de Graves anormale (An unusual case of Grave's disease), par J. Craig (*The Dublin Jour. of med. Science*, juin 1894, n° 252, p. 508). — L'anomalie dont il s'agit consista en des troubles oculaires graves qui entraînèrent pour la malade une cécité définitive. La jeune femme, âgée de 25 ans, dont l'histoire est rapportée, souffrait depuis un an

et demi de la plupart des signes de la maladie de Basedow : goître très développé, tremblement, palpitations, exophthalmie, tachycardie, quand peu à peu apparurent des douleurs oculaires, un bourrelet d'œdème conjonctival rouge, des ulcérations de la cornée. Peu à peu de la panophthalmie suivit, puis la cécité qui nécessita l'admission de la malade dans un asile. Il n'existe pas à la connaissance de l'auteur, malgré que les troubles oculaires basedowiens soient très fréquents et très variés, d'observation analogue, et il voit dans leur apparition la justification de l'intervention chirurgicale, tentée en ces derniers temps contre elle.

CHIRURGIE

Forme rare de tuberculose anale (Eine seltene Form von Analtuberkulose), par Kramer (*Centralb. f Chir.*, 1894, n° 16, p. 363). — Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans dont les parents étaient morts phthisiques. En 1887, il est pris de toux et peu de temps après de ténesme rectal avec selles contenant un peu de sang, qu'il attribue à des hémorrhoïdes. Un médecin qu'il consulte à cette époque trouve dans la région anale une ulcération des dimensions d'une pièce de 50 centimes, et donne au malade une pommade pour mettre sur l'ulcération, et de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Ce traitement a été suivi pendant un an, sans le moindre succès ; au contraire, la lésion ne fit que s'aggraver, et lorsque l'auteur vit le malade, il le trouva dans un état de phthisie avancée, confirmée par l'ausculation. Dans la région anale, existait une tumeur des dimensions d'une petite pomme, dépassant le niveau de la peau sur laquelle elle empiétait, occupant toute la partie droite et postérieure de la région anale et remontant dans le rectum sur une étendue de 3 à 4 centimètres au-dessus de l'orifice anal, c'est-à-dire jusqu'au sphincter interne. Cette tumeur, dont le plus grand diamètre mesure 4 centimètres, se composait de granulations nombreuses, très friables et aplaties dans les couches superficielles, plus consistantes, fongueuses, rouge-brunâtres dans les couches profondes, couvertes, les superficielles comme les profondes, d'un pus verdâtre. A la loupe, on voyait dans les granulations de tout petits nodules grisâtres et jaunâtres. La tumeur reposait sur une ulcération ronde à bords durs, violacés, décollés. Pas de fistule anale. Ganglions inguinaux tuméfiés, mais non douloureux.

Sur le conseil de l'auteur, le malade consentit à une opération. On enleva par conséquent la tumeur de même que l'ulcération qui s'étendait jusqu'au sphincter externe dont on fut obligé de reséquer la moitié droite. La plaie fut suturée et guérit en grande partie par première intention. La malade succomba au bout d'un an à sa phthisie, sans qu'il se produisit une récidive de la tumeur anale.

L'examen microscopique confirma le diagnostic clinique, en montrant qu'il s'agisait d'une production tuberculeuse avec tubercules et cellules géantes renfermant un grand nombre de bacilles tuberculeux.

Coup de feu dans l'abdomen sans lésions intestinales, par Decaux (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1894, n° 5, p. 403). — Il s'agit d'un soldat qui se suicide en se tirant un coup de fusil dans l'abdomen. La balle a traversé de part en part l'abdomen, et l'homme est mort en moins de dix minutes sans reprendre connaissance, perdant beaucoup de sang par les deux orifices d'entrée et de sortie du projectile.

L'orifice d'entrée était situé à la face antérieure de l'abdomen, à 7 cm. à gauche de l'ombilic et un peu au-dessus de la ligne horizontale passant par l'ombilic; l'orifice de sortie à la face postérieure de l'abdomen, à 7 cm. à droite de la ligne des apophyses épineuses vertébrales et à 13 cm. au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouva quelques caillots et un peu de sang noirâtre épanché dans la cavité abdominale. L'épiploon n'avait pas été atteint, et, malgré les recherches les plus patientes, on ne trouva aucune perforation de l'intestin grêle ou du côlon. La balle est passée devant le côlon descendant, abrasant quelques franges graisseuses et perforant le méso-côlon descendant presque au niveau de son insertion sur l'intestin. Les gros vaisseaux étaient intacts. La lésion principale siégeait sur la colonne vertébrale au-dessus du promontoire : le corps de la cinquième vertèbre lombaire était traversé de part en part, la moelle sectionnée, les muscles voisins lacérés. Aucune lésion ne fut trouvée dans les autres parties du tube digestif ni dans les viscères abdominaux.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires professées à l'hôpital Necker, *Séméiologie — Diagnostic — Pathologie et thérapeutique générales*, par J. C. Félix Guyon. Troisième édition, revue et augmentée. Tome I, Paris, J.-B. Baillière, 1894.

Bien souvent déjà nous avons insisté sur la nécessité d'un enseignement de la médecine à la fois théorique et pratique, ne se bornant pas à l'exposé plus ou moins intéressant de maladies exceptionnelles, mettant en relief le talent de celui qui les a reconnues ou guéries, mais sachant envisager dans leur ensemble tous les faits cliniques et indiquant une méthode capable de conduire à un diagnostic précis et de bien poser les indications thérapeutiques. Le livre de M. Guyon répond admirablement à ce programme. Il donne, dès ses premières pages, la mesure de ce que doit apprendre la méditation de ses divers chapitres. La nécessité d'une méthode d'examen est magistralement établie et l'éminent chirurgien, qui a réalisé au point de vue opératoire de si remarquables progrès, n'hésite pas à affirmer que les malades doivent être examinés au point de vue médical avant d'être soumis à l'exploration chirurgicale, ce qui revient à dire qu'un diagnostic sérieux et complet ne pourra être porté que si l'on sait poser aux malades des questions aussi minutieuses que précises, écouter leur récit tout en le dirigeant et en rectifiant leurs théories personnelles, retenir les symptômes essentiels et les classer méthodiquement.

Etablissant, dans une autre partie de l'ouvrage, la différence qui existe entre le langage scientifique et le langage de la pratique journalière, « on ne doit aux malades, dit M. Guyon, que les vérités qu'ils peuvent entendre ; on se doit à soi-même de savoir quelle est la valeur des expressions dont on fait usage ». N'est-ce point là, en effet, le premier devoir du médecin? Savoir écouter, tout en rectifiant ses erreurs, le malade qui prétend connaître mieux que personne la maladie dont il souffre; bien diriger cet interrogatoire et, avant d'intervenir chirurgicalement, connaître ou tout au moins préjuger avec une quasi-certitude la nature du mal et l'étendue des lésions; telle est ou, du moins, telle devrait être toujours la conduite du chirurgien.

Lorsqu'il s'agit des maladies urinaires, le livre de M. Guyon le prouve surabondamment, cette méthode médico-chirurgicale est seule vraiment scientifique : ce que nous tenons à ajouter, c'est que bien souvent, alors qu'il s'agit d'autres lésions chirurgicales, une méthode analogue conduirait à des résultats aussi parfaits, épargnerait à nos chirurgiens le reproche de vouloir opérer toujours et quand même, et ferait condamner les opérations *exploratrices* trop souvent inutiles.

Nous recommandons dès lors de la manière la plus pressante la lecture des premières leçons de ce bel ouvrage.

Est-il nécessaire de signaler spécialement celles qui suivent et d'analyser en détail un livre depuis longtemps devenu classique ? Nous ne le pensons pas, car tout serait à analyser dans ce premier volume. Nous ne pouvons manquer cependant de dire combien nous a intéressé la douzième leçon, consacrée à l'étude des modifications pathologiques de l'urine, à leur analyse histologique, bactériologique et physico-chimique. A chaque page la médecine intervient avec la précision et la clarté que lui donnent les procédés de recherche qu'une science nouvelle a su perfectionner. Comme le dit si bien M. Guyon, « au lit du malade, c'est grâce à la physiologie pathologique que peuvent être appréciées les conditions de réceptivité qui dominent, en clinique, les questions soulevées par l'étude de l'infection ». C'est grâce à l'analyse méthodique des symptômes observés plutôt encore qu'au seul examen bactériologique des humeurs que l'on devra la connaissance approfondie des faits qui dicteront tout à la fois et le pronostic et le traitement. Rien ne vaut donc la méthode d'analyse clinique si bien exposée dans ce livre et c'est pourquoi nous avons cru devoir, sans attendre le deuxième volume qui sera plus chirurgical, le signaler à la méditation des praticiens et des savants.

L. Lereboullet.

VARIÉTÉS

Nos médecins, à propos d'un livre récent.

(*Réponse à M. de Wyzewa.*)

J'imagine que si l'on demandait à chacun de nous, — les malades d'hier, d'aujourd'hui et de demain, — ce que c'est qu'un médecin, les définitions, pour variées qu'elles fussent, se ressembleraient en un point : tous, nous répondrions qu'à des degrés divers les médecins font du bien, qu'à tout le moins ils cherchent à en faire, et, à ce titre, doivent être considérés comme des bienfaiteurs de l'humanité. — Or, je suis, paraît-il, rempli d'illusions; et voici M. de Wyzewa qui, dans un article de la *Revue Bleue* (1), à propos d'un livre récent, me les secoue de la belle manière; ou du moins le croit-il, ce qui pour lui revient au même.

« Les médecins, nous dit-il, sont en train de tout accaparer; » et si la population parisienne ne se partage pas tout entière » en médecins et en malades, il faut convenir du moins que » *le nombre des médecins y grandit d'année en année dans* » *des proportions inquiétantes,* et le nombre des malades » dans des proportions plus inquiétantes encore. »

Je veux, tout d'abord, rassurer M. de Wyzewa sur un point : loin de *grandir d'année en année,* la statistique pour 1891, 1892 et 1893 a révélé que le nombre de jeunes gens entrés dans la carrière médicale *diminue chaque année.* Les chiffres sont là, indéniables, et calmeront, je l'espère, l'« inquiétude » de M. de Wyzewa. Quant au nombre de malades, s'il est vrai qu'il croisse d'année en année, ce que nous ignorons, ne serait-ce pas qu'il n'y a point encore assez de médecins pour les soigner ?...

On demandera, peut-être, pourquoi M. de Wyzewa est si inquiet à l'idée que les médecins « accaparent tout »?

Pourquoi ? s'écriera-t-il; mais vous ne sentez donc pas le péril? Vous ne savez pas quel monstre dangereux ce peut être qu'un médecin! Demandez-le plutôt à l'auteur de ce « beau livre », de ce livre « vraiment chrétien, » — *Les Morticoles*, puisqu'il faut l'appeler par son nom.

M. de Wyzewa est apparemment de ces critiques naïfs qui *croient que c'est arrivé.* Il lui a suffi de lire le roman fantaisiste d'un raté de médecine quelconque pour adopter immédiatement toutes les idées de l'auteur, et croire tout ce qu'il avance comme parole d'Evangile. Aussi décide-t-il que « les » mœurs de nos médecins de Paris ne doivent guère différer, » *à l'exagération près*, de celles que prête M. Daudet aux » médecins de ses *Morticoles.* » Sachons-lui gré d'avoir dit : *à l'exagération près*... Nos médecins n'en restent pas moins à ses yeux des êtres malfaisants, venimeux, dangereux, une manière de graine d'Antéchrist toujours prête à germer et qui, partout poussant ses rejetons, ne tardera pas à nous étouffer, si nous n'y prenons garde. Déjà, grâce à eux, « l'art, la religion, la bonté (!), sont remplacés par la science »; et quelle science! Une « soi-disant science qui n'est qu'igno» rance et qui détourne les hommes de leurs anciennes sources » de repos et de consolation, sans être le moins du monde en » état de leur en fournir de nouvelles. »

Quelques médecins, cependant, ajoute-t-il, « ont reconnu » l'inanité de cette soi-disant science qu'on leur a enseignée » et se résignent du moins à n'en pas abuser. Mais beaucoup » aussi sont affolés d'orgueil ou d'ambition, ou d'avidité; » (*affolés d'avidité*! qu'est-ce donc que cela?). Et il y en a » encore qui sont affolés de science (voyez-vous ça? les misé» rables!): ce sont les plus dangereux, *ceux qu'il était le* » *plus urgent de nous faire haïr.* » J'ai bien écrit : *haïr*; le mot y est.

Et ce n'est pas tout. Non seulement ces hommes « dangereux » sont « affolés de science »; mais à quoi pensez-vous que leur serve cette science? A inventer tous les jours « quelque nouveau remède qui se trouve, en fin de compte, » ne guérir personne (qu'en savez-vous, cher monsieur?) : et » tous les jours ils inventent une nouvelle maladie, *dont on* » *dirait que le germe ensuite se répand avec le nom.* »

Pour le coup, je crois que M. de Wyzewa s'exagère quelque peu le pouvoir occulte de nos médecins. — Je sais bien que Sganarelle, de joyeuse mémoire, offre à Géronte de « lui donner la fièvre », ne pouvant le rendre sourd, comme le bonhomme le lui demande; mais c'était Sganarelle... Et puis, il n'inventait rien, la fièvre ayant existé de tout temps. Toujours est-il que notre pauvre confrère tremble en songeant à la ténébreuse et néfaste puissance de nos médecins. Il a « frémi » en lisant tout dernièrement dans les journaux l'histoire de cet interne qui, refusant de traiter les plaies d'après les méthodes antiseptiques reconnues pour seules efficaces et saines, y appliquait, de son propre chef, un simple cataplasme; remède qui, certes, délivrait les malades de leurs maux, puisqu'il les délivrait de la vie... Il est vrai que cet incident apparaît légèrement modifié sous la plume de M. de Wyzewa : l'interne devient un héros qui, « pour » épargner la santé d'un malade, avait osé résister à l'un quel» conque des Princes de la Chirurgie (avec des majuscules!), » et remplacer l'emploi de je ne sais quel *coutelas* (?) par » l'emploi décidément anti-scientifique d'un cataplasme. »

Qu'on me permette ici une parenthèse. Je suppose que M. de Wyzewa soit grièvement blessé; que, la plaie s'envenimant, la gangrène s'y mette, et mette ainsi la vie même en danger : croit-on qu'en pareil cas il se contente d'un « simple cataplasme »? J'en doute fort, pour ma part; je suis même presque sûr qu'il lui préférerait quelque instrument tranchant, fût ce le fameux « coutelas ».

Je reprends le réquisitoire, en le résumant — car j'en passe, et des meilleurs. — Nous courons donc les plus grands dangers; qu'on en juge plutôt : « Les médecins sont désormais » les maîtres du monde. Ils décident à leur gré du sort des » criminels; *et le sort des innocents est soumis de plus en* » *plus à leur fantaisie.* »

Voilà qui est nouveau. Jusqu'ici, c'était plutôt le reproche contraire qu'on avait pu faire à certains anthropologistes un peu trop portés, peut-être, à faire de tous les criminels des êtres irresponsables et par suite innocents. Mais les accuser de faire, des innocents, des coupables, on n'y avait guère songé encore! — Eh oui! nous répondra M. de Wyzewa, personne ne le leur avait fait, ce reproche, et c'est tout simple : « on hésite à mal parler d'eux : *il y faudra bientôt autant* » *de courage qu'il en fallait à Venise, pour médire des mem-* » *bres du Conseil des Dix.* » — En vérité! Nous en serions là? Situation effrayante, en effet, et qui devrait nous faire dresser les cheveux sur la tête : il ne nous manque plus que la « Bocca del Leone », les Trois Inquisiteurs, et le canal Orfano! — Et qu'est-ce qui nous a menés là, je vous prie? la Science, « cette manie scientifique qui, depuis cent ans, a » envahi le monde, et qui n'y a rien amené, en fin de compte, » sinon le doute, l'inquiétude, la souffrance et l'ennui. »

C'est pourquoi M. de Wyzewa admire le roman des *Morticoles*... (« Et voilà pourquoi votre fille est muette, » concluait doctement ce philosophe de Sganarelle, pour qui je me sens décidément un faible.) Il l'admire, non pas seulement pour sa forme surannée, qui flatte ses tendresses secrètes, il l'aime et l'admire surtout « pour l'idée morale qui l'anime. » M. Daudet nous a donné, dit-il, « un beau livre, un livre » *vraiment chrétien;* et tous ceux-là devront lui en savoir » gré qui, à l'ignorance agitée et dangereuse d'à présent, » préfèrent une ignorance plus tranquille, plus douce, tem» pérée par la foi et par la bonté. »

Avant de répondre à cette dernière botte poussée au monstre scientifique, je voudrais bien conter à M. de Wyzewa certain conte bleu qui, peut-être, lui ouvrira des horizons nouveaux. Aussi bien nous dit-il que rien ne l'enchante plus que les vieux genres, « ces chers vieux genres, commodes et sûrs! » Va donc pour le genre Peau d'Ane.

« Il était une fois, M. de Wyzewa, un jeune prince, fils d'un bon Génie, lequel invita toutes les fées au baptême de son fils. Comme elles achevaient de lui faire leurs dons, celle qu'on avait oubliée — on en oublie toujours une — apparut tout à coup, l'air courroucé, les yeux flamboyants; et avant que personne eût songé à la saluer, elle adressa ces paroles néfastes au petit prince endormi dans son berceau : « Fils d'un génie, gendre futur d'un grand génie, tu vivras de leur intelligence et de leur travail et ne seras rien par toi-même, n'ayant... » — « Arrêtez, ma sœur! s'écria la première des fées invitées — la fée Richesse — en étendant sa baguette d'or au-dessus du berceau. Je veux réparer dans une certaine mesure le mal que vous venez de faire. Cet enfant ne fera rien, dites-vous : j'y consens; mais il se passera très bien de travailler, puisqu'il sera riche. Je lui ai promis de l'or; je lui donne en outre des trésors de pierreries, escar-

(1) Voir la *Revue bleue* du 16 juin.

boucles, topazes, émeraudes, améthystes, saphirs, rubis et perles fines. Ainsi armé, il vaincra le monde. » — Cela dit, elle disparut avec toutes les fées, laissant les pauvres parents tout troublés.

» Cependant le jeune prince grandit, arriva à sa vingtième année; et bien qu'il n'eût rien appris encore, n'ayant jamais travaillé, il voulut faire comme les autres jeunes hommes, ses compagnons de jeux, qui tous se préparaient à une carrière quelconque. Dans ce siècle égalitaire où les princes mêmes font leurs classes et passent des examens, le fait de n'avoir aucun diplôme à exhiber constituait pour lui une réelle infériorité dont souffrait son amour-propre. Aussi annonça-t-il bientôt à son auguste père l'intention très arrêtée où il était de se présenter à l'un des prochains concours de sciences anthropologiques.

» Le Génie, homme de travail et de courage, ne laissa pas d'être un peu inquiet: « Ne ferais-tu pas bien de travailler » d'abord? » lui dit-il avec quelque hésitation. Mais le jeune prince répondit, non sans dédain : « Travailler, mon père! Ne vous souvient-il plus des fées qui présidèrent à mon baptême et dont vous m'avez souvent conté la générosité à mon égard?... Donnez-moi dès aujourd'hui les trésors que vous me tenez en réserve, et je vous réponds de mon avenir... D'ailleurs, conclut-il, d'ici un an j'ai bien le temps de me préparer au concours; et je saurai faire l'étudiant tout aussi bien qu'un autre. » — Et le Génie, faible comme beaucoup de pères, lui remit la clef d'or du coffre où étaient amoncelés tous les joyaux de la Fée Richesse.

» Le jeune prince se mit donc en devoir de préparer son concours avec quelques camarades aussi bien disposés que lui et avec lesquels il passa, dès lors, des heures fort agréables. L'une de leurs occupations principales était celle-ci : munis d'un grand panier rempli d'œufs, ils s'installaient sur l'impériale d'un omnibus; puis, jetant des coups d'œil furtifs dans les entresols qui défilaient devant eux, ils guettaient ceux des petites gens, modestes travailleurs et petits rentiers : alors, par les fenêtres ouvertes de ces pauvres appartements, ils lançaient, d'un geste rapide, quelques-uns de leurs œufs, lesquels, en s'écrasant sur les fauteuils et sur les canapés de damas vert, y faisaient les plus belles omelettes du monde. Et c'était une joie folle pour ces cinq ou six jeunes gens juchés sur leur impériale d'omnibus... Peut-être n'était-ce pas très « chrétien », ce jeu de jeunes richards abîmant par plaisir l'humble mobilier de pauvres et honnêtes gens; mais vous me direz que ce sont là les exigences du métier d'étudiant. C'est ce qu'avaient bien compris nos jeunes gens, qui s'adonnaient sans relâche à mille occupations aussi importantes pour le succès de leurs études. Entre temps, et pour se délasser l'esprit, ils se promenaient sur les boulevards, apostrophant les passants, et de préférence les vieillards, qui ne se défendent point... Un jour pourtant il se trouva qu'un de ces inoffensifs passants prit mal la chose et fit conduire au poste nos pauvres enfants.

» Jugeant alors qu'il en avait assez fait pour témoigner de son aptitude au métier d'étudiant, le jeune prince résolut de brusquer les choses et de se présenter au concours. Mais hélas! les étincelantes pierreries avec lesquelles il devait vaincre le monde, ne l'empêchèrent pas d'être refusé. « Pour être reçu parmi nous, lui dirent les juges, il faut avoir travaillé. » Force fut donc au malheureux candidat de s'en retourner confus, humilié, la rage dans le cœur. Alors... » Alors, monsieur de Wyzewa, c'est ici que prend naissance votre « roman très chrétien »; car, en s'en allant, le prince avait juré de se venger. Taillant donc sa plume — qu'il avait, du reste, facile, grâce au Génie son père — il écrivit ce que vous savez, ce que je ne m'amuserai pas à raconter; il racola tout ce qu'il put de calomnies, prenant par-ci par-là un petit mal de détail qu'il transformait en un grand mal général, faisant de l'exception la règle, interprétant à sa façon les actions les plus nobles et les plus désintéressées, faisant force accusations gratuites et procès de tendance; surtout ne montrant jamais que le fait pris à part et dont il supprimait ces deux petits détails qui sont tout — la *cause* et le *but*.

Qu'en dites-vous, monsieur de Wyzewa? Mon petit conte n'est-il pas joli? Ne vaut-il point la peine d'être conté? Et maintenant, nous croyez-vous toujours — sur la foi des *Morticoles* — en si grand péril? Est-ce tout de bon que vous nous déclarez que nous avons perdu tout ce qui faisait notre force et notre consolation, la foi, l'espérance, la bonté? — La bonté! On croit rêver; et je ne sais si ce n'est pas un peu de compassion que j'éprouve pour M. de Wyzewa; car il faut assurément avoir la main bien malheureuse pour n'être jamais tombé que sur des médecins qui vous font douter de la bonté. Mais peut-être n'a-t-il jamais été malade?... Je ne sais s'il faudrait l'en féliciter; — je ne crois pas. — Quant à l'art et à la religion, qu'il accuse nos pauvres médecins de nous avoir pris pour les remplacer par leur « soi-disant science » (pourquoi *soi-disant*? Est-ce M. de Wyzewa qui en est juge?), je puis le rassurer sur ce point : ces biens précieux ne nous ont point été enlevés, et nul ne songe moins à les attaquer que nos médecins, trop intelligents pour ne pas penser que les arts embellissent la vie, trop bons pour refuser aux malheureux le secours de la religion, cette source de consolations et de force intérieure qui, d'ailleurs, est pour eux un auxiliaire puissant dans leur lutte souvent longue et difficile contre le mal physique. Loin d'essayer de détruire la foi de leurs malades, ils la respectent, ils en sont touchés; et j'en sais même qui ne sont pas loin de la leur envier...

Que M. de Wyzewa se rassure donc! Et surtout, qu'il ne prodigue plus si généreusement cette épithète de *chrétien* sans avoir examiné d'un peu plus près les choses dont il parle. — Au surplus, l'ignorance d'autrefois, cette « tranquille et douce ignorance » qu'il prône et regrette, et qui ne nous semble pas être autre chose que l'immobilité morale, — c'est-à-dire la stagnation et la mort — cette volontaire et lâche passivité, ce repos coupable, est ce là un état d'âme *vraiment chrétien?* Certes non! Et c'est où je voulais en venir. « Le Maître Galiléen dont se réclament sans cesse M. de Wyzewa et ses pareils n'a jamais condamné l'activité et le progrès; bien au contraire. L'une de ses plus éloquentes paraboles prêche le travail *quel qu'il soit*, le développement de *toutes nos facultés*, les intellectuelles comme les autres; — c'est la parabole des *Talents*. Sans doute, elle n'a rien de *Tolstoïen;* mais peut-être M. de Wyzewa la connait-il quand même. Qu'il se rappelle alors la parole du Christ — de ce Christ qu'on rend aujourd'hui responsable de tant de lâchetés et d'inepties —; cette parole, la voici, en résumé: Que celui qui a reçu un talent le fasse fructifier; et de même, celui qui en a reçu deux; de même, celui qui en a reçu cinq: c'est la loi divine, la loi du progrès. Que s'il se trouve un « serviteur méchant et paresseux » qui a enfoui son talent dans la terre plutôt que de s'en servir, il sera traité comme il convient : « Jetez donc le serviteur *inutile* dans les ténèbres du dehors » (1).

Je conclus : faire la guerre à la science au nom de la religion est impie : réclamer je ne sais quelle idiote et d'ailleurs illusoire « tranquillité » est contraire au progrès, c'est-à-dire à la vie même de l'humanité; vouloir, sous prétexte d'un soi-disant christianisme, enrayer la marche de l'esprit humain et « mettre la lumière sous un boisseau », est essentiellement anti-chrétien.

Maurice Albert.

Le service militaire des étudiants en médecine. — La Commission de l'armée de la Chambre avait eu la malheureuse pensée d'étendre indéfiniment — ce qui la rendait impraticable — la mesure proposée par M. L. Labbé en faveur des étudiants en médecine. Déjà le Sénat, en acceptant l'amendement Thézard qui donnait une année de plus aux étudiants en droit, avait dépassé les termes du projet de loi proposé par M. L. Labbé. Tout en reconnaissant ce qu'aurait d'avantageux pour un grand nombre de jeunes gens une limite d'âge moins étroite, nous devons maintenir que, dans aucune profession autre que la profession médicale, une aussi longue durée d'études préparatoires n'est imposée aux candidats. Nous comprenons donc que, sur les instances du ministre de la guerre, la Commission de l'armée ait considéré que l'année supplémentaire imposée par les récents arrêtés aux étudiants en médecine justifie, en leur faveur, le délai supplémentaire d'un an qui leur est accordé. Il importe maintenant qu'avant sa séparation la Chambre soit mise en demeure de voter la loi nouvelle que l'on devra à l'initiative de M. L. Labbé.

(1) Saint Matthieu, chap. XXV.

Inauguration des bustes de J. Baillarger et J.-P. Falret à l'hospice de la Salpêtrière. — Le samedi 7 juillet, à 4 heures, a eu lieu l'inauguration, dans la cour d'honneur de l'hospice de la Salpêtrière, des bustes des éminents aliénistes les Drs J. Baillarger et J.-P. Falret, qui ont été, tous deux, durant de longues années, médecins de cet établissement. Le premier de ces bustes est dû à une souscription dont la Société médico-psychologique a pris l'initiative et qui a été couverte en deux ans à peine; le second a été offert à l'administration de l'Assistance publique par M. Jules Falret.

La cérémonie, qui a eu le plus grand succès, était rehaussée par la présence de MM. Poubelle, préfet de la Seine, Félix Voisin, vice-président du conseil de surveillance de l'Assistance publique, une délégation de l'Académie de médecine, dont Baillarger et Falret avaient été membres, etc. Tous les médecins aliénistes de Paris, quelques-uns venus de province, assistaient à cette fête donnée en l'honneur de deux de leurs maîtres les plus illustres.

De nombreux discours ont été prononcés dans l'ordre suivant : M. J. Falret, au nom du comité de la souscription Baillarger; M. Magnan, au nom de l'Académie de médecine; M. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique; M. Christian, au nom de la Société de médecine de Paris; M. Aug. Voisin, au nom du corps médical de la Salpêtrière; M. Motet, au nom des anciens élèves de Baillarger. Enfin, pour terminer, M. Poubelle, préfet de la Seine, a, dans une improvisation brillante, remercié la Société médico-psychologique et M. J. Falret du don fait par eux à l'Assistance publique des bustes des deux illustres aliénistes.

Tous ceux — et ils étaient nombreux — qui ont assisté à cette fête, qui fait le plus grand honneur au corps médical aliéniste, en conserveront le meilleur souvenir.

Le typhus. — Le ministre de l'intérieur vient d'adresser aux préfets la circulaire suivante au sujet des cas de typhus exanthématique constatés en divers points :

Le typhus exanthématique, qui, jusqu'à ces dernières années, était rarement observé en France, a fait depuis deux ans son apparition dans quelques départements du Nord et de l'Ouest. Il importe de l'empêcher de s'étendre.

Cette affection est très contagieuse. Elle expose ceux qui soignent ou approchent les malades à de graves dangers. Dans ces conditions, il est du devoir de l'administration sanitaire de généraliser les instructions adressées en 1893 à quelques-uns de vos collègues et d'appeler l'attention des autorités locales sur les mesures les plus propres à prévenir la maladie et à en atténuer les effets.

Conditions dans lesquelles se développe le typhus.

La première difficulté est de reconnaître dès le début le typhus dont les symptômes sont souvent mal déterminés et échappent aux médecins qui n'ont pas eu l'occasion d'observer cette maladie.

D'après une observation constante, le typhus est dans la plupart des cas apporté et propagé par les chemineaux, les saltimbanques, les voyageurs indigents et, en général, tous les gens menant une existence nomade, couchant soit dans des roulottes, soit dans des bâtiments spéciaux affectés à cet usage par les communes rurales, soit enfin dans des auberges.

Il faut donc considérer tous ces individus comme suspects et exercer sur eux et les locaux dans lesquels ils sont admis une surveillance particulière.

Mesures à prendre dans les asiles de nuit en vue de prévenir l'apparition du typhus.

1° Voyageurs. — La mesure la plus efficace consiste dans les soins de propreté à donner aux voyageurs et dans la désinfection de leurs effets. Autant que possible, on devra mettre les voyageurs à même de prendre une douche ou un bain et désinfecter leurs effets en les passant à l'étuve. A défaut d'étuve, ces effets pourraient être trempés dans une solution de sublimé à 1 0/00.

Il faut, pour que cette opération soit possible, que les établissements de refuge soient pourvus des moyens de vêtir les hospitalisés pendant le temps qu'ils les recueillent.

2° Locaux. — Les administrations municipales doivent pratiquer la désinfection fréquente des locaux appelés à recevoir des vagabonds, des draps et objets de literie dont ils se sont servis. Les principales précautions à prendre sont les suivantes :

Laver tous les matins les locaux à l'eau phéniquée, blanchir les murs à la chaux tous les huit jours ; laver à l'eau phéniquée les lits de camp là où il en existe, et désinfecter à l'étuve, à l'acide sulfureux ou au sublimé les objets de literie.

Là où les voyageurs couchent sur la paille, brûler tous les matins cette paille et la remplacer par de la paille fraîche.

Quant aux établissements privés, aux auberges ou aux roulottes, il importe d'en assurer la désinfection par tous les moyens dont les municipalités disposent, et, toutes les fois que la chose sera possible, en faisant comprendre aux propriétaires l'importance de cette mesure prophylactique.

A défaut de ces précautions, des institutions charitables peuvent devenir dangereuses pour les facilités qu'elles offrent à la communication et à la dissémination des germes morbides.

Mesures à prendre dans le cas de maladie suspecte ou confirmée.

Déclaration. — Tout cas de maladie suspecte survenu chez un des individus dont nous avons parlé doit être immédiatement porté à la connaissance de l'administration par les directeurs d'asile, les hôteliers, les agents de police ou les gardes champêtres. Quant aux médecins, la déclaration de toute affection épidémique est pour eux obligatoire.

Malades admis à l'hôpital. — Jusqu'à ce que le diagnostic ait nettement établi que la maladie n'est pas le typhus, les malades appartenant aux catégories d'individus dont il vient d'être question seront tenus pour suspects de typhus et traités comme tels, c'est-à-dire rigoureusement isolés. En aucun cas, à l'hôpital, ils ne devront être maintenus dans la salle commune.

Gardes-malades. — Les personnes qui donnent des soins aux typhiques doivent, autant que possible, ne soigner qu'eux et ne pas approcher d'autres malades. Elles porteront un costume spécial qui ne sortira pas du service hospitalier et sera l'objet des mêmes mesures de désinfection que les effets des malades. Elles prendront pour elles-mêmes les précautions antiseptiques indiquées dans les instructions générales du comité consultatif d'hygiène publique pour empêcher la propagation des maladies transmissibles.

Effets des malades. — Les mesures prophylactiques à appliquer sont, d'une façon générale, celles que le comité consultatif d'hygiène publique de France a conseillées pour les fièvres éruptives : désinfection rigoureuse des effets portés par les malades au cours de la maladie; désinfection de tous draps, linges, objets de literie à leur usage; désinfection des crachoirs, qui devront être plongés et maintenus pendant une demi-heure au moins dans l'eau bouillante. A la terminaison de la maladie, désinfection de toute la literie. Le malade ne devra sortir qu'avec des effets entièrement désinfectés.

Cette désinfection s'effectuera soit à l'étuve, soit, si l'on ne dispose pas d'étuve, par l'immersion des effets, linges, draps, pendant trois heures dans une cuve contenant de l'eau additionnée de sublimé à 1 0/000.

Pour les matelas ou paillasses, si l'on ne dispose pas d'étuve, on ne doit pas hésiter à brûler la paille ou la laine et à désinfecter la toile d'enveloppe, si elle en vaut la peine, par l'immersion dans la solution de sublimé.

Local. — Le local occupé soit en ville, soit à l'hôpital par le ou les malades sera rigoureusement désinfecté suivant les prescriptions du comité consultatif. (Voir les instructions générales.)

Malades soignés hors de l'hôpital. — Pour les soins à donner à ces malades, on suivra autant que possible les indications ci-dessus.

Avis aux municipalités des communes dans lesquelles se rendent des sujets suspects. — Enfin les administrations municipales devront, dans la mesure du possible, avertir les maires des communes dans lesquelles se rendraient des personnes sortant de milieux infectés de typhus, et les maires ainsi avertis devront exercer sur les personnes signalées une surveillance discrète, de manière à pouvoir agir dès le début de la maladie, si celle-ci venait à se déclarer.

Il ne vous sera sans doute pas très difficile d'organiser ce service d'information pour les personnes sortant d'un refuge, d'un garni, d'un hôpital, d'une prison ou voyageant avec des secours de route.

Vous voudrez bien me tenir informé immédiatement de tout cas de typhus et me faire connaître les mesures qui auront été prises conformément à la présente circulaire.

Recevez, etc.

Le comité consultatif d'hygiène publique de France a émis le vœu que cette circulaire reçût une grande publicité.

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés : au grade d'officier : MM. Mutin, Laurens, Blaise, Delmas, Minzior, Cottel, médecins de l'armée ; au grade de chevalier : MM. Lauza, Granier, Darde, Bounaix, Marty, Chopinet, Bergounioux, Vuillemin, Adam, Lavel, Petit, Chatain, Ucciani, Vautrin, Cadot, Robert, Liron, Mackiewicz, Mourey, Cassan, Duval, Boullan, Jacquey, Mons, Durget, médecins de l'armée.

MM. Carassus (de Milly) et Licourt (de Châtillon), médecins civils chargés du service de la gendarmerie.

— *Corps de santé militaire.* — M. le médecin principal Debousseaux est promu médecin inspecteur en remplacement de M. Mathis, passé dans le cadre de la section de réserve.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE — N° 29 — 21 JUILLET 1894

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Le traitement des teigneux à Paris.

Le Conseil municipal, dans la séance du 13 juillet dernier, vient d'adopter sans discussion un projet de construction, à l'hôpital Saint-Louis, d'une école-hôpital pour les enfants teigneux : la dépense pour la construction de cet établissement est évaluée, après rabais, à la somme de 1,500,000 fr. Certes, la question de la teigne à Paris se pose avec une insistante actualité et l'on conçoit que l'on s'efforce de remédier à l'insuffisance réelle des moyens actuels de traitement; mais était-ce bien la meilleure solution à donner à la question que cette onéreuse création? Il est permis d'en douter et nous voudrions présenter sur ce sujet, auquel nous nous intéressons de longue date, quelques simples observations, sans doute à présent bien platoniques, mais que nous regrettons de n'avoir vu formuler par personne.

I

L'établissement projeté doit contenir 280 lits et 336 places d'école; à première vue, le chiffre est imposant. Mais il ne s'agit pas de 280 lits nouveaux à créer; ces lits sont destinés à remplacer les 210 lits existant déjà actuellement pour les enfants teigneux dans les hôpitaux et répartis aux Enfants-Malades (100 lits), à Trousseau (70), à Saint-Louis (40); on gagne donc 70 lits, en réalité 40 seulement, puisque 30 lits sont réservés pour faire une infirmerie générale. Or, il y a actuellement comme expectants inscrits aux divers hôpitaux plus de 200 enfants; il y en aurait le double si l'on savait qu'il y a quelque chance d'entrer à l'hôpital; mais les vacances sont si rares que ces expectants attendent un an et le plus souvent davantage avant que leur tour d'admission n'arrive et beaucoup de parents, découragés à l'avance, ne font pas même inscrire leurs enfants. Le nouvel hôpital sera donc tout aussi insuffisant ou à peu de chose près que ce qui est actuellement et les 40 lits supplémentaires qu'on obtiendra par cette énorme dépense permettront à peine de soigner 80 enfants de plus chaque année. Est-ce à dire que nous voudrions qu'on augmentât les places? pas le moins du monde : car vouloir hospitaliser tous les teigneux serait chimérique et entraînerait à des dépenses irréalisables. Il faut donc s'y prendre autrement pour traiter et secourir les nombreux enfants atteints de teigne qui ne pourront jamais trouver place à l'hôpital. Pour cela il faut réorganiser et multiplier les traitements externes.

Le projet comporte dans ce sens la création d'une école de 336 places où les enfants seront soignés et instruits en demi-pensionnat. On sait que, sous l'heureuse inspiration de M. Lailler, fonctionne en effet à Saint-Louis depuis 1886 une école-dispensaire qui a donné les meilleurs résultats; l'école compte actuellement 180 places, elle serait donc doublée : mais cette augmentation de places ne rendra pas le service qu'on en attend, le nombre actuel de places étant à peu de chose près suffisant et un demi-pensionnat ne pouvant être utilisé que pour des enfants dont les parents habitent dans le voisinage. De toutes façons, seuls les enfants d'une certaine partie de la ville profiteront de la nouvelle création et rien n'est fait pour les autres. Or, à voir le temps qu'il a fallu pour mettre sur pied le projet actuel et la dépense considérable qu'il comporte, combien d'années faudra-t-il attendre pour que l'on s'occupe d'ouvrir, sur d'autres points de Paris, des établissements analogues? L'école-hôpital de Saint-Louis, telle qu'on doit l'édifier, ne remédiera donc que très imparfaitement à la situation actuelle, tout en employant une somme d'argent considérable qu'on ne retrouvera pas de longtemps.

II

Combien rendrait-on plus de services si l'on réorganisait et multipliait les traitements externes! Tous les enfants teigneux ne pouvant être admis à l'hôpital doivent cependant pouvoir être soignés; mais le traitement ne peut être efficace que s'il est régulièrement fait et suivi, ce qui n'existe pas actuellement. Les traitements externes encore existants, ceux de Trousseau et des Enfants-Malades, sont mal organisés et ne sont guère surveillés. Les parents n'y amènent que très irré-

gulièrement les enfants à cause de la perte de temps, et les enfants qu'on y envoie seuls n'y viennent pas du tout. Renvoyés d'ailleurs des écoles, éloignés de leurs études pendant de longs mois, les enfants teigneux, mal surveillés, mal traités, deviennent pour leur famille et leur entourage une source de contagion, désapprennent le peu qu'ils savent, et prennent des habitudes déplorables de vagabondage. C'était pour remédier à ces graves inconvénients que M. Lailler avait conçu l'idée de l'école-dispensaire de Saint-Louis, et c'est dans le même ordre d'idées qu'il faut réorganiser à Paris le traitement des teigneux. Une teigne prise à son début peut être assez facilement enrayée; l'enfant du moins, isolé des autres, cesse d'être dangereux. Il faut donc que tout enfant atteint de teigne puisse être immédiatement mis en traitement. Seule la création de nouvelles écoles-dispensaires permettra de réaliser ces desiderata; ainsi seront traités convenablement les nombreux enfants qui attendent en vain leur admission à l'hôpital et l'attendront tout autant quand le nouvel hôpital sera construit; ainsi deviendront suffisants les lits actuels réservés exclusivement aux enfants privés de familles et aux cas extraordinairement rebelles.

Cette réorganisation peut être promptement réalisée et rendre immédiatement les plus grands services; l'hôpital projeté ne sera prêt que dans trois ou quatre ans et la situation restera à peu près la même qu'à présent. Il est vrai qu'on aura édifié un palais « dont le style architectural, dit le rapporteur M. Faillet, sera celui dont Paris montre avec orgueil ces superbes spécimens : la place des Vosges et la Bibliothèque Nationale. » Mais, outre que nous nous méfions un peu des raccordements en style Louis XIII qu'on peut faire à l'hôpital Saint-Louis (la lamentable construction du Musée est là pour nous le prouver), est-il bien nécessaire de sacrifier encore une fois à la coûteuse manie architecturale et de dépenser en moellons une somme qui pourrait être si bien utilisée autrement? Ce qui s'impose, c'est en même temps que l'organisation à l'hôpital des Enfants-Malades d'une école-dispensaire comme celle de Saint-Louis, l'installation sur plusieurs autres points de Paris dans des bâtiments d'école ou dans des maisons de secours, d'autres petites écoles-dispensaires où pourront être à la fois traités et instruits, à portée de leurs familles, les malheureux enfants atteints de teigne renvoyés des écoles. Ces petits dispensaires-écoles seraient sous la surveillance de médecins instruits spécialement sur ce point : et il est indispensable également que les médecins-inspecteurs d'école qui sont chargés de la visite des enfants aient fait un stage spécial à l'hôpital Saint-Louis, qui resterait, avec son école modèle et le laboratoire d'études et de recherches qui lui serait annexé, le grand centre de cette nouvelle organisation. Dépister la teigne à son début par l'inspection faite à l'école par une personne compétente, puis isoler immédiatement et traiter les malades dans les écoles spéciales, en réservant l'hospitalisation pour un petit nombre de cas déterminés, voilà, croyons-nous, ce qui peut et doit donner, sans entraîner de grosses dépenses et sans engager l'avenir, les meilleurs résultats pour enrayer dans notre population infantile parisienne une endémo-épidémie qui ne laisse pas, faute des mesures nécessaires pour l'enrayer, de prendre une extension fâcheuse.

HENRI FEULARD.

Des origines et des modes de transmission du cancer.

De nombreux travaux ont été consacrés, dans ces dernières années, à l'étude du cancer, et bien des faits contradictoires sont venus augmenter la complexité de la question des origines des tumeurs malignes, donnant lieu à des discussions interminables, dans lesquelles de simples hypothèses sont souvent venues combler les lacunes existant dans la série des faits acquis. M. Cazin, dans une thèse récente (1), a cherché à mettre au point certaines parties de l'histoire des cancers, sur lesquelles l'accord est encore loin d'être fait, et, après avoir donné un exposé de l'état actuel de la question, d'après les travaux les plus importants qui ont été publiés en France et à l'étranger, il a résumé les résultats des recherches poursuivies par lui depuis quatre années en commun avec M. le professeur Duplay.

Nous passerons rapidement sur les chapitres consacrés au rôle des diverses influences générales (hérédité, alimentation, climat, races) au point de vue de la prédisposition au développement des néoplasmes.

Parmi les causes locales souvent incriminées, l'*inflammation* occupe une place importante, et MM. Duplay et Cazin se sont avec raison préoccupés de chercher à déterminer expérimentalement ce que peut faire l'*inflammation chronique*, au point de vue de l'évolution cancéreuse. Ils ont fait agir chez des animaux des irritations mécaniques fréquemment renouvelées, en y joignant l'action de certains produits, tels que le goudron et la suie, dont l'action a été invoquée pour expliquer le développement de certains cancers de l'homme. Chez une chienne, par exemple, ils ont, sans aucun résultat d'ailleurs, entretenu pendant cinq mois une inflammation chronique du vagin, en combinant l'action d'un grattage à la curette à l'application de suie sur les surfaces épithéliales, fréquemment avivées. Ces granulations de suie ont été retrouvées à l'intérieur de leucocytes, jusqu'à une assez grande distance de la surface libre des végétations inflammatoires obtenues par ce traitement, mais jamais on n'a pu constater la moindre prolifération du revêtement épithélial.

Au sujet de l'influence des traumatismes, MM. Duplay et Cazin ont d'abord cherché expérimentalement à favoriser le développement de greffes cancéreuses dans des tissus épithéliaux, en soumettant ces tisssus à des traumatismes plus ou moins violents. Dans une autre série d'expériences, ils ont simplement traumatisé des organes glandulaires, et n'ont obtenu que des tuméfactions passagères, malgré la durée de quelques-unes des expériences qui ont été suivies pendant plus d'un an.

M. Cazin, après avoir résumé ces recherches, passe en revue les différentes théories émises sur la nature et les origines des cancers, et s'arrête plus spécialement sur la théorie psorospermique, à propos de laquelle il discute la valeur des éléments de toute sorte qui ont été considérés comme des parasites du cancer, montrant le désaccord qui existe entre les descriptions des différents auteurs et la dissemblance absolue que l'on constate souvent entre les éléments observés par les uns ou par les autres. Il en conclut que la nature des éléments considérés comme parasitaires n'est nullement prouvée et que les nombreux travaux destinés à démontrer l'origine psorospermique des cancers n'ont en aucune façon réussi à entraîner la conviction générale; c'est d'ailleurs ce qui paraît résulter clairement de la récente discussion qui a eu lieu sur ce sujet au Congrès de Rome.

Dans une seconde partie de son travail, consacrée à

(1) M. CAZIN. Des origines et des modes de transmission du cancer, *Société d'Editions scientifiques*, Paris, 1894.

l'étude de l'inoculabilité et de la contagion directe du cancer, M. Cazin rappelle les faits acquis antérieurement sur ce sujet et donne un résumé des résultats expérimentaux obtenus dans une longue série de recherches faites par M. le professeur Duplay.

En ce qui concerne les essais de transmission du cancer de l'homme aux animaux ou d'un animal à d'autres animaux d'espèce différente, MM. Duplay et Cazin ont montré qu'il n'existait pas de fait positif indiscutable; quelques expérimentateurs, à diverses reprises, ont cru avoir réussi à démontrer la possibilité de cette transmission, mais leurs expériences ne paraissent pas avoir été assez rigoureuses pour être à l'abri de critiques qui en diminuent suffisamment la valeur pour qu'on soit pleinement autorisé à n'en tenir compte, en l'absence d'un contrôle sévère. MM. Duplay et Cazin, d'accord avec la presque totalité des auteurs qui se sont occupés de cette question, nient donc la *contagion directe* du cancer de l'homme aux animaux ou des animaux d'une espèce à des animaux d'une autre espèce.

Pour ce qui a trait aux essais de transmission de l'homme à l'homme ou d'un individu d'une espèce animale à un autre individu de la même espèce, les résultats positifs peuvent être considérés comme constituant un chiffre extrêmement minime, relativement au nombre considérable d'expériences faites à ce propos. Les résultats des tentatives faites par MM. Duplay et Cazin ont été constamment négatifs, chaque fois qu'il s'agissait de tumeurs nettement cancéreuses; dans quelques cas, ils ont eu, il est vrai, des résultats positifs, et ont vu des tumeurs expérimentales se développer à la suite d'inoculations faites avec des fragments de tumeurs spontanées, provenant d'animaux de la même espèce. Ils ont obtenu, notamment, chez un rat, à la suite d'une inclusion sous-cutanée au niveau d'une mamelle, une volumineuse tumeur expérimentale qui ne pesait pas moins du quart du poids total de l'animal; mais cette tumeur, comme d'autres néoplasmes expérimentaux obtenus chez les chiens par les mêmes auteurs, n'avait aucun caractère épithélial et rentrait dans la catégorie des néoplasmes d'origine conjonctive.

En résumé, d'après MM. Duplay et Cazin, si les cancers sont transmissibles dans une même espèce animale d'un individu à un autre, c'est-à-dire si les cancers peuvent être contagieux dans une même espèce, la contagion directe ne paraît s'effectuer que dans des cas très rares. Les résultats de l'expérimentation chez les animaux sont d'ailleurs d'accord avec les résultats négatifs qu'avait obtenus Alibert en s'inoculant à lui-même et en inoculant à quatre autres individus sains des produits cancéreux.

Comme le fait remarquer M. Cazin, les défenseurs de la théorie psorospermique du cancer peuvent objecter, à propos des insuccès fournis par les inoculations chez les animaux, que la contagion ne s'effectue pas directement, mais par l'intermédiaire des parasites qu'ils décrivent, après que ces parasites ont atteint, en dehors de l'organisme humain, dans le cycle de leur évolution, un stade jusqu'ici inconnu; mais cette objection ne peut évidemment pas subsister devant les faits cliniques d'auto-inoculation directe et de propagation des cancers à distance, pour lesquels le parasite hypothétique devrait accomplir le cycle entier de son évolution, sans passer par le stade extérieur invoqué à l'appui de la théorie psorospermique.

En effet, quand on greffe sur un cancéreux un fragment de son propre cancer, la greffe prendra sûrement et le fragment transplanté donnera naissance à un nouveau foyer cancéreux, quel que puisse être le stade des éléments qu'on voudrait considérer comme les agents parasitaires de l'infection cancéreuse. Mais qu'on greffe, d'autre part, un fragment identique, non plus, cette fois, sur le cancéreux lui-même, mais sur un point quelconque du corps d'un individu sain, le résultat sera négatif le plus souvent, et le fragment cancéreux transplanté cessera de vivre et de s'accroître, alors que cependant les conditions étaient absolument les mêmes que dans le premier cas, au point de vue du stade de l'évolution des éléments pseudo-parasitaires.

De même, ajoute M. Cazin, si ces éléments ne se rencontrent pas dans les tumeurs cancéreuses dans des conditions telles qu'ils puissent assurer l'inoculation directe du cancer, il faudrait admettre alors que les localisations cancéreuses secondaires sont le résultat non pas d'émigrations directes issues de la tumeur primitive, mais d'une infection incessamment renouvelée par des agents de l'extérieur. Or, il est bien évident que c'est le cancéreux qui s'infecte lui-même, et ce que l'on peut affirmer, d'après les résultats négatifs si nombreux des expériences d'inoculation, c'est qu'il ne doit pas aussi facilement contaminer directement un individu sain.

En somme, d'après les travaux de MM. Duplay et Cazin, la nature parasitaire et contagieuse du cancer n'est nullement démontrée, bien qu'il y ait actuellement dans beaucoup d'esprits une tendance manifeste à admettre un peu prématurément que cette démonstration est faite, alors qu'elle repose seulement, au point de vue parasitaire, sur des faits d'anatomie microscopique extrêmement contestables et, au point de vue de la transmissibilité expérimentale, sur quelques résultats positifs au sujet desquels on peut émettre certaines réserves et qui sont, en tout cas, trop peu nombreux pour qu'on puisse conclure en faveur de la contagiosité du cancer des individus malades aux individus sains dans une même espèce animale. En un mot, la question de l'étiologie du cancer est encore à résoudre entièrement, et il est préférable d'avouer notre ignorance complète à ce sujet plutôt que d'admettre sans contrôle des notions encore hypothétiques qui peuvent empêcher de chercher ailleurs la solution de la question.

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Complications multiples dans un cas de phthisie. Infection secondaire à staphylocoques, par MM. P. Haushalter, agrégé à la Faculté de Nancy, et M. de Langenhagen, médecin aide-major.

On connaît actuellement fort bien la part importante que prennent, dans les complications et les accidents de la tuberculose, les infections secondaires relevant d'associations bactériennes diverses. Toute lésion tuberculeuse ulcérée, en communication avec les cavités naturelles, ou directement en contact avec l'air, est une plaie exposée à des contaminations continuelles, et réalise une porte ouverte à l'infection; dans la lésion tuberculeuse de cette sorte, qu'elle s'appelle caverne pulmonaire, empyème pleural, tumeur blanche, ulcération lupique, etc., l'association du bacille de Koch aux pyogènes vulgaires est presque la règle. On sait le rôle considérable joué par ces microbes pyogènes dans la fonte, la mortification, la suppuration de la lésion tuberculeuse, et aussi dans son extension de proche en proche; c'est à la résorption des poisons fabriqués par eux qu'on peut attribuer, pour une grande part, la fièvre hectique, les dégénérescences cellulaires, le marasme, etc. Souvent, ces microbes pathogènes, entraînés hors du terri-

toire tuberculeux, vont, plus ou moins loin de lui, déterminer des lésions banales, où ils interviennent seuls, sans union au bacille de Koch; telles la broncho-pneumonie, la méningite suppurée, la pleurésie purulente, la péricardite, la phlébite, etc.; d'autres fois, une septicémie pure, généralement une septicémie à streptocoques, sans détermination spéciale, vient terminer la scène de la phthisie.

Un cas de tuberculose pulmonaire vulgaire, récemment observé par nous, où une infection à staphylocoques entraîna des lésions fort variées, nous a paru mériter, à ce titre, d'être rapportée.

OBSERVATION. — *Tuberculose pulmonaire. Infection secondaire à staphylocoques. Polynévrite; phlébite et thromboses veineuses; endartérite; abcès du myocarde.*

Céline R..., 19 ans, habite la campagne. Père, 65 ans, ouvrier de forge, bien portant; mère morte jeune de maladie inconnue. Deux sœurs bien portantes; un frère mort de diphthérie à 14 ans.

A eu dans son enfance des coryzas fréquents, des conjonctivites, des adénites sous-maxillaires; pas d'autre maladie que la rougeole. Réglée depuis l'âge de 14 ans. Aurait toujours un peu toussé.

La maladie actuelle a commencé en juin 1893, à la suite d'une série de 8 à 10 bains de rivière, que la jeune fille prenait très prolongés; elle a débuté assez brusquement par une bronchite intense, accompagnée d'expectoration, de fièvre avec délire, de vomissements et de diarrhée. Depuis cette époque, Céline R... n'a plus cessé de tousser. Vers la fin de juillet, elle commença à éprouver une grande difficulté à marcher; puis survinrent assez brusquement dans les deux membres inférieurs et dans les membres supérieurs, surtout aux extrémités, des douleurs très vives, qu'exaspérait le poids des couvertures; elle dut cesser son métier de dentellière, et bientôt elle ne put plus marcher du tout. Elle entra à l'hôpital le 5 septembre 1893, dans le service du professeur Spillmann, dont l'un de nous était à cette époque chargé.

Etat actuel. — Fille de grande taille, brune, d'une pâleur de chlorotique; amaigrissement considérable, portant surtout sur certaines masses musculaires.

Les creux sus et sous-claviculaires sont déprimés; le côté gauche du thorax en avant se soulève très peu.

Sous la clavicule gauche, son tympanique aigu à la percussion; expiration soufflante et râles caverneux; en arrière à gauche, sonorité très faible, respiration soufflante dans la fosse sous-épineuse, résonnance de la voix, exagération des vibrations thoraciques. A droite, en avant, respiration soufflante; en arrière, râles de bronchite disséminés dans toute la hauteur. — Expectoration muco-purulente abondante.

Souffle anémique systolique à la base du cœur; pouls régulier, petit, dépressible.

Anorexie; langue recouverte d'un enduit saburral; pas d'hypertrophie du foie ni de la rate; pas de vomissements ni de diarrhée.

Système nerveux. — L'intelligence est nette; pas de troubles des organes des sens, de la vessie et du rectum.

Douleurs. — Les douleurs ont débuté assez brusquement il y a six semaines; elles étaient surtout très vives dans les pieds; actuellement, elles sont presque continues dans les membres inférieurs, avec maximum au niveau des pieds; elles s'exaspèrent par le mouvement, par le frottement des couvertures, par la pression des masses musculaires aux mollets, aux cuisses, aux fesses; elles n'ont pas de localisation précise. Hyperesthésie de tout le membre au tact, à la piqûre, à la chaleur; par moments, sensation d'engourdissement.

Dans les membres supérieurs, l'hyperesthésie est moindre; les masses musculaires sont moins douloureuses à la pression; engourdissement, sensation de fatigue dans les mains.

Atrophie. — Les membres inférieurs sont considérablement atrophiés; l'atrophie porte surtout sur les muscles du mollet, dont la masse est réduite à son minimum; les pieds sont, à l'état de repos, dans la situation du varus équin paralytique.

Circonférence du mollet au tiers supérieur....	Droit....	25 cm.
	Gauche..	25 cm.
Circonférence de la cuisse à la partie moyenne.	Droite...	36 cm.
	Gauche..	36 cm.

Aux membres supérieurs, l'atrophie porte d'une façon régulière sur tous les muscles du bras; à l'avant-bras, l'atrophie prédomine notablement sur la masse des radiaux, surtout à droite. Atrophie des éminences thénar et hypothénar, et des interrosseux; aspect simiesque de la main, surtout à droite.

Circonférence du bras, partie moyenne......	Droit....	20 cm.
	Gauche..	20 cm.
Circonférence de l'avant-bras, tiers supérieur.	Droit....	19 cm.
	Gauche..	19 cm.

Mouvements. — La malade arrive avec difficulté à soulever les membres inférieurs au-dessus du plan du lit à 0 m. 60 environ; elle ne peut marcher que soutenue par deux aides; elle avance alors à petits pas, lançant un peu les pieds; la marche n'est pas modifiée par l'occlusion des yeux. Le réflexe patellaire est aboli.

Les mouvements des mains sont maladroits; la malade ne peut arriver à se servir de la plume ou du crochet qu'elle n'a pas la force de saisir; les grands mouvements des membres supérieurs sont un peu incoordonnés.

10 septembre. — Les symptômes thoraciques s'accentuent; respiration soufflante dans les deux sommets et dans tout le côté gauche en arrière; signes d'excavation des deux côtés. Fièvre intense.

Nombreux bacilles dans les crachats.

15 *septembre.* — Les douleurs augmentent, elles sont intolérables dans les mollets et les pieds et privent la malade de sommeil.

Du 24 *au* 28 *septembre*, ces douleurs s'amendent spontanément pour reparaître très vives le 3 octobre, pendant 3 ou 4 jours; puis, jusqu'au 28 octobre, elles subissent une période d'accalmie, et reparaissent à cette date pour ne plus cesser jusqu'à la mort.

Ces douleurs, continues, prennent par moments le caractère fulgurant, subissent des paroxysmes; elles arrachent à la malade des plaintes jour et nuit; le moindre contact, le choc du lit les exaspèrent; elles ont leur maximum au niveau des orteils, des pieds et des mollets.

10 *novembre.* — Œdème blanc du pied droit. En deux jours, l'œdème gagne la jambe et la cuisse.

Le 14 *novembre*, tout le membre est œdématié d'une façon uniforme, dur, douloureux.

Bientôt, le pied prend une teinte violacée, se refroidit, devient le siège de taches ecchymotiques et de phlyctènes sanguinolentes. La douleur est telle que la malade ne supporte plus le drap.

L'atrophie du membre inférieur gauche est au comble; le pied prend de plus en plus l'aspect du pied-bot paralytique.

Les symptômes thoraciques n'ont cessé d'aller en augmentant; l'amaigrissement est énorme.

Le pouls, depuis l'entrée de la malade, est régulier, égal, très petit, rapide. *La température*, jusqu'à la fin d'octobre, oscille entre 38° et 40°; pendant les trois dernières semaines de l'existence, elle présente de grandes oscillations à exacerbations vespérales atteignant quelquefois 40°, et à rémissions matinales descendant parfois jusqu'à 35°.

La mort survient le 20 novembre par asphyxie.

Autopsie. — POUMONS. — Adhérences pleurales totales à gauche; au sommet du poumon gauche, une caverne du volume d'un œuf; le reste du poumon est criblé de foyers caséeux et de cavernules; dans le poumon droit, quelques noyaux caséeux disséminés surtout au sommet.

Ganglions médiastinaux et péribronchiques volumineux, caséifiés par places.

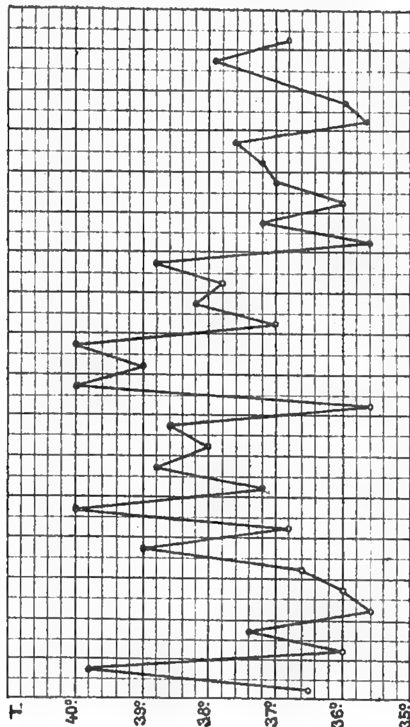
FOIE volumineux, gras; RATE grosse, friable; REINS pâles, pas d'altérations histologiques appréciables; pas d'ulcérations intestinales.

CŒUR : valvules saines. Myocarde pâle; dans le muscle cardiaque, en un point adjacent à la cloison et à la pointe du cœur gauche, un *abcès* rempli de pus franc, du volume d'un gros pois; à 2 cent. 1/2 de ce premier abcès, un autre semblable; ces abcès, cachés derrière les piliers de la pointe, communiquent en partie avec la cavité du ventricule gauche.

SYSTÈME ARTÉRIEL. — D'une façon générale, le système artériel est fort rétréci; l'aorte thoracique et abdominale, à parois normales, offre un calibre très réduit, la crosse de

l'aorte est également très diminuée; le même rétrécissement de calibre s'observe dans les humérales, les fémorales, les pédieuses, au niveau de leurs parties saines; le calibre de l'humérale, par exemple, après durcissement dans l'alcool, représente environ la moitié du calibre d'une artère humérale saine de jeune femme, durcie dans les mêmes conditions.

Par places, les artères des membres présentent de plus, sur une certaine longueur, des rétrécissements partiels, dus à *l'épaississement, à la saillie* de la paroi interne.



L'examen histologique n'a porté que sur quelques artères des membres, en des points limités, le cadavre ayant été vivement réclamé par la famille : artères fémorales au niveau du triangle de Scarpa et au creux poplité, artères pédieuses au dos du pied, artères humérales à la partie moyenne du bras.

L'artère humérale, au point examiné, ne présente pas d'oblitération de ses parois; seul, le volume du vaisseau est très réduit, comme nous l'avons dit déjà.

Les artères fémorales, au niveau du triangle de Scarpa, présentent de chaque côté, sur l'étendue de 2 à 3 centimètres, un boursouflement de la tunique interne, prédominant sur un des segments de l'artère; au point où ce boursouflement est à son maximum, la paroi interne proémine dans la lumière du vaisseau sous forme d'un gros bourgeon très apparent à l'œil nu et réduit ce calibre à l'état d'un mince croissant, obturé en partie par un thrombus cruorique; ce bourgeon est constitué par du tissu embryonnaire jeune, tassé contre la lame élastique interne; à ses deux extrémités, supérieure et inférieure, le bourgeon se termine en fuseau, et au point où le boursouflement de la tunique interne cesse d'être visible à l'œil nu, il existe néanmoins encore sur la demi-circonférence de l'artère un épaississement de la tunique interne, constitué par des éléments embryonnaires et dont la section transversale prend la forme en croissant.

Dans les parties saines du vaisseau, la lumière, comparée à celle d'une fémorale de femme saine, est très rétrécie.

L'artère pédieuse, dans ses parties saines, présente un calibre punctiforme. Dans la pédieuse gauche, en dedans de la lame élastique interne, une couche épaisse de cellules jeunes tassées proémine sous forme de bourgeons dans la lumière du vaisseau; pas d'altérations appréciables de la tunique moyenne.

D'une façon générale, les petits vaisseaux de la tunique celluleuse des vaisseaux étudiés, surtout des fémorales, présentent une infiltration de leurs parois par des cellules jeunes et une accumulation de ces éléments autour de leur tunique externe; sur une des coupes de l'humérale, on voit dans la tunique externe une artériole dont la lumière est complètement effacée par l'épaississement des parois.

Dans une coupe du triceps sural droit, une artériole se montre obturée par un caillot cruorique adhérent.

Système veineux. — *Dans le membre inférieur droit,* thromboses dans la plupart des veinules périphériques; thrombose de la fémorale remontant jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'iliaque primitive; thrombose de la saphène jusqu'à quelques centimètres de son origine; le caillot brun, compact, est adhérent à la paroi veineuse.

A l'examen microscopique, on voit, à la face interne de la veine, une couche stratifiée d'éléments jeunes, pénétrant par places sous forme de traînées dans le caillot, quelquefois jusqu'au contact de la paroi opposée, englobée dans les filaments de fibrine; au sein de ces amas embryonnaires ou des mailles de fibrine, çà et là des lacunes remplies de globules rouges.

La paroi externe de la veine et le tissu cellulaire périveineux sont infiltrés de noyaux embryonnaires, abondants surtout autour des petits vaisseaux et dans leurs parois; quelques-unes des veinules de la tunique externe présentent les signes d'une véritable endophlébite végétante.

Dans le membre inférieur gauche, pas de thromboses des gros troncs, mais les ramifications de la saphène interne au dos du pied présentent çà et là des thrombus plus ou moins allongés, donnant à ces veinules un aspect moniliforme; mêmes coagulations dans les veinules microscopiques du tissu cellulaire du pied; en certains points de ces veinules thrombosées on constate par places à la face interne du vaisseau une accumulation d'éléments jeunes formant une couche granuleuse irrégulière.

Système nerveux périphérique. — *Dissociation des tubes frais* (acide osmique, carmin aluné). — Pas d'altérations notables des fibres dans les troncs des sciatiques et des médians; çà et là seulement de très rares fibres moniliformes à myéline segmentée.

Au contraire, dans les *fins rameaux* nerveux périphériques du dos du pied, on ne trouve presque pas de tubes sains; les tubes sont complètement vides par places, et ailleurs bourrés de myéline segmentée; tubes dilatés, bosselés par de la myéline fragmentée en boules.

Sur des coupes transversales des sciatiques et des médians, nombre d'*artérioles* et de *veinules* ont leur lumière obturée par des caillots cruoriques adhérents; quelques artérioles, plus rares, ont leur calibre rétréci par un bourgeonnement de la tunique interne.

L'histoire de cette malade serait l'histoire bien banale d'une phthisie commune, si elle n'avait été accidentée par des phénomènes nerveux que nous avons indiqués, et si des découvertes d'autopsie non prévues durant la vie n'étaient venues en rehausser l'intérêt.

Chez une fille de 20 ans, une tuberculose pulmonaire, silencieuse jusqu'alors, prend une allure accélérée sous l'influence de bains froids prolongés; presque subitement apparaissent des symptômes nerveux caractérisés par une hyperesthésie exquise et des douleurs intolérables dans les membres supérieurs et les membres inférieurs, prédominant à l'extrémité des membres; bientôt à ces phénomènes douloureux se joignent de la paraplégie presque complète des membres inférieurs et une impotence relative dans les membres supérieurs; les muscles s'atrophient, les pieds prennent au repos l'attitude du varus équin paralytique, les mains affectent la forme simiesque spéciale; pendant quatre mois, jusqu'à la mort les phénomènes nerveux s'accentuent, les douleurs s'accroissent, martyrisant sans relâche la jeune malade; dix jours avant la mort apparaissent au membre inférieur droit les premiers signes habituels d'une thrombose veineuse, qui réalise en peu de jours le tableau le plus complet de la phlegmatia alba dolens.

Durant la vie, en raison du caractère de l'hyperesthésie et de la douleur cutanée et musculaire, en raison de

l'amyotrophie et de la paralysie, en raison de la généralisation des phénomènes avec localisation prédominante aux extrémités des membres, nous portâmes le diagnostic de polynévrite aiguë. La névrite existait réellement, ainsi que nous le démontra l'examen histologique des nerfs, pratiqué seulement aux membres inférieurs ; suivant son habitude, elle respectait les gros troncs et intéressait les extrémités périphériques des nerfs ; dans les rameaux fins du pied, elle se caractérisait par la présence en grand nombre de tubes moniliformes, de tubes vides par places, ou de tubes par de la myéline fragmentée.

La névrite est-elle seule responsable des troubles nerveux observés?

A l'autopsie, nous constatâmes dans les deux membres inférieurs, en particulier dans le membre inférieur gauche, qui n'avait pas présenté de signes de la phlegmatia alba dolens, l'existence de thromboses disséminées dans les veinules périphériques du dos du pied, du mollet, etc., de telle sorte qu'il est permis de supposer que la thrombose terminale de la veine fémorale et de la veine iliaque à droite était la dernière étape d'une phlébite ascendante. Rien ne nous permet d'assigner une époque précise au début de cette phlébite périphérique; mais des recherches, dont les travaux de Vaquez (1) sont la pleine confirmation, nous ont appris que, souvent, des troubles sensitifs et moteurs des membres, douleurs et paralysies relevant de l'inflammation des petites veines dans les troncs nerveux, peuvent précéder les signes habituels de la phlébite des veines volumineuses. Cependant, l'apparition de phénomènes névritiques plusieurs mois avant le développement des signes de la phlegmatia, leur intensité, leur diffusion nous permettent d'affirmer que ces phénomènes relevaient primordialement des causes ordinaires de la névrite des tuberculeux, causes d'ordre probablement toxique : la phlébite des nerfs, si elle est intervenue, n'a joué que le rôle d'un facteur secondaire, en accentuant, par les troubles circulatoires qu'elle amenait dans le nerf, des lésions qu'elle n'avait pas déterminées ; peut-être est-ce en partie la raison pour laquelle les symptômes nerveux prédominaient aux membres inférieurs, où la phlébite compliquait la névrite, alors qu'aux membres supérieurs, où la phlébite était absente, ces symptômes demeurèrent stationnaires.

Un autre élément intervient du reste encore dans l'interprétation des phénomènes nerveux.

Le tronc des artères fémorales, des deux côtés, offrait sur une certaine étendue les lésions les plus nettes d'une endartérite aiguë : bourgeonnement exubérant de la tunique interne, rétrécissement considérable du calibre du vaisseau par la néoformation inflammatoire, oblitération partielle de la lumière atrésiée par un thrombus cruorique. Dans le tronc de la pédieuse gauche, existait le même bourgeonnement de la tunique interne, mais moins prononcé que dans les fémorales. Partout la tunique moyenne des vaisseaux est intacte; la tunique externe ne présente d'autre altération qu'une infiltration de jeunes cellules autour de la paroi des vasa vasorum, et quelquefois dans leurs parois. Les artérioles des nerfs, de la tunique celluleuse des vaisseaux, etc., n'offrent pas en général une notable modification de leurs parois internes; mais, çà et là seulement, un de ces petits vaisseaux, surtout dans les gros troncs des sciatiques, a sa lumière obturée par des caillots cruoriques.

En résumé, dans les vaisseaux examinés, l'altération prédomine dans le tronc des fémorales, et là elle consiste essentiellement en une *endartérite aiguë*. Nul doute que cette endartérite ne soit responsable pour une grande part des troubles sensitifs et des symptômes douloureux observés pendant la vie.

Fait curieux, ces lésions artérielles s'étaient développées sur des vaisseaux *congénitalement rétrécis*. Chez la malade, tout le système artériel, depuis l'aorte jusqu'aux petites artères périphériques, était d'un volume extrêmement réduit. Le fait était apparent et nous frappa vivement à l'autopsie ; des mensurations et des comparaisons avec des vaisseaux sains nous le démontrèrent amplement. Or l'*hypoplasie artérielle* est un phénomène relativement fréquent, quoique contingent, chez les chlorotiques, dont notre malade présentait à son entrée le faciès et les signes cardiaques stéthoscopiques ; les individus porteurs de pareilles lésions congénitales succombent très souvent, comme le montrent les observations de ce genre, vers la vingtième année, généralement à la tuberculose pulmonaire (Beneke, Virchow).

Polynévrite, phlébite et *thromboses veineuses disséminées, endartérite aiguë*, tels sont les phénomènes qui par leur réunion sur un même sujet animent d'un certain intérêt une vulgaire histoire de phthisique. Or, névrite, phlébite, artérite aiguë sont, dans la majorité des cas, fonction d'infections variées : la clinique, l'expérimentation le démontrent. Si la névrite peut à la rigueur être réalisée par l'infection ou plutôt par l'intoxication tuberculeuse, par contre, dans la tuberculose comme dans la plupart des autres maladies, la phlébite, assez fréquente, l'endartérite aiguë des membres, très rare d'ailleurs, relèvent presque toujours d'infections secondaires par des microbes pyogènes surajoutés (Vaquez).

Tel fut le cas dans notre observation ; les lésions nerveuses et vasculaires coïncidaient avec une *infection staphylococcique*, que nous pûmes déceler pendant la vie, et vérifier après la mort.

Durant l'évolution de la tuberculose, l'aspect particulier de la courbe thermique, dont nous reproduisons ici une portion, la répétition de frissons violents, nous firent supposer l'existence d'une de ces pyosepticémies, généralisées ou locales, dont s'aggrave souvent la tuberculose. Cinq jours avant la mort d'ailleurs, l'ensemencement des milieux usuels avec du sang obtenu par piqûre après les précautions accoutumées, nous donna des cultures pures de staphylocoque doré, doué de ses caractères biologiques habituels, et, de plus, très virulent. L'autopsie, pratiquée par un temps froid quelques heures après la mort, nous démontra la réalité de la pyosepticémie; le sang était diffluent, la rate volumineuse et friable ; dans le myocarde, deux petits abcès contenaient du pus franc. Des ensemencements pratiqués avec le pus de ces abcès et, avec le caillot de la veine fémorale, donnèrent le staphylocoque en culture pure.

Comme dans les infections secondaires chez les phthisiques, la porte d'entrée du germe infectant fut évidemment la paroi des cavernes tuberculeuses où végètent normalement, avec nombre de saprogènes, les pyogènes vulgaires. Nul doute que la staphylococcémie, dans ce cas comme dans les cas analogues, ne fût l'origine de la phlébite, de l'endartérite, et peut-être de la névrite ; la présence des toxines amena la modification de la crase sanguine qui favorisa la thrombose; les altérations de la paroi interne des vaisseaux jouèrent le rôle de cause déterminante dans la coagulation sanguine. L'examen réitéré de coupes de vaisseaux artériels ou veineux pratiquées au niveau des lésions déjà relativement anciennes, il est vrai, ne nous permit pas de constater la présence de staphylocoques dans la paroi ; nous ne pouvons donc affirmer que les altérations vasculaires relèvent de l'action directe des microbes ; peut-être, d'ailleurs, les

(1) VAQUEZ. Période préoblitérante de la phlébite des cachectiques. *Mém. de la Soc. de Biologie*, 1891, p. 864.

lésions vasculaires dépendent-elles, dans une certaine mesure, de l'action des poisons microbiens, sans intervention directe du microbe au point lésé. Après inoculation à des animaux de cultures filtrées, Thérèse (1) put observer une accumulation de cellules blanches à la périphérie et dans les parois des petits vaisseaux de la tunique externe des artères; dans notre cas, les lésions de ce genre étaient fort accusées; resterait à vérifier expérimentalement si les altérations de la tunique interne dans les infections peuvent être déterminées exclusivement par les poisons microbiens sans intervention locale du microbe.

Dans notre observation, les abcès du myocarde, localisation des plus rares, furent la seule détermination purulente de l'infection staphylococcique; ils furent probablement une des premières manifestations de cette infection. Cachés derrière les piliers de la pointe du cœur, en communication directe avec la cavité du ventricule gauche, ces abcès, produit d'une infection secondaire, devinrent à leur tour *infectants*, en déversant dans le torrent circulatoire le microbe en même temps que ses poisons. Ainsi s'explique en partie la localisation dominante des lésions sur le système vasculaire, en même temps que les allures si caractéristiques de la courbe thermique.

La folie diathésique, par le Dr Crocq fils (de Bruxelles).

(*Fin.*)

Obs. LXXXIII (personnelle). — Catherine A..., âgée de soixante-sept ans, alitée dans le service de M. Stiénon, est atteinte de *cancer hépatique;* son père est mort à quatre-vingt-deux ans, sa mère est devenue *folle* à vingt-cinq ans, deux sœurs de la mère sont mortes *tuberculeuses;* la malade a eu un frère et une sœur, celle-ci est morte d'*apoplexie* à quarante-deux ans; le frère vit, il est sujet au *rhumatisme articulaire*, il a des *hémorrhoïdes* énormes.

Obs. LXXXIV (personnelle). — Joseph M..., alité salle 2, lit 22, à l'hôpital de Molenbeck, est atteint de *cancer guttural;* son père et sa mère sont morts de vieillesse à quatre-vingt-quatre et quatre-vingt-cinq ans, mais un frère de sa mère est mort *aliéné* à quarante ans, une sœur de sa mère était *bizarre*. De neuf frères et sœurs, deux seulement survivent, la plupart sont morts de *convulsions*, sa sœur vivante est *hystérique et colérique*.

Obs. LXXXV (personnelle). — Marie P..., âgée de soixante-trois ans, alitée dans le service de M. Roumelaere, est atteinte de *carcinome gastrique;* son père est mort *aliéné*, il était *buveur* et il fut pris vers l'âge de quarante ans du *délire des persécutions;* sa mère est morte de vieillesse à quatre-vingt-cinq ans. La famille du père est entachée de diathèse : deux de ses frères sont morts *tuberculeux* vers trente ans, une sœur était *épileptique;* la famille de la mère est au contraire indemne de toute tare.

La malade a eu quatre frères et sœurs dont un seul vit encore : un frère est mort *aliéné*, un autre du *delirium tremens;* une sœur est morte d'un *cancer du sein*, une autre de *tuberculose pulmonaire*. Elle-même a eu cinq enfants dont quatre sont morts en bas âge de *convulsions*. Le survivant est âgé de quarante ans, il est *alcoolique*.

f. La parenté morbide reliant le rhumatisme et l'aliénation mentale n'est pas moins évidente que celle qui relie cette dernière à la tuberculose et au carcinome : « Il est incontestable, dit Ball, que les fous présentent souvent des rhumatisants parmi leurs ancêtres. »

Mme Ch..., dont il s'agit dans l'observation 21, atteinte de *rhumatisme*, avait une mère aliénée; Mme Gra..., de l'observation 22, avait une mère aliénée; M. Oer..., de l'observation 23, atteint de *démence*, était d'une famille éprouvée par le *rhumatisme* de père en fils; Alfred, de l'observation 24, qui était *rhumatisant*, avait une tante maternelle *aliénée*.

Obs. LXXXVI (personnelle). — Emilie D.... âgée de vingt ans, alitée salle 36, lit 3, dans le service de M. Rommelaere, était atteinte de *rhumatisme articulaire aigu;* son père est vivant, mais il est *aliéné*, sa mère est bien portante; la malade a eu douze frères et sœurs dont dix sont morts en bas âge, la plupart de *convulsions*, une petite fille est morte à cinq ans et demi de la scarlatine, une autre à dix-huit ans de *tuberculose pulmonaire;* un de ses frères vivants est *scrofuleux*, l'autre est *alcoolique*.

Obs. LXXXVII (personnelle). — Marie B..., âgée de dix-neuf ans, alitée salle 35, dans le service de M. Rommelaere, était atteinte de *rhumatisme articulaire aigu*. Ses parents sont, dit-elle, vivants et bien portants, sa grand'mère maternelle est morte *aliénée*, ses autres grands-parents ont vécu jusqu'à quatre-vingts ans. Un oncle maternel est *alcoolique*, il a eu à différentes reprises le *delirium tremens*, une tante maternelle est morte *tuberculeuse*. La malade a eu sept frères et sœurs dont deux seulement sont vivants : trois sont morts de *convulsions*, un du croup, un de *méningite*, et un de fièvre typhoïde; son frère est bien portant, mais il est *buveur*, sa sœur est *hystérique*.

Obs. LXXXVIII (personnelle). — Henri M..., âgé de trente-sept ans, vint à la consultation du Dr Dantz, il se plaignait d'un *rhumatisme articulaire aigu;* ses parents et ses grands-parents avaient été, disait il, bien portants, cependant sa mère avait également souffert de rhumatisme et, fait plus intéressant, le frère de sa mère est mort *aliéné;* le malade a eu trois frères et sœurs dont un seul survit, les deux autres sont morts en bas âge.

Obs. LXXXIX. — B..., âgé de quarante-sept ans, s'est livré parfois à la boisson, il est atteint du *délire des persécutions*, son père était perclus de *douleurs rhumatismales*, sa mère est morte d'une *affection de poitrine* (Mabille et Lallemant).

Obs. XC. — Mme L... ne possède pas de tare héréditaire nerveuse dans sa famille, sa mère souffre de *douleurs articulaires*, deux oncles maternels ont souffert de *rhumatismes goutteux*, l'un d'eux avait les jambes couvertes d'un *eczéma*, une tante est hydropique. La malade était atteinte de *lypémanie* (Mabille et Lallemant).

Cette observation n'appartient pas au rhumatisme pur, comme les précédentes; on peut rapporter les douleurs articulaires de la mère à la goutte qui existait chez son oncle.

g. Ceci nous amène à parler des rapports héréditaires non moins étroits qui unissent la goutte à l'aliénation mentale.

Obs. XCI. — Mlle R..., accès périodiques de *manie* suivis de périodes de calme. Nombreuses séquestrations. Le grand-père paternel était *goutteux*, le frère est *goutteux*, la mère *aliénée* (Mabille et Lallemant).

Obs. XCII. — Mme L..., accès d'*aliénation* avec paroxysmes revenant toutes les six semaines environ. Le frère de la malade est *goutteux*, la mère était *aliénée* (Idem).

Obs. XCIII. — Mlle D... est *migraineuse*, elle a eu des accès périodiques de *folie* survenant à l'occasion de douleurs articulaires; son grand-père avait la *goutte*, son oncle paternel avait « la goutte dans la tête » (Idem).

Obs. XCIV (personnelle). — Van L. Marie, âgée de soixante-six ans, est *goutteuse*, elle est atteinte d'accès de *sténocardie* et de prolapsus utérin. Son père est mort à quatre-vingt-deux ans, sa mère était *aliénée* dès l'âge de trente ans; deux sœurs de la mère étaient *goutteuses;* un frère était *hémorrhoïdaire*, ce dernier est mort d'une attaque d'*apoplexie*. La malade a eu cinq frères et sœurs dont trois sont morts en bas âge de *convulsions*, un frère est *buveur*, une sœur est *hystérique*. Marie V... a eu trois enfants dont un est mort de *méningite;* son fils est *alcoolique*, sa fille *épileptique*.

Obs. XCV. — Une dame est en proie à la vraie *hypochondrie*, son père est mort de la *goutte;* aucune cause apparente ne peut expliquer sa maladie (Berthier).

Obs. XCVI. — Eugène M..., âgé de quarante-huit ans, est un ancien receveur des contributions dont le père est mort *aliéné*. Eugène est goutteux; pour se soulager il prend de la

colchique, mais il devint bientôt aliéné lui-même (Berthier).

h. Les calculs s'observent également dans la famille des aliénés, les observations en sont rares, cependant les parentés morbides qui, comme nous le verrons plus loin, unissent la lithiase biliaire et la gravelle aux autres maladies diathésiques prouvent que les calculs ne doivent pas être rares dans la famille des aliénés.

Mlle D..., de l'observation 93, atteinte d'*aliénation mentale*, avait une fille souffrant de *coliques néphrétiques*. L'élève en médecine dont nous avons parlé dans l'observation 18 avait un père et un oncle *gravelleux*, il était *hypochondriaque*.

Obs. XCVII. — M. L... est atteint de *délire* hallucinatoire; son père a eu à différentes reprises des symptômes d'*hypochondrie*, sa mère a eu des attaques d'*hystérie;* l'aîné des frères est mort à quarante ans de *congestion cérébrale*, le second a la *gravelle*, le troisième est *rhumatisant*.

Obs. XCVIII (personnelle). — Alexandre P..., âgé de 40 ans, vint à la consultation du Dr Dantz pour des *coliques hépatiques;* son père et sa mère vivent encore, ils sont bien portants, sauf cependant que cette dernière est atteinte d'un *eczéma chronique* du cuir chevelu; un oncle maternel est mort *aliéné*, une tante maternelle souffrait également de *coliques hépatiques*.

i. Si nous envisageons le diabète, nous lui reconnaissons des parentés morbides analogues : pour Lecorché, la fréquence des troubles cérébraux et intellectuels des diabétiques trouve son explication dans leurs antécédents héréditaires : un de ses malades avait deux *neveux aliénés*, un autre avait un frère *aliéné*. Léger et Marchal (de Calvi) sont du même avis; Zimmermann, Schutz, Durand-Fardel, Cotard, ont insisté sur le même fait.

Obs. XCIX. — M. X., âgé de cinquante-sept ans, *appartenant à une famille d'aliénés*, est atteint de *délire des persécutions*, il est *diabétique* depuis longtemps, il a eu la *gravelle*.

Obs. C (personnelle). — X., âgé de quarante-neuf ans, se trouvait, salle 9, dans le service de M. Rommelaere, il était *diabétique* à outrance; son père est mort *aliéné*, sa mère est tout à fait bien portante, un oncle est mort du *delirium tremens*, un autre de *carcinome gastrique*, une tante a des attaques de nerfs. Il a eu quatre frères et sœurs : deux sont morts en bas âge, un à vingt-deux ans de *tuberculose pulmonaire*, sa sœur est bien portante.

j. L'obésité a des rapports héréditaires évidents avec les autres maladies diathésiques; à ce titre nous croyons pouvoir conclure que ces rapports existent également entre l'obésité et l'aliénation mentale.

Obs. CI (personnelle). — Une femme, âgée de quarante-trois ans, se présenta à la consultation du Dr Dantz, *elle pesait 100 kilos*; elle venait se faire traiter pour une bronchite; son père est mort *aliéné*, sa mère a succombé accidentellement; un frère de son père était *polysarcique*, une sœur *hystérique*. Elle-même a eu un frère mort de *convulsions*, un autre est vivant, il est buveur et a eu déjà plusieurs attaques de *delirium tremens*.

k. Le rachitisme se rencontre également dans les familles d'aliénés. « Aliénés, idiots, dit Moreau de Tours, scrofuleux, rachitiques, en vertu de leur commune origine, de leurs caractères physiques et moraux, doivent être considérés comme les enfants d'une même famille, les rameaux d'un même tronc. »

Nous rapporterons dans ce travail plusieurs observations dans lesquelles le rachitisme alterne avec la folie et les autres maladies diathésiques.

l. Quant à l'ostéomalacie, il est certain qu'elle se rencontre aussi bien chez les descendants d'aliénés que chez eux-mêmes.

m. Nous avons vu combien l'herpétisme s'associe souvent à la folie chez le même individu, cette transformation s'opère non seulement sous cette forme, mais elle se fait encore en passant héréditairement des parents aux enfants.

Obs. CII. — Une dame, très nerveuse, très délicate, *nièce d'aliénée*, fut couverte après un accouchement d'une *éruption herpétique dont son frère avait été atteint* à la suite d'un chagrin; des chagrins nombreux amenèrent un *délire mélancolique* (Laurent, *Ann. médico-psychol.*, 1867).

Obs. CIII. — Lavignoni, âgé de vingt-quatre ans, atteint de *manie* instinctive chronique, portait à la partie dorsale du bras des verrues et des *vésiculee galeuses*. Son père, son grand-père, sa sœur avaient eu des maladies eczémateuses (Lombroso, *Le Pigmentazioni*, 1867).

Obs. CIV (personnelle). — Joseph N., âgé de cinquante-huit ans, vint à la consultation du Dr Lavisé, en septembre 1891, pour se faire guérir d'un *eczéma chronique* couvrant les jambes et les pieds. Ses parents sont morts, dit-il, à un âge avancé sans avoir jamais été malades; une sœur de son père est morte *aliénée*, un frère de son père avait un *eczéma* des jambes. Lui-même a eu 5 frères et sœurs dont 3 sont morts en bas âge; son frère est *buveur*, sa sœur est *folle*.

n. Si nous envisageons l'apoplexie cérébrale, nous constatons qu'elle possède les mêmes parentés morbides avec l'aliénation mentale :

M. L..., deux fois cité déjà, *rhumatisant* et *délirant*, a eu un frère qui est mort à quarante ans de *congestion cérébrale*.

Obs. CV. — Un homme de cinquante et un ans, atteint de *psoriasis, est mélancolique* et *hystéro-épileptique*; son père, violent, nerveux, est mort d'*apoplexie*, sa mère est vivante et âgée de quatre-vingts ans, frère *maniaque suicidé* à trente ans; deux nièces, l'une *arriérée*, l'autre atteinte d'*incontinence d'urine*.

Auguste B..., de l'obs. 78, atteint de *tumeur blanche* et de *tuberculose pulmonaire*, dont la mère est morte *folle*, avait un oncle maternel mort d'*apoplexie;* Marie D..., de l'obs. 82, atteinte de *carcinome gastrique*, dont la grand'mère maternelle est morte *folle*, avait un oncle mort d'*apoplexie;* Catherine A..., de l'obs. 83, atteinte de *cancer hépatique*, dont la mère était *aliénée*, eut une sœur qui mourut d'*apoplexie*; Van L..., de l'obs. 94, atteinte de *goutte*, dont la mère est morte *aliénée*, eut un frère qui est mort d'*apoplexie*.

Obs. CVI (personnelle). — Théophile D..., âgé de cinquante-sept ans, entre le 23 décembre 1887, dans le service de M. Desmeth; sa mère est morte d'*apoplexie cérébrale*. Lui-même est atteint du délire des grandeurs et des richesses; il gagne des milliards, il est président de la république belge, il constituera un ministère, on l'appelle Rothschild II, il est camarade du roi, il épousera une jeune fille dont il fera une princesse tournaisienne, etc., etc.

Diagnostic : Manie délirante. Démence paralytique.

Obs. CVII (personnelle). — Jean L..., âgé de cinquante-deux ans, entre le 29 avril 1888 dans le service de M. Desmeth; son père est mort d'*apoplexie cérébrale;* lui-même est atteint d'un affaiblissement considérable de l'esprit, il est naïf, sa parole est embarrassée, il existe un tremblement musculaire, sa marche est défectueuse, son langage incohérent.

Diagnostic : Démence paralytique.

Obs. CVIII (personnelle). — Clémence L..., âgée de trente-deux ans, est amenée le 21 février 1890 dans le service de M. Desmeth; sa grand'mère est morte *folle*, deux de ses nièces sont atteintes de *folie périodique*, sa sœur est morte à trente-sept ans d'*apoplexie cérébrale*. La loquacité de la malade est grande, son caractère agressif; elle est colloquée pour la cinquième fois; elle est peu sociable et ses parents ont été forcés de l'enfermer pendant quatre ans dans une maison de santé. Elle est sujette à des attaques d'*épilepsie* et d'*hystérie*. Sur ce fond morbide vient se greffer de temps en temps une folie périodique, maniaque d'abord, puis dépressive: pendant cette dernière période la tristesse se complique d'une espèce de délire des persécutions.

Diagnostic : Folie périodique réalisant assez bien la folie à double forme.

Obs. CIX (personnelle). — Louise S..., âgée de vingt-cinq ans, est amenée le 13 décembre 1887 dans le service de M. Desmeth; son père est mort d'*apoplexie cérébrale*, sa

sœur est *épileptique*. Pendant un interrogatoire au palais de justice, elle a eu une attaque de nerfs qui s'est prolongée pendant quelques heures: elle a perdu tout souvenir de ce qui s'est passé et a manifesté l'intention de se suicider.
Diagnostic : Folie épileptique et hystérique.

Obs. CX (personnelle). — Romaine D..., âgée de vingt-cinq ans, entre le 12 avril 1888 dans le service de M. Desmeth; son père est mort d'*apoplexie cérébrale*, sa sœur est *folle*. La malade ne sait comment elle est arrivée à l'asile, étant alors sous l'influence d'une attaque d'*épilepsie*. Elle est abattue, profondément affectée : « elle mérite, dit-elle, de mourir, elle a volé, on la poursuit; elle a commis des méfaits »; elle a des hallucinations auditives, elle entend dire qu'on va la tuer.
Diagnostic : Mélancolie délirante.

Obs. CXI (personnelle). — Gustave V..., âgé de vingt et un ans, est amené le 23 novembre 1888 dans le service de M. Desmeth; son père est mort d'*apoplexie cérébrale*. Il est triste, découragé, inerte; il ne répond pas aux questions qu'on lui pose et veut se suicider. Il déclare qu'il tuera sa maîtresse, il rit puis menace.
Diagnostic : Manie délirante.

o. Les névroses se rencontrent fréquemment dans les familles d'aliénés, ceux mêmes qui pourraient mettre en doute les parentés morbides que nous nous sommes efforcés de mettre précédemment en lumière, ne peuvent réfuter les rapports héréditaires des névroses avec l'aliénation mentale.

L'épilepsie est certes celle des névroses qui se retrouve le plus souvent dans la famille des aliénés.

Obs. CXII (personnelle). — Guillaume B..., âgé de soixante-quatre ans, entre le 14 octobre 1890 dans le service de M. Desmeth; sa mère est morte *épileptique*, deux sœurs sont *mélancoliques*. Le malade est atteint d'imperfection congénitale des facultés morales et intellectuelles, il s'adonne à l'alcoolisme, il est sujet à des ivresses pathologiques et à des attaques de folie épileptique subites, courtes, impulsives et dangereuses. Il a subi un grand nombre de condamnations : il a eu une fureur qui a nécessité la camisole de force, le malade est en outre atteint de *scoliose vertébrale*, il a des *cicatrices scrofuleuses* et un *eczéma* de la cuisse et des bras.
Diagnostic : Folie morale et épileptique.

Obs. CXIII (personnelle). — Marie R..., âgée de trente et un ans, est amenée le 22 juin 1891 dans le service de M. Desmeth; sa mère est *épileptique*. Elle présente une excitation maniaque très grande, elle rit beaucoup et ressent un sentiment de bonheur subjectif. Ses actes sont désordonnés, elle est indifférente de sa situation.
Diagnostic : Manie délirante. Folie épileptique.

Obs. CXIV (personnelle). — Catherine B..., âgée de vingt ans, entre le 10 mai 1890 dans le service de M. Desmeth; son père est *alcoolique et épileptique*. Elle-même a eu des convulsions dans son enfance ainsi que ses frères et sœurs. Accouchée le 8 mai, elle a eu des attaques hystériques et des troubles intellectuels pendant la période puerpérale; elle est agitée, loquace, son délire est expansif et roule sur des idées de mérite personnel. De temps en temps se manifestent des symptômes dépressifs accompagnés de pleurs et de délire mélancolique.
Diagnostic : Folie hystérique.

Obs. CXV (personnelle). — Rosalie V..., âgée de trente-huit ans, entre le 2 décembre 1890 dans le service de M. Desmeth; son père est *épileptique*, deux enfants sont morts de *convulsions*. Elle-même est inconsciente, désordonnée, agressive; elle a de nombreuses attaques d'*épilepsie*; après une de celles-ci elle a été au bureau de police déclarer qu'on avait assassiné son fils. Elle est atteinte de contracture des extrémités inférieures.
Diagnostic : Folie épileptique et hystérique.

Obs. CXVI (personnelle). — Charles S..., âgé de vingt-quatre ans, entre le 17 septembre 1887 dans le service de M. Desmeth; son grand-père paternel s'est *suicidé*, son père névropathique a abandonné sa famille, sa sœur est *épileptique*, son frère est mort *épileptique*. Lui-même a été colloqué un grand nombre de fois; il a été trouvé sur la voie publique en état d'*aliénation mentale*. Il est sujet à des attaques d'*épilepsie* suivies d'un trouble mental complet, inconscient, désordonné, souvent agressif, parfois tendance à l'homicide.
Diagnostic : Folie morale, épileptique.

Obs. CXVII (personnelle). — Victor L..., âgé de cinquante-deux ans, entre le 24 juin 1890 dans le service de M. Desmeth; sa sœur est *épileptique*, un cousin germain *aliéné*. Le malade déclare avoir eu un rêve pendant lequel il s'est senti dans la neige avec des couteaux (?), il se livre à l'alcoolisme, il a des vertiges à la suite desquels il se trompe de route dans son propre quartier.
Diagnostic : Absence épileptique.

Obs. CXVIII. — Joseph C..., âgé de quarante-cinq ans, entre le 21 novembre 1891 dans le service de M. Desmeth; sa sœur est *épileptique*, deux de ses enfants sont morts de *convulsions*. Ce malade a des hallucinations visuelles, auditives et de la sensibilité générale; il a un délire des persécutions roulant sur des sujets obscurs, il a commis des excès alcooliques et est sujet à de nombreuses attaques d'*épilepsie*, il est colloqué pour la vingt-deuxième fois.
Diagnostic : Délire des persécutions.

L'hystérie se rencontre souvent aussi dans la famille des aliénés; des transitions insensibles d'ailleurs unissent l'épilepsie et l'hystérie; nous avons déjà rapporté de nombreuses observations d'hystéro-épilepsie qui peuvent être placées dans l'une ou dans l'autre catégorie.

Obs. CXIX (personnelle). — Marie H..., âgée de vingt-deux ans, entre le 3 juillet 1890 dans le service de M. Desmeth; sa mère est *hystérique*; elle-même est sujette à des attaques d'*hystéro-épilepsie*, elle ne se souvient d'aucun fait, elle répond distraitement aux questions.
Diagnostic : Folie épileptique et hystérique.

Obs. CXX (personnelle). — Marie D..., âgée de trente-quatre ans, entre le 28 septembre 1890 dans le service de M. Desmeth; sa mère est *hystérique*, une sœur est également *hystérique*, un oncle est *aliéné*. Elle-même a de l'insomnie, des hallucinations visuelles et auditives, une agitation désordonnée; elle prétend qu'on veut l'empoisonner, elle entend des menaces et voit des animaux, des hommes qui veulent l'électriser, elle a des terreurs nocturnes et a été somnambule; elle s'adonne aux boissons alcooliques.
Diagnostic : Délire des persécutions.

Obs. CXXI (personnelle). — Marie B..., âgée de sept ans, entre le 13 décembre 1890 dans le service de M. Desmeth; sa mère est *hystérique*, sa grand'mère *aliénée*, deux frère et sœur sont morts de *convulsions*. Elle-même a un développement très imparfait de l'esprit et des sens; l'ouïe et la vue sont rudimentaires, la malade est réduite à la vie végétative. Elle est sourde et muette.
Diagnostic : Idiotie.

Obs. CXXII (personnelle). — Victor S., âgé de vingt-sept ans, est amené le 3 décembre 1887 dans le service de M. Desmeth; sa mère est *hystérique*. Lui-même a de l'insomnie, un délire hallucinatoire, des idées de persécution; il est sujet à des attaques d'*épilepsie* qui sont suivies de trouble mental, il veut alors battre sa femme.

Obs. CXXIII (personnelle). — Charles B., âgé de vingt-cinq ans, entre le 26 octobre 1887 dans le service de M. Desmeth; sa mère est *migraineuse* et *hystérique*, lui-même est sujet à des attaques d'*épilepsie*, il est inconscient, commet des actes violents, il est colloqué pour la deuxième fois.
Diagnostic : Folie épileptique.

Obs. CXXIV (personnelle). — Eugène J., âgé de trente-quatre ans, entre le 19 octobre 1890 dans le service de M. Desmeth; sa mère est *hystérique*. Le malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose; il ressent un sentiment de malheur non motivé; il y a dépression de toutes les fonctions psychiques et somatiques, son délire est mélancolique; on est obligé de le nourrir et de l'habiller. Il a déjà été conduit à l'asile en juin; il présentait alors une agitation maniaque avec loquacité et sentiment subjectif de bonheur; son délire roulait alors sur des idées de grandeur et de richesse.
Diagnostic : Folie à double forme.

OBS. CXXV (personnelle). — Jacques L..., âgé de trente et un ans, entre le 20 octobre 1890 dans le service de M. Desmeth; sa mère et une de ses sœurs sont *hystériques*, l'autre sœur est *hystéro-épileptique*. A l'entrée du malade on constate une grande faiblesse de l'intelligence, il est impossible d'obtenir de lui une réponse quelconque. Il déclare qu'on le tourmente et qu'on a changé son caractère; dans le préau, il joue comme un enfant, tourmente les autres et se montre indifférent de sa situation. Lors de son entrée, il était ivre. Les renseignements disent qu'il est sujet à des alternatives de dépression et d'excitation psychiques, qu'il se livre habituellement à l'alcool et qu'il a peu de résistance morale.

Diagnostic : Folie à double forme.

OBS. CXXVI (personnelle). — Lucien L..., âgé de quinze ans, entre le 13 mai 1890 dans le service de M. Desmeth ; sa mère est *hystérique*, plusieurs de ses frères et sœurs sont morts de *convulsions*. Le langage du malade est incohérent, ses actes sont désordonnés ; il est inconscient de sa situation. Alternatives de gaieté et de tristesse, chuintement, balbutiement.

Diagnostic : Imbécillité.

OBS. CXXVII (personnelle). — Charles V..., âgé de vingt-huit ans, entre le 22 août 1890 dans le service de M. Desmeth ; sa mère est *hystérique*, sa sœur *mal équilibrée*. Le malade a de l'incohérence dans les actes et dans les idées, l'attention est difficile, la parole est embarrassée ; il y a tremblement musculaire, absence de jugement et faiblesse de la mémoire.

Diagnostic : Simplicité d'esprit.

La chorée existe sans aucun doute fréquemment dans les familles d'aliénés, elle frappe trop peu l'esprit de l'entourage pour qu'on puisse avoir des renseignements à ce sujet ; la chorée guérit généralement en quelques semaines et on l'oublie aussitôt ; les chorées rhythmiques, les tics se rencontrent souvent dans les familles d'aliénés.

p. Nous avons vu les rapports étroits qui relient héréditairement le rhumatisme et l'aliénation mentale ; il est, d'autre part, incontestable que le rhumatisme articulaire est le facteur étiologique le plus puissant des maladies du cœur. D'après Ball, sur 1121 rhumatisants articulaires il y aurait 415 fois des complications au cœur ; on pourrait, en se basant sur ces faits, affirmer *a priori* que les maladies du cœur se rencontrent dans la famille des aliénés : voici, pour le prouver, quelques faits concluants.

OBS. CXXVIII (personnelle). — Marie van den B..., en traitement dans le service du Dr Dantz, est atteinte d'une *affection cardiaque* très prononcée ; son père est mort *aliéné*, sa mère est morte à quatre-vingt-sept ans, une tante paternelle était *goutteuse*, un oncle *alcoolique ;* la malade a eu cinq frères et sœurs dont quatre sont morts en bas âge de *convulsions*, le survivant est *épileptique ;* elle-même a eu des atteintes de *rhumatisme articulaire aigu ;* elle a des *hémorrhoïdes*.

OBS. CXXIX (personnelle). — Elise B..., âgée de trente-six ans, se présente, en décembre 1891, à la consultation du Dr Dantz ; elle est atteinte d'*insuffisance mitrale*, elle n'a jamais souffert de rhumatisme, mais son père est mort *fou*, sa mère est bien portante, un oncle paternel a des *hémorrhoïdes*, un autre est *rhumatisant*, une tante paternelle est *hystérique*. Elise B... a eu trois frères et sœurs dont un est mort de *convulsions ;* des deux survivants l'un est *alcoolique*, l'autre *épileptique*.

OBS. CXXX (personnelle). — Edouard C... était en traitement, en juillet 1891, dans le service du Dr Lavisé ; il était atteint d'ostéo-myélite du tibia gauche et d'*affection cardiaque*. Ses parents sont vivants et bien portants, sa mère cependant a des *migraines* horribles ; un oncle maternel est mort *aliéné*, un autre était *goutteux*. Ce malade a eu quatre frères et sœurs dont trois sont morts en bas âge, de *convulsions ;* sa sœur est morte *tuberculeuse*.

q. Comme nous l'avons dit antérieurement, la chlorose résulte, le plus souvent, de l'état diathésique : elle se développe sous l'influence d'une cause morale ou de tout autre facteur capable d'ébranler le système nerveux dégénéré de l'individu diathésique. On comprend ainsi facilement comment cette maladie se rencontre fréquemment dans la famille des aliénés.

OBS. CXXXI (personnelle). — Marguerite A..., âgée de quinze ans, se présenta, en janvier 1892, à la consultation du Dr Dantz ; elle était atteinte d'une *chlorose* bien accusée ; son père est mort *aliéné*, sa mère est bien portante, un oncle paternel est mort d'*apoplexie cérébrale*, une tante paternelle de *tuberculose pulmonaire*. La malade a un frère et une sœur : le premier est *alcoolique*, la seconde *hystérique*.

r. L'asthme doit aussi figurer parmi les antécédents héréditaires des aliénés, car ses parentés morbides sont celles de l'aliénation mentale.

s. Quant aux migraines et aux névralgies, nous les avons fréquemment rencontrées dans la famille des fous ; nous avons rapporté déjà plusieurs exemples semblables, en voici encore deux :

OBS. CXXXII (personnelle). — Charles B..., âgé de trente-neuf ans, entre le 30 novembre 1891 dans le service de M. Desmeth ; sa mère est *hystérique et migraineuse*. Lui-même est colloqué pour la troisième fois ; il a manifesté des tendances au suicide et à l'homicide ; il a menacé sa femme et a voulu se couper la gorge avec un rasoir. Actuellement il manifeste un délire de persécutions : on lui en veut depuis longtemps, il entend pendant la nuit des voix qui l'insultent et le menacent, il éprouve des secousses déterminées par des manœuvres hostiles.

Diagnostic : Délire des persécutions.

OBS. CXXXIII (personnelle). — Mathieu W..., âgé de vingt-trois ans, entre le 21 février 1891 dans le service de M. Desmeth ; sa mère est *hystérique et migraineuse*. Lui-même a commis des abus alcooliques ; il a été colloqué de nombreuses fois, il avait alors un délire hallucinatoire visuel, des attaques d'épilepsie et un penchant au suicide. Le 20 février, à la suite d'excès alcooliques et d'une dispute, il a eu une inconscience tellement complète qu'il ne sait pourquoi il est colloqué. Le père du malade dit que celui-ci n'a jamais été normal, il a toujours eu des tendances au vagabondage.

Diagnostic : Folie épileptique.

t. L'artério-sclérose se rencontre fréquemment dans la famille des aliénés.

Van L., de l'obs. 94, est *goutteuse* et atteinte d'angine de poitrine ; à l'auscultation du cou on perçoit un souffle systolique rude caractéristique de l'*athérome aortique ;* ses artères radiales sont sinueuses et dures. Sa mère est morte *aliénée ;* deux tantes maternelles sont *goutteuses ;* un frère était *hémorrhoïdaire*, il est mort d'*apoplexie*.

OBS. CXXXIV (personnelle). — Pétronille D., âgée de cinquante ans, se présente en janvier 1891 à la consultation du Dr Dantz ; elle a des *varices ;* ses artères radiales sont *athéromateuses ;* on entend à l'auscultation du cœur un souffle aortique extrêmement rude, elle est *artério-scléreuse*. Son père est mort *aliéné*, sa mère est morte de vieillesse, une tante paternelle était *rhumatisante*, un oncle paternel est mort d'*apoplexie ;* un frère de la malade a des *hémorrhoïdes*, une sœur est morte de *tuberculose pulmonaire*.

u. Le sarcome, le fibrome, le lymphadénome doivent se rencontrer dans la famille des aliénés comme ils se rencontrent dans les autres familles diathésiques ; des recherches sont encore à faire pour éclaircir ce point.

v. Les convulsions de l'enfance se rencontrent presque constamment dans les familles d'aliénés ; c'est là un fait sur lequel M. le professeur Desmeth insiste dans ses leçons cliniques, et nous devons dire que les faits prouvent cette assertion ; dans les observations que nous avons rapportées, nous avons fréquemment observé des convulsions infantiles dans la famille des aliénés. Nous ne pouvons rappeler en détail ces observations, elles ont été rapportées sous les numéros 72, 77, 78, 80, 81, 84, 86, 87, 94, 115 ; nous aurons encore l'occasion de rencontrer de nombreux faits semblables.

III

Voici nos conclusions :

1° L'aliénation mentale est fréquente chez les diathésiques; les maladies diathésiques, même quand elles disparaissent au moment de l'apparition de la folie, n'en sont nullement la cause; elles dépendent, comme l'aliénation mentale, d'une cause commune, la *diathèse* ou dégénérescence du système nerveux.

2° L'aliénation mentale est fréquente dans la famille des diathésiques; toutes les maladies diathésiques sont susceptibles de se transformer héréditairement en folie; celle-ci, d'autre part, se transforme fréquemment en toutes les formes des manifestations de la diathèse.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Paralysie agitante (A case of paralysis agitans showing unusual contractions), par Franck P. Norbury (*The journal of nervous and mental disease*, juin 1894, n° 6, p. 365). — Une femme âgée de 54 ans, folle depuis six ans, dont on ignore les antécédents, entre à l'asile offrant tous les signes d'une manie délirante chronique, présentant en même temps de la rigidité parkinsonienne. Au bout de six mois, la contracture devient intense, les jambes se fléchissent, le tronc se tord; puis le tremblement se montre, augmente et persiste, interrompu néanmoins par les paroxysmes de contracture. Celles-ci se prononcent de plus en plus, entraînant des déformations de toutes les parties du corps; les cuisses sont rétractées sur l'abdomen, les mains ramenées sur le thorax; la nutrition se prit ensuite et la malade succomba rapidement dans la démence.

Affection traumatique de la région cervicale de la moelle simulant la syringomyélie (Traumatic affection of the cervical region of the spinal cord simulating syringomyelia), par James Hendrie Lloyd (*The Journal of nervous and mental disease*, juin 1894, n° 6, p. 345). — L'observation, pour intéressante qu'elle soit, n'est rien moins que décisive. Cinq ans après s'être en partie rétabli d'une paralysie totale des quatre membres sans troubles des sphincters, consécutive à une fracture de la colonne vertébrale suite d'une chute du haut d'un échafaudage, et avoir pu reprendre ses occupations, le malade, âgé de 55 ans, est pris d'une attaque avec perte de connaissance au cours de laquelle sa paralysie reparaît. A l'examen, 9 mois après, alors qu'il y a eu une amélioration très accusée aux membres inférieurs et incomplète aux membres supérieurs, on constate : une paralysie atrophique portant sur les muscles des mains, des avant-bras, des bras, des épaules. Cette atrophie offre des réactions électriques, plutôt exagérées, et des contractions fibrillaires. Il existe une tuméfaction de la région de la nuque. Les membres inférieurs sont parésiés et spasmodiques; réflexes tendineux exagérés, clonus des pieds. Le phénomène le plus particulier est l'existence d'une hémi-thermo-anesthésie et d'une hémi-analgésie avec conservation du tact, de tout le côté droit du corps, excepté la tête. L'auteur discute le diagnostic : vraie syringomyélie d'origine traumatique, ou syringomyélie fausse, simulée par une lésion, sans pouvoir le résoudre, faute d'autopsie.

Station et marche chez les myopathiques, par P. Richer (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mai-juin 1894, n° 3, p. 130). — On sait que les malades atteints des diverses formes de la myopathie présentent, quant à leur conformation extérieure, à leur attitude, à leur démarche, à leurs mouvements, des irrégularités considérables. L'auteur, qui a entrepris de longue date des recherches sur la valeur séméiologique de la morphologie du corps à l'état normal, et plus récemment a étudié la station et la marche au même point de vue par la méthode chronophotographique, nous offre ici la primeur des résultats qu'il vient d'obtenir dans ses recherches sur la station et la marche chez les myopathiques. Il donne de l'attitude de ces malades et de la déformation de leur tronc dans la station, des explications d'où résulte que leur ensellure, quelle qu'en soit l'intensité, ne produit pas d'attitude contradictoire avec la normale ; il s'agit là de simples phénomènes de compensation destinés à maintenir l'équilibre en élargissant la base de sustentation. De même la marche « en canard », caractéristique de ces malades, est surtout la conséquence de la faiblesse des muscles fessiers moyens. En somme, les résultats déjà obtenus font bien augurer de ce qu'on peut attendre ultérieurement de ces intéressantes recherches.

GYNÉCOLOGIE

Un cas de symphyséotomie (Beitrag zur Symphyseotomie), par Schwarz (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 19, p. 452). — Ce cas de symphyséotomie, chez une primipare rachitique de 20 ans à bassin en forme de cœur de carte à jouer a présenté les particularités suivantes :

Opération en pleine éclampsie; difficultés opératoires minimes; extraction d'un enfant vivant au forceps, extraction extrêmement difficile, ayant demandé près d'une heure. Suites opératoires simples pendant 8 jours, puis métrite puerpérale avec température de 40°, qui guérit sous l'influence d'un traitement antiseptique local.

Compression complète du rectum par l'utérus myomateux et gravide après la laparotomie (Mastdarmverschluss durch Einkeilung des Uterus myomatosus resp. puerperalis in das Becken nach Laparotomie), par Kehrer (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 22, p. 521). — L'auteur publie une observation tendant à montrer que dans certaines conditions l'utérus hypertrophié peut après la laparotomie amener les phénomènes d'occlusion intestinale par compression du rectum.

La première observation se rapporte à une femme de 30 ans à laquelle on se décida à faire l'hystérectomie abdominale pour accidents multiples provoqués par un myome volumineux (métrorrhagies, ischurie, parésie intestinale, etc.). A l'ouverture de l'abdomen on trouve l'utérus myomateux tellement immobilisé, surtout en arrière, qu'au lieu de l'hystérectomie on est obligé de faire la castration. L'opération se passe bien et la malade va bien pendant 48 heures. Mais dès le troisième jour apparaissent des phénomènes d'obstruction intestinale, puis de péritonite, et la malade succombe 6 jours après l'opération, malgré l'établissement d'un anus iliaque.

A l'autopsie, à côté de la péritonite, on trouva encore une distension considérable de tout le paquet intestinal, une nécrose avec perforation du côlon descendant et une compression totale du rectum par le myome utérin, compression telle qu'on pouvait à peine passer le doigt dans la lumière du rectum. Les uretères également comprimés par la tumeur étaient considérablement dilatés.

La seconde observation se rapporte à une ostéomalacique de 30 ans en couches depuis 48 heures, à laquelle on fait au dernier moment l'opération césarienne qui permet d'avoir un enfant vivant. Ici encore les mêmes phénomènes que dans le cas précédent parurent 2 jours après l'opération, et la malade finit par succomber au bout de 4 jours. A l'autopsie on trouva une compression du rectum par l'utérus, une distension du paquet intestinal, une péritonite hémorrhagique, une ancienne endocardite et une tuberculose des deux sommets.

Pour l'auteur, la pathogénie des accidents tiendrait à la compression du rectum par l'utérus qui, diminué de volume après l'opération, a pu dans les deux cas descendre plus profondément dans le bassin et amener une occlusion complète de l'intestin. A titre prophylactique, il est d'avis de ne jamais faire la castration dans les myomes de la paroi postérieure de l'utérus et de préférer à cette opération soit la myomectomie, soit l'amputation sus-vaginale. Au point de vue clinique, il attire l'attention sur le développement graduel des symptômes dont les principaux sont un tympanisme considérable du côlon faisant plus tard place à une accumulation de matières fécales ; l'imperméabilité du rectum constatée au toucher ; la sortie rapide des lavements.

Infection puerpérale à diplocoques (Zur Kenntniss der Pathogenese der puerperalen Infection), par CZEMETSCHKA. (*Prag. med. Woch.*, 1894, n° 19, p. 233). — Il s'agit d'une femme de 25 ans qui, quelques jours avant son accouchement, contracte une pneumonie droite compliquée de phénomènes méningitiques, accouche d'un enfant vivant qui succombe au bout de 36 heures, et meurt à son tour 5 jours après l'accouchement avec des phénomènes d'infection puerpérale.

A l'autopsie de la mère, on trouve une pneumonie fibrineuse droite, une rhinite suppurée, une méningite suppurée principalement de la base, une endocardite végétante surtout accusée au niveau de la valvule mitrale, une dégénérescence du foie, une métro-lymphangite suppurée à côté d'une ancienne périmétrite chronique adhésive. A l'autopsie de l'enfant, on trouva également une hépatisation rouge des deux bases.

L'examen bactériologique des organes et des sécrétions de la mère, de même que celui des poumons de l'enfant, montra l'existence d'une infection par le pneumocoque de Fraenkel-Weichselbaum.

D'après l'auteur, la succession des phénomènes a été, dans ce cas, la suivante: La femme a commencé par contracter une rhinite suppurée à pneumocoques, qui se compliqua de pneumonie avec méningite et endocardite. Elle a ensuite infecté par voie sanguine son enfant qui succomba 36 heures après à la pneumonie. L'infection puerpérale, sous forme de métro-lymphangite, relevait également d'une infection interne pneumococcique, par la voie sanguine.

CHIRURGIE

Sarcome de la tête du pancréas, par MOREAU et MACHETON (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1894, n° 3, p. 75). — Il s'agit d'un homme de 70 ans entré à l'hôpital pour de la faiblesse croissante avec douleurs sciatiques, lombaires, épigastriques, etc. On pensa tout d'abord au cortège de symptômes qu'on rencontre assez souvent dans la vieillesse associée à la misère, mais un examen plus attentif permit de découvrir, dans la région épigastrique, l'existence d'une tumeur profonde qui pouvait appartenir aussi bien au pylore qu'au pancréas. Quelques jours après parut un ictère généralisé, puis le malade, allant en s'affaiblissant de plus en plus, succomba quelques semaines après son entrée à l'hôpital. Les urines n'ont à aucun moment contenu de sucre ni d'albumine.

A l'autopsie, on trouva un sarcome de la tête du pancréas avec foyers métastatiques dans le foie.

De la gastroplication (Ueber Gastroplicatio), par BRANDT (*Centralb. f. Chir.*, 1894, n° 16, p. 361). — Sous le nom de gastroplication l'auteur désigne une opération qui consiste à diminuer la capacité de l'estomac considérablement augmenté de volume, dans les cas où, après la laparotomie faite dans l'idée de trouver un néoplasme de l'estomac ou un rétrécissement cicatriciel ou néoplasique du pylore, on trouva, comme dans le cas suivant, une simple gastrectasie.

Il s'agit d'une femme de vingt ans, soignée à la clinique de l'hôpital pour une dilatation de l'estomac telle que, comme on a pu se convaincre par l'exploration avec une sonde, le bord inférieur de l'organe descendait au-dessous du pubis. La médication interne ayant complètement échoué et la malade s'affaiblissant de plus en plus, on se décida à faire la laparotomie.

L'ouverture de la cavité abdominale fut faite par une incision transversale de 8 centimètres, longeant le rebord des fausses côtes gauches. Avec le pouce et l'index introduits dans la cavité abdominale, on parvint à attirer l'estomac complètement au dehors, ce qui permit de constater qu'il n'y avait au niveau du pylore ni bride, ni néoplasme, ni cicatrice, mais simplement une inflexion anguleuse de la région pylorique, inflexion attribuable aux tractions exercées par l'estomac si volumineux. Dans ces conditions, Brandt procéda de la façon suivante : il fit à la paroi antérieure de l'estomac un pli comprenant la séreuse et la musculeuse, pli parallèle à la direction de l'organe, et le sutura par une double rangée de sutures. La paroi antérieure de l'estomac se trouva ainsi ramenée presque à ses dimensions normales, la muqueuse sous-jacente étant venue faire sous le pli un bourrelet très sensible au toucher. Il fit de même avec la paroi postérieure, après avoir effondré en plusieurs endroits le grand épiploon, et ferma le ventre. La malade put quitter le lit au bout de dix jours. Actuellement, elle est complètement débarrassée de sa dilatation de l'estomac et de ses troubles gastriques.

BIBLIOGRAPHIE

L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses, par L. GUSTAVE RICHELOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Paris, O. Doin, 1894. 1 vol. in-8° de 450 pages. Prix, 8 fr.

Il y a une dizaine d'années que notre collègue Richelot a commencé à pratiquer l'hystérectomie vaginale, avec réserve d'abord, car c'était alors une opération peu connue, mal réglée, puis peu à peu avec plus d'assurance. Son expérience est aujourd'hui devenue suffisante pour qu'il ait pu nous donner, en un livre important, les résultats de sa pratique.

La partie la plus courte de ce livre est celle qui a trait au cancer de l'utérus. C'est que la question actuellement est jugée : les indications sont précisées, l'opération, entreprise dans des conditions bien déterminées de limitation, est incontestablement bénigne. Aussi, malgré les critiques qu'on a dirigées contre elle au début, l'hystérectomie vaginale est aujourd'hui, aux yeux de tous les chirurgiens, le véritable traitement des cancers utérins opérables. M. Richelot est un de ceux auxquels nous devons ce progrès, car il a été de ceux qui n'ont pas craint de se compromettre au début et qui, après une attaque prématurée, ont su, sans se décourager, continuer leurs études en silence.

Les développements sont plus longs pour les affections non cancéreuses : c'est qu'ici notre religion n'est pas encore complètement éclairée. On se souvient des récents débats de la Société de Chirurgie sur les inflammations des annexes, sur le prolapsus utérin, du Congrès de chirurgie sur les myomes utérins. Sur tous ces sujets, on connaît l'opinion de M. Richelot, qui devient de plus en plus hystérectomiste. Sans doute, je ne souscris pas à toutes ses opinions, et par exemple, avec notre maître commun le professeur Terrier, je reste bien plus que lui partisan de la voie abdominale pour les salpingites simples ou suppurées. Mais le livre de Richelot a le grand avantage de nous montrer, avec détails, la pratique intégrale d'un chirurgien expérimenté : il sera donc lu avec fruit — et, ce qui ne gâte rien, avec agrément — par tous les chirurgiens de profession.

A. BROCA.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MÉNINGO-MYÉLITE BLENNORRHAGIQUE, par JEAN BARRIÉ.

On observe dans le cours de la blennorrhagie des accidents spinaux qui peuvent se présenter sous deux types bien différents. Les uns ont une marche chronique et sont caractérisés surtout par l'apparition d'atrophie musculaire tantôt localisée aux membres inférieurs avec exagération des réflexes, tantôt au contraire plus généralisée et à tendance progressive. Ils succèdent toujours à des arthrites et l'hypothèse la plus généralement admise pour les expliquer est celle d'un acte réflexe exercé sur la moelle par les articulations enflammées, sans qu'il soit possible de déterminer plus exactement le siège exact et la nature des lésions anatomiques ni le rôle joué par l'infection blennorrhagique. Les autres, de beaucoup les plus fréquemment observés, ont une marche rapide et se présentent sous le type de paraplégie souvent complète, avec ou sans participation des sphincters. Au point de vue anatomique cette deuxième forme paraît caractérisée (d'après les rares autopsies qui ont pu être faites) par des lésions limitées aux méninges ou portant également sur la substance propre de la moelle. Dans la seule observation où l'examen bactériologique a pu être fait, on n'a trouvé que des microbes dus à une infection secondaire. L'absence de gonocoque ne permet pas de nier l'origine blennorrhagique. Il en est de la méningo-myélite comme de la plupart des complications de la blennorrhagie qui sont souvent dues à des infections secondaires. Du reste son époque d'apparition vers la troisième ou quatrième semaine la rapproche de ces dernières au point de vue symptomatique.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue — M.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS.

BULLETIN

Congrès français de médecine interne.

On lira plus loin (p. 368) l'appel adressé au corps médical par le Comité d'organisation d'un Congrès permanent de médecine interne. Nos confrères de Lyon ont pensé qu'à l'occasion de l'Exposition internationale qui appellera sans doute près d'eux un certain nombre de médecins et à l'occasion du Congrès de l'Enseignement supérieur auquel sont conviés les professeurs de nos écoles, il était bon de poser une fois de plus une question d'ailleurs assez difficile à résoudre.

Ce n'est point, en effet, la première fois que l'on cherche à créer, dans des conditions analogues à celles du Congrès de chirurgie, un Congrès annuel de médecine interne.

Il y a une dizaine d'années, mon savant ami le professeur Grasset (de Montpellier) avait bien voulu me demander de prendre avec lui l'initiative de cette proposition. J'avais consulté alors plusieurs de nos confrères les plus autorisés et de nombreuses objections m'avaient fait renoncer à l'idée émise par M. Grasset.

Les Congrès, en général, m'avait-on répondu, ont pour objet, non de faire progresser la science, mais de rapprocher, de réunir afin qu'ils se connaissent mieux, les hommes de science et les praticiens. A ce point de vue, l'intérêt des Congrès internationaux est indéniable. Quelques séances officielles, une série de réunions amicales, des manifestations cordiales de sympathie et d'estime font disparaître bien des préventions, préparent des relations confraternelles utiles à tous, Français et étrangers, et laissent dans la mémoire de ceux qui y ont assisté des souvenirs oubliables. Plus utiles encore sont les Congrès d'administration et d'hygiène où se traitent et se résolvent les questions de salubrité et d'hygiène internationale les plus urgentes.

Au point de vue scientifique pur, l'utilité des Congrès est moins évidente. Lorsqu'un médecin a fait une découverte quelconque ou réalisé, au point de vue scientifique, un progrès réel en anatomie pathologique, en clinique ou en thérapeutique, il se hâte de faire une communication à l'une des sociétés savantes dont les comptes rendus sont reproduits dans tous les journaux de médecine. S'il se rend à un congrès scientifique, il se borne le plus souvent à reproduire, en l'abrégeant, le résultat de ses recherches; parfois il y ajoute tout au plus quelques notes complémentaires. Il est bien rare qu'une communication neuve, originale, fertile en déductions scientifiques, pouvant provoquer une discussion utile, soit faite à un congrès de médecine régional ou étranger.

Le succès du Congrès de chirurgie est dû, comme celui de la Société de chirurgie elle-même, à la multiplicité des méthodes ou des procédés opératoires que l'on imagine chaque jour et qui sont différemment appréciés à Paris et en province. Les chirurgiens ont, à ce point de vue, sur les médecins, le grand avantage de pouvoir, sans lasser l'attention, parler longuement sur des questions de technique qui n'ont aucune analogie avec le méthodes thérapeutiques usitées en médecine et démontrer eux-mêmes, en public et très rapidement, ce que ne peuvent faire les médecins, l'utilité et la nouveauté de leurs procédés. Quant aux opérations nouvelles ou encore aux grandes questions de chirurgie opératoire, c'est à la Société de chirurgie surtout qu'elles se débattent.

Un congrès de médecine, s'il se tient à Paris, attirera donc moins les médecins de province qu'un congrès de chirurgie. S'il se tient en province, il sera moins suivi encore, l'exemple de la section de médecine de l'Association pour l'avancement des sciences démontrant combien est restreinte la place qu'y prennent les communications purement médicales. La même disette de lectures intéressantes s'observe d'ailleurs à la réunion que tiennent chaque année en Sorbonne les Sociétés savantes de province.

Tels sont les arguments qui m'ont été opposés, il y a une dizaine d'années. Ils ont été reproduits en partie l'année dernière, lorsque mon collègue Huchard est venu demander à la Société médicale des hôpitaux de Paris de prendre l'initiative de la réunion d'un Congrès français de médecine. Sur la proposition de M. Rendu et

à la presque unanimité des voix, la Société médicale des hôpitaux a jugé ce projet inopportun et devant exposer ses promoteurs à un échec presque certain.

Aujourd'hui, si j'ai cru devoir rappeler le passé, je ne voudrais point cependant refuser mon adhésion personnelle, non plus que l'appui de la *Gazette*, à la tentative des médecins de Lyon. Je ne doute pas qu'aux arguments que je viens de rappeler, ils n'opposent des arguments contraires. De la discussion approfondie de ces opinions divergentes découlera une décision qui sera d'autant plus autorisée qu'un plus grand nombre d'adhésions motivées lui sera acquise. Il n'est donc pas mauvais que cette question de la fondation d'un Congrès français de médecine soit discutée publiquement devant un assez grand nombre de médecins dont le nom soit connu et dont le patronage assure le succès de l'œuvre. Je ne veux d'ailleurs, en écrivant ces quelques lignes, que recommander à la méditation de mes confrères parisiens l'appel qui leur est adressé par M. le Dr Bard. S'ils pensent, avec lui, qu'il y a intérêt pour les médecins français à se réunir plus souvent, à se mieux connaître et, comme je le souhaiterais, à discuter dans ces réunions annuelles, non seulement les questions scientifiques, mais encore les questions professionnelles, qu'ils envoient en grand nombre leur adhésion au Comité lyonnais.

Celui-ci, s'il en était sollicité, examinerait sans doute si un Congrès annuel de médecine réunissant l'élite du corps médical français n'aurait pas quelque autorité pour traiter les questions professionnelles qui divisent aujourd'hui le corps médical. Et s'il se réunissait à Paris, comme cela paraît probable, le Congrès de médecine, en tenant ses séances au moment où l'Association générale des médecins de France appelle à Paris tous les délégués de province, tirerait sans doute quelque bénéfice de l'appui que pourrait lui prêter cette grande et bienfaisante fédération médicale.

Toutes ces questions sont à étudier, à discuter. Je me borne à les poser, sauf à y revenir en temps utile.

L. Lereboullet.

Beckenried (Suisse), le 23 juillet 1894.

REVUE GÉNÉRALE

Le melæna infectieux des nouveau-nés.

Lorsqu'on lit la description du melæna dans les traités ou qu'on parcourt les observations publiées ces temps derniers, on voit de suite que le melæna des nouveau-nés peut se présenter sous deux formes. Dans l'une, le melæna survient du premier au quatrième jour après la naissance, reste souvent à titre de symptôme unique ou bien se complique d'hématémèse, c'est-à-dire de rejet par la bouche du sang épanché dans l'estomac, et guérit assez souvent (dans 50 à 60 0/0 des cas) sans laisser de traces de son passage. Dans la seconde, le melæna est tardif, survient ordinairement au huitième jour après la naissance, est précédé ou accompagné d'ictère, d'hémorrhagies multiples par la peau, l'ombilic, la muqueuse buccale, la conjonctive, etc., et tue presque infailliblement l'enfant, souvent au milieu d'un cortège de phénomènes septicémiques. Hémorrhagie gastro-intestinale simple et mort par anémie dans un groupe de cas, hémorrhagies multiples avec melæna faisant simplement partie du tableau général et mort avec des phénomènes infectieux dans l'autre. Cette différence dans l'évolution de ces deux formes suffit-elle pour en faire deux entités morbides distinctes, ou bien les deux formes ne constituent-elles pas plus simplement deux manifestations, une légère, l'autre grave, du même état morbide?

Il n'est pas très difficile de répondre à cette question. Certains faits cliniques accumulés ces années dernières, de même que les recherches bactériologiques sur le melæna et la diathèse hémorrhagique, permettent de soutenir aujourd'hui que dans la grande majorité des cas les hémorrhagies spontanées, qu'elles se passent sous la peau, ou à la surface des muqueuses ou des membranes séreuses, relèvent d'une infection. Si l'on ajoute à ceci que les théories classiques sur la pathogénie du melæna deviennent de plus en plus difficiles à soutenir, nous aurons dans l'ensemble de ces faits un faisceau de preuves en faveur de l'origine infectieuse du melæna et de la diathèse hémorrhagique des nouveau-nés et des nourrissons.

I

Comme nous venons de le dire, les anciennes théories sur l'étiologie du melæna sont devenues tout à fait insuffisantes, et avec un peu de critique il est facile de voir qu'elles retardent considérablement sur les nouvelles notions scientifiques.

La théorie la plus ancienne, celle qui figure encore actuellement dans la plupart des traités des maladies des enfants, attribue l'hémorrhagie gastro-intestinale à une *hyperhémie*, à une congestion intense de la muqueuse, qui, comme telle, ne laisse pas trace de son passage sur le cadavre. On admet notamment que les modifications survenant après la naissance provoquent une congestion des viscères abdominaux par le mécanisme suivant : L'interruption de la circulation abdominale augmente la tension artérielle, tandis que l'établissement de la respiration augmente en même temps la pression veineuse dans les organes sous-diaphragmatiques, et les deux causes agissant dans le même sens aboutissent à la congestion intense du tractus gastro-intestinal et à l'hémorrhagie, « quand une gêne dans la circulation abdominale, produite par un arrêt du sang dans la veine-porte ou par le volume exagéré du foie ou de la rate (Billard) » viennent encore compliquer davantage la situation.

On voit que l'explication est fort simple. Seulement, les faits qu'elle avance ne sont pas très solides.

La congestion en question relèverait, en somme, d'après cette théorie, d'un fait physiologique, les modifications des conditions de la circulation après la naissance. Or, la première question qu'on peut se poser, c'est : pourquoi ce fait physiologique ne se fait-il pas sentir d'une façon plus constante, mais seulement une fois sur 1,500 naissances, si de la statistique totale, on retranche le melæna par infection, par ulcération gastro-intestinale, etc. ? Il est donc évident qu'à côté de la congestion physiologique, il doit exister encore autre chose pour que le melæna puisse se réaliser. Les auteurs ont alors fait intervenir les conditions particulières de l'accouchement, accouchement de longue durée, difficile, état asphyxique du nouveau-né, puis les conditions dans lesquelles se fait la ligature du cordon.

Pour ce qui est des conditions de l'accouchement, bon nombre d'enfants qui sortent ou qui sont extraits après un accouchement difficile, ne présentent pas la moindre hémorrhagie intestinale. La congestion physiologique passe donc chez eux sans se manifester par une

hémorrhagie gastro-intestinale. Quant à l'influence des conditions dans lesquelles se fait la ligature du cordon, il nous suffira de dire que si Kiwisch a signalé plusieurs cas de melaena après la ligature précoce du cordon, Porak a observé l'hémorrhagie gastro-intestinale à la suite de la ligature tardive, et il explique l'accident par l'augmentation de la pression sanguine sous l'influence du surplus de sang que reçoit dans ces conditions le nouveau-né. Comme les cas de Kiwisch sont probablement aussi authentiques que ceux de Porak, il faut en conclure que le melæna s'observe après la ligature précoce aussi bien qu'après la ligature tardive du cordon.

Une autre théorie fait intervenir l'*hémophilie* comme facteur étiologique principal du melæna. Il est évident que lorsqu'on dit de quelqu'un qu'il est hémophilique, on comprend pourquoi il saigne, et on se dit : le nouveau-né hémophilique saigne de son intestin éraillé peut-être par un caillot de caséine, comme il aurait saigné plus tard par sa piqûre vaccinale ou par une coupure accidentelle ou par un alvéole après l'avulsion d'une dent. Seulement, quand on veut aller au fond des choses, on est autorisé à se demander *pourquoi* l'hémophilique saigne ? Or, certains faits relatifs à la diathèse hémorrhagique des nouveau-nés permettent de dépouiller un peu l'hémophilie de son apparat mystérieux.

C'est ainsi que Bar (1), qui a observé deux cas d'hémophilie chez des nouveau-nés, soutient que les hémorrhagies répétées ne sont chez ces enfants qu'un symptôme de l'infection. Dans son premier cas, il s'agit d'un nouveau-né vigoureux, pesant 3,600 gr., né d'une mère syphilitique. On le vaccine au cinquième jour après sa naissance, et deux heures après on s'aperçoit qu'une hémorrhagie un peu abondante s'est produite par une des piqûres vaccinales. L'hémorrhagie est arrêtée par la compression, mais, quelques heures après, on constate que l'enfant perd du sang par la plaie ombilicale ; le lendemain, ecchymoses sous-cutanées multiples et mort par anémie aiguë. L'autopsie fut absolument négative, mais le sang examiné après la mort contenait des staphylocoques.

Dans le second cas, il s'agit d'un nouveau-né pesant à peine 2,000 gr. et venant si mal qu'on est obligé de le mettre dans une couveuse. Au cinquième jour, on constate chez lui, au niveau de la crête iliaque gauche, la présence d'une petite ulcération qui saigne abondamment malgré la compression qu'on exerce sur lui. Dans le courant de la même journée, il se manifeste une hémorrhagie buccale, une autre ecchymose apparaît sur le mollet gauche, et l'enfant succombe le lendemain, à l'anémie, avec un facies ictérique. Or, dans ce cas, l'ensemencement du sang qui s'écoulait par une exulcération donna naissance à des staphylocoques blancs et citrins, et l'ensemencement du sang pris par piqûre au doigt 5 minutes avant la mort, à des staphylocoques blancs.

Voici donc deux cas où l'origine infectieuse des accidents hémophiliques est très probable, pour ne pas dire certaine. Très curieuse également, dans le même ordre d'idées, est l'observation d'hémophilie publiée par Erœss (2). Il s'agit d'une fillette qui vient au monde couverte de pétéchies lenticulaires particulièrement abondantes dans le dos et sur le cuir chevelu. Cinq heures après la naissance survient une hémorrhagie conjonctivale et une nouvelle éruption de taches purpuriques ; puis 24 heures plus tard melæna profus qui emporte l'enfant en douze heures avec une température de 39°1.

(1) *Rev. gén. de clin. et thérap.*, 1893.
(2) *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1893, vol. XXXV, p. 451, et *Rev. des maladies de l'Enf.*, 1893, t. XI, p. 331.

Comme nous venons de le dire, pour Erœss il s'agit là d'un cas d'hémophilie. Mais il faut dire que dans cette observation il existe plusieurs particularités qui ne cadrent guère avec le tableau clinique de l'hémophilie. L'enfant a une plaie, la plaie ombilicale ; pourtant elle reste sèche, tandis que l'hémorrhagie se fait par la peau, la conjonctive, la muqueuse gastro-intestinale. Puis cette température de 39°1 n'éveille-t-elle pas dans l'esprit l'idée d'une infection ?

Loin de nous l'idée de soutenir que l'hémophilie est toujours d'origine infectieuse. Mais lorsqu'on voit le melæna se compliquer ou être précédé d'hémorrhagies multiples et de phénomènes nettement septiques et que de plus on trouve des cas d'hémophilie d'origine infectieuse ou septique, n'est-il pas naturel de soutenir que l'hémophilie, telle que nous la connaissons ou plutôt sur laquelle nous ne savons rien, ne peut avoir la prétention d'expliquer à elle seule la pathogénie du melæna ?

Dans un certain nombre de cas, dans 40 0/0 environ, on trouve à l'autopsie des ulcérations de l'estomac ou de l'intestin ou des deux à la fois, avec un vaisseau ouvert au centre. L'ulcération explique donc bien d'où vient l'hémorrhagie. Mais quelle est l'origine de cette ulcérations ? Les hypothèses, tout comme pour la « congestion physiologique » des viscères abdominaux, ne manquent pas ici. Au contraire.

Billard, qui semble avoir observé le premier ces ulcérations, les attribue à la gastrite folliculeuse, à l'inflammation de l'estomac. Steiner les rapporte à une dégénérescence graisseuse aiguë des vaisseaux ; Bohn à une oblitération du conduit des glandes gastro-intestinales, Landau à une embolie de l'artère pancréatico-duodénale consécutivement à la thrombose de la veine ombilicale ou du canal artériel se produisant sous l'influence de l'asphyxie, etc. Toutes ces théories expliquent la *lésion confirmée* sans jeter le moindre jour sur ses causes. Or il ne serait peut-être pas inutile de rappeler ici que Panum et Lebert ont obtenu ces ulcérations par l'injection de matières purulentes dans les vaisseaux, Letulle par l'injection péritonéale de staphylocoques, Chantemesse et Widal par l'injection stomacale et péritonéale de leur bacille dysentérique, Wurtz et Leudet par l'injection de bacilles lactiques, Henriquez et Hallion par l'ingestion de toxines diphthéritiques. Disons encore que Letulle a publié deux cas d'ulcère d'estomac au cours d'une maladie infectieuse.

Que veulent dire tous ces faits qui datent des années dernières si ce n'est que l'infection ou l'intoxication microbienne artificielle peut, au même titre que l'infection naturelle (observation de Letulle), réaliser la formation d'une ulcération gastro-intestinale ? Est-ce par dégénérescence aiguë des vaisseaux ou par un autre mécanisme encore inconnu, le fait importe peu. Mais la conclusion qui en découle, c'est que l'origine des ulcérations qu'on trouve de la muqueuse gastro-intestinale en cas de melæna s'explique mieux par une infection et ses effets que par la congestion physiologique ou l'hémophilie ou l'une des autres théories que nous avons encore à passer en revue.

Le melæna a encore été attribué au mauvais état de nutrition, à la cachexie et, surtout, à la syphilis. Pour ce qui est de la syphilis, son rôle a été beaucoup exagéré. Pendant son séjour à la Maternité de Lourcine où l'on ne reçoit que des syphilitiques, de Tornery (1) n'a vu dans le courant d'une année qu'un seul cas de melæna. Dusser (2) aussi arrive du reste à conclure que chez les syphilitiques les hémorrhagies ne sont pas très fréquentes.

(1) Cité par Dusser, th. Paris, 1890.
(2) *Loc. cit.*

Il est possible que la syphilis, de même que la dyscrasie, constitutionnelles « agissent dans ces cas indirectement, comme cause cachectisante, en altérant profondément les organes hématopoiétiques » (Dusser); mais il est aussi probable que ces causes créent un terrain propice aux infections. Un enfant syphilitique peut fort bien s'infecter comme un enfant qui ne l'est pas : le premier cas de Bar que nous avons reproduit, deux cas de Neumann et un de Schaeffer, sur lesquels nous reviendrons plus loin, en font foi.

Tout récemment Hergott (1) (de Nancy) a soutenu, en se basant sur un cas de melæna avec arrêt de développement du cœur, que c'est dans le cœur qu'il faut chercher l'étiologie des hémorrhagies gastro-intestinales de l'enfant. Mais cette hypothèse n'a pour elle que quelques faits isolés et n'explique pas les cas très nombreux où le cœur a été trouvé normal. La même objection peut être faite à la théorie de Pomorski (2) reprise récemment par v. Preuschen (3), théorie d'après laquelle les hémorrhagies gastro-intestinales tiendraient à une lésion traumatique des centres nerveux pendant l'accouchement. Les quatre observations que cette théorie a à son actif et les expériences sur des animaux faites par ces auteurs ne suffisent pourtant pas pour emporter la conviction. Ils admettent, il est vrai, que le cerveau n'a pas été examiné dans tous les cas de melæna publiés par les auteurs, et pensent que la proportion des hémorrhagies intracérébrales aurait été plus grande si cet examen avait été fait. Mais c'est là un argument de peu de valeur.

II

Nous venons de passer en revue les diverses théories pathogéniques du melæna pour montrer qu'aucune d'elles ne satisfait plus aux desiderata scientifiques modernes. La même démonstration peut être faite au point de vue clinique.

En face des deux formes de melæna, melæna simple et melæna compliqué d'hémorrhagies variées et multiples, une question que l'on est en droit de se poser est la suivante : L'hémorrhagie gastro-intestinale est-elle une entité morbide autonome ou bien simplement un symptôme, un phénomène isolé d'un complexus symptomatique complexe? Pour la seconde forme de melæna, la forme grave, la réponse est certaine en ce sens que presque tout le monde admet que dans ces conditions le melæna est un des phénomènes de la diathèse hémorrhagique. Pour la première, on soutient l'autonomie du melæna. Or cette distinction ne nous semble pas justifiée, en ce sens que nous ne croyons pas qu'on puisse faire d'un symptôme une entité morbide pour la seule raison qu'il existe seul et constitue toute la symptomatologie de la maladie. En acceptant un tel raisonnement, on serait amené à séparer le rhumatisme poly-articulaire simple du rhumatisme poly-articulaire compliqué de lésions viscérales, la tuberculose locale de la tuberculose généralisée, etc. N'est-il pas plus naturel de considérer les deux formes de melæna comme constituant la manifestation, légère dans un cas, grave dans l'autre, de la même maladie, comme relevant de la même cause qui, comme nous essaierons de le démontrer, est très probablement l'infection?

On sait en effet que la plupart des maladies infectieuses et des maladies créant un terrain propice aux infections peuvent se compliquer d'hémorrhagies variées et multiples. Nous avons ici en vue les formes hémorrhagiques des fièvres éruptives, les hémorrhagies variées et variables compliquant les diverses infections et septicémies des nouveau-nés et nourrissons, souvent notées dans le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la coqueluche (Appenrodt), la méningite (Somma), etc. D'un autre côté, observations en mains, on peut prouver qu'entre l'érythème infectieux, par exemple, si bien étudié récemment par M. Hutinel, et l'hémorrhagie gastro-intestinale profuse, rapidement mortelle, il existe, en passant par le purpura, un nombre considérable de types intermédiaires montrant tout ce qu'il y a d'artificiel dans cette classification de purpura, de melæna, d'hémoglobinurie apyrétique des nourrissons, etc.

Prenons par exemple le cas publié récemment par Finger (1) où il s'agit d'un individu reçu à la clinique avec un érythème, une éruption de taches lenticulaires et des phénomènes généraux graves qui font porter le diagnostic de typhus exanthématique. A l'autopsie on trouve une diphthérie du pharynx, et l'examen microscopique des macules purpuriques montre les vaisseaux remplis de streptocoques qui existaient également dans les veines et le sang pris au cœur.

Plus curieuse encore est l'observation de M. Hutinel (2). Un garçon de 16 ans, ordinairement vigoureux et bien portant, contracte une fièvre typhoïde qui, pendant les deux premiers jours, ne présente rien de particulier. Mais au quinzième jour, l'état devient profondément typhoïde, tout le corps se couvre de larges placards érythémateux, les selles deviennent sanguinolentes, puis franchement sanglantes, et le malade est emporté en quarante-huit heures avec des phénomènes toxi-infectieux graves.

Ces deux observations choisies entre cent autres montrent suffisamment les liens qui unissent l'érythème au purpura et au melæna, manifestations hémorrhagiques d'une infection. Dans le second cas, par exemple, l'apparition simultanée de l'érythème et du melæna prouve que la même cause a agi simultanément sur la peau et l'intestin et provoqué les deux hémorrhagies en question.

Cette même combinaison a été fréquemment notée chez le nouveau-né et le nourrisson.

Fleischmann (3) a rapporté l'observation d'une fillette venue au monde avec une tache de purpura sur la paupière et une autre dans le dos. Le lendemain tout son corps fut couvert de pétéchies dont l'éruption fut suivie d'hémorrhagies gastro-intestinales répétées et d'hématémèse. Mort au sixième jour.

Dans le cas publié par Glenn (4), il s'agit d'un nouveau-né sorti de l'utérus avec des taches de purpura et mort trente-six heures après. A l'autopsie on trouva l'estomac et l'intestin couverts de taches purpuriques analogues à celles de la peau ; les poumons, les plèvres, le péricarde renfermaient des foyers hémorrhagiques ; la rate était hypertrophiée. La surface auriculaire de la valvule tricuspide était criblée de petites végétations d'une couleur rouge vif.

Cette observation est curieuse à plusieurs points de vue. L'existence d'une endocardite végétante ou infectieuse du cœur droit témoigne nettement d'une infection intra-utérine. En second lieu, la constatation du purpura intestinal montre ici d'une façon particulièrement nette que l'infection hémorrhagique peut ne pas aboutir à une hémorrhagie libre avec écoulement du sang au dehors, mais à des ecchymoses sous-muqueuses tout comme dans le purpura cutané.

(1) *Rev. méd. de l'Est*, 1894, n° 2, p. 33.
(2) *Arch. f. Kinderheilk.*, 1892, vol. XIV, p. 165.
(3) *Centralb. f. Gynæk.*, 1894, n° 9, p. 201.

(1) *Arch. f. Dermatol. u. Syphil.*, 1893.
(2) Communication orale.
(3) *Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd III, p. 21.
(4) *R. Acad. of Med. in Ireland*, 21 avril 1893.

Le cas d'Erœss (1), que nous avons déjà cité plus haut, rentre dans la même catégorie de faits : enfant qui vient au monde couvert de purpura et succombe en 48 heures au melæna précédé d'une hémorrhagie conjonctivale.

Mêmes hémorrhagies multiples dans le cas de Dungern (2) où l'enfant est apporté à la clinique avec du purpura et des hémorrhagies buccales, nasales, auriculaires et gastro-intestinales. Dans le cas de Neumann (3) le fœtus syphilitique, mort-né et expulsé, avec des membranes intactes, avant terme, présentait des hémorrhagies multiples du côté de la peau, des muqueuses et de la plupart des organes internes. Le liquide amniotique était coloré en rouge. Dans ce cas, on ne pouvait incriminer ni la congestion physiologique des organes abdominaux, ni les conditions mécaniques de l'accouchement, puisque l'œuf a été expulsé intact; et dans ces conditions, la seule explication possible des hémorrhagies multiples est l'hypothèse d'une infection intra-utérine. De même — à moins d'admettre une simple coïncidence — dans le cas de Dohrn (4) où une femme prise au dernier mois de sa grossesse d'un purpura, accouche d'une petite fille couverte de pétéchies qui disparaissent au bout de quelques jours.

Les faits que nous venons de réunir montrent donc que si le melæna existe souvent à l'état de phénomène unique et isolé, il en est d'autres où il fait seulement partie d'un syndrome clinique caractérisé par des hémorrhagies multiples et relevant d'une cause unique qui est probablement l'infection, à en juger par certains symptômes qui accompagnent le melæna (fièvre dans le cas d'Erœss, endocardite végétante dans celui de Glenn, liquide amniotique teinté de sang dans le cas de Neumann).

III

On a, du reste, abordé directement la question de l'étiologie du melæna en faisant l'examen bactériologique des organes des nouveau-nés ayant succombé à des hémorrhagies gastro-intestinales.

En 1875, Klebs (5) a publié neuf cas de melæna des nouveau-nés où il avait trouvé un micro-organisme spécifique désigné par lui sous le nom de monas hemorrhagica. En injectant dans le péritoine des cobayes le liquide péritonéal sanguinolent d'un nouveau-né mort de diathèse hémorrhagique, il vit les animaux succomber à la péritonite hémorrhagique; le liquide péritonéal renfermait des microcoques mobiles.

La même année, Weigert (6) publia un cas de melæna avec hémorrhagies multiples par infection ombilicale où à l'autopsie on trouva, dans les foyers hémorrhagiques des viscères, des microcoques situés tantôt dans les capillaires, tantôt en dehors d'eux. Epinger (7), Rehn (8), publièrent également des observations analogues où l'examen microscopique fit constater la présence des micro-organismes.

La question se précise davantage avec les recherches ultérieures.

Babès (9), puis Baginsky (10) ont signalé la présence du streptocoque, chacun dans un cas d'hémorrhagies multiples survenues au cours d'une omphalite chez des nouveau-nés. Dans le cas de Babès, le streptocoque était associé à un bacille virulent qui avait tous les caractères du diplocoque de la pneumonie.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Centralb. f. Bacteriol.*, 1893, vol. XIV.
(3) *Arch. f. Kinderheilk.*, 1891, Bd XIII.
(4) *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXI.
(5) *Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmacol.*, 1875.
(6) 53 *Jahrerb. des Schles. Gesel. f. Vaterl. Kult.*, 1875.
(7) *Prag. mediz. Woch.*, 1877.
(8) *Centr. f. Kinderheilk.*, 1877-78.
(9) *Bakter. Untersuch. ü. sept. Proc.*, 1889.
(10) *Virchow's Arch.*, 1889, Bd CXV.

Dans les trois cas publiés par Neumann (1), il s'agissait de nouveau-nés syphilitiques. Chez le premier malade, le sang et les organes renfermaient des bacilles pyocyaniques. Dans le second cas, où le fœtus mort fut expulsé avec des membranes intactes, l'ensemencement des organes et du contenu intestinal donna naissance à des bacilles pyocyaniques et à des staphylocoques que Neumann suppose être venus de la mère (infection intra-utérine). Dans le troisième cas enfin, l'ensemencement du suc de la rate et du sang pris au cœur, donna naissance au bacille lactis ærogenes.

Dans les deux cas de Schaeffer (2), l'examen bactériologique donna les mêmes résultats que dans les observations de Neumann, à savoir le bacille pyocyanique et le staphylocoque dans le premier cas où la mère avait une vaste ulcération syphilitique de l'utérus; et le bacillus lactis aerogenes dans le second.

Très curieuse et particulièrement importante en l'espèce est l'observation de Dungern (3), où l'ensemencement des organes d'un nouveau-né ayant succombé à du melæna donna naissance à un bacille très pathogène ayant tous les caractères du pneumo-bacille de Friedlander. Or pendant le séjour de cet enfant à la clinique, trois autres nouveau-nés ont succombé à des pneumonies graves. Faut-il voir là une simple coïncidence ou les effets variables d'une infection par le même bacille?

Plus précises encore sont les recherches de Gærtner (4) qui est arrivé à isoler, dans deux cas de melæna des nouveau-nés, un bacille non encore décrit. Injecté dans le péritoine des cobayes adultes, il tuait les animaux dans l'espace de 12 à 40 heures, sans toutefois provoquer des hémorrhagies intestinales ou des modifications du côté du tube digestif. Par contre, chez des chiens nouveau-nés âgés de 1 à 15 jours, il provoquait dans les mêmes conditions un état congestif de la muqueuse gastro-intestinale, et à l'autopsie de ces animaux, qui succombaient ordinairement au bout de 12 heures, on trouvait l'intestin rempli de sang et la muqueuse couverte de pétéchies et de suffusions sanguines. De sorte que Gærtner n'hésite pas — ce qui est peut-être trop — à considérer son bacille comme le micro-organisme spécifique du melæna.

Tels sont les faits de bactériologie. Certes, ils ne tranchent pas encore définitivement la question, mais, combinés et groupés avec les faits cités plus haut, ils emportent la conviction et constituent un argument sérieux en faveur de l'origine microbienne, toxi-infectieuse du melæna des nouveau-nés. Ils sont en trop petit nombre pour être efficacement opposés aux faits accumulés par les anciens. Puis, étant de date relativement récente, ces recherches laissent forcément de côté un grand nombre de points que comporte la nouvelle théorie. Quelle est la porte d'entrée de l'infection? Est-ce la bouche qui est, les premiers jours, le siège d'une desquamation abondante? Est-ce le rectum qui, déjà très peu de temps après la naissance, est physiologiquement envahi par des micro-organismes? Est-ce l'ombilic ou les poumons, et dans ces conditions l'hémorrhagie intestinale est-elle produite par les toxines et non pas par des micro-organismes localisés dans un point autre que la muqueuse gastro-intestinale? S'agit-il là d'une infection intra-utérine dans le sens propre du mot, ou bien le fœtus s'infecte-t-il au passage, en avalant ou en aspirant du

(1) *Arch. f. Kinderheilk.*, 1890, vol. XII, et 1891, vol. XIII.
(2) *Centralb. f. Gynæk.*, 1893, n° 22.
(3) *Centralb. f. Bacteriol.*, 1893, t. XIV, n° 17, p. 547.
(4) *Arch. f. Gynækol.*, 1893, Bd XLV, p. 272.

liquide amniotique septique ou des sécrétions vaginales souillées? Autant de questions, autant de problèmes posés aux recherches à venir.

En tous les cas, la multiplicité des microbes trouvés dans ces cas, ne peut nullement être invoquée contre la théorie infectieuse du melæna. Si nous admettons que le melaena n'est qu'une manifestation d'un état infectieux au même titre que le purpura, nous pouvons appliquer au premier ce que Widal et Thérèse (1) ont dit du second : « Dans la pathogénie du purpura, disent ces auteurs, il ne faut pas incriminer un seul microbe spécifique; en effet, on a constaté, dans les divers cas de purpura étudiés à ce point de vue, que beaucoup de micro-organismes étaient doués de propriétés hémorrhagiques. Ces bactéries peuvent être soit les agents pathogènes de la maladie au cours de laquelle se développe l'éruption, soit des agents d'infection secondaire. Ce n'est pas non plus en agissant directement sur les petits vaisseaux que ces microbes déterminent l'hémorrhagie cutanée, mais ce peut être aussi en impressionnant, par leurs toxines, les centres nerveux et mettant ainsi le système vaso-dilatateur dans un état d'excitabilité extrême. » Que l'on remplace le mot purpura infectieux par celui de melæna, et on aura la conception pathogénique moderne de ce dernier, telle que nous avons essayé de la développer.

R. ROMME.

TRAVAUX ORIGINAUX

Abcès froids osseux typhoïdiques (2),

par M. J.-J.-A. DARDIGNAC, médecin-major de 1re classe.

La magistrale communication faite dans la séance du 24 novembre 1893, à la Société médicale des hôpitaux, par MM. Chantemesse et Widal (3), nous engage à donner la relation de deux cas de localisations spécifiques éberthiennes, observés dans notre service des salles militaires de l'Hôtel-Dieu de Beauvais.

OBSERVATION I. — Le 25 août 1892, nous recevons le caporal B... du 51e d'infanterie, hospitalisé pour des exostoses douloureuses siégeant aux deux tibias.

L'interrogatoire, précisé par les documents portés aux registres médicaux du corps et de l'hôpital, apprend ce qui suit :

B... Clodomir, d'un tempérament nerveux-sanguin, sans tares physiques appréciables, a été incorporé en novembre 1889 avec les hommes de sa classe. Dans ses antécédents héréditaires, rien à relever, mais dans ses antécédents personnels on trouve, avec quelques maladies de l'enfance, (rougeole et coqueluche) dans le jeune âge, une atteinte de fièvre cérébrale suivie de crises nerveuses indéterminées. En 1885, péritonite subaiguë occasionnée par une chute, d'un lieu élevé, sur la région hypocondriaque droite; enfin il aurait, peu avant son arrivée au service, commis quelques excès éthyliques, habitudes dont il s'est, depuis, corrigé.

Les premières années qui suivirent son incorporation furent pour lui parfaites au point de vue de la santé; il n'eut jamais la plus légère indisposition pendant les vingt-deux premiers mois de service militaire. Il gagna vite les premiers galons et l'entrain de son caractère, son énergie, sa vigueur permirent d'en faire un instructeur très actif. En septembre 1890, alors qu'une poussée de typhoïde épidémique, gagnée par nos soldats, par le fait d'un voisinage urbain infecté, donna dans notre milieu plus de 80 cas de la maladie en quelques semaines, B... fut atteint et dut être laissé en traitement à l'hôpital de Noyon, — le régiment se trouvait alors depuis 11 jours aux manœuvres d'armée — où il fut soigné, du 8 septembre au 25 novembre — soit 78 jours — pour une forme grave, prolongée, avec une température au-dessus de 40° pendant près de deux septenaires.

Pendant la convalescence, alors qu'il se levait déjà et n'était plus fébricitant, on dut ouvrir plusieurs abcès sous-cutanés et notamment aux régions tibiales antérieures où ils ne laissèrent ni traces, ni douleurs; il eut aussi, à diverses reprises, des névralgies intercostales intermittentes l'empêchant de respirer, mais peu tenaces. Un congé de convalescence passé dans sa famille le remit en très bon état, et au début de 1891, rentré au corps, il reprenait toutes les obligations de son service. En août 1891, c'est-à-dire 11 mois après l'atteinte de fièvre typhoïde, environ 3 semaines après un coït suspect avec une rouleuse, il contracte un chancre, siégeant dans le voisinage du frein. Les caractères de ce chancre observé au corps étaient discutables : il fut traité localement par des poudres et pommades pendant environ 30 jours. Du reste, grâce à des soins d'extrême propreté et au repos, ce chancre resta solitaire, mais s'accompagna d'une adénite polyganglionnaire bilatérale, douloureuse, qui ne suppura pas. Ultérieurement, on n'observa jamais aucun accident secondaire; toutefois une angine aiguë, au début de décembre 1891, nécessita une observation de 6 jours à l'infirmerie, où elle fut soignée par le repos, les émollients et les antiseptiques : on lui soupçonna — mais toujours sans preuves indiscutables — une origine syphilitique. A ce moment aussi et pour la première fois, B... accusa des douleurs dans les membres et en particulier aux régions tibiales, où il était facile de percevoir, en suivant de chaque côté la crête de l'os, un point à siège très précis paraissant tuméfié et douloureux à la pression. Ces petites tuméfactions furent l'objet de notre attention et le malade précisa bien qu'il les remarquait depuis plusieurs mois déjà, mais sans s'y arrêter, une douleur appréciable n'étant éveillée qu'après des journées de fatigue. Un traitement antisyphilitique fut alors institué en raison de l'accident vénérien du mois d'août et il le suivit, plus ou moins bien, dès sa sortie de l'infirmerie, tout en faisant son service. Cependant, les douleurs des jambes ne se calmant pas et s'accentuant au contraire davantage par la fatigue, après 6 semaines de traitement par les pilules hydrargyriques, il se présente à la visite et, le 25 janvier 1892, il est dirigé sur l'hôpital avec le diagnostic : accidents syphilitiques.

B... présentait alors un état de santé très satisfaisant, il ne se plaignait exclusivement que de douleurs persistantes et siégeant aux tibias. Sur le tégument, sur les muqueuses, aux ganglions, nulles traces de syphilides disparues ou en évolution. Aux jambes, on apercevait deux petites tumeurs très apparentes siégeant : à droite, sur la face interne du tibia dans le milieu du tiers moyen; à gauche, sur la face antérieure mais plus rapprochée du genou, exactement à la jonction du tiers moyen avec le tiers supérieur. Ces tumeurs étaient surélevées, étalées, de consistance ligneuse, faisant corps avec l'os et ressemblant à des hyperostoses; la peau légèrement épaissie, mobile sur elles, présentait sa coloration normale sans aucune altération apparente. Elles étaient douloureuses à une forte pression, mais surtout après la fatigue et plus particulièrement par les temps froids et humides : le repos calmait d'ailleurs toujours ses douleurs qui jamais ne furent sensiblement plus appréciables la nuit que le jour.

Un examen minutieux de ces régions apprit que ces tumeurs siégeaient à peu près exactement aux points où jadis s'étaient développés des abcès pendant la convalescence de la fièvre typhoïde; il était même possible de voir sur la place de la tumeur hyperostosique du tibia droit la trace d'une incision d'ailleurs bien cicatrisée et sans aucune adhérence.

Le chancre unique avec bubons sensiblement indolents, l'angine qui suivit à quelques mois d'intervalle, la coexistence des deux tuméfactions à peu près symétriquement disposées, les douleurs à caractère sensiblement ostéoscopique, firent admettre par la majorité des confrères à qui nous présentions alors ce malade et malgré la précocité relative de ces locali-

(1) *Soc. med. des hôp.*, 9 février 1894.
(2) Note adressée à la Société de chirurgie (séance du 24 janvier 1894).
(3) CHANTEMESSE et WIDAL. *Des suppurations froides consécutives à la fièvre typhoïde. — Spécificité clinique et bactériologique de l'ostéo-myélite typhique* (V. *Merc. méd.*, 29 nov. 1893).

sations osseuses, qu'il s'agissait d'accidents syphilitiques, accidents sur la réalité desquels nous émettions, personnellement, des doutes en raison soit du caractère indéterminé de l'accident initial et aussi de l'absence (bien observée) de la succession des accidents secondaires à caractère banal qu'il est habituel de relever dans cette infection spéciale, soit de l'insuccès absolu du traitement antispécifique récemment suivi; et déjà nous pensions à des déterminations typhoïdiques osseuses que l'on ne consentait pas à admettre en raison surtout de leur extrême rareté. Il est certain que les deux opinions pouvaient être défendues également, la première paraissant même avoir pour elle toutes les apparences de la vérité. Bref, du 25 janvier au 15 mars 1892, B... fut soumis, sous nos yeux, au traitement antisyphilitique actif que nous employons, systématiquement, depuis des années (injections intra-musculaires de sels mercuriels, iodure de potassium, bains, topiques, locaux, etc.), sans que les phénomènes objectifs notés à son entrée aient subi le moindre changement. Il convient de noter que pendant ces deux mois d'observation notre malade n'eut pas un seul mouvement fébrile. A ce moment, le 15 mars 1892, notre diagnostic étant fait et partagé par nos confrères — il était pour ainsi dire démontré par le complet insuccès d'un traitement antisyphilitique rigoureux, impossible à éluder — nous proposons au malade une intervention s'adressant plus directement aux points malades. B... se trouvant fatigué et désirant réfléchir ou prendre conseil est envoyé en convalescence pendant quelques semaines. A sa rentrée au corps, les tumeurs osseuses avaient augmenté de volume, mais B..., se sentant mieux ou ne croyant pas à la nécessité d'une opération, reprit son service sans même attirer notre attention sur le développement progressif de ces exostoses. C'est seulement six mois après, le 22 août 1892, que, « souffrant quelquefois atrocement », il sollicite une hospitalisation pour être opéré et délivré de ces douleurs. Dans ces six derniers mois, les exostoses avaient acquis un développement considérable et l'une d'elles semblait abcédée à la suite d'un traumatisme banal.

A son entrée dans nos salles on constatait, en effet, avec un état général excellent : à la jambe droite, à mi-hauteur, exostose conique, proéminente, à base de la largeur d'une pièce de cinq francs; à son sommet, pertuis par lequel la pression fait sourdre une goutte de pus. Les tissus mous qui la recouvrent sont infiltrés, épaissis, de couleur vineuse et, profondément, semblent adhérer à l'os sous-jacent. Il y a abcès et abcès froid aux dépens du tissu osseux. Cet abcès suppure depuis quelques jours seulement. A la suite d'un choc, il y eut écorchure et issue immédiate d'un peu de pus. Nous y trouvons une croûte dont le déplacement permet de passer la pointe d'un stylet qui, a moins d'un centimètre de profondeur, rencontre le tibia dénudé, rugueux et dur. Cet examen démonstratif de la participation à la fois du périoste et des couches superficielles de l'os au processus fut peu douloureux et ne donna pas de sang. A la jambe gauche, près du quart supérieur, exostose en plateau plus large qu'à droite, mesurant 5 centimètres dans le sens vertical et comprenant toute la face antérieure, le bord et une partie de la face externe de l'os et surélevée de près de 13 millimètres sur les régions voisines. De ce côté aussi, les tissus mous sus-jacents paraissent participer à l'inflammation périostique, adhérer avec l'os et par suite de leur infiltration semblent peu mobiles sur la tumeur osseuse : de ce côté, pas de mollesse des tissus qui ont, au contraire, conservé la consistance ligneuse; il n'existe aucun pertuis externe et le tégument conserve encore sa couleur normale, tandis qu'il est rouge et violacé sur la tumeur tibiale droite.

B... déclare « qu'il ne peut faire aucune marche, qu'il souffre tous les jours, surtout le soir et pendant les deux ou trois premières heures de repos au lit, qu'il ne serait pas malade sans les tumeurs des jambes, qu'il n'a jamais de fièvre, mais qu'il lui serait impossible de supporter la fatigue la plus légère, enfin que la plus petite pression sur les points osseux malades provoque une telle douleur qu'il tombe à la renverse », et il raconte que quelques jours auparavant, dans un mouvement précipité, sa jambe gauche ayant été contusionnée par un banc, il tomba et eut une sorte de syncope. A la vue, il paraît évident que depuis moins de trois mois les exostoses ont pris plus de précision comme contour : elles sont bien limitées, se détachent nettement sur la continuité des tibias, elles sont doublées de volume, elles sont enfin le siège d'un travail inflammatoire relativement actif et déjà avancé du côté droit. Au toucher, il y a douleur très vive sur les tumeurs dont les tissus mous, épaissis, paraissent recouvrir des parties d'os plus dures que celles qui sont au-dessus et au-dessous. Jamais il n'y a eu d'œdème des jambes ni d'état fébrile. Tous les organes examinés avec soin (en particulier, les poumons, la peau et les muqueuses) sont trouvés en parfait état.

Le 10 septembre, après avoir encore une fois constaté l'inutilité d'un nouveau traitement d'épreuve par l'iodure de potassium à hautes doses, convaincu que nous étions en présence d'une ostéopathie infectieuse à marche lente et d'origine typhoïdique, nous procédons à l'évidement des deux tumeurs tibiales avec l'aide et le concours de MM. Béquin et Dessirier, nos excellents camarades et collègues du 51e régiment d'infanterie.

Opération. — Chloroforme, précautions préliminaires antiseptiques classiques pour les instruments, le malade, les aides et le chirurgien.

Tibia droit. — Pas d'hémostase préalable, aussi le sang gêna-t-il quelque peu le début de l'intervention. Incision franche de 6 centimètres — jusqu'à l'os — des tissus mous en passant sur le pertuis même et en débordant de quelques millimètres en haut et en bas la base de la tumeur. Cette ouverture donne quelques grammes de pus que l'on prend à l'aide d'une pipette stérilisée. Un stylet promené dans la dépression cupiliforme creusée aux dépens de la lame extérieure de l'os rencontre un orifice plein de pus dans lequel il est facile de l'engager de plus d'un centimètre. L'extrémité de ce stylet, comme plantée dans cette fistule osseuse, ne paraît séparée de la cavité médullaire que par une mince lamelle de tissu osseux qui fléchirait sous une légère pression. Après avoir rugîné et récliné le périoste et les tissus mous sur tout le pourtour de la tumeur, le tissu osseux est attaqué alternativement avec la gouge et le maillet, les curettes, etc. L'évidement fut si laborieux que plusieurs instruments furent émoussés avant d'avoir pu faire disparaître toute la partie d'os malade. Celui-ci était éburné, en particulier sur le pourtour de l'orifice, tandis qu'un simple grattage suffit, au dernier moment, pour ouvrir le canal médullaire que nous voulions drainer, l'os étant malade dans toute l'épaisseur de sa face antérieure. La moelle était saine et sans aucun mélange de pus. Après la toilette de l'os et des parties molles infiltrées, cet évidement, qui avait porté exclusivement sur la face antéro-externe de l'os à 12 centimètres de l'articulation tibio-tarsienne, mesurait trois centimètres sur deux.

Tibia gauche. — La bande élastique permit d'opérer à blanc et de procéder avec plus de rapidité. Une incision de 10 centimètres sectionne les tissus mous jusqu'à l'os qui est dur, éburné. Au centre de la tumeur, dans les couches profondes du périoste très épaissi sur l'exostose, on rencontre encore une petite cavité contenant une énorme goutte de pus crémeux recueilli avec soin. Au fond de cette cupule, petit orifice dans lequel on engage un stylet fin qui sans efforts pénètre de quelques millimètres dans les couches superficielles de l'os, faisant sourdre quelques gouttes d'un liquide lactescent. Cette cavité ostéique est bien moins prononcée en profondeur qu'à droite, c'est une sorte de godet. L'hyperostose s'étendait en surface, c'est-à dire qu'une couche osseuse bien plus épaisse la séparait du canal médullaire. L'intervention fut de tous points semblable à celle que nous venions de faire du côté droit. L'évidement devant porter sur toute la partie osseuse malade, c'est-à-dire sur toute la partie plus dure, plus compacte qu'à l'état normal, conduisit encore ici à une trépanation laborieuse faite à la gouge, à la rugine et à la curette, siégeant à 13 centimètres au-dessous de l'articulation du genou et mesurant 4 sur 2 centimètres 1/2 aux dépens du bord du tibia et de ses faces antéro-interne et externe. La partie osseuse malade avait plus qu'à droite peut-être la dureté et la blancheur de l'ivoire, démontrant ainsi l'étendue et l'ancienneté du processus : la moelle restait saine et le canal médullaire ne contenait pas de pus.

Le pansement, après nettoyage minutieux au sublimé, consista en une sorte de tamponnement au salol recouvert par plusieurs couches d'ouate imbibée de solution salolée tiède maintenues comme à l'ordinaire.

Les suites furent simples, jamais de fièvre ; la température toucha 37°3 le jour et le lendemain de l'opération, puis elle oscilla autour de 36°7.

Le pansement fut renouvelé le 15 septembre. Le malade était très bien, dormait, mangeait, et n'accusait que quelques douleurs lancinantes dans la nuit.

Un mois après, B... (on n'avait fait que quatre pansements et les hiatus étaient déjà comblés) commençait à se lever quelques heures; le 5 novembre il était libéré et sortit de l'Hôtel-Dieu; la guérison était complète.

Pendant l'année qui suivit, nous avons eu l'occasion de revoir plusieurs fois ce malade. Il a repris toutes ses pénibles et dures occupations d'horticulteur sans jamais ressentir aucune douleur ni fatigue particulière du côté de ses jambes où se voient des cicatrices solides et adhérentes.

Le pus recueilli n'a pu être étudié avec une précision suffisante pour donner à cette observation toute sa valeur; c'est même la raison qui nous la faisait tenir en réserve. Cependant et malgré les défauts d'un outillage qui ne nous permit pas un examen bactériologique complet et en particulier la recherche et la culture du bacille d'Eberth-Gaffky, nous avons pu nous assurer qu'il ne contenait aucun des microbes pyogènes vulgaires, ni pneumocoques, ni staphylocoques, c'est donc par exclusion et en raison des antécédents typhoïdiques du malade que nous avons conclu, et avec juste raison pensons-nous, à des localisations éberthiennes.

Tandis que dans cette observation nous voyons le processus de localisation au moment où, après avoir revêtu toutes les apparences d'un abcès froid osseux, il arrive pour ainsi dire à sa maturité, dans la suivante — très incomplète encore, le malade nous ayant quitté avant qu'une intervention ait pu être tentée — nous le surprenons pour ainsi dire en flagrant délit de formation.

OBS. II. — D..., un ancien soldat et de la classe, est envoyé d'urgence à l'hôpital le 20 août 1892 avec tous les signes d'une fièvre typhoïde au septième jour.

Incorporé depuis 33 mois, il n'a jamais été indisposé: depuis deux années il est ordonnance et raconte volontiers que tous les jours il se rendait de longues heures dans un café où il buvait de nombreuses consommations additionnées d'eau suspecte puisée, en raison de sa fraîcheur, à la pompe d'un puisard voisin d'une fosse d'aisances non étanche. Il fit une fièvre grave avec température élevée, malgré un Brand rigoureux, oscillant tous les soirs pendant trois septenaires autour de 39°. Il y eut néphrite infectieuse avec deux grammes d'albumine pendant environ huit jours. La convalescence, commencée au vingt-huitième jour, fut marquée par une éruption confluente et généralisée de sudamina sur le thorax et les cuisses. Le 5 octobre, le malade était apyrétique depuis 25 jours environ, se levait, mangeait, etc., et demandait à sortir, quand il attire notre attention sur un point très douloureux siégeant sur la clavicule gauche. A l'union du quart supéro-antérieur et externe de l'os, nous constatons en effet, — sans qu'il y ait aucun changement de couleur à la peau, ni de vascularisation anormale, exactement sur le bord supérieur de l'os, près de l'extrémité articulaire, presque dans le voisinage du cartilage — une tuméfaction arrondie, sensiblement élevée au-dessus de la surface voisine, globuleuse, rémittente, de la grandeur d'une pièce de vingt centimes; la pression y est très douloureuse et donne la sensation sinon d'une fluctuation nette, celle d'un contenu mou, pâteux, circonscrit, sans chaleur à la peau; c'est un point très manifeste d'abcès sous-périostique, de périostite insidieusement développée, déprimant les lamelles superficielles de l'os qui présentait au pourtour de la tumeur un rebord appréciable. Voulant étudier le pus de cet abcès péri-osseux et pour faire suite à l'observation de B..., nous proposons à D... le grattage de cette tumeur dont l'origine typhoïdienne nous semblait incontestable, mais D..., libéré aussi depuis plusieurs jours, en état de travailler et attendu par sa famille, ne comprit pas l'importance de notre désir. Il ne voulut pas nous donner cette satisfaction sur le moment; il devait « revenir plus tard ». Nous avions pris des dispositions à l'effet d'étudier bactériologiquement le pus de cette périostite localisée; malheureusement le malade très pusillanime ne voulut pas même consentir à une ponction aspiratrice, de telle sorte qu'ici encore ce contrôle expérimental manque à notre observation: nous n'avons même pu savoir si cet abcès donna du pus ou s'il se résorba sous l'influence des onctions mercurielles conseillées au malade au moment de sa sortie du service.

Le diagnostic, abcès froids osseux éberthiens, nous semble indiscutable dans ces deux cas, surtout après la lecture des récents et remarquables travaux qui nous ont poussé à écrire cette note.

Une localisation tuberculeuse ou une production syphilitique étaient, comme diagnostic comparatif, les seuls points à discuter. Le premier n'a jamais été soupçonné chez aucun de ces malades; quant au second, discutable dans le cas de B....., l'histoire très détaillée que nous en donnons vient doublement à l'appui de l'opinion émise par Fournier (1) enseignant d'une part que rien ne permet de distinguer objectivement les exostoses syphilitiques des exostoses typhoïdiques, et d'autre part que jamais il n'a vu guérir ces dernières par les traitements hydrargyriques ou iodurés.

Bien que ces localisations infectieuses spécifiques, secondaires ou retardées pour mieux dire, soient relativement rares, — nous n'avons en effet relevé que ces deux cas sur un total d'environ 400 fièvres typhoïdes dont nous avons dirigé le traitement depuis une dizaine d'années, — le cas de D..... est pour ainsi dire banal dans l'espèce et ressemble à la plupart de ceux dont Bourgeois (2) donne l'observation résumée; à ceux dont la relation sera désormais donnée maintenant que l'attention des observateurs est mise en éveil sur les complications ostéo-périostiques — prochaines ou éloignées — de la typhoïde. Le cas du caporal B..... offre plus d'intérêt: il se rapproche mieux des onze cas analysés dans le travail de Dehu (3) et en particulier du cas des exostoses du tibia décrit par Péan et Cornil (4) en 1891 et de ceux qui ont motivé la communication de Chantemesse et Widal (5) et plus récemment de A. Broca (6).

C'est seulement environ une année après une fièvre typhoïde à forme grave, traînante, compliquée dans la convalescence de suppurations sous-cutanées, de névralgies, etc..., etc., que B..... commence à accuser des douleurs persistantes siégeant aux deux tibias, douleurs dont l'apparition coïncidant à peu près avec une ulcération vénérienne, est mise sur le compte d'une syphilis qui — un traitement rigoureusement suivi à deux reprises différentes le démontra — n'exista jamais et fit égarer pendant une année le diagnostic et le traitement. Depuis ce moment le processus simultanément localisé aux deux tibias fit, lentement mais avec continuité, son travail irritatif en gagnant à la fois du côté du périoste et du côté de l'os. Au début, en août 1891, mais plus sûrement en décembre de la même année, l'inflammation paraissait bien nettement sous-périostique; plus tard, en août 1892, soit vingt-quatre mois après l'atteinte de la fièvre typhoïde, l'os avait vigoureusement réagi en formant de volumineuses exostoses sous-périostées en même temps que, seules, la marche et les contusions provoquaient de vives douleurs.

Ici encore ces abcès, diaphysaires, développés sur l'os « de choix », évoluèrent à la manière des abcès froids sans jamais provoquer de réaction fébrile et si, en raison

(1) FOURNIER, *Bulletin Académie de médecine*, 14 avril 1893.

(2) BOURGEOIS, *La périostite et l'ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde*. Thèse Paris, 1887.

(3) DEHU, *Rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde*. Thèse Paris, 1893.

(4) PÉAN et CORNIL, *Exostoses du tibia. Bulletin Académie de médecine*. Thèse Paris, 1891.

(5) CHANTEMESSE et WIDAL, *loc cit.*

(6) A. BROCA, *Sur l'ostéomyélite à bacille d'Eberth*. Société médicale des hôpitaux, 15 décembre 1893 (V. *Merc. méd.*, 20 déc. 1893).

de l'excellent état des poumons du sujet, ils ne firent pas penser à une tuberculose locale, du moins ils donnèrent le change et permirent longtemps de discuter, quelques apparences superficielles aidant, un accident syphilitique.

Chez nos deux malades, la typhoïde initiale avait été sérieuse et, bien qu'il n'y eût aucune prédisposition locale évidente, il semblerait que d'une part le port du sac, (extrémité de la clavicule chez D...) d'autre part, les fatigues inhérentes aux marches forcées, (B... étant aux manœuvres depuis 12 jours, franchissant de 20 à 35 kilomètres par jour, quand il fut pris de fièvre typhoïde), il semblerait que ces circonstances n'aient pas été étrangères à la localisation microbienne, dans un cas sur la clavicule, dans l'autre sur les deux tibias. C'est encore dans le cours de la convalescence d'une typhoïde grave que nos deux malades ont fait ces suppurations éberthiennes, et dans les deux cas, c'est dans les couches profondes du périoste, entre cette membrane et l'os, semble-t-il, que le microbe paraît avoir été déposé pour s'y développer insidieusement.

Ce point particulier, début d'abord périostique ou sous-périostique, puis osseux ou, si l'on veut, ostéo-périostique, nous semble avoir son importance et mériter plus qu'une simple mention. Cette pathogénie et cette marche de l'abcès froid typhoïde sont du reste signalées dans les observations connues. C'est à cette circonstance, localisation du microbe spécifique sur le périoste d'un organisme « à moitié immunisé », pour dire comme nos maîtres, par l'attaque antérieure, qu'est due la multiplication lente, sans réaction générale, du germe morbide. L'inflammation phagocytaire de tous les tissus voisins explique bien la participation et du périoste et de l'os, n'arrivant que fortuitement pour ainsi dire à la suppuration. En serait-il de même si le dépôt microbien était fait d'emblée dans la moelle même et n'assisterait-on pas alors à des phénomènes ostéomyélitiques bruyants et plus immédiatement graves?

Ce début périostique ou ostéo-périostique de l'abcès froid éberthien, attaquant d'ordinaire l'os de la surface à la profondeur, la marche lente du processus, sont une précieuse indication pour la thérapeutique à suivre. Il s'agit d'une *maladie locale due et entretenue par un véritable corps étranger* qu'il faut aussitôt que possible faire disparaître par l'extirpation. L'intervention devra donc être sanglante et porter sur le périoste et l'os, en détruisant par un grattage soigné tout ce qui au périoste est infiltré, semble scléreux, tout ce qui, sur l'os, est éburné. Elle devra être hâtive, c'est-à-dire proposée, alors que la tumeur est encore molle, pâteuse, presque indolente, et n'a pour ainsi dire fait qu'effleurer l'os. Plus cette intervention sera précoce, moins il y aura à évider, le processus — nos observations paraissent le démontrer — d'abord ostéo-périostique, pouvant, avec le temps, gagner toute l'épaisseur de l'os et communiquer ensuite avec le canal médullaire. Si, dans le cas de B..., le diagnostic avait été posé et l'opération acceptée en janvier 1892, l'intervention eût été simple, presque insignifiante, limitée peut-être aux seuls tissus mous et rapidement guérie, tandis que, huit mois plus tard, elle nécessita un délabrement sérieux, une trépanation double des tibias et environ quatre semaines d'immobilisation pour permettre aux tissus entamés et violemment détruits de se reconstituer et de combler la vaste brèche opératoire.

CORRESPONDANCE

Monsieur le rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*.

Prophylaxie de la teigne dans les écoles.

A l'appui de l'idée soutenue par mon savant collègue M. le Dr Henri Feulard, dans le numéro 27 de la *Gazette hebdomadaire*, réclamant de petites écoles-dispensaires où pourraient être à la fois traités et instruits, à portée de leurs familles, les malheureux enfants atteints de teigne et renvoyés des écoles, je vous envoie la relation sommaire d'une épidémie de quartier que j'ai pu suivre ces temps derniers à Rouen.

Ces quelques notes sont le complément d'une communication présentée par moi à la Société de médecine pratique (séance du 25 avril), sur la teigne dans les écoles, et sur laquelle j'ai depuis également appelé l'attention du conseil central d'hygiène de la Seine-Inférieure, en juin dernier.

Le hasard m'avait fait rencontrer plusieurs cas de pelade dans une école maternelle.

Ce n'est pas à tort, disais-je, que l'on a comparé les affections contagieuses à un incendie : comme pour le feu, il convient d'éteindre sur place, immédiatement et sans retard, tout foyer épidémique.

Or, voici que l'épidémie de Saint-Sever acquiert toute la valeur (à Rouen) d'une démonstration expérimentale et mathématique.

1° Trois cas de teigne se montrent en mars, rue Saint-Julien, à l'école maternelle. Isolement, c'est-à-dire renvoi des petits malades. Les parents reçoivent l'indication sommaire du traitement à appliquer, mais ils n'en font rien et se contentent de protester contre le médecin.

2° Un des trois malades se glisse dans l'école voisine de garçons — l'école Mullot — qui contient plusieurs centaines d'élèves.

Quelque temps après, environ vingt jours, je visite cette école, et j'y trouve quinze enfants atteints de pelade, non compris les douteux.

Renvoi des élèves, instructions aux parents.

A cette date il était facile de prévoir que toutes les écoles du quartier seraient atteintes, si l'on n'y remédiait sévèrement.

Ainsi en advint-il. Et la teigne gagnait toujours.

3° A son tour l'Ecole Maternelle de la rue Marie-Duboccage a été prise. 12 à 15 cas.

A l'école Louis Vaucquelin, 2 cas types.

Il y en a à Rouen, à Quevilly, partout.

Disons vite cependant que l'épidémie est en décroissance.

L'autorité municipale, prévenue dès le début, s'est tout d'abord demandé si la teigne pouvait et devait être divulguée, si le secret professionnel ne défendait pas au médecin de déclarer les cas observés,..... et la teigne gagnait toujours. Mon rôle à moi était rempli, et je ne pouvais suivre mes écoliers dans tous les recoins.

La municipalité, sur nos instances réitérées, les fit soigner aux dispensaires et les fit rechercher par ses agents de police...

Quoique tardives et incomplètes, les mesures prises paraissent avoir enrayé, sinon supprimé, l'épidémie; n'était sa présence, je le crains bien, dans plusieurs écoles libres, où les enfants renvoyés des écoles primaires municipales trouvent toujours un accueil favorable.

Il est à observer que ce sont surtout, et pour ainsi dire exclusivement, les garçons qui sont, à Rouen, atteints de pelade. Les écoles de filles n'ont rien présenté de semblable.

J'ai cependant vu une femme de Quevilly qui avait gagné la pelade de son enfant.

Que faire en pareil cas? Créer, comme le demande M. Feulard, des écoles-dispensaires ; mais il n'est même pas besoin de nouveaux établissements, et la conduite tenue par nous à Bapaume aurait dû être suivie à Rouen. Nous avons conseillé de procéder dans chacune des écoles contaminées, et même, si l'on voulait, dans toutes les écoles indistinctement, au lavage et aux lotions classiques de la tête des enfants, non seulement des enfants malades, mais aussi et surtout, des enfants douteux, car ce sont ceux-là dont il faut surtout se méfier.

Une pièce *isolée*, une femme de service, une heure consacrée chaque jour au traitement et, dans un temps relativement court, tout eût été dit.

Pas de sergents de ville à domicile, cela effraye les familles.

Pas de dispensaire, comme je l'avais demandé moi-même au début. Car, bien à tort, la moitié des parents le fuient.

Pas d'hôpital. Enfants et parents le redoutent.

Au contraire, le traitement à l'école même, qui est accepté de tous, maîtres, élèves, familles, et cela sans *danger*, sans *inconvénient* pour les autres élèves, si la chose, bien entendu, est convenablement dirigée.

Voilà ce qu'il eût fallu faire. — Il ressortira encore de cette petite histoire que la teigne devra être classée parmi les maladies contagieuses à déclarer.

Quoi qu'il en soit, le devoir absolu du médecin inspecteur des écoles est de la déclarer immédiatement à l'autorité municipale.

Il ne saurait y avoir, à cet égard, aucun doute, et c'est aussi l'opinion de notre éminent maître M. le professeur Brouardel à qui j'avais soumis la question et qui a bien voulu la résoudre affirmativement.

Dr DESHAYES, de Rouen.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas d'épilepsie jacksonienne par foyer hémorrhagique frontal, par DALLEMAGNE (*Journal de médecine de Bruxelles*, 14 avril 1894, n° 15, p. 227). — Un homme âgé de 75 ans est conduit à l'hôpital en proie à des accès d'épilepsie partielle ayant débuté brusquement la veille. Ces accès, qui se répètent avec régularité toutes les trois minutes, semblables entre eux, sont caractérisés par des secousses spasmodiques commençant par la commissure gauche de la lèvre, occupant ensuite les muscles de la face et du cou, puis le membre supérieur du même côté, épargnant les autres membres. La mort survient, sans changement dans l'état du malade, au bout de deux jours. A l'autopsie, on trouve un foyer hémorrhagique récent, gros comme une noix, dans la substance blanche de la pointe du lobe frontal droit, n'intéressant pas la substance grise, et deux petits foyers punctiformes anciens. L'auteur pense qu'on ne peut expliquer ici l'épilepsie partielle par atteinte, même indirecte, de la zone psychomotrice, et il suppose alors qu'elle est due à l'excitation des centres ganglionnaires, corps strié, considérés comme moteurs automatiques, par les fibres blanches provenant du lobe frontal, lésées dans la circonstance et qui aboutissent à ce ganglion.

Paralysie ascendante aiguë (Ueber akute Aufsteigende Paralyse), par F. JOLLY (*Berl. klin. Woch.*, 19 mars 1894, n° 12, p. 281). — Le malade que l'auteur présente à ses auditeurs est un homme âgé de 41 ans. Depuis six semaines il se plaignait de lourdeurs matinales dans les jambes, qui trois jours après s'accompagnaient de paraplégie. Trois jours après, les mains et les bras étaient également pris. Ultérieurement, il y eut de la difficulté de la parole et de l'oppression. A son examen, trois semaines ensuite, il existe une paraplégie complète des membres inférieurs, et une paralysie empêchant presque tout mouvement actif aux membres supérieurs. A peine quelques faibles mouvements sont-ils possibles dans l'épaule. La respiration est difficile tant par l'existence d'une bronchite que par la faiblesse du diaphragme. Les muscles du cou sont faibles. Il exista ultérieurement des troubles des nerfs crâniens : parésie faciale, paralysie des muscles abducteurs de l'œil, névrite optique double. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité. Les réactions électriques sont normales à l'épaule, au bras et à la cuisse. Les extenseurs de l'avant-bras, les interosseux, les extenseurs de la jambe, offrent la forme moyenne de la réaction de dégénérescence. La vessie est indemne. Plus tard les mouvements réapparurent partiellement, puis aux bras, aux yeux, au cou. L'amélioration se continua lentement ultérieurement. L'auteur passe en revue la nosographie de la paralysie ascendante aiguë, et pense que le cas qu'il en a observé rentre, comme beaucoup d'autres analogues, dans la névrite multiple.

Sarcome primitif des ventricules du cerveau, par PRAUTOIS et G. ETIENNE (*Archives de neurologie*, avril 1894, n° 86, p. 271). — L'intérêt du cas consiste dans sa rareté, dans les difficultés du diagnostic, dans l'existence d'un symptôme exceptionnel, constaté déjà dans des cas de lésions de la couche optique, enfin dans l'extension anatomique de la tumeur à tous les ventricules du cerveau sans autre généralisation. La malade est une enfant de 13 ans qui, depuis dix mois, souffre de céphalée frontale atroce et persistante, s'accompagnant de vertiges et de vomissements et survenant par crises de 5 à 6 jours de durée, revenant presque tous les mois. A son entrée, en dehors de ces crises semblablement répétées, on ne constate que de la dilatation des pupilles insensibles, avec double névrite optique. Plus tard il est survenu des mouvements oscillatoires, continus, brusques, rhythmiques, constitués par une légère flexion du poignet avec rotation en dehors. La malade meurt de cachexie avec eschares. A l'autopsie, les ventricules sont énormément distendus d'une sérosité limpide où nagent des néoformations en grappes qui existent aussi sur la face interne en forme de bourgeons. Le quatrième ventricule est également distendu par du liquide et tapissé par des bourgeons néoplasiques. L'examen histologique établit qu'il s'agit de sarcome embryonnaire.

GYNÉCOLOGIE

Quatre symphyséotomies (Vier Symphyseotomien), par FRITSCH (*Cent. f. Gynækol.*, 1894, n° 19, p. 454). — Dans le travail de l'auteur, basé sur l'étude de quatre symphyséotomies, on peut relever les points suivants :

D'une façon générale, l'auteur admet que l'accouchement prématuré artificiel, quand on est appelé à temps, et la céphalothripsie quand l'enfant est mort, sont préférables à la symphyséotomie qu'on ne doit pratiquer que dans certaines conditions bien déterminées : 1° quand on est appelé à un moment où l'accouchement prématuré n'est plus possible ; 2° chez les femmes désirant avoir un enfant vivant et chez lesquelles les grossesses antérieures où l'on a pratiqué l'accouchement prématuré se sont toujours terminées par la mort des enfants.

Au point de vue technique, l'auteur trouve que la symphyséotomie est loin d'être une opération facile. Sans parler d'hémorrhagies souvent abondantes, l'auteur a produit chez une de ses opérées une fistule vésico-vaginale en plaçant les sutures profondes ; dans un autre cas où, au moment de la section de la symphyse, l'aide laissa échapper la jambe de la malade qu'il tenait entre ses mains, il se produisit une rupture de l'articulation sacro-iliaque. La malade guérit.

La suture osseuse de la symphyse paraît à l'auteur inutile. Il ne l'a pas faite chez ses quatre opérées et, bien qu'elles aient quitté l'hôpital avec une certaine mobilité de la symphyse qui a persisté encore au bout de plusieurs mois, elles ne s'en ressentent en rien, marchent fort bien, peuvent porter des charges, travaillent aux champs, etc.

Traitement de la dysménorrhée cervicale (Zur Behandlung der Cervicaldysmenorrhea), par NOLL (*Centr. f. Gynækol.*, 1894, n° 21, p. 479). — L'auteur a souvent rencontré le syndrome classique et les troubles réflexes de la dysménorrhée chez des multipares chez lesquelles, à l'examen de la cavité utérine avec la sonde, on trouvait au niveau de l'orifice interne du col un rétrécissement cicatriciel extrêmement douloureux au contact de la sonde. Ayant échoué avec la dilatation simple suivie d'application de chlorure de zinc, ou de teinture d'iode, ou de perchlorure de fer, il eut l'idée de faire une série d'incisions radiées sur l'anneau cicatriciel après dilatation et désinfection préalable du canal. Cinq malades traitées de cette façon furent complètement guéries.

Régression des sarcomes après l'accouchement prématuré (Ein Fall von rascher Ruckbildung von Sarkomen nach kunstlicher Fruhgeburt), par JAHR (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 23, p. 545). — Il s'agit d'une femme de 36 ans entrée à la clinique au 7e mois de sa grossesse, pour une tumeur développée depuis 6 mois dans son aisselle droite et pour une autre apparue quelques mois plus tard dans le sein du même côté. En même temps, elle se plaignait

de douleurs violentes de ventre avec irradiations dans le dos, les lombes et les cuisses.

A l'examen de la femme, amaigrie et manifestement cachectique, on trouvait dans le sein droit une tumeur des dimensions d'une noix, dure, immobile, adhérente à la peau; dans l'aisselle droite se trouvait une tumeur plus volumineuse, des dimensions d'un œuf de poule, mais présentant les mêmes caractères que la tumeur précédente; un troisième noyau, gros comme une noix, existait au-dessus de la clavicule droite. D'autres noyaux furent trouvés : 2 sur les parois du vagin, 1 sur le col. A la palpation du ventre on trouvait également des noyaux disséminés dans la cavité abdominale.

Il s'agissait donc là d'un cas de sarcomatose généralisée dont le diagnostic fut du reste confirmé par l'examen microscopique d'une parcelle prise au noyau du col. Comme la malade se plaignait de douleurs abdominales extrêmement vives, on pratiqua l'accouchement prématuré. Pendant les suites de couches qui furent normales on put déjà constater une régression manifeste des noyaux sarcomateux, et lorsque la malade quitta la clinique, la tumeur du sein avait disparu, tandis que les noyaux de l'aisselle, les ganglions sus-claviculaires infiltrés et les noyaux du vagin et de l'utérus avaient considérablement diminué de volume.

CHIRURGIE

Excision de la prostate (A method of excising the prostate), par NICOLL (*Lancet*, 14 avril 1894, p. 926). — L'ablation de la prostate est encore à ses débuts et a contre elle sa haute mortalité; de plus, dans certains cas elle ne fait pas disparaître les symptômes contre lesquels elle était dirigée. Le plus souvent la mort est causée par l'hémorrhagie ou par l'infection. Cette opération se fait actuellement de trois manières : par la voie sus-pubienne, par la voie périnéale, ou par les deux voies combinées. Cependant, dans des cas bien choisis cette opération rend de grands services. Il faut donc s'appliquer à diminuer les hémorrhagies, les chances d'infection, à faire une ablation totale et éviter les délabrements trop profonds. Pour réunir toutes ces conditions l'auteur a recours à une prostatectomie sous-muqueuse par les méthodes sus-pubienne et périnéale combinées. Il fait une cystotomie sus-pubienne sans employer de ballon rectal; il lie tous les vaisseaux qui saignent et saupoudre la plaie d'iodoforme; il suture ensuite les bords de la plaie vésicale à ceux de la plaie abdominale, la vessie est remplie de solution phéniquée et on place le malade dans la position de la taille. On introduit une bougie dans l'urèthre, puis, l'index étant introduit dans le rectum, on incise le raphé du périnée et on arrive à la prostate, qu'on sépare soigneusement du rectum; on fait alors une incision verticale à travers la partie postérieure et inférieure de la capsule de la prostate; on décortique ensuite cette capsule; par la main gauche introduite dans la vessie par la plaie hypogastrique, on refoule en bas la prostate et on enlève cette dernière à l'aide de la main droite. On retire la bougie et on introduit une sonde en gomme que l'on laisse en place; on enlève les points de suture de la vessie à l'abdomen.

L'auteur a obtenu les meilleurs résultats avec cette méthode.

Du grattage et de la réunion immédiate des bubons ulcérés, par MERMET (*Archives générales de médecine*, juin 1894, p. 656). — Contre le bubon ulcéré deux méthodes ont été employées : le grattage et la réunion immédiate. Il y a intérêt à les réunir, l'une complétant l'autre.

Contre-indications : bubon chancrelleux.

Indications : bubon inflammatoire, quelle qu'en soit la cause (blennorrhagie, chancre simple, chancre syphilitique).

Manuel opératoire : anesthésie à la cocaïne ou mieux au chlorure d'éthyle ou de méthyle. Précautions antiseptiques. Inciser les trajets fistuleux au bistouri sur la sonde cannelée; enlever les bourgeons charnus avec la curette de Volkmann, jusqu'à ce qu'on arrive sur un tissu paraissant sain, abraser les lèvres de l'ulcération pour les transformer en 2 surfaces saignantes qui viennent bien s'appliquer l'une à l'autre. Toucher la cavité ganglionnaire avec une solution phéniquée à 5 0/0 ou une solution de chlorure de zinc au 1/10°. Suture aux crins de Florence. Les résultats de cette méthode sont très bons, comme le prouvent huit observations brièvement résumées.

Kyste hydatique du fémur (A case of hydatids of femur in the site of fracture), par EUSTACE (*British med. Jour.*, 26 mai 1894, p. 1124). — Un homme de 25 ans entra à l'hôpital pour une fracture du fémur siégeant à l'union du 1/3 supérieur et des 2/3 inférieurs qui s'était guérie et qui spontanément s'était reproduite avec formation de tumeur au même point. On fit une incision de cette tumeur et on y trouva des hydatides; toute la diaphyse du fémur était envahie par ces hydatides. On fit la désarticulation de la hanche, que le malade, très affaibli, supporta très mal. Il mourut du reste le lendemain de l'opération.

BIBLIOGRAPHIE

La psychologie de l'amour, par GASTON DANVILLE, 1 vol. in-8° de 170 p. Paris, 1893. F. ALCAN, édit.

On sait quel profit les recherches psychologiques récentes ont tiré de la méthode expérimentale, et quels succès ont remportés, dans cet ordre de faits, les tentatives d'interprétation par la doctrine du transformisme. L'auteur se fondant sur ces enseignements, s'est enhardi à nous présenter, en la légitimant par une définition scientifique, une formule originale de l'amour, qu'on peut envisager comme une élégante adaptation des lois de l'évolution. Il en est arrivé ainsi à une conception nouvelle de ce sujet, qui devient ainsi intéressant autant pour les médecins que pour les philosophes.

La définition de l'amour résume en quelques lignes l'ouvrage entier, et nous croyons devoir la citer tout d'abord, car il nous paraîtra plus aisé, dans cette courte analyse, d'indiquer ensuite comment elle semble convenir à son objet. « L'amour, nous est-il dit, est une entité émotive spécifique, consistant dans une variation plus ou moins permanente de l'état affectif et mental d'un sujet, à l'occasion de la réalisation — par la mise en œuvre fortuite d'un processus mental spécialisé — d'une systématisation exclusive et consciente de son instinct sexuel sur un individu de l'autre sexe. Le plus souvent, ce phénomène s'accompagne d'exaltation du désir. »

***

Une critique préalable des théories antérieures sur l'amour démontre en premier lieu leur insuffisance relative qui ressortit, en partie, à une confusion sur le terme que justifie la définition précédente. Ainsi devraient être éliminées du cadre de la passion — les formes où l'instinct se satisfait, sans choix, aussi bien que celles où le choix existe, mais se montre conditionné par des causes banales et presque évidentes. L'auteur réserve donc le terme amour pour distinguer cette seule forme unique, exceptionnelle, très différente de toutes les précédentes, dans laquelle le choix se fixe systématiquement, et absolument, sur un sujet, et cela, sous l'influence de mobiles occultes en apparence, et par le fait d'un mécanisme spécial, qui sont exposés ultérieurement.

Toutefois, il reste à élucider encore une question préalable, controversée, et importante quant à la théorie proposée : L'amour est-il de nature pathologique? qu'ont résolue par l'affirmative, comme on le sait, la plupart des psychiâtres. Il est certain, en effet, qu'on peut constater une analogie assez frappante entre les caractères de la passion amoureuse, et ceux des obsessions conscientes, des dégénérés héréditaires; que d'autre part, la dégénérescence qui semble présider à celle-ci n'est pas rare chez les amoureux. Néanmoins, on remarquera que les signes communs précités des phobies, et de l'amour (obsession, conscience, impulsion...) ne sont pas génériques, et ne peuvent suffire en conséquence pour une telle assimilation; de plus celle-ci est contredite par le *criterium* dit d'*utilité* qui les différencie.

***

La recherche des origines de l'amour, aux débuts de l'apparition des premières ébauches de la fonction de la reproduction, va montrer, au contraire, que l'amour n'est autre qu'une *fonction normale*, parvenue, chez quelques hommes, à un

degré de différenciation extrême, qui seule la distingue, mais demeurant normale. Confondue d'abord, chez les premiers êtres, avec la fonction de nutrition (asexualité), la fonction sexuelle se complique de plus en plus, à mesure qu'on remonte l'échelle de la série animale philogénique : elle se différencie ensuite, tant morphologiquement que physiologiquement. Parallèlement, des éléments de sensibilité s'ajoutent bientôt à ses réactions, d'abord purement motrices. Il ne tarde pas à se joindre aux éléments premiers des composants affectifs, qui sont, en dernier lieu, même, de nature intellectuelle; chez quelques mammifères supérieurs — tels les faits de fidélité et de jalousie amoureuse des chiens. L'instinct en arrive enfin, chez l'homme et chez lui seul, à se parfaire par l'adjonction de phénomènes de cérébration, susceptibles eux-mêmes de se développer. L'amour, dont la souche originelle première reconnait un phénomène purement moteur, est devenu selon cette évolution un phénomène surtout mental.

C'est donc, en conclusion, à une théorie psychologique qu'il convient de recourir pour exposer son mécanisme jusqu'ici occulte. A cet égard, M. D. a recours à une application de l'hypothèse formulée par P. Blocq sur le fonctionnement de la connaissance. L'amour naîtrait, selon lui, d'une certaine perception spéciale par ses attributs et dans les circonstances particulières suivantes. Chez tout être humain normal, l'inconscient recueille, au cours de l'existence, des impressions de tout ordre qui demeurent latentes dans son domaine. Or, dès l'éveil de la vie génitale, il se joint, à cette occasion, à ces impressions, des éléments d'ordre génital. Ces derniers s'associent à part, entre eux, et cela grâce à la loi de l'automatisme auquel sont soumis, comme on sait, ces phénomènes de même nature spécifique, de telle sorte qu'ils en arrivent à s'organiser en une image plus ou moins homogène bien qu'inconsciente.

Dans la majorité des cas, celle-ci persistera ainsi silencieuse, et, en d'autres cas, pathologiques, elle se développera, au contraire, anormalement au point de donner lieu à des hallucinations. En dernière éventualité possible, elle donnera naissance à l'*amour*. Si un sujet, d'ailleurs normal, est mis par exemple en présence d'un individu de l'autre sexe, dont les attributs personnels correspondent assez exactement à ceux de sa propre image inconsciente, il en résultera l'identification des impressions fournies par l'image réelle actuelle, avec celles de l'image organisée inconsciemment antérieurement (d'après le mécanisme invoqué), et, en conséquence, un acte spécial de perception consciente aura lieu, qui ne sera autre que l'amour.

Notre analyse, nécessairement abstraite, ne peut rendre compte des qualités littéraires de cet intéressant ouvrage, mais nous espérons qu'elle suffira par son seul attrait psychologique à attirer l'attention des médecins sur cette question obscure ainsi expliquée ingénieusement par les données de la biologie générale.

B.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — *Le méd-cin-inspecteur* MAILLOT. — Le vénéré doyen du corps de santé de l'armée vient de mourir, à l'âge de 90 ans. Depuis plusieurs années déjà il était retenu par la maladie et seule, de temps à autre, une publication nouvelle venait rappeler ses titres à la reconnaissance de ses concitoyens. Nous avons été assez heureux pour les faire valoir, un des premiers, en 1877, dans l'article *Fièvre* du *Dictionnaire encyclopédique* et nous gardons précieusement le souvenir des affectueux témoignages de gratitude que nous donna à ce moment M. Maillot. On oubliait alors les services rendus à l'hôpital militaire de Bône en 1834 par le jeune médecin militaire qui, bien que disciple de Broussais, n'hésitait pas à inaugurer le traitement spécifique des fièvres pseudo-continues. Le *Traité des fièvres intermittentes* n'était lu que par ceux qui avaient quelque souci de rendre justice à leurs devanciers. Plus tard seulement, sous l'inspiration du regretté H. Liouville, la loi du 25 juillet 1888 a décerné une récompense nationale à l'illustre vétéran de la médecine d'armée. Après le Congrès d'Alger et sur la proposition de M. Verneuil, le nom de Maillot fut donné à une rue d'Alger et à une rue de Bône.

Congrès français de Médecine interne.

Première session — Lyon 1894. — La chirurgie et la plupart des spécialités médicales et chirurgicales possèdent maintenant en France des Congrès périodiques, seule la médecine interne en est encore dépourvue.

Un certain nombre de professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine et de médecins des hôpitaux de Lyon ont pensé qu'ils pourraient prendre l'initiative de combler cette lacune à l'occasion de l'Exposition internationale qui se tient cette année dans notre ville. Après s'être assuré l'appui d'un grand nombre de leurs confrères lyonnais, l'assentiment et l'adhésion de quelques-uns de leurs collègues de toutes les autres Facultés et de quelques écoles de médecine, ils ont nommé un Comité d'organisation chargé de convoquer à Lyon, pour le 25 octobre prochain, la première session de ce Congrès. Cette date a été choisie pour rapprocher cette réunion de celle du Congrès de l'enseignement supérieur qui s'ouvrira à Lyon, le 29 du même mois.

Le Comité d'organisation se bornera à préparer et à assurer la réunion de la première session, laissant au Congrès lui-même le soin d'adopter ses statuts définitifs et de trancher notamment toutes les questions que soulèvent sa périodicité et le siège de ses réunions ultérieures. La seule langue du Congrès sera le français, mais notre intention est, à l'exemple du Congrès de chirurgie, d'ouvrir le Congrès à tous les médecins de langue française, et de plus, aux médecins de toutes les nationalités désireux de faire une communication en français.

Un nouvel avis fera connaître les détails de l'organisation du Congrès; la cotisation en est fixée à 20 francs. Les adhésions au Congrès, les inscriptions de communications à faire sont reçues dès à présent par tous les membres du Comité. On est prié d'adresser de préférence les cotisations au trésorier et les titres des communications au secrétaire général.

POUR LE COMITÉ D'ORGANISATION :

Le Président......... GAILLETON, maire de Lyon, professeur à la Faculté de Médecine.
Les Vice-présidents... MAYET et SOULIER, professeurs à la Faculté de Médecine.
Le Secrétaire général. BARD, agrégé, médecin des hôpitaux, rue de la République, 30.
Le Trésorier.......... LANNOIS, agrégé, médecin des hôpitaux, rue St-Dominique, 14.
Les Secrétaires....... DEVIC, agrégé, médecin des hôpitaux.
PIC, médecin des hôpitaux.
COLLET, interne des hôpitaux.

VIIIe Congrès international d'hygiène et de démographie.
Budapest, 1-9 septembre 1894.

Pour profiter des réductions sur les billets de chemin de fer et des autres concessions obtenues par le Comité d'organisation, les personnes désirant prendre part au Congrès doivent se faire inscrire régulièrement dans la liste des membres du Congrès, et verser la cotisation, au plus tard, le 10 août 1894.

La cotisation est de :

Fl. 10 pour tout monsieur désirant prendre part au Congrès et de Fl. 5 pour toute dame désirant prendre part au Congrès et doit être adressée à l'avance en même temps que la demande d'inscription au secrétaire général du Congrès,

Monsieur le Professeur Dr. Müller.
Hôpital St-Roch,
Budapest.

Les personnes qui se seront ainsi fait inscrire recevront une carte de membre qui servira à son titulaire de légitimation pour l'obtention des réductions de voyage.

Cette carte de membre sert de *légitimation générale*, avec une seule exception pour les membres du Congrès venant de Suède qui, pour pouvoir profiter des concessions faites par les chemins de fer suédois, doivent posséder une carte spéciale en dehors de leur carte de membre. Cette carte spéciale est délivrée par le secrétariat général.

En France : Les chemins de fer accordent une réduction de 50 0/0 aux membres du Congrès.

En Autriche-Hongrie : Les chemins de fer de l'Etat hongrois ainsi que le chemin de fer de Kaschau à Oderberg accordent aux membres du Congrès la faculté de pouvoir occuper des places dans une classe supérieure sur présentation d'un billet valable pour la classe inférieure suivante.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Cholécystectomie pour la lithiase limitée à la vésicule biliaire.

Le débat par lequel la Société de chirurgie vient de clore ses séances a été presque exclusivement consacré à l'étude des opérations — cholécystostomie, cholécystentérostomie, cholédocotomie — à l'aide desquelles nous cherchons à parer aux dangers de l'obstruction du cholédoque. C'est à ce point de vue spécial que s'étaient placés, à l'origine de la discussion, M. Ricard dans son observation, M. Michaux dans son rapport; c'est à peu près le seul qu'aient envisagé la plupart des orateurs, sauf M. Monod dont les faits se rapprochent, abstraction faite du mode d'intervention, de ceux sur lesquels je désire attirer l'attention.

Il est certain que les cas les plus graves de lithiase biliaire sont ceux où un calcul, quels que soient son lieu et son mode de formation et d'accroissement, migre dans le canal cholédoque et en détermine l'occlusion temporaire ou permanente, complète ou partielle. Alors, éclate la colique hépatique franche, avec ictère, puis s'établissent l'ictère chronique, les lésions hépatiques, la cholémie enfin, si la bile ne retrouve pas son cours, naturel ou artificiel, dans l'intestin ou au dehors.

Le diagnostic, dans les cas de ce genre, réserve incontestablement des surprises, et on vient de relater à la Société de chirurgie plusieurs faits dans lesquels, quoique tout semblât plaider en faveur de la lithiase, les accidents relevaient d'un cancer du pancréas ou même du foie. Mais alors existe une indication symptomatique formelle: faire cesser la cholémie par une opération qui sera palliative ou curative, selon qu'il s'agira d'un néoplasme ou d'un calcul.

Quelles sont les indications précises, quels sont les résultats définitifs de ces interventions? c'est une question que je n'entends même pas effleurer et je renvoie à ce qu'on vient d'en dire dans la discussion à laquelle j'ai fait allusion. Mais ce qui est certain, c'est qu'aucun des chirurgiens qui y ont pris part n'a parlé de cholécystectomie, et cela n'a rien que de très naturel, car la conservation de la vésicule s'impose chez les sujets atteints d'occlusion, calculeuse ou non, du canal cholédoque avec ictère chronique.

Ces calculs du cholédoque sont-ils nés dans le foie, dans la vésicule, dans les canaux excréteurs eux-mêmes? C'est là une question fort intéressante scientifiquement, fort intéressante aussi, sans doute, pour le succès des prescriptions hygiéniques et prophylactiques auxquelles aboutiront peut-être les recherches futures des cliniciens. Mais actuellement ce qui importe aux chirurgiens, c'est l'étape finale, selon que le calcul s'engage ou ne s'engage pas dans le canal excréteur commun de la bile.

Or, il existe certainement des cas où le calcul se forme dans la vésicule et reste cantonné dans ce système diverticulaire — vésicule elle-même et canal cystique — sans jamais pénétrer dans le cholédoque, sans causer, par conséquent, d'ictère. La cholémie ne menace pas alors le malade, mais les accidents sont exclusivement des douleurs et des complications inflammatoires plus ou moins graves, sans que la glande hépatique elle-même ait à en souffrir.

Quelle est la genèse exacte des concrétions? La question attend encore sa solution définitive et à cet égard nos connaissances sont moins avancées que pour la lithiase urinaire. Il est bien démontré aujourd'hui que dans les voies urinaires, depuis le rein jusqu'à l'urèthre, deux ordres de calculs se rencontrent : les uns sont antérieurs à tout processus inflammatoire, les autres, au contraire, sont consécutifs à l'inflammation et aux altérations chimiques qu'elle détermine dans l'urine. Entre ces deux variétés la distinction est très facile : pierres uriques et oxaliques dans le premier cas, phosphatiques dans le second.

Y a-t-il dans le foie et les voies biliaires deux ordres de concrétions analogues? Ce qui est certain, c'est que, jusqu'à présent, nous ne connaissons pas de caractère chimique nous permettant de différencier les calculs siégeant dans les voies biliaires infectées ou non infectées, nous permettant de savoir, par l'alternance de couches diversement composées, si l'infection, lorsque nous la constatons, a précédé ou suivi la lithiase.

Mais ce qui est certain également, c'est qu'il existe des cas où, avec obstruction du canal cystique, on constate une cholécystite, suppurée ou non, et qu'après extirpation de la vésicule, les accidents cessent pour ne plus revenir. De cette forme j'ai déjà publié une observation, dans la thèse de Calot. C'est celle d'une femme d'une soixantaine d'années, dans les antécédents de laquelle on relevait seulement des douleurs hépatiques frustes, avec

dyspepsie, sans ictère, et qui se présenta à mon examen avec une tumeur inflammatoire, douloureuse à la pression, située derrière le grand droit et descendant jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Je diagnostiquai une cholécystite probablement calculeuse, et ce fut vérifié par l'opération. J'ai enlevé la vésicule, dont le col était obstrué par un gros calcul vert foncé que je pus extraire. La malade a fort bien guéri et je l'ai revue dix-huit mois après, entièrement débarrassée de ses souffrances, digérant bien et pouvant vaquer à ses occupations de femme de ménage. Chez cette malade, l'examen bactériologique du pus (relaté par mon ami le Dr Gilbert à la *Société de biologie*) a démontré la présence du *bacterium coli commune*.

Environ un an après, j'ai eu l'occasion de faire une cholécystectomie dans un cas analogue, mais non point identique, car la vésicule, beaucoup plus distendue, contenait un liquide transparent comme de l'eau de roche, où M. Gilbert ne put déceler aucun micro-organisme. Comme on s'en rendra compte en lisant les détails de l'observation, les allures de la tumeur étaient faites pour dérouter un peu le clinicien et j'entrepris la laparotomie en pensant à une tumeur appendue au foie, mais sans oser affirmer que la vésicule fût en cause.

C'est le 1er août 1892 que cette femme, âgée de 38 ans, cuisinière, entra à l'hôpital Bichat, dans le service de mon maître M. Terrier, que j'avais l'honneur de suppléer. Cette femme possédait actuellement en vie et bien portants son père, sa mère, sept frères et sœurs; elle avait perdu trois frères et sœurs (phthisie, fièvre typhoïde). Elle-même n'a pas eu de maladies durant son enfance; à 20 ans, elle a eu une fièvre typhoïde qui a duré 2 mois y compris la convalescence. Elle n'accusait aucun autre antécédent morbide et en particulier elle n'avait jamais eu ni coliques hépatiques, ni crises gastriques, ni ictère, ni urticaire. Elle a été réglée à 14 ans, sans douleurs, et toujours bien depuis; à 19 ans, elle a eu une grossesse terminée par un accouchement normal.

Elle entre à l'hôpital pour deux motifs : 1° pour des troubles utérins; 2° pour une tumeur qui occupe l'hypochondre droit et par moments cause des douleurs.

1° Les douleurs abdominales dont se plaint la malade semblent bien plutôt en rapport avec une affection du petit bassin qu'avec la tumeur. Elles sont, en effet, surtout localisées au bas-ventre, à la région sacrée et vers les reins; il y a quelque temps, elles se sont accompagnées, pendant six semaines, de méthrorrhagies abondantes et continuelles, et depuis, la malade perd fréquemment en rouge. Le repos au lit calme ces douleurs que la station debout réveille, au contraire, au bout d'une heure environ. Et à l'examen local, par le toucher et la palpation bimanuelle, on constatait avec évidence les signes d'une rétroversion adhérente avec salpingite double.

2° Quant à la tumeur de l'hypochondre, la malade ne s'en est aperçue qu'il y a deux mois environ, par hasard d'ailleurs, un médecin qu'elle consultait pour ses troubles utérins l'ayant constatée. A ce niveau, elle ressentait parfois des douleurs spontanées, passagères.

A l'inspection, on constate, à l'entrée, que le ventre est normal, sans météorisme ni ascite. La palpation, que la flaccidité des parois abdominales rend très facile, y fait sentir une tumeur située surtout à droite de l'ombilic. Elle est de surface lisse et régulière, de forme allongée. Son grand axe, oblique en bas et à droite, se termine en bas dans la partie supéro-interne de la fosse iliaque droite par une extrémité arrondie; supérieurement, elle se perd dans l'hypochondre sans qu'on puisse délimiter son extrémité. Les bords supérieur, inférieur et droit semblent assez régulièrement arrondis, mais pour les sentir nettement, il faut fixer la tumeur, car sa mobilité est très grande.

Cette tumeur est dure, de consistance égale, et au premier abord elle donne absolument la sensation d'un rein un peu augmenté de volume. Quand on la refoule de droite à gauche et de gauche à droite, on constate que par refoulement en bas et à droite on peut amener son extrémité inférieure franchement dans la fosse iliaque droite; par le mouvement inverse, on l'amène dans la fosse iliaque gauche et même jusque dans l'hypochondre gauche, le grand axe de la tumeur étant alors à peu près horizontal. Il semble bien que, dans ces mouvements, l'extrémité supérieure reste en place, la tumeur oscillant autour d'une insertion qui paraît répondre au bord externe du grand droit de l'abdomen.

La percussion donne de la matité au niveau de la tumeur, et il n'y a pas d'intestin interposé entre elle et la paroi abdominale.

Enfin, la recherche du rein a permis d'affirmer que cet organe est en place et n'a rien à voir avec la tumeur. Cette recherche, assez difficile, doit être faite de la manière suivante : la tumeur étant refoulée au maximum en haut et à gauche, placée par conséquent presque transversalement, et fixée par un aide, on sentait l'extrémité inférieure du rein en exécutant la manœuvre du ballottement rénal.

J'ajouterai que cette femme n'a jamais présenté de troubles urinaires, ni les accidents qui accompagnent souvent le rein flottant.

Urines normales.

Le 22 août 1892, je fis la laparotomie, avec l'aide de mon collègue et ami le Dr Hartmann, le chloroforme étant administré par le Dr Bourbon. Je fis d'abord sur la ligne médiane, juste au-dessous de l'ombilic, une incision où je passai deux doigts. Je sentis alors à droite, derrière le grand droit et parallèlement à lui, la tumeur tendue, rénitente, me rappelant absolument par sa forme une aubergine de dimensions moyennes, à surface lisse, à petite extrémité supérieure remontant sous le bord antérieur du foie. Cette exploration me donna aussitôt l'impression qu'il s'agissait de la vésicule biliaire distendue et non adhérente, impression immédiatement vérifiée en agrandissant la plaie par en haut : la vésicule apparut alors, contenant un liquide presque aussi transparent que celui d'un kyste hydatique. Elle est libre par son fond, et près du col un petit repli péritonéal l'unit à la face inférieure du foie. Après l'avoir attirée au dehors, en protégeant bien l'intestin avec des compresses aseptiques, je palpai la face inférieure du foie, et je sentis très nettement des calculs dans le canal cystique; rien autre d'anormal à la palpation du hile hépatique.

De l'index, j'appuyai alors d'arrière en avant sur la face inférieure du canal cystique, et je fis ainsi, avec grande facilité, tomber les calculs dans la vésicule. Cela fait, j'incisai le repli péritonéal près du col de la vésicule, et je décollai en une collerette, d'ailleurs assez déchiquetée, le péritoine circonscrit sur la vésicule par une incision circulaire. Cette couche péritonéale n'adhérait nulle part. Puis je posai une ligature sur le canal cystique, aussi haut que possible, et je sectionnai le canal entre elle et une pince hémostatique, pour éviter toute effusion de liquide. La vésicule fut ainsi extirpée sans avoir été rompue. La ligature portait sur un point du cystique contenant encore du sable jaune. Le pédicule fut touché au thermocautère; la collerette péritonéale fut suturée dans l'angle supérieur de la plaie, un drain fut placé au milieu et je terminai par un pansement iodoformé, après suture en étages de la paroi (1).

(1) *Analyse chimique du liquide*, par M. Winter : Liquide transparent, un peu filant, 300 gr. environ. Neutre, ni sucre, ni albu-

Les suites de l'opération furent localement simples. En présence d'une légère élévation de température survenue le cinquième jour (37°8 le matin, 38°3 le soir), j'ordonnai un purgatif au sixième jour. Au huitième jour, je renouvelai le pansement et enlevai les crins de Florence de la suture ; un peu de pus s'écoulait par le drain, mais en faible quantité. Trois jours plus tard, le pansement ayant été renouvelé, quoique la température n'ait plus dépassé 37°5, un court drain a été placé sous la partie supérieure de la ligne de suture, un peu rouge à ce niveau. Puis le soir du 3 septembre la malade eut 38°2 et jusqu'au 19 septembre elle présenta des accès fébriles irréguliers, sans dépasser 38°8. Pendant toute cette période elle souffrit de vomissements fréquents, surtout pendant les huit premiers jours. Elle ne pouvait garder à peu près aucune nourriture, maigrissait, avait un faciès grippé. Mais toujours le ventre a été plat, souple et indolore ; la suppuration du pédicule est vite devenue fort peu de chose et la ligne de suture au-dessous de l'orifice du drain est restée indemne. En somme, rien d'anormal du côté de l'opération. Le seul phénomène local constaté a été une stomatite intense, avec gingivite très marquée autour des chicots très nombreux qui garnissaient la bouche. Cela étant, je me suis demandé si, par suite d'une susceptibilité particulière, il ne fallait pas faire intervenir une intoxication par le sublimé, dont je versais chaque matin quelques gouttes dans le trajet fistuleux pour tarir plus vite la suppuration. A partir du troisième jour j'ai supprimé cette pratique, et en outre j'ai remplacé la gaze iodoformée par du lin boriqué.

A partir du 17, la température est devenue normale et le 19 la malade a quitté l'hôpital, devant venir tous les huit jours faire panser sa fistule, qui donnait alors quelques gouttes de pus à peine. Le 26 septembre, elle allait bien, n'avait plus eu de fièvre, avait bien mangé et bien dormi depuis sa sortie de l'hôpital ; mais on voyait encore un liséré rouge autour de la sertissure des dents. Le 15 octobre, la stomatite avait cessé, l'état général s'améliorait et la fistule abdominale était insignifiante.

Un an après, la santé était parfaite et la malade, qui avait notablement engraissé, avait repris son métier de cuisinière, et la suite des événements a démontré que ses douleurs abdominales tenaient à sa tumeur biliaire plus qu'à ses lésions des annexes.

Au mois de septembre 1893, enfin, j'ai encore eu l'occasion d'opérer une femme atteinte de lithiase limitée à la vésicule. Mais ici la vésicule n'était ni suppurée et adhérente, ni distendue ; sa paroi était simplement épaissie, avec une muqueuse rouge et tomenteuse. Cette fois, il n'a pas été fait d'examen bactériologique.

Mon opérée est une femme de 28 ans, de bonne santé habituelle, qui, lorsque je fus consulté, avait des coliques hépatiques subintrantes depuis dix-huit mois, époque à laquelle elle avait accouché. Les douleurs occupaient l'hypochondre droit et n'irradiaient pas dans l'épaule. Elles étaient extrêmement violentes et survenaient avec une grande fréquence, si bien que la malade était à peu près confinée au lit ; dès qu'elle reprenait une vie un peu active, les crises se multipliaient. Amaigrissement, dyspepsie et perte d'appétit.

En présence de ces symptômes et malgré l'absence constante d'ictère, mon ami le Dr Okinczyk (de Luzarches) diagnostiqua des coliques hépatiques et, après échec de toutes les médications connues, m'adressa la malade. Elle arriva à Paris en pleine crise, une colique intense s'étant déclarée pendant le court trajet en chemin de fer. Le ventre était douloureux, les muscles étaient tendus, en sorte qu'il me fut impossible d'exercer une palpation parfaite. Mais il me fut très facile de constater que sur le bord externe du grand droit, sous le rebord costal, existait à droite un point extrêmement douloureux à la pression, localisée sur une étendue à peine grande comme une pièce de 5 francs. La percussion démontrait que le foie n'était nullement augmenté de volume.

Instruit par mes deux premières observations, je diagnostiquai immédiatement une lithiase limitée à la vésicule et je proposai la cholécystectomie, qui fut acceptée sans hésitation par une malade à bout de patience.

La malade entra donc quelques jours après à l'hôpital Bichat et je l'y examinai de nouveau, bien reposée cette fois. Je pus alors sentir le fond de la vésicule, très légèrement augmentée de volume et un peu douloureuse à la pression.

L'opération fut pratiquée le 21 septembre 1893, avec l'aide de mon ami Hartmann. Comme mon diagnostic était ferme, j'incisai sur le bord externe du muscle droit, et non sur la ligne médiane comme dans les deux cas précédents. Sitôt le péritoine ouvert, le fond de la vésicule apparut, libre de toute adhérence et, après avoir refoulé en bas l'intestin avec des tampons montés, il me fut facile d'explorer avec l'index la face inférieure du foie. Je sentis ainsi dans le canal cystique deux calculs que je pus faire rétrograder jusque dans la vésicule ; rien du côté du cholédoque. Cette exploration terminée, j'incisai le fond de la vésicule et j'amenai au dehors deux petits calculs jaunes, du volume de deux gros pois. La vésicule, dont la paroi était épaissie et la muqueuse rouge et tomenteuse, fut isolée avec le doigt, ce qui fut facile, car elle n'était unie au foie que par un petit méso. En arrivant à l'extrémité du cystique, je sentis un troisième calcul, que je fis rétrograder comme les deux précédents, et je terminai par une ligature simple du canal cystique, à la soie. Je touchai le pédicule au thermo-cautère, je suturai à la lèvre interne et à l'angle inférieur de l'incision les franges épiploïques, de façon à faire un canal où je mis un drain allant jusqu'au pédicule, et je terminai par une suture en étages.

Les suites furent des plus simples. Comme dans les deux cas précédents, il y eut une légère suppuration sur le trajet du drain et la malade quitta l'hôpital au bout de trois semaines, avec une fistulette qui ne tarda pas à s'oblitérer.

J'ai revu mon opérée au mois de février. La cicatrisation était parfaite, sans éventration ; depuis le jour de l'opération il n'y avait plus eu une seule crise douloureuse, l'appétit était bon, les forces étaient revenues, l'engraissement était notable et la malade était toute la journée debout, pour se livrer à ses occupations. Je sais, par mon ami le Dr Okinczyc, qu'actuellement le résultat se maintient.

Je crois qu'on ne peut guère interpréter ces trois observations autrement que je ne l'ai fait au début de cet article : lithiase limitée à la vésicule et guérie par la cholécystectomie. De là à prétendre, avec Langenbuch, que toujours la cholécystectomie amènera la cure radicale des coliques hépatiques, il y a loin, mais il est certain que chez ces trois opérées le résultat définitif a été excellent et c'est parce que les résultats à longue échéance sont ici de beaucoup les plus importants que j'ai attendu avant de publier ces faits.

Lorsque l'on se trouve en présence d'une lithiase limitée à la vésicule et que les constatations anatomiques vérifient les données que l'examen clinique avait fait soupçonner, lorsqu'il n'y a jamais eu d'ictère, lorsqu'on

mine, ni pigments biliaires, ni chaux. Chlorure de sodium en quantité notable. Traces appréciables de phosphore. Traces de peptone ?

Calculs petits, au nombre de 20 environ, jaunes, à paillettes brillantes.

Les *ensemencements* faits par M. le Dr Gilbert sont restés absolument stériles.

trouve le cystique obstrué et le cholédoque libre, alors je crois que la cholécystectomie est l'opération de choix, malgré tout le mal qu'en a dit Lawson Tait. Qu'elle soit préférable à la cholécystotomie idéale, c'est-à-dire avec suture de l'incision et conservation de la vésicule, cela ne me paraît pas douteux : puisque l'événement prouve qu'après cette ablation les malades se portent bien, il semble bien plus raisonnable d'enlever la vésicule plutôt que de la refermer, en laissant ainsi une cavité capable d'être le siège de nouveaux calculs. Chez mes deux premières malades il ne pouvait être question de conserver la vésicule, suppurée et adhérente chez l'une, amincie et distendue chez l'autre; mais chez la troisième on pouvait hésiter, car la suture eût été possible : j'ai préféré supprimer le réservoir enflammé, dont l'anatomie comparée aussi bien que la clinique nous démontre le peu d'utilité lorsque les voies d'excrétion sont libres. Il y a de cela près d'un an, et mon opérée se porte à merveille.

Si l'on ne peut réussir à déloger le calcul contenu dans le canal cystique et à le faire rétrograder dans la vésicule, on pourra être conduit, par nécessité, à pratiquer la cholécystostomie, et c'est la conduite qu'a tenue M. Monod, par exemple. Mais chez ses deux malades, il persiste, depuis des mois, une fistule et cela m'est un argument de plus pour soutenir, par comparaison avec mes trois malades, que si dans ces conditions la cholécystostomie peut être l'opération de nécessité, la cholécystectomie est l'opération de choix.

C'est, d'ailleurs, l'opinion de M. Monod, si j'en juge par la si intéressante observation de cholécystectomie « idéale » qu'il a communiquée l'an dernier à l'Académie de médecine, observation bientôt suivie d'une autre de M. Schwartz. Ce que M. Monod appelle cholécystectomie « idéale » par analogie avec la cholécystotomie idéale (Bernays), c'est-à-dire avec suture perdue de la vésicule taillée, — c'est la suture perdue du moignon du canal cystique, de façon à refermer le ventre sans s'occuper autrement du pédicule.

Cette conduite, bien entendu, ne sera jamais proposée par personne lorsqu'on aura trouvé du pus dans la vésicule, et c'est seulement pour les cas où le liquide n'est pas purulent que M. Monod l'a conseillée. Lorsque j'ai opéré ma troisième malade, je connaissais les beaux succès de Monod, de Schwartz, et cependant j'ai cru devoir drainer du pédicule à la paroi. C'est que je me méfie de l'asepsie des voies biliaires, si souvent habitées par le coli-bacille; c'est que, chez ma deuxième malade, quoique le contenu de la vésicule fût aseptique, j'ai eu quelques gouttes de pus dans le trajet du drain, et dans mon troisième cas il en a été de même. Si je compare ces trois cas, tous trois avec suppuration légère du pédicule, aux salpingites simples, par exemple, où je n'ai vu suppurer le pédicule chez aucune de mes opérées, j'en conclus que je n'oserais pas, à l'avenir, pratiquer la réduction pure et simple du pédicule après une cholécystostomie. Faire un petit canal épiploïque allant du pédicule à la paroi et y mettre un drain, cela n'allonge l'opération que de quelques minutes, les suites opératoires que de quelques jours, et j'estime que cela donne une grande sécurité au point de vue de l'infection possible du péritoine.

Je n'ai pas la prétention, dans les lignes qui précèdent, d'avoir rien dit de bien neuf, et si j'avais voulu faire étalage d'érudition, il m'eût été facile de trouver des cas analogues de Terrier, Langenbuch, Thiriar, Mayo-Robson, etc. J'ai simplement voulu apporter ici les résultats de ma pratique, qui m'a fourni une série de trois cas comparables, me permettant peut-être de préciser quelques données qui ne sont pas encore vulgarisées, dans nos classiques et récents traités de médecine et de chirurgie, par les articles si remarquables d'A. Chauffard et de P. Segond. Et sans verser dans l'exagération de Langenbuch, je crois pouvoir conclure : que la cholécystite soit primitive ou secondaire, il existe des cas de lithiase limitée à la vésicule biliaire; alors la cholécystectomie est une opération réellement curative pour débarrasser les malades des coliques frustes, sans ictère, qui les rendent parfois incapables de toute vie active.

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un cas d'hémimyoclonie, par le Dr Colleville (de Reims).

En raison du nombre très restreint de cas d'hémimyoclonies consignés dans les Périodiques, nous pensons que l'observation suivante pourra présenter quelque intérêt.

Observation. — D..., 12 ans. Salle Saint-Louis, n° 15.

Entré à l'Hôtel-Dieu au mois de septembre 1893, pour une affection nerveuse dont le début remonterait à 5 ans.

Rien de spécial à signaler comme antécédents morbides héréditaires ou personnels.

En 1889, il fut projeté à terre sur le ventre par une voiture qui lui passa obliquement sur la partie postéro-supérieure de la cuisse droite, sur le côté droit du siège, sur le rachis jusqu'à la hauteur de la portion moyenne de l'omoplate environ. Le malade garda le lit deux mois avec un diagnostic resté inconnu. Dès ses premiers pas, la démarche fut celle que nous allons décrire. Pendant la convalescence, des troubles nerveux survinrent dans le membre thoracique droit. Depuis cette époque, les symptômes n'ont pas varié jusqu'au moment de l'observation.

Etat actuel. — Le jeune D... jouit d'une excellente santé générale : toute la scène pathologique se concentre sur les deux membres du côté droit. Au repos, le masque reste immobile. A de très rares intervalles et au moment de l'agitation la plus forte, on remarque quelques secousses fibrillaires passagères à droite, dans la moitié correspondante du demi-orbiculaire inférieur des lèvres, le carré du menton et le triangulaire de la lèvre. Le fonctionnement volontaire des muscles de la face est très régulier. Le cou ne présente rien d'anormal.

Membre thoracique. — *Position couchée.* — Dans sa posture habituelle, le bras élevé, la main reposant par la face dorsale sur l'oreiller, en contact l'occiput avec la face palmaire, l'immobilité reste complète, même lorsqu'on découvre l'enfant.

Si ce membre est appuyé contre le corps, la scène change. L'épaule n'est le siège d'aucun mouvement anormal. Le bras, immobile habituellement, ne subit de déplacements que secondairement, lorsque la flexion du coude est très marquée, toute l'agitation se portant sur l'avant-bras.

Instinctivement, l'avant-bras repose sur le lit par sa face antérieure, le poignet dans l'extension, le pouce en adduction fléchi dans la paume de la main et recouvert par les 2e et 3e phalanges des doigts fléchies également les unes sur les autres. Chaque crise, se composant de secousses cloniques, dure quelques minutes; on peut les voir se succéder pendant 10 minutes à un quart d'heure, en présentant une agitation irrégulièrement croissante et décroissante.

Les muscles entrent en jeu dans l'ordre suivant. Les radiaux, extenseurs de la main, alternent quelquefois avec le cubital postérieur adducteur, mais plus souvent avec les abducteurs du poignet qui se déplace ainsi, soit directement en l'air, soit transversalement en dedans ou surtout en dehors. Le long supinateur se contracte fréquemment, aidé de temps en temps du biceps pour fléchir le coude. — Dès que D... soulève l'avant-bras, les muscles fléchisseurs du poignet agissent à leur tour, luttant sans cesse contre les extenseurs. Notre malade bat le lit avec son poing d'une façon presque rhythmique, soit de haut en bas, soit horizonta-

lement. Le triceps brachial n'intervient pas comme antagoniste du biceps. Si on le prie d'étendre les doigts lorsque la main repose sur le lit, il exécute aussitôt ce mouvement et conserve la position pendant quelques secondes; mais rapidement, la flexion des doigts revient toute seule.

Le poing étant ainsi fermé, lorsqu'il veut toucher sa figure avec les phalanges, la direction du mouvement est parfaitement conservée, et les 4/5 du parcours sont exécutés sans hésitation et dans une direction rectiligne: ce n'est qu'au moment où le contact va s'effectuer que celui-ci est rendu impossible par les mouvements de flexion et d'extension du poignet. Lorsque D... cherche à porter un gobelet ou un objet quelconque à la bouche, la lutte décrite ci-dessus a lieu dès le début de l'acte, il laisse bientôt tomber à terre l'objet avant d'avoir parcouru avec sa main la moitié du trajet. Pour le faire écrire, on est obligé de lui tenir l'avant-bras et le bras: aussi est-il devenu habile du bras gauche.

Position debout. — L'agitation est moindre: les gestes sont les mêmes. Sa posture favorite est: l'avant-bras en extension appliqué par sa face dorsale contre le rachis, les doigts toujours fléchis dans la paume de la main. Pour éviter toute secousse clonique du poignet, il maintient la main droite avec la main gauche. Lorsqu'il se sert de ses deux bras pour exécuter un acte quelconque, comme de balayer, porter un objet, etc., en vertu d'une sorte d'inhibition, le bras droit fonctionne d'une façon presque normale, les secousses devenant très limitées.

Nous rappelons qu'il a des périodes de tranquillité absolue; que le sommeil naturel le trouve parfaitement calme; que l'émotion, les sensations de chaud et de froid, le fait même de soulever les couvertures, tout cela augmente singulièrement son agitation. Réactions électriques normales.

Membre abdominal. — *Position couchée.* — Le quadriceps fémoral est souvent seul en action. C'est tantôt toute la masse musculaire qui, prise de secousses convulsives, remonte sans cesse la rotule le long du fémur; tantôt le vaste externe, le vaste interne ou le droit antérieur se dessinant sous la peau, se contractent l'un sans l'autre ou sont pris de chorée fibrillaire. Ensuite, par ordre de fréquence, l'extenseur propre du gros orteil et, quelquefois, avec lui le jambier antérieur entrent en convulsion tonique et laissent en contracture pendant une ou deux minutes le gros orteil ou le bord du pied en varus. Au repos, ce sont les seuls mouvements anormaux. — Lorsqu'on veut lui fléchir la cuisse sur le bassin, immédiatement les muscles pelvi-trochantériens ainsi que le quadriceps entrent en contracture; on éprouve une résistance assez vive qui est vaincue d'abord à la cuisse, puis ensuite autour de l'articulation coxo-fémorale: lorsque le mouvement est pour s'accomplir, l'obstacle cède tout d'un coup comme si un ressort se détendait subitement. Même remarque lorsqu'on porte la cuisse en abduction; la ceinture iliaque suit le mouvement de la cuisse comme dans une coxalgie. En mai 1894, cette contracture est bien moins marquée qu'au début.

Lorsqu'on prie le jeune D... de lever la jambe, la direction du mouvement est bien conservée et celui-ci est irréprochablement exécuté. Au commencement de l'élévation, on remarque quelques tentatives de flexion de la jambe sur la cuisse et d'extension de la cuisse sur le bassin, mais le quadriceps l'emporte rapidement.

Position debout. — Sur demande spéciale, il fléchit parfaitement et brusquement tous les grands segments du membre inférieur; sa démarche naturelle est raide et il se meut d'une pièce comme si l'articulation coxo-fémorale était ankylosée; il progresse à la manière d'un coxalgique, renversant le tronc en arrière et détachant le talon du sol.

Nous pouvons donc résumer la situation en disant: aux bras, il est pris de secousses cloniques rappelant plus ou moins, par leur brusquerie ou leur soudaineté, les décharges électriques. Au membre abdominal, à côté des secousses en masse et fibrillaires du quadriceps, les parties atteintes sont prises de convulsions toniques et tétaniques.

En général, l'exploration de toutes les variétés de sensibilité ne comporte que les réserves suivantes sur les membres à droite; pour le reste du corps, elle donne des résultats normaux. Légère augmentation de la sensibilité musculaire, articulaire et thermique; la sensibilité au toucher et à la douleur est encore plus marquée; le moindre frôlement de la peau exagère les spasmes ou les provoque. Les réflexes pharyngiens, massétériens, crémastériens, etc., sont normaux. La percussion à petits coups répétés des tendons provoque, au niveau des régions décrites précédemment, un état de contracture passagère plus prolongée au membre inférieur qu'au membre supérieur; le réflexe patellaire met cette propriété en parfaite évidence. L'excitation du corps musculaire soulève des nœuds de myoïœdème. Epilepsie spinale à droite. Pas de douleurs en ceinture; la pression digitale des apophyses épineuses ne provoque aucune sensibilité. Pas de zones hystérogènes. Le chloroforme abolit tous les mouvements anormaux: la bande d'Esmarch les diminue d'une façon appréciable, sans les supprimer complètement. Pas de troubles des réservoirs. L'intelligence est vive; aucune perturbation psychique. Les organes des sens sont intacts; aucune des formes de l'œil hystérique.

Sauf une amélioration dans la contracture des muscles de la hanche et de la cuisse, la médication curatrice est encore à trouver.

Remarques. — Il semble légitime de rechercher, si possible, la cause de ces localisations particulières parmi les muscles intéressés.

On sait qu'à l'état normal les grandes articulations tendent continuellement à la flexion; pour réaliser cette position, les muscles fléchisseurs n'ont donc pas besoin de développer une grande force d'antagonisme. Les extenseurs, au contraire, à l'état de repos de la jointure, ont besoin de lutter davantage pour faire équilibre à l'action des fléchisseurs; en état d'activité, ils sont plus forts que ceux-ci, parce qu'ils agissent en sens inverse de l'action de la pesanteur. Ils sont donc plus puissants que leurs rivaux.

En ce qui concerne les membres inférieurs, le professeur Béclard (dans son *Traité de physiologie*) fait remarquer que « dans la marche, le saut, la station debout, les extenseurs sont continuellement en jeu; l'énergie à déployer dans ces circonstances, supérieure à celle des fléchisseurs, est continue et indispensable pour l'exécution normale de ces attitudes et mouvements ». Bien que le triceps sural, le muscle le plus puissant de l'organisme comme action, ne soit pas ici en question; par contre, le quadriceps crural extenseur de la jambe sur la cuisse soit en bloc soit par ses parties composantes, le vaste externe, le vaste interne et le droit antérieur, le biceps, le demi-membraneux, extenseurs de la cuisse sur le bassin, les fessiers et surtout le grand fessier, extenseur par excellence de la hanche, l'extenseur du gros orteil et quelquefois celui des orteils, de temps en temps le jambier antérieur, releveur du bord interne du pied, tels sont les muscles en suractivité. Comme le fait remarquer avec raison Mme Saccara-Tulbure (in *Revue de médecine*, 10 avril 1894), dans le pied, on peut dire que la flexion est une violentation, parce qu'à l'état de repos le pied tend, par son propre poids, à tomber dans le sens de l'extension; les fléchisseurs du pied ont pour antagonistes la pesanteur et le triceps sural; les extenseurs des orteils sont en même temps fléchisseurs du pied. Ce sont donc, parmi les muscles en jeu, ceux qui physiologiquement sont les plus puissants, ceux dont le tonisme est le plus normalement en éveil, qui subissent ce surcroît d'excitabilité.

Pour des raisons physiologiques analogues, mêmes observations en ce qui touche le membre thoracique. Sauf le triceps brachial qui agit dans le sens de la pesanteur, tous les autres muscles du bras sont en lutte continuelle avec celle-ci. Le biceps et le long supinateur, si souvent en action chez D..., quoique fléchisseurs, sont les plus puissants comme les plus essentiels au fonctionnement des parties qui se meuvent en sens inverse de la pesanteur. Les extenseurs du poignet (1er et 2e radial), le cubital postérieur, extenseur et adducteur de la main,

intervenant comme antagoniste du premier radial, tous ces muscles sont en état de myoclonie. Cette lutte entre les fléchisseurs et les extenseurs a toute la netteté d'une expérience physiologique lorsqu'on soulève le bras au-dessus du lit. Dans ces secousses successives, si les fléchisseurs du poignet et du coude se font remarquer par leur brusque énergie, les extenseurs et les abducteurs du poignet se signalent par le caractère tonique de leur contraction. Pendant l'élévation de la jambe au-dessus du plan horizontal, la rivalité entre les fléchisseurs et les extenseurs de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, est bien moins prolongée, vu l'état de contracture assez habituelle des muscles sus-nommés.

En résumé, le traumatisme a mis en état d'irritabilité permanente à tous ses degrés, depuis la chorée fibrillaire jusqu'à la contracture, les muscles qui agissent le plus pour assurer le bon fonctionnement régulier de la région à laquelle ils appartiennent. Ceux-ci, ne connaissant plus de frein, poussent le travail musculaire jusqu'à la folie.

Diagnostic. — En ce qui concerne le membre inférieur droit, l'étiquette de *contracture spasmodique*, telle que l'a décrite Blocq dans sa remarquable thèse inaugurale de 1888, nous paraît hors de conteste, non seulement dès les premiers temps où nous avons observé le jeune D..., mais encore maintenant que les symptômes sont bien atténués. En effet, l'exagération des réflexes tendineux et la trépidation spinale, les muscles antagonistes en jeu, le début par un traumatisme, la variabilité d'intensité dans la contracture, la sensation de résistance élastique à l'examen, la diminution du spasme après un temps variable d'application de la bande d'Esmarch, la résolution complète par la narcose chloroformique, les réactions électriques normales, tout cela écarte l'idée de la pseudo-contracture se traduisant par l'altération anatomique du muscle.

Nous appuyant sur la communication faite en mai 1893 par M. Babinski à la Société médicale des hôpitaux, nous repoussons la contracture hystérique. Pour cet auteur, la rigidité hystérique est très prononcée, constante et impossible à surmonter, la narcose chloroformique seule serait capable de la vaincre; or, ici le spasme n'est pas de tous les instants; de plus, après une courte lutte, on sent comme un ressort qui se détend brusquement et l'on devient maître de la situation. Le réflexe patellaire est très marqué au lieu d'être peu appréciable comme dans l'hystérie; la trépidation spinale existe; enfin aucun stigmate hystérique.

Malgré la démarche spéciale, il ne s'agit pas plus d'une coxalgie hystérique que d'une coxo-tuberculose. L'articulation coxo-fémorale n'a été en aucun moment le siège d'arthralgie. Malgré l'ensellure lombaire, pas d'attitude vicieuse du membre inférieur qui reste parfaitement rectiligne; on ne trouve pas le fameux triangle hyperesthésique cutané de Brodie; absence de troubles vaso-moteurs. Pendant la chloroformisation, le jeu de l'article est libre; il n'y a ni craquements ni frottements articulaires.

La mobilité si grande des muscles antibrachiaux ne rappelle pas non plus les chorées hystériques. A cause de la monotonie dans la série des mouvements, laissons de côté la chorée arhythmique. Contre la chorée rhythmique; les secousses involontaires ne sont pas cadencées, systématisées pour un but fixé; ce n'est point une reproduction d'actes logiques (Charcot); aucun point frénateur ou excitateur des spasmes.

A l'inspection du bras droit, serait-on porté à admettre l'hémichorée de Sydenham? Le hasard des consultations a conduit dans notre salle un véritable choréique de 12 ans, rhumatisant, chez lequel la névrose intéresse les quatre membres, la face et le cou. Combien diffèrent les gesticulations de ces deux malades! Le choréique est en perpétuel mouvement : D... a des positions préférées lui assurant une immobilité complète.

La rudesse et l'instantanéité des mouvements du bras droit sont telles qu'au bout de quelques contorsions, notre malade laisse tomber les objets qu'il tient. Le choréique parvient toujours à son but après quelques gestes bizarres. Chez ce dernier, les mouvements se font suivant des angles arrondis, ils sont souples, ressemblant à des actes voulus et sans rigidité musculaire : chez D... ils s'accompagnent de contractures : aucun des points douloureux signalés par Triboulet : on peut presque décrire à l'avance les gestes qui sont comme groupés régulièrement de part et d'autre d'une ligne fictive; enfin, à l'exception du spasme fibrillaire de l'orbiculaire, D... conserve ce masque immobile. Chez tous les deux, par contre, l'excitation se montre à l'état de repos comme pendant l'exécution des mouvements volontaires; l'émotion et l'application augmentent l'irritabilité; cessation pendant le sommeil naturel ou provoqué. La maladie n'ayant pas été suspendue un seul instant depuis 5 ans, il n'y a pas de ces rémissions survenant au bout de 3 à 6 mois, comme l'enseignait le Dr Charcot pour la chorée.

N'ayant jamais eu d'hémiplégie, la chorée posthémiplégique se trouve écartée *ipso facto*.

La compression des troncs nerveux n'arrêtant pas les mouvements, le tartre stibié restant sans aucun effet, il ne s'agit pas de la chorée électrique de Bergeron.

Ecartons également la maladie des *tics convulsifs*. Si dans les deux cas l'agitation cesse pendant le sommeil et la face se trouve peu intéressée, par contre les différences sont importantes : 1° absence de troubles psychiques malgré la durée depuis laquelle l'affection existe; 2° la volonté n'a aucun pouvoir frénateur sur les mouvements; 3° les excitations artificielles influencent les mouvements en les augmentant; 4° ces derniers ne sont pas la caricature d'un geste spécial (Charcot).

C'est avec le myoclonus de Ziehen, la myoclonie de Vanlair, qu'on trouve le plus de ressemblances, le paramyoclonus multiplex en étant un des prototypes.

Ici nous sommes en présence non d'un adulte, mais d'un enfant chez lequel l'affection a débuté à l'âge de 7 ans : Seeligmüller a bien observé cette maladie chez un enfant de 5 ans. L'origine est non une émotion, mais un traumatisme portant sur le rachis : même étiologie chez le malade de Wood, chez les deux sujets de Seeligmüller, le blessé de Chauffard et le chien de Vanlair. Les contractions musculaires revêtent l'aspect de convulsions cloniques, toniques, fibrillaires et même de contractures comme dans les cas de Marina, Grainger-Stewart, Kny et Manquat.

L'intégrité de la face, regardée par Friedreich, Marie et Kowalesky comme caractéristique, est niée par Schultze et Popof : chez D... le spasme fibrillaire du demi-orbiculaire inférieur ne fait pas grand tort au principe. C'est dans le décubitus horizontal que l'excitation est le plus forte : celle-ci est diminuée d'une façon assez sensible surtout dans la station verticale.

Au lieu d'être bilatérale et symétrique, la lésion n'existe que d'un seul côté, comme chez les malades de Bechterew, Silvestrini-Miskowsky et Chauffart. Les muscles intéressés figurent dans la liste dressée par les auteurs pour le paramyoclonus. Presque tout le monde est d'accord pour reconnaître l'influence favorable de la volonté et surtout des *mouvements volontaires* sur la myoclonie. Tout au plus concède-t-on, à propos des mouvements répétés ou professionnels, la cessation de l'action répressive de la volonté. C'est ainsi que le malade de Francotte fut forcé de quitter sa profession de

verrier; celui de Seeligmüller son travail de menuisier, notre malade (*Gazette Hebdomadaire*, novembre 1893) ses occupations de bouchonnier, celui de Lemoine et Lemaire fut congédié de la filature. D... de sa main droite seule ne peut rien faire; mais, lorsqu'il se sert des deux mains pour tenir quelque chose, les spasmes diminuent à droite d'une façon notable et l'acte s'accomplit correctement; la volonté *aidée de l'autre main* tend à corriger les défectuosités créées par la maladie. D'ailleurs, les cas de Homey et de Seeligmüller sont restés classiques comme types de clonus fâcheusement influencés par les mouvements volontaires. Ne pourrait-on pas expliquer cette anomalie en faisant remarquer qu'il y a eu comme cause non un fait psychique, mais un traumatisme portant sur l'axe spinal et prendre ainsi le contre-pied de la théorie proposée par Lemoine et Lemaire (in *Revue de médecine*, 10 février 1890)? Ces auteurs estiment en effet que c'est dans la zone psychomotrice que se passent les phénomènes tenant sous leur dépendance les secousses du paramyoclonus; ils invoquent justement à l'appui de leur thèse l'influence favorable de la volonté. Ici l'ébranlement dynamique s'est exercé notoirement dans le domaine propre de l'automatisme.

Comme dans le paramyoclone, l'excitation périphérique, la percussion des muscles ou des tendons, l'irritation de la peau, les émotions, l'impression du chaud ou du froid, le chatouillement, etc., exagèrent les secousses qui sont rapides, instantanées, comme électriques, et ne rappelant pas l'image d'un mouvement voulu.

Dans les deux cas aussi, conservation de la force musculaire et des facultés intellectuelles, excitabilité électrique normale des muscles, absence de troubles trophiques, exagération des réflexes : le sommeil et le chloroforme suspendent les convulsions.

Si nous désirons suivre la nomenclature de Vanlair (in *Revue de Médecine*, 10 février 1889), nous désignerons notre observation comme un cas de : hémimyoclonie externe, astasique et rhythmique. L'hypothèse étiologique émise par M. Chauffard (in *Semaine médicale*, 19 mars 1890) est très séduisante. Pour cet auteur, le myoclone serait un état pathologique complexe, à la fois myopathique et névropathique, se développant chez un sujet prédisposé, à la suite d'une viciation réflexe de l'action stimulatrice et trophique que les cellules des cornes antérieures de la moelle exercent sur les muscles. Cependant, après lecture faite des curieuses expériences pratiquées par Vanlair avec l'éther et la cocaïne, nous souscririons plus volontiers à la théorie sensitivo-réflexe, répétant avec lui que le traumatisme a pu communiquer, en vertu d'une prédisposition spéciale, une impressionnabilité excessive au système anastomotique qui relie les cellules postérieures aux cellules des cornes antérieures. C'est ainsi que les muscles qui, par leur entraînement physiologique, sont les plus aptes à entrer en convulsion, se trouveraient en état d'éréthisme spasmogène. L'absence de troubles trophiques et l'hyperexcitabilité cutanée semblent légitimer cette tentative d'explication.

De l'imperforation ano-rectale. Restauration du rectum dans tous les cas, par le Dr R. Frœlich, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy.

Le 16 mai de l'année 1893, on amena à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de M. le professeur Heydenreich, un enfant âgé de 48 heures qui n'avait pas rendu de méconium. C'était un petit garçon très fortement constitué, il urina au moment où je l'examinai, et les urines étaient claires. Le ventre était ballonné à l'excès, des vomissements de méconium étaient survenus depuis deux heures. En examinant la région anale, je constatai, au point où normalement doit se trouver l'anus, un renfoncement en forme d'entonnoir; en en écartant les bords, je vis un petit trajet fistuleux qu'une fine sonde en baleine me montra être long de 1/2 centimètre. En plaçant le doigt dans l'entonnoir, on ne sentait aucune impulsion pendant les cris de l'enfant; il s'agissait donc fort probablement d'une absence complète du rectum.

L'enfant ne présentait aucune autre malformation, et était très fort, comme je l'ai dit tout à l'heure. Je résolus d'aller séance tenante à la recherche de l'ampoule rectale et de la suturer au pourtour de l'orifice anal avivé. Secondé par l'interne de garde, je fis une incision le long du raphé médian, allant de la racine des bourses à la pointe du coccyx en passant au milieu de l'entonnoir anal. Cette incision avait une largeur de 4 centimètres. Immédiatement au-dessous de la peau, je tombai sur des *faisceaux de fibres musculaires*, à direction antéro-postérieure, c'étaient les fibres du sphincter externe. Après les avoir traversées, en respectant leur intégrité autant que possible, je trouvai du tissu cellulaire assez peu dense que je sectionnai au bistouri et que je dissociai avec la sonde cannelée. Pendant ce temps, en jetant un coup d'œil sur la verge, je vis sourdre à travers le méat une gouttelette de méconium. Les urines, je l'ai dit, étaient claires, et les parents n'avaient vu à aucun moment la plus minime quantité de matières émise avec les urines. J'introduisis une sonde (n° 10) dans la vessie, cette sonde vint butter contre le doigt que j'avais introduit dans le trajet rectal nouvellement formé, elle n'en était séparée que par la paroi vésicale très épaisse d'ailleurs. La vessie n'était pas distendue du tout. Après cet incident, je continuai mes travaux de canalisation rectale; à aucun moment, je ne trouvai cette corde fibreuse dont parlent les auteurs qui relierait l'anus à l'ampoule rectale; et qui serait, suivant quelques-uns, le vestige d'une rectite oblitérante intra-utérine. J'arrivai à une profondeur de 6 centimètres, et toujours je ne sentais pas la moindre impulsion rectale pendant les cris de l'enfant. La perte de sang était nulle. Je craignais d'ouvrir le péritoine en continuant mon opération, et je l'interrompis.

Deux procédés me restaient pour donner issue au méconium : ou bien *ouvrir la vessie* du côté de mon trajet rectal, et la chose était facile à exécuter, puisqu'un coup de ciseaux eût suffi pour ouvrir le réservoir urinaire de ce côté-là; ou bien faire un *anus artificiel*, un anus iliaque. Je n'hésitai pas longtemps entre ces deux modes d'intervention. Le premier était tout à fait illogique, car la vacuité relative de la vessie, et cette circonstance que, depuis 48 heures, une gouttelette seulement de méconium avait été émise par le méat, me montraient de reste qu'entre la vessie et l'intestin, la communication était très étroite, et tout à fait insuffisante pour un écoulement complet du méconium. De plus, je considérai cette formation d'un cloaque, ce passage des matières fécales dans la vessie comme des plus dangereuses.

Bref, j'établis un anus iliaque sur une anse intestinale que je rencontrai derrière mon incision abdominale, anse striée de gros vaisseaux que je crois être le côlon sans pouvoir l'affirmer. Il s'écoula de l'abdomen une grande quantité de liquide ascitique, légèrement trouble, au moment où j'incisai le péritoine. Dans la plaie anale, j'avais préalablement bourré de la gaze iodoformée.

L'enfant supporta bien l'intervention : on le ramena les jours suivants; il se portait très bien.

Deux mois après, les parents apportèrent de nouveau l'enfant, il vivait encore, buvait beaucoup, les matières sortant par l'anus iliaque étaient normales, mais sa figure était pale et maigre, et ressemblait à celle d'un enfant atrepsique. Tout autour de l'anus iliaque, à peine une légère rougeur de la peau. Jamais la moindre parcelle de matières fécales n'avait plus été évacuée par les urines, l'abouchement anormal s'était donc fermé.

Si je m'en tenais aux préceptes classiques, je pourrais me féliciter de ce résultat et l'enregistrer comme un succès. — Potherat, qui a fait dans l'ouvrage de Duplay et Reclus le travail français le plus récent sur cette question, dit : « Souvent après avoir cherché l'ampoule rectale par le périnée on devra renoncer à l'atteindre et changer de route et de méthode pour établir immédiatement un

anus artificiel par la voie abdominale. » (T. VII, p. 166.) La plupart des chirurgiens regardent même l'abouchement vésical, lorsqu'il est démontré avant l'intervention, comme une contre-indication absolue à la recherche du rectum par le périnée et conseillent l'établissement de l'anus contre nature. M. le professeur Heydenreich dans un cas de ce genre fit la taille sus-pubienne, mais dans cette observation la vessie communiquait largement avec l'intestin.

La même opinion est formulée dans l'excellent ouvrage de pathologie externe de MM. Gross, Rohmer et Vautrin, t. II, p. 866. « Un examen méthodique indiquera s'il reste des chances d'établir un anus normal, ou bien s'il faut recourir à une opération palliative à l'anus contre nature »; et plus loin, p. 869 : « Le rectum est-il absent? il ne faut plus songer à la voie périnéale; une seule méthode s'impose, c'est l'anus contre nature ».

Malgré cela, les idées encore classiques en France sur le traitement de l'imperforation ano-rectale ne semblent pas être à lahaute.ur de ce que l'on peut attendre de la chirurgie moderne. Tout d'abord il est une question que l'on peut poser : Est-il permis d'établir un anus contre nature dans un cas d'absence du rectum? L'anus contre nature n'est qu'une opérattion palliative, à laquelle on se résout par découragement, c'est un pis-aller, une opération qui ne donne aucun résultat durable, et conserve momentanément la vie aux enfants pour les doter d'une infirmité repoussante qui tôt ou tard d'ailleurs les emportera. Saint-Germain, dans un langage quelque peu dramatique, s'exprime en ces termes au sujet de l'anus iliaque « (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1888, n° 8) : « Je considère cette situation comme intolérable. Je refuserais énergiquement de faire subir cette opération à un de mes enfants; et si j'avais jamais été dans ma prime jeunesse, et pour mon malheur, la victime d'une pareille intervention, je crois que je consacrerais ma vie à tirer vengeance du chirurgien qui m'aurait imposé une existence aussi misérable. »

Cette manière de voir est aussi la nôtre, et il semble indiqué de faire courir aux nouveau-nés atteints d'imperforation, de plus grands risques opératoires dans l'espoir d'en faire des êtres normaux, aptes à la vie sociale.

Mais si nous effaçons l'anus iliaque du nombre des opérations que l'on est en droit d'exécuter pour les absences de rectum, quelles sont les interventions qui restent à notre disposition et comment rétablirons-nous un abouchement normal du gros intestin?

Anders, chirurgien de l'hôpital des Enfants (Sainte-Elisabeth), de Saint-Pétersbourg, discute dans un long travail dans les Archives de Langenbeck (Bd XLV, Hft 3, p. 489) les différentes opérations de l'imperforation anale et conclut à la nécessité de l'opération périnéale dans tous les cas. Les indications bibliographiques de son mémoire nous ont été très utiles pour la rédaction des considérations qui suivent :

Tout d'abord, il est utile de nous rendre compte des dimensions de l'espace dans lequel il faudra opérer. Ces dimensions ont été étudiées avec soin dans une thèse de Lyon par Maître (Contribution à l'étude des imperforations ano-rectales, Lyon, 1887). Entre la racine du scrotum et la pointe du coccyx il y a, chez le nouveau-né, 4 centimètres ou 4 centim. 1/2 chez le garçon; chez la petite fille, entre la commissure postérieure et le coccyx, 4 centimètres. D'une tubérosité des ischions à l'autre, il y a 2 à 3 centimètres. Trois centimètres me semblent être le chiffre le plus exact. L'espace dans lequel on opérera sera donc un losange ayant comme diagonales 4 et 3 centimètres. Ajoutons encore que la distance du coccyx ainsi que de l'anus à l'angle sacro-vertébral est de 5 à 6 centimètres. Le cul-de-sac vésico-rectal est à 3 centimètres de l'anus; le cul-de-sac recto-utérin à 2 centimètres 1/2.

D'après mes propres recherches qui ont porté sur cinq cadavres masculins de nouveau-nés provenant de la Maternité de Nancy, ces chiffres seraient trop élevés; j'ai toujours trouvé le cul-de-sac vésico-rectal à 2 centimètres de l'anus, en prenant comme point de repère la ligne de démarcation entre la muqueuse anale et la peau. Quant à la distance entre cette même ligne et l'angle sacro-vertébral chez le petit garçon, elle est de 6 centimètres et demi.

Remarquons cependant que ces dimensions ne sont pas celles que l'on rencontre dans les cas de malformation; ainsi la distance entre les deux tubérosités n'était que de 2 centim. 1/2 dans notre cas, tandis que la hauteur à laquelle on atteint le cul-de-sac péritonéal est plus considérable; à 6 centimètres de profondeur, nous ne l'avions pas encore atteint.

Je ne m'arrêterai pas à la technique opératoire de la rectoplastie dans les cas simples. Cette opération, indiquée par Dieffenbach en 1828, fut exécutée pour la première fois par Amussat; il est essentiel de suivre la concavité du coccyx, puis du sacrum, le tissu cellulaire que l'on rencontre peu têtre dense ou lâche, l'hémorrhagie est variable, dans notre cas, elle fut nulle. Une précaution que je crois utile consiste à introduire une sonde n° 10 ou 12 de la filière Charrière dans la vessie ou dans le vagin chez la petite fille de façon à s'en servir comme de point de repère, et d'éviter de laisser en avant du champ opératoire l'ampoule rectale, accident qui me paraît, d'ailleurs, peu fréquent. Lorsqu'après un trajet de 5 ou 6 centimètres, de 8 à 9, comme certains opérateurs ont dû le creuser, on trouve l'ampoule rectale (je ne m'occupe que des cas difficiles), on la libère, puis avec un trocart on la vide. Ce temps dure toujours une demi-heure ou même davantage; ce répit a l'avantage de laisser respirer l'enfant et l'opérateur. L'intestin vidé, on ferme l'orifice du trocart au moyen d'une pince à forcipressure, on déterge avec soin par une solution antiseptique le trajet rectal souillé, puis on dégage l'ampoule intestinale de ses adhérences et on l'amène au pourtour de l'anus auquel on la suture soigneusement, en évitant toute traction, en faisant au besoin des incisions libératrices sur le pourtour de la peau de l'anus.

Si, dans cette marche ascendante vers l'ampoule rectale, l'espace venait à manquer, il serait nécessaire de s'attaquer au coccyx, de le réséquer ou au moins, vu l'extrême élasticité de son articulation sacrée, de le recliner fortement en arrière. Verneuil l'aurait extirpé cinq fois en pareille occurrence sans inconvénient aucun pour le nouveau-né.

Dans les cas complexes, lorsqu'après un forage de 6 centimètres l'intestin n'apparaît pas, il ne faut pas, comme le précepte en est encore aujourd'hui universellement donné, abandonner la partie et établir un anus iliaque. Il faut, au contraire, continuer ce travail de mine, peu agréable sans doute pour les chirurgiens qui ont en horreur ces manipulations souterraines, perforer le péritoine, s'il est rencontré avant l'intestin, et aller à travers la perforation à la recherche de l'extrémité inférieure du côlon. Cette opération porte dans la chirurgie allemande le nom d'opération de Stromeyer, du nom de son inventeur qui ne l'exécuta d'ailleurs jamais.

Le côlon atteint, on l'attirera en le libérant prudemment; le plus souvent, cet acte est facile, car l'extrémité du côlon est libre, il flotte au bout d'un mésocôlon assez extensible. C'est une erreur classique que de supposer le côlon descendant à son insertion sur le rectum dépourvu

de méso ; dans la majorité des cas le méso existe jusqu'au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche.

L'opération de Stromeyer a été exécutée deux fois au moins. La première fois par Leisrinck (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1872, Bd I). Le rectum manquait complètement, l'anus existait sur une longueur d'un demi-centimètre. Le péritoine fut perforé, l'intestin attiré par cette perforation, ouvert, puis suturé au pourtour de l'orifice anal. Quinze jours après l'enfant se portait parfaitement.

La seconde opération fut faite par Anders, d'après la méthode de Stromeyer, sur un enfant de 3 jours, en 1881. Le gros intestin fut suturé autour de l'anus. Trois semaines après l'enfant se portait très bien.

Dans une opération précédente par le même procédé, Anders avait vu l'enfant, âgé d'un jour seulement, succomber au collapsus 48 heures après. A l'autopsie il n'y avait pas trace de péritonite.

Si, malgré un trajet de 8 à 9 centimètres, on n'atteint pas le cul-de-sac péritonéal ou si, l'ayant perforé, on ne parvient pas à attirer l'extrémité inférieure de l'intestin, quelle sera la conduite à tenir?

Pour ces cas, les plus difficiles sans contredit, Macleod (un auteur anglais) a conseillé (*Brit. med. journ.*, oct. 1880, II, p. 157. Case of imperforate rectum with a suggestion for a new method of treatment) de faire séance tenante la laparotomie médiane, de perforer de haut en bas le cul-de-sac péritonéal et d'introduire dans cette perforation l'extrémité de l'intestin que l'on attire ensuite au périnée et que l'on y suture.

Dans ce cas le rectum fait totalement défaut, et l'ampoule que l'on recherche ou plutôt le cul-de-sac intestinal est situé à gauche du promontoire. Elle fait partie de l'S iliaque. Elle a un méso très étendu, et dans toutes mes recherches anatomiques, portant, il est vrai, sur des nouveau-nés sains, l'S iliaque était facilement mobilisable et présentait une amplitude d'excursion telle qu'il était facile, sans traction, de l'amener de la fosse iliaque gauche dans la fosse iliaque droite. A plus forte raison sera-t-il possible et même aisé d'amener le cul-de-sac iliaque à travers le périnée jusqu'au pourtour de l'orifice anal.

En 1888, Hadra (cité par Anders) fit cette opération. Après avoir en vain essayé d'ouvrir le péritoine par l'incision périnéale, il ouvrit le ventre à gauche, perfora le cul-de-sac péritonéal, y fit passer l'extrémité du côlon et la sutura au pourtour de l'anus. L'enfant supporta très bien cette intervention, mais mourut malheureusement en pleine santé le quatrième jour, étouffé par le passage d'une certaine quantité de lait dans le larynx.

Toutes ces observations montrent la possibilité de rétablir l'état normal, d'exécuter la rectoplastie dans tous les cas sans exception, quelque compliqués qu'ils soient, et l'inutilité de recourir à l'anus iliaque.

Sans doute, lorsque après 6 ou 7 centimètres on ne rencontre pas le gros intestin, lorsqu'il est nécessaire de perforer le cul-de sac péritonéal, ou même de pratiquer la laparotomie pour amener l'ampoule intestinale au périnée, il s'agit là d'opérations graves qui mettent la vie des enfants en un sérieux danger, mais c'est là le seul moyen de transformer avec quelque chance de succès des êtres nés non viables en individus capables de jouir de la vie sociale, ce que ne peut faire l'anus iliaque, alors même que l'existence serait assurée par cette intervention (1).

(1) Rochard (in *Gazette des hôpitaux*, 1862, p. 159) rend compte de cinq cas qu'il a pu recueillir et dans lesquels des enfants nés avec des imperforations auraient vécu pendant plusieurs années avec un anus iliaque.

Il est facile de prévoir une objection, c'est que l'on pourrait provisoirement assurer l'existence par un anus iliaque, quitte à rétablir plus tard le cours normal des matières par la rectoplastie. C'est là une éventualité sur laquelle il ne faut point compter. Si la découverte du rectum (et il est bien établi qu'il faut toujours, et tout d'abord rechercher cet organe par le périnée) a été impossible, il en sera de même plus tard. L'intervention sera encore bien plus difficile, il faudra opérer dans des tissus cicatriciels, de plus l'intestin fixé à la paroi abdominale présentera un obstacle en plus pour la descente de l'ampoule vers le périnée, la rendra même impossible. Mais ce sont là des considérations qui presque toujours n'auront plus à préoccuper le chirurgien, parce que dans l'immense majorité des cas l'enfant aura succombé avant que la question d'une seconde opération ait pu se poser.

Je ne mentionnerai qu'en passant le procédé qui consiste à établir un anus iliaque sur le côlon, puis à introduire une grosse sonde dans l'orifice abdominal et à pousser l'intestin vers le canal que l'on aura préalablement creusé au périnée ; c'est là une opération aveugle, dangereuse, et illogique; ses inconvénients sont assez évidents pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y insister.

Jusqu'ici je n'ai pas parlé des cas qui, comme le mien, sont compliqués de l'abouchement anormal de l'intestin dans la vessie ou l'urèthre, ou bien dans le vagin. Remarquons ici que dans notre observation la fistule vésico-intestinale se ferma spontanément après l'anus iliaque : les parents ne remarquèrent plus aucune gouttelette de matières dans les urines.

Malgré la complication de l'abouchement anormal, il faut exécuter la rectoplastie telle que nous l'avons décrite. Dans un cas de communication avec la vessie, par un trajet étroit, Hadra ne se préoccupa nullement de ce trajet et fit la rectoplastie après laparotomie.

Anders conseille de rechercher l'ampoule rectale comme si l'abouchement anormal n'existait point, de décoller ensuite l'intestin d'avec la vessie et de fermer cette dernière par quelques sutures. Quand l'abouchement se fait par un canal long et mince vers l'urèthre, il est même inutile de s'en préoccuper.

Dans les cas d'abouchement vaginal, la conduite devra encore être la même; la fistule se fermera toute seule dès que l'intestin sera suturé à l'anus et se videra facilement.

Quand la communication est large, l'opération de la rectoplastie n'est pas urgente, mais il est préférable de rétablir l'état normal le plus tôt possible. L'opération est alors facile, les enfants la supportent bien, tandis que plus tard les tissus seront indurés, et l'intervention beaucoup plus compliquée.

La conclusion que je voudrais pouvoir tirer de ce travail est que, placé devant un cas d'atrésie ano-rectale, le chirurgien ne doit avoir qu'un seul but, rétablir l'état normal par la rectoplastie, dût-il pour cela perforer les culs-de-sac péritonéaux ou pratiquer la laparotomie.

Malgré la gravité de ces interventions, les petits malades peuvent guérir et guérir radicalement, tandis qu'une intervention moins hardie, alors même qu'elle leur conserverait l'existence, ce qui n'est pas, dans l'immense majorité des cas, n'en fera jamais des êtres capables de prendre part à la vie sociale.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Crampe rhythmique du muscle épicrânien. — Sur un réflexe palmaire. (Ein Fall von rythmischen Kræmpfen im Gebiete des musculus epicranius. Ueber einen Palmarreflex), par Stembo (*Berlin. klin. Woch.*, 9 avril 94, n° 15, p. 364.) — La première malade est atteinte d'une forme rare de crampe rhythmique localisée, et telle que l'auteur n'en a pas rencontré de semblable dans la littérature médicale. C'est un cas de spasmes cloniques dans le domaine du muscle épicrânien. Ce spasme n'occupe pas seulement le muscle en question, mais s'étend aussi aux muscles de l'oreille (auriculaire supérieur et postérieur). La malade qui en souffre est une fille de 16 ans, qui a eu une frayeur, et chez qui le spasme a commencé par les muscles auriculaires. Il existe une coïncidence très remarquable entre le rhythme du pouls et celui du spasme. Les mouvements des yeux sont normaux, mais il existe un rétrécissement concentrique du champ visuel. L'auteur pense qu'il s'agit d'hystérie. L'auteur décrit une variété de réflexe palmaire trouvée par Dembowski; ce dernier avait remarqué qu'un coup sur son os fusiforme provoquait une secousse dans le côté cubital de la main. Les recherches entreprises sur 300 personnes ont montré que ce n'est pas le seul choc de l'os fusiforme qui provoque ce réflexe, mais aussi la même irritation sur l'éminence hypothénar, et aussi sur le tendon du long palmaire, et le long du ligament transverse du carpe. Son intensité est variable selon les sujets : on l'a rencontré dans 70 à 80 des cas précités. Il peut être inégal des deux côtés. On pourrait appeler ce réflexe : Réflexe de Dembowski.

Myélite aiguë disséminée (On acute disseminated myelitis), par J. Dreschfeld (*British med. Journ.*, 2 juin 1894, n° 1744, p. 1174). — Après avoir précisé ce qu'il entend par l'expression, souvent confondue, de myélite disséminée, aiguë, c'est-à-dire dans laquelle le processus myélite procède par foyers plus ou moins distants ou contigus, mais toujours disséminés, l'auteur rapporte un cas intéressant de cette catégorie, à l'occasion duquel il entre dans une description du type de myélopathie en question. Le sujet dont il raconte l'histoire ayant succombé assez rapidement à des troubles de cachexie spéciale aiguë (cystite, eschares), et l'autopsie ayant confirmé le diagnostic, il en prend texte pour diverses considérations sur l'anatomie pathologique. Il est à remarquer que, dans ce cas, les plaques étaient extrêmement variées dans leur dissémination, occupant indistinctement la substance grise et la blanche, en des espaces variables comme siège et comme étendue, que les tubes nerveux y avaient disparu, et surtout qu'il existait dans l'axe spinal une dégénération ascendante secondaire très nette, contrairement à ce qui s'observe, comme on sait, dans la sclérose en plaques.

Sur les formes graves du hoquet (Zur schweren Form des Singultus), par A. Heidenhain (*Berlin. klin. Woch.*, 11 juin 1894, n° 24. p. 554). — Après quelques réflexions sur les causes et le mécanisme du hoquet, où il insiste sur les lacunes qui existent encore aujourd'hui, sur la rareté des cas graves de ce genre, l'auteur rapporte une observation dans laquelle la mort est survenue, et a été suivie d'autopsie. A son entrée dans le service, le hoquet de la malade remontait déjà à 11 jours. Un accès de même genre s'était autrefois produit 5 ans avant, et avait duré 5 jours. Cette fois, tous les médicaments employés échouèrent, même les injections de morphine; seule la cocaïne qui fut donnée d'abord à des doses élevées (1 gr. à l'intérieur par jour), réussit. Sous son influence, une amélioration considérable ne tarda pas à être appréciable. Quelques jours après ce rétablissement, la constipation habituelle de la malade devint une véritable occlusion.

MÉDECINE

Luxations chondro-costales multiples, spontanées, consécutives à une pneumonie chronique et à une pleurésie purulente, par Etienne (*Revue médicale de l'Est*, 15 mai 1894, p. 307). — Un homme de 22 ans entre à l'hôpital pour un phlegmon du cou. Onze jours après il contracte une rougeole et entre en médecine; à la suite de la rougeole il est atteint d'une otite droite, d'une broncho-pneumonie et d'une pleurésie purulente ; on pratique l'empyème; la fièvre cesse, puis ne tarde pas à reparaître; la portion gauche du thorax, siège de la pleurésie, est rétractée et complètement déformée. Dyspnée très vive; amaigrissement très prononcé. Le malade meurt cachectique. A l'autopsie on constate que la rotation des côtes autour de leur axe est tellement exagérée qu'elle a déterminé la luxation chondro-costale complète, spontanée de la 6e, puis de la 5e côte; ce travail était en voie d'évolution pour la 4e côte, qui était subluxée.

Filaire des lymphatiques (A case of « filarial disease » of the lymphatics in which a number of adult filariæ were removed from the arm), par Maitland (*Lancet*, 21 avril 1894, p. 844). — Un homme de 30 ans entra à l'hôpital pour une tuméfaction douloureuse du bras; le malade avait eu 4 ans auparavant un abcès au bras à la suite d'un traumatisme et depuis il avait été sujet à de la fièvre. On trouva de la lymphangite de la partie interne du bras; on trouva dans le sang de la nuit des embryons de filaires. On fit, après un traitement de la lymphangite, une incision au niveau de la tumeur et on en enleva une partie ; on enleva le reste 18 jours après. Les tissus ainsi enlevés étaient macérés, ils contenaient des filaires adultes.

GYNÉCOLOGIE

Embolie pulmonaire pendant les suites de couches (Zur Kasuistik des plœtzlichen Todes im Wochenbett durch Embolie der Lungenschlagader), par Feinberg (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 20, p. 480). — Deux observations de mort subite par embolie pulmonaire survenue chez des femmes ayant accouché d'une façon normale 8 jours auparavant et s'apprêtant à quitter l'hôpital. Dans les deux cas l'embolus occupait le tronc et la branche droite de l'artère pulmonaire. Chez la première on trouva une thrombose de deux branches de la veine utérine dans le voisinage du bord droit de l'utérus et du hile de l'ovaire droit; chez la seconde une thrombose de la veine ovarique gauche.

Obstacle à l'accouchement formé par un rétrécissement circulaire du vagin (Acquirirte ringfœrmige Striktur der Scheide als Geburthinderniss), par Goldberg (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 23, p. 557). — L'observation de l'auteur se rapporte à une femme accouchée 18 mois auparavavant au forceps, dans des conditions en apparence normales. Deux mois plus tard elle se présente à la consultation de l'auteur qui, trouvant une adhérence complète entre les parois du vagin, engage la malade à revenir pour subir une opération appropriée. La femme ne revient pas, et l'auteur n'est rappelé qu'un an après, auprès de la malade en train d'accoucher. A l'examen il trouve le vagin divisé en deux parties par un diaphragme percé d'un orifice central laissant à peine passer deux doigts. Section du diaphragme et céphalothripsie après échec d'accouchement au forceps. Suites des couches normales, et guérison de l'atrésie par les injections vaginales répétées plusieurs fois par jour.

Extraction d'un enfant vivant par l'opération césarienne faite immédiatement après la mort de la mère (Sectio Cæsarea post mortem lebendes Kind), par Backer (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, p. 569). — L'auteur publie deux observations d'opération césarienne faites immédiatement après la mort de la mère. Dans les deux cas on a pu extraire des enfants à l'état asphyxique, mais ranimés par le procédé de Schultze. Dans le premier cas où la malade, une VIII-pare de 40 ans, arriva avec tous les signes d'une dyspnée extrême par œdème pulmonaire pour succomber à une attaque de convulsions, l'autopsie montra l'existence d'une atrophie chronique du cœur; dans le second cas, où la malade, une II-pare de 20 ans, arriva à la clinique dans un état comateux profond, on trouva à l'autopsie une méningite suppurée.

CHIRURGIE

Sarcome se produisant au siège d'une fracture récente (Sarcoma growing at the seat of a recent fracture), par Griffith (*British med. Jour.*, 26 mai 1894, p. 1125). — Un homme de 21 ans tomba sur la glace et se fit une fracture de

la cuisse gauche à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur. On mit un appareil plâtré et bientôt la fracture fut guérie. Trois semaines après la guérison, dix semaines après l'accident, on trouva l'os tuméfié au point où avait eu lieu la fracture. La tumeur augmenta rapidement de volume, le malade maigrit; il refusa toute opération et mourut assez rapidement. A l'autopsie on vit qu'il s'agissait d'un sarcome, la diaphyse du fémur avait disparu, sauf deux fragments osseux nécrosés.

Etiologie et prophylaxie des névralgies des moignons d'amputation (Ueber die Entstehung und die Verhütung der Neuralgie an operirten Theilen, besonders am Amputationsstumpfen), par Witzel (*Centralb. f. Chir.*, 1894, n° 23, p. 521).

Pour l'auteur, qui a eu l'occasion de disséquer quatre moignons d'amputation (deux désarticulations de l'épaule, une amputation de l'avant-bras au-dessous du coude, une amputation de Pirogoff) atteints de névralgie, les douleurs tiendraient moins à la compression des extrémités nerveuses dans la cicatrice osseuse ou fibreuse qu'à leur fixation qui fait que lorsque le segment supérieur du membre se contracte, les nerfs sont exposés à des tiraillements. L'extensibilité extrême des nerfs permet d'éviter cette fixation dans la cicatrice. Il suffit pour cela d'attirer après l'opération, hors de la plaie d'amputation, les nerfs et de les couper à quelques centimètres plus haut. Après la section, les nerfs disparaissent au milieu des masses musculaires et se cicatrisent dans d'excellentes conditions.

Prophylaxie de la gangrène par compression du tibia dans les amputations de la jambe (Eine einfach Weise die Druckgangræn des Schienbeines bei Unterschenkelamputation zu verhüten), par Bogdanik (*Centralb. f. Chir.*, 1894, n° 21, p. 473).

Pour éviter la gangrène du tibia dans les amputations de la jambe, Bogdanik procède de la façon suivante :

L'amputation est faite par deux lambeaux, un antérieur, petit, et l'autre postérieur, grand. Après l'amputation proprement dite, les deux lambeaux sont suturés par une suture continue. Quand la plaie est complètement fermée et le drain posé, on fait au-dessus de la surface de section du tibia un pli longitudinal à la peau, qu'on traverse avec une aiguille armée d'un fil, d'abord de dedans en dehors, à 1 centimètre au-dessus de la surface de section osseuse, puis on fait repasser l'aiguille dans le pli cutané, à 2 centimètres plus haut, de dehors en dedans, et on noue le fil en tirant un peu sur lui, de façon à former un bourrelet longitudinal recouvrant l'os.

La suture peut être faite avec n'importe quel fil; personnellement, l'auteur préfère le catgut chromé qui ne coupe pas les tissus et ne se résorbe pas vite. Quand on enlève le fil plus tard, il reste quelquefois une petite plaie couverte de granulations, qui guérit très rapidement.

Avec le procédé en question, l'auteur n'a jamais eu de gangrène du tibia.

L'éther comme anesthésique de choix et son meilleur mode d'administration, par Chalot (*Rev. de chir.*, 1894, n° 5, p. 353). — Le travail de l'auteur aboutit aux conclusions suivantes :

1° L'éther et le chloroforme, au lieu de s'exclure réciproquement, ont chacun leur place dans la pratique de l'anesthésie générale.

2° L'éther est beaucoup moins meurtrier que le chloroforme pendant l'anesthésie, il n'est pas plus offensif que le chloroforme après l'anesthésie, si l'on élimine les malades affectés des bronches et des poumons.

3° Les inconvénients multiples que les chloroformistes absolus lui ont objectés de tout temps sont les uns sans fondement, les autres peu importants ou faciles à prévenir ou à corriger. En tout cas, ils ne sont pratiquement rien devant cet avantage capital : la sécurité pour la vie.

4° Il produit l'insensibilité et la résolution musculaire aussi rapidement, aussi profondément que le chloroforme.

5° Il doit être, par conséquent, l'anesthésique de choix, et il doit l'être à tous les âges.

6° Mais il ne peut être employé systématiquement chez tous les malades, pour toutes les opérations et dans tous les lieux. En d'autres termes, il a ses contre-indications.

7° Ces contre-indications sont :

a. L'inflammation aiguë d'une partie quelconque de l'appareil respiratoire, y compris la pleurésie; *b.* une maladie chronique des bronches et des poumons; *c.* la présence d'un goître; *d.* une opération de chirurgie cérébrale; *e.* une opération à faire sur la partie antérieure de la face et du cou; *f.* la nécessité d'employer la canule-tampon de Trendelenbourg ou une autre semblable; *g.* la nécessité d'employer le thermo-cautère, le galvano-cautère ou le cautère actuel au voisinage du masque ou dans l'aire même qu'il recouvre; *h.* enfin, la nécessité d'opérer dans des locaux étroits, bas, mal ventilés, mal éclairés.

8° L'éther à employer (éther anesthésique pur) doit être : neutre, dépourvu d'eau et d'alcool, doué d'une odeur vive et franche, préparé de fraîche date, bien conservé sans diminution à l'abri de l'air, enfin fabriqué de manière à bouillir à 36°6 et à marquer 66° Baumé.

9° La quantité d'éther nécessaire pour chaque anesthésie varie de 20 à 150 grammes, 200 grammes au plus.

10° Les principes essentiels de la technique nouvelle (méthode rapide et massive) sont résumés dans la formule suivante : deux ou trois rasades d'éther à courts intervalles, peu ou point d'air frais pendant la première période de la narcose. C'est là tout le secret de la meilleure éthérisation.

1° Le mode d'administration de l'éther est le même chez l'adulte et chez l'enfant.

2° L'observation nous montre qu'il y a des narcoses éthériques de deux sortes : les unes, typiques ou idéales, sont caractérisées par l'absence de toute excitation, de tout accident ou incident, de toute suite plus ou moins anormale, ce sont les plus fréquentes; les autres, atypiques, présentent pendant ou après l'opération une série de phénomènes insolites ou de complications diverses.

BIBLIOGRAPHIE

Le béribéri (Die Beri-beri-Krankheit), par le Dr B. Scheube Furst. Physicus und Sanitætsrath in Greiz, fruherer Professor am Medicinschule in Kioto (Japon), 1 vol. gr. in-8° de 218 p. avec 2 planches lithogr. et une carte géographique. Prix : 9 marks. Iéna, 1894. G. Fischer, éditeur.

Cet intéressant volume présente une monographie tout à fait complète du Béribéri, cette affection curieuse que nous ne connaissons guère ici que par les quelques publications de : Fonssagrives, Le Roy de Méricourt, Gayet, Marie. On jugera de la valeur bibliographique de cet ouvrage, si nous remarquons qu'il ne renferme pas moins de 363 indications bibliographiques. L'auteur n'a pas fait une œuvre de seule compilation; son expérience personnelle d'une part, ses recherches originales d'autre part, lui ont permis, non seulement de tracer un exposé critique et complet, mais encore de donner une opinion sur les points controversés. Au surplus, ses premiers travaux sur le Kakké du Japon datent déjà d'il y a 12 ans. Il traite successivement l'historique de la maladie qui remonterait au xviie siècle, il en montre ensuite la distribution géographique sur un planisphère. On y voit que le Béribéri a son foyer principal dans l'Amérique du Sud (côtes orientales et centre), dans les îles de l'Océanie (Sumatra, Bornéo, Java, le Japon, l'Annam, les Indes, Ceylan), qu'il en existe des foyers isolés à Cuba, La Guadeloupe, Panama, et seulement deux foyers en Afrique (au Congo et à Kameroon), qu'enfin l'Europe, l'Asie, l'Australie et l'Amérique du Nord sont complètement respectés. L'étiologie et la pathogénie sont étudiées ensuite; l'hypothèse de maladie infectieuse, puis la clinique, signes en général, formes de la maladie en particulier. Celles-ci, avec des observations personnelles à l'appui, minutieusement recueillies et accompagnées d'examens électriques des muscles. Les signes sont ensuite analysés par appareil. L'anatomie pathologique occupe les derniers chapitres et comporte un tableau synoptique de 20 observations. La bactériologie est également très consciencieusement exposée. En conclusion, le Béribéri serait une névrite multiple, infectieuse, endémique.

Paul Blocq.

Chirurgie abdominale, par J. Greig Smith. Ouvrage traduit sur la 4e édition, par M. le Dr Paul Vallin, chef des travaux anatomiques à la Faculté libre de Lille, précédé d'une préface du Dr H. Duret, professeur de clinique chirurgicale. Paris, G. Steinheil, 1894, 1 vol. in-8° de 825 p., 18 francs.

Comme le fait avec justesse remarquer M. Duret dans sa préface, il y a de nombreuses analogies entre les diverses opérations de la chirurgie abdominale, et il y a plus de rapprochements à établir entre une ovariotomie et une laparotomie pour occlusion intestinale qu'entre une hystérectomie abdominale et une colpopérinéorrhaphie. On n'est donc pas surpris que, dans son pays d'origine, le livre de M. Greig Smith ait eu un véritable succès et soit arrivé rapidement à sa 4e édition. Aussi sommes-nous heureux que M. Vallin se soit consacré à traduire cet ouvrage pour les chirurgiens de profession insuffisamment familiarisés avec la langue anglaise.

Le volume commence par une étude générale sur le diagnostic des tumeurs de l'abdomen, et Greig Smith pense qu'il ne faut pas considérer la laparotomie exploratrice comme l'idéal du diagnostic. Puis viennent les données communes à toutes les opérations abdominales.

La partie spéciale se compose d'opérations qui se pratiquent : 1° sur l'ovaire et les trompes; 2° sur l'utérus non gravide; 3° sur l'utérus gravide et les grossesses ectopiques (et ici nous signalerons un chapitre particulièrement développé); 4° sur l'estomac; 5° sur l'intestin; 6° sur les reins; 7° sur le foie et la vésicule biliaire; 8° sur la rate et le pancréas; 9° sur la vessie. A la fin du volume, se trouve l'histoire des lésions traumatiques, des péritonites, des appendicites.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La Grande Encyclopédie, tome XIX. Paris, H. Lamirault et Cie, 61, rue de Rennes.

La publication de ce bel ouvrage se poursuit avec régularité et l'on peut dès aujourd'hui en prévoir la terminaison. Il comptera près de 40 volumes, mais les souscripteurs n'auront pas à se plaindre de l'étendue d'une œuvre qui permet tant de recherches utiles et renferme un si grand nombre d'articles importants. Nous pourrions même souhaiter que la médecine et la chirurgie y comptent plus de représentants autorisés. On ne verrait pas dès lors certains articles un peu sacrifiés, alors que d'autres qui touchent à la philosophie ou à l'histoire ont reçu tous les développements nécessaires. Mais il doit nous suffire de signaler le soin avec lequel ont été rédigés les articles les plus importants, ceux qui intéressent directement les médecins non pour leur développer les questions qu'ils doivent approfondir, mais pour leur permettre de retrouver sur les sujets d'érudition, de géographie, d'esthétique ou d'histoire les enseignements les plus variés, ceux qui donnent à un esprit cultivé les satisfactions qu'il recherche.

La blennorrhagie et ses complications, par E. Finger (Vienne), traduit d'après la 3e édition allemande par le Dr A. Hogge. Paris, F. Alcan, 1894. 1 vol. grand in-8° de 370 pages, avec VII planches en couleur. Prix : 12 francs.

L'ouvrage de M. Finger est depuis longtemps connu, ainsi que son traité de la syphilis, de tous ceux qui s'intéressent aux choses de la vénéréologie. Le traité de la blennorrhagie, où l'auteur montre tous les méfaits du gonocoque, a été appelé, dans les pays de langue allemande, à un rapide et brillant succès et il est certain qu'une traduction française est destinée à rendre des services.

Thèses de Paris.

Considérations sur les hémiplégies alternes, par Georges Claudel.

Une hémiplégie vulgaire (faciale inférieure et membres) d'un côté et une paralysie du moteur oculaire commun du côté opposé, constituent le syndrome de Weber.

Une hémiplégie des membres d'un côté avec une paralysie faciale périphérique totale du côté opposé avec ou sans lésions de la 6e paire est communément désignée sous le nom de syndrome de Millard-Gubler.

L'une et l'autre de ces hémiplégies sont des hémiplégies alternes. En effet, dans le premier cas, l'hémiplégie des membres alterne avec la paralysie de la 3e paire ; dans le second cas, elle alterne avec la paralysie de la 7e paire.

La différence qui existe entre ces deux syndromes réside tout entière dans la localisation du foyer morbide dans un point du mésocéphale.

Dans le syndrome de Weber, la lésion siège dans la région pédonculo-protubérantielle ; c'est une hémiplégie alterne supérieure.

Dans le syndrome de Millard-Gubler, elle occupe la partie bulbo-protubérantielle ; c'est une hémiplégie alterne inférieure.

De l'influence de l'hystérie sur la marche de la tuberculose pulmonaire, par André Gibotteau.

L'hystérie exerce une influence considérable sur la marche de la tuberculose; non seulement elle modifie les symptômes de la tuberculose, mais elle agit surtout en retardant son évolution. Il est absolument nécessaire, lorsqu'on soigne un phthisique, de savoir distinguer les signes qui révèlent une hystérie concomitante des symptômes hystériformes survenus au cours de la tuberculose pulmonaire et de ne pas confondre la fausse phthisie avec la phthisie évoluant chez un hystérique. Le pronostic de phthisie des hystériques est plus favorable que celui de phthisie banale, à condition, toutefois, qu'on n'intervienne pas d'une façon intempestive dans le traitement. En dehors des quelques cas où l'évolution lente de la phthisie chez un hystérique peut être attribuée à l'existence de la scrofule ou de l'arthritisme qui accompagne si fréquemment l'hystérie, on doit surtout en chercher la cause dans un ralentissement général des processus nutritifs et évolutifs chez les hystériques. Chez tout tuberculeux qui présentera en même temps des phénomènes d'hystérie, il faut bien se garder de traiter les symptômes nerveux. De même, on ne devra pas soigner trop énergiquement les hystériques présentant des antécédents héréditaires tuberculeux de peur de voir la tuberculose prendre la place de l'hystérie et évoluer avec rapidité.

Étude comparative sur certains troubles trophiques des extrémités, par Arthur Boye.

Parmi les troubles trophiques des extrémités, il y a lieu de décrire des trophonévroses partielles et des trophonévroses totales. De ces dernières, l'auteur étudie trois types spéciaux, qui sont les suivants :

I. — La trophonévrose nécrosique ou gangrène névropathique est caractérisée par des douleurs atroces précédant de longtemps l'apparition de simples plaques gangreneuses disséminées sur les doigts ou les orteils, symétriques ou non, et récidivant un certain nombre de fois après des paroxysme douloureux. Les douleurs ne sont qu'atténuées et non supprimées par tous les traitements médicaux et chirurgicaux, en particulier par l'amputation. M. le professeur Panas aurait obtenu un succès complet par l'administration du salicylate de soude.

II. — Les amputations spontanées congénitales ou trophonévrose autocopique se produisent aussi bien pendant la vie intra-utérine qu'après la naissance et s'accompagnent d'ordinaire d'autres malformations, telles que pieds bots, syndactylie dont l'origine nerveuse se trouve du même coup singulièrement affirmée. Ces mutilations ne sont pas dues à l'action du cordon ombilical, puisqu'elles se produisent également en dehors de la vie intra-utérine, et ce ne sont pas non plus des arrêts de développement, puisque pour certains cas survenus avant la naissance on a pu retrouver les parties amputées dans les annexes du fœtus, lors de l'accouchement. Il existe, du reste, concomitamment, de nombreux troubles nerveux subjectifs et objectifs.

III. — L'acromégalie ou trophonévrose acromégalique est bien sous la dépendance de troubles trophiques engendrés par des lésions du système nerveux, ou de certains organes à fonctions encore peu connues, et ayant avec ce système des connexions mal déterminées. Du reste, ce syndrome trophique s'accompagne de troubles nerveux de première importance : aménorrhée, troubles des sensibilités générales et spéciales, glycosurie, polyurie, exophthalmie, goître, tachycardie.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeur. — M. Henri Monod.

Officier. — M. le Dr Bucquoy.

Chevaliers. — MM. les Drs Ballue, Cartaz, Davesne, Despagnet, Gérard Marchant, Quénu, Ruault, A. Weill (Paris), Poncet (Lyon), Lardier (Rambervillers), Fighiera (Nice), Hacque (Mazé), Lacombe (Montbron), Souchu-Servinière (Laval), Vinciguerra (Oran).

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

De la suture totale de la vessie après la taille hypogastrique faite pour un calcul.

La question de la suture totale de la vessie a été remise tout récemment à l'ordre du jour.

Ayant observé un cas de suture totale de la vessie dans le service de M. le docteur Audry, il nous a paru intéressant d'essayer une revue d'ensemble sur ce sujet.

1° *Historique de la suture totale de la vessie en général.* — C'est à l'occasion du traitement de la fistule vésico-vaginale que fut étudiée pour la première fois la suture totale de la vessie.

Jobert et Pinel Grand-Champ l'essayèrent les premiers sur les animaux (1).

Ces recherches expérimentales ont été poursuivies : en 1881, par Vincent; en 1882, par Fischer; en 1883, par Bouley; en 1884-85, par Maximow et Samensky; en 1886, par Corona et Falcki-Arimondi; en 1887, par Brenner; en 1890, par Dietz (2).

Sur l'homme la première suture totale a été faite par Lotzbeck en 1858.

2° *Observations publiées jusqu'à ce jour de suture totale de la vessie après la taille hypogastrique pour calcul.* — Il ne sera pas question ici des observations de suture totale de la vessie à la suite de traumatismes ou d'extirpations de tumeurs, mais seulement des cas où la vessie a été complètement suturée après la taille hypogastrique pour calcul.

Voici un résumé des observations que nous avons pu consulter :

1° Celles qui ont été livrées à la publicité avant 1887;
2° Celles qui ont été connues de 1887 à aujourd'hui.

1858. Lotzbeck sutura séparément la vessie, l'aponévrose, la peau. Il put enlever les sutures le sixième jour sans que la plaie livrât passage à l'urine, bien qu'elle suppurât.

(1) Rapport d'AMUSSAT. *Archives générales de médecine*, tome II, 1re série, p. 144, 1826.

(2) Thèse de Paris. *Étude clinique et expérimentale sur la suture de la vessie après la taille hypogastrique.*

1873. Lister obtint une réunion immédiate par la suture vésicale chez un enfant de 16 ans qui était porteur d'un calcul (1).

1879. Ultzmann (2) : Homme de 27 ans qui avait été soumis à une tentative infructueuse de lithotritie, subit le taille hypogastrique en 1878. L'ouverture vésicale fut réunie par sept points de suture entrecoupées au catgut, comprenant toute l'épaisseur de la paroi.

Suture de la plaie de l'abdomen avec drain à l'angle inférieur. Pansement de Lister et sonde à demeure laissée ouverte les deux premiers jours, fermée à partir du troisième. La vessie est vidée toutes les heures et reçoit une injection phéniquée à 1/2 0/0 plusieurs fois par jour. Le pansement est renouvelé les deuxième, quatrième et sixième jours : pas de fièvre.

On éloigna la sonde le huitième jour, mais on fut obligé de la remettre en place le lendemain, une quantité notable d'urine s'étant échappée par le drain.

A partir de ce jour il ne passa plus d'urine par la plaie. La guérison fut complète le quatorzième jour.

1879. Albert (3) : Calcul, taille hypogastrique, suture totale. Quatrième jour, l'urine passe par la plaie. Guérison le trentième jour.

1880. Petersen (4) : Calcul, taille hypogastrique, suture totale. Cinquième jour, l'urine passe par la plaie. Guérison.

1880. Les trois observations de Ch. Monod (5) : La première est un succès à l'actif de la suture totale : le malade ayant succombé à un accident indépendant de l'opération. La deuxième peut être considérée comme un véritable échec imputable à la suture totale.

Dans la troisième il s'agissait d'un cas exceptionnel où les difficultés d'extraction du calcul et les déchirures, et les contusions de la vessie qui en furent les conséquences contre-indiquaient nettement la suture totale.

1881. Kispert (6) : Garçon de 4 ans, calcul, incision vésicale de deux centimètres : deux points de suture à la soie traversant toute l'épaisseur de la paroi ; plaie de l'abdomen réunie par quatre points de suture, drain à son extrémité inférieure, sonde à demeure, retirée le quatrième jour, l'urine étant expulsée en jet par l'urèthre. Le pansement de Lister n'est nullement imbibé d'urine.

(1) Fait publié dans la thèse de ZAGAS-BAGAN. Paris, 1873.
(2) Hohe Blasenschnitt unter aseptischen Cauteln, in *Wien. med. Presse*, 1, 1879, p. 9.
(3) In *Wien. med. Presse*, 1879.
(4) In *Archiv. de Langenb.*, 1880.
(5) *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1880.
(6) *Centralblatt f. Chirurg.*, 1881, p. 494.

1883. Zésas (1) : Homme de 46 ans, calcul, taille hypogastrique, suture totale. Réunion par première intention; jamais l'urine ne passa par la plaie.

1883. Kramer (2) : Succès pour la suture vésiculée.

1884. Bœckel (3) : Calcul, taille hypogastrique, suture totale; 3 heures après l'opération pansement imbibé d'urine. Le lendemain on enlève suture. Mort avec infiltration sous-péritonéale.

1885. Zancarol, d'Alexandrie (4) : Homme de 45 ans, calcul, taille hypogastrique, suture totale de la vessie, réunion par première intention le septième jonr.

1885. Geza d'Antal (5) : Succès complet.

1885. Hofmokl (6) : Calcul, taille hypogastrique, suture totale le quatrième jour. Mort par péritonite.

1885. Pilcher (7) : Calcul, taille hypogastrique, suture totale. Réunion, guérison rapide.

1885. Orlowsky (8) : Suture totale, succès complet.

1886. Rivington (9) : Homme de 61 ans, calcul; suture à la soie. L'extraction de la pierre est suivie d'une forte hémorrhagie, gangrène des lèvres de la plaie. Drain dans l'ouverture péritonéale; on avait pratiqué quelques jours auparavant la taille périnéale, parce que l'on avait diagnostiqué une hypertrophie de la prostate. Drainage périnéal pendant 34 jours. Mort trois mois après l'opération.

1886. Assmuth (10) : Calcul, taille hypogastrique, suture totale, 46 jours après guérison.

1886. Gussenbauer (11) : Fistule consécutive.

1886. Parker (12) : taille hypogastrique, enfant de trois ans, rachitique. Ballon de Petersen. Injection boriquée dans la vessie. On fit plusieurs injections d'eau boriquée afin d'enlever tous les caillots, guérison 16 jours après l'opération.

1887. Bond (13) : Calcul, taille hypogastrique, suture totale, première intention, guérison rapide.

1887. Keyes (14) : Calcul, taille hypogastrique, suture totale. Guérison *per primam* le vingt-sixième jour.

1887. Thomas Monroe (Philadelphie, cité par Dietz) : Succès complet pour la suture totale.

Observations publiées de 1887 à 1894.

1888. Nixon (15) : Homme de 81 ans, calcul, mort cinq jours après l'opération.

1888. Francks (16) : Homme de 65 ans, hypertrophie prostatique et calcul, T. H., suture totale. Guérison complète au bout de 12 jours.

1888. Lindner (17) : Deux calculs uratiques T. H., surcharge graisseuse de la paroi abdominale, paroi vésicale friable, suture totale de la vessie. Violentes quintes de toux qui font céder la suture 30 heures après l'opération. Intoxication iodoformique. Délire furieux. Cicatrisation complète au bout de trois semaines.

(1) *Archiv. für klin. Chirurg.*, t. XXVIII, p. 883, 1883.
(2) *Archiv. für klin. Chirurg.*, t. XXVIII, cité par Dietz.
(3) Thèse de Garcin, Strasbourg.
(4) *Bulletin de la Société de Chirurgie* (1885) et Thèse de Dietz, Paris, 1890.
(5) Cité dans Thèse de Dietz.
(6) *Centralblatt. für Chirurg.*
(7) *New-York med. Journal.*
(8) *Deutsche Gesellsch. für Chirur.*, 1885, cité par Dietz.
(9) *Med. chirurg. Transact.*, London, 1886, cité dans Thèse de Dietz.
(10) *S. Petersb. med. Wochens.*, 1886, n° 47, cité par Dietz.
(11) *Centralb für Chirurg.*, n° 24, cité par Dietz.
(12) *Lancet* de juillet 1886, cité par Marc Sée, dans son article.
(13) *Lancet*, 3 février, cité par Dietz.
(14) *Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases*, juillet 1881, cité par Dietz.
(15) *Acad. de med. d'Irlande*, juin 1888, cité par Dietz.
(16) *Acad. de med. d'Irlande.*, juin 1888, cité par Dietz.
(17) *Deutsche med. Woch.*, cité par Dietz.

1888. Croft (1) : Calcul T. H. S. V., réunion *per primam* rapide.

1889. Pozzi (2) : Calcul de la vessie, taille hypogastrique. Prêtre âgé de 80 ans. Diagnostic de calcul. T. H. Le 5 novembre 1888. Extraction d'un gros calcul. Suture totale de la vessie par deux plans (le premier plan cherche à ne pas piquer la muqueuse), second plan à la Lembert. Drain, pas de sonde à demeure, mais le cathétérisme devra être fait toutes les trois heures. Septième jour, quelques gouttes d'urine par le drain (on avait négligé de sonder le malade depuis deux nuits, malgré les recommandations les plus expresses, la fistulette était oblitérée deux mois après l'opération.

1889. Schwartz (3) : Taille hypogastrique pour un corps étranger devenu le centre d'un calcul. Suture immédiate de la vessie. Sonde à demeure, guérison.

1890. Observation résumée de Duret (4) : Calcul vésical chez un enfant, taille hypogastrique.

X..., âgé de sept ans, amené dans le service de Duret, 18 avril 1890. Diagnostic d'un calcul, taille hypogastrique, suture complète de la vessie (5 points séparés à la soie) (procédé de Lembert), un drain en avant de la vessie, sonde de Nélaton à demeure; quatre jours après, ablation du drain; cinq jours après, ablation de la sonde, point de suture cutanée enlevé vingt-six jours après l'opération, guérison complète.

1891. Observation de Duret (5) : Taille hypogastrique chez un enfant pour calcul vésical.

Marie X..., présentée à la consultation du Dr Delportes d'Estoires, 19 mars 1891, diagnostic d'un calcul confirmé par Duret. Entré à l'hôpital, 8 avril. Le 10 avril, taille hypogastrique. Ballon de Pétersen, 100 gr. d'eau boriquée injectée dans la vessie, une pince à forci-pressure placée sur la sonde a suffi à maintenir l'eau dans la vessie. Fils suspenseurs, extraction du calcul, suture de la plaie avec cinq points de catgut. Suture de la paroi abdominale au crin de Florence. Petit drain à la partie inférieure de la plaie, lavage de la vessie et sonde à demeure. 17 avril, réunion par première intention; 18 avril, ablation de la sonde; 25 avril, guérison complète.

1893. Observation de Cerné (1893) (6) : X..., âgé de 6 ans. Diagnostic de polype implanté sur le col et engagé dans l'urèthre, taille hypogastrique. 10 juin. Extraction d'un calcul. Suture complète de la vessie sans perforer la muqueuse. Drainage de la cavité de Retzius. Sonde à demeure. 17 juin, ablation de la sonde; 25 juin, guérison définitive.

1893. Observation de Schwartz (7) : Calcul de la vessie T. H. Homme de 62 ans, entré à l'hôpital Cochin, 15 octobre 1893; diagnostic d'un calcul, opéré le 21 octobre. Extraction d'un calcul, sonde de Pezzer, drain à la partie inférieure de l'incision. Quatrième jour, ablation de la sonde de Pezzer. Sixième jour, sonde à demeure. 8 novembre, guérison.

1893. Quatre observations personnelles de Sorel (8) :

1° X..., enfant de 13 ans. Diagnostic d'un calcul, taille hypogastrique, le 23 mai 1891. Suture totale, ablation de la sonde le douzième jour. Aucune trace d'urine n'est passée par la plaie, guérison complète.

(1) *Lancet*, 15 décembre, cité par Dietz.
(2) *Société de chirurgie*, séance du 10 avril, cité par Dietz.
(3) *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris.*
(4) *Journal des Sciences médicales de Lille*, mai 1890. Cité dans mémoires de Sorel, du Congrès de Rome 1894, et dans les *Archives provinciales de chirurgie* du 1er mai 1894.
(5) *Journal des Sciences médicales de Lille*, novembre 1891. Sorel, *Congrès de Rome* et *Archives provinciales de chirurgie.*
(6) Thèse de Dumont, Paris, 1893.
(7) *Journal des Praticiens*, 30 décembre 1893.
(8) Thèse de Sorel, Paris, 1893.

2° Homme de 23 ans. Diagnostic d'un calcul, taille hypogastrique. Suture totale le 20 avril 1892; le 2 mai, ablation de la sonde, guérison complète.

3° Enfant de 5 ans 1/2. Diagnostic d'un calcul, taille hypogastrique. Suture totale le 4 août 1892. Le 12 août, ablation de la sonde, guérison parfaite.

4° Homme de 26 ans. Diagnostic d'un calcul et cystite intense, taille hypogastrique et suture totale le 4 août 1892. Le 3 octobre, ablation de la sonde, guérison parfaite.

1894. Deux observations de Sorel (1): 1° Calcul vésical, cystite calculeuse T. H. Suture totale de la vessie, sonde à demeure. Réunion par première intention. X.... âgé de 43 ans. Diagnostic de calcul T. H. Le 30 novembre 1893. Extraction d'un calcul, mise en place par cathéthérisme rétrograde de la sonde de Pezzer. Suture de la vessie par un premier plan à six points séparés de catgut n° 3 traversant toute la paroi. Un deuxième plan de huit points séparés de soie recouvre complètement le premier plan. Trois fils de soie réunissent ensuite la graisse prévésicale. Deux sutures au crin de Florence traversent toute la paroi abdominale. Trois points de catgut pour réunir les muscles, cinq crins de Florence réunissent la peau. Après la suture de la vessie, une mèche de gaze iodoformée a été établie sur la ligne de suture et ressort à l'angle inférieur de la plaie. Sonde de Pezzer est arrachée dans le transport de la salle d'opération au lit du malade. On replace une sonde béquille n° 22. 7 décembre, ablation de la sonde. Le malade urine une fois seul, le soir, à la sonde. 8 décembre. Le malade ayant fait des efforts considérables pour uriner couché, le pansement est imprégné d'urine. On remet sonde à demeure. Le 9 matin, pansement mouillé, 9 soir, sec; le 11, ablation des fils superficiels et de la mèche iodoformée; le 19, ablation de la sonde; le 23, guérison complète.

2° *Observation de Sorel:* Rétrécissement de l'urèthre par brûlure au niveau du méat. Blennorrhagie dans le reste du canal antérieur.

Cystite, calcul vésical, uréthrotomie interne, taille H. suture de la V. avec sonde à demeure, réunion de la plaie hypogastrique. Mort le huitième jour, d'épuisement.

2° X..., âgé de 70 ans, 4 blennorrhagies, chancre simple à 21 qu'il panse avec liquide corrosif, brûlure du gland.

Rétrécissement dur à l'orifice au niveau du méat.

16 octobre, uréthrotomie interne, 20 octobre, diagnostic de calcul; 31 octobre T. H. extraction d'un calcul, suture T de la vessie avec sept points séparés de catgut, six points à la Lembert avec le tissu périvésical. Sonde de Pezzer. 8 novembre, mort d'épuisement. En défaisant le pansement on constate que la réunion est complète. Pas une goutte d'urine n'est passée par la plaie.

2° Garçon de sept ans, habitant l'Allier, opéré à la maison de santé de Sainte-Marthe, le 27 janvier 1894, à la suite de l'application d'un large vésicatoire sur le thorax au cours d'une bronchite: premiers troubles vésicaux à l'âge de trois ans. Rétention d'urine pendant douze heures; 3 cathétérismes et consécutivement mictions douloureuses et fréquentes pendant dix jours. A quatre ans, coup de pied à l'abdomen, miction suivante sanguinolente et retour durant dix jours des mêmes phénomènes d'intolérance vésicale. A cinq ans et demi, sans causes appréciables, mictions fréquentes douloureuses pendant douze jours. Depuis un an l'enfant ne joue plus avec ses camarades, refuse de faire à pied une promenade un peu longue. Les voyages en voiture et en chemin de fer n'ont pas d'influence sensible sur sa vessie.

(1) *Congrès de Rome*, 1894, et *Archives provinciales de chirurgie*, 1er mai 1894.

A partir de septembre 1893, incontinence d'urine et symptômes douloureux de cystite aiguë durant 8 jours à plusieurs reprises. Avec explorateur métallique et toucher rectal, on constate la présence d'un calcul vésical; urine louche.

Taille hypogastrique pratiquée le 27 janvier.

Incision vésicale de 5 cent.; pas d'application de pince sur les lèvres de la paroi vésicale. Extraction d'un calcul phosphatique de 10 gr. Pas d'hémorrhagie dans la cavité vésicale.

Sonde de Pezzer dont l'ampoule terminale a été diminuée de volume, un seul plan de suture à points séparés. Le bas de la plaie abdominale est laissé sans suture dans une étendue de 1 cent. 1/2. Dans cet espace on met un drain et une étroite mèche de gaze iodoformée enfoncée jusqu'à la vessie.

Une heure et demie après l'opération, la sonde ne fonctionnant pas est retirée. Aussitôt après, miction abondante. Recommandation faite à l'enfant d'uriner aussitôt que le besoin se fera sentir et la nuit de l'éveiller toutes les 2 heures pour le faire uriner. Cinq jours après l'opération, on place une sonde à demeure qui est expulsée immédiatement après le départ du chirurgien. L'enfant continue à uriner sans sonde. On enlève la moitié des crins de Florence profonds et on met un petit drain. Le lendemain, ablation de tous les crins profonds et du drain qui se trouvait dans la partie inférieure de la plaie. Deux jours après, ablation de tous les crins cutanés. Réunion par première intention sur les deux tiers de l'incision hypogastrique. Dans le tiers inférieur, petite plaie sans profondeur; on met de la gaze iodoformée fixée avec du collodion. Six jours après l'enfant part pour l'Allier. On a d'excellentes nouvelles de son état local.

Observation inédite prise dans le service de M. le Dr Audry.

Le nommé G...,âgé de 46 ans, terrassier de Blagnac (Haute-Garonne), entré le 29 mars 1894, salle Saint-Victor, 20, sorti le 27 avril 1894.

Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires de ce malade. A l'âge de cinq ans, il eut une rétention d'urine à la suite d'une brûlure sur la région hypogastrique. A onze ans, premier cathétérisme nécessité par une nouvelle rétention. Depuis cette date jusqu'au service militaire, il fut tourmenté par des douleurs très vives dans les régions hypogastrique, périnéale, et à l'extrémité de la verge, douleurs qui s'exaspéraient pendant la marche et le transport dans un véhicule quelconque.

A cette époque il avait aussi des mictions fréquentes diurnes douloureuses et des hématuries. Pendant le service militaire qui dura cinq ans, une seule hématurie suivie d'une violente inflammation du scrotum. Un an après, nouvelle hématurie et nouvelle inflammation du scrotum.

Les troubles urinaires persistant toujours et amenant une incapacité de travail, le malade vient à l'Hôtel-Dieu de Toulouse le 29 mars 1894.

Son état général était plutôt défectueux : de l'amaigrissement assez prononcé datant de quatre ans, une anorexie complète et une grande faiblesse générale. Comme état local, on notait des mictions douloureuses très fréquentes et un écoulement purulent par le méat.

Avec l'exploration métallique M. Audry constate la présence de plusieurs calculs.

La taille hypogastrique est faite le 31 mars sous le chloroforme. M. Audry retire deux calculs uriques, établit une sonde de Pezzer et fait la suture totale de la vessie par un premier plan qui traverse les deux tranches de la paroi et par un second plan à la Czerny. Il met un drain debout sur la cavité de Retzius; enfin il suture séparément au catgut les divers plans de la paroi abdominale et la peau au fil de fer recuit.

Le soir du jour de l'opération, vomissements chloroformiques. Le quatrième jour, 37°6. La sonde de Pezzer et les points de suture superficiels sont enlevés. La cicatrisation

est faite seulement sur les deux tiers supérieurs de l'incision hypogastrique.

Trois jours après on constate, par la palpation de la cicatrice, une solution de continuité : les points de suture musculaires et aponévrotiques avaient lâché. Une exploration faite avec la pince à disséquer fait retirer des morceaux de catgut. Un drain largement fenêtré est enfoncé aussi profondément que possible en haut dans l'interstice des droits écartés. Le lendemain, 7 avril, le malade peut rester levé pendant une heure. Le 9 avril, dix jours après l'opération, il s'aperçoit que la miction se fait en partie par la fistule hypogastrique et en partie par l'urèthre.

Pendant toute la journée du 10 avril, l'urine suinte constamment dans le pansement. Le soir, 38°8.

Le lendemain, 11 avril, établissement d'une sonde à demeure. Pendant la matinée l'urine s'échappe encore par la plaie hypogastrique. Le soir, plus d'écoulement, miction normale; 14 avril, œdème préputial. 15 avril, 38°; 16 avril, 38° au matin. On enlève la sonde. La miction se fait par l'urèthre. Le soir, 37°; grand soulagement éprouvé par le malade, qui mange avec appétit.

23 avril, vingt-quatrième jour après l'opération, guérison complète, miction par l'urèthre. La plaie hypogastrique tout entière est cicatrisée. L'œdème préputial a disparu.

Le malade sort le 27 avril; il ne présente aucun trouble urinaire.

M. Audry l'a revu plusieurs fois depuis cette date et il a constaté la persistance de la guérison. Au décours de la convalescence le malade eut une poussée générale d'eczéma séborrhéique.

STATISTIQUES

1° Statistique faite avec les observations de la taille hypogastrique suivie de suture totale de la vessie pour l'extraction d'un calcul. Avant 1887.

Nombre des observations que nous avons pu recueillir, 24.

Succès complet, cas dans lesquels l'urine n'est jamais passée par la plaie, 12.

Succès incomplet, cas où l'urine est passée par la plaie, mais où il y a eu guérison, 6.

Mort, 6.

2° Statistique de la cystotomie sus-pubienne. *Statistique de Tuffier.*

A. Relevé jusqu'en 1884 de tous les cas publiés, 120 cas.
Mortalité 27 0/0; 88 guérisons; 32 morts.

B. *Statistique de Garcin*, 94 cas.
Mortalité 11,68 0/0; 83 guérisons; 11 morts.

Parmi ces 11 morts imputables à l'opération, 7 morts par infiltration urineuse. Cinq fois cet accident s'est produit à la suite de la suture vésicale : 25 0/0 des sutures.

C. *Statistique de Gross.* 307 cas de taille sus-pubienne pratiquée sur de jeunes sujets.
Mortalité 62 0/0; 21 morts.

Dans ces 307 cas, on a fait 78 fois la suture vésicale, 15 fois celle de la vessie seule. Les cas où la vessie fut suturée seule ou avec la paroi abdominale en totalité ou partiellement ont été suivis 2 fois de mort.

3° Statistique faite avec les cas où la suture totale de la vessie a été pratiquée soit après l'ablation d'un calcul, soit après l'extirpation d'une tumeur, soit après un accident survenu au cours d'une ovariotomie, soit après l'extraction d'un corps étranger.

A. *Statistique de Tuffier* (1884), (Marc Sée, *loc. cit.*).
22 observations dont 2 suivies de succès. L'urine a coulé par la plaie en quantité variable du 1er au 9e jour.

B. *Statistique de Garcin* (Marc Sée, *loc. cit.*).
20 cas de suture, mais 10 fois seulement les résultats sont indiqués. Sur ces 10 cas, la guérison *per primam* n'a été obtenue que 2 fois, et 8 fois l'urine a filtré par la plaie, 3 fois le 6e jour, 1 fois le 5e, 1 fois le 4e, 1 fois le 3e, 1 fois le 2e, 1 fois le premier.

C. *Statistique de Bereskin* (Dietz, *loc. cit.*).
20 opérations de taille hypogastrique suivies de suture totale sur des enfants. 7 réunions *per primam* 35 0/0. La filtration d'urine s'est faite entre le 2e et le 14e jour; malgré cet accident, la réunion a été plus prompte que dans les cas non suivis de suture.

D. *Statistique de Couvée* (1887, Dietz, *loc. cit.*).
22 opérations, 18 réunions *per primam*, 77,27 0/0.

E. *Statistique de Bassini* (1887-90, Dietz, *loc. cit.*).
21 opérations, 14 guérisons immédiates (cicatrisation en 10 à 12 jours (66,66 0/0), 6 guérisons après écoulements d'urine, cicatrisation (en 18 à 30 jours), 1 mort chez un vieillard de 78 ans atteints de cystite purulente. Age des malades, de 2 ans 1/2 à 78 ans.

F. *Statistique de Meyer* (1886, Dietz, *loc. cit.*).
41 cas de suture, 16 réunions *per primam*, 39 0/0.

G. *Statistique Schmitz* (1890, Thèse de Dietz).
55 cas de suture jusqu'en 1886. 47 guérisons dont 17 réunions *per primam* (31 0/0), 13 sur des enfants, 4 sur des adultes. Schmitz a vu la suture échouer généralement le 4e jour; viennent ensuite par ordre de fréquence : le 3e, le 5e et le 6e jours; 2 fois le 9e jour.

H. *Statistique de Dietz* (1890, *loc. cit.*).
47 observations recueillies dans les dix dernières années, 2 morts, 14 écoulements d'urine par la plaie et 31 réunions *per primam* (65,95 0/0).

4° Statistique faite avec les observations de taille hypogastrique suivie de suture totale de la vessie pour l'extirpation du néoplasme.

Nombre des observations que nous avons pu recueillir, 13.

Succès complet, 8.

Succès incomplet, 5.

Mort, 0.

CRITIQUE DES STATISTIQUES.

Suture totale pour calcul avant 1887. — Sur les 6 cas de mort, 3 sont seulement imputables à la suture totale.

Parmi les observations de Ch. Monod qui sont 3 cas de mort, la première est un succès pour la suture totale, la deuxième est un échec; dans la troisième, d'après Marc Sée, la suture était contre-indiquée à cause des contusions de la vessie.

Après 1887. — Le nombre des observations est relativement plus considérable.

Les trois cas malheureux de Ch. Monod éloignaient les chirurgiens français de la suture totale.

Les deux cas de mort ne sont pas imputables à la suture totale.

Statistiques de la taille sus-pubienne. — La statistique de Tuffier est défavorable à la taille sus-pubienne. Mortalité de 27 0/0. Il est vrai qu'elle a été faite avec les cas publiés dans la période préantiseptique. Les résultats donnés par la suture totale de la vessie faite pendant cette période après l'extraction d'un calcul sont de beaucoup meilleures.

La statistique de Garcin est nettement défavorable à la suture totale de la vessie. Mortalité de 25 0/0.

La mortalité de la cystotomie sus-pubienne a baissé cependant à 11,68 0/0.

Dans la statistique de Gross, la mortalité de la taille sus-pubienne est de 51,62 0/0. Sur les 307 cas réunis, la suture vésicale fut pratiquée 78 fois et il n'y a eu que deux cas de mort.

Statistiques faites avec tous les cas de suture totale de la vessie. — Les statistiques de Garcin et de Tuffier sont très défavorables à la suture totale; mais elles datent de 1884.

La statistique de Schmitz et enfin celle de Dietz en 1890 donnent des résultats excellents : 65,95 0/0 de succès complet.

La statistique de Schmitz plaide en faveur de la suture totale : 31 0/0 de succès complet.

Statistique de Meyer : 39 0/0 de succès complet et celle de Bereskin 35 0/0.

Les résultats obtenus par Couvée sont excellents : 77,27 0/0.

Bassini, 66,66 0/0, succès complet.

Quant à la suture totale faite après l'extirpation d'une tumeur, elle semble donner les meilleurs résultats, au moins d'après les observations que nous avons pu

recueillir. Pas de mort et 8 succès complets sur 13 cas.

En somme, les statistiques de la taille sus-pubienne et de la suture totale de la vessie reflètent nettement deux grands progrès de la chirurgie : l'antisepsie, le perfectionnement des sutures.

Avant l'antisepsie et à l'époque où l'art de la suture était peu cultivé, les statistiques sont déplorables.

Elles s'améliorent peu à peu et deviennent bonnes à l'heure actuelle avec la pleine efflorescence de la méthode antiseptique et de la médecine opératoire.

Etat actuel de la question. — Les partisans de la suture totale de la vessie sont nombreux : Keyes, Paker, Kispert, Pilcher, Lister, Duller, Uegsmann, V. Bergmann, Zesas, Geza, d'Antal, Lindner, Kümmel, Kœnig, Petersen, Bruns, Makawejow, Orlowsky, Sklifossowsky, Mikulicz, Zancarol, Julliard, Reverdin, Bassini et Corradi à l'étranger l'ont pratiquée souvent, sinon avec succès complet, du moins sans accident.

Elle est repoussée par Dittel, Albert, Meyer, Thompson, Trendelenburg.

Les résultats peu encourageants de Monod et Verneuil ont rendu méfiants les chirurgiens français.

Cependant elle est défendue par Lucas Championnière, Bazy, Schwartz, Péan, Poggi, Tuffier, Marc Sée, Guyon, sans en être l'adversaire absolu, attend qu'elle soit mieux perfectionnée et il résume son opinion dans la proposition suivante : « La suture sera hermétique ou ne sera pas. »

Voici les principaux arguments mis en avant dans la polémique de la suture totale de la vessie.

Les critiques peuvent être classées en deux catégories : d'une part, celles qui s'adressent à l'opération elle-même; d'autre part, celles qui concernent les résultats de cette opération.

La suture totale de la vessie a contre elle une difficulté venant de la constitution même de l'organe suturé.

Dans la taille hypogastrique, on évite d'intéresser le péritoine et si l'on fait la suture totale, on réunit des surfaces fibreuses. Or les sutures faites dans ces conditions anatomiques ont peu de chance d'opérer la réunion. Les surfaces séreuses, elles, sont réunies avec la plus grande facilité; témoin le succès constant de la suture de la vessie faite pour une perforation de cet organe au cours d'une ovariotomie, d'une hystérectomie vaginale, etc.

A cette objection, on oppose que la suture de deux surfaces fibreuses, bien que plus lente, moins sûre que la suture des séreuses, est employée chaque jour en chirurgie avec le plus grand succès.

Le traitement de la fistule vésico-vaginale en fait foi. D'ailleurs les nombreuses expérimentations faites sur les animaux ont prouvé que la suture totale de la vessie était possible.

Et puis avec toutes les ressources de l'antisepsie actuelle, avec toutes les précautions de l'asepsie que la chirurgie actuelle possède, pourquoi éviter d'intéresser le péritoine dans la taille sus-pubienne?

On n'a certes plus la hantise de la séreuse péritonéale en gynécologie. Pourquoi serait-elle l'apanage du chirurgien urinaire?

C'est que les voies urinaires sur lesquelles on opère sont presque toujours infectées. Habituellement, l'infection se révèle par des symptômes généraux et par des symptômes locaux. Mais il peut se produire que la vessie ne soit pas saine, bien que rien ne traduise nettement cet état morbide. Et c'est le second argument des détracteurs de la suture totale : difficulté de diagnostiquer l'état du réservoir urinaire.

La réponse à cette objection, c'est qu'en réalité, la difficulté signalée plus haut est quelque peu illusoire. Les données de l'urologie sont assez nettes pour permettre de se rendre un compte suffisamment exact de la santé urinaire d'un sujet.

Autre raison invoquée contre la suture totale : Dans l'extraction d'un calcul presque toujours volumineux ou supposé tel, puisqu'on ne fait pas la lithotritie, il est à peu près impossible de ne pas causer des contusions des bords de la plaie vésicale.

Ces tissus se trouvent dans des conditions très mauvaises pour la réunion.

Réponse : D'abord, si le chirurgien est habile et soigneux, il n'y aura pas de contusion. Rien ne l'empêche de faire une large incision vésicale et d'enlever la pierre avec une longue pince; et puis, afin d'avoir de son côté toutes les chances, on pourrait suivre le conseil de Duchastelet (1), aviver par le grattage les bords de l'incision, comme dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Enfin difficulté du côté du cathétérisme. La sonde, quelle qu'elle soit, s'obstrue soit par des dépôts de sels, soit par des cailllots sanguins.

Réponse : La sonde de Pezzer ou bien celle de Malécot assurent suffisamment l'écoulement de l'urine. Du reste, on peut remplacer la sonde à demeure par des cathétérismes répétés de 2 heures en 2 heures, ou même supprimer tout sondage, comme il a été fait dans certains cas cités au paragraphe des observations. Les critiques les plus vives portent sur les résultats de la suture totale. Cette opération, dit-on, est inutile ou très dangereuse.

Inutile : Les résultats de la réunion secondaire sont aussi rapides que ceux de la réunion primitive. La cicatrice n'est pas meilleure dans un cas que dans l'autre. C'est Albarran qui donne la réponse à cette objection. « On compare, dit-il dans les Annales des maladies des organes génito-urinaires (d'août 1891), les cas où la réunion primitive a échoué à ceux que donne la réunion secondaire et l'on trouve que le temps de la cicatrisation est le même ou à peu près dans les deux cas, ou qu'il peut être sensiblement plus court lorsque la vessie a été bien drainée; mais, pour être logique, il faudrait opposer aux cas de réunion primitive manquée, ceux dans lesquels le drainage ne fonctionne pas.

Il est incontestable : 1° qu'une réunion primitive réussie a de bien plus grandes chances d'être rapide qu'une réunion secondaire.

2° Les cicatrices expérimentales de réunion primitive présentent une solidité au moins semblable à celle du reste de la vessie; il n'en est pas de même après la réunion secondaire. »

Enfin le plus grand argument contre la suture totale : Elle est très dangereuse à cause de l'infiltration d'urine par désunion de la plaie,

Il n'y a qu'à lire les observations publiées, pour constater que ce danger est plutôt théorique, trois cas de mort sur les 30 observations publiées, et, ces trois morts ne sont pas imputables à l'infiltration urineuse.

On a encore dit que lorsque la suture échoue, elle laisse l'opéré dans des conditions plus fâcheuses que si elle n'avait pas été tentée.

Loin d'exposer le malade à de graves accidents, la suture totale lui sera utile, même si elle ne réussit pas.

En effet, d'après Ultzsmann, elle tiendra toujours 3 jours pour le moins; or, au bout de ce temps, le pourtour de l'incision sera le siège d'une inflammation adhésive qui rendra l'infiltration urineuse beaucoup plus difficile.

Les conditions seront les mêmes qu'à la suite de la fistule vésico-vaginale, où, après 3 fois 24 heures, on peut retirer la canule de métal et la remplacer par une

(1) *Revue de chirurgie*, 1883, page 104.

sonde molle. Quand la suture manque, dit Mikulicz, elle ne le fait qu'au bout de la première semaine. La fistule qui en résulte se ferme rapidement et la guérison a lieu 3 semaines après.

5° *Indications et contre-indications de la suture totale de la vessie après la taille hypogastrique pour calcul.* — La suture totale doit être tentée après toute taille hypogastrique faite dans le but d'enlever un calcul. Une seule contre-indication défend cette opération d'après Robert Sorel : c'est l'hémorrhagie vésicale pré-opératoire. En effet, les caillots sanguins s'opposeraient au bon fonctionnement de la sonde et la suture lâcherait. L'infection de la vessie n'est pas un empêchement à l'application de la suture totale.

C'est au moins l'opinion de Robert Sorel. Il suffirait de faire la désinfection des voies urinaires avant l'opération ; mais on peut rencontrer des cas où la désinfection est impossible à réaliser.

Alors la suture totale doit être laissée de côté, comme la suture partielle du reste. La cystotomie pure et simple s'impose. Une sonde hypogastrique suffit pour assurer le drainage de la vessie.

M. le docteur Audry a tenu cette ligne de conduite dans un cas de ce genre et s'en est très bien trouvé.

6° *Soins préopératoires.* — Cette désinfection accomplie par des médicaments internes et par des injections, constituerait les soins préopératoires indispensables au succès de la suture totale.

Donner du salol, faire des injections répétées d'eau boriquée, remonter l'état général : voilà la thérapeutique à mettre en œuvre avant l'opération.

7° *Manuel opératoire.* — La suture totale de la vessie est obtenue par deux plans de suture. Le premier plan passe entre la musculeuse et la muqueuse. Il n'y a pas d'inconvénient cependant à ce qu'il traverse la muqueuse.

Un second plan à la Czerny vient renforcer le précédent.

Aucun danger ne peut venir du catgut, même baigné dans l'urine.

Dans l'angle inférieur de la plaie on met un drain. Le drainage de la vessie doit être assuré par une sonde à demeure de Pezzer ou de Malécot. On peut se passer de sonde à demeure et adopter la méthode des cathétérismes répétés, ou bien laisser le malade uriner spontanément ; mais dans ces deux derniers cas, il est essentiel que la vessie et le canal soient absolument sains et de plus que le malade soit soumis à une surveillance intelligente et active.

8° *Soins post-opératoires.* — Il faut veiller au bon fonctionnement de la sonde. Si la sonde à demeure est obstruée, on doit essayer de rétablir la lumière avec une injection d'eau boriquée et la remplacer par une sonde à béquille, si cette manœuvre ne donne pas de résultat.

Une recommandation doit être faite au malade : de ne jamais faire aucun effort pendant la miction et de ne jamais retenir l'envie d'uriner au cas où on n'emploierait pas de sonde. Enfin, la prudence conseille d'ordonner le séjour au lit jusqu'à cicatrisation complète.

8° *Conclusions. Desiderata.* — D'après ce qui précède, on voit que la suture totale de la vessie constitue un véritable progrès pour la taille hypogastrique. Elle accélère la guérison et n'offre pas les dangers dont on a tant parlé.

Avec toutes les ressources de l'antisepsie actuelle, il semble que l'on pourrait étendre aux plaies de la vessie les avantages de la réunion primitive.

Dietz a exprimé cette pensée que l'idéal de la taille hypogastrique serait d'associer à la suture totale de la vessie l'abstention de tout sondage. Or, on a vu d'après les observations citées que le progrès a été accompli ; et dans le même travail Dietz ajoute : Dans la taille hypogastrique, le soin que l'on prend d'éviter le cul-de-sac péritonéal, prive par cela même le chirurgien d'un auxiliaire puissant. Un jour peut-être, devenu plus hardi encore, redoutera-t-il moins la séreuse et trouvera-t-il dans la plaie voulue du péritoine le moyen d'une prompte et sûre guérison.

Cette modification de la taille hypogastrique par la blessure voulue du péritoine a été proposée pour la première fois par le chirurgien allemand Rydigier.

Il semble possible à cette heure, où l'on manie facilement la séreuse péritonéale, d'utiliser cet organe et de favoriser par ce moyen la suture complète de la vessie.

E. Tailhefer,

interne des hôpitaux de Toulouse.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à la chirurgie des voies biliaires,

par le professeur Thiriar (Bruxelles).

Il n'y a pas encore dix ans que j'ai fait mes premières cholécystectomies. A cette époque, cinq opérations semblables avaient été pratiquées par Langenbuch, de Berlin. Quelques autres interventions bien peu nombreuses, telles que la cholécystolithotripsie, la cholécystotomie, la cholécystostomie et la cholécysentérostomie avaient bien été tentées, mais avec si peu de succès qu'on n'avait guère osé répéter ces malheureuses tentatives. C'était là tout le bilan de la chirurgie des voies biliaires, bilan bien pauvre, bien discuté, mal apprécié surtout en Belgique. Il suffit, pour s'en assurer, de relire les discussions passionnées qui ont surgi lors de la publication de mes deux premières opérations ; discussions au cours desquelles les opinions les plus bizarres, les plus erronées furent émises tant au sujet de l'utilité de ces opérations que du rôle physiologique de la vésicule du fiel.

A la suite de mes communications au Congrès français de chirurgie, la chirurgie des voies biliaires prit corps cependant dans les pays de langue française ; elle ne tarda pas à être pratiquée en France avec ferveur. Le professeur Terrier s'en constitua le plus chaud partisan ; son exemple fut suivi par Péan, Bouilly, A. Broca, Michaux, Périer et tant d'autres encore. Actuellement, la chirurgie des voies biliaires a non seulement acquis droit de cité ; elle est non seulement admise par tous les chirurgiens, mais son champ s'est singulièrement élargi. Ce n'est plus à la vésicule seule que l'on ose s'attaquer ; c'est surtout le canal cholédoque qui a été pris à partie dans ces derniers temps, au grand bénéfice des malades.

Laissant de côté pour aujourd'hui la chirurgie de la vésicule du fiel, je désire attirer l'attention sur l'utilité et même l'innocuité des opérations pratiquées sur le canal cholédoque en me basant sur deux faits qui me sont personnels.

Les opérations que l'on peut actuellement pratiquer sur le canal cholédoque sont assez nombreuses. Elles ont été bien mises en évidence par le professeur Terrier dans le rapport qu'il a présenté sur ce sujet lors de la sixième session du Congrès français de chirurgie (1892). Ce sont :

1° La cholédocholithotripsie qui consiste à écraser sur place le calcul obstruant le cholédoque et cela à travers les parois intactes de ce canal ;

2° La cholédochotomie. C'est l'ouverture du canal

cholédoque pratiquée pour l'extraction d'un corps étranger, ordinairement un calcul;

3° La cholédochostomie, par laquelle on établit la fistulisation cutanée du cholédoque;

4° La cholédochoentérostomie qui est l'anastomose du cholédoque avec une anse d'intestin, surtout avec le duodénum;

5° L'extraction des calculs du canal cholédoque après cholécystotomie avec ou sans lithotritie;

6° Le cathétérisme du canal cholédoque.

Dans les deux opérations que j'ai eu l'occasion de faire, il s'agissait, comme presque toujours du reste, de l'enclavement d'un calcul dans le canal cholédoque ayant déterminé des accidents graves et surtout excessivement douloureux. Dans ma première opération, j'ai fait la cholédocholithotripsie avec cathétérisme des voies biliaires et cholécystectomie consécutive; dans ma seconde, c'est la cholédochotomie qui a procuré la guérison radicale de la malade. Ce sont là des résultats bien encourageants, je suis heureux de les publier, espérant qu'ils apporteront ainsi un argument de plus en faveur de l'intervention lorsqu'il s'agit d'obstruction calculeuse du canal cholédoque.

Observation I. — *Calcul biliaire enclavé dans le cholédoque. Cholédocholithotripsie avec cathétérisme des voies biliaires et cholécystectomie consécutive. Guérison.*

Mme H..., ménagère, 31 ans, de Familleureux, entre dans mon service le 9 janvier 1893. Ses parents sont en vie et bien portants. Elle a toujours été bien réglée et a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 14 ans.

Elle souffre de son affection depuis 3 ans. A cette époque, brusquement, elle ressentit un violent point de côté à droite qui disparut au bout de quelque temps. Il n'y ent pas d'apparence d'ictère et les urines n'avaient guère changé. Six mois après, la même douleur reparut subitement avec plus d'intensité. A partir de ce moment, les accès se reproduisirent à des époques irrégulières, mais de plus en plus rapprochées. Ce n'est que depuis 3 mois que les accès furent accompagnés d'ictère intense. La malade dit avoir retrouvé des concrétions calculeuses dans ses selles. Ces accès devinrent de plus en plus violents; d'après ce que m'écrivit le médecin traitant, le docteur Robert de Manage, les douleurs se localisaient au niveau de la vésicule biliaire; elles étaient tellement violentes que la malade se tordait dans tous les sens. En même temps, elle était prise de vomissements incoercibles et d'une constipation opiniâtre. Un traitement consistant tour à tour en antispasmodiques, morphine, capsules d'éther, capsules de térébenthine, huile de ricin, eau de Vichy, bicarbonate de soude, fut institué inutilement. Rien ne fit et bientôt l'ictère s'établit en permanence. Les selles étaient blanches et renfermaient, de temps en temps, des corps durs, se laissant difficilement évacuer, gros comme des haricots et de couleur brun-grisâtre.

N'éprouvant aucun soulagement, voyant son état s'aggraver et ses douleurs augmenter tous les jours, Mme H... se décida à entrer dans mon service.

Les jours qui précédèrent mon opération ne furent qu'une longue suite d'accès de coliques hépatiques très violentes. L'appétit était nul, le teint était fortement ictérique, les urines fort bilieuses, l'amaigrissement considérable. Pendant les accès difficilement atténués par des injections de morphine à haute dose, les vomissements étaient d'une violence extraordinaire et les douleurs atroces. A la palpation, on sentait le bord inférieur du foie au-dessous des fausses côtes; la percussion dénotait une légère augmentation de volume de cet organe. Il me fut impossible de rien découvrir du côté de la vésicule.

J'attribuai tous les phénomènes observés à l'enclavement d'un calcul dans le canal cholédoque et, le 23 février, mon opinion étant bien établie, je pratiquai l'opération suivante :

La veille, la malade avait pris un bain et on lui avait administré un purgatif. Sous le chloroforme, je pus constater que le lobe droit du foie était très facilement perceptible à la palpation et produisait même un faux ballottement rénal. Je fis une incision verticale le long du bord externe du muscle droit de l'abdomen partant des fausses côtes et arrivant en dessous de l'ombilic. Le muscle droit étant tendu, je le sectionnai en faisant tomber une incision transversale sur la verticale à trois travers de doigt du bord des côtes. L'abdomen fut ainsi largement ouvert, juste au niveau de la vésicule. Celle-ci était toute petite, ratatinée, à peine grosse comme le petit doigt et adhérente au foie par un véritable méso, ce qui en facilita singulièrement la dissection consécutive. En explorant la région, je constatai dans la vésicule près de son col, où ils étaient comme enclavés à l'origine du canal cystique, l'existence de deux petits calculs gros comme des pois; je trouvai, en outre, un calcul gros comme une fève dans le canal cholédoque qui était volumineux et atteignait la grosseur du petit doigt.

Je séparai d'abord la vésicule du foie et, après avoir placé une éponge dans le fond pour recueillir le liquide, je l'incisai largement; par expression, je pus ensuite en faire sortir assez facilement les deux calculs qui existaient dans son col. Après quelques tentatives pour ramener le calcul du cholédoque dans la vésicule, après avoir aussi essayé de le refouler dans le duodénum au moyen d'une sonde cannelée d'abord, d'une sonde de femme en verre ensuite que j'introduisais facilement jusque sur lui par la vésicule et le canal cystique, je réussis à le fragmenter entre le pouce et l'index et il me fut, dès lors, possible de repousser les fragments dans le duodénum au moyen de la sonde en verre. Je fis ensuite, avec une sonde en gomme, le cathétérisme complet des voies biliaires pour m'assurer de leur complète perméabilité.

La vésicule fut ensuite libérée de ses dernières attaches; une double ligature en soie de Chine fut placée sur le canal cystique qui fut sectionné entre les ligatures, et la vésicule fut ainsi enlevée.

La toilette du péritoine ayant été rapidement faite, la plaie abdominale fut refermée par des sutures en soie et un pansement iodoformé compressif fut appliqué. L'opération avait duré une heure un quart.

Les suites de cette opération furent des plus heureuses, il n'y eut aucun vomissement.

Le 24, l'état était très satisfaisant, le pouls à 90, la température à 38°1. L'ictère paraissait déjà un peu diminué; il y avait eu quelques douleurs facilement calmées par des injections de morphine.

Le 25 février, le teint était devenu plus blanc, le pouls était à 120; l'opérée eut une selle colorée.

Les jours suivants, l'état de l'opérée devint de plus en plus satisfaisant; cependant, elle se plaignait d'une certaine douleur à la région opérée, elle avait de l'inappétence, le pouls se tenait entre 25 et 28 pulsations au quart avec une température qui variait entre 38 et 39°4. Les selles étaient tout à fait colorées, le teint se modifiait de plus en plus.

Le 2 mars, le pansement fut levé et on trouva à la partie inférieure de l'incision une assez forte collection purulente occupant le tissu cellulaire sous-cutané. Quelques points de suture furent enlevés et le pus s'écoula en toute liberté; on fit quelques injections au sublimé dans la cavité de l'abcès. A partir de cette évacuation, l'état devint complètement normal. Dès le lendemain, la température tomba à 36°6 le matin, à 37°4 le soir.

Le 4 mars, on retrouva dans les selles le calcul du cholédoque; il était brisé en deux morceaux. L'abcès ne tarda pas à se cicatriser. Les urines redevinrent normales et la teinte ictérique de la peau disparut à peu près complètement.

Le 17 mars, l'opérée se levait toute la journée, tout était cicatrisé; elle sortit le lendemain 18 mars de l'hôpital, radicalement guérie.

Depuis lors, je l'ai revue à différentes reprises; elle a fortement engraissé, la santé est parfaite et elle ne souffre absolument plus.

Obs. II. — *Calcul du cholédoque. Laparotomie avec tentative de refoulement du calcul. Cholédochotomie. Guérison.*

Madame Van P... est âgée de 29 ans et a eu 2 enfants. Etant au quatrième mois de sa seconde grossesse, elle a été atteinte subitement d'un premier accès de colique hépatique, le 24 décembre 1890. Ces accès se répétèrent tous les 8 jours pour ainsi dire d'une façon cyclique. Les crises survenaient toujours de la même façon; le début en était brusque, sans

phénomène prémonitoire, alors que la patiente semblait se relever de l'accès précédent. Au début, il y avait pendant 2 ou 3 jours de fortes douleurs avec engorgement considérable du foie; les vomissements étaient violents, incessants, glaireux, jamais bilieux; l'estomac rejetait tout ce qui était ingurgité. De fortes doses de morphine et le chloroforme étaient nécessaires pour amener un peu de calme.

Les crises revinrent ainsi tous les 8 ou 10 jours jusqu'à 7 mois 1/2 de grossesse; la malade accoucha alors pendant une crise d'un enfant vivant. Dès lors, les accès revinrent irrégulièrement, ils s'espacèrent même un peu; parfois il y avait un intervalle de 3 semaines entre 2 accès; parfois, au contraire, les crises étaient subintrantes, c'est-à-dire qu'une crise nouvelle survenait le cinquième ou sixième jour, alors qu'on espérait que le précédent accès allait prendre fin. Malgré toutes les recherches, on ne trouva jamais de calcul dans les selles.

L'année 1891 se passa ainsi dans des souffrances interminables; toute l'année 1892 fut aussi marquée par des crises d'une intensité extraordinaire, accompagnées de fièvre. La morphine ne suffisait plus, il fallait constamment recourir au chloroforme pour procurer quelque repos à la malheureuse patiente. Les urines étaient fortement bilieuses et le teint était couleur acajou.

Tous les traitements les mieux combinés et les plus scrupuleusement suivis ayant échoué, on me pria de recourir aux ressources de la chirurgie. Le 23 mars je procédai à la laparotomie. Comme pour l'opération précédente, je fis une incision sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen, qui fut ensuite sectionné par une incision transversale. Les intestins étaient très distendus par des gaz, l'estomac présentait une telle pneumatose qu'il vint faire hernie par la plaie et sortit de la cavité abdominale. Tous les organes, estomac, épiploon, côlon, étaient unis par des adhérences au bord et à la face inférieurs du foie. La recherche et la découverte de la vésicule furent très laborieuses, elle n'existait pour ainsi dire plus. Grosse comme le bout du petit doigt, elle était située dans les profondeurs de l'abdomen, cachée sous le foie au milieu d'adhérences nombreuses et très fortes. Elle ne renfermait aucun calcul. Je parvins avec beaucoup de peine jusqu'au canal cholédoque dans lequel je constatai l'existence d'un calcul très mobile, gros comme un bon pois et paraissant être à facettes. J'essayai de l'écraser et de le refouler dans le duodénum avec les doigts; je crus bientôt y être parvenu, car, à un certain moment, il disparut, le canal cholédoque était complètement libre et mes aides comme moi purent constater la disparition de la concrétion.

La toilette du péritoine fut faite rapidement; la plaie de l'abdomen fut très difficilement refermée et suturée à cause de la pneumatose; un pansement iodoformé fut appliqué. L'opération avait duré une heure et demie.

Dans la journée l'opérée eut des vomissements bilieux, chose qu'elle n'avait pas précédemment; cependant les douleurs de la crise hépatique persistaient, très intenses, au point d'arracher des cris à la patiente. Pouls à 20. Température à 36°6. Le soir, grâce à de nombreuses injections de morphine, les souffrances avaient beaucoup diminué.

Le 24 mars. La nuit avait été calme, il n'y avait presque plus de douleur. Pouls normal, encore quelques vomissements bilieux.

Le 29, après un purgatif, elle eut une selle colorée et commença à prendre quelques aliments.

Le 31, la plaie était réunie, il ne s'était plus produit de crise, l'appétit était bon, le teint était devenu presque blanc. Malgré toutes les recherches, on n'avait pas retrouvé le calcul dans les selles.

Le 4 avril, une crise hépatique très violente se déclara, elle était semblable à celles qui avaient précédé l'opération; elle nécessita de fortes injections de morphine; l'ictère reparut intense et les urines devinrent ictériques, boueuses.

Il fallut se rendre à l'évidence, l'opération n'avait donné aucun résultat.

Après une année de souffrances continuelles et terribles, d'accès qui se répétaient constamment et qui nécessitaient parfois en une nuit l'emploi de 200 grammes de chloroforme en inhalations et de 1 gramme 50 centigrammes de morphine en injections, une nouvelle intervention fut décidée. La patiente ne quittait plus son lit, son teint était tout à fait brun acajou et l'émaciation était considérable.

L'opération fut pratiquée le 2 mars 1894, après avoir fait purger la malade la veille, je lui avais fait administrer des poudres de bismuth et de magnésie pour empêcher la pneumatose qui m'avait tant gêné lors de la première intervention. Comme je m'attendais à de fortes adhérences et à de grandes difficultés pour arriver jusqu'au cholédoque, je fis une incision curviligne à concavité supérieure partant de l'appendice xiphoïde et arrivant dans l'hypochondre de façon à avoir largement du jour et de l'espace pour y manœuvrer à l'aise. Tous les organes étaient réunis, agglomérés par de nombreuses adhérences qui les soudaient aussi à la paroi abdominale; il me fallut près d'une demi-heure pour les libérer et arriver sur le bord inférieur du foie. Je ne trouvai plus de trace de la vésicule et je me basai sur l'échancrure du bord du foie pour me diriger vers les profondeurs de l'abdomen à la recherche du cholédoque et du calcul qui devait s'y trouver. Je disséquai ainsi avec le bistouri et les ciseaux la face du foie et je finis par arriver sur une espèce de canal fibreux gros comme le pouce qu'à première vue je crus être le canal cholédoque. Derrière ce conduit je trouvai un calcul enclavé, immobile, arrondi, sur la nature duquel nous hésitâmes un instant. Après quelques tentatives, il fut possible de le mobiliser légèrement de haut en bas. C'était donc bien un calcul, et le canal qui se trouvait dilaté au devant de lui devait être le canal cystique. Je fis une incision sur celui-ci, il s'en écoula un flot de liquide noirâtre, assez poisseux, qu'on aurait pu prendre pour du sang veineux. J'introduisis dans l'ouverture une sonde cannelée pour en explorer l'intérieur et tâcher d'arriver sur le calcul; l'exploration était facile, mais je ne pus pas arriver en contact avec le calcul. Je fermai l'ouverture provisoirement au moyen d'une pince et je m'occupai d'enlever la concrétion. Pour l'enlever, il n'était guère possible de recourir à l'incision; aussi je la fis sortir par effraction: avec un doigt de la main gauche porté en arrière et en dedans du cystique, je le fis passer à travers les parois du cholédoque pendant qu'un doigt de la main droite déchirait la paroi au moyen de l'ongle tout en contrôlant et en guidant la manœuvre. Je pus ainsi l'extraire.

Il m'était complètement impossible d'aller suturer l'ouverture ainsi produite, je ne le tentai même pas; je me contentai de jeter une ligature sur l'ouverture faite au canal cystique. La toilette de toute la région, délabrée, déchiquetée, fut très soigneusement faite, puis je plaçai deux gros tubes à drainage que j'entourai de lanières de gaze iodoformée. Ces tubes étaient percés d'une seule ouverture près de leur extrémité et un d'eux fut placé de façon que son ouverture correspondît à la déchirure du cholédoque afin de favoriser autant que possible l'écoulement de la bile. Le tout fut fixé à l'angle supérieur de la plaie qui fut, après toilette du péritoine, refermée au moyen de nombreuses sutures en soie, un solide pansement fut placé. L'opération avait duré une heure.

Les suites de cette opération furent extraordinairement simples, étant donnée la gravité de l'intervention. La température monta à 38°,5 le lendemain de l'opération, elle fut constamment normale les autres jours.

Pendant les premières 24 heures, la patiente ressentit d'assez violentes douleurs, tout à fait différentes, disait-elle, de celles produites par les accès de colique hépatique; on les calma par de nombreuses injections de morphine (1 gramme pendant la nuit). Il n'y eut pas un seul vomissement.

Le 3 mars, le pansement était complètement mouillé par la bile qui s'écoulait en très grande abondance par les drains. Il fut renouvelé.

Le 4 mars, T. 37°,5. P. 24. La nuit a été bonne. La quantité de bile écoulée est très grande et nécessite plusieurs fois le renouvellement du pansement.

Le 5 mars, la réunion de la plaie paraît assurée, l'état était très satisfaisant.

Le 6 mars, l'opérée, qui ne souffrait plus, commence à prendre des œufs, 6 huîtres avec une petite tartine. L'écoulement de la bile était toujours très fort, le ventre était un peu ballonné et un peu sensible dans la fosse iliaque droite.

Le 10 mars, un drain fut enlevé. Sous l'influence d'un purgatif, il se produisit une selle copieuse, moulée, brun ardoise; les urines sont encore colorées.

Le 12 mars, les selles deviennent plus colorées, les urines commencent à s'éclaircir. Le sommeil est excellent. La sécré-

i on de la bile par le drain a un peu diminué. Appétit. Elle mange du gigot de mouton avec plaisir.

Le 14 mars, enlèvement des sutures et du second drain. Le drainage et l'écoulement de la bile ne sont donc plus assurés que par les mèches de gaze iodoformée.

Le 15 mars, on constate une forte diminution dans l'écoulement de la bile.

Le 17 mars, l'opérée se lève. Les selles sont tout à fait colorées, les urines deviennent claires. La quantité de bile écoulée par l'abdomen va en diminuant progressivement.

Le 19 mars. Depuis deux jours, la quantité de bile sortie par l'abdomen est devenue insignifiante; ainsi, aujourd'hui, après plus de 14 heures, le pansement ne présente qu'une plaque large comme la main teintée par la bile. Les urines sont claires, le teint redevient normal. Je commence à exercer quelques légères tractions sur la gaze iodoformée. L'opérée se promène dans l'appartement.

Le 22 mars, l'état est excellent, la malade descend et se promène au jardin. Il ne s'écoule plus de bile par l'abdomen. La gaze commence à se détacher.

26 mars. Je parviens à enlever une petite portion de la gaze iodoformée; il en fut de même le 28 mars. Le 30, la plus grande partie des lanières était enlevée. L'orifice se rétrécissait à vue d'œil. Le 3 avril, tout ce qui restait des mèches était enlevé et, le 8 avril, je pouvais constater la cicatrisation parfaite. La guérison était complète, il n'existait plus aucune fistule.

J'ai revu mon opérée il y a deux jours. Elle se remet peu à peu de ses trois années de souffrance. Les crises n'ont naturellement plus reparu, les selles sont bien colorées, le teint est blanc clair et, à part quelques tiraillements qu'elle ressent dans le flanc droit, la santé est excellente.

L'enclavement d'un calcul dans le cholédoque est toujours chose grave; à moins que l'obstacle ne disparaisse par la migration du calcul, le pronostic de cette occlusion calculeuse permanente du cholédoque est excessivement sombre, en raison de la cirrhose porto-biliaire, de l'insuffisance hépatique ou des complications de l'infection biliaire ascendante qui en sont les conséquences presque inévitables. C'est à l'intervention opératoire qu'il faut alors recourir pour sauver les malades d'une mort presque certaine au milieu des souffrances les plus longues et les plus pénibles. Dans ces cas graves et compliqués, alors que les moyens médicaux ont échoué, l'hésitation n'est donc pas permise : il faut demander à l'intervention chirurgicale un secours que le traitement interne est impuissant à donner. Elle permet d'obtenir la guérison dans des cas jusqu'à présent considérés comme incurables.

A quelle opération faut-il donc avoir recours dans les cas d'enclavement permanent de calculs dans le cholédoque?

A mon avis, on a le choix entre trois opérations principales bien connues aujourd'hui. C'est la cholécystentérostomie, la cholédocholithotripsie et la cholédochotomie.

A première vue, la cholécystentérostomie, qui consiste à aboucher directement la vésicule biliaire dans un des segments de l'intestin, dans le duodénum de préférence, devrait être préférée en raison surtout de sa facilité relative d'exécution. J'estime qu'il n'en est rien. Excellente comme opération palliative, lorsque l'obstruction du cholédoque est due à des causes qu'il est impossible de faire disparaître, comme par exemple lorsqu'elle provient d'une compression par le fait d'exsudats inflammatoires ou d'un néoplasme développé dans un organe voisin, elle ne convient absolument pas dans les cas d'obstruction calculeuse, pour la bonne raison que tout d'abord elle est impossible à réaliser dans le plus grand nombre des cas, et qu'ensuite elle laisse persister la cause de l'obstruction, l'obstacle au cours normal de la bile, le calcul dont la présence peut être le point de départ de nombreux accidents infectieux, inflammatoires ou douloureux.

Je dis que dans les cas d'enclavement calculeux du cholédoque, la cholécystentérostomie est souvent difficile et même impossible à pratiquer. C'est que, lorsque l'obstruction est due à un calcul, la vésicule est petite, ratatinée, très friable et peut même totalement disparaître, au point qu'on ne la trouve pas au cours de l'opération. Mes deux observations sont des exemples de cette atrophie, de cette disparition. *A priori*, on pourrait croire cependant — et tous les traités de pathologie interne tombent dans cette erreur — que l'obstruction calculeuse du chlolédoque doit infailliblement provoquer la dilatation de la vésicule : les faits cliniques ne sont nullement d'accord avec cette hypothèse. La vésicule, on ne saurait trop le répéter, est alors presque toujours petite, atrophiée, elle a subi des accidents inflammatoires qui peuvent même en provoquer la disparition pour ainsi dire. La cholécystentérostomie devient dès lors impossible à pratiquer. Chose remarquable, l'obstruction du canal cholédoque par toute autre cause, par le cancer surtout, fait subir, au contraire, à la vésicule une énorme dilatation qui facilite singulièrement alors l'exécution de la cholécystentérostomie nettement indiquée dans ce genre d'affection.

Il résulte de ces phénomènes que, contre l'enclavement d'un calcul dans le cholédoque, il faut avoir recours soit à la cholédocholithotripsie, soit à la cholédochotomie. D'une façon générale, j'estime que c'est la cholédochotomie qu'il faut adopter comme opération de choix.

La cholédocholithotripsie, d'après le rapport du professeur Terrier, a été pratiquée 7 fois seulement, dont 6 fois avec succès. Pour la pratiquer, il faut avoir un accès facile jusqu'au canal cholédoque; elle nécessite dans ses manœuvres la plus grande douceur, car souvent les parois du canal sont friables, minces, peuvent facilement se déchirer, se dilacérer; il est, en outre, difficile de chasser les débris du calcul dans le duodénum sans avoir recours à la cholécystotomie, pour aller les repousser avec une sonde. Chez ma première opérée, l'indication de cette opération était nettement démontrée et je devais nécessairement et logiquement essayer prudemment de broyer le calcul; la vésicule était ouverte pour sectionner les calculs qui se trouvaient enclavés dans le col; elle devait être enlevée ensuite en raison de la friabilité de ses parois et de la difficulté qu'il y aurait eu de procéder à la suture de l'ouverture. Une voie était donc toute tracée pour aller refouler le calcul ou ses fragments et les repousser dans le duodénum, il était dès lors inutile de recourir à la cholédochotomie qui serait venue compliquer une situation déjà bien sérieuse par elle-même.

La cholédochotomie est donc l'opération de choix, celle qui sera pratiquée dans le plus grand nombre des cas. Elle n'a été faite que 21 fois jusqu'ici, dont 3 fois en France : 2 fois par Terrier et 1 fois par Quénu (Communication du professeur Terrier à l'Académie, 6 mars 1894). Dans toutes ces opérations, il a été possible d'inciser le canal cholédoque à l'aide du bistouri guidé par l'index. C'est ce que je n'ai pas pu faire et j'ai dû ouvrir le canal cholédoque par effraction pour ainsi dire, par déchirement au moyen de l'ongle et de pressions exercées sur la concrétion, de façon à la faire franchir de force la paroi du cholédoque. Il est également indiqué, lorsque cela est possible, de suturer les lèvres de l'incision faite au canal et certainement j'aurais pratiqué cette suture si j'avais pu la faire, mais, encore une fois, l'exécution de cette suture n'était pas possible dans mon opération. Elle est du reste assez difficile à pratiquer et

manque assez souvent; aussi est-il prudent, dans le but d'éviter un épanchement de bile dans l'abdomen, de ne pas fermer totalement la plaie abdominale, de drainer ou mieux de tamponner avec la gaze iodoformée qui entoure le ou les drains que l'on place jusque sur le canal cholédoque. Ce drainage et ce tamponnement sont indispensables lorsqu'on ne peut suturer l'incision de la paroi du canal cholédoque; les drains doivent être placés directement sur l'ouverture du canal et ils sont percés d'un seul œillet près de leur orifice inférieur; ils recueillent ainsi plus facilement la bile, et l'amènent au dehors. Les lanières de gaze iodoformée qui entourent ces tubes assurent le drainage des liquides qui pourraient provenir des délabrements de la plaie opératoire, elles favorisent surtout la rapidité des adhérences qui doivent isoler la région opérée du restant de la cavité abdominale, et empêcher ainsi l'épanchement de la bile dans l'abdomen.

Pendant les premiers jours, toute la bile passe par les drains; mon opérée en était inondée, elle était complètement souillée, tous les linges, draps, matelas, etc., etc., étaient teints en jaune verdâtre; cet état ne dura que peu de temps; bientôt des adhérences se produisirent, l'incision du canal cholédoque se rétrécit et se cicatrisa et, grâce à la précaution prise de retirer les drains très tôt, de ne pas les laisser séjourner dans l'abdomen, la bile eut plus de facilité de couler dans l'intestin, elle reprit ce chemin, ce qui s'annonça par l'apparition de la coloration des selles. La quantité évacuée par la plaie abdominale diminua ainsi tous les jours et, en quelques semaines, tout était rétabli dans l'ordre normal, physiologique. Opérée le 2 mars, ma patiente voyait déjà le 19, c'est-à-dire 17 jours après, le passage de la bile par la plaie presque supprimé, et le 8 avril, après l'enlèvement de la dernière mèche de gaze, tout était bien cicatrisé.

Cette même opérée accoucha avant terme pendant une crise. De pareils faits se produisent souvent, les crises hépatiques sont fréquemment cause d'avortement ou d'accouchement prématuré. En raison de ces faits, j'estime que a grossesse n'est pas une contre-indication à l'intervention lorsqu'il s'agit de crises hépatiques intenses pouvant amener l'expulsion du fœtus. Il y a là, au contraire, une indication formelle de débarrasser rapidement les patientes de leurs calculs. L'opération a bien peu d'action sur le cours de la grossesse, qui n'en est pas influencée, et il suffit pour s'en convaincre de rappeler ma seconde cholécystectomie. Cette opération fut faite en 1885 chez une dame enceinte de 4 mois; les crises étaient d'une violence telle que la malade avait tenté de se suicider; l'ictère était intense. Je lui enlevai la vésicule du fiel contenant de gros calculs; les crises cessèrent complètement et l'accouchement eut lieu normalement à 9 mois.

Pour me résumer, je poserai les conclusions suivantes :

I. La cholédochotomie est nettement indiquée dans les cas d'enclavement calculeux du canal cholédoque produisant l'ictère chronique et les accidents de la cholémie.

II. Lorsqu'il existe en même temps que cette obstruction calculeuse des calculs dans la vésicule qui nécessitent l'ouverture ou l'ablation de celle-ci, c'est à la cholédocholithotripsie qu'il faut autant que possible recourir. Celle-ci sera suivie du cathétérisme des voies biliaires.

III. La grossesse n'est pas une contre-indication à l'intervention chirurgicale dans les cas de lithiase biliaire nécessitant une opération.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Deux maladies expérimentales à type spinal, par L. Thoinot et J. E. Masselin (*Revue de médecine*, juin 1894, n° 6, p. 450). — Les auteurs ont inoculé le colibacille et le staphylocoque doré, dans la veine marginale de l'oreille de 62 lapins, et ont ainsi obtenu sur 9 animaux une infection générale, suraiguë avec mort rapide, et sur 34, une infection générale à type spinal. Celle-ci s'est présentée sous deux aspects cliniques : tantôt l'affection s'établissait d'emblée, se généralisait vite et emportait les animaux; tantôt elle incubait, et, une fois développée, marchait rapidement ou permettait une survie : toujours grave, l'affection a guéri cependant parfois. Les dix-sept moelles examinées par M. Gombault ont montré surtout, quant à l'examen histologique, des altérations des cellules ganglionnaires de la substance grise, consistant en formations vacuolaires, les tubes nerveux de la substance blanche étaient en général respectés; parfois il existait de l'hypertrophie du cylindre-axe. On n'a pas trouvé de corps granuleux; le tissu névroglique et ses cellules, les vaisseaux sont normaux. Les méninges, les racines rachidiennes, les ganglions rachidiens, les nerfs périphériques le sont également. M. Gombault fait remarquer l'intégrité absolue du système nerveux qui existait chez un des sujets sept mois et demi après la guérison d'une paralysie atrophique très prononcée. Les muscles sont atrophiés par réduction de volume sans lésions dégénératives.

Paralysie générale chez la femme (Remarks upon twenty eight cases of adult female general paralysis), par Ashby Elkine (*The Lancet*, 16 juin 1894, n° 3694, p. 149). — Après diverses considérations sur la fréquence relative de la paralysie générale comparativement aux autres vésanies, étudiée sur une statistique recueillie à l'asile royal d'Edimbourg et portant sur toutes les admissions (6880) faites dans cet asile de 1874 à 1893, l'auteur étudie la paralysie générale chez la femme en se basant sur 28 observations de malades entrées dans les cinq dernières années. Il insiste au point de vue étiologique sur la fréquence croissante de cette affection, tant en général, que chez la femme ; l'âge moyen de 40 ans; sur l'influence de l'état social, les classes supérieures étant presque indemnes, ce sont surtout les classes inférieures de la société, et les prostituées en particulier, qui paient à cette maladie le plus large tribut. Sans doute faut-il en accuser les habitudes d'alcoolisme et la syphilis. Les lésions de la paralysie générale sont identiques en tous cas, mais les formes sont plutôt bénignes, relativement, chez les femmes. Elles se présentent ordinairement sous les signes d'une démence douce, au cours de laquelle n'interviennent que rarement les accidents congestifs. Les rémissions se verraient plus souvent aussi chez les femmes.

Traitement de l'acromégalie par la glande thyroïde desséchée (A case of akromegaly with remarks on treatment by dessicated thyroïd gland), par S. Sales-Cohen (*The medical and surgical Reporter*, mai 1894, p. 740). — L'acromégalie, certains de ses symptômes tout au moins, la céphalée avec hémiopie par exemple, dépendraient d'une augmentation de volume de la glande pituitaire, non pas de nature néoplasique, mais compensatrice, d'où l'idée de combattre cette tendance, en faisant ingérer de cette glande au malade. Celui dont il s'agit, et chez qui cette méthode aurait été suivie de succès, est un cas typique d'acromégalie, tant par les signes du côté de la face, que par l'élargissement des extrémités. Il vint réclamer des soins pour une céphalée pénible s'accompagnant d'hémiopie. Le traitement préconisé eut raison de ces symptômes.

MÉDECINE

Orchite ourlienne double suppurée; péritonite aiguë; mort, par Hornus (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1894, n° 7, p. 49). — Pendant une épidémie d'oreillons qui sévissait à la caserne du Château, un homme de 22 ans vint à la consultation pour une orchite double, d'origine non blennorrhagique (le malade n'a jamais eu la moindre affection vénérienne), survenue après quelques coliques suivies d'une

selle abondante. Les deux testicules étaient pris au même degré. T. 39°5.

On prescrit un traitement topique contre l'orchite, mais dès le deuxième jour on voit se dessiner une péritonite qui emporte le malade en 48 heures. A l'autopsie on trouva les deux testicules transformés en foyers purulents ne renfermant plus trace de tubes séminifères. Les cordons baignaient également dans du pus qui se continuait à travers le canal inguinal. Les anses intestinales et l'épiploon étaient recouverts de dépôts purulents et fibrineux. Rien du côté des autres organes.

Pathogénie de la maladie de Basedow (Zur Pathologie der Basedow'schen Krankheit), par Reinhold (*Munch. med. Woch.*, 1894, n° 23, p. 449). — Le cas rapporté par l'auteur a trait à une femme de 39 ans, entrée à l'hôpital avec le syndrome classique de la maladie de Basedow. Trois mois auparavant elle fut soignée à l'hôpital pour des hématémèses abondantes. A ce moment elle ne présentait aucun signe de la maladie de Basedow. Mais, pendant la convalescence, elle contracta à l'hôpital même une influenza, compliquée, au troisième jour, d'une tuméfaction du lobe droit et moyen de la glande thyroïde. La strumite, dont l'apparition fut signalée par une exacerbation de la fièvre, passa rapidement, et la malade put quitter l'hôpital complètement guérie. Trois mois après elle revenait pour le goître exophthalmique.

D'après l'auteur, la succession des phénomènes — influenza, strumite, maladie de Basedow — montre encore une fois le rôle de la lésion du corps thyroïde dans la production de la maladie de Basedow. Dans ce cas, les autres causes qu'on invoque ordinairement (chagrins, soucis, etc.) ont fait entièrement défaut.

Fièvre typhoïde anormale, par Durand (*Arch. de méd. et pharm milit.*, 1894, n° 7, p. 44). — Il s'agit d'un homme de 19 ans qui, au dix-septième jour d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique extrêmement grave, est pris de gangrène absolument classique dans sa marche et, en tant que phénomènes, ne reste pas limitée aux pieds, mais envahit également les jambes. On assiste à la momification des pieds et des jambes, et deux mois après environ, quand la limite entre les tissus morts et vivants est bien établie, on fait l'amputation de la jambe droite au tiers supérieur et celle de la jambe gauche à l'union du tiers supérieur et moyen. Guérison.

Histologie de la sclérose pulmonaire (Beitræge zur Histogenese der Lungeninduration), par Molly Herbig (*Virch. Arch.*, 1894, vol. CXXXVI, p. 311). — L'auteur a eu l'occasion d'examiner 4 cas de sclérose pulmonaire consécutive à de la pneumonie croupale. Il trouva que le point de départ principal de la prolifération conjonctive était les parois des petites bronches. Le tissu conjonctif néoformé soulève et détruit fréquemment les cellules épithéliales sus-jacentes, pénètre dans l'exsudat fibrineux, amène son organisation et passe finalement dans les alvéoles. Ce mode d'envahissement explique pourquoi le tissu conjonctif se présente dans ces cas sous forme de brides ramifiées.

CHIRURGIE

Ablation d'une tumeur de la moelle épinière (Ein Fall von operativ behandelter Ruckenmarks-Geschwulst), par Saenger et Krause (*Munch. med. Woch.*, 1894, n° 22, p. 431). — Il s'agit d'un homme de 42 ans qui, à la suite d'une chute, est pris de douleurs dans la cavité gauche du thorax. Il entre en septembre 1893 à l'hôpital où l'on ne trouve rien, et le malade est renvoyé dans le même état au bout de quelque temps. En mars 1894, il revient à l'hôpital pour les mêmes douleurs qui, cette fois, occupent déjà en même temps le côté droit du thorax. De plus, parésie très accentuée des membres inférieurs et douleurs en ceinture. Les jours suivants la parésie s'accentue et se transforme en paraplégie douloureuse, avec contractures et analgésie complète des membres inférieurs. L'examen de la colonne vertébrale fait reconnaître l'existence d'une douleur localisée entre la septième et la dixième vertèbre. Diagnostic : tumeur de la moelle épinière qu'on enlève après l'échec du traitement antisyphilitique.

L'opération a été faite par Krause. Incision longitudinale allant de la troisième à la septième vertèbre dorsale, de chaque côté de la base des apophyses épineuses, décollement du périoste, ouverture du canal rachidien à la gouge et au maillet sur une étendue de 10 centimètres. Incision de la dure-mère très tendue, et après l'écoulement du liquide céphalo-rachidien examen de la moelle reclinée à droite. La tumeur, longue de 27 centimètres, épaisse de 18 et large de 10 millimètres, qui se trouvait à la hauteur de la sixième vertèbre, sur le ligament dentelé, a pu être énucléée avec la plus grande facilité après l'incision de l'arachnoïde qui la recouvrait. La tumeur était logée dans une sorte d'excavation de la moitié gauche de la moelle épinière, fortement aplatie à ce niveau. Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée, l'état de collapsus dans lequel se trouvait le malade ne permettant pas de songer à la suture de la plaie.

Le malade ne sortit de son état de collapsus qu'au bout de 48 heures. Il n'avait plus les douleurs intolérables dont il se plaignait avant l'opération. Mais le lendemain le malade fut pris de fièvre avec dyspnée et cyanose et succombait en 24 heures. A l'autopsie on trouva une broncho-pneumonie suppurée et un épanchement sanguin sous la dure-mère cérébrale, épanchement que l'auteur attribue à l'évacuation trop brusque du liquide céphalo-rachidien.

Incontinence de matières fécales guérie par la formation d'un sphincter anal (Eine Sphincterplastik am Mastdarm zur Heilung einer Incontinentia alvi), par Thomas (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. XLVII, p. 340). — Relation d'un cas d'incontinence de matières fécales consécutivement à l'accouchement guérie par le procédé de Gersuny (décollement du rectum sur une hauteur de 7 centimètres, torsion à 170° sur son axe et fixation au niveau de la peau).

BIBLIOGRAPHIE

Maladies du système nerveux. Scléroses systématiques de la moelle, par le Dr F. Raymond, professeur de clinique des maladies du système nerveux, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de 415 pages, avec 122 figures dans le texte. Paris, 1894. Oct. Doin, édit.

M. Raymond a eu l'heureuse idée de réunir la série de ses conférences professées à l'hôpital Lariboisière sur le *tabes dorsalis*, les *pseudo-tabes*, la *maladie de Friedreich*, le *tabes spasmodique*, et certaines affections *spasmo-paralytiques* de l'enfance, dans ce nouveau livre qui continue dignement sa précédente publication sur les maladies amyotrophiques.

***

L'importance nosographique qu'ont conférée au *tabes dorsalis* les travaux récents lui méritent la place qui lui a été assignée dans ce volume, dont il occupe plus de la moitié, représentant ainsi une véritable monographie. L'ataxie locomotrice y est exactement mise au point des recherches modernes, et c'est en s'autorisant de découvertes personnelles que l'auteur justifie le parti qu'il prend dans la discussion critique consacrée à l'analyse des doctrines controversées qui règnent sur le mécanisme, la nature et l'origine de la *maladie de Duchenne*.

Il nous a paru que M. Raymond, en dépit des restrictions imposées par les obligations de l'enseignement, considérait surtout le tabes comme une maladie dont les lésions intéressent à la fois tout le système nerveux, prenant d'emblée certaines parties du cerveau, de la moelle et peut-être des nerfs périphériques, encore que sa définition la réduise tout d'abord à « une myélite parenchymateuse systématique des cordons postérieurs, myélite qui envahit progressivement toute la masse des cordons postérieurs et la substance grise avoisinante, pour dégénérer en sclérose » (p. 9).

Dans le premier chapitre, consacré à la *symptomatologie*, est reproduit un tableau synoptique très complet, qui synthétise les signes si multiples et si variés de cette affection. Chaque catégorie de ceux-ci est ensuite étudiée en général, puis chacun des symptômes en particulier avec les développements relatifs qu'il comporte. Nous ne pouvons entrer ici, on le conçoit, dans l'analyse de ces descriptions, non plus que de celles qui concernent l'*évolution* et le *diagnostic*, très

étendues et très précises ; mais, il importe, quant à l'*étiologie*, que nous indiquions l'opinion de l'auteur sur ce qu'il pense de la question de l'origine syphilitique du tabes. A son avis, et l'on ne saurait à cet égard ne pas s'y ranger : l'intervention de la syphilis n'est pas nécessaire, car s'il est démontré que la grande majorité des tabétiques est syphilique, il est vraisemblable seulement par là que la syphilis a une part directe ou indirecte au développement de l'ataxie.

Les parties les plus intéressantes de l'*anatomie pathologique* du tabes sont celles qui concernent les lésions de début de la moelle épinière.

L'exposé s'aide ici non seulement d'observations puisées aux sources, mais encore de faits personnels et de descriptions basées sur des dessins reproduisant les lésions histologiques. L'auteur admet que le processus sclérosique des cordons postérieurs est d'origine parenchymateuse. La démonstration anatomique de la systématisation des altérations selon les données de Flechsig termine cette partie en ce qui concerne l'axe spinal.

On devait également s'attendre, connaissant certaines recherches de M. Raymond, à ce qu'il s'étendît particulièrement sur l'examen des lésions du cerveau dans le tabes. Il rappelle en effet, en premier lieu, les résultats des travaux de Jendrassik, puis relate les recherches de contrôle pratiquées sous sa direction par Nageotte et confirmatives de ses vues.

Les chapitres consacrés à la *physiologie pathologique* sont particulièrement à noter. Le mécanisme du *réflexe du genou* est rapporté par l'auteur, non pas à un réflexe musculaire, mais à un réflexe tendineux; les troubles de la sensibilité objective et ceux de la coordination motrice reconnaîtraient une origine cérébrale. C'est à des désordres de la perception consciente, consécutifs à l'altération, plus haut reconnue, des fibres d'association cérébrales nécessaires au jeu de la perception et de la volonté dont dépend la coordination volontaire, qu'est due l'ataxie des mouvements quand ces fibres sont lésées.

Les diverses *théories* générales du *tabes* sont indiquées, successivement discutées et rejetées en dernier lieu, tant celle de Leyden que celle de Marie et de Déjerine. L'hypothèse de Jendrassik, sur l'origine cérébrale, attend encore des faits nouveaux qui la confirment. En réalité, il n'existe pas actuellement de conception satisfaisante; il est seulement « vraisemblable que le tabes est une maladie dont les lésions se développent le plus souvent sous l'influence d'un principe infectieux ou toxique (toxine de la syphilis), lésions qui intéressent à la fois et d'emblée certaines parties du cerveau, de la moelle, et peut-être même du système nerveux périphérique ».

Les chapitres attribués au traitement complètent l'histoire du tabes.

***

Les *pseudo-tabes* ne figurent qu'à titre de complément et, bien qu'ils ne soient pas des entités morbides, ils n'en sont pas moins décrits avec beaucoup de détails cliniques sur lesquels le diagnostic est établi avec soin.

La *maladie de Friedreich*, à la connaissance de laquelle l'auteur a contribué l'un des premiers, dans notre pays, occupe plusieurs des chapitres suivants. Le *tabes spasmodique* est ensuite l'objet d'une étude critique basée sur de nouveaux documents et M. Raymond peut conclure alors, avec moins de réserve qu'il ne l'avait fait autrefois dans son travail du *Dictionnaire encyclopédique*, que cette prétendue entité doit être reléguée au rang des syndromes : toutefois, il combat aussi l'opinion récemment formulée selon laquelle M. Marie attribue le nom de tabes spasmodique à la seule maladie de Little. Il range celle-ci, en se fondant sur les travaux de Freud, à titre de simple type clinique, à côté de tous ces autres états morbides dont l'ensemble forme, à son avis, un seul groupe, celui des affections *spasmo-paralytiques infantiles* : la paralysie spasmodique infantile, la diplégie cérébrale, l'hémiplégie infantile, l'athétose double, etc.

***

On se rendra compte par ce qui précède, encore que nous ayons dû nous en tenir à des généralités, ne pouvant nous arrêter ni à la description, ni à la discussion, que les *Leçons sur les scléroses* systématiques de la moelle présentent un double intérêt consistant, d'une part, en une érudition et en une richesse documentaire d'un choix incontestable ; d'autre part, en une originalité de conception remarquable sur un grand nombre de questions discutées.

Aussi, tant parce qu'il ne manquera pas d'instruire même ceux auxquels ces notions sont déjà plus ou moins familières, que par ce qu'il les fera connaître aux autres; et qu'il inspirera, grâce à ses inductions, le désir de certaines recherches, ce livre apportera-t-il à la science un appoint louable.

Paul Blocq.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Contribution a l'étude des hydronéphroses, par Alfred Navarro.

L'évolution anatomique des hydronéphroses est variable selon que l'obstacle est permanent et complet (hydronéphroses fermées), permanent et incomplet (hydronéphroses ouvertes), intermittent (hydronéphroses intermittentes). Mais elles aboutissent toujours à la sclérose de l'organe. Le rein hydronéphrotique, même quand la lésion est très considérable, suffit souvent aux besoins de l'organisme. La néphrectomie pour hydronéphrose, sauf dans des cas rares, doit être condamnée. L'hydronéphrose par rein mobile est due à la compression de l'uretère par le rein déplacé ; son évolution est lente et se fait en trois périodes bien nettes au point de vue clinique et anatomo-pathologique. L'hydronéphrose traumatique existe et est due probablement à une hématonéphrose : elle doit être distinguée de l'infiltration d'urine péri-rénale, qui ne s'enkyste que si l'épanchement se fait dans la capsule fibreuse. L'hydronéphrose calculeuse existe et elle est relativement fréquente. Elle est une indication à la néphrolithotomie.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — *Le professeur Rollet.* — La médecine française portera longtemps le deuil du clinicien éminent et du distingué savant que vient de perdre la Faculté de Lyon. M. le professeur Rollet, dans sa vie de labeur persévérant, a successivement poursuivi divers ordres de recherches et toujours il y a fait preuve d'une rare sagacité, d'une conscience scrupuleuse et du plus ferme bon sens.

Tous les médecins savent ce que la pathogénie des maladies vénériennes lui doit d'investigations judicieuses, qui l'ont conduit, il y a plus de trente ans et à une époque où la nosographie médicale était singulièrement troublée, à des découvertes qui ont justement rendu son nom célèbre. L'Ecole de l'Antiquaille lui doit une grande part de sa renommée. Sa mort, rapprochée de celle de Diday, rend encore plus cruel le deuil qui la frappe à de si courts intervalles.

Appelé à la chaire d'hygiène de la Faculté de Lyon, Rollet donna à son enseignement un caractère qui répondait bien à ses qualités principales.

Analysant avec la plus grande précision et une sévère impartialité les questions doctrinales, il en exposait les applications à la prophylaxie avec une parfaite clarté et une érudition très étendue. L'hygiène professionnelle, si importante dans la région lyonnaise et dont il s'était toujours préoccupé avec ardeur et succès depuis son beau travail sur la syphilis des verriers, lui est redevable de nombreuses recherches, dont il faisait bénéficier les industries locales et qui mériteraient assurément d'être recueillis dans une œuvre spéciale. Aussi avait-il acquis une grande et légitime autorité auprès des administrations publiques et notamment au Conseil d'hygiène du Rhône dont il était le président honoré et écouté.

Correspondant de l'Institut, associé de l'Académie de médecine, entouré de l'affection des siens dont les plus proches illustrent déjà la profession médicale, le professeur Rollet laisse le plus enviable souvenir.

— Nous avons aussi le regret d'apprendre le décès de M. le Dr Mayard, ancien professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Limoges.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

L'exercice illégal de la médecine et les tribunaux.

Le *Bulletin médical* a reproduit récemment un jugement qui mérite à bien des égards l'attention du corps médical. Sur une plainte du syndicat médical du Sud-Est, le parquet de Grenoble avait fait citer M. l'abbé Roux, curé de Mens, sous la prévention d'avoir, dans cette localité, en 1894, exercé illégalement la médecine sans être muni d'un diplôme régulier en prenant habituellement part aux traitements des maladies et des affections chirurgicales, délit prévu et puni par les articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892.

Les considérants du jugement reconnaissent que le prévenu recevait chez lui, deux fois par semaine, les personnes qui désiraient le consulter et qu'il les traitait toutes par les granules Mattéï, médicament reconnu inoffensif par la Faculté de médecine de Paris (*sic*); il ne vendait pas de granules, mais il les désignait seulement sur un morceau de papier que l'on remettait au pharmacien qui faisait lui-même les mélanges et les dilutions nécessaires; en outre, l'abbé Roux, paraît-il, ne fait rien pour attirer la clientèle, il ne répond même pas aux lettres et il ne prend jamais aucun honoraire.

« Attendu, dit enfin le jugement, qu'il n'est pas sans importance de considérer aussi que la loi du 30 novembre 1892, qui, de l'avis de ses auteurs, a été conçue dans un sens plus libéral et plus large que la loi de ventôse an XI qu'elle a remplacée; qui a eu pour but de défendre l'humanité souffrante contre les entreprises de l'ignorance et du charlatanisme, et de protéger le corps médical, si utile à la société; qui toutefois tolère, ainsi que l'on peut le voir dans l'exposé des motifs, les magnétiseurs, les masseurs et les arracheurs de dents qui restent dans les limites de leur art, ne peut avoir pour effet d'incriminer celui qui, comme l'abbé Roux, n'a fait de mal à personne, qui a fait, au contraire, beaucoup de bien en dirigeant, avec intelligence et dévouement, l'application d'une médication qui est connue de tous, que les pharmaciens vendent, que beaucoup de malades préfèrent, mais que les médecins ne veulent pas employer, non qu'il la considèrent comme dangereuse ou nuisible, mais seulement parce qu'ils la tiennent pour absolument inutile. »

Le prévenu a été acquitté et la partie civile condamnée à tous les dépens.

Les médecins peuvent-ils approuver un tel jugement? Sans doute le brevet d'inutilité juridiquement octroyé aux granules électro-homéopathiques Mattéï ne soulèverait pas beaucoup de contestations parmi eux et ils ne pourraient qu'en savoir gré au tribunal; de là à conclure que ce qui est inutile est toujours sans danger, ce n'est assurément pas en médecine qu'on y saurait souscrire.

Comment ne pas en appeler à des juges mieux informés de cette opinion, qui veut que « l'application d'une *médication* », faite par une personne étrangère à l'art de guérir, ne constitue pas un fait d'exercice illégal de la médecine? Le prévenu, il est vrai, partageait cette faveur avec les magnétiseurs, les masseurs et les arracheurs de dents, compagnie dans laquelle le jugement le place; mais qui ne voit que cette catégorie a été expressément désignée dans la loi, parce qu'elle est autorisée à appliquer une partie exclusive et très limitée de l'art médical?

On conçoit sans peine que ce jugement ait été frappé d'appel et nous n'insisterions pas davantage s'il ne fallait y reconnaître la tendance actuelle des tribunaux à interpréter la loi de 1892 dans un sens singulièrement étroit et inquiétant. Il y a peu de temps, en effet, que la cour d'Angers acquittait une sage-femme du Mans, préalablement condamnée par le tribunal de cette ville pour exercice illégal de la médecine dans les circonstances suivantes : « Considérant, dit l'arrêt de la Cour, que de l'examen du dossier il résulte que l'inculpée s'est uniquement bornée, vis-à-vis des personnes qui sollicitaient ses soins, à pratiquer sur elles par-dessus leurs vêtements des passes magnétiques, à appliquer sur le bras du sieur H... un barreau magnétique et à conseiller à la plupart comme boisson l'eau aimantée;

» Considérant que si, sous l'empire de la loi de ventôse an XI qui ne définissait pas l'exercice illégal de la médecine, ces faits pouvaient être réprimés, il n'en sau-

rait être de même depuis la loi du 30 novembre 1892 qui a défini, quoique en termes assez vagues, ledit exercice illégal;

» Considérant en conséquence que la veuve Blin, en se livrant sur diverses personnes aux pratiques magnétiques ci-dessus relatées et en conseillant l'absorption d'eau aimantée, ne saurait être considérée comme ayant exercé un traitement ou prescrit des médicaments de nature à entraîner contre elle les peines édictées par la loi de novembre 1892. »

Tel est ce nouveau jugement qui, rapproché du premier, montre quelle interprétation les tribunaux sont disposés à donner à la loi du 30 novembre 1892. Or, que dit celle-ci dans son article 16? « Exerce illégalement la médecine : 1° toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire et des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée... »

La loi de ventôse an XI ne définissait pas l'exercice illégal, dit-on, et, par suite, elle assurait plus aisément la répression que le texte qui précède. Or, nous savons tous qu'en raison même du caractère général et indéterminé de la loi de ventôse les tribunaux, se faisant juges des pratiques de l'art médical, de ses médications, hésitaient à poursuivre et à réprimer dans un trop grand nombre de cas. Pendant trois quarts de siècle, le corps médical a lutté pour faire cesser un tel état de choses, dont ne pouvaient profiter que les charlatans de toutes catégories et de tous costumes, et voilà qu'après s'être efforcé de définir avec soin et précision l'exercice illégal, on viendrait lui dire que celui-ci est devenu plus difficilement répressible! Ce serait une bien fâcheuse malechance et pour lui et pour la société tout entière.

Fort heureusement, tous les tribunaux n'ont pas adopté cette manière de voir. On vient de nous citer celui de Nice qui, dans une affaire similaire, a rendu un jugement très différent de ceux de Grenoble et du Mans. Il s'agissait d'un individu qui, sans diplôme et sans percevoir d'honoraires, conseillait une médication, non inscrite au Codex, à toutes les personnes qui venaient le consulter; il a été condamné au maximum pour exercice illégal de la médecine.

Certes, toute définition est toujours dangereuse et décevante, *res periculosa definitio;* mais ici le texte n'est-il pas assez clair? Il faut assurément qu'il y ait habitude ou direction suivie pour qu'il y ait exercice illégal; cette concession, très sage, n'empêche pas que le fait fondamental, consiste dans l'absence du diplôme ou dans l'application de pratiques non autorisées par celui-ci, comme dans le cas de la sage-femme poursuivie. Ainsi que l'a récemment fait observer M. Moulé au comité d'hygiène, « la loi, ni dans son texte, ni dans son esprit, ne se fait juge de modes de traitement pratiqués par les hommes de l'art; le législateur s'est borné à demander le diplôme. » Or, le curé de Mens ne possédait aucun diplôme, de même que la sage-femme du Mans n'était pas autorisée par le sien à pratiquer autre chose que des accouchements naturels; il serait difficile, d'autre part, d'admettre que le fait de recevoir à jours fixes des malades et de conseiller toujours une même médication, fût-elle absente du Codex, ne constitue pas la continuité de traitement ou l'habitude exigées par la loi pour qu'il y ait exercice illégal?

Ainsi, les tribunaux, dans les deux circonstances que nous venons de signaler, se sont faits juges des procédés de traitement. S'ils le pouvaient sous l'empire de la législation précédente puisqu'elle ne définissait pas l'exercice illégal de la médecine, il faut bien reconnaître que, sous peine de n'avoir aucun sens, la législation nouvelle a eu précisément pour but de leur éviter toute indécision à cet égard, tout choix délicat en l'absence de connaissances spéciales; car elle a borné l'appréciation de l'exercice illégal à la possession ou non du diplôme, dès que le conseil médical sort du cercle familial ou de la conversation courante pour devenir une habitude, pour revêtir le caractère d'une profession permanente. Le législateur a assurément voulu frapper, abstraction faite du mode de traitement pratiqué, tout exercice de l'art de guérir sans diplôme de médecin. Autrement, si les tribunaux étaient encore maîtres d'apprécier les modes de traitement, le texte ancien n'aurait eu besoin d'aucune modification, et son changement n'aurait pas été poursuivi avec autant d'ardeur par tous les médecins et pendant si longtemps.

On argue, il est vrai, de certaines observations consignées dans les rapports parlementaires et de certains incidents survenus au cours des discussions auxquelles la loi du 30 novembre 1892 a donné lieu à la Chambre des députés et au Sénat. Toujours il a été entendu, suivant l'expression de M. Chevandier, que le conseil donné éventuellement est une chose louable, mais que l'habitude de conseiller des médicaments, sous le couvert de la complaisance ou de la charité, constitue une usurpation réelle et par suite le délit d'exercice illégal de la médecine. M. Cornil, d'autre part, était disposé à laisser aux tribunaux la plus large appréciation de tous les détails, de toutes les formes sous lesquelles se présente l'exercice illégal, mais à la condition que l'obligation du diplôme fût considérée comme la condition primordiale.

Il est, on le voit, extrêmement urgent de faire trancher par les tribunaux d'appel et même par la Cour de cassation les graves difficultés soulevées par les jugements de Grenoble et d'Angers; à défaut de l'action du ministère public, il convient que les associations médicales qui ont cherché à défendre les intérêts professionnels dans ces circonstances, fassent ce nouvel effort. Autrement la véritable signification que le corps médical a, quant à lui, donnée au texte de la loi de 1892, ne tarderait pas à être méconnue. Si la cour souveraine en décide autrement, une nouvelle modification de loi devra être, sans tarder, poursuivie auprès du gouvernement et des Chambres pour le plus grand intérêt de la société elle-même. Il n'est pas de textes qui doivent être plus clairs et plus précis que ceux qui visent la préservation de la santé et la guérison des maladies.

A.-J. M.

REVUE GÉNÉRALE

La syphilide pigmentaire.

Parmi les affections que M. le professeur Fournier a étudiées sous le nom *d'affections parasyphilitiques*, nous trouvons, au premier rang, *la syphilide pigmentaire* que cet auteur définit : « Une manifestation syphilitique, » consistant en des bigarrures hyperchromiées, lesquelles » se produisent sur la peau sans avoir été précédées » d'aucune éruption et lesquelles aussi, dans l'immense » majorité des cas, se localisent curieusement sur une » région spéciale, à savoir le cou. »

La syphilis peut produire, dans bien des circonstances, des altérations de la pigmentation normale des téguments. Ainsi, on peut observer des macules pigmentaires consécutivement à des chancres de la peau, à des syphilides de variétés diverses, qu'elles soient ou non résolutives; mais il ne s'agit, dans ces cas, que de troubles secondaires, consécutifs à une lésion antérieure dont la macule est le reliquat.

Il n'en est pas de même dans la *syphilide pigmentaire* proprement dite, que les auteurs allemands appellent *leucodermie syphilitique* et qui serait plus exactement désignée sous le nom de *mélanodermie syphilitique*. Celle-ci se développe d'emblée, primitivement, avec les caractères qu'elle possédera lors de son complet développement; elle n'est précédée, accompagnée ni suivie d'aucune manifestation d'un autre genre qui lui soit directement liée. Maculeuse dès son début, elle reste telle jusqu'au moment où elle disparaît. Elle doit être considérée comme le type des pigmentations *primitives* que produit la syphilis, et cela à cause de la fréquence avec laquelle on la rencontre, de ses caractères tellement caractéristiques que la constatation, même en l'absence de tout autre symptôme, de ce *collier de Vénus*, permet d'affirmer, dans l'immense majorité des cas, l'existence d'une syphilis.

Il est singulier que cette manifestation de la syphilis ait passé si longtemps inaperçue des syphiligraphes et qu'elle n'ait été décrite pour la première fois qu'au milieu de notre siècle par Hardy (1855). En revanche, depuis cette époque elle a donné lieu à un très grand nombre de travaux, tant en France qu'à l'étranger, et pourtant l'accord est loin d'être fait entre les syphiligraphes sur sa nature, sa durée, ses formes, sa pathogénie, son anatomie pathologique.

A l'étude de cette question se rattachent surtout, en France, les noms de Pillon, Saintin, Romalo, Legendre, de Fisson, qui en ont fait le sujet de leur thèse inaugurale, ceux de Mauriac, Leloir, Cornil, Darier, Jullien, Chauveau, et surtout celui du professeur Fournier qui en a donné la meilleure description clinique.

En Italie, Tanturri, Gamberini, Pellizzari; en Allemagne, Neumann, Neisser, Schwimmer; à Copenhague, Haslund; en Angleterre, Hancok, Creswell, Pirrochi, Drysdale, Taylor; en Amérique, Atkinson, l'ont étudiée à divers points de vue. A Vienne, Kapozi n'admet pas son existence. Nous aurons, d'ailleurs, l'occasion de retrouver la plupart de ces noms au cours de notre étude.

Certains auteurs (Haslund, Neisser, Riehl) ont considéré la syphilide pigmentaire comme consécutive à une efflorescence syphilitique antérieure, maculeuse pour Haslund, papuleuse pour les deux autres. Leloir pense que, dans certains cas, les syphilides papuleuses pourraient être le point de départ d'une dépigmentation qui, d'abord très circonscrite, s'étendrait progressivement.

D'après Romalo, le *début* aurait lieu par une hyperpigmentation générale de la région sur laquelle se développera la syphilide pigmentaire; plus tard, il se produirait par places un certain degré de décoloration et l'affection serait constituée.

Pour M. Fournier, elle se développe primitivement sous forme de traînées maculeuses sans mélange *in situ* d'aucun élément éruptif. L'opinion de cet auteur : macules primitives et primitivement hyperpigmentées, disposées dès le début sous formes de traînées, est généralement admise aujourd'hui, du moins en France.

Une fois constituée, la syphilide pigmentaire présente un certain nombre de caractères cliniques qui permettent de la reconnaître avec la plus grande facilité. La description qu'en donne M. le professeur Fournier est magistrale; nous lui ferons de nombreux emprunts.

D'après les statistiques de cet auteur, c'est au cou que, 29 fois sur 30, siège la syphilide pigmentaire. Elle peut pourtant s'observer sur toutes les régions du corps. Il n'est pas rare de la voir s'étendre de la région cervicale sur les parties supérieures du dos ou de la poitrine et alors c'est, le plus souvent, au devant des régions axillaires qu'elle est surtout marquée; plus rarement elle envahit l'abdomen, les régions lombo-dorsales, les cuisses, surtout leur face interne, les membres supérieurs. Il est exceptionnel de la constater à la face. Dans la plupart des observations de Romalo, Saintin, de Fisson, lorsqu'elle existait en un point quelconque du corps, on pouvait en même temps la constater au cou; mais cette règle a présenté quelques exceptions.

Tantôt cette pigmentation syphilitique entoure le cou à la manière d'un véritable collier, d'une *guipure aréolaire* (Maireau), tantôt elle forme un demi-cercle entourant la face postérieure et les parties latérales du cou; tantôt enfin elle n'existe que sur les parties latérales. La largeur de ce collier est variable, mais comprend au moins la plus grande partie de la hauteur du cou.

Les taches qui constituent l'éruption sont de simples macules caractérisées uniquement par de l'hyperpigmentation. Par ailleurs, la peau est parfaitement normale à leur niveau. Elles ne sont ni saillantes, ni déprimées, l'épaisseur de la peau n'est ni augmentée, ni diminuée, et le toucher ne révèle aucune modification dans la consistance des téguments; enfin il n'y a pas, d'après M. Fournier, contrairement à l'opinion de certains auteurs, de desquamation. Comme seule et unique lésion, on constate donc, d'après cet auteur : « une peau hyperpigmentée, hyperchromiée par places et rien autre; c'est le masque de la grossesse, c'est le chloasma utérin transporté sur le cou et rien de plus ». Ces taches sont disposées en séries, et comme elles se touchent par leurs bords, elles forment de véritables bandes irrégulières qui, en s'anastomosant, constituent une sorte de réseau de dentelle à larges mailles, ces mailles étant formées par des parties plus blanches. Ce réseau hyperpigmenté a des bords irréguliers. Au niveau de ces bords, la coloration brune disparaît progressivement, par une transition insensible, et non brusquement. La teinte des parties grises est un peu variable suivant les individus; elle est d'un gris plus ou moins foncé, bistré, ou noir sépia. Variable d'ailleurs comme intensité de coloration, tantôt elle n'est appréciable qu'à un examen attentif, tantôt, au contraire, elle offre une coloration d'un gris foncé, brun, *nigricant*. Enfin, dans certains cas, ce réseau pigmenté affecte une teinte ocreuse par association à la nuance grise d'un certain reflet jaunâtre, jaune sale. Le plus souvent, cette hyperpigmentation donne au cou un aspect sale, crasseux.

Les îlots blancs, entourés par ces parties foncées, ont des formes arrondies ou ovalaires, parfois irrégulières et comme formées de plusieurs segments de cercle. Leurs

limites, avons-nous dit, sont peu nettes. Leurs dimensions, un peu variables, peuvent être réduites à celles d'une lentille, ou atteindre celles d'une pièce de cinq francs. Ordinairement, leur diamètre est à peu près celui d'une pièce de cinquante centimes ou de un franc.

Ces parties blanches contrastent nettement avec les parties colorées qui les entourent, ce qui donne au cou l'aspect *pommelé*. Comme les tons foncés font valoir la blancheur des parties qui ne sont pas hyperpigmentées, il en résulte que leur coloration paraît plus claire que celle de la peau normale; il en résulte un aspect vitiligineux qui explique la dénomination de *Leucodermie syphilitique* que les auteurs allemands donnent à la syphilide pigmentaire.

M. Saintin a démontré expérimentalement qu'il n'y a là qu'une illusion d'optique. Il fait deux trous dans une feuille de papier blanc. L'un de ces trous est placé au niveau d'une plaque blanche; l'autre sur une partie saine de la peau. On voit alors que la tache, en apparence vitiligineuse, est, en réalité, plus pigmentée que la peau normale d'une région voisine. Ce fait est confirmé par les examens histologiques. Le terme de leucodermie est donc impropre; celui de pseudo-leucodermie (Al. Renault) rend compte de l'illusion d'optique sans préjuger des lésions anatomo-pathologiques; mais c'est celui de mélanodermie syphilitique qui lui serait surtout applicable.

La syphilide pigmentaire se développe sans aucun trouble fonctionnel, sans aucun symptôme subjectif, les troubles de l'état général qui peuvent l'accompagner sont, comme elle, le résultat de l'infection syphilitique ou d'une affection intercurrente.

Une fois constituée, elle persiste ainsi sans desquamation, sans prurit, sans douleur et aussi sans aucune tendance soit à augmenter, soit à diminuer d'étendue ou d'intensité. Elle est donc *fixe* et dans son *siège* et dans son *aspect*.

Sa *durée* est longue, d'après la plupart des auteurs, et si quelques-uns pensent, à tort, qu'elle peut être de quelques semaines seulement, d'autres, au contraire, et c'est le plus grand nombre, soutiennent qu'elle est toujours de quelques mois au moins et qu'elle peut persister pendant plusieurs années. D'après M. Fournier, il est très difficile de déterminer cette durée d'une manière précise; mais elle doit excéder au bas mot un an et demi à deux ou trois ans, et elle serait susceptible de dépasser ce terme. Il n'a jamais vu de syphilides pigmentaires disparaissant rapidement, par exemple quelques semaines ou quelques mois après leur apparition.

Quant au mode de *terminaison*, s'il est indiscutable que celle-ci a toujours lieu par la disparition complète de cette coloration anormale, en revanche le mécanisme par lequel se produit cette guérison est fort mal connu. Pour les uns, il y aurait disparition progressive de l'hyperpigmentation : telle est l'opinion des auteurs qui la considèrent comme une mélanodermie; pour d'autres, il y aurait réapparition du pigment dans les points qui avaient l'aspect vitiligineux : c'est là l'opinion des auteurs qui en font une leucodermie.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'affection commence à rétrocéder, elle disparaît rapidement; au bout de quelques semaines, il n'en reste aucune trace.

Dans une récente discussion à la Société berlinoise de dermatologie sur l'*étiologie* de la syphilide pigmentaire, Lewin, Isaac, etc., admettent que la leucodermie peut s'observer en dehors de la syphilis.

En France, au contraire, la conviction générale est que la constatation de cette lésion est, lorsqu'elle a quelque netteté, « un certificat de syphilis, la signature de la vérole sur le cou du malade. » La syphilis serait donc sa seule cause déterminante.

D'après M. Fournier, elle apparaît ordinairement dans la deuxième moitié de la première année et dans le cours de la deuxième année qui suivent l'apparition de la syphilis (chancre). Cette assertion s'applique au plus grand nombre des cas; pourtant, MM. Al. Renault, Saintin, Maireau, etc., l'ont observée à une période beaucoup plus précoce et même moins de deux mois après l'apparition du chancre.

De Fisson, Romalo se sont demandé dans quelles syphilis on rencontrait la syphilide pigmentaire, quelle indication on pouvait tirer de son existence, au point de vue de la gravité de l'infection syphilitique. Ils ont conclu de leurs recherches que cette lésion n'indique nullement une syphilis grave et que son apparition n'assombrit en aucune façon le pronostic de la vérole.

Il y a quelques années, la syphilide pigmentaire était considérée comme exceptionnelle chez l'homme, comme étant l'apanage presque exclusif de la femme. Il est démontré aujourd'hui qu'il n'en est rien : sur 215 syphilitiques du sexe masculin, M. Leloir de Lille l'a trouvée 10 fois. De Maïeff, à l'hôpital militaire de Saint-Pétersbourg, l'a constatée 18 fois chez 448 syphilitiques hommes. Haslund enfin l'a rencontrée chez 30 pour 100 des hommes atteints de syphilis secondaire.

Il n'en reste pas moins certain que sa fréquence chez la femme est beaucoup plus considérable, puisqu'on l'a trouvée chez 42, 50, 60 et même (Haslund) 65 pour 100 des syphilitiques de ce sexe.

La finesse et la blancheur de la peau, une chevelure brune, le tempérament lymphatique, de même que la chaleur irradiante (Neisser), n'ont qu'une importance étiologique très accessoire.

Ajoutons qu'on peut la constater chez les jeunes enfants atteints de syphilis acquise et qu'elle se comporte chez eux comme chez l'adulte. Nous ne l'avons pas vue signalée dans la syphilis héréditaire.

Pour se faire une idée exacte des *lésions histologiques* qui caractérisent l'anatomie pathologique de la syphilide pigmentaire, un certain nombre d'auteurs ont pratiqué des biopsies. Quelques autres ont eu l'occasion de recueillir des lambeaux de peau sur des sujets morts d'une affection intercurrente.

D'après les résultats qu'ont donnés ces examens, on doit admettre que l'opinion adoptée par les auteurs allemands qui en font une leucodermie est erronée. Les recherches de Tanturri ont démontré que dans les points considérés comme vitiligineux il existe autant de pigment que dans les régions qui, d'après Bazin, en seraient dépourvues. En tous les points il persiste du pigment; il n'y a donc pas d'achromie, de vitiligo.

Hardy, Pillon, Maireau, Leloir pensent qu'il y a d'une part hypochromie au niveau des plaques blanches, d'autre part hyperchromie au niveau des bandes brunes. Cette opinion est contredite par un examen histologique de M. Audry qui a trouvé dans les parties décolorées au moins autant de pigment qu'à l'état normal.

Cette opinion est aussi celle de Ignazio Tortora, Bockhardt qui rejettent énergiquement celle de Neumann, Riehl, Neisser, Haslund. L'hyperpigmentation, constante au niveau des zones brunes, est produite par des dépôts pigmentaires dans les couches superficielles du derme, et par une augmentation des granulations pigmentaires dans les couches profondes de l'épiderme.

En outre, de Maïeff a trouvé des altérations des artérioles, épaissies au point d'être presque oblitérées, et Bockhardt des thrombus dans la plupart des artérioles et des veinules de la couche sous-papillaire, et, autour, des amas de pigment.

Saintin aurait constaté des lésions indiquant une inflammation chronique de la peau.

Audry a vainement recherché ces altérations vasculaires et cette dermite. Il a constaté seulement, comme nous l'avons déjà dit, de l'hyperpigmentation.

Nous serons bref sur la *pathogénie* de la syphilide pigmentaire, car nous aurions à signaler seulement une série d'hypothèses. Nous passons sous silence les opinions des auteurs qui en font une leucodermie.

Gambérini incrimine la faculté chromatique qu'acquerrait le sang par suite de l'infection syphilitique.

D'après Diday, le sang chez les syphilitiques subit une altération particulière de la matière colorante ou mieux une disposition à laisser aller celle-ci se déposer dans les tissus, ainsi que le prouve la couleur cuivrée des syphilides. Si, à la suite de l'état chloro-anémique qui marque les premières phases de la vérole, une cause quelconque agit de façon à augmenter la congestion ou à favoriser la stase sanguine, il y aura changement de teinte.

M. Leloir serait porté à rattacher ces troubles de la pigmentation à des lésions nerveuses centrales ou périphériques : il aurait trouvé à leur niveau des modifications de la sensibilité.

M. Jullien attribue la syphilide pigmentaire à une altération des capsules surrénales qui, dans la syphilis, seraient touchées comme les autres organes lymphatiques. Mais il ajoute que son opinion, simple vue de l'esprit, ne repose sur aucune constatation anatomo-pathologique.

Pour ce qui est de sa *nature*, de ses rapports avec la syphilis, Fox l'avait séparée des manifestations de la syphilis *floride;* il l'avait classée parmi les accidents *post-syphilitiques*. Plus récemment, M. Fournier l'a placée parmi les accidents *para-syphilitiques*, c'est-à-dire qu'elle est produite par la syphilis, mais qu'elle se différencie des accidents syphilitiques proprement dits parce qu'elle est constituée par une lésion (hyperpigmentation) qui, dans son principe, n'a rien de spécifique et parce qu'elle est absolument réfractaire aux traitements anti-syphilitiques.

En effet, le mercure, l'iodure de potassium, isolés ou associés, n'ont sur son évolution aucune influence. Il en est de même des traitements externes qui ont été essayés. « Le temps, a dit Tanturri, est le seul remède de la syphilide pigmentaire. »

Le *diagnostic* de la syphilide pigmentaire est des plus faciles : cette pigmentation bistrée, comparable à un réseau, qui donne aux téguments l'aspect pommelé, est absolument caractéristique et permet de la reconnaître même à distance.

La confusion avec le *lentigo* (taches de rousseur) est impossible. L'hyperchromie due à la *phthiriase* est diffuse, parsemée d'un plus ou moins grand nombre de cicatrices blanchâtres, de forme linéaire comme la direction du grattage; elle est surtout marquée à la nuque et à la partie supérieure du dos. Les *mélanodermies* donnent à la peau une coloration diffuse uniformément répartie.

Dans la *maladie d'Addison*, la pigmentation se manifeste parfois sous forme de taches; mais celles-ci existent sur la face et les muqueuses; la teinte est bronzée.

Le *chloasma* des femmes enceintes ne siège que sur la face.

Les *cicatrices* décolorées sont ordinairement déprimées, leur surface est souvent gaufrée; les commémoratifs faciliteront encore le diagnostic.

Les plaques de *vitiligo* se reconnaîtront à leur coloration d'un blanc de lait, à la décoloration des poils.

Un grand nombre de *syphilides cutanées* peuvent laisser après elles des macules qui ne prêteront pas à erreur; elles ne donnent pas aux téguments l'aspect pommelé; la macule n'est que le reliquat d'une lésion antérieure, la syphilide pigmentaire au contraire est primitive.

Chez certaines femmes lymphatiques on voit se dessiner, surtout sous l'influence du froid et aux membres inférieurs, des *marbrures* dont la disposition en réseaux rappelle parfois celle de la syphilide pigmentaire. Mais leur coloration violacée ne permet pas l'erreur.

Nous ne saurions terminer cette brève revue sans dire qu'à côté de la syphilide pigmentaire typique que nous avons étudiée, il existe un certain nombre de pigmentations syphilitiques primitives, moins importantes parce que leur aspect en général n'est pas caractéristique.

M. Maireau en a décrit une forme sous le nom de *syphilide pigmentaire simple*, par opposition à la *pommelée*. Ici la pigmentation est irrégulière, diffuse, formée de placards diversement hyperchromiés, ou de traînées capricieuses. Cette hyperchromie ressemble à toutes celles qu'on peut observer dans la chlorose, la convalescence des fièvres graves, etc. La coexistence d'autres accidents spécifiques permet seule de se prononcer sur sa nature.

M. Fournier a observé un cas de syphilide pigmentaire de la face simulant un masque de femme grosse; chez une autre femme il s'était formé un large placard noirâtre.

Enfin chez une malade du même auteur quelques îlots décolorés et véritablement vitiligineux alternaient avec des taches hyperchromiques, l'ensemble constituant une véritable *leuco-mélanodermie syphilitique*.

Sous le nom d'*alopécie leucodermique*, Haslund a récemment décrit des alopécies en taches du cuir chevelu. Ces taches, assez rapprochées, de la grandeur moyenne d'une pièce de cinquante centimes, sont caractérisées par : 1° une raréfaction ou, rarement, une disparition des cheveux; 2° une dépigmentation du cuir chevelu. (On sait que pour Haslund la syphilide pigmentaire est une leucodermie.) Elles peuvent être généralisées à toute l'étendue du cuir chevelu ou localisées à une partie seulement. Ce même auteur considère comme analogues les alopécies en tache des sourcils; et il admet que, au niveau des îlots blancs de la syphilide pigmentaire, dans les régions même où il n'existe que des poils follets, ces poils sont très raréfiés.

L'alopécie leucodermique ne peut être recherchée que chez l'homme, après que les cheveux ont été coupés ras (à la tondeuse).

Si maintenant nous nous demandons quelle importance il faut attacher à la syphilide pigmentaire proprement dite en tant que moyen de diagnostic de la syphilis, nous voyons que certains auteurs allemands, loin de la considérer comme un certificat de vérole, ne lui attachent aucune valeur. Ils prétendent qu'on peut la constater aussi bien chez les individus non syphilitiques que chez ceux qui sont atteint de vérole.

M. le professeur Fournier, tout au contraire, lui attache une grande importance : quoiqu'il ait observé chez une tuberculeuse avancée une mélanodermie qui simulait celle de la syphilis, comme c'est la seule fois qu'il ait vu le signe du « collier de Vénus » mis en défaut, il trouve qu'elle est « justement considérée comme con- » stituant un témoignage authentique, un certificat de » syphilis. »

On peut donc dire que l'existence dans la région cervicale d'une syphilide pigmentaire nettement dessinée est un signe presque absolument caractéristique de la syphilis et que, dans tous les cas, sa constatation doit diriger les recherches dans le sens de la syphilis.

P. Le Damany, interne à l'hôpital Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Artérite oblitérante de la fémorale suivie d'atrophie musculaire du membre inférieur, par MM. les Drs J. Collet et P. Chatin.

Nous avons récemment observé un cas d'artérite fémorale qui se sépare par un point de sa symptomatologie des observations classiques. De plus l'histoire de ce malade soulève, comme on va le voir, une question spéciale d'hygiène professionnelle sur laquelle nous n'avons pas à insister, notre maître M. le professeur agrégé Roque devant y revenir dans la thèse de son élève Guichard. Nous nous bornerons donc à rapporter ici l'observation clinique recueillie par l'un de nous, en la faisant suivre des quelques considérations pathogéniques qu'elle nous a suggérées.

Duch. Paulin, âgé de 35 ans, entre le 31 mars 1894 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, à la clinique du professeur Bondet, suppléé par M. Roque.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Il a trois frères ou sœurs bien portants.

Deux enfants bien portants. Sa femme n'a jamais eu de fausse couche. Pas de maladies nerveuses connue dans sa famille.

Il a eu la jaunisse à 19 ans et une variole bénigne à 24.

Depuis cinq ans il exerce le métier de bourrelier, et son travail consiste à bourrer des colliers avec de la paille, au moyen d'un instrument dont le manche prend son point d'appui sur l'aine droite, et que l'ouvrier pousse d'un coup de reins vigoureux. La partie moyenne de l'aine est donc soumise à un traumatisme répété que quelques ouvriers évitent en la garnissant d'une forte pièce de cuir sur laquelle ils font porter le manche de l'instrument: notre malade n'a jamais usé de ce moyen.

Il y a quatre ans il a commencé à ressentir des douleurs revenant par accès dans la cuisse et jusque dans le mollet et le pied. Ces douleurs survenaient surtout à l'occasion des mouvements et de la marche. Le malade ne pouvait pas faire 100 ou 150 mètres sans éprouver une crampe qui le faisait boiter, puis l'obligeait à s'arrêter; il se remettait à marcher après un instant de repos, présentant en somme les caractères de la claudication intermittente.

Il y a sept à huit mois, un jour qu'il poussait son instrument avec vigueur, il a ressenti dans l'aine et le long de la partie antéro-interne de la cuisse une douleur très vive; les jours suivants il a eu des douleurs à la partie postérieure de la cuisse et jusque dans le mollet; plus tard enfin, ces douleurs ont affecté le trajet du sciatique, et se sont irradiées dans les orteils comme c'est le cas maintenant.

Au bout de douze jours d'un repos complet, il avait repris son travail, lorsque, deux mois après, par suite d'un effort (il montait chez lui un sac de charbon), les douleurs ont reparu. Depuis il a dû suspendre de nouveau son travail, et, à cette époque il ne pouvait pas faire 50 mètres, et plus tard même 10 à 20 mètres sans boiter.

Depuis deux mois seulement il s'est aperçu de l'amaigrissement de sa jambe droite.

Actuellement on constate une atrophie prononcée du membre inférieur droit, portant sur toutes ses masses musculaires. Les mensurations donnent, à 25 centimètres au-dessus de la base de la rotule, 0,35 sur la cuisse droite et 0,39 sur la gauche, à douze centimètres 0,27 sur la droite et 0,32 sur la gauche; sur les jambes des mensurations pratiquées à une distance croissante de la pointe de la rotule ont donné 29, 25 et 20 centimètres du côté sain, et seulement 27, 22 et 20 du côté malade.

Il est impossible de sentir les pulsations artérielles sur le trajet des vaisseaux du membre inférieur droit; on ne les perçoit ni sur la pédieuse, ni sur la tibiale postérieure, ni dans le triangle de Scarpa, points où on les perçoit très fortement du côté sain.

L'artère fémorale est sentie au-dessous de l'arcade de Fallope comme un cordon dur, dont l'auscultation ne donne aucun résultat.

La jambe droite présente un peu d'œdème dur à sa partie inférieure; il a un peu diminué après l'entrée du malade à l'hôpital. La peau a un état particulier, très lisse et souple, mais elle est encore rosée.

Entre les orteils, quelques petites exulcérations; l'une d'elles, située sur la face externe du quatrième orteil, arrondie, a gardé le même aspect pendant toute la durée d'observation du malade.

Les douleurs sont spontanées, exce sivement vives, suivant le trajet du sciatique, mais surtout intenses vers le cou-de-pied, sur le pied, et au niveau des orteils. Par la manœuvre de Lasègue on provoque facilement des douleurs dans le jarret droit, mais elles ne s'irradient pas jusqu'au pied. Pas de points douloureux nets sur le trajet du sciatique. Pas de troubles de la sensibilité à la piqûre et au contact; la piqûre est sentie aussi entre les orteils et au voisinage des ulcérations. Pas de thermo-anesthésie.

Le malade accuse une continuelle sensation de froid dans le membre malade. La température locale, prise à la face dorsale du pied, est de 34°6 du côté malade, et de 35°6 du côté sain.

La recherche de l'excitabilité faradique pratiquée comparativement sur les adducteurs a donné les résultats suivants: avec le chariot de Dubois-Reymond on a à 10 seulement une légère contraction du côté malade; du côté sain on obtient déjà à 13 une contraction appréciable, à 12 et 11 une plus forte, à 10 une contraction énorme. Sur les muscles postérieures de la jambe on a une contraction nette à 11 1/2 du côté sain; on ne l'obtient qu'à 9 du côté malade.

En somme, avec un courant galvanique de 2 éléments, on a du côté sain une contraction forte à la fermeture du pôle négatif, du côté malade une contraction légère. Même résultat à l'ouverture du pôle positif.

En résumé, il y a une diminution nette de l'excitabilité faradique et galvanique du côté malade, mais pas de réaction de dégénérescence.

Pendant le séjour que le malade fit à l'hôpital, les phénomènes notés à l'entrée persistèrent sans grande modification. Les douleurs intolérables résistèrent à la morphine, au chloral, au bromure, au sulfonal, mais cependant se calmèrent un peu 15 jours avant la sortie du malade. A ce moment la petite ulcération de l'orteil persistait encore; le refroidissement du pied avait augmenté, et l'on constatait, sur le dos de celui-ci, une large tache érythémateuse limitée par une ligne de démarcation nette sans bourrelet et qui semblait le présage de phénomènes gangréneux à brève échéance.

En résumé, il s'agit d'un cas d'endartérite oblitérante de la fémorale développée peu à peu sous l'influence d'un traumatisme répété. Cette endartérite s'est manifestée au début par le phénomène de la claudication intermittente, puis a été suivie, non pas de gangrène, mais d'un léger degré de refroidissement du membre, de douleurs continues et excessives, de quelques troubles trophiques, et enfin d'une *atrophie musculaire de tout le membre.*

En raison de ces douleurs et des troubles trophiques, on pouvait tout d'abord songer à une névrite du nerf crural provoquée par la contusion directe des branches de ce nerf au niveau de la région inguinale: cependant le domaine des branches du crural n'était certainement pas seul en cause; il fallait absolument admettre aussi dans cette hypothèse la névrite du sciatique que rien n'expliquait d'ailleurs. Enfin, un examen plus approfondi du malade mettait en lumière l'oblitération complète de la fémorale et la suppression des battements non seulement au niveau de ce vaisseau, mais encore sur le trajet de l'artère poplitée, de la tibiale postérieure et de la pédieuse. Très certainement ces phénomènes entraient pour une part dans la production des symptômes décrits ci-dessus.

Il s'agissait donc d'une artérite oblitérante. Le traumatisme incessamment répété avait produit l'inflammation sourde de l'artère qui s'était, sous cette influence, peu à peu oblitérée. Cette oblitération, partielle

d'abord, avait produit les phénomènes de claudication intermittente étudiés par Bouley d'abord chez le cheval et par Charcot chez l'homme. Charcot, dans l'étude qu'il a faite de ce symptôme, le donnait déjà comme un symptôme du début de l'endartérite. C'est ce qui s'est produit dans notre cas et non seulement chez l'homme en question, mais chez plusieurs de ses camarades employés au même travail. Notre homme, en effet, nous raconte qu'une boiterie passagère n'était pas rare parmi les bourreliers qui travaillaient avec lui. M. Guichard, élève du service, a fait à ce sujet une enquête chez les ouvriers de Lyon travaillant à cette confection des colliers et a trouvé que, malgré la précaution prise de protéger par un coussinet leur région inguinale, la claudication n'est pas rare chez eux, consécutivement à des séances de travail un peu prolongées.

Pendant quatre ans donc, notre malade n'a pas eu d'autre symptôme morbide que cette claudication, d'ailleurs toujours accompagnée de douleurs. Il ne s'agissait encore pour lui que d'une *méiopragie* fonctionnelle, selon le mot créé par Potain, qui a fait place à des phénomènes plus graves lorsque la coagulation a amené l'oblitération complète de l'artère.

Si des phénomènes gangréneux ne sont pas survenus, c'est que la circulation collatérale, par la voie détournée de l'ischiatique, anastomosée avec les branches perforantes de la fémorale profonde, avait eu, depuis longtemps déjà, le temps de se développer peu à peu. Chez notre malade, l'artérite avait créé progressivement cette disposition spéciale des artères de la cuisse qu'on observe à la suite de la ligature de la fémorale, disposition qu'on retrouve d'ailleurs chez certains individus à l'état physiologique. C'est là, en effet, une anomalie artérielle dont tous les traités classiques font mention.

Mais, ce que l'observation que nous rapportons présente de particulièrement intéressant, c'est l'*atrophie musculaire en masse de tout le membre.* En parcourant les traités de chirurgie, nous n'avons pas trouvé dans les cas d'oblitération artérielle ce symptôme signalé; il n'est pas noté non plus dans les faits d'endartérite oblitérante progressive signalés par Friedlænder, Winiwarter, Heidenreich.

Il semble qu'il faille invoquer là des lésions nerveuses, ou tout au moins des troubles nerveux. Si l'on rapproche les phénomènes consécutifs aux obstructions artérielles des accidents pathologiques consécutifs aux obstructions veineuses, on voit que cette hypothèse est assez plausible. En effet, les troubles nerveux résultant des obstructions veineuses sont nombreux, et Vaquez (1) explique par ce mécanisme un grand nombre des phénomènes jusque-là mal interprétés des phlébites.

Trousseau (2) déjà, puis Graves (3), enfin Klippel (4), ont signalé la paralysie presque complète du membre inférieur atteint de *phlegmatia alba dolens.*

Quénu a signalé une forme névralgique de la phlébite. Les névralgies sciatiques ne sont pas rares chez les variqueux et sont attribuées par cet auteur aux phlébites profondes des *vasa nervorum.*

Quant aux troubles trophiques signalés à la suite des thromboses veineuses, ils sont très nombreux, à commencer par l'œdème qui n'est pas toujours sous la dépendance du fait mécanique de l'oblitération. De Brun (5) a signalé le purpura, Lépine (6) les taches ecchymotiques. Enfin Verneuil a décrit le pied-bot phlébitique avec atrophie des muscles de la jambe. Pinard (1) et Vaquez (2) ont signalé des cas semblables. Klippel (3), en décrivant les névrites consécutives aux œdèmes, note l'altération dégénérative des muscles correspondant à ces nerfs.

(1) Vaquez, Th. de Paris, 1892.
(2) Trousseau, *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 661.
(3) Graves, *Clin. de Graves.* Trad. de M. Jaccond, t. II.
(4) Klippel, *Arch. de méd.*, 1889, p. 5 et 186.
(5) De Brun, Th. de Paris, 1884.
(6) Lépine, cité dans *Clin. de Potain*, 1894. Art. de Vaquez.

Qu'on admette pour expliquer les troubles nerveux dans les phlébites la théorie de Klippel qui invoque, en se basant sur des faits expérimentaux, l'altération directe du nerf par le liquide de l'œdème; ou qu'on invoque, avec Quénu, une phlébite intra-fasciculaire du nerf, il reste à savoir si on peut généraliser et admettre, à côté de ces névrites d'*origine veineuse*, des névrites d'*origine artérielle.*

Les observations récentes de MM. Joffroy et Achard (4), de MM. Dutil et Lamy (5) permettent de répondre affirmativement.

La première de ces observations est particulièrement intéressante pour nous, parce qu'elle présente avec la nôtre deux caractères communs: atrophie musculaire et diminution de la contractilité électrique sans réaction de dégénérescence. Une intervention chirurgicale nécessitée par les troubles trophiques a permis de pratiquer l'examen microscopique des vaisseaux et des nerfs. Les lésions étaient caractérisées par une névrite parenchymateuse jointe à l'oblitération de la plupart des artérioles intra-fasciculaires. Ces deux lésions étaient associées dans un rapport à peu près constant qui permet de supposer entre elles une relation de cause à effet.

A côté des névrites traumatiques, infectieuses ou toxiques, et des névrites d'origine veineuse, il y aurait donc place pour une névrite d'origine artérielle.

Nous aurions d'autant plus de tendance à appliquer à notre cas cette ingénieuse conception de MM. Joffroy et Achard, appuyée d'ailleurs pour leur cas particulier sur l'examen histologique, que notre malade présentait, comme le leur, une atrophie des masses musculaires, atrophie difficile à expliquer sans l'intermédiaire de la névrite. On nous objectera l'absence de réaction de dégénérescence comme contraire à l'hypothèse de névrite, mais, cette réaction faisait également défaut dans le cas de MM. Joffroy et Achard où les lésions de névrite ont été anatomiquement constatées.

Il ne s'agit pour nous évidemment que d'une hypothèse, puisque le contrôle de l'autopsie nous manque, mais, les ressemblances des deux observations, et la nécessité d'admettre le nerf comme intermédiaire entre l'obstruction artérielle et l'atrophie des muscles, nous ont paru des causes suffisantes pour essayer de classer notre cas à la suite des observations de névrites vasculaires artérielles de MM. Joffroy et Achard.

REVUE DES CONGRÈS

23e CONGRÈS DE CHIRURGIE ALLEMANDE

CORPS THYROÏDE

Myxœdème. — *M. Sonnenburg* a signalé un cas où, à la suite de l'extirpation partielle d'un goitre suffocant chez une femme de trente ans, il survint très rapidement un myxœdème aigu. On lui fit suivre alors le traitement par l'ingestion des glandes thyroïdes crues. Une amélioration notable ne tarda pas à se manifester, mais, la malade ayant abandonné son traitement, les mêmes phénomènes se reproduisirent.

(1) Pinard, Phlébite des membres, art. de Vaquez, *Clin. de Potain*, 1894.
(2) Vaquez, Phlébite des membres, *Clinique de Potain*, 1894.
(3) Klippel, *loc. cit.*
(4) Joffroy et Achard. *Arch. de méd. exp.*, 1889.
(5) Dutil et Lamy. *Ibid.*, 1893.

M. Tillmans signale un cas de myxœdème considérablement amélioré par l'ingestion de glandes thyroïdes crues, chez un garçon de trois ans qui n'avait pas de glande thyroïde. La glande thyroïde du mouton est particulièrement efficace. On peut l'administrer en cachets. ***M. v. Eiselsberg*** cite un autre cas tout à fait analogue.

M. Wœlfler, en revenant sur l'observation de M. Sonnenburg, fait observer qu'il n'est pas toujours possible de conserver une partie de la glande thyroïde dans les opérations de goitre. Dans un cas, il a pu conserver la portion rétro-trachéale de la glande qu'il amena entre la trachée et le muscle sterno-mastoïdien.

Métastase carcinomateuse d'un goitre faisant fonction de glande thyroïde. — *M. v. Eiselsberg.* — Il s'agit d'une femme de 46 ans qu'en 1886 on opère, à la clinique de Billroth, par la thyroïdectomie totale, d'un goitre suffocant. Quelques mois après apparaissent les symptômes caractéristiques du myxœdème qui, deux ans plus tard, s'améliorent spontanément et finissent même par disparaître en même temps qu'une tumeur s'était progressivement développée sur le sternum. En 1891 elle revint à la clinique, sans traces de myxœdème, pour se faire enlever la tumeur sternale qui, par son volume et les douleurs qu'elle occasionnait, était devenue très gênante. La tumeur fut enlevée avec la partie correspondante de l'os, et l'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un carcinome. L'opération fut bien supportée et la malade guérit, mais quelque temps après elle fut reprise de son myxœdème qui ne s'améliora plus à la suite d'une nouvelle tumeur développée sur la clavicule gauche.

D'après M. v. Eiselsberg, cette observation montre qu'une néoplasie maligne d'origine thyroïdienne peut être appelée à remplir certaines fonctions physiologiques de la glande, comme le démontre la disparition du myxœdème après le développement de la tumeur sternale, et sa réapparition après l'ablation de cette dernière.

Métastases osseuses dans le goitre. — *M. Middeldorpf* a rapporté un cas de métastases osseuses d'origine thyroïdienne, qui s'est présenté dans les conditions suivantes.

Il s'agit d'une femme de 56 ans qui entre à l'hôpital pour une tuméfaction douloureuse de la région sacro-iliaque gauche. La malade ayant des antécédents tuberculeux, on pensa à une affection tuberculeuse, et après ponction de la tumeur, qui n'amena pas de pus, on y fit des injections iodoformées. La malade paraissait améliorée sous l'influence de ce traitement, lorsqu'on constata l'apparition d'une tumeur molle, fluctuante au niveau de la protubérance occipitale externe. On fit une incision qui montra une tumeur molle, très vasculaire, ayant envahi les os du crâne. Croyant avoir affaire à une tumeur maligne, on ferme la plaie après excision d'une parcelle qu'à l'examen microscopique on reconnut pour un adénome métastatique de la glande thyroïde. La malade portait en effet au cou une petite tumeur mobile à laquelle on n'avait pas fait attention au commencement.

Plus tard la malade eut une série de fractures spontanées, notamment du fémur, de l'humérus droit et de l'humérus gauche. Peu de temps après, la malade succombait dans le marasme.

A l'autopsie on constata que les fractures étaient consolidées et que des métastases existaient aussi bien au niveau des fractures que dans la colonne vertébrale et le poumon. La tumeur de la région occipitale avait perforé le sinus transverse, ce qui probablement a contribué à la dissémination de la tumeur.

Goitres calcifiés rétro-sternaux. — *M. Wagner* a eu l'occasion de faire trois fois l'ablation des goîtres rétro-sternaux. L'opération est très facile et l'énucléation de la tumeur, ordinairement du volume d'une noix et renfermant dans son intérieur des masses calcifiées, ne présente aucune difficulté.

La symptomatologie de ces tumeurs est très singulière : les malades sont oppressés, toussent, maigrissent et se croient atteints de phthisie. Le cou a conservé sa configuration normale, mais, par la palpation, en enfonçant les doigts derrière le sternum, on peut toujours constater l'existence d'une petite tumeur dure entre la trachée et la face postérieure du sternum.

Kyste lingual. — *M. Hœckel* a pu faire l'examen microscopique d'un petit kyste de la base de la langue enlevé chez un garçon de 18 ans. La paroi interne du kyste était tapissée d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles ; dans l'épaisseur des parois on voyait des amas de follicules analogues à ceux de la glande thyroïde et revêtus à leur face interne de cellules cubiques. Or on sait que le foramen comme de la langue et la glande thyroïde ont la même origine et se développent aux dépens de la partie antérieure du pharynx fœtal qui se déprime en cul-de-sac. Le conduit thyro-glosse qui occupe la ligne médiane du cou dans l'épaisseur de la base de la langue est un de ces vestiges. Ce conduit peut devenir le point de départ des kystes qui se développent soit au-dessus de l'os hyoïde, soit dans l'épaisseur de la langue, soit au devant du larynx.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Infection des plaies. — *M. Schimmelbusch* a signalé ses anciennes expériences (voyez *Mercredi méd.*, 1893, p. 227) sur la rapidité d'infection des plaies. Il a pu constater que les bactéridies charbonneuses déposées à la surface d'une plaie externe, envahissent les organes internes au bout d'une demi-heure. Dans les mêmes conditions, on peut retrouver les staphylocoques au bout de dix minutes.

Plus la plaie est récente, plus la pénétration des bactéries dans les organes internes se fait rapidement. La pénétration est également plus rapide lorsque, au lieu de déposer les cellules à la surface de la plaie, on les fait pénétrer par frictions. Les plaies obtenues par les agents chimiques ou le fer rouge absorbent moins vite que les autres plaies ; de même l'absorption est plus rapide à la surface des plaies récentes qu'à celle des plaies anciennes.

M. Heule a fait des expériences qui, d'une façon générale, confirment celles de M. Schimmelbusch. Il ne pense pourtant pas que les données du laboratoire doivent être reportées directement, sans restriction, à la clinique. Dans la pratique, en effet, les microbes qui entrent en jeu ont souvent une virulence atténuée et l'infection reste plus ou moins localisée. Du reste, si l'on dépose à la surface des plaies, chez des lapins, une culture atténuée du streptocoque, on peut enrayer l'infection en désinfectant la plaie six heures après. Mais si la désinfection est faite plus tard, l'animal succombe à l'infection.

M. Messner a étudié les avantages respectifs du pansement aseptique et du pansement antiseptique, en procédant de la façon suivante. Il prenait des lapins de la même espèce, du même poids et du même âge, et leur faisait aux mêmes endroits une plaie identique qu'il infectait avec une même culture pyogène et qu'il recouvrait ensuite, dans une série, d'un pansement aseptique et, dans une autre, d'un pansement antiseptique. Les animaux de la première série ont tous succombé, ceux de la seconde ont tous guéri.

Crâniectomie. — *M. Tillmans* établit d'une façon très nette que la crâniectomie ne peut donner des résultats satisfaisants que dans la microcéphalie tenant à la soudure précoce des sutures du crâne. Si les échecs ont été nombreux, c'est que cette distinction n'a pas été établie et que le plus souvent on a opéré dans la microcéphalie par arrêt de développement du cerveau. Personnellement M. Tillmans a fait la crâniectomie dans deux cas de microcéphalie par soudure prématurée des sutures, et les résultats qu'il a obtenus ont été très satisfaisants.

Pustules avec gangrène de la peau. — ***M. Rotter*** a observé un homme de 21 ans qui, n'étant pas syphilitique, ni albuminurique ni glycosurique, présenta une première poussée de pustules hémorrhagiques avec gangrène étendue de la peau, puis une seconde analogue, et enfin une troisième qui cette fois ne fut pas suivie de gangrène. Il put isoler dans le liquide hémorrhagique des pustules un micro-organisme, un bacille, dont les cultures inoculées à des animaux provoquaient chez eux les mêmes lésions que chez le malade. De plus, quand, après l'inoculation des cultures, on faisait aux animaux une injection de sérum du sang du malade, l'infection n'avait pas lieu, c'est-à-dire qu'on immunisait les animaux.

Eczéma des chirurgiens. — *M. Lassar* pense que l'eczéma des mains des chirurgiens est produit par les antiseptiques qui produisent des altérations cutanées à peine appréciables, mais suffisantes pour expliquer la sensibilité particulière de la peau. C'est ce qui explique la fréquence de la récidive. Pourtant il suffit souvent de changer d'antiseptique pour voir l'eczéma disparaître.

Comme prophylactique, M. Lassar conseille les frictions des mains, après lavage au savon, avec un mélange à parties égales de vaseline, de lanoline, d'huile d'olive et de glycérine.

M. Rotter recommande la pommade composée de 0.25 à 0.50 de formol, de 25 gr. d'oxyde de zinc, de 25 gr. de talc et de 50 gr. de vaseline.

Narcose chirurgicale. — *M. Gurlt* résume très brièvement les faits relatifs à la narcose par le chloroforme et par l'éther, qui découlent d'une statistique de 151,000 cas qu'il a pu réunir. En moyenne on trouve un cas de mort sur 26,000 narcoses par l'éther contre un cas de mort sur 1,924 narcoses par le chloroforme. La mort sous le chloroforme est donc 14 fois plus fréquente qu'avec l'éther, quand même on emploie un chloroforme chimiquement pur, avec lequel on a eu à l'hôpital de la Charité 2 morts sur 3,100 anesthésies.

Dans la narcose par l'éther, le masque de Julliard est adopté par la plupart des chirurgiens. La méthode asphyxique expose à des accidents et doit céder la place à l'administration de l'éther à petites doses.

Laparotomie pour ulcères de l'estomac. — *M. Kuster* a eu à intervenir chez une jeune fille de 21 ans qui, à côté des troubles attribuables à une dilatation de l'estomac, présentait un rein flottant. *M. Kuster* fit la néphrorrhaphie, croyant avoir affaire à un cas d'entéroptose. L'opération n'eut qu'un succès passager, les troubles gastriques reparurent au bout de très peu de temps et se compliquèrent d'hématémèses. Dans ces conditions, M. Kuster fit la laparotomie, incisa l'estomac et trouva sur sa face postérieure, près du pylore, une ulcération saignante dont le fond était occupé par un noyau de cerise. Il enleva le corps étranger et cautérisa l'ulcération au fer rouge ; mais, craignant un rétrécissement cicatriciel secondaire du pylore, il fit, séance tenante, une gastro-entérostomie. La malade guérit et fut débarrassée de ses troubles gastriques. M. Kuster pense que l'intervention chirurgicale dans les ulcères de l'estomac est indiquée quand il existe des hématémèses abondantes, quand il se forme une perforation ou quand l'ulcère aboutit à un rétrécissement cicatriciel du pylore.

M. Schuchardt a fait une excision d'un ulcère de l'estomac. Peu de temps après, les hématémèses se renouvelèrent et la malade finit par succomber dans le marasme. A l'autopsie on trouva, à côté de la cicatrice opératoire, un second ulcère qui avait échappé au moment de l'opération.

Résection pour tuberculose iléo-cæcale. — *M. Kœrte* rapporte le cas d'un individu auquel il a été obligé de faire huit laparotomies pour tuberculose iléo-cæcale.

Il s'agit d'un homme de 20 ans qu'on apporte à l'hôpital avec les phénomènes d'ileus. On fait la laparotomie et on trouve dans le flanc droit une vaste collection purulente qu'on évacue et qu'on draine. Le malade guérit avec une fistule qui sécrète du pus. On pense que c'est l'appendice vermiculaire qui entretient la suppuration, et on ouvre le ventre pour la seconde fois pour réséquer l'appendice. La fistule continuant à jeter, on fait une troisième laparotomie et on trouve une tuberculose iléo-cæcale. On résèque les parties malades et on fixe à la plaie les deux bouts de l'intestin. Le malade se rétablit, mais quelques mois après on lui fait une nouvelle laparotomie, la quatrième, pour fermer l'anus contre nature par une anastomose entre l'intestin grêle et le côlon transverse. L'opération n'eut aucun succès, les matières continuant à sortir par la fistule stercorale. On fait alors une cinquième laparotomie pour pratiquer un nouvel abouchement à un point inférieur après avoir sectionné, invaginé et suturé les deux bouts de l'intestin grêle. Nouvel échec et nouvelle laparotomie pour aboucher l'intestin grêle dans l'S iliaque. Mais les matières fécales prennent un chemin inverse et, en remontant les côlons descendant et transverse, s'échappent toujours par la fistule. On ouvre alors le ventre pour la septième fois et on sectionne le côlon ascendant dont on invagine et suture les deux bouts. Les matières reprirent alors leur cours normal, mais, la fistule continuant à sécréter, on ouvre le ventre une huitième fois pour faire l'extirpation des portions d'intestin grêle et du gros intestin mises hors d'usage par l'anastomose. Le malade guérit définitivement.

La conclusion que M. Kœrte tire de ce fait est la suivante : quand on établit une entéro-anastomose dans le but d'amener la guérison d'un anus contre nature, il faut empêcher le passage des matières vers l'orifice anormal en sectionnant les deux extrémités de l'anse intestinale mise hors d'usage par l'anastomose, puis invaginer et suturer les quatre bouts de l'intestin.

Hernie inguinale — *M. Lauenstein* a opéré l'année dernière un jeune homme atteint de hernie inguino-scrotale droite étranglée. Dans le sac il trouva deux anses d'intestin grêle très hyperémiées et étranglées au niveau de l'orifice inguinal interne ; puis en tirant sur l'intestin il amena au dehors une nouvelle anse d'intestin grêle très hyperémiée également étranglée, anse qui se trouvait dans l'abdomen et non dans le sac herniaire. Il y avait ainsi sur la totalité de l'intestin grêle étranglé quatre sillons de constriction. En examinant la partie intra-abdominale de l'intestin étranglée, il constata que son mésentère était très épaissi, rigide, comme cicatriciel. Il réduisit l'intestin et fit la cure radicale suivant la méthode de Bassini. L'opéré guérit après avoir eu pendant longtemps du météorisme et des vomissements.

Pour expliquer cette forme rare d'étranglement, M. Lauenstein admet qu'une portion de l'anse intestinale était restée dans l'abdomen par le fait de la rigidité et du défaut de mobilité de la portion correspondante du mésentère.

L'incision du canal cystique. — *M. Kehr.* — Quand, au cours d'une cholécystotomie, il est impossible de refouler dans la vésicule un calcul enclavé dans le canal cystique, on peut inciser ce dernier sur le calcul, extraire le corps étranger et fermer la plaie par la suture. Cette opération, que M. Kehr a faite avec succès cinq fois, est préférable à l'extirpation de la vésicule avec le canal cystique. Cette extirpation, que M. Kehr a faite six fois, est toujours fort difficile, surtout quand il existe des adhérences qui unissent la vésicule aux organes voisins.

Abcès du foie à protozoaires. — *M. Grimm.* — Il s'agit d'une femme de 40 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires, qui un jour est prise de fièvre avec frisson et douleur dans la région de l'hypochondre. Quelques jours après, on constata la formation d'un abcès du foie. L'abcès du foie fut incisé, et dans le pus examiné sous le microscope, on trouva une quantité considérable de protozoaires. La malade était en voie de convalescence lorsqu'elle fut prise de nouveau de fièvre, avec formation d'un abcès intra-thoracique, qui fut ouvert après la résection d'une côte. Le pus de l'abcès contenait également des protozoaires. La malade se remit complètement et avait quitté l'hôpital lorsque, un mois après, elle eut une hématémèse : le sang expectoré renfermait des protozoaires. En analysant ces faits, M. Grimm arrive à conclure que les protozoaires ont joué un rôle étiologique dans la production des abcès du foie et du poumon.

Sarcome de la rate. — *M. Wagner* rapporte le cas d'une fille de 21 ans, arrivée à la clinique avec une tumeur de l'hypochondre gauche, dont le développement rapide a été accompagné d'amaigrissement et d'affaiblissement. Le sang était resté normal. On fit la laparotomie et on trouva une tumeur de la rate, pédiculée, non adhérente, dont l'ablation fut des plus faciles. La malade guérit rapidement et gagna 25 kilogr. en 3 mois. Actuellement, 4 ans après l'intervention, elle se porte toujours bien. La tumeur enlevée était un sarcome.

Nécrose et suppuration du pancréas. — *M. Kœrte* a eu l'occasion d'opérer 4 cas de suppuration du pancréas, et perdit sur ce nombre 2 de ses opérés.

La nécrose avec ou sans suppuration du pancréas résulte probablement d'une infection intestinale propagée le long du canal pancréatique.

Dans les cas aigus, qui se terminent quelquefois très rapide-

ment par la mort, l'affection débute sous forme d'une péritonite aiguë avec douleur et tuméfaction du ventre, vomissements, prostration des forces; quelquefois il existe de la constipation. Les cas subaigus, qui se terminent quelquefois par la guérison spontanée après élimination du pancréas gangréné par le rectum, aboutissent dans certains cas à la formation dans la région épigastrique d'une tumeur molle, allongée, presque fluctuante, douloureuse à la pression. Quand il y a suppuration, le pus peut fuser le long de la colonne vertébrale et arriver à simuler un abcès péri-néphrétique. La suppuration du pancréas est encore confondue avec l'ileus, les coliques hépatiques ou néphrétiques, un ulcère perforant de l'estomac, etc. Comme traitement, ouverture et drainage de la collection.

Hystérectomie vaginale. — *M. Schuchardt* a exposé son nouveau procédé d'hystérectomie (v. *Gaz. hebd.*, p. ...) applicable au cas d'étroitesse excessive du vagin et adhérences multiples entre l'utérus et les organes voisins.

On pratique du côté gauche une incision partant de l'union des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la grande lèvre et se dirigeant en arrière pour passer entre l'anus et l'ischion et se terminer sur les côtés du coccyx. On approfondit l'incision dans la fosse ischio-rectale et on sectionne la paroi latérale du vagin jusqu'à ses insertions sur le col. On se crée ainsi un accès libre à l'utérus et, par la plaie béante, il est encore possible d'exciser une partie ou la totalité du vagin, réséquer la vessie, etc., sans courir les dangers de blesser les uretères. La plaie se cicatrise par bourgeonnement en trois ou quatre semaines.

M. Wolfler a eu recours à ce procédé il y a trois ans pour enlever un utérus carcinomateux. L'opérée succomba à l'infection partie d'un clapier purulent qui se trouvait en arrière de la tumeur. L'inconvénient de cette méthode est de mettre à nu le plexus hémorrhoïdal dans un endroit où l'asepsie de la plaie est fort difficile à obtenir.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Polynévrites paludiques, par Brault (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, mai 1894, n° 5, p. 407). — Ce travail purement documentaire renferme trois observations recueillies en Algérie.

1° Le premier concerne un soldat. Après avoir eu plusieurs accès de fièvre paludéenne, il entre à l'hôpital avec le diagnostic de cachexie palustre. Il est pris au bout de quelques jours de douleurs, de fièvre, d'état semi-comateux, et de parésie des quatre membres, dont il sort au bout de cinq jours en conservant une paralysie du seul membre supérieur droit. Tous les muscles de ce membre sont parésiés, la sensibilité au tact, à la douleur et à la température est abolie dans le domaine de la branche terminale du radial. Il existe de plus un peu d'atrophie.

2° Le second sujet a eu, trois mois après une fièvre intermittente, une parésie des quatre membres sans troubles de la sensibilité ni des réflexes, qui dura 16 jours.

3° Le troisième malade a été pris, sans cause connue, sans paludisme tout au moins, d'étourdissements, de diplopie, de démarche titubante, sans paralysie des membres, sans tremblement, ni troubles de la sensibilité cutanée. Il existe de la perte des réflexes rotuliens, de la diplopie paralytique par paralysie du droit externe droit et de l'inégalité pupillaire. L'auteur estime que ces cas se rapprochent du « béri-béri ».

Tumeurs du cervelet, par Vignol (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, mai 1894, n° 5, p. 413). — A l'occasion d'une observation de sarcome primitif du cervelet, développé à la partie inférieure et externe de l'hémisphère gauche, l'auteur expose une bibliographie plus ou moins complète des tumeurs du cervelet. Le malade a eu de la céphalée occipitale avec irradiations dans la nuque, des vomissements sans efforts, de la démarche titubante, et du vertige. La mort étant survenue trois mois après, on fit l'autopsie, qui montra l'existence d'une tumeur du lobe gauche du cervelet, dont elle occupe la région externe de la face inférieure.

Névrite multiple (A case of multiple neuritis), par Herman D. Marcus (*The surgical and medical Reporter*, 9 juin 1894, n° 1945, p. 815). — Une femme de 34 ans est apportée à l'hôpital de Philadelphie dans l'état suivant. Elle se trouve dans le subcoma, ne reconnaît personne, et occasionnellement offre du délire et des hallucinations. Il existe une paralysie complète des deux jambes : les cuisses peuvent être néanmoins fléchies légèrement sur le bassin. Pas de pied tombant. Les deux mains sont elles-mêmes tombantes. Aucune paralysie faciale ou oculaire. Les extrémités inférieures sont légèrement anesthésiées. Il existe aussi une anesthésie peu prononcée des membres supérieurs. La pression des nerfs aux racines des membres est douloureuse; il en est de même de celle des muscles. On constate en outre de l'hyperesthésie au toucher des membres supérieurs. Les selles sont évacuées involontairement. Deux jours après, l'état s'aggrave plus encore : le délire est continuel, et la paralysie des membres complète. Les réflexes tendineux et musculaires sont abolis. La température atteint 99° F., puis la malade tomba dans le collapsus et ne tarda pas à succomber.

Rapport sur 57 cas d'aliénation survenus en 6 ans dans la cité de New-Jersey (Report of fifty seven cases of insanity occurring in sex years among silk-mill employers in a manufacturing city of New-Jersey), par Philipp Spratling (*The New-York medical Journal*, 19 mai 1894, n° 807, p. 614). — Les 57 cas en question comportent 30 hommes et 27 femmes, dont la moyenne d'âge est de 30 à 40 ans, pour le plus grand nombre. Les formes de vésanie les plus fréquentes sont la mélancolie aiguë (22 cas) et la manie aiguë (18) : la paralysie générale n'est pas mentionnée. Au point de vue des résultats thérapeutiques, on compte : 14 guérisons, 5 améliorés, 6 décès, 26 chroniques demeurés à l'asile.

MÉDECINE

Recherches expérimentales sur la lithiase biliaire (Experimenteller Beitrag zur Frage der Gallensteinbildung), par J. Meyer (*Virchow's Arch.*, 1894, Bd CXXXVI, p. 561). — Les recherches ont été faites sur des chiens auxquels on introduisait dans la vésicule biliaire des billes d'ivoire, des bouchons en agar, etc., qu'on laissait pendant un an dans les vésicules. Les chiens étaient sacrifiés au bout de ce temps et le contenu de la vésicule examiné. Dans aucun de ces cas, on ne trouva de calcul biliaire. Même échec après l'introduction d'une culture de colibacilles L'auteur en conclut que l'état pathologique de la muqueuse de la vésicule est la condition *sine qua non* de la formation des calculs.

Pigmentation de la couche musculaire de l'intestin (Ueber Pigmentablagerung in der Darmmusculatur), par Gœbel (*Virchow's Arch.*, 1894, Bd CXXXVI, p. 482). — L'auteur, qui a examiné 100 cadavres, a constamment trouvé dans l'intestin un dépôt physiologique de pigment particulièrement accusé chez les vieillards et les individus ayant succombé à une affection débilitante.

Le pigment viendrait, d'après l'auteur, du sang qui le ramènerait à l'état de dissolution dans la couche musculaire de l'intestin, et là, les cellules musculaires le transformeraient en granulations.

Cette pigmentation est physiologique, en ce sens qu'elle se rencontre constamment; mais elle est pathologique au point de vue de la cellule musculaire qui renferme le pigment.

Le suc gastrique chez les chlorotiques (Ueber den Salzsæuregehalt der Magensaftes bei Chlorose), par Osswald (*Münch. med. Woch.*, 1894, n°s 27 et 28). — Le travail de l'auteur, basé sur un grand nombre d'observations, aboutit aux conclusions suivantes :

1° Le HCl du suc gastrique des chlorotiques, loin d'être diminué, est au contraire augmenté dans la majorité des cas, de sorte que chez les chlorotiques, on trouve dans 95 0/0 des cas une hyperacidité du suc gastrique.

2° Les troubles dyspeptiques qu'on observe chez les cholotiques relèvent non pas d'une insuffisance chimique, mais d'une insuffisance motrice de l'estomac.

3° Les théories qui attribuent la chlorose à l'hyperacidité du suc gastrique sont insoutenables.

4° L'emploi uniforme d'acide hydrochlorique chez les chlorotiques doit être condamné.

Le rôle du myocarde dans l'endocardite aiguë et chronique (Ueber die Bedeutung des Herzmuskels für die Symptome und den Verlauf der acuten Endocarditis und der chronischen Klappenfehler), par E. Romberg (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, Bd LIII, p. 141). — L'auteur rapporte dans son travail un certain nombre d'observations qui lui permettent de soutenir le rôle actif des lésions du myocarde dans la symptomatologie de l'endocardite aiguë et chronique. C'est ainsi que dans deux cas d'endocardite rhumatismale aiguë et récente, l'examen microscopique du cœur montra l'existence d'une myocardite aiguë et d'une thrombose hyaline d'un grand nombre d'artérioles du cœur.

Dans l'endocardite chronique le cœur présente les lésions de myocardite parenchymateuse avec formation de tissu scléreux d'origine inflammatoire et modifications du côté des artères. Cliniquement cette myocardite se manifeste par une modification du rhythme cardiaque, une diminution de la force de propulsion et un fonctionnement défectueux de l'appareil musculaire des orifices. Dans ces conditions, l'insuffisance cardiaque relève souvent de l'état du myocarde et des poussées de myocardite aiguë. Ces poussées aiguës jouent un rôle important dans les phénomènes d'endocardite dite à répétition.

Influence du travail physique sur le cœur (Ueber den Einfluss der Muskelarbeit auf die Herzthætigkeit), par Christ (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, Bd LIII, p. 102). — A l'aide d'un appareil spécial, l'auteur a étudié l'influence du travail physique sur l'activité du cœur chez les individus bien portants et les convalescents. Il a pu constater que le travail physique augmente le nombre des pulsations qui deviennent souvent précipitées, arhythmiques, dicrotes, et que tous ces phénomènes étaient plus accusés chez les convalescents que chez les individus sains. La tension vasculaire augmente au début pour diminuer ensuite. Les palpitations et la dyspnée ont été constatées dans un certain nombre de cas. Chez trois convalescents typhiques, le travail provoquait manifestement une dilatation du cœur droit.

CHIRURGIE

Récidive d'un sarcome du sein (Ein durch die grosse Zahl der Recidive, sowie durch einem ausnahmsweise langdauernden recidivfreien Interwall bemerkenswerther Fall von Mammasarcom), par Hoffmann (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, Bd XLVIII, p. 93). — Une femme de 42 ans est opérée en décembre 1886, d'un fibro-sarcome du sein, qui récidive 12 fois dans l'espace de 3 ans. Les 12 tumeurs de récidive sont enlevées au fur et à mesure de leur apparition. Puis, d'octobre 1889 à juillet 1893, pas trace de récidive. En août 1893, métastases dans le cerveau, l'abdomen, les membres, et mort en quelques mois.

L'observation est donc remarquable : 1° par la récidive à répétition pendant les 3 ans qui ont suivi la première opération; 2° par l'existence d'un intervalle de 3 ans pendant lesquels il n'y a pas eu de récidive.

Des abouchements des uretères dans l'intestin, par Chaput (*Arch. gén. de méd.*, 1894, n° 1, p. 5). — Conclusions basées sur 4 cas personnels et l'étude de la littérature du sujet :

1° L'abouchement des uretères dans l'intestin est une opération facile et bénigne. Elle ne comporte nécessairement ni l'hydronéphrose par rétrécissement de l'orifice, ni la pyélonéphrite par infection ascendante.

2° L'abouchement bilatéral réalisé par Novano chez le chien peut certainement être exécuté chez l'homme avec succès.

3° Le passage de l'urine dans l'intestin n'a aucun inconvénient, ne gêne pas la digestion, n'irrite pas la muqueuse; il provoque seulement des selles assez fréquentes, mais pas plus que ne le sont les mictions normales.

4° Cette opération est une ressource précieuse dans certains cas où les interventions plus simples ne sont pas applicables. Elle est particulièrement indiquée dans la résection complète de la vessie (cancer, tuberculose, exstrophie), dans les fistules de l'uretère, dans les plaies et ruptures de cet organe et dans certains cas de calculs enclavés.

Purpura mortel consécutif à l'ablation d'une exostose, par Couteaud (*Arch. de méd. nav.*, 1894, n° 5, p. 386). — Il s'agit d'un homme de 23 ans, ancien paludéen, qui entre à l'hôpital pour se faire opérer d'une tumeur du creux poplité, tumeur ronde, immobile, dure, fixée à la bifurcation de la ligne aiguë du fémur gauche, ayant tous les caractères d'une exostose. L'opération, faite avec la plus grande facilité, permit d'enlever un ostéome pédiculé des dimensions d'une grosse noix. Suites opératoires simples. Mais au 13e jour, la température restant toujours normale, le malade est pris de purpura généralisé avec hématurie abondante. Les jours suivants, les phénomènes hémorrhagiques s'accentuent (melæna, hémorrhagies buccales, conjonctivales, etc.), et la température oscillant toujours autour de 37°, le malade succombe 9 jours après l'apparition des accidents hémorrhagiques, 20 jours après l'opération.

A l'autopsie, on fut surpris de trouver une méningite de la convexité. La rate était ramollie, les reins atteints de néphrite, le tube digestif couvert d'ecchymoses et renfermant du sang liquide. Rien du côté d'autres organes.

Pour l'auteur, il s'agirait là d'une infection hémorrhagique favorisée par l'état particulier des reins.

Angiome primitif des muscles striés (Ueber das primære Angiom der wilkurlichen Muskeln), par Muscatello (*Virch. arch.*, 1894, Bd CXXXV, p. 277). — L'étude de l'auteur est basée sur trois cas personnels (angiome du trapèze, du triceps crural, du grand dentelé) et sur une vingtaine d'observations publiées dans la littérature.

Au point de vue anatomique, l'auteur distingue : 1° l'angiome capillaire qui peut devenir proliférant et prendre un développement rapide; 2° l'angiome artériel caractérisé par la néoformation vasculaire, l'épaississement des parois artérielles par formation de fibres musculaires; 3° l'angiome veineux où la malformation des veines s'accompagne de dilatation des veines avec atrophie des parois, thrombose et formation de phlébolithes.

Ces tumeurs vasculaires se développent lentement. Comme phénomènes subjectifs on note des douleurs, des fourmillements dans le membre. Objectivement, on trouve de petites tumeurs irrégulières, mal limitées, molles, réductibles par la pression, plus ou moins mobiles quand les muscles sont relâchés.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec le sarcome. Les caractères des angiomes indiqués plus haut ainsi que leur développement lent permettent d'établir assez facilement ce diagnostic.

Traitement de l'hydrocèle (Zur Behandlung der Hydrocele), par Herbing (*Centralbl. f. Chir.*, 1894, n° 26, p. 596). — Le traitement préconisé par l'auteur et qui lui a réussi même dans des cas où les autres traitements avaient échoué ou avaient été suivis de récidive, consiste à traverser la tumeur de haut en bas avec un gros fil de soie, à évacuer le liquide avec un trocart fin et à river le fil sur la moitié correspondante du scrotum. Comme pansement, couche de collodion sur le scrotum. Il se déclare une inflammation adhésive qui oblitère la vaginale. Le fil est retiré au bout de 6 à 10 jours et on applique une seconde couche de collodion. L'opération doit être conduite aseptiquement.

Amygdalite lacunaire caséeuse de nature tuberculeuse, par Sacaze (*Arch. gén. de méd.*, 1894, n° 1, p. 54). — Il s'agit d'un homme de 22 ans qui entre à l'hôpital pour une amygdalite folliculaire fébrile présentant cette particularité qu'elle était accompagnée d'une adénopathie cervicale principalement accusée au niveau des amygdales du maxillaire. Ce point ayant paru douteux, bien qu'aucune anomalie ne fût constatée du côté d'autres organes, on fit l'examen bactériologique de la matière caséeuse, et on y trouva un nombre considérable de bacilles tuberculeux.

La nature bacillaire de l'angine et des adénites ayant été ainsi établie, on institua un traitement général et un traitement local comprenant les cautérisations au thermocautère des amygdales et les injections sclérogènes dans les ganglions tuméfiés. Guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie humaine, publié sous la direction de P. Poirier. Tome III, *Système nerveux*, 1er fascicule, par MM. Prenant, Nicolas et Charpy. L. Battaille, 1894.

Ce fascicule commence la description du système nerveux; outre des notions générales assez développées sur l'embryologie et l'histologie du système nerveux, il comprend l'anatomie des méninges, une étude complète de la moelle et enfin la morphologie du bulbe, de la protubérance et du cervelet. Les auteurs ont traité avec le plus grand soin ces questions complexes. C'est ainsi que M. Prenant, dont la compétence est bien connue en matière d'embryologie, a écrit quelques pages complètes et détaillées sur le développement du système nerveux central.

M. Nicolas a traité avec une grande clarté la partie histologique; il s'est heureusement inspiré des travaux récents de Ramon y Cajal, de Van Gehuchten, de tant d'autres, travaux qui ont changé si complètement les données anciennement en cours sur le système nerveux, et que pour la première fois un ouvrage français d'anatomie expose d'une façon complète.

M. Charpy a su aussi profiter de ces récents travaux pour la description qu'il a faite de la moelle. Dans les cent pages qu'il lui consacre, aucun détail utile n'est négligé, et les chapitres qui ont trait à l'anatomie microscopique de la moelle, à la systématisation de ses divers cordons sont particulièrement clairs et précis. Cet auteur a fait également une bonne description des méninges.

Il a toutefois raison de ne pas en recommander la lecture à ceux qui ne se sont pas encore familiarisés avec l'anatomie des formes extérieures du cerveau et de la moelle. Cet ouvrage, en effet, n'est pas un livre de débutant; toutes les parties, nous venons de le montrer, sont traitées avec une grande précision; mais cette précision même, ce soin de ne négliger aucun détail, font que l'étudiant qui aborde l'étude de l'anatomie risque de s'y perdre trop aisément, et de négliger les grandes lignes pour les points secondaires. C'est ainsi que, s'il est logique de commencer par l'embryologie d'un organe, cette étude de développement faite d'une manière complète ne peut être bien comprise que par celui qui connaît déjà l'anatomie de l'organe adulte. Quoi qu'il en soit, si la seconde partie ne se fait pas trop attendre, ceux qui voudront se renseigner sur les données actuelles que l'on possède sur le système nerveux trouveront en ce livre un guide sûr et complet.

P. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Chlorose et dyspepsie, par Paul Gallot.

La dyspepsie chez les chlorotiques est fréquente, mais très variable dans ses formes, et on peut trouver chez les chlorotiques tous les types de dyspepsie, tant au point de vue clinique qu'au point de vue chimique.

Les troubles dyspeptiques dans la chlorose paraissent être moins sous l'influence de la maladie elle-même, que sous l'influence de la névropathie qui lui est fréquemment associée. Ici comme dans les dyspepsies nerveuses sans chlorose, le type dyspeptique paraît être sous l'influence directe de l'état général : dyspepsie hypochlorhydrique chez les malades affaiblis et déprimés; hyperchlorhydrie quand les symptômes d'excitation du système nerveux dominent.

Le traitement de la dyspepsie chlorotique est celui de toutes les dyspepsies. Il est simplement commandé par la forme qu'affecte cette dyspepsie. Le médecin qui se trouve en présence d'une chlorose dyspeptique doit traiter les phénomènes gastriques avant les phénomènes d'anémie, et n'ordonner la médication martiale que lorsque l'estomac est en mesure de la supporter et d'en faire rejaillir les bons effets sur l'état général.

Contribution a l'étude clinique du cancer du cæcum, par Maurice Artus.

L'étude des signes fonctionnels et surtout physiques permet de porter le diagnostic de cancer du cæcum. Ce diagnostic, facile assez souvent, est quelquefois impossible à faire entre la tuberculose du cæcum et le cancer du même organe (même pièces en mains). L'évolution de la maladie est rapide. Le pronostic est fatal, sauf intervention.

Si le cancer est mobile ou peu adhérent, faire la résection du cæcum. S'il est très adhérent, si les ganglions sont pris très haut, et impossibles à réséquer, refermer la paroi abdominale. S'il y a cancer avec des signes d'occlusion intestinale, faire un anus contre nature. S'il y a cancer avec invagination intestinale, faire la résection dans toute l'anse invaginée, sans chercher à réduire l'invagination. Dans la résection, la meilleure suture de l'intestin est la suture entrecoupée de Lembert.

De la colique spermatique, par Ange-Jean Guépin.

L'étude des faits paraît démontrer qu'il existe un syndrome méritant une description spéciale et qui peut être dénommé colique spermatique. Ce syndrome, où prédominent les troubles urinaires, présente plusieurs degrés et il est loisible de suivre, de l'un à l'autre de ces degrés, la gradation des accidents. Le diagnostic n'en est jamais réellement difficile et l'on remonte facilement aux causes, quand il est possible d'en connaître les commémoratifs. On doit surtout s'attacher à faire cesser les phénomènes de stagnation dans les vésicules séminales, avant d'intervenir dans la continuité de l'urèthre; car, sauf le cas d'oblitération des canaux éjaculateurs, la guérison est parfois obtenue par des moyens indirects.

VARIÉTÉS

Statistique des déclarations des maladies transmissibles et des désinfections à Paris. — Depuis la semaine dernière, le *Bulletin municipal* publie, dans une feuille séparée, la statistique des déclarations faites par les médecins à l'administration pour les cas de maladies transmissibles, conformément à la loi du 30 novembre 1892, et en regard la statistique des opérations de désinfection et d'assainissement effectuées par le service des étuves municipales.

Ces relevés, accompagnés d'un diagramme de la morbidité et de la mortalité des maladies transmissibles, rendront d'incontestables services lorsqu'ils auront pu être établis avec quelque régularité. Ils témoigneront des lacunes de l'administration sanitaire et permettront de connaître, plus évidemment qu'on ne le sait encore, les remèdes à y apporter. On ne saurait trop engager les médecins à faciliter l'établissement de cette statistique.

Dispensaire Furtado-Heine. — Samedi dernier 11 août a eu lieu, au dispensaire fondé par Mme Furtado-Heine dans le XIIIe arrondissement de Paris, une touchante cérémonie. On fêtait le 10e anniversaire de la fondation de cet établissement. Les résultats obtenus pendant cette période décennale méritent d'être connus.

Le service du dispensaire comprend des services de médecine, de chirurgie et d'orthopédie, des maladies des yeux, des maladies des oreilles, du nez et de la gorge, et des maladies des dents. Les médicaments, les bains, les appareils, sont donnés gratuitement aux jeunes malades. Un certain nombre d'entre eux sont également admis au régime alimentaire.

Pendant les dix années de son existence, le dispensaire a donné : 229,476 consultations de médecine; 120,000 consultations de chirurgie; 71,975 consultations pour maladies des yeux; 24,587 consultations pour maladies des oreilles, du nez et de la gorge; 20,077 consultations pour maladies des dents.

Enfin, le nombre des soins divers, pansements divers, administration de médicaments, admission au régime alimentaire, bains, douches, massages, électrisations, s'est élevé au chiffre formidable de 1,739,213.

Tarif des frais de séjour dans les hôpitaux de Paris. — Actuellement, les malades adultes payent le même prix, soit 3 fr. 50 par jour, dans les services de médecine et de chirurgie, et les enfants remboursent 2 fr. 80 par jour; les accouchements payants, dans les hôpitaux et chez les sages-femmes, sont tarifés à raison de 3 fr. 30.

Le nouveau tarif comportera un prix différent pour la médecine et la chirurgie; il est ainsi fixé : Pour les adultes : 3 fr. 30 en médecine et 5 fr. en chirurgie. Pour les enfants : 2 fr. 80 en médecine et 3 fr. 50 en chirurgie. Pour le séjour à Berck : 2 fr. 10. Pour les accouchements : 5 fr. par jour.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.
COMITÉ DE RÉDACTION
MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Prophylaxie sanitaire et pratique médicale.

Le maire de Versailles vient de prendre un arrêté relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles, qui n'est pas sans avoir produit une certaine émotion dans le corps médical de cette ville. Voici cet arrêté :

Article 1er. Lorsqu'une des maladies comprises dans l'arrêté du 23 novembre 1893 aura été signalée, un médecin sera commis pour surveiller l'exécution des mesures prophylactiques proposées par MM. les médecins traitants ou prescrites par l'administration municipale directement en cas d'urgence.

Il donnera aux familles tous les conseils relatifs à l'isolement du malade dans la limite du possible, à la désinfection des déjections, des hardes et des logements, Il signalera les indigents chez lesquels, dans l'intérêt général, il serait nécessaire de fournir gratuitement les matières désinfectantes.

Art. 2. Toute liberté d'action est, bien entendu, laissée aux médecins traitants dans la direction des secours à donner à leurs malades, et dans l'application des mesures de désinfection et d'isolement qu'ils jugeront nécessaires.

Mais l'administration municipale, renseignée et éclairée par eux, pourra prendre les décisions et pourvoir aux mesures générales que réclamerait la santé publique menacée, outre celles prévues aux articles suivants.

Art. 3. La désinfection étant reconnue nécessaire sera ordonnée.

Art. 4. Dans les quarante-huit heures, à partir de la mise en demeure, si elle n'est pas effectuée, elle sera faite d'office et contravention sera dressée contre les contrevenants, qui seront traduits devant la juridiction compétente pour être contraints, s'il y a lieu, au payement des frais occasionnés.

Nous aimons à croire qu'en même temps que le maire de Versailles publiait cet arrêté, il faisait connaître l'existence d'un service sanitaire dans cette ville. Autrement, on ne voit pas bien à quoi serviraient ces rigoureuses prescriptions, si elles n'avaient pas pour principal objectif d'aider les particuliers à prendre les mesures prophylactiques qu'elles édictent.

Ce service sanitaire comprend sans doute : l'organisation d'un service d'isolement, des voitures de transport pour les malades contagieux, des stations et des équipes de désinfecteurs, sans compter un ou plusieurs médecins spécialement et uniquement affectés à ce service.

Les articles relatifs aux rapports entre les médecins de l'administration, les médecins traitants et les familles auraient en effet besoin d'être mieux précisés. Les premiers sont astreints, nous aimons à le croire, à n'avoir aucune clientèle ; car c'est à ce prix seulement que leur intervention pourrait être admise; encore faudrait-il qu'elle fût limitée avec précision et qu'un conseil ou une commission autorisée, comprenant des représentants des divers intérêts en cause, fût chargée de la surveillance générale du service et de trancher les cas difficiles ou les conflits.

Certes, l'intention du maire de Versailles est excellente; elle est inspirée de maints exemples que tout le monde connaît ; mais il faut avouer que des arrêtés municipaux du genre de celui qui précède n'ont jamais encore, en France du moins, revêtu ce caractère comminatoire ni tenu aussi peu compte des habitudes et des convenances du corps médical.

Il faut, il est vrai, remarquer aussi que cet arrêté méconnaît singulièrement l'étendue des pouvoirs des magistrats municipaux français en matière d'hygiène. Qu'on le regrette ou non, ces pouvoirs, quelque vastes et mal définis qu'ils paraissent d'après les termes de l'article 97 de la loi municipale du 4 avril 1884, n'en doivent pas moins respecter les principes du droit public, c'est-à-dire la liberté individuelle, la liberté du commerce et de l'industrie et la propriété. Il est permis à un maire d'exiger que la désinfection soit faite ; mais il n'en peut prescrire obligatoirement les procédés et il ne peut violer le domicile privé pour la pratiquer d'office. Tout au plus lui faudrait-il, en pareil cas, obéir aux prescriptions de la loi de 1850 sur l'assainissement des logements insalubres.

Sans doute, les hygiénistes protestent de toutes leurs forces et depuis longtemps contre les difficultés apportées à leur œuvre; mais jusqu'ici, les maires qui ont eu le plus souci des intérêts sanitaires de leurs administrés ont dû s'incliner devant les injonctions légales. C'est pourquoi un projet de loi, modifiant cet état de choses,

a été déposé au Parlement; après avoir été adopté par la Chambre des députés, il a été porté au Sénat dont une commission, ayant pour rapporteur M. Cornil, prépare sa discussion pour la rentrée prochaine. A cette époque, toutes ces questions seront débattues et réglées; on y tiendra assurément compte des intérêts de la santé publique, mais aussi on s'efforcera de ne pas leur sacrifier les susceptibilités légitimes du corps médical et d'accompagner les prescriptions de la loi des moyens matériels d'exécution. Agir autrement, c'est s'exposer à un résultat diamétralement opposé à celui qu'on désirait poursuivre, quelque bonne qu'en soit l'inspiration première. A.-J.-M.

REVUE GÉNÉRALE

Cancer du foie.

Dans cette description nous passerons sous silence à dessein l'adénome du foie. Beaucoup d'anatomistes n'acceptent pas son identification à l'épithéliome hépatique; d'ailleurs son histoire nous semble indissolublement liée à celle des cirrhoses veineuses du foie, en dehors desquelles on ne le rencontre pas.

A propos du diagnostic anatomique ou clinique, nous signalerons un certain nombre de néoplasies malignes du foie, très voisines du cancer par leurs symptômes et leur aspect macroscopique, mais s'en éloignant par leurs caractères histologiques.

L'histoire du cancer hépatique ne commence qu'au début du XIXe siècle avec Bayle et Cayol (1) qui le distinguèrent nettement des nodosités cirrhotiques ou gommeuses avec lesquelles on le confondait jusqu'alors. Ces recherches furent bientôt complétées par Cruveilhier (2), Andral (3) et Heyfelder (4).

Monneret (5) en 1855 sépara les cancers primitifs des cancers « consécutifs ».

L'étude histologique du cancer du foie est de date plus récente que les travaux que nous venons de signaler; ceux-ci ne renferment que des descriptions de clinique ou d'anatomie macroscopique. C'est en Allemagne qu'on commença à étudier la structure du cancer hépatique; les mémoires de Naunyn (6), de Schuppel (7), de Fetzer (8), marquèrent le début des recherches microscopiques. Après eux s'accumulent des études d'ensemble ou des observations isolées avec Rindfleisch (9), Lancereaux (10), Wulff (11), Letulle (12), Laveran (13), Cornil et Ranvier (1), Ziegler (2). Toutes ces recherches ont été complétées par les beaux travaux de MM. Hanot et Gilbert (3), qui établissent d'une façon définitive l'existence longtemps contestée et les caractères du cancer primitif du foie.

(1) Bayle et Cayol. *Dict. des Sc. méd.* par une *Soc. de méd. et de chirurg.*, t. III, 1812, p. 633.
(2) Cruveilhier. *Trait. d'Anat. pathol. génér.*, t. V, 1864, p. 158.
(3) Andral. *Clin. méd.*, t. IV, 1827, p. 20 et 266, et *Anat. path.*, t. II, 1829, p. 603.
(4) Heyfelder. Mémoire sur plusieurs altérations du foie. *Archiv. gén. de méd.*, 1839, 2e vol., p. 442.
(5) Monneret. Du cancer du foie: *Archiv. gén. de méd.*, 1855, 1er vol., p. 513.
(6) Naunyn. Sur le développement du cancer du foie. *Reichert et Dubois-Reymond's, Archiv*, 1866, S. 717.
(7) Shuppel. Etude sur l'histogénèse du cancer du foie. *Archiv. d. Heilkunde.* Bd IX, 1868, S. 387.
(8) Fetzer. *Histogénèse du cancer hépatique.* Inaugur. Abhandl. Tübingen, 1868.
(9) Rindfleisch. *Traité d'histol. path.*, Edit. franç. traduct. Gross, 1873, p. 487.
(10) Lancereaux. *Traité d'Anat. path.*, t. I, 1875.
(11) Wulff. *Le cancer primitif du foie.* Inaugur. Abhandl., Tübingen, 1876.
(12) Letulle. Cancer primitif du foie. *Bull. de la Soc. anat.*, 1878, p. 303.
(13) Laveran. Observat. d'épithéliome à cellules cylindriques primit. du foie. *Arch. de physiologie*, 1880, p. 661.

Depuis que leur monographie a été publiée, il n'a guère paru que des observations relatées dans les Bulletins de la Société anatomique, le travail de Hansemann (4) et celui de Hale White (5), qui renferme dix observations de cancer primitif. MM. A. Gombault et Leredde ont bien voulu nous communiquer le résumé d'un travail encore inédit sur la coexistence de la cirrhose et du cancer dans le foie; nous y reviendrons plus loin.

Comme articles critiques sur le cancer du foie, nous devons signaler ceux de M. Rendu (6), de MM. Schüppel et Leichtenstern (7) et de M. A. Chauffard (8).

Le cancer primitif du foie se montre dans la proportion de 1 sur 8 par rapport au cancer secondaire. Lorsque les nodules cancéreux hépatiques sont consécutifs à la carcinose d'un autre organe, la lésion primitive se retrouve presque toujours dans l'estomac, l'intestin, le pancréas, les voies biliaires, plus rarement au niveau des organes génito-urinaires, exceptionnellement dans les poumons ou les reins, la voie de propagation la plus fréquente étant la veine porte.

Le cancer primitif du foie se développe presque toujours après 40 ans, très rarement entre 30 et 40 ans. On n'en connaît que deux cas dans l'enfance. Les sujets atteints ont assez fréquemment présenté dans leurs antécédents des manifestations de la diathèse arthritique, particulièrement la lithiase biliaire. Certaines infections ou intoxications portant plus particulièrement leur action sur le parenchyme hépatique, tels l'impaludisme et l'alcoolisme, semblent favoriser le développement de l'épithéliome du foie.

Au point de vue anatomique, le *cancer secondaire* du foie se présente sous l'aspect *nodulaire*. L'organe atteint un volume considérable, habituellement il pèse de 3 à 4 kilogrammes. Sa surface est marronnée de nodosités néoplasiques, généralement nombreuses, hémisphériques, ombiliquées à leur centre. Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une grosse orange. Les nodosités sont blanchâtres ou jaunâtres, généralement assez molles. Elles sont séparées par des portions plus ou moins étendues de parenchyme hépatique d'apparence saine. A la section, on trouve le foie farci de ces nodosités dont le centre est souvent ramolli. Elles restent exceptionnellement limitées à un seul lobe. On constate souvent de la périhépatite et de l'ascite, parfois de la pleurésie droite. La rate est hypertrophiée dans la moitié des cas. Les voies biliaires extra-hépatiques sont saines. Les gros vaisseaux du hile sont le plus souvent perméables, cependant les troncs veineux peuvent contenir des thrombus sanguins ou cancéreux. Le néoplasme primitif se retrouve presque toujours dans un organe desservi par la veine porte, l'estomac ou l'intestin le plus souvent. Il faut quelquefois examiner attentive-

(1) Cornil et Ranvier. *Manuel d'hist. path.* 2e édit., t. II, 1884, p. 459.
(2) Ziegler. *Lehrbuch der speciellen path. Anat.*, 1886, S. 296.
(3) Hanot et Gilbert, *Etudes sur les maladies du foie*, 1888, et Gilbert, *Du cancer massif du foie.* Th. Paris, 1886.
(4) Hansemann. *Berlin. klin. Woch.*, 21 avril 1890, p. 353.
(5) W. Hale-White. *Guy's Hosp. Reports*, 1890, t. XLVII.
(6) Rendu. Cancer du foie. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e s., t. III, 1879, p. 182.
(7) Schuppel u. Leichtenstern. Cancer du foie. *Handb. v. Ziemssen.* Bd VIII, erste Hælfte, 1880, S. 281.
(8) A. Chauffard. Cancer du foie et des voies biliaires *Traité de médecine* publié sous la direction de MM. Charcot et Bouchard, t. III, 1892, p. 962.

ment tous les appareils pour le retrouver. Cependant les cancers secondaires à un néoplasme de la vésicule biliaire ne répondent pas toujours à cette description (Lancereaux) (1). Ici le foie est lisse, le cancer y forme un gros foyer central englobant la vésicule biliaire. Autour de la masse principale se voient parfois de petits noyaux disséminés. Cet aspect se rapproche beaucoup de celui de la forme massive du cancer primitif du foie.

Histologiquement les nodules hépatiques reproduisent la variété du cancer d'où ils dérivent. C'est le plus souvent de l'épithéliome cylindrique alvéolaire ou tubulé, plus rarement un épithéliome glandulaire, et tout à fait exceptionnellement un épithéliome pavimenteux. Quelle que soit leur structure, ces nodosités ont des contours nettement marqués, à leur limite les travées du foie s'aplatissent et se disposent concentriquement. Leur limite peut encore être circonscrite par un certain degré de cirrhose à point de départ porto-biliaire. Dans les travées de tissu hépatique qui séparent les nodosités, les cellules restent normales ou sont simplement chargées de graisse ou de pigment biliaire. Parfois on y rencontre de petits nodules de cellules rondes, qui ne se voient que lorsque la lésion primitive est un cancer ulcéré du tube digestif. Ces petits nodules embryonnaires semblent témoigner d'une infection partie de la surface de l'ulcération carcinomateuse primitive. Le néoplasme respecte presque toujours en dehors des nodosités les canaux biliaires et les vaisseaux du foie qui restent perméables, sauf certaines ramifications péri et prélobulaires de la veine porte qui se montrent remplies d'éléments néoplasiques.

La formation des nodosités cancéreuses secondaires dans le foie s'explique par l'apport dans les ramifications portes et jusque dans les capillaires radiés d'embolies néoplasiques, qui déterminent une thrombose carcinomateuse. Le point de départ de la tumeur est donc intracapillaire dans les cancers secondaires du foie, nous allons voir qu'il est extra-capillaire au contraire dans le cancer primitif.

Parmi les modifications qui se font au sein des nodosités, il faut signaler particulièrement la dégénérescence granuleuse ou granulo-graisseuse du centre du néoplasme ou sa dégénérescence colloïde qui sont fréquentes. On observe aussi la transformation scléreuse des noyaux qui deviennent squirrheux et très rarement leur dégénérescence vitreuse. On a noté la transformation angiomateuse des nodules dont les capillaires se multiplient, s'ectasient au point d'étouffer les éléments néoplasiques. Parfois la rupture de ces vaisseaux détermine des hémorrhagies intra-nodulaires, sous-capsulaires ou intra-péritonéales.

Le cancer *primitif* du foie se présente macroscopiquement sous deux aspects : la forme *massive* et la forme *nodulaire*.

Le *cancer massif* est une forme caractéristique du carcinome hépatique primitif; c'est la forme la plus fréquente. Le foie paraît hypertrophié en masse ou au niveau d'un de ses lobes, mais il n'est pas déformé et sa surface reste lisse. Il garde sa coloration normale, c'est à peine s'il se marbre de quelques plaques jaunâtres. Son poids est considérablement accru, au point d'atteindre quelquefois les chiffres de 16 et même de 19 livres. A la section on voit que dans toute l'étendue du foie ou dans le lobe droit seulement, le parenchyme est remplacé par une masse néoplasique jaunâtre ou marbrée, molle, s'avançant jusqu'à la capsule de Glisson ou en restant séparé par une mince enveloppe de tissu hépatique sain (*cancer en amande*). Le centre du néoplasme ne se ramollit presque jamais, sa périphérie est brusquement limitée par le parenchyme hépatique. Les voies biliaires extra-hépatiques, les canaux vasculaires du hile ne présentent pas de lésions, tandis que les ganglions aboutissants des vaisseaux lymphatiques du foie subissent fréquemment la dégénérescence cancéreuse.

Bien qu'il soit assez rare de le constater, le cancer massif peut infecter secondairement la vésicule biliaire, le rein droit, le péritoine et même les poumons. Il est exceptionnel de rencontrer ici de l'ascite et de la périhépatite, que nous avons vues si fréquentes dans le cancer nodulaire. La rate est habituellement hypertrophiée. Tel est le type du cancer massif dans toute sa pureté; mais souvent autour de la tumeur, qui occupe la plus grande étendue du foie, se voient de petites nodosités disséminées; parfois même la masse principale est peu étendue et autour d'elle se groupent de nombreux nodules indépendants. Ce sont là des formes de passage entre les deux variétés du cancer primitif, entre le cancer massif et le cancer nodulaire.

La forme *nodulaire* du cancer primitif du foie présente un aspect identique à celui du cancer secondaire; nous en avons déjà donné la description.

A quelque forme que le cancer primitif appartienne, il est presque toujours histologiquement constitué dans ses grandes lignes de la même façon, c'est un épithéliome alvéolaire; exceptionnellement il s'agit d'un épithéliome trabéculaire (la disposition trabéculaire des éléments néoplasiques appartient presque exclusivement à l'adénome du foie); enfin on peut rencontrer une variété intermédiaire aux deux précédentes, c'est la forme trabéculo-alvéolaire. L'épithéliome alvéolaire est constitué par un stroma fibreux, dont les cavités renferment des cellules cancéreuses. Ce stroma se présente sous l'aspect d'îlots fibreux occupant la place des espaces portes, dans lesquels les vaisseaux et les canaux biliaires ont disparu ou sont infiltrés d'éléments cancéreux. De ces îlots fibreux part un réticulum de fines bandes de tissu conjonctif, qui limitent les cavités alvéolaires, mais les éléments qui sont contenus dans celles-ci présentent des formes variées. Dans la très grande majorité des cas ce sont des cellules polymorphes ou encore de très petites cellules polyédriques. On a encore rencontré à titre de rareté des épithéliomes alvéolaires à cellules gigantesques contenant un grand nombre de noyaux agglomérés ou à cellules cylindriques simples ou stratifiées tapissant les parois des alvéoles et limitant une cavité centrale.

Quelle que soit la variété de cancer primitif qu'on étudie, on peut se convaincre par l'étude des portions du parenchyme hépatique qui avoisinent ces masses néoplasiques, que la cellule cancéreuse procède de la cellule hépatique; on surprend les éléments néoplasiques se disposant dans la continuité des travées hépatiques dont les cellules les plus voisines du cancer se divisent, se multiplient et présentent déjà des noyaux hypertrophiés ou segmentés, plus colorés qu'à l'état normal. Le cancer primitif du foie est non seulement un épithéliome, mais encore un épithéliome parenchymateux.

Le diagnostic anatomique du cancer du foie est en général aisé et ce n'est que dans un très petit nombre de cas qu'il peut y avoir doute ou confusion. Les nodules adénomateux sont d'une couleur plus foncée que ceux du cancer, ils ne sont pas ombiliqués et sont enkystés; de plus le foie adénomateux est atteint de cirrhose veineuse, les ganglions lymphatiques ne sont pas envahis. Les sarcomes hépatiques sont des tumeurs tellement rares qu'il n'y a guère lieu d'en tenir compte, d'ailleurs on ne les trouve que chez des sujets jeunes. Les gommes

(1) A. Morin. *Epith. primitif de la vésicule biliaire*. Thèse de Paris, 1891.

syphilitiques du foie se rencontrent très rarement, indépendamment de la sclérose qui donne à l'organe l'aspect si caractéristique du « foie ficelé ». Elles se reconnaissent d'ailleurs à ce qu'elles sont sèches et enkystées.

En terminant cette étude anatomique, il ne nous semble pas inutile de dire quelques mots de la *coexistence du cancer et de la cirrhose hépatiques*. Dans le mémoire encore inédit auquel nous avons fait allusion au début de cette revue, MM. A. Gombault et Leredde, s'appuyant sur les travaux de M. Lancereaux et de MM. Hanot et Gilbert, ainsi que sur leurs recherches personnelles, ont étudié les cas dans lesquels le cancer du foie s'accompagne de cirrhose. Si on élimine les faits de cirrhoses biveineuses, coexistant avec l'adénome du foie (forme dénommée cancer avec cirrhose par MM. Hanot et Gilbert), on voit que dans le cancer primitif du foie il est exceptionnel de rencontrer une cirrhose généralisée; elle fait toujours défaut dans le cancer massif. Il faut cependant faire une réserve pour une forme tout à fait rare du cancer du foie, sur laquelle MM. A. Gombault et Leredde attirent spécialement l'attention. D'après ces auteurs qui en ont étudié un cas, il s'agirait d'une cirrhose porto-biliaire dont les travées seraient infiltrées de place en place de boyaux cancéreux ayant l'aspect de néocanalicules biliaires, dont l'épithélium serait remplacé par des cellules cancéreuses polyédriques. MM. A. Gombault et Leredde rapportent à cette forme de « cirrhose cancéreuse » le cas publié sous le nom de cancer trabéculaire radié par MM. Hanot et Gilbert. Les détails de l'autopsie étant incomplets dans le cas étudié par MM. A. Gombault et Leredde, ils ne peuvent affirmer qu'il s'agissait d'un cancer primitif du foie; il y a lieu cependant de le penser, le cancer trabéculaire radié de MM. Hanot et Gilbert étant un néoplasme primitif.

Dans les cancers secondaires du foie, au contraire, on observe assez fréquemment, de préférence autour des nodules cancéreux, mais aussi à distance et même dans tout le foie, des lésions de cirrhose hépatique. Cette cirrhose est exclusivement porto-biliaire. Tantôt on ne voit que de petits blocs scléreux porto-biliaires, tantôt les bandes conjonctives se développent et arrivent à comprendre le lobule hépatique dans les anneaux qu'elles forment. Dans ces cas, le néoplasme primitif occupe le plus souvent le pancréas ou les voies biliaires et provoque de la rétention biliaire avec ictère et par suite une cirrhose biliaire. Mais la cirrhose porto-biliaire accompagnant un cancer secondaire du foie peut se rencontrer aussi, quoique plus rarement, lorsque le néoplasme primitif siège au niveau de l'estomac. Il faut alors invoquer un autre mécanisme pour expliquer la production de la cirrhose; il s'agit dans ces cas d'un cancer de l'estomac ulcéré, au niveau duquel se sont très probablement faites des infections microbiennes, qui ont pénétré dans le foie en suivant les radicules de la veine porte et ont ainsi provoqué une sclérose périportale. Enfin, il est un troisième groupe de faits dans lesquels c'est le cancer lui-même qui paraît provoquer la cirrhose. Dans ces cas, aucun vaisseau biliaire n'est oblitéré ni rétréci; sur plusieurs points, souvent très distants les uns des autres et fort éloignés des nodules cancéreux, on voit quelques cellules cancéreuses greffées sur les parois des veinules portes, autour desquelles se sont développés des foyers de sclérose. Il faut alors invoquer un processus spécial pour expliquer le développement de la cirrhose. Les cellules épithéliomateuses qui sont emportées dans le courant de la veine porte, s'arrêtent en différents points du parenchyme hépatique; parfois leur greffe réussit et détermine la formation de nodules cancéreux; ailleurs la greffe avorte, mais le thrombus cancéreux agit comme un corps étranger, irrite les tissus qui l'entourent et devient l'agent d'une cirrhose périportale.

Le cancer du foie peut rester latent pendant la vie du malade et n'être reconnu qu'à l'autopsie; mais alors il s'agit d'un néoplasme secondaire dont les symptômes physiques passent inaperçus et les signes fonctionnels manquent ou sont masqués par les troubles occasionnés par le cancer primitif. Quelle que soit la forme du cancer du foie, il est de règle que la maladie soit annoncée par une altération de l'état général, du malaise, des troubles digestifs tels que dégoût des aliments azotés, lenteur des digestions, nausées et même vomissements, enfin des douleurs de l'hypochondre droit avec irradiations du côté de l'épigastre et de l'épaule. Puis l'appétit se supprime complètement, les forces et l'embonpoint diminuent; les malades se cachectisent; leur teint devient pâle et terreux; ils arrivent rapidement à un degré avancé d'anémie avec hypoglobulie considérable. La constipation est habituelle. La quantité des urines s'abaisse à un demi-litre par 24 heures. Elles ne sont pas albumineuses, mais renferment une très faible quantité d'urée, moins de 4 grammes par 24 heures. Cette hypoazoturie est due à la fois à l'inanition, qui est la conséquence des troubles digestifs, et à la suppression de la fonction uropoiétique du foie.

M. Hanot (1) a observé que, dans certains cas, l'anorexie habituelle pouvait être remplacée par la conservation prolongée de l'appétit et même, bien que très rarement, par une véritable boulimie. M. Mayo Collier (2) signale un spasme réflexe de l'œsophage simulant un rétrécissement de cet organe, alors que le malade est atteint uniquement de cancer du foie.

On observe parfois au cours du cancer hépatique, surtout à la période terminale, une élévation de la température qui atteint 39°; la fièvre est continue ou rémittente. Elle annonce une marche suraiguë du néoplasme et probablement aussi une infection secondaire. Enfin, comme dans tous les cancers viscéraux, à une période avancée, on peut constater des adénopathies éloignées, à la région sus-claviculaire, par exemple.

A ces symptômes communs aux différentes variétés de cancer hépatique viennent se joindre des troubles propres à chacune de ses formes.

Dans le *cancer massif*, les douleurs hépatiques sont peu marquées, l'ascite et l'ictère ne se voient que tout à fait exceptionnellement; en effet, il n'y a d'obstacle ni au courant de la veine porte, ni au cours de la bile; bien plus, la destruction du foie étant très étendue, la production biliaire est diminuée ou complètement supprimée, comme en témoigne l'aspect des matières fécales qui sont décolorées et fétides.

La partie supérieure de l'abdomen est bombée du fait de l'hypertrophie du foie qui détermine souvent l'évasement de la base du thorax, les fausses côtes étant déjetées en dehors. On sent aisément par la palpation que le foie présente une résistance ligneuse et descend anormalement, souvent jusqu'à l'ombilic, parfois tout près de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Son bord antérieur n'est pas déformé et sa surface reste lisse jusqu'à la fin. La percussion permet de délimiter exactement la zone sur laquelle le foie empiète dans l'abdomen. Mais ce qu'il y a de caractéristique, c'est la rapidité du développement de l'hypertrophie hépatique. Si on a soin de marquer au nitrate d'argent le point où le bord inférieur du foie affleure à la paroi abdominale, au bout de

(1) Hanot, Modifications de l'appétit dans le cancer de l'estomac et du foie. *Mercredi médical*, n° 35, p. 417, 30 août 1893.

(2) Mayo Collier, *Société de laryngologie et de rhinologie de Londres*, 8 décembre 1893.

15 jours, on retrouve ce bord notablement abaissé (de 3 centimètres dans un cas de Hanot (1). Les dimensions de la rate sont variables et pas toujours appréciables à l'examen.

Les symptômes qui appartiennent en propre au cancer *nodulaire* sont : l'intensité des douleurs, la constatation fréquente d'ascite (3 fois sur 5) et d'ictère (2 fois sur 3) et surtout les modifications que révèle l'exploration du foie. Les douleurs hépatiques à peu près constantes à la période d'état siègent dans l'hypochondre droit et à l'épigastre; elles irradient vers l'épaule droite, le cou et le membre supérieur; elles sont tantôt sourdes, profondes, provoquées par la palpation ou les mouvements du malade, tantôt extrêmement intenses, comparables à celles de la pleurésie diaphragmatique et s'accompagnant d'une dyspnée extrême. C'est à la périhépatite provoquée par les nodules de la surface du foie et révélée par des frottements péritonéaux perceptibles à la palpation, qu'il faut rapporter ces phénomènes douloureux. L'ascite, qui, le plus souvent, n'est pas assez abondante pour gêner l'exploration du foie, relève dans bien des cas de la même cause; elle ne dépend qu'exceptionnellement de l'arrêt de la circulation porte, comme en témoigne la rareté de la dilatation des veines abdominales sous-cutanées. L'ictère peut ne se montrer que sous la forme d'une légère teinte subictérique apparaissant quelques jours avant la mort, mais souvent aussi c'est une jaunisse véritable, qui envahit la totalité des téguments, dont la coloration s'accentue progressivement et qui persiste jusqu'à la fin; il est dû à la compression des voies biliaires par les ganglions lymphatiques envahis par la dégénérescence. On a vu dans quelques cas cet ictère diminuer ou disparaître; il faut expliquer ce phénomène non par la suppression de l'obstacle au cours de la bile, mais bien par l'acholie qui succède à la destruction presque totale du foie par le néoplasme. Lorsque l'ictère est bien marqué, les urines sont chargées de pigment biliaire. A l'examen du foie par la palpation, on constate que non seulement il est augmenté de volume, mais encore que sa surface est soit bosselée par de petits marrons cancéreux, soit déformée par une ou plusieurs tumeurs arrondies, assez volumineuses pour en imposer quelquefois pour un kyste hydatique. La confusion est d'autant plus aisée que certains cancers mous donnent nettement la sensation de fluctuation et qu'exceptionnellement ils peuvent s'accompagner d'abcès intra ou périhépatiques (2). Ces saillies se déplacent avec le foie à chaque mouvement respiratoire. On trouve la rate normale ou hypertrophiée.

Dans le *cancer secondaire* du foie se retrouvent tous les symptômes que nous venons d'indiquer à propos du cancer nodulaire, avec cette seule différence qu'ils sont plus ou moins modifiés et masqués par les troubles qui accompagnent le néoplasme primitif.

L'évolution du cancer du foie est rapide; quand il s'accompagne de fièvre, il peut déterminer la mort en moins d'un mois au milieu de symptômes généraux qui rappellent beaucoup plus une fièvre typhoïde qu'une affection hépatique. La durée est en général plus longue; elle est en moyenne de 3 à 6 mois et peut se prolonger plus longtemps dans le cancer nodulaire. La lésion progresse d'une façon continue, l'hypertrophie s'accroît régulièrement dans le cancer massif; dans la forme nodulaire, les tumeurs augmentent sensiblement de volume tandis qu'elles se ramollissent. A mesure que la cachexie progresse, se montrent la diarrhée, l'œdème des jambes, la phlegmatia alba dolens; le malade peut être emporté par une infection secondaire ou bien il meurt dans le marasme, conservant toute son intelligence jusqu'à la fin; parfois, dans les derniers jours, il est pris de délire ou meurt dans le coma.

La déchéance rapide de la santé chez un sujet âgé, accompagnée de troubles digestifs et de douleur au niveau de la région hépatique, doit faire soupçonner un cancer du foie, surtout si on constate une augmentation de volume de cet organe s'accroissant dans de fortes proportions en très peu de temps. Si le foie hypertrophié reste lisse, si on ne constate ni ictère, ni ascite, on songera à un *cancer massif* et on devra passer en revue une série d'affections qui peuvent donner le change.

Le cancer des voies biliaires, surtout lorsqu'il a pour point de départ la vésicule, qu'il ne provoque pas d'ictère et qu'il a envahi secondairement le foie, est à peu près impossible à distinguer du cancer massif : tout au plus pourrait-on supposer le point de départ de la néoplasie si une tumeur circonscrite apparaissait d'abord au siège de la vésicule.

La cirrhose hypertrophique graisseuse d'Hutinel, Lancereaux et Sabourin présente aussi une hypertrophie lisse du foie et sa marche est rapide. Mais elle survient chez des tuberculeux, s'accompagne de subictère, se termine souvent par le syndrome de l'ictère grave.

La cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot se complique toujours de polycholie et d'ictère grave.

On pourrait songer à un foie cardiaque dans les cas où l'hypertrophie cancéreuse du foie s'accompagne de dyspnée, de palpitations et de cachexie avec œdème des membres inférieurs et albuminurie. Mais le foie cardiaque n'atteint jamais le développement du cancer hépatique et la marche d'une affection du cœur est autrement lente (Hanot).

L'hépatomégalie que l'on constate dans la dégénérescence amyloïde, la leucocythémie, l'intoxication paludéenne, la syphilis, se développe peu à peu et s'accompagne de circonstances étiologiques spéciales et de symptômes propres à chacune de ces maladies.

Les sarcomes sont exceptionnels et ne se développent pas dans la vieillesse.

Le mélanome, très rare du reste, succède, parfois à long intervalle, à une affection oculaire maligne qui a nécessité l'ablation de l'œil ou à une tumeur mélanique de la peau.

Dans les cas où le foie présente des bosselures, on a tout lieu de diagnostiquer un *cancer nodulaire*. Encore faut-il pouvoir éliminer la cirrhose alcoolique accompagnée ou non d'adénome dans les cas où les nodosités hépatiques sont difficiles à constater du fait de l'ascite ou du météorisme abdominal. Mais dans la cirrhose l'ascite est beaucoup plus abondante, les veines abdominales sous-cutanées sont très dilatées, la rate est toujours volumineuse.

Si au contraire les nodosités se fusionnent en une ou plusieurs tumeurs volumineuses, on peut croire à l'existence d'un kyste hydatique du foie; mais s'il s'agissait de cette affection la tumeur serait moins dure, l'état général resterait satisfaisant, l'évolution de la maladie serait lente; en cas d'hésitation, une ponction exploratrice lèverait les doutes.

Lorsqu'on a reconnu un cancer nodulaire du foie, le diagnostic ne doit pas en rester là et il faut rechercher s'il est primitif ou secondaire, en se souvenant que dans la grande majorité des cas il s'agit d'une néoplasie secondaire.

(1) Hanot, Du cancer du foie pseudo-fluctuant. *Semaine médicale*, 8 novembre 1893, p. 505.

(2) Hanot : Du cancer du foie pseudo-fluctuant. *Sem. méd.* 8 novembre 1893, p. 505. — Zuber : Cancer massif du foie et suppuration secondaire. *Soc. anat.*, 24 mars 1893. — Létienne : Cancer du foie, abcès sous-diaphragmatique, vomique. *Soc. anat.*, 24 mars 1893.

La thérapeutique ne peut être que symptomatique dans le cancer du foie; toute médication curative est inutile sinon nuisible. Il est probable qu'on se trouvera rarement en présence d'un cancer hépatique formant une tumeur suffisamment pédiculée pour en permettre l'ablation, comme dans les cas de Luecke (1) et de von Bergmann (2).

H. Bourges.

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de tuberculôme lingual (3). **Abcès froid tuberculeux de la langue**, par le Dr J.-J.-A. Dardignac, médecin-major de 1re classe du 51e, médecin chef des salles militaires de l'Hôtel-Dieu de Beauvais.

Observation. — Camille L..., 22 ans, soldat au 51e d'infanterie, est dirigé le 11 février 1893 sur notre service des salles militaires avec le diagnostic « tumeur de la langue ».

Avant tout interrogatoire, un examen local met en évidence les points suivants que rendent très exactement les figures ajoutées à cette note. (Voir page 411.)

A l'inspection, la bouche étant ouverte, on voit la langue occuper sa place normale sans aucune tendance à tomber d'elle-même au dehors. Cet organe a conservé toute sa mobilité et porte, à la pointe, à la partie antérieure et externe droite, une tumeur très développée qui, en dedans, s'arrête à peu près exactement au sillon médian qu'elle fait cependant disparaître vers la pointe qu'elle arrondit. Sur la tumeur l'aspect, comme couleur des tissus épithéliaux, est le même que celui du reste de la langue sur la face supérieure; il n'en est pas de même sur la face inférieure, dont la coloration plus foncée, vineuse, due à une vascularisation diffuse cachant la veine ranine, tranche manifestement sur l'aspect normal du côté gauche. Autour et sur aucune des faces, on ne voit ni exulcérations ni semis granuleux jaunâtre ou autre. Elle paraît régulière, du volume d'un gros œuf de pigeon et présente la forme d'un ovoïde divisé dans le sens de la hauteur en deux parties sensiblement égales par le bord droit de la langue, de telle sorte qu'il est impossible de préciser si elle prédomine davantage sur l'une ou l'autre des faces; du reste, le bord lui-même ne paraît avoir participé en aucune façon au développement du processus morbide et forme, au milieu de la surface externe de la tumeur, un liséré appréciable et présentant l'aspect normal du bord de la langue : en un mot, la tumeur est incluse dans le corps du muscle lingual.

La palpation démontre que cette tumeur est lisse, sans bosselures ni rénitence, elle n'est pas lobulée et sa consistance rappelle celle du caoutchouc mou; elle semble un peu élastique, mais n'offre aucune sensation, ni de fluctuation ni de tremblement hydatique; cet examen n'est pas douloureux, sauf à une très forte pression un peu près du sillon médian et plus nettement près du bord externe. Dans le voisinage, prochain ou éloigné, il n'existe aucune adénite; les glandes salivaires ne sont pas atteintes, et le reste de la langue est de tous points normal.

L'étude des signes fonctionnels apprend que la douleur est nulle au repos; seul, le frottement contre les dents, dont quelques-unes sont cariées mais toutes à bords mousses, rend le bord externe douloureux. La mastication des aliments est difficile et lente, mais complète, car, instinctivement et par suite d'une éducation progressive, il évite d'utiliser le bord droit pour cette fonction. De même la phonation est altérée; L... parle à voix basse, « il bafouille comme s'il avait de la bouillie dans la bouche »; les consonnes labiales et dentales se prononcent distinctement, mais seulement s'il parle avec lenteur et en s'étudiant; les consonnes G et R sont les plus difficiles à prononcer. Enfin, bien que l'anorexie soit fréquente, il prétend n'avoir remarqué aucun trouble digestif qu'il puisse rapporter à une mastication incomplète.

L... se présente avec un état général peu satisfaisant; de prime abord et quoi qu'il en dise, on est disposé à juger très défectueuse sa nutrition; il est pâle, amaigri, les yeux cernés et, pour l'ensemble, il paraît très fatigué; son poids est de 120 livres et il l'accuse en diminution notable, surtout depuis les six derniers mois. Il nous apprend qu'il est orphelin de père; celui-ci serait mort d'une congestion, à l'âge de 40 ans. Sa mère, vivante et toujours bien portante, sans aucune maladie diathésique, aurait eu deux pneumonies.

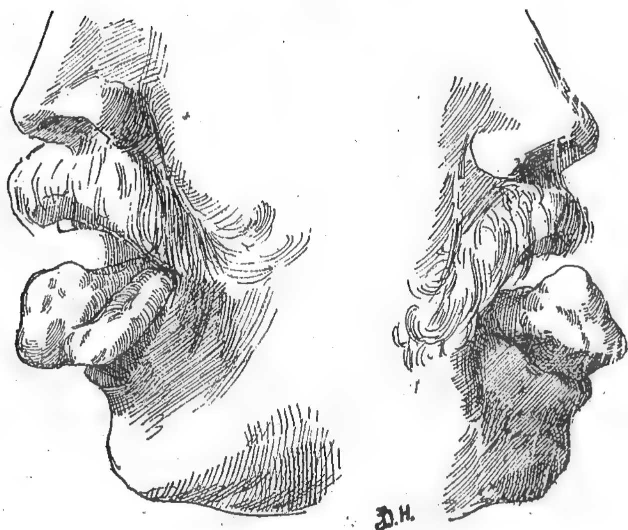
Pour ce qui le concerne, il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 19 ans : il contracta alors une bronchite aiguë qui, après une guérison assez rapide, lui laissa une grande impressionnabilité des bronches. Depuis, l'hiver il tousserait facilement; en même temps, il est sujet à des étouffements survenant à l'occasion des plus légers efforts. En dehors de cette prédisposition à la toux persistante avec étouffements depuis les trois derniers hivers, il n'a jamais été malade. Il est très affirmatif — et les recherches les plus minutieuses corroborent son dire — sur la question de syphilis : jamais il n'a eu de maladie vénérienne, ni de rhumatisme, ni d'hémoptisie. Né dans un village, il a, jusqu'à son arrivée au régiment, habité son pays où il travaillait aux champs. Il ne se connaîtrait qu'un défaut, c'est de détester la boisson et d'être un enragé fumeur (de fait, il a une existence rangée, ne va ni au café, ni à la cantine). Cette habitude dernière, invétérée de longue date, s'est accentuée depuis son arrivée au régiment : là, il a adopté la pipe et quelques mois avant l'apparition de la tumeur linguale, ayant été désigné pour remplir les fonctions de garde-magasin de sa compagnie — occupation sédentaire peu pénible qui, disons-le de suite, si elle ne fournit aucune indication utile au point de vue étiologique, joue cependant le rôle d'un facteur important comme cause adjuvante dans la question de l'infection générale, l'homme vivant pour ainsi dire constamment enfermé dans un local restreint et mal ventilé — il avait sans cesse à la bouche la pipe qu'il maintenait constamment du côté où siège la tumeur; il ajoute qu'il utilisait quelquefois les pipes des camarades pour les leur rendre « culottées ».

Au moment de l'incorporation, il est noté comme vigoureux, pesant 68 kilogs, sans tare organique appréciable extérieure ou interne : du reste, depuis 28 mois qu'il est soldat, il ne s'est jamais présenté à la visite que le 15 janvier dernier pour montrer au médecin « cette ennuyeuse grosseur ». La tumeur aurait, dit-il, débuté vers le milieu de novembre 1892; du moins, ce n'est qu'à cette date environ, qu'une sensation spéciale résultant d'un petit bouton, « comme un pois », qui siégeait à la partie inférieure de la langue, attira son attention sur cet organe. Ce « bouton », dont l'éclosion n'avait succédé à aucune écorchure ou érosion, à aucun traumatisme, — du moins il ne s'en aperçut jamais, ne fut d'abord que gênant, désagréable. Il était arrondi, se développa insidieusement dans le corps même du muscle et bientôt —

(1) Luecke, *Centralbl. f. Chirurgie*, 1891, n° 6, p. 115.
(2) Von Bergmann, 22e *Congrès de la Société allemande de chirurgie*. Berlin, avril 1893.
(3) Note adressée à la *Société de chirurgie* (séance du 24 janvier 1894).

vers le début de janvier 1893 — c'est-à-dire après 7 à 8 semaines, devint plus saillant, déborda d'une façon sensible et également sur les deux faces. L... nous dit n'avoir éprouvé jusqu'alors ni douleurs locales à proprement parler, ni élancements; cependant, il dormait mal et pense avoir eu à ce moment — fin décembre — de la fièvre presque tous les soirs, bien qu'il ait toujours conservé et son appétit et son entrain ordinaires. Ne voulant point perdre un emploi relativement agréable, et désirant profiter des vacances du jour de l'an, il ne se présenta au médecin de service que le 14 janvier. Alors la tumeur avait pris à peu près le développement représenté sur nos dessins (1), elle était depuis peu le siège





d'élancements fréquents sans cause occasionnelle et aussi de douleurs vives si la langue heurtait de son bord droit les arcades dentaires. La gêne fonctionnelle et ces douleurs accompagnées d'insomnie avec salivation le firent placer quelques semaines en observation à l'infirmerie où il ne fut constaté ni fièvre, ni retentissement ganglionnaire, mais seulement un nouvel accroissement de la tumeur qui gênait de plus en plus la phonation et la mastication. Un traitement d'épreuve par l'iodure de potassium institué à titre de diagnostic — des accidents syphilitiques ayant pu être méconnus — et suivi quelques semaines fut sans aucune influence sur la tumeur.

A son entrée dans le service, le 11 février 1893, l'état général de L... fut immédiatement l'objet d'un examen approfondi : il nous semblait, en effet, que le diagnostic, qui ne laissait pas que d'être délicat et embarrassant, s'éclairerait, si nous trouvions ailleurs, du côté des poumons par exemple, la signature de cette tumeur qui pour nous n'était autre chose qu'un tuberculome aussi anormal par son siège que par sa forme. La percussion ayant permis de constater une sonorité normale avec, à l'auscultation des sommets, une très légère rudesse du murmure vésiculaire; la prostate, le cœur, les reins, tout paraissant normal, il y avait lieu d'être hésitant et réservé jusqu'au moment où une ponction exploratrice apprendrait si la tumeur était solide ou liquide et, dans ce dernier cas, si elle était un abcès banal ou symptomatique.

Le diagnostic différentiel, avant toute exploration instrumentale, faisait, en effet, circonscrire le débat entre ces deux dernières hypothèses.

L'idée d'une tumeur syphilitique était éliminée absolument, en raison, d'une part, des antécédents très formels du malade, et, d'autre part, de l'expérience négative tentée par le traitement d'épreuve. De même celle d'une tumeur vasculaire, sa consistance, sa non-réductibilité empêchant d'en faire une tumeur érectile veineuse ou artérielle; l'absence de battements, la teinte rosée écartant l'anévrysme diffus ou circonscrit, aucun traumatisme d'ailleurs n'ayant été relevé. Les lipomes sont, dans les quelques cas observés, nettement lobulés et mamelonnés, quelquefois pédiculés, ils ont une consistance particulière et siègent de préférence sur la moitié postérieure de la langue. En raison encore de la consistance de la tumeur et malgré sa régularité, son indolence relative et son développement, on ne pouvait admettre qu'elle fût un fibrôme. La pensée d'une tumeur dermoïde se trouvait écartée par sa rareté même (un seul cas connu) et par ce fait que chez notre malade elle n'était pas congénitale. L'hypothèse d'un carcinome limité était écartée par l'absence de retentissement sur le système ganglionnaire, par l'état général, la marche du processus et son peu de tendance aux ulcérations. De même celle d'un sarcome, fait rare (17 cas connus) et précédé d'ordinaire par une ulcération profonde. Si on ne pouvait admettre l'idée d'un kyste hydatique parce qu'ils présentent une consistance moins ferme et sont plus nettement fluctuants, on se ralliait à celle d'un abcès ou d'un kyste à contenu liquide, séreux ou muqueux : ces derniers, rares d'ailleurs, sont bien congénitaux pour les cas connus, mais leur constitution apparente avec leur paroi décrite comme plus épaisse que celle des kystes séreux à fluctuation moins nette, leur développement aux dépens des éléments glandulaires de la langue, semblaient être ceux qui se rapprochaient le plus de notre cas. Le kyste de la glande de Blandin d'après le siège anatomique de cette glande, aurait dû être développé surtout aux dépens de la face inférieure de la langue. Pour la même raison, ce ne pouvait être une glande folliculaire kystique, celle-ci siégeant en général à la base de l'organe. Il restait donc, en fin de compte, l'hypothèse d'un abcès dont il fallait déterminer la nature et la pathogénie.

Quoi qu'il en soit, le 20 février, — le malade avait le soir 38° depuis son entrée et souffrait, — une ponction exploratrice faite sur la face supérieure de la langue à l'aide d'une aiguille aseptisée, permit de traverser facilement la paroi qui parut constituée par la muqueuse seule et de retirer quelques grammes d'un liquide mucopurulent, verdâtre, sans odeur et de consistance de sirop très épais, qui ne donne aucune des réactions de la salive ou du mucus et dans lequel le microscope laisse voir des globules de graisse et de pus, quelques cristaux, sans bacilles. Dès le lendemain les élancements sont moins

(1) Le musée de l'hôpital Saint-Louis ne possède aucun moulage pouvant donner une idée de cette localisation tuberculeuse.

sensibles, peut-être parce que la tumeur était moins tendue. Le 24, la tumeur attaquée par la face inférieure est vidée complètement par aspiration aseptique : elle contient environ 10 grammes de liquide, cette fois purulent, bien lié, jaune verdâtre. Les parois de la poche s'affaissant aisément, il est alors possible de préciser que cette tumeur présente toutes les apparences d'un abcès développé dans l'épaisseur et aux dépens du tiers antérieur de la langue, exactement arrêté dans son développement en dedans par le sillon médian : le pourtour, de l'étendue d'une pièce de 2 francs, est extrêmement douloureux à une légère pression, signe important qu'il était impossible de mettre en relief avant l'évacuation de la poche et qui nous permit alors en éliminant l'abcès intra-musculaire banal d'affirmer la nature phimatique du processus.

En moins de 5 à 6 jours, la poche était de nouveau remplie et reprenait le volume qu'elle présentait au moment de l'entrée, en même temps qu'à la face inférieure, à 2 1/2 centimètres du bord, se développait un petit point blanc au lieu même de la seconde ponction, orifice d'un pertuis qui se serait sans doute ouvert spontanément si nous n'avions décidé de procéder immédiatement à la destruction de cette poche suppurante.

Le défaut d'installation ne nous permettant que de très imparfaites recherches bactériologiques et ne pouvant, par des inoculations en série à des lapins ou à des cobayes, étudier la nature du pus, nous avons pensé pouvoir arriver à un résultat suffisant en étudiant, sinon la paroi de la poche, du moins son revêtement interne. Après cocaïnisation et fixation de la langue à l'aide d'un fort fil qui la traversait à la pointe, celle-ci, la bouche maintenue ouverte par un écarteur, est portée en haut de façon à bien étaler la face inférieure de la tumeur. Un stylet cannelé permet, en appuyant sur le point blanc précédemment signalé, de pénétrer dans une cavité, unique, du volume d'une grosse noix, à parois épaisses sur le bord et vers la ligne médiane de la langue, relativement mince sur les faces supérieure et inférieure. Un coup de ciseaux fait une incision antéro postérieure de 3 1/2 centimètres par laquelle s'échappe un liquide louche, brunâtre; permet de se rendre compte qu'il n'existe pas de poche, à proprement parler, ou que, du moins, l'extirpation en serait impossible tant celle-ci adhère et fait, pour ainsi dire, corps avec les tissus qui l'englobent; laisse enfin passer une curette qui enlève facilement tous les tissus adhérents à la paroi jusqu'au moment où ce grattage détermine de la douleur. Ce tissu, recueilli avec soin et dans les meilleures conditions pour l'examen histologique, ressemble absolument aux détritus fongueux qui se rencontrent dans les arthrites, adénites et synovites tuberculeuses.

Après le curettage suivi d'une sorte d'écouvillonnage à la glycérine créosotée, la poche est bourrée par une mèche de gaze iodoformée fortement imbibée de naphtol camphré.

Aucun incident immédiat ou consécutif, sauf, pendant le pansement, des douleurs assez vives dans l'oreille et le côté droit de la face, et encore furent-elles fugaces. Ce même pansement devait être renouvelé tous les jours après lotion de cette cavité par une solution faible de chlorure de zinc. Dès le 10e jour, elle avait diminué de plus des deux tiers et pour que la cicatrisation pût se faire régulière du fond à la surface, solide et sans espoir de récidive, la paroi interne fut soigneusement touchée au crayon avant d'appliquer le pansement institué dès le début.

8 mars. — L... était satisfait, mangeait et parlait plus facilement, dormait et ne souffrait plus qu'au moment du pansement. Toutefois son état général nous inquiétait : depuis son entrée dans le service et plus particulièrement depuis le jour de l'intervention, il accusait des sueurs nocturnes, de l'oppression et, le matin même, il avait expectoré un crachat muco-sanguinolent. La percussion restait toujours négative, mais, à l'auscultation, il fut possible de découvrir vers les sommets, près de l'angle costo-vertébral des deux côtés, deux foyers de craquements secs avec respiration légèrement soufflante dans les deux fosses sus-épineuses.

16 mars. — L'état général semble s'améliorer, l'appétit est excellent, mais le malade tousse davantage et a eu, la veille au soir, et à plusieurs reprises, des crachats hémoptoïques. Cependant le thermomètre, depuis le 24 février, oscille entre 36°8 et 37°7. Localement, aux poumons, le processus tuberculeux gagne rapidement du terrain, les signes stéthoscopiques les plus nets existant en avant et en arrière sur toute l'étendue des lobes supérieurs. Si, à l'entrée du malade, on avait pu avoir des doutes sur la nature réelle de la tumeur linguale, il n'était plus possible de les conserver alors. La marche rapide des lésions pulmonaires, malgré l'apparence satisfaisante de l'état général (il avait regagné près de 6 livres), venait confirmer ce qu'avaient démontré les recherches histologiques et bactériologiques : dans les crachats (très rares, l'expectoration n'étant devenue plus abondante que depuis le commencement de mars), le bacille de Koch fut nettement mis plusieurs fois en évidence et dans les fongosités des parois de la tumeur, les cellules géantes typiques des productions tuberculeuses affirmaient bien la similitude du processus se manifestant sur ces deux organes : langue et poumons.

Au début d'avril — le malade avait eu une hémoptysie véritable le 25 mars — la disparition du tuberculome étant parfaite et remplacée par une cicatrice solide, L... est présenté à la Commission spéciale, qui prononce en sa faveur une réforme n° 2.

Sans insister davantage sur cette manifestation — rare comme forme, marche et siège — de la tuberculose, cette observation soulève en outre quelques réflexions intéressantes. Il s'agissait bien d'un abcès froid symptomatique, nous ne pensons pas qu'on puisse le nier, bien qu'il nous ait été impossible, à notre grand regret, d'établir la preuve expérimentale — la seule indiscutable — par l'inoculation et la culture soit du pus, soit des fongosités. Ces détritus enlevés à la curette et se confondant avec le tissu lingual ont, après durcissement et coupes montées, montré une grande quantité de cellules géantes où deux fois seulement, sur plus de vingt préparations, il nous a semblé voir le bacille caractéristique. Quelle a été la porte d'entrée du bacille chez notre malade? Le tuberculôme lingual était-il primitif ou bien résultait-il d'une inoculation secondaire, comme il est plus fréquent de l'observer à la langue? En un mot, la tuberculose fut-elle d'abord linguale, puis pulmonaire, ou inversement? S'il est rigoureusement possible d'affirmer que les signes de localisation bacillaire aux poumons ne furent appréciables qu'au début de mars, c'est-à-dire peu de jours après le moment où la tumeur fut attaquée, on peut rappeler aussi, en raison de l'état général, de l'amaigrissement, etc., que la tuberculose, pour n'être pas alors objectivement certaine sur les organes thoraciques, existait déjà, était probablement latente, à marche lente torpide, et qu'elle ne reçut pour ainsi dire le coup de fouet décisif, ainsi que la chose est d'observation fréquente pour d'autres tuberculoses locales, qu'à la suite du traitement de l'accident greffé sur la langue. Cette idée pathogénique, ce transport — d'une certaine façon secondaire — par la voie sanguine ou lymphatique du bacille pris aux lésions pulmonaires, puis élisant domicile au

sein même ou dans l'un des interstices des fibrilles musculaires de la langue où il provoqua bientôt un travail inflammatoire insidieux, lent, aboutissant à un abcès sans réaction générale, à la façon des abcès froids, des tuberculoses locales au sens général du mot, nous semble plus scientifique que celle d'une inoculation primitive et se généralisant ensuite qui aurait passé inaperçue et aurait abouti à une tumeur aussi volumineuse sans être précédée, accompagnée ou suivie d'une ou de plusieurs de ces ulcérations caractéristiques de la tuberculose linguale. D'ailleurs, à quel moment, à quel mécanisme rapporter cette inoculation dans l'une ou l'autre hypothèse? Serait-ce que ce tuberculeux torpide — son état général défectueux depuis plusieurs mois plaiderait quelque peu pour cette opinion — devait déjà expectorer des crachats rares, mais très fournis de bacilles et que, à la faveur de quelque insignifiante érosion produite par le bord des dents ou par l'usage de la pipe — la sienne ou encore celle de camarades pouvant être aussi tuberculeux — il y aurait eu inoculation au sens propre du mot? L'absence de toute ulcération ou mieux de toute effraction à la muqueuse, ainsi que de lymphangite et d'adénite, resterait alors à expliquer. Il nous semble en définitive plus conforme à la réalité des faits démontrés par les expériences de laboratoire, de voir chez ce malade un cas de tuberculose locale exceptionnellement développée en dehors des organes d'élection habituels, plus scientifique, en un mot, de croire au développement, loin du lieu d'origine et par l'intermédiaire du sang, d'un tuberculôme métastatique.

REVUE DES CONGRÈS

CINQUIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

Tenu à Saint-Pétersbourg du 8 au 17 janvier 1894.

Palpation de l'iléon et des ganglions mésentériques dans la fièvre typhoïde. — *M. Biésobrasow*, en pratiquant la palpation de la région iliaque droite dans la dothiénentérie, a constaté depuis longtemps la présence, à une distance de 7 centimètres environ de l'épine iliaque antéro-supérieure, d'un segment intestinal se dirigeant obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Sa supposition, qu'il s'agit dans ce cas du dernier segment de l'iléon, a été pleinement confirmée par les recherches cadavériques entreprises à ce sujet.

La présence de ce segment a pu être constatée dans plus ou moins de cas, et de sa nature on peut tirer des renseignements assez précieux sur le pronostic.

C'est ainsi que toutes les fois que ce segment se présentait sous la forme d'un corps dur, inégal et douloureux à la pression, le pronostic était fort grave, et il était, au contraire, favorable dans les cas où cet intestin avait la forme d'un cordon du volume de l'index, et tout à fait insensible à la pression.

A peu près la même valeur pronostique doit être attribuée aux ganglions mésentériques situés entre le bord externe du muscle droit de l'abdomen et le côlon ascendant. Leur présence n'a pu être constatée à la palpation que 5 fois sur 12 et a toujours été suivie d'une terminaison fatale.

L'auteur pense donc qu'il y a lieu d'ajouter aux symptômes classiques de la fièvre typhoïde deux nouveaux signes : la constatation à la palpation de la dernière portion de l'iléon et des ganglions mésentériques droits.

L'importance *diagnostique* de ces symptômes est également assez considérable, puisqu'ils ont permis dans plusieurs cas difficiles de préciser le diagnostic entre la dothiénentérie et la péritonite tuberculeuse miliaire à forme typhoïde.

Quant à la technique dans la recherche de ces symptômes, elle consiste dans la pression méthodique, progressive et très profonde des régions ci-dessus indiquées, le malade faisant des inspirations profondes.

La plus grande douceur est recommandée pendant l'exploration qui, étant pratiquée d'une façon intempestive, pourrait avoir pour résultat des complications assez sérieuses.

Valeur diagnostique de l'absence de l'acide chlorhydrique libre dans l'estomac. — *M. Wagner* a constaté l'absence de HCl libre dans l'estomac dans 39 cas sur 216, et sur ces 39 cas, le cancer n'a été trouvé que 6 fois ; les autres 33 malades, soit une proportion de 15.71 0/0, en étaient tout à fait indemnes.

Le rapporteur met donc fortement en doute la valeur diagnostique de ce symptôme pour l'épithéliome stomacal.

L'absence de HCl libre s'observe surtout entre 20 et 30 ans. Si on accepte la théorie parasitaire du cancer, on pourrait, par analogie avec les autres maladies infectieuses, considérer l'absence de HCl libre dans l'estomac comme favorisant à un haut degré le développement du parasite spécifique.

Il faut donc conclure que l'absence de HCl libre dans l'estomac mène au cancer, et non inversement.

Modifications anatomo-pathologiques des glandes séminales chez les vieillards. — *M. Pavlow*, à la suite des recherches microscopiques qu'il a entreprises à ce sujet, est arrivé à la conclusion que la cause première de ces altérations réside dans les vaisseaux sanguins, ramifiés entre les canaux séminaux.

La dégénérescence hyaline se montre tout d'abord sur la tunique externe, puis elle envahit la paroi vasculaire tout entière et se propage ensuite aux systèmes capillaire et veineux.

La dégénérescence du tissu conjonctif suit de près celle des vaisseaux, et les éléments essentiels de la glande séminale sont atteints les derniers. La membrane externe des tubes séminifères s'épaissit et dégénère. Les cellules épithéliales éprouvent des changements considérables. Leurs noyaux disparaissent; leur protoplasma devient granuleux et rempli de vacuoles brillantes.

On observe également des phénomènes de dégénérescence pigmentaire et de nécrose. Les canaux séminifères se transforment en cordons durs, dont la lumière a parfois complètement disparu.

Des modifications analogues s'observent d'ailleurs également dans certains processus pathologiques secondaires et n'ont, par conséquent, rien de spécifique.

L'âge n'a pas d'influence bien démontrée sur l'intensité de ces altérations, lesquelles, débutant par le système vasculaire, entraînent consécutivement les troubles de nutrition et de fonction.

M. Ivanowski confirme les conclusions du rapporteur et rappelle les nombreux faits de vieillards octo- et nonagénaires poursuivis pour délits sexuels, ce qui prouverait évidemment qu'il est presque impossible de fixer un terme précis à l'activité génitale.

Dégénérescence amyloïde expérimentale. — *M. Kravtzow* a constaté que la suppuration chronique provoquée chez les lapins au moyen de la térébenthine donne des résultats négatifs, malgré l'affirmation de Czerny.

Les injections répétées de 1 c.c. avec la culture du staphylocoque doré ont, au contraire, donné des résultats positifs.

Au bout de six semaines, les lapins mouraient après avoir présenté des symptômes d'épuisement complet avec une perte de 50 0/0 de leur poids primitif.

A l'autopsie, on constatait la dégénérescence amyloïde complète de la rate et partielle du foie et des reins.

La rate, molle, atrophiée, présentait les réactions indubitables de l'amyloïde à la périphérie des cellules, leur centre restant normal.

On ne peut pas affirmer que le système vasculaire joue un rôle important dans la propagation de la dégénérescence.

Chez 4 lapins auxquels on a injecté 5 c.c. de la culture staphylococcique et qui sont morts le lendemain, on a déjà trouvé dans la rate des centres amyloïdes.

Se basant sur ces expériences, le rapporteur arrive à la conclusion que la dégénérescence amyloïde doit être considérée comme résultant de l'action des microbes sur les cellules.

Durée de l'association psychique à l'état de santé et de maladie. — *M. Tchige* a entrepris toute une série de recherches psychométriques sur 5 personnes appartenant à la classe moyenne de la société. Voici ses conclusions:

1° La durée de l'association est de 0.7 secondes chez les personnes intelligentes normales.

2° Elle est tellement augmentée (1.89") chez les individus atteints de la folie primitive qu'il faut considérer ce fait comme un phénomène pathologique, démontrant la faiblesse et l'arrêt de développement intellectuel chez eux.

3° Elle est, au contraire, fortement diminuée (0.44") chez les paralytiques généraux à la période d'imbécillité, ce qui ne peut s'expliquer que par l'affaiblissement chez eux de l'activité perceptive.

Dans tous les cas — aussi bien à l'état physiologique que pathologique, — l'essence intime du processus de l'association reste la même et doit être considérée, d'après le rapporteur, comme étant de nature mécanique élémentaire.

Hydrothérapie dans la phthisie pulmonaire. — *Madame Gourian* communique les résultats de ses observations à ce sujet.

Guidée par la considération que, dans le traitement de la tuberculose, la stimulation de l'organisme joue un rôle considérable en lui procurant les forces nécessaires pour lutter avec succès contre l'invasion microbienne, Mme Gourian a installé depuis 4 ans, à Jalta — principale station climatérique dans le midi de la Russie, — un établissement hydrothérapique.

Sur 64 malades, 9 ont cessé le traitement au bout de peu de jours (dont 4 pour cause de fièvre).

Sur 4, le traitement n'a eu aucune influence.

Mais les autres 51 ont tous été améliorés d'une façon plus ou moins notable suivant l'intensité des lésions qu'ils présentaient et la durée du traitement.

L'amélioration était non seulement subjective, mais pouvait également être constatée d'une façon objective par les moyens de l'exploration physique.

Tous ont augmenté de poids (de 1 à 8 kgr,) malgré l'état assez grave et les hémoptysies abondantes que présentaient plusieurs d'entre eux au commencement du traitement.

Les hémoptysies n'étaient d'ailleurs généralement pas considérées comme contre-indication.

L'amélioration assez rapide qui a été constatée dans certains cas où elle ne pouvait nullement être imputée au climat et au genre de vie, les malades vivant depuis longtemps dans les mêmes conditions, permet d'affirmer que l'hydrothérapie trouve sa place nettement indiquée parmi les moyens prophylactiques et curatifs de la tuberculose.

(*A suivre.*) J. Litinski.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Epilepsie sénile (Remarks on the senile epilepsy), par E. Mansel Simpson (*British medical Journal*, 19 mai 1894, n° 1742, p. 1069) — L'épilepsie sénile est rare, mais intéressante par ses rapports avec les autres affections nerveuses des vieillards, du moins telle est chez eux l'épilepsie dite idiopathique. Les 3 périodes de la vie où elle apparaît sont: la période du premier âge, de la puberté (10 à 20 ans) et l'âge avancé (60 ans). Pour certains auteurs, les attaques n'apparaîtraient très souvent qu'à 40 ans pour la première fois. Reynolds trouve, sur 172 cas, 2 cas chez des vieillards. Harse 4 sur 995 (entre 60 et 70 ans). Sur 100 cas de Mora, 2 concernent des personnes âgées de 57 et 62 ans. Toutes les formes du mal comitial s'observent également chez les vieillards, le petit mal plus fréquemment toutefois. Le demi-coma qui suit l'accès est plus long chez eux. Il est rare que la maladie se termine par la mort. L'affection peut être prise pour des accès épileptiformes dans la paralysie générale, chez des sujets très déprimés par l'âge, pour de l'éclampsie, des convulsions urémiques, de l'apoplexie; parfois le diagnostic se posera aussi avec le ramollissement cérébral. Toutefois, dans ce dernier cas, l'hémiplégie est de règle, et les convulsions l'exception. Dans l'épilepsie sénile, l'état mental est le plus souvent atteint, plus après chaque accès. L'auteur rapporte un cas typique ayant débuté à 73 ans.

Epilepsie, chez une puerpérale avec hyperpyrexie (Epilepsy in a puerperal with hyperpyrexia; death), par M. Th. Oliver (*The Lancet*, 26 mai 1894, n° 369, p. 1295). — Après avoir rappelé qu'il existe des différences cliniques entre l'épilepsie vraie et l'épilepsie urémique, car dans ce dernier cas, les accès sont le plus souvent précédés des signes de l'urémie : troubles visuels, céphalées, et s'accompagnent d'albuminurie, l'auteur rapporte le cas d'une femme âgée de 21 ans, qui rentre dans la catégorie des épileptiques, avec cette particularité que, ayant eu des crises pendant sa jeunesse, elle en fut reprise sous forme de petit mal, lors de sa seconde grossesse. Celles-ci se montrèrent sous forme de petit mal. Lors de la troisième grossesse, elle eut des accès particuliers — absences — : à ce moment l'urine ne contenait pas d'albumine. Sept heures après l'accouchement, des convulsions apparurent, et la température s'éleva, la conscience fut perdue. La malade ne tarda pas à succomber dans le coma avec une température croissante, jusqu'à 109° F., avec des signes d'infection puerpérale, et absence d'albumine. L'auteur insiste sur les rapports de la grossesse en tant que facteur occasionnel du développement, et cause de gravité de l'évolution de l'épilepsie.

Hémiplégie urémique (Uræmic hemiplegy), par Reynold Wilcox (*The American Journal of the medical Sciences*, mai 1894, n° 265, p. 493). — Observation d'un malade âgé de 73 ans qui peu après la guérison d'une cystite purulente fut atteint d'albuminurie, en même temps qu'il présenta une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance à la suite de laquelle on constata une hémiplégie gauche, qui s'améliora ultérieurement en même temps que l'albumine disparaissait sous l'influence du régime. Pas d'autopsie.

Relations de l'angine de poitrine et de la claudication intermittente (Muscular cramp in relation with the phenomena of angina pectoris and « intermittent claudication of the extremities »), par Weber (*The American Journal of the medical Sciences*, mai 1894, n° 265, p. 531). — L'auteur établit en premier lieu une comparaison entre l'ancienne théorie de l'angine de poitrine par oblitération des artères coronaires, et celle de Charcot sur le mécanisme de la claudication intermittente dont il retrace l'histoire. De même que l'ischémie résultant de la sténose des coronaires cause l'état de spasme du muscle cardiaque, comme le montre le pouls à ce moment, de même en est-il pour les muscles des membres dans la claudication intermittente. W. publie un cas de claudication intermittente qu'il a observée chez un homme de 45 ans, qui présenta à la suite d'un traumatisme une oblitération de l'iliaque primitive gauche. A ce propos, il croit que les crampes musculaires constatées sont dues à une accumulation de déchets résultant d'une circulation insuffisante dans l'extrémité du membre et à l'effet de ces produits sur les nerfs centripètes du muscle. Il paraît probable que l'angine de poitrine est réellement une claudication intermittente du muscle cardiaque, due à l'ischémie des coronaires: la différence avec la claudication serait que, dans ce dernier cas, la crampe n'est pas un élément symptomatique nécessaire.

MÉDECINE

Pneumonie fibrineuse (Beitræge zur Histologie der fibrinœsen Pneumonie), par Bezzola (*Virch. Arch.*, 1894, Bd CXXXVI, p. 345). — D'après l'auteur, qui a fait l'examen microscopique de 12 poumons atteints de pneumonie fibrineuse, l'infiltration serait dans ces cas non pas lobaire, comme cela paraît à l'aspect macroscopique, mais lobulaire comme dans la broncho-pneumonie. Le caractère d'infiltration lobulaire ressort très manifestement sous le microscope. Ainsi, si l'on examine un lobule isolé, on voit qu'au centre l'exsudat se compose d'un grand nombre de cellules et d'une très petite quantité de fibrine, tandis que, à mesure qu'on se rapproche de la périphérie, les rapports entre les cellules et la fibrine changent entièrement, en ce sens que, tandis que les premières diminuent, la quantité de la seconde augmente de plus en plus. Les microcoques sont aussi bien plus nombreux au centre

qu'à la périphérie. On peut encore conclure de ces deux faits que, dans la pneumonie croupale, l'infection se propage le long des parois bronchiques.

Le rein dans la pneumonie aiguë (Beitræge zur Kenntniss der acuten fibrinœsen Pneumonie, insbesondere der Nierenveränderungen in derselben), par E. Fraenkel et F. Reiche (*Zeit. f. klin. Med.*, 1894, Bd XXV, Hft 3 et 4). — Le travail des auteurs porte sur l'étude de 1218 pneumoniques observés à l'hôpital de Hambourg de 1889 à 1892. Sur ce nombre, il y eut 46 morts dont 26 présentaient des modifications du côté des reins.

La lésion rénale était presque toujours limitée à la couche corticale et consistait en une nécrose de coagulation avec modifications plasmolytiques de l'épithélium et en exsudats dans la capsule des glomérules. Fréquemment on trouvait des glomérules sclérosés, des cylindres granuleux, quelquefois une accumulation d'hématies dans les canaux.

Pour les auteurs, les modifications parenchymateuses du rein sont d'origine toxique; d'un autre côté, les modifications du côté des capsules indiquent également l'existence d'un élément inflammatoire.

Sur 26 cas, on trouva 22 fois des pneumocoques dans les ramifications veineuses et artérielles, dans les capillaires, les canaux des glomérules; 1 fois dans le tissu interstitiel, 1 fois dans les reins d'un fœtus expulsé par la mère pneumonique.

Les modifications du cœur chez les aliénés (Ueber die anatomischen Veränderungen des Herzens bei chronischen Geistesstœrungen), par Strecker (*Virch. Arch.*, 1894, vol. CXXXVI, p. 217). — Le travail de l'auteur aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les modifications pathologiques du cœur sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes;

2° Ces modifications sont plus fréquentes chez les aliénés âgés que chez les aliénés jeunes;

3° La forme de l'aliénation mentale exerce une certaine influence sur la fréquence des modifications du cœur;

4° Les formes chroniques de l'aliénation mentale provoquent des modifications du côté du cœur.

L'acide lactique dans le suc gastrique des individus sains et malades (Ueber das Vorkommen von Milchsæure im gesunden und kranken Magen, etc.) par Boas (*Zeit. f. klin. Med*, 1894, Bd XXV, Hft 2 et 3). — Les recherches de l'auteur, faites sur un grand nombre d'individus bien portants ou malades, ont montré que :

1° Les biscuits servant de repas d'épreuve renferment toujours de l'acide lactique;

2° L'administration d'une bouillie de farine ne contenant pas d'acide lactique, ne donne pas lieu à la formation d'acide lactique dans l'estomac d'un individu sain;

3° En cas d'atonie et de dilatation de l'estomac de même que dans la gastrite chronique, le repas d'épreuve ne contenant pas d'acide lactique provoque tout au plus l'apparition de traces d'acide lactique;

4° Dans le carcinome de l'estomac on trouve toujours une forte proportion d'acide lactique (3,8 p. 1000), de sorte que la présence d'une quantité notable d'acide lactique peut servir de signe diagnostique de carcinome de l'estomac.

CHIRURGIE

Kyste séreux congénital de l'aisselle (Cisti sierosa congenita dell' ascilla), par L. Isnardi (*Giorn. dell' Accad. di medic. di Torino*, janvier 1894, p. 64). — Enfant de 4 ans, portant depuis sa naissance une tuméfaction axillaire qui s'est accrue sans occasionner aucun trouble; une incision en fait sortir un liquide sanguinolent et est suivie d'une inflammation intense. Un mois plus tard, la tumeur a le volume du poing, occupe toute la cavité de l'aisselle gauche et maintient le bras dans la position horizontale, soulevant la paroi antérieure; la peau est rouge, chaude; une injection de chlorure de zinc, faite à travers une fistule persistante, provoque la diminution de volume de la tumeur qui ne dépasse plus la dimension d'un œuf de poule, mais donne lieu à une suppuration abondante; extirpation de la tumeur qui adhère au faisceau vasculo-nerveux, se prolonge jusqu'à l'insertion du grand pectoral, touche l'apophyse coracoïde et repose en dedans sur les côtes, auxquelles elle adhère. Guérison rapide. L'examen histologique de la poche montre l'origine lymphatique du néoplasme.

Laminectomie pour carie vertébrale (Laminectomia per carie vertebrale con compressione del midollo), par L. Isnardi (*Giorn. dell' Accad. di medic. di Torino*, janvier 1894, p. 31). — Garçon de 6 ans, présentant une cyphose dorsale très prononcée à angle aigu, dont le sommet correspond à l'apophyse de la 5e vertèbre dorsale; contracture des membres inférieurs avec exagération des réflexes; pas de troubles notables de la sensibilité; au bout de quelques mois de traitement médical, amaigrissement progressif, dypsnée, incontinence d'urine et des matières fécales. On pratique l'extirpation des lames de la 5e vertèbre dorsale; la dure-mère étant épaissie, on en excise un fragment de la dimension du fragment osseux enlevé et on trouve au-dessous d'elle la moelle incurvée en forme de genou à angle aigu; cicatrisation en 7 semaines; à ce moment, l'enfant pouvait faire quelques pas en se tenant les mains aux barres d'une terrasse; au bout de 3 mois, il marche facilement toute la journée, sans fatigue, peut courir, n'a plus de dyspnée, ni d'incontinence d'urine ou des matières.

Traitement opératoire de l'arthrite déformante et du rhumatisme articulaire chronique (Zur Frage der operativen Behandlung der Arthritis deformans und des chronischen Gelenkrheumatismus), par M. Muller (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. XLVII, p. 1). — Le travail de l'auteur comprend 2 cas d'arthrite déformante de la hanche chez des hommes de 38 et 33 ans traités avec succès par la résection; 2 cas d'arthrite déformante du genou chez un homme de 39 ans et une femme de 27 ans, traités avec succès par l'arthrectomie et ablation des ostéophytes des bords des surfaces articulaires; 3 cas d'arthrite déformante du poignet chez un homme de 38 ans, une femme de 40 ans et un homme de 37 ans traités par la résection partielle, avec succès dans deux cas; et enfin 4 cas de rhumatisme polyarticulaire chronique auxquels il a fait une fois (homme de 34 ans) l'arthrectomie du genou droit; une fois (femme de 62 ans) l'arthrectomie du poignet gauche; une fois (femme de 33 ans) l'arthrotomie tibio-tarsienne suivie d'extirpation de la capsule; une fois (femme de 70 ans) l'arthrotomie du genou gauche et la résection du genou droit.

Dans tous ces cas les interventions ont eu pour résultat de faire disparaître la douleur et de rétablir d'une façon plus ou moins satisfaisante les fonctions motrices des membres. Dans quelques cas on a noté la réapparition des douleurs et des troubles moteurs, mais la récidive était insignifiante en comparaison avec la situation des malades avant l'opération.

Limites de la résection intestinale (Ueber die Grenzen der Zulæssigkeit der Dünndarmresection), par Trzebicky (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. XLVIII, p. 54). — Les expériences faites sur des chiens ont montré à l'auteur que ces animaux supportent encore fort bien la résection d'une moitié de l'intestin grêle. Mais lorsqu'on enlève les 2/3 et plus encore du jéjunum et de l'iléon, les troubles chimiques et moteurs de la digestion deviennent tels que les animaux succombent infailliblement. A conditions égales, la résection du jéjunum est moins bien supportée que celle des parties terminales de l'intestin grêle.

En appliquant ces résultats expérimentaux à l'homme, l'auteur montre que l'homme peut supporter, sans danger pour sa nutrition, la résection de 280 cm. d'intestin grêle.

Enorme myxome lipomateux de la paroi abdominale, par F. Terrier (*Rev. de chir.*, 1894, n° 6, p. 458). — L'observation que rapporte l'auteur est remarquable par le volume considérable de la tumeur, qui avait un mètre 10 de circonférence et pesait 10 kilogrammes. Elle était d'origine congénitale, avait à la longue pris un développement considérable, s'était pédiculisée et s'insérait au-dessous du mamelon droit.

Malgré le volume considérable de la tumeur, la malade n'était pas trop gênée par le néoplasme. Toutefois, dans ces derniers temps, il s'était formé des excoriations sur la tumeur, un abcès s'était développé à sa partie supérieure dans l'épaisseur du sein et, sous l'influence de cette infection locale, l'état général s'était notablement altéré.

L'opération fut assez facile. Les veines énormes qui sillonnaient la tumeur furent faciles à pincer. Le seul point

spécial de l'opération fut l'ouverture large et le curettage de cet abcès, probablement d'origine lymphatique, développé à la partie supérieure du pédicule, au-dessous du mamelon du sein droit.

L'hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibromyomes de l'utérus, par Léonte (*Rev. de chir.*, 1894, n° 6, p. 461). — Relation détaillée de 26 cas traités par la laparotomie avec traitement intra-péritonéal du pédicule. Les 26 opérées ont toutes guéri.

D'une manière générale, l'indication d'intervenir a été fournie par l'abondance de l'hémorrhagie, le volume progressif de la tumeur, les crises douloureuses, les phénomènes de compression. L'état d'anémie profonde et progressive n'a jamais été considéré comme une contre-indication.

Rien à noter du côté de la technique opératoire, qui a été celle de l'hystérectomie supra-vaginale classique.

Nécrose du crâne (Zur Lehre von den Knochennekrosen am Schædel), par Willemer (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. XCVII, p. 304). — L'observation de l'auteur se rapporte à un individu n'ayant jamais eu de syphilis ni de tuberculose, qui, à l'âge de 25 ans, reçoit sur la région de la racine du nez une grave contusion suivie de tuméfaction du nez, et plus tard de perte de l'odorat. Quelques années plus tard surviennent des phénomènes de nécrose qui commencent par les os du nez pour envahir successivement la cloison, les deux maxillaires, surtout le droit, et l'ethmoïde. Le processus qui a une allure torpide dure ainsi pendant quinze ans pour envahir ensuite l'os frontal et se terminer par l'élimination d'un séquestre portant sur la plus grande partie du frontal. Tout semble terminé pendant cinq ans, lorsqu'au bout de ce temps survient une nécrose de la voûte du crâne qui aboutit à son tour à l'élimination de séquestres étendus.

Pendant tout ce temps, le malade se portait bien et n'a pas présenté la moindre manifestation syphilitique ou tuberculeuse. L'examen biologique des parties fut également négatif au point de vue de la présence de ces affections.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Etude sur l'évolution du rétrécissement mitral basée sur la modification des signes physiques, par Marc Gochbaum.

L'étude rigoureuse des signes physiques cardiaques est très important parce que, contrairement à l'assertion de certains auteurs, elle seule permet d'arriver à un diagnostic précis de la lésion anatomique et fournit un élément solide pour le pronostic et le traitement. De tous ces signes, c'est le dédoublement du deuxième bruit qui est le plus constant et le plus caractéristique, attendu qu'il ne peut être confondu avec aucun autre à la condition d'en connaître les caractères et que d'autre part à lui seul il permet de juger de la période d'évolution de la maladie.

La modification des signes physiques que l'on observe au cours du rétrécissement mitral à marche progressive tient essentiellement à la lésion anatomique.

Le rapport entre ces deux données (progrès de la lésion anatomique d'une part et modification des signes physiques de l'autre) basé d'abord sur des considérations théoriques de la cause prochaine du dédoublement du deuxième bruit, se trouve confirmé à la fois et par de nombreuses observations cliniques et par des preuves anatomo-pathologiques.

Il est extrêmement utile de connaître ce rapport, parce qu'il permet de juger du stade d'évolution et partant du degré approximatif de la sténose mitrale et fournit ainsi un élément très important pour le pronostic et pour le traitement.

Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme, par Albert Dermigny.

Les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas sont moins rares qu'on ne le pense généralement. Chez la femme, c'est, en tout état de cause, dans la région de ce cul-de-sac que se localisent primitivement la plupart des tumeurs parasitaires du petit bassin.

Des faits absolument connus et bien analysés, il résulte que les échinocoques occupent presque toujours (pour ne pas dire toujours), à leur début, le tissu cellulaire placé au-dessous du cul-de-sac de Douglas, entre le rectum d'une part, le col utérin et le cul-de-sac vaginal postérieur d'autre part. En s'accroissant, ces tumeurs envahissent rarement le périnée et remplissent rarement le vagin. Elles tendent à se développer vers deux directions différentes. *a*) A dédoubler les ligaments larges, à gagner les parties latérales de l'excavation. *b*) A s'insinuer entre le rectum et l'utérus, en refoulant le péritoine et en effaçant le cul-de-sac de Douglas. Les hydatides arrivent au tissu cellulaire de ce cul-de-sac par la voie sanguine et peut être aussi en traversant directement les tuniques du rectum.

Aucun symptôme spécial ne caractérise ces tumeurs. Aussi leur diagnostic ne peut-il se faire que par exclusion et surtout à l'aide de la ponction exploratrice. Leur évolution ne diffère pas de celle des kystes hydatiques en général (guérison spontanée, suppuration, ouverture dans les cavités voisines, etc.). Mais, par suite de leur siège, ils provoquent des phénomènes de compression et constituent une cause de dystocie. Aussi doivent-ils être traités de bonne heure. Lorsqu'ils sont suppurés, ils sont justiciables de la thérapeutique habituelle des suppurations pelviennes. Lorsqu'ils ne sont pas suppurés, le procédé opératoire qui leur est applicable est subordonné à leur volume. Un kyste petit, bien limité au cul-de-sac de Douglas, pourra être traité avantageusement par la ponction simple ou suivie d'injections modificatrices. Un kyste plus volumineux, dépassant le niveau du détroit supérieur, réclame la laparotomie. Dans ce cas, la méthode de choix, c'est l'extirpation du kyste; mais celle-ci restera souvent incomplète; elle sera toujours difficile et laborieuse, par suite des rapports qu'affecte la tumeur avec le rectum, l'utérus et le péritoine pelvien.

VARIÉTÉS

L'assainissement de Paris. — Le préfet de la Seine vient de prendre, à la date du 8 août, un arrêté relatif à l'assainissement de Paris.

Cet arrêté dispose que dans toute maison à construire il devra y avoir un cabinet d'aisances par appartement, par logement ou par série de trois chambres louées séparément. Ce cabinet devra toujours être placé soit dans l'appartement ou logement, soit à proximité du logement ou des chambres desservies, et, dans ce cas, fermé à clef.

Dans les magasins, hôtels, théâtres, usines, ateliers, bureaux, écoles et établissements analogues, le nombre des cabinets d'aisances sera déterminé par l'administration, dans la permission de construire, en prenant pour base le nombre de personnes appelées à faire usage de ces cabinets.

Le propriétaire ou le principal locataire sera responsable de l'entretien en bon état de propreté des cabinets à usage commun.

Tout cabinet d'aisances devra être muni de réservoirs ou d'appareils branchés sur la canalisation, permettant de fournir une quantité d'eau suffisante pour assurer le lavage complet des appareils d'évacuation et entraîner rapidement les matières jusqu'à l'égout public.

Les systèmes d'appareils devront être soumis au Conseil municipal avant que leur emploi par les propriétaires soit autorisé. D'autre part, les projets d'établissement de canalisations pour les maisons neuves comme pour les maisons déjà construites devront être soumis au service de l'assainissement de Paris. Ce n'est que vingt jours après le dépôt de ce projet que les travaux pourront commencer. Et ce n'est que dix jours après que les travaux seront finis qu'on pourra se servir des canalisations établies.

L'arrêté du préfet de la Seine prévoit toutes les dispositions relatives aux nouvelles canalisations à faire pour les eaux pluviales, ménagères ou de vidange dans les maisons neuves ou déjà construites. Pour les maisons à construire, ces dispositions sont immédiatement applicables. Pour les maisons construites, elles pourront devenir exigibles si la salubrité le réclame.

Diplôme de dentiste. — Dans un récent article de la *Revue de stomatologie*, M. Magitot traite d'une question de jurisprudence médicale toute d'actualité : le diplôme de chirurgien-dentiste suivant la nouvelle loi du 30 novembre 1892. L'auteur attire l'attention sur la façon dont les examens ont été passés et sur les illégalités qui ont été relevées par lui au courant des épreuves. Il espère que le diplôme, récemment créé, sera à l'avenir délivré à la suite d'épreuves plus sérieuses et plus conformes à la juste interprétation des lois et décrets.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE — N° 35 — 1er SEPTEMBRE 1894

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de l'artério-sclérose.

Le rôle joué en pathologie par les lésions artérielles n'est bien connu que depuis peu de temps; jusqu'à ces dernières années, on n'accordait aux altérations des vaisseaux qu'une importance restreinte, alors qu'en réalité l'artério-sclérose se trouve à l'origine de la plupart des maladies chroniques et constitue à peu près exclusivement la pathologie sénile.

S'il nous fallait mesurer à son importance réelle l'espace à lui consacrer dans cet ouvrage, nous devrions lui accorder la part la plus importante; nous serons cependant très brefs, car l'artério-sclérose n'est guère accessible à la thérapeutique.

Sans doute, on peut parfois en retarder l'apparition, ou du moins en atténuer les effets lorsqu'elle est déjà constituée, par des moyens qui sont du ressort exclusif de l'hygiène, mais on ne peut se flatter d'en arrêter bien longtemps l'évolution, car sa progression est une fatalité inéluctable; si la sénilité précoce due à la « rouille des artères » est dans quelques cas l'effet de causes contingentes, l'artério-sclérose n'est souvent aussi que le dernier terme de l'évolution vitale.

Les causes « pathologiques » de l'artério-sclérose sont les unes diathésiques (goutte, rhumatisme chronique), les autres infectieuses (variole, fièvre typhoïde, syphilis, etc.), les autres plus nombreuses sont d'origine toxique (intoxication par le tabac, le plomb, l'alcool, surmenage, auto-intoxication d'origine alimentaire). Ces différentes causes ne produisent pas d'emblée la sclérose artérielle; il existe une période prémonitoire, que M. Huchard a fort bien étudiée, et qui d'après lui est caractérisée exclusivement par l'hypertension artérielle; voici quelle est, d'après M. Huchard, la filiation des accidents aboutissant au développement de l'artério-sclérose : le premier anneau de la chaîne pathologique commence à l'adultération sanguine, et celle-ci est d'origine diathésique, infectieuse, toxique ou alimentaire; puis survient le second stade, d'une importance prépondérante, l'hypertension artérielle provoquée le plus souvent par un état de vaso-constriction; enfin dans le troisième et dernier stade, à la faveur de l'irritation vasculaire provoquée par cette hypertension artérielle se développent les lésions scléreuses des vaisseaux et au bout d'un temps très variable survient la mort, soit par le fait des lésions rénales, soit par asystolie, soit par thrombose ou hémorrhagie cérébrale. Lorsque l'artério-scléreux meurt par le cœur, il arrive un moment où le cœur faiblit, où les œdèmes et les congestions passives surviennent. Rien ne distingue alors l'artério-scléreux du cardiaque vulgaire. Auparavant il présente, diversement associés, suivant les cas, un grand nombre de symptômes qui sont l'attribut de la première période clinique de la maladie, celle d'hypertension artérielle; ces symptômes il importe de les avoir toujours présents à l'esprit, et de les rapporter à leur véritable cause, car un traitement « à côté » pourrait entraîner les plus funestes conséquences.

L'aspect de l'artério-scléreux est caractéristique; le malade est habituellement pâle (bien qu'il puisse passer rapidement de la teinte anémique à l'aspect vultueux, animé) et atteint de calvitie plus ou moins complète; ses artères temporales sont animées de battements violents et décrivent des flexuosités visibles à distance; il se plaint d'une céphalalgie pulsatile, de bourdonnements d'oreilles, de troubles visuels, de vertiges et de somnolence; il accuse en outre des douleurs vagues dans la continuité des membres, des crampes, souvent aussi du refroidissement des extrémités et le phénomène du doigt mort.

Il est sujet aux hémorrhagies, notamment aux épistaxis.

Il raconte que ses digestions sont lentes et pénibles, qu'il éprouve souvent une sensation de barre au niveau du creux épigastrique, qu'après le repas son visage s'empourpre, qu'il est pris de palpitations et de somnolence; les palpitations surviennent également pendant la nuit et troublent le sommeil.

Il se plaint souvent d'une dyspnée qui survient sous l'influence de la marche, au moindre effort, et qui d'autres fois survient d'une façon dramatique, brusquement, au milieu de la nuit; cette dyspnée inquiète le malade par son intensité, mais il ne croit pas qu'il s'agisse là d'un symptôme grave, car le mot d'asthme a été prononcé dans son entourage et souvent aussi par le médecin. Il se plaint souvent également d'éprouver une sensation pénible de constriction thoracique, au niveau de la région aortique, et parfois il décrit le tableau classique de l'angine de poitrine, ou bien appelle l'attention sur l'irrégularité des battements de son cœur. Il est, par contre, pleinement satisfait du fonctionnement du rein;

car il raconte qu'il urine abondamment, et que ses urines sont claires et limpides; on sait que cette prétendue diurèse marque au contraire l'insuffisance de la perméabilité rénale et que ces urines abondantes contiennent peu d'urée et de matières extractives.

Si l'on prend le pouls, on constate qu'il est généralement plein, fort, presque vibrant, et résistant au doigt; parfois il a l'apparence de la petitesse, il est serré, tendu; ce dernier caractère est l'indice non de l'affaiblissement du myocarde, mais d'une hypertension extrême; la digitale serait funeste aux malades présentant une semblable hypertension. Le pouls est habituellement régulier, sans intermittences, mais sa fréquence est presque toujours anormale, soit qu'il s'agisse d'une tachycardie modérée (100 à 150 pulsations) ou qu'au contraire le nombre des pulsations soit inférieur à la moyenne physiologique.

L'auscultation du cœur et de l'aorte confirme le diagnostic; on constate dans le deuxième espace intercostal, près du bord droit du sternum, le retentissement diastolique de l'aorte, retentissement en coup de marteau ou bruit parcheminé de Bouillaud; il se peut aussi que l'on entende à l'orifice aortique un ou deux souffles râpeux indice des incrustations athéromateuses des valvules ou de l'insuffisance de l'orifice artériel.

Le cœur est manifestement hypertrophié; la pointe bat avec force dans le sixième ou le septième espace intercostal et le choc précordial se fait sur une large surface.

Les bruits d'auscultation sont variables; tantôt ils sont réguliers et éclatants, tantôt ils conservent leur régularité, mais sont sourds et mal frappés; d'autres fois, il existe un bruit de galop, des souffles aux orifices, des intermittences, etc.

Tel est le tableau schématique des signes et des principaux symptômes de l'artério-sclérose à son début et à sa période d'état; suivant les cas l'un ou l'autre de ces symptômes prédomine; rien n'est plus variable en effet que l'expression clinique de l'artério-sclérose, puisque les lésions artérielles peuvent être localisées ou prédominer au niveau d'un seul département vasculaire.

Le traitement de ces divers troubles diffère cependant peu, car ils ont communauté d'origine.

Il importe donc, au point du traitement, de ne pas envisager chaque symptôme pris isolément, mais de remonter à la cause et d'instituer le traitement pathogénique qui est immuable dans son essence.

Ce qui domine en effet l'artério-sclérose, c'est l'insuffisance rénale, symptôme précoce et pour ainsi dire constant des dégénérescences artérielles (Huchard). Les beaux travaux de M. Bouchard ont rendu classique la notion des auto-intoxications. On sait qu'à l'état normal comme à l'état pathologique, l'organisme est un réceptacle et un laboratoire de poisons. La plupart proviennent du tube digestif, où ils sont apportés par les aliments, ou bien naissent sur place, du fait des fermentations gastro-intestinales. Les autres se forment dans les tissus et représentent les déchets de la nutrition. Si, chez l'individu sain, l'organisme ne paraît pas se ressentir de l'auto-intoxication lente et continue dont il est le théâtre, c'est qu'il se débarrasse des poisons qu'il contient ou parvient à les neutraliser. Le rein est le principal émonctoire, la peau, l'intestin et le poumon sont des émonctoires accessoires; quant à l'organe destructeur des poisons, c'est le foie qui joue un rôle égal à celui du rein, dans la défense de l'économie. Ces données nouvelles de la physiologie expérimentale ont la plus haute importance pratique; elles ont permis d'instituer un traitement rationnel de l'artério-sclérose.

Que se passe-t-il chez l'artério-scléreux? Le rein fonctionne d'une façon insuffisante; le spasme des artères porte entrave à la circulation sanguine et le filtre est en partie fermé; il se trouve en état d'aptitude fonctionnelle restreinte ou de méiopragie (Potain); aussi les urines sont-elles beaucoup moins toxiques qu'à l'état normal, les poisons étant retenus dans le sang. Cette imperméabilité relative du rein est plus fonctionnelle qu'organique, tout au moins au début, car le rein des artério-scléreux ne présente dans les premières phases de la maladie que peu ou pas de lésions; c'est donc au spasme artériel que l'on doit attribuer le principal rôle dans la rétention des produits toxiques; ultérieurement, d'ailleurs, surviennent des lésions qui rendent définitive la déchéance fonctionnelle de l'organe. L'imperméabilité du rein tient sous sa dépendance la plupart des symptômes de l'artério-sclérose; c'est à elle qu'il faut attribuer la somnolence, certains vertiges, la céphalée et surtout la dyspnée; la fatigue du réveil, si souvent accusée par les artério-scléreux s'explique aisément, si l'on songe que pendant le sommeil il y a élimination moins active des poisons; on s'explique, pour la même raison, la fréquence nocturne des accès dyspnéiques. Cette théorie de l'origine toxique de la plupart des accidents de l'artério-sclérose n'est pas une vue de l'esprit; elle repose non sur des inductions hypothétiques, mais sur des faits expérimentaux. On a constaté que la toxicité des urines, chez les cléreux dyspnéiques, était notablement diminuée.

La dyspnée des artério-scléreux est donc souvent de même nature que la dyspnée urémique; comme cette dernière, elle est favorablement influencée par le régime lacté; les résultats du traitement confirment donc les données expérimentales. La dyspnée des artério-scléreux ne diffère de l'urémie que par une question de degré: « A côté de l'*uremia major*, survenue dans l'insuffisance organique du rein, il y a l'*uremia minor*, due à l'insuffisance fonctionnelle » (H. Huchard).

Si nous avons des données suffisantes sur le rôle du rein dans la genèse des accidents de l'artério-sclérose, nous ne pouvons guère apprécier encore celui du foie; l'urobilinurie, la glycosurie alimentaire ont cependant été constatées et l'anatomie pathologique a confirmé l'existence d'altérations fréquentes du parenchyme hépatique dans l'artério-sclérose; il est donc permis de supposer que le foie, comme le rein, fonctionne d'une façon imparfaite; la dyspnée toxique pourrait être à la fois d'origine rénale et hépatique.

Il était nécessaire de rappeler ces données de la physiologie pathologique, car le traitement de l'artério-sclérose repose uniquement sur elles. On ne cherchera donc pas à combattre la sclérose vasculaire, car la sclérose est une lésion irréductible, mais on s'efforcera d'en prévenir l'extension au moyen de diverses règles hygiéniques qui convergent toutes vers un but commun: introduire dans l'économie le moins de substances toxiques possible, faciliter l'élimination de celles qui s'y forment. L'application de ces règles hygiéniques résume presque tout le traitement de la première période de l'artério-sclérose, celle de l'hypertension artérielle. La période ultime, celle où surviennent les troubles cardiaques (période mitro-artérielle d'Huchard), nécessite l'intervention des toniques du cœur; son traitement ne diffère pas de celui des endocardites parvenues à la période d'asystolie.

A. Traitement de la première période. — Ce traitement consiste exclusivement dans l'observation de l'*hygiène* suivante:

Les artério-scléreux doivent *éviter toutes les causes de fatigue*, aussi bien le surmenage physique que le surme-

nage intellectuel, car ce sont là deux sources incontestables d'auto-intoxication.

Ils ne doivent pas cependant se condamner à l'immobilité prolongée, qui serait nuisible à d'autres égards. Un *exercice modéré* ne peut qu'être utile pour activer et régulariser la circulation périphérique; il importe en outre que les fonctions de la peau soient favorisées par les *lotions froides*, le *massage* et les *frictions excitantes* pratiqués régulièrement chaque jour. Le séjour dans un air confiné, l'usage des bains trop chauds ou des bains froids doivent être interdits; le tabac est nuisible, car il favorise le spasme artériel. Les prescriptions hygiéniques les plus importantes sont relatives à l'*alimentation*. Les viandes étant la principale source des toxines alimentaires, leur quantité doit être réduite au minimum ; on interdira, d'autre part, la charcuterie, le gibier, les viandes faisandées ou peu cuites et l'on recommandera surtout les viandes blanches; on interdira les poissons, les coquillages, les crustacés, les conserves alimentaires et le bouillon gras. Ce n'est point par la potasse qu'il contient que le bouillon est nuisible aux brightiques et aux artério-scléreux, c'est parce qu'il renferme une grande quantité de ptomaines. M. Huchard cite un passage bien curieux de Senac, relatif à l'action nocive du bouillon. Si Senac n'a pas incriminé les ptomaines, il a du moins parfaitement indiqué que le bouillon peut être nuisible dans certains cas : « Les aliments qui portent une matière grossière ou trop nourrissante dans des corps malades sont des aliments pernicieux, ils agitent les corps qui jouissent d'une santé parfaite ; ils mettent donc en feu les corps qui souffrent. Les bouillons trop forts ou les consommés sont donc *des poisons*, les bouillons légers sont, il est vrai, moins pernicieux; mais, outre qu'ils s'altèrent dans les premières voies, qu'ils y prennent une disposition à la pourriture, qu'ils y consacrent une âcreté rongeante, ils surchargent les vaisseaux d'une manière dont la densité donne au cœur plus d'action. » (Senac). Le régime qui convient le mieux aux artério-scléreux est un régime mixte composé surtout de laitage et de légumes, de quelques œufs, de viandes très cuites et très fraîches. Le régime lacté exclusif n'est de rigueur que s'il existe des accidents dyspnéiques graves, une céphalée rebelle, etc. Le lait agit comme diurétique; il est surtout utile parce qu'il réduit au minimum l'apport des substances toxiques dans l'organisme; ainsi que l'a dit très justement M. le professeur Potain, le lait agit surtout parce qu'il ne nuit pas. C'est merveille de voir avec quelle facilité cèdent, sous l'influence du régime lacté absolu, les accès d'angoisse nocturne, l'insomnie, la céphalée; au bout de deux ou trois jours la transformation est parfois complète et le malade qui passait ses nuits, assis dans un fauteuil, peut dormir d'un sommeil paisible. Nous n'indiquerons pas ici le mode d'administration du régime lacté, dont il sera question dans un autre chapitre (traitement du mal de Bright).

On ne peut fixer *a priori* la durée de l'usage exclusif du lait; il importe de ne pas trop la prolonger, car les malades arrivent vite à la satiété. Lorsque les accidents se sont dissipés, on revient progressivement à l'alimentation mixte, en diminuant au fur et à mesure la quantite de laitage; mais le malade ne devra jamais cesser complètement l'usage du lait, qui devra constituer la majeure partie du repas du soir.

Il ne suffit pas de régler la nature des aliments, il faut encore régler la quantité et la qualité des boissons; l'absorption d'une grande quantité de boissons peut conduire à l'hypertension artérielle, il faut donc modérer la quantité des boissons prises à chaque repas, mais il faut se garder de prescrire le régime sec dans toute sa rigueur, car l'expérience a montré qu'il peut être nuisible.

Certaines boissons [sont manifestement nuisibles aux artério-scléreux : les vins et les boissons spiritueuses doivent être proscrites. La meilleure boisson est le lait; si les malades répugnent à l'idée de boire du lait aux repas, ils peuvent faire usage d'une très petite quantité de vin blanc, coupé d'eau ou d'une eau minérale indifférente comme l'eau d'Evian, l'eau d'Alet, etc. On ne saurait trop leur recommander l'usage des infusions aromatiques chaudes qui, prises à la fin des repas, stimulent les contractions de l'estomac.

Les eaux minérales, prises à la source, ne doivent être employées qu'avec la plus grande réserve, chez les artério-scléreux; certaines, comme les eaux sulfureuses, sont absolument contre-indiquées, car elles déterminent une excitation du cœur et de l'appareil cardio-vasculaire. La même observation s'applique aux eaux bicarbonatées et aux eaux arsénicales.

Les seules eaux que l'on peut permettre ou même recommander aux malades sont les eaux faiblement minéralisées de *Vittel*, *Contrexéville*, *Evian* qui agissent comme diurétiques; encore les malades devront-ils se garder d'ingérer une quantité trop considérable de ces eaux, ce qui pourrait accroître les symptômes d'hypertension artérielle (palpitations, battements artériels, etc.).

Parmi les eaux que l'on peut encore utiliser, M. Huchard cite celle encore peu connue de *Bondonneau* (dans la Drôme) qui est l'une des plus iodurées de France, celle de *Saxon* (Valais) qui est bicarbonatée, iodurée et bromurée sodique, et celle de *Bourbon-Lancy* (Saône-et-Loire) qui est chlorurée sodique (eau thermale à 55°).

Il ne suffit pas de prescrire une alimentation convenable, il faut encore s'efforcer de neutraliser les poisons contenus dans le tube digestif; aussi recommande-t-on les *antiseptiques intestinaux*; on pourra donner soit le naphtol associé au salicylate de bismuth, soit le benzo-naphtol (à la dose de 4 ou 5 grammes par jour); mais on n'oubliera pas que la meilleure antisepsie de l'intestin consiste dans l'évacuation de son contenu. Les malades devront donc éviter avec soin la constipation; ils la combattront avec les *lavements glycérinés* et les *laxatifs*; l'usage fréquent des purgatifs salins à petites doses (une cuillerée de citrate de magnésie granulé, pris le matin dans un peu d'eau fraîche) est une excellente mesure.

Le *traitement général* de l'artério-sclérose comporte l'emploi des médicaments qui abaissent la tension artérielle (vaso-dilatateurs); M. Huchard prescrit au début, alors que l'hypertension artérielle prédomine et que la sclérose est peu développée, la nitro glycérine ou trinitrine; plus tard, à la période d'artério-sclérose constituée, l'iodure doit lui être associé ou substitué.

La *trinitrine* s'administre par la voie gastrique ou la voie sous-cutanée; les injections seront réservées pour les cas où il est urgent d'obtenir un effet rapide.

M. Huchard prescrit matin et soir, pendant dix à quinze jours chaque mois, II, à IV gouttes de la solution alccoolique de trinitrine au centième (dose qui peut être portée progressivement, suivant les différentes susceptibilités des malades à XII et même XX gouttes par jour, en 3, 4, 5 ou 6 fois). On peut formuler ainsi :

Eeau distillée......................	300 grammes.
Solution alcoolique de trinitrine au 100e.	XXX gouttes.

Prendre de 2 à 6 cuillerées à bouche par jour.

Voici la formule des injections sous-cutanées :

Eau distillée......................	10 grammes.
Solution alcolique de trinitrine au 100e	XL gouttes.

Injecter un quart de seringue ou une demi-seringue, deux à quatre fois par jour.

L'*iodure de potassium* est le médicament par excellence de l'artério-sclérose. M. le professeur G. Sée a démontré qu'il active la circulation, et par suite la nutrition du myocarde, qu'il dilate les artères et par suite détermine un abaissement marqué de la pression artérielle. M. G. Sée n'emploie que l'iodure de potassium; d'autres médecins, M. Huchard notamment, emploient indistinctement l'iodure de potassium ou l'iodure de sodium, ou même de préférence ce dernier, car ils redoutent l'action nocive que l'administration prolongée du sel de potassium peut exercer sur le cœur, et les effets de l'accumulation lente et progressive des sels de potasse dans l'économie.

Si l'iodure de sodium présente certains avantages sur l'iodure de potassium, on ne peut nier cependant qu'il ne soit moins actif; aucun médecin n'oserait le substituer à l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, par exemple.

Deux autres iodures ont été introduits récemment dans la thérapeutique et peuvent être substitués aux précédents, car ils paraissent doués d'une action analogue sur l'appareil cardio-vasculaire : ce sont les iodures de strontium et de calcium; ce dernier est particulièrement indiqué lorsqu'il existe de l'intolérance des voies digestives pour l'iodure de potassium.

Quelle que soit la préparation iodurée sur laquelle on arrête son choix, il est nécessaire, si l'on veut obtenir quelques résultats, d'en continuer l'usage pendant longtemps. M. Huchard donne, au début, l'iodure à petites doses : 20 centigrammes par jour. Lorsque l'artério-sclérose est constituée, il donne 1 à 2 grammes d'iodure par jour.

Pour assurer la tolérance on l'associe habituellement à l'extrait thébaïque :

Iodure de potassium	10 grammes.
Extrait thébaïque	10 centigrammes.
Eau	300 grammes.

ou bien on additionne chaque cuillerée de la solution de X à XX gouttes de la teinture de scille (Huchard).

L'iodure se donne aux repas dans une petite quantité de bière ou mieux de lait.

Lorsque le cœur commence à faiblir, M. Huchard associe le *sulfate de spartéine* à l'iodure ou au *strophantus* :

Eau distillée	100 grammes.
Iodure de sodium	5 —
Sulfate de spartéine	50 centigrammes.

Une cuillerée à café au commencement de chaque repas; ou :

Eau distillée	100 grammes.
Iodure de sodium	5 —
Extrait de strophantus	1 centigramme.

mêmes doses.

Le strophantus ayant une saveur amère, désagréable, on peut encore le prescrire avec la solution iodurée, sous forme de granules d'extrait de strophantus à un demi ou un milligramme.

M. Huchard prescrit la préparation suivante, antidyspnéique et diurétique, chez les artério-scléreux :

Teinture de grindelia robusta	30 grammes.
— de convallaria maialis	10 —
— de scille	5 —

XV gouttes de cette mixture trois fois par jour.

Contre les palpitations M. Huchard emploie la digitale sous forme de solution alcoolique de digitaline au millième, à la dose de X à XV gouttes par jour, pendant cinq à six jours ou bien la *teinture de digitale associée à celles de scille et d'aconit* :

Teinture alcoolique de digitale ..	ãã 5 grammes.
— de scille	
— de racines d'aconit	

B. Traitement de la seconde période (mitro-artérielle). — Jusqu'ici il n'a pas été question de la digitale; son emploi serait encore plus nuisible à la première période de l'artério-sclérose, qu'à la période de compensation des endocardites, ce qui se conçoit aisément, puisque la digitale augmente la vaso-constriction qu'il s'agit de combattre. L'emploi intempestif de la digitale a déterminé nombre d'accidents chez les artério-scléreux : crises d'angine de poitrine, embolies et hémorrhagies cérébrales. Un autre médicament vaso-constricteur, l'ergot de seigle, est également dangereux.

La digitale ne doit pas cependant être rayée du traitement de l'artério-sclérose du cœur, car à la période ultime, ainsi que nous l'avons dit, le myocarde faiblit, ses cavités se dilatent et les œdèmes apparaissent; à ce moment la pression veineuse augmente tandis que la pression artérielle diminue; le malade se retrouve dans les conditions du mitral à la période d'asystolie et la digitale peut chez lui donner d'excellents effets, bien qu'en général, en raison de la sclérose du myocarde et de sa rigidité, la digitale ne puisse lui rendre l'énergie qu'elle donne aux cœurs simplement dilatés des sujets jeunes.

On a invoqué l'imperméabilité rénale comme une contre-indication à l'emploi de la digitale. On a exagéré les conséquences des effets accumulatifs; dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux* (29 avril 1892), M. Huchard a fait justice de ce préjugé que l'observation permet de considérer comme mal fondé.

La digitale n'est réellement contre-indiquée qu'à la période ultime de la maladie; encore peut-on parfois lui rendre son efficacité temporaire, en pratiquant une saignée; mais la caféine est à ce moment le seul médicament qui permette de prolonger de quelques jours l'existence du malade.

Pour les règles de l'administration de la digitale et sa posologie nous renvoyons au chapitre des endocardites. Nous renvoyons également à ce chapitre pour les indications relatives à la *caféine* ou à la *théobromine*, les seuls médicaments réellement utiles à cette période.

Tel est le traitement général de l'artério-sclérose; il nous reste à formuler les indications du *traitement symptomatique*.

L'un des symptômes les plus constants, nous l'avons dit, est la dyspnée, qui est d'origine toxique le plus souvent et qui est alors exclusivement justiciable du régime lacté. On peut parfois soulager les malades en leur faisant respirer pendant un instant les vapeurs du mélange suivant contenu dans un flacon :

Iodule d'amyle	25 grammes.
Chloroforme	5 —

La dyspnée toxique n'est cependant pas la seule que l'on puisse observer chez les artério-scléreux; parfois, elle est exclusivement d'origine cardiaque, ainsi qu'en témoignent l'affaiblissement des contractions du cœur, la dilatation de l'organe, les œdèmes; au régime lacté, il est de toute nécessité d'ajouter dans ce cas l'emploi de la digitale et de la caféine; parfois même, la saignée devient nécessaire; d'autres fois, elle est due non à la cardioplégie, mais à un œdème aigu du poumon qui commande la saignée d'urgence, l'emploi des *injections de caféine et de strychnine*.

Dans d'autres circonstances enfin, il s'agit d'une dyspnée

nervo-réflexe, au traitement de laquelle convient parfaitement le *bromure de potassium* donné à hautes doses.

Contre les troubles cérébraux (vertiges, céphalée, etc.), l'*iodure de potassium, associé à l'opium*, est habituellement prescrit, concurremment au régime lacté; le *bromure* est indiqué, s'il existe des crises épileptiformes.

Les troubles digestifs sont pour ainsi dire constants; ici encore le régime lacté est la seule ressource du médecin. On peut assurer la digestion du lait en additionnant chaque tasse d'une cuillerée à café d'eau de chaux, ou d'une à deux cuillerées à soupe d'eau de Vichy (Célestins) ou d'eau de Vals. M. Huchard prescrit parfois la pancréatine associée au benzo-naphtol :

Benzo-naphtol..................	20	grammes.
Pancréatine....................	10	—

pour 40 cachets.

Un cachet dans une tasse de lait, 5 ou 6 fois par jour.

S'il existe de la diarrhée, on substitue le salicylate de bismuth au benzo-naphtol; le lait stérilisé convient particulièrement dans ce cas.

La magnésie, la rhubarbe, etc., permettent de combattre la constipation.

Pour atténuer le dégoût que la plupart des malades éprouvent pour le lait, après un usage prolongé, on peut aromatiser celui-ci avec différentes boissons alcooliques : rhum, anisette, kirsch, chartreuse, etc. (1 cuillerée à dessert par tasse). Cette addition d'une petite quantité d'alcool présente encore l'avantage de remédier dans une certaine mesure à l'affaiblissement dans lequel la diète lactée jette les malades.

M. Huchard conseille encore, pendant toute la durée du régime lacté, de prendre une ou deux fois par jour, dans le lait ou dans un peu d'eau, une petite cuillerée à café du mélange tonique suivant :

Extrait fluide de coca...........	120	grammes.
— de kola...........	80	—

L'insomnie est due à des causes diverses: tantôt elle est sous la dépendance de l'urémie chronique, tantôt elle est liée aux troubles circulatoires; dans le premier cas, le régime lacté est le meilleur des hypnotiques, dans le second cas, la digitale, l'iodure ramènent le sommeil. Il faut être sobre des médicaments hypnotiques chez les scléreux; car c'est surtout chez ces malades, en raison de l'insuffisance rénale habituelle chez eux, qu'ont été observés des accidents d'intoxication à la suite de l'emploi du sulfonal, du chloralose, etc.

G. Lyon (1).

(1) Extrait d'un *Traité de clinique thérapeutique*, 1 vol grand in-8°, qui va paraître à la librairie G. Masson.

TRAVAUX ORIGINAUX

La prostitution à la foire de Nijni-Novgorod et sa réglementation, communication faite au XI° Congrès international de médecine à Rome à la section de dermatologie et de syphiligraphie, le 3 avril 1894, par Mme Z. Eltzina, médecin de l'hôpital Kalinynsky à Saint-Pétersbourg.

De toutes les foires de la Russie, la plus grande et la plus célèbre par ses spéculations commerciales, par sa longue durée et par la foule des personnes qui y viennent, c'est *la foire de Nijni-Novgorod*.

LES CAUSES DE L'EXPÉDITION A LA FOIRE DES MÉDECINS-SPÉCIALISTES.

Grâce à ces conditions, le nombre de prostituées qui visitent toutes les foires s'élève ici de 800 à un mille, y comprenant exclusivement les prostituées enregistrées (1). Puisqu'il est connu que la prostitution est une des causes principales de la propagation de la syphilis, la fameuse foire de Nijni menaçait de devenir la source de contagion, car les hommes, ayant reçu ici les germes de la maladie et se dispersant après la fin de la foire dans les différentes villes et villages du grand Empire russe, porteraient partout la contagion, si le département de médecine à Saint-Pétersbourg n'y avait porté son attention particulière. Il avait décidé *d'y organiser la surveillance sanitaire renforcée*. Dans ce but, à partir de 1877, il est venu au secours du comité de la police médicale de Nijni, en expédiant tous les ans de Saint-Pétersbourg à la foire plusieurs sanitaires et deux médecins syphilidologues. En qualité de déléguée du département de médecine et plus tard invitée par le comité de Nijni, j'y suis allée depuis 1885 à 1892 (2).

DISPOSITION DES TROIS STATIONS DE SURVEILLANCE.

Pour la surveillance des prostituées sont organisées deux stations (bureaux) principales dans le domaine de la foire : 1° la station de *Kounavine*, 2° celle de *Samokate* et 3° la station supplémentaire dans la partie de la ville qui est située le plus près de la foire, c'est-à-dire à *Nijni-Bazar*. Pour plus de clarté, je trouve nécessaire de montrer le plan schématique de la foire (voir le plan), qui est située vis-à-vis de la ville et occupe une place en forme de triangle, qui est baignée d'un côté par le Volga et de l'autre par son affluent l'Oxa. Schématiquement, cet espace peut être divisé en trois parties : 1° *le centre* est occupé par le nombre infini de magasins et d'entrepôts, disposés en rangées régulières des deux côtés du boulevard, situé entre la « Maison Principale » (résidence (3) du chef du gouvernement et des différents établissements administratifs, entre autres du comité de police médicale) et le vieux dôme. Point de prostituées ici : elles habitent les parties attenantes au centre.

CARACTÉRISTIQUE DES DEUX STATIONS.

D'un côté du boulevard se trouve le faubourg *Kounavino* ou *Kanavino*, célèbre par ses débauches depuis plusieurs siècles. Il fait une exception entre les deux autres parties de la foire, parce qu'on l'habite durant toute l'année. Ici prédominent les maisons publiques, dont quelques-unes se distinguent par leur mobilier luxueux et les prix d'entrée assez élevés. Les habitantes de ces maisons (pour la plupart des femmes jeunes et jolies) font la prostitution d'un ordre supérieur ; elles sont plus ou moins gâtées et habituées au confort. Quant aux filles isolées de cette station, elles sont aussi malheureuses que leurs compagnes de Samokate.

Du côté opposé du boulevard se trouve la partie où il n'y a, de même qu'au centre, d'habitants qu'au temps de la foire. A ses extrémités se trouvent deux grandes places connues sous le nom de *Samokate* (4), la seconde résidence des prostituées, la plus grande et la plus nombreuse (5).

(1) Je parlerai plus tard des prostituées insoumises.

(2) L'année passée j'ai refusé de prendre cette place, puisque le Congrès devait avoir lieu presque en même temps que la foire.

(3) Seulement pour le temps de la foire, c'est-à-dire depuis le 15 juillet jusqu'au 10 septembre de notre style.

(4) Ce nom veut dire « carrousel », qui n'existe plus à présent, car il donnait trop de vertige aux visiteurs avinés, souvent volés en cet état par les prostituées en se balançant avec elles.

(5) Puisque tous les printemps cet endroit est entièrement inondé par le Volga et l'Oka, on n'y trouve presque pas de bonnes constructions. On n'y voit que de vilaines maisons de bois serrées et bâties à la hâte, dont une partie est occupée par des restaurants, des échopes, des cabarets, etc., et le reste est occupé par les hôtels d'un rang inférieur où les prix sont énormes, faute de place, et ils sont tous peuplés exclusivement par les prostituées. Près d'ici se

A Samokate il n'y a pas de maisons publiques; il est habité par les filles isolées d'un rang inférieur (1). C'est pour ainsi dire la démocratie, la « lie » même parmi les prostituées. Grâce à leur pauvreté, ces filles ne sont pas même en état de venir à la foire à leurs propres frais; ordinairement les plus jeunes se groupent (par 5, 8, etc.) chez une maîtresse ou un maître qui les amènent de quelque ville ou village, souvent les trompent en leur promettant des places solides, les entretiennent pendant la foire et profitent de leur gain. Leur existence est fort misérable. Leur local et leur mobilier sont vraiment épouvantables par l'absence des règles d'hygiène les plus élémentaires (2).

TROIS CATÉGORIES DES FEMMES ARRIVANT A LA FOIRE POUR SE LIVRER A LA PROSTITUTION

Les femmes arrivant à la foire pour se livrer à la prostitution peuvent être divisées en trois catégories: 1° *des prostituées professionnelles*, qui viennent de quelques maisons publiques de grandes villes: de Moscou, de Kasan, de Saratow, etc., en vue d'un meilleur profit.

2° *Des femmes arrivant à la foire et se livrant à la prostitution pour la première fois de leur vie.* Ordinairement, ce sont les plus jeunes et celles qui ont été des domestiques précédemment.

3° *Des femmes qui ne s'occupent de prostitution que pendant les foires.* Ce sont toujours des paysannes (mariées quelquefois ou veuves), habituellement occupées aux champs, de travaux domestiques ou d'industrie manuelle, et ce n'est que vers la fin de l'été qu'elles arrivent à la foire, afin de faire des économies pour l'hiver grâce à un gain plus facile.

PROSTITUÉES CLANDESTINES ET PREUVE DE L'EXISTENCE PARMI ELLES DES MALADIES VENÉRIENNES

Outre les prostituées enregistrées, il y a à la foire un grand nombre de *prostituées clandestines*. Ce sont principalement: a) *des chanteuses* ou des « arfistes » (harpistes), qui font l'aristocratie, la fine fleur des prostituées. (3)

Considérées comme artistes, ces femmes sont exemptes de la surveillance sanitaire. Et cependant elles sont très nombreuses (puisqu'on les trouve partout, à commencer par l'hôtel du premier rang jusqu'à celui du dernier) et leur conduite ne diffère point de celle des prostituées, qui leur portent une grande envie et s'indignent, à raison, dirais-je, contre elles pour leur insoumission. Bien souvent elles guettent la conduite des chanteuses et par vengeance les dénoncent à la police, en découvrant qu'elles se livrent à la prostitution.

Comme preuve, que, parmi ces chanteuses (qui sont au fond presque toutes des prostituées clandestines) germent les maladies vénériennes, je cite le fait suivant. A la suite de la plainte adressée au nom du célèbre gouverneur Baranoff, j'ai reçu son ordre personnel de visiter 45 chœurs. Et partout j'ai trouvé plusieurs malades syphilitiques dans la période condylomateuse, sans parler des uréthrites, des vaginites, des condylomes acuminés, etc. Ainsi les visites en question ont brillamment prouvé l'urgence et la possibilité (1) de les appliquer aux arfistes, qui ne commencent à se traiter que quand elles ont la laryngite (2).

b) Au nombre des prostituées clandestines il y a une partie des *domestiques dans les hôtels*, *les réfectoires*, *les bains chauds*, etc. C'est leur gain accessoire. La quantité d'hommes arrivant à la foire est si grand et le nombre de femmes comparativement si petit, qu'une pauvre ouvrière, ne gagnant que quelques misérables sous, ne peut résister à l'appât d'un gain plus facile.

c) *Les porteuses des dîners.* Grand nombre de commis et autres personnes de service n'ayant pas le temps d'aller dîner au restaurant, des jeunes femmes viennent leur apporter leur dîner à la maison, ce qui occasionne des liaisons entre eux, etc.

d) *Les vendeuses* de limonades et de glaces dans les boutiques aux boulevards.

Toutes ces femmes sont plus ou moins prostituées.

ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE SANITAIRE A LA STATION DE SAMOKATE.

J'ai travaillé (seule ou avec mes confrères) pendant huit foires à la station de Samokate; c'est pourquoi mes données statistiques se rapportent exclusivement à elle, d'autant plus qu'étant fournies par des spécialistes, elles sont parfaitement justes en ce qui regarde le diagnostic, et que cet endroit de la foire est le plus typique, comme je l'ai dit.

Pour l'inauguration de la foire, c'est-à-dire pour le 15 juillet, il arrive à Nijni beaucoup de femmes, dans le but de se livrer à la prostitution. Ayant remis leurs passeports à la police (dans la « Maison Principale » ainsi nommée), elles s'empressent de se présenter au bureau sanitaire de Samoxate.

La mesure de l'enregistrement consiste dans l'inscription sous un numéro sur un registre particulier. Chacune reçoit sa carte de visite, où sont marqués son nom

trouvent les réfectoires pour le peuple, des établissements de thé, des bains chauds, des gîtes de nuit et différentes institutions d'amusement pour le peuple. En un mot, Samokate est le plus démocratique, le plus typique et le plus original endroit de toute la foire. Sans le connaître, on ne peut avoir une idée juste et complète des mœurs de la foire, et c'est la cause que je me permets d'en parler avec détails. Sur ces places sont rejetées toutes les convenances observées par les prostituées partout ailleurs. Par les chaudes soirées d'été, elles fourmillent littéralement sur cette place et font leurs connaissances passagères sans aucune gêne, avec la classe inférieure des arrivants à la foire. Pendant les jours froids, au commencement de septembre, c'est dans les bains chauds (bania) qu'elles se trouvent avec leurs visiteurs. Ce ne serait qu'une vérité pure et point d'exagération si je disais que Samokate est leur domaine, leur royaume.

(1) Quelques-unes d'elles ont l'air de vraies mendiantes. Pauvrement vêtues, laides et demi-ivres vers la fin de la foire, elles ne peuvent éveiller que le sentiment de répugnance chez les uns et le sentiment de compassion pour un être humain, jeune, pauvre et démoralisé chez les autres, qui, comme les médecins, par exemple, se mettent en rapport avec ce milieu.

(2) Les petites chambrettes qu'elles occupent, au nombre de 2 à 4 (je n'ai jamais vu de chambres à un lit), pauvrement éclairées par une fenêtre, ont une quantité de fentes non seulement dans le plancher, mais même dans les murs. Par les journées froides il y fait un froid insupportable. Comme preuve de leur vie pénible on peut citer le fait, que, presque tous les ans, des suicides ou des tentatives de suicide ont lieu parmi les jeunes filles, arrivées pour la première fois à la foire, surtout vers la fin, lorsque tout espoir d'avoir un gain avantageux est perdu; on est mécontentes de soi-même, de sa misérable vie, on est trompée par les maîtres, etc. En un mot, lorsque le désenchantement est complet!

(3) Afin que les négociants et les hommes d'affaires, qui travaillent pendant toute la journée, puissent s'amuser le soir, le gouvernement avait autorisé les restaurants à avoir des chœurs de chanteuses (au nombre de 10, 20, 60), qui chantent depuis 8 heures du soir jusqu'à 2 heures de nuit et quelquefois même depuis 2 heures jusqu'à 4 heures de l'après-midi sur les estrades avec accompagnement d'un piano, pendant que les visiteurs soupent ou prennent leur thé dans la même salle. On peut prendre chacune de ces dames, en payant une somme à la maîtresse du chœur, si on invite la chanteuse pour toute la soirée, c'est-à-dire quand on la détourne de ses occupations. Ordinairement on prend une voiture, une « troïka », si on est riche, et on va se promener dans un parc, situé en ville, au bord très élevé du Volga, et nommé « Otkoss. »

(1) On se disputait beaucoup sur le succès de ma mission, étant sûr que je trouverais une protestation trop énergique de la part de ces chanteuses, femmes gâtées, audacieuses et tout à fait libres.

(2) Ceci a eu lieu en 1890-1891, et en 1892, à la demande de l'assemblée des représentants du Comité de la Bourse de foire les chœurs des chanteuses ont été supprimés et l'on n'autorise que les chœurs des chanteurs.

et son numéro. On ne donne pas d'autres détails, mais en revanche, on y joint la photographie de la personne à laquelle appartient la carte de visite (1). Cette manière d'identifier la personne est particulièrement utile, parce qu'elle préserve de la fraude, empêchant les bien portantes de prêter par complaisance leurs cartes aux malades pour les montrer à leurs visiteurs.

Après l'examen, dont il va être question, les cartes des bien portantes sont timbrées avec la désignation de la date du jour de l'inspection; la même chose est notée dans le registre général. S'il est constaté que la personne est malade, on écrit le diagnostic de sa maladie dans sa carte (en latin), et on l'expédie immédiatement à l'hôpital des syphilitiques se trouvant à deux pas de la salle de l'inspection.

La visite sanitaire a lieu à partir de dix heures du matin jusqu'à trois ou quatre heures de l'après-midi et même plus tard, s'il est nécessaire, dans un local *parfaitement approprié à sa destination;* il est situé à l'extrémité la plus éloignée de la foire, près des champs, et ainsi n'attire point de curieux. La maison comprend une vaste salle d'attente, le cabinet de médecin, une assez grande salle, parfaitement éclairée, pour l'examen, et des chambres de domestiques et de l'agent de police.

Il y a pour l'examen une table spéciale, où les prostituées doivent coucher, et un grand nombre de spéculums de toutes dimensions, soigneusement désinfectés (ainsi que les spatules) chaque fois qu'ils ont servi, de sorte que deux personnes ne sont jamais examinées à l'aide du même instrument. L'examen au moyen du spéculum est obligatoire pour toutes les femmes nouvellement enregistrées, chaque fois pour les syphilitiques, et une fois par semaine pour les autres prostituées. Les malades gynécologiques, qui souffriraient trop de l'introduction du spéculum, en sont exemptes.

En général, toutes les prostituées, sans exception, sont visitées deux fois par semaine. Le nombre de visites s'élève de 150 à 260 par jour (le travail est bien pénible!).

NÉCESSITÉ DE FAIRE L'EXAMEN AUX BUREAUX SANITAIRES ET NON PAS AUX DOMICILES DES PROSTITUÉES.

Pendant les trois années dernières, *elles sont examinées toutes dans le bureau sanitaire* de Samokate, mais les années précédentes, la plus grande partie d'elles étaient visitées à leurs domiciles, (c'est ce qu'elles et leurs maîtresses préfèrent toujours (2). D'après la description de leurs logements, — petits, sombres et froids, — il est évident que l'inspection ne pouvait être que bien insuffisante, bien incomplète, et beaucoup de femmes syphilitiques (avec quelques taches de roséole ou quelques plaques dans la bouche) passaient pour bien portantes, grâce à ce manque de lumière et de ladite table spéciale.

Après avoir visité les prostituées dans les conditions les plus variées, tantôt à la station, tantôt à leurs domiciles, j'en ai conclu que *les visites à la station ont plus de valeur*, puisqu'on y pouvait faire un examen vraiment clinique. C'est la cause que j'ai fait tout mon possible pour déraciner ce mauvais usage, — c'est-à-dire de visiter les prostituées à leurs domiciles — à Samokate, et pour obtenir la permission du chef du Comité de police médicale de visiter toutes les prostituées, sans exception, à mon bureau sanitaire, et j'ai réussi.

(1) On fait les photographies de toutes les prostituées, sans exception, dans un atelier photographique, fondé dans ce but en 1885, à la station de Samoxate.

(2) Voir Die Prostitution in Saint-Petersburg und deren polizeiærztliche Beaufsichtigung, von Dr A. Fedorow (Inspector des polizeiærztlichen Comité in Saint-Petersburg). *Archiv. für Dermatologie und Syphilis* XXV Iahr. 1893. Heft III. Page 395.

TECHNIQUE DE L'EXAMEN CORPOREL

La technique de l'examen corporel, c'est-à-dire la manière dont on fait la visite sanitaire, sa qualité, *a une grande importance*, à mon avis, dans la préservation contre la syphilis.

M'étant persuadé de cette vérité par ma propre expérience, *je me fais un devoir de visiter chaque prostituée littéralement des pieds à la tête.* Ainsi, je visite minutieusement, outre les parties du corps qu'on examine partout (c'est-à-dire les muqueuses des organes génitaux, de l'anus et de la bouche, qu'on regarde habituellement de temps en temps), *chaque fois et chez toutes les prostituées, sans exception, la surface de tout le corps*, ce qu'on ne fait pas presque nulle part, même au bureau sanitaire de Saint-Pétersbourg, mais ce qu'on pratique heureusement, ainsi qu'à Samokate, à Moscou et à Minsk.

J'insiste sur la visite de tout le corps, parce que pendant douze ans de mon travail à l'hôpital Kalinkinsky (à Saint-Pétersbourg) pour les femmes et les enfants syphilitiques, et pendant huit foires à Nijni, j'ai vu plusieurs fois que les récidives de la syphilis n'apparaissent que sur la peau, le plus souvent la roséole (par exemple sur le dos, sur les hanches, etc.). Ainsi, si nous ne faisons pas l'examen de tout le corps, nous laissons les femmes évidemment syphilitiques en toute liberté, et nous les autorisons même (ce qui est le plus grave!), en timbrant leurs cartes de visite comme celles des bien portantes, de contaminer leur clientèle.

LES COMPTES-RENDUS DES TRAVAUX A LA STATION DE SAMOKATE

Les comptes-rendus de la station de Samokate démontrent que toutes les données fournies par les prostituées se répètent au fond tous les ans. Les variations sont insignifiantes.

1° Ce qui regarde *la nationalité* : les Russes et les Tatares prédominent. Les Allemandes, les Polonaises, les Françaises et les Juives sont en très petit nombre.

2° D'après *les conditions* : les paysannes (67,6 0/0) et les bourgeoises (24,4 0/0) occupent la première place. Il n'y a que très peu de nobles.

3° L'âge des prostituées variait entre 14 et 40 ans, avec prédominance des plus jeunes (entre 16 et 28) 77 0/0.

4° *Les professions précédentes* des prostituées étaient pour la plupart : service domestique (51,8 0/0), propre ménage (16,8 0/0), industrie manuelle (12,5 0/0), travail aux champs (10,2 0/0) et dans les fabriques (2,4 0/0).

5° *Le pays.* Les prostituées arrivaient à la foire presque de tous les gouvernements de Russie, mais par préférence de ceux qui sont situés aux bords du Volga et de ses affluents comme, par exemple, les gouvernements de Kazan (30,3 0/0), de Nijni-Novgorod (30,1 0/0), de Saratow (10 0/0), de Viatka, etc.

6° *Le renouvellement de contingent.* Malgré les conditions défavorables de la vie à la foire, un certain nombre de prostituées y reparaissait tous les ans. Mais, en général, presque la tierce partie ou plus des filles se renouvelle chaque année.

NOMBRE DE PROSTITUÉES ENREGISTRÉES A LA STATION DE SAMOKATE ET 0/0 DES MALADIES VÉNÉRIENNES PARMI ELLES

Durant ces derniers huit ans *le nombre de prostituées* à la station de Samokate s'élevait depuis 200 jusqu'à 700-800 et celui des visites sanitaires depuis 1,236 jusqu'à 6,065 (pendant la foire); depuis 60 jusqu'à 260 par jour.

L'année dernière de mon travail à Nijni, c'est-à-dire 1892 (l'année passée je n'y étais pas, puisque je me proposais de partir pour le Congrès, comme je l'ai dit), la plupart des médecins étant appelés à combattre le cho-

léra, je disposais, restant toute seule à Samokate, d'un plus riche matériel et j'ai pu faire de nombreuses visites sanitaires toutes à la station, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables, à mon avis, pour un inspecteur. Grâce à ces conditions et à l'application de mon système d'examen (la surface de tout le corps), j'ai pu trouver un nombre de syphilitiques plus considérable que toutes les années précédentes. Ainsi, au lieu de 7 0/0-7,3 0/0 de syphilis, j'ai constaté 14,18 0/0. Voir le tableau.

Je trouve indispensable d'ajouter que les adversaires de la réglementation, en appuyant leurs démonstrations par des données statistiques, expliquent d'une manière trop exclusive l'augmentation du pour cent des maladies vénériennes lors de la réglementation renforcée. Ils y voient une preuve de la propagation de ces maladies, grâce à la réglementation et, par conséquent, l'inutilité des visites obligatoires. Ne voyons-nous pas là se jouer devant nos yeux la vieille comédie de l'apparence prise pour la réalité (1)? En réalité, on peut donner une explication tout autre et plus effective de ce fait, c'est-à-dire l'examen devenu plus complet et plus minutieux découvre des symptômes de la maladie que la réglementation insuffisante et l'examen négligé ne remarquent pas.

Le pourcent des *chancres mous* équivalait à 2 0/0 et 5 0/0.

Le pourcent de *blennorrhagie* s'élevait de 7 0/0 à 16 0/0. Il fallait attribuer une plus grande importance à l'apparition de blennorrhagie chez les prostituées et les envoyer à l'hôpital. Malheureusement, faute de places, nous n'avons pu y diriger que les cas les plus aigus.

Toutes les prostituées atteintes de maladies vénériennes étaient dirigées à l'hôpital pour les syphilitiques de la foire où *toutes les filles isolées étaient entretenues et traitées gratuitement.*

A toutes les autres foires de la Russie, comme par exemple à celle d'*Irbite* — la plus grande après celle de Nijni — les mêmes faits et presque les mêmes conditions ont toujours lieu. Et puisque la foire de Nijni sert de type à toutes les autres, je me permets d'espérer que ma communication a donné quelque idée à mes honorés auditeurs de la prostitution aux foires de notre grand Empire Russe et a prouvé la nécessité de ne pas la laisser sans réglementation.

***

Maintenant, je me permets de présenter à l'examen de l'honorable section *les conclusions* (ou thèses) *principales* ci-dessous :

1° Toute créature humaine (supposant menant une vie normale sous tous les rapports) *a un droit absolu de liberté* (Exemple : toute personne se livrant au travail physique ou intellectuel).

2° Un être qui s'éloigne de la vie normale et commence à nuire (avec ou sans intention) à la santé de ses prochains *doit être soumis à la surveillance* de la partie plus raisonnable de la société, qui est obligée de veiller sur lui comme sur un être faible et insensé (exemple : les prostituées et leurs visiteurs malades).

Comme suite des deux thèses précédentes :

3° *La nécessité d'organiser la surveillance sanitaire* des prostituées et de leurs visiteurs, ayant en vue leur santé commune d'un côté, et de l'autre la préservation de la société contre la contagion de la syphilis. (Exemple : contagion des membres de famille tout à fait innocents).

4° *L'abolition de la surveillance sanitaire* (c'est-à-dire le traitement devenu non obligatoire et la santé des prostituées abandonnée à leurs propres soins) *ne mènerait qu'à la propagation de la syphilis parmi la population.* (Exemple l'Italie (1)].

Les thèses (ou conclusions) *supplémentaires :*

a) Les visites sanitaires des prostituées doivent être confiées *exclusivement aux médecins syphilidologues* et plutôt aux femmes-médecins, si c'est possible (2).

b) Il faut exiger que les médecins aient en vue non seulement la quantité des visites sanitaires, mais principalement *leur qualité*, c'est-à-dire la technique dont il a été question.

c) Il est à désirer d'*éviter l'intervention de la police* dans la réglementation le moins possible ou mieux de s'en passer complètement.

d) Pour que le système de surveillance atteigne son but, il est désirable que les visiteurs n'oublient pas de *réclamer les cartes de visite des prostituées* pour s'assurer d'après leurs timbres de l'état de leur santé..

Z. ELTZINA,

Médecin de l'hôpital Kalinkinsky.

(1) Dirai-je par les paroles de mon honoré confrère M. Celzo Pellizzari. V. son travail : l'Avortement d'une réforme à propos d'un rapport du professeur Tarnowski sur la prostitution en Italie. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 3, 1894, p. 32.

Les maladies vénériennes parmi les prostituées de Samokate.

Années	Nombre de prostituées enregistrées	Syphilis	Chancres mous	Blennorrhagie	Exulcération et excoriations simples des organes génitaux	Nombre de malades	Nombre d'admissions à l'hôpital	Nombre de visites obligatoires
1885	355	Ulc. ind. 2 (2,1 %) S. cond. 18 (5,1 %) S. gumm. 1 (2,1 %)	2 (0,06 %)	22 (6,2 %)	»	44 (12,4 %)	48 (13,5 %)	2812
1886	468	Ulc. ind. 1 (0,2 %) S. cond. 12 (2,2 %)	11 (2,03 %)	71 (15,2 %)	»	95 (20 3 %)	Plus de 95	4083
1887	348	Ulc. ind. 1 (0,20 %) S. cond. 23 (6,61 %) S. gumm. 1 (0,25 %)	3 (0,86 %)	56 (16,0 %)	10 (2,87 %)	94 (26,99 %)	97 (27,8 %)	2452
1888	490	36 (7 34 %)	11 (2,24 %)	36 (7,34 %)	11 (2,24 %)	95 (19,38 %)	99 (20,2 %)	3722
1889	282	20 (7,09 %)	5 (1,77 %)	47 (16,66 %)	4 (1,41 %)	76 (22,95 %)	80 (28,36 %)	1929
1890	195	14 (7,1 %)	4 (2,00 %)	16 (8,2 %)	10 (5,12 %)	44 (22,6 %)	46 (23,58 %)	1236
1891	380	27 (7,1 %)	11 (2,89 %)	38 (10 %)	15 (3,94 %)	91 (23,94 %)	98 (25,7 %)	2762
1892	912	Ulc. ind. 6 (0,84 %) S. cond. 95 (13,39 %) En somme 101 (14,1 %)	36 (5,05 %)	57 (8 %)	39 (5,47 %)	283 (32,79 %)	270 (37,92 %)	6665
1893 (3)	805	Ulc. ind. 11 (1,3 %) S. cond. 106 (13,1 %) S. gumm. 2 (0,2 %) En somme 119 (14,17 %)	47 (5,08 %)	53 (6,5 %)	41 (5,0 %)	260 (32,2 %)	298 (36,9 %)	Plus de 6000

(1) D'après le rapport du professeur Tarnowsky à la Société de syphilidologie et de dermatologie à Saint-Pétersbourg le 30 novembre 1891. Voir *Internationales Centralblatt für die Physiologie und Pathologie der Harn-und Sexualorgane*, Bd. III, 1892.

(2) Ce qui permettrait d'éviter « l'offense à la pudeur » dont nous accusent messieurs les abolitionnistes.

(3) Grâce à mon aimable remplaçante Mme Cholevinska je peux donner les chiffres de l'année passée.

Hérédo-syphilis maligne ultra-tardive; rapport des localisations spécifiques avec le traumatisme, par MM. Ganzinotty, ancien chef de clinique à la Faculté de Nancy, et Georges Étienne, ancien interne des hôpitaux de Nancy.

Nous avons eu l'occasion de suivre pendant plusieurs années un cas d'hérédo-syphilis ultra-tardive, à forme maligne, dont nous allons rapporter l'observation, en la faisant précéder de l'histoire très caractéristique de la famille.

I. Hérédité. — *Le père* de notre malade, avant son mariage, a contracté une syphilis dûment constatée, a présenté pendant très longtemps des accidents d'ordre spécifique, et est mort en 1871 de la variole.

La mère, mariée à 18 ans, a été infectée par son mari quelques mois après son mariage; elle a eu une roséole diagnostiquée et traitée par un distingué praticien d'Alsace; elle a également été atteinte d'autres manifestations bien caractérisées, parmi lesquelles, en 1884, des gommes du front et du sein gauche, une céphalalgie extrêmement intense, avec dilatation inégale des pupilles, tous les accidents guéris par le traitement antisyphilitique (frictions mercurielles, proto-iodure de mercure et KI.); mais elle a conservé depuis 10 ans une céphalée tenace.

Six enfants sont nés de ce mariage :

1° Une fille morte 3 heures après sa naissance.

2° Un garçon, atteint à l'âge de 17 ans d'*accidents cérébraux :* hémiplégie droite et une paralysie de la langue, puis consécutivement phénomènes de ramollissement cérébral, surtout de l'aphasie, et une imbécillité consécutive.

Il mourut à 21 ans; le diagnostic n'ayant pas été porté, le traitement spécifique ne fut pas institué.

3° Une fille morte à l'âge de 3 mois.

4° Un garçon qui, en 1887, présenta des symptômes de tuberculose pulmonaire à marche lente avec adénite cervicale; l'évolution de cette tuberculose paraissait arrêtée lorsqu'elle se compliqua subitement d'une infection secondaire avec purpura généralisé, hémorrhagies vésicales, nasales et gastriques qui enlevèrent le malade en 15 jours; il était âgé de 25 ans.

Il n'avait jamais présenté d'accidents syphilitiques.

5° Notre malade actuelle, née en 1865.

6° Un garçon mort à 3 mois en 1870.

II. Observation de notre malade. — Mlle M. K..., née en 1865, est une jeune fille délicate; elle n'a jamais rien présenté de particulier jusqu'à l'âge de 26 ans. L'instauration menstruelle s'établit dans les conditions normales à 15 ans et demi.

La mère, intelligente, et prévenue de ce qui pouvait arriver, l'a toujours très attentivement surveillée au point de vue des manifestations de la syphilis héréditaire et n'a jamais constaté le moindre accident. Il est impossible de déceler chez elle la présence d'aucun stigmate de hérédo-syphilitique.

En 1890, *elle reçut dans l'œil gauche une petite paille* et fut atteinte d'une lésion qui dura pendant un certain temps; elle fut traitée par l'iodure de potassium.

En février en 1891, elle glissa sur le verglas et contracta une *entorse du genou gauche* dont les suites se firent longtemps sentir. Le Dr R.., consulté à cette époque, songeant à une tumeur blanche, immobilisa l'articulation et appliqua des pointes de feu.

Vers la fin de novembre 1891, cette personne reçut *au côté droit de la tête un choc assez violent par la chute d'un vasistas;* il ne laissa d'ailleurs pas de trace immédiate. Huit jours plus tard, elle constata à la partie supérieure du pariétal droit la présence d'une petite tumeur du volume d'une noix, alors indolente; six semaine plus tard, élancements douloureux surtout nocturnes dans cette bosse qui se ramollit bientôt et s'ulcéra au commencement de février 1892, en gagnant surtout en profondeur.

Vers ce moment, au côté externe du genou gauche, la peau devint rouge violacé; puis il s'établit une induration ayant le diamètre d'une pièce de un franc, ne formant pas de relief appréciable et qui commença à s'ulcérer 15 jours plus tard; au bout de 15 jours encore, une 2e puis une 3e ulcération analogues s'établirent.

Lorsque la malade se présente à l'observation de l'un de nous, le 21 avril 1892, à l'Hôpital civil, à la consultation annexée à la clinique de M. le professeur Heydenreich, il existe au niveau du pariétal droit une ulcération profonde, arrondie, à bords réguliers, mettant l'os à nu; à la région antéro-externe du genou gauche, deux ulcérations profondes, larges l'une comme une pièce de 5 francs, l'autre comme une pièce de 2 francs, régulièrement arrondies, à fond irrégulier, d'où s'écoule un pus verdâtre, très concret, fétide.

30 avril. L'aspect des lésions ne pouvant laisser de doute sur leur nature, nous recourons immédiatement au traitement antisyphilitique : friction mercurielle journalière; KI.

8 mai. Amélioration très notable de l'ulcération pariétale; à la jambe l'état se modifie peu.

15 mai. Les lésions du genou n'ont pas changé d'aspect, *pansements locaux au sublimé.*

18 mai. Très grande amélioration des lésions de la jambe qui sont presque comblées, surtout la plus étendue.

Vers la fin du mois de mai 1892, l'état était très amélioré; cependant, la plaie restait stationnaire; céphalalgie tenace. La malade quitte le service, mais elle reste continuellement sous la surveillance médicale de l'un de nous qui se borne pendant une certaine période au traitement local de la nécrose limitée du crâne; puis, la malade se plaignant d'une céphalée intense, il pratique à partir du 16 août une série de 5 injections de peptonate mercurique. Le 12 septembre, il enlève une esquille osseuse provenant de la nécrose crânienne.

Tout à coup, le 14 septembre, éclatent des symptômes de la plus haute gravité. La malade éprouve des douleurs de tête atroces qui lui arrachent des cris; le visage est contracté; il existe des vomissements incessants, de la constipation; les pupilles se dilatent, puis surviennent le délire avec hallucination, la perte de la connaissance, enfin une hémiplégie droite avec aphasie.

Le 18, la malade était mourante. Immédiatement les injections de peptonate ont été poussées à haute dose.

Les symptômes cérébraux se sont rapidement amendés; le coma d'abord a cessé, l'intelligence s'est réveillée, l'hémiplégie et l'aphasie ont disparu sans laisser de trace. Cependant, les vomissements d'origine cérébrale continuent; mais malgré eux, la malade a pu prendre 4 grammes d'iodure par jour et dès lors, en 48 heures, ils ont cessé.

La malade a reçu une série de 12 injections de peptonate en 30 jours, puis KI = 4 grammes pendant trois semaines; après un repos, nouvelle série de 15 injections.

La guérison s'est maintenue pendant 6 mois; puis subitement, au commencement d'avril, la malade fut atteinte d'accidents oculaires très graves dont la nature spécifique ne laissa aucun doute dans l'esprit de M. le professeur agrégé Rohmer.

Reprise du traitement par le peptonate et KI; guérison en 15 jours. A la fin de juin récidive avec même localisation oculaire, nouveau traitement. Guérison.

Mais depuis quelque temps (1894), cette personne tousse; elle maigrit et offre le facies d'une candidate à la tuberculose; signes stéthoscopiques douteux; on se

demande si, peut-être, il ne s'agit pas d'une nouvelle manifestation syphilitique vers les poumons; on reprend un traitement à haute dose; actuellement, après 5 injections de peptonate, une amélioration extrêmement notable est manifeste.

III. Réflexions. — Il ne peut exister de doute sur la nature syphilitique des lésions de notre malade. Or, la conduite extrêmement régulière de cette jeune fille ne permet pas de songer à une contamination génitale dont il n'a, d'ailleurs, jamais existé aucune trace.

Au contraire, la constatation médicale de la syphilis paternelle et maternelle, l'histoire très caractéristique de la famille, permettent d'affirmer la nature *hérédo-syphilitique des accidents.*

Mais, indépendamment de ce fait, nous relevons les points suivants auxquels ce cas emprunte un grand intérêt :

1° *Le caractère extrêmement tardif des premières manifestations hérédo-syphilitiques*, survenues à 25 ans chez une personne depuis son enfance attentivement surveillée à ce point de vue.

2° *Gravité extrême de ces accidents ultra-tardifs :* lésions gommeuses, accidents cérébraux (coma, hémiplégie), irido-choroïdite, peut-être syphilis pulmonaire.

3° *Les rapports évidents entre l'apparition des gommes crâniennes et le traumatisme* qui, 8 jours auparavant, avait atteint la région.

Il est intéressant d'en rapprocher l'apparition ultérieure des gommes vers la région externe du genou gauche alors que, un an auparavant (février 1891), la malade avait été atteinte d'une entorse de ce même genou; enfin de noter qu'un traumatisme oculaire avait également précédé la localisation sur l'organe de la vision.

A ce point de vue, notre observation rentre bien dans la catégorie des faits étudiés par le professeur Verneuil (1), par H. Petit (2), par Lalanne. Elle présente de grandes analogies, notamment, avec l'observation n° IX de Verneuil (3).

Mais c'est, à notre connaissance, la première fois que cette notion étiologique est signalée dans un cas de syphilis héréditaire bien authentique.

4° *La rapidité* réellement merveilleuse avec laquelle les plus graves de ces accidents ont cédé devant le traitement spécifique (injections de peptonates).

5° *L'existence d'accidents cérébraux* d'une part chez la mère, d'autre part chez ceux de ses enfants qui, parvenus à l'âge adulte, furent atteints d'accidents de syphilis héréditaire tardive.

(1) Verneuil. Syphilis et traumatisme. *Mémoires de chirurgie*, t. V.
(2) H. Petit. *De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme.* Th. Paris, 1875.
(3) Verneuil, *loc. cit.*, p. 627.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Paralysie faciale à la suite d'un zona (A case of Bell's paralysis following herpes zoster; recovery), par Natroji Darabseth. (*The Lancet*, 5 mai 1894, n° 3688, p. 1128). — Le 4 janvier, un Hindou, âgé de 35 ans, vient consulter pour une éruption d'herpès zoster du côté droit de la face. L'éruption datait du 28 décembre, ou mieux l'extension faciale était récente, et l'herpès avait débuté à ce moment à la nuque et à l'oreille et s'était étendu ensuite, s'accompagnant alors d'état fébrile. Le 4e jour du zona facial, il y eut des douleurs faciales et auriculaires, sans nouvelle poussée d'herpès. Au niveau des parties cutanées recouvertes par les vésicules, il existe de la diminution de la sensibilité. C'est au moment de la disparition de l'éruption que survint une hémiplégie faciale droite complète avec paralysie de l'orbiculaire de la paupière ; cette paralysie ne tarda pas, du reste, à guérir et, le 24 janvier, éruption et paralysie étaient disparues, laissant comme traces : une légère anesthésie et des aires de pigmentation au niveau des cicatrices des vésicules. La paralysie faciale est une complication rare de l'herpès zoster de la face. Un cas analogue a été publié par Faggi, qui survint 24 heures après l'éruption, et dont le patient ne guérit qu'au bout de très longtemps. La paralysie actuelle offre cet intérêt qu'elle a disparu 28 jours après l'herpès. Elle paraît incontestablement due plutôt à une névrite qu'à une action réflexe.

Paralysie spinale syphilitique (Syphilitic spinal paralysis), par Aloren Turner. (*The Lancet*, 5 mai 1894, n° 3688, p. 1124). — Après diverses considérations sur les progrès qu'ont accomplis les neurologistes dans le diagnostic des paralysies toxiques de la syphilis et de la diphthérie, l'auteur rappelle sous quel aspect clinique saisissant Erb a décrit la paralysie spinale syphilitique comme une combinaison de symptômes indiquant une myélite partielle de la région thoracique de la moelle chez les syphilitiques, et il relate ensuite deux observations. Dans la première, concernant un homme de 28 ans, syphilitique depuis 10 ans, début par de la difficulté de la jambe droite en marchant et de l'inhabileté à retenir l'urine. Actuellement, la démarche est spasmodique, les réflexes exagérés, et les deux pieds présentent la trépidation épileptoïde. Il y a parfois des douleurs spontanées et de l'incontinence d'urine. Dans la seconde, un homme de 44 ans, ayant contracté la syphilis 17 ans auparavant, a une paraplégie partielle avec troubles sphinctériens et incontinence d'urine. Ici une amélioration très considérable fut obtenue par le traitement. On ne saurait encore affirmer quelle est la nature exacte des lésions, infiltration gommeuse, ou artérite, que produit la syphilis dans ces cas. On doit employer comme médication le traitement mercuriel exagéré jusqu'à ses dernières limites.

Hémiplégie, hémianesthésie et hémiopie gauches par ramollissement (A case of left hemiplegia, hemianesthesia and hemianopia from softening with remarks on diagnostic and treatment), par C. E. Beevor. (*The Lancet*, 5 mai 1894, n° 3688, p. 1123). — Une femme, âgée de 69 ans, est admise à l'hôpital en août 1894 ayant eu, six mois avant, une attaque à la suite de laquelle a persisté une hémiplégie gauche totale portant sur la face, le bras et la jambe gauches ; elle a, en même temps, perdu la sensibilité du même côté. Trois semaines avant son entrée, elle s'est aperçue qu'elle ne voyait pas la moitié gauche des objets. A l'examen, on constate une hémiparésie et une hémianesthésie incomplète du côté gauche; l'exploration de la vue montre de l'hémianopie à gauche. Il existe, en même temps, de l'anasarque, de l'albuminurie, ainsi qu'un épanchement de la plèvre à gauche. Elle meurt le 10 septembre. L'auteur établit le diagnostic de lésion du segment (carrefour sensitif) postérieur de la capsule interne du côté gauche, probablement constituée par un ramollissement que confirmèrent l'autopsie, et l'examen du cerveau après durcissement. Il insiste sur l'intérêt qu'il pourrait y avoir à diagnostiquer plutôt l'hémorrhagie ou le ramollissement dans un cas de ce genre, pour la thérapeutique.

Note sur un cas de folie urémique, consécutif à un rétrécissement traumatique de l'urèthre, par Cullerre (*Archives de neurologie*, n° 89, juillet 1894, p. 2). — L'auteur rapporte le cas d'un dégénéré héréditaire, alcoolique renforcé, déjà interné une première fois pour du delirium tremens, qui est repris de délire furieux. Cette fois on constate, à des signes de balanite, qu'il est atteint de rétention d'urine et qu'il pisse par regorgement; au cours de diverses tentatives chirurgicales, son délire, après s'être atténué un peu, ne tarde pas à reparaître : on pratique le cathétérisme, la ponction de la vessie; l'état général se prend, il y a des accès de fièvre intermittente dans certains desquels la température atteint jusqu'à 40°. Le rétrécissement, qui est d'origine traumatique et remonte à 9 ans, cède enfin à l'uréthrotomie; dès ce moment, le malade s'améliore lentement et ne délire plus. Il persiste néanmoins chez lui un certain degré de paresse intellectuelle. S'agit-il du délire infectieux, décrit récemment, ou de l'exaspération et la provocation des troubles

mentaux chez un dégénéré alcoolique provoquée par l'infection? L'auteur pense avoir affaire à une folie urémique.

MÉDECINE

Sang dans la sténose pulmonaire (Ueber das Verhalten der Blutes bei angeborener Pulmonalstenose), par Banholzer (*Centralb. für inn. Medic.*, 1894, n° 23, p. 521). — Le cas concerne un sourd-muet de dix ans, d'ailleurs bien développé : cyanose, essoufflement, hypothermie, doigts en baguettes de tambour, souffle systolique du 2e espace intercostal gauche. L'examen du sang donne les résultats suivants : valeur en hémoglobine, 160 0/0; globules rouges, 9,447,000; alcalinité, 0,028; poids spécifique, 1,0718; présence d'oxyhémoglobine et d'hémoglobine réduite. En somme, très grande concentration du liquide sanguin sans altération morphologique. Le cas rappelle les constatations de Krehl et Vaquez; on ne peut guère douter qu'il y ait là une relation directe entre la lésion cardiaque et la modification sanguine.

Conservation des sédiments et cylindres urinaires (Konservirung der organisirte Harnsedimente, insbesondere der Harncylinder), par Bohland (*Centralb. für inn. Medic.*, 1894, n° 20, p. 449). — Une bonne observation des sédiments urinaires apporte parfois un appoint diagnostique très important. Mais l'examen direct, le traitement par l'alcool ou par les acides chromique et picrique rencontre bien des difficultés. On réussira mieux en centrifugeant l'urine recueillant le dépôt pour le fixer régulièrement par le liquide de Müller puis l'alcool renouvelés. Dès lors, les éléments sont fixés et très favorables pour l'étude : cellules épithéliales, globules rouges, leucocytes, cylindres urinaires. Les cylindres hyalins prennent un ton jaune et sont particulièrement apparents après le traitement par le Müller. La méthode donne de bons résultats dans toutes les affections urinaires et dans les diverses variétés de néphrite.

Origine des cylindres urinaires fibrineux (Die Entstehung der fibrinœsen Harncylinder), par Aufrecht (*Centr. für inn. Med.*, 1894, n° 19, p. 425). — C'est dans l'épithélium des canaux urinifères qu'il faut en chercher la provenance. On trouve, en effet, dans les cellules du revêtement correspondant, des boules hyalines analogues à celles qui existent dans la lumière des tubes et qui se fusionnent pour former des cylindres. Il ne s'agit point là d'un exsudat direct provenant du sang et ayant filtré au niveau du glomérule. Il faut remarquer que l'urine peut contenir de pareils cylindres sans qu'il y ait d'albumine, et inversement. D'ailleurs les tubes collecteurs renferment parfois des cylindres larges, qui n'auraient point pu être éliminés par la branche grêle de l'anse de Henle, et qui ont dû se former sur place.

Symptôme inédit du diabète (Ein bisher nicht gewürdigtes Symptom des Diabetes mellitres), par Umhuld (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, n° 28, p. 649). — Il s'agit de crampes très douloureuses occupant surtout les muscles des mollets. Elles s'observent le matin au lever, ou quelquefois la nuit quand les diabétiques sont éveillés par la pollakurrie nocturne, ou plus rarement le jour après quelques heures d'immobilité sur la chaise-longue. Elles sont indépendantes des atteintes de sciatique. On ne les observe pas dans le diabète aigu des sujets jeunes. Elles n'ont, du reste, aucune signification pronostique; mais elles peuvent permettre de dépister un diabète latent, aussi bien que le prurit, le furoncle, la gangrène. On les a mises sur le compte de la deshydratation (Erb), d'une toxine diabétique spéciale (Edinger), d'une saturation acide lactique ou carbonique (Eulenburg) ou enfin de stases vasculaires. Cette dernière opinion cadrerait avec la fréquence des accidents gangréneux. L'accident disparaît vite par la marche, l'extension forcée du membre, les massages.

Traitement antitoxique de la diphthérie (Behandlung der Diphtherie mit Antitoxine die olene Vermittelung des thierischen organismus darstellbar sind), par Smirnow (*Berl. klin. Woch.*, 1894, n° 30, p. 683). — La thérapeutique antitoxique des infections ne possède jusqu'ici que des moyens restreints. Le sérum antitoxique est difficile à préparer; les nouvelles méthodes exigent des injections massives peu renouvelables; le sérum ne peut se conserver que par l'adjonction de substances antiseptiques qui deviennent un danger lors d'injections massives.

L'auteur s'est proposé de chercher si l'on ne pourrait pas réaliser la production des substances antitoxiques dans du sérum ordinaire ou dans du bouillon, ces milieux étant ou non peuplés avec le microbe correspondant à la maladie étudiée. Considérant que la production des antitoxines rentre dans les processus vitaux d'oxydation et de réduction, il a eu l'idée de faire agir l'électrolyse sur les milieux en expérience. Le sérum ordinaire soumis à l'électrolyse ne montre aucun changement spécifique : mais il devient soit en entier, soit réduit à ses composants albumineux et après peuplement avec le bacille diphthérique, un agent actif de sérothérapie. Il s'est développé une antitoxine assez active. L'électrolyse réalise la même propriété dans les cultures en bouillon. Il semble que l'oxydation ou la réduction ait fait passer une partie des toxines à l'état de substances antitoxiques. La thérapeutique biologique de l'avenir pourra sans doute tirer parti de ces recherches.

Angine rhumatismale (Ueber rheumatische angina), par Roos (*Berl. klin. Woch.*, 1894, nos 25 et 26 p. 575). — L'auteur a eu l'occasion d'observer chez l'adulte cinq cas d'angine ayant servi de prélude à une attaque de polyarthrite rhumatismale. La considération de ces faits l'amène à considérer deux espèces d'angine accompagnée de manifestations articulaires. Dans un premier type, l'angine précède un rhumatisme aigu franc-polyarticulaire; elle est de même nature que lui, et tient à une localisation du même agent infectieux. C'est bien une angine rhumatismale.

Mais dans beaucoup de cas, l'angine est de nature toute différente. C'est une forme infectieuse banale, souvent purulente, et les déterminations articulaires dont elle est suivie, font partie des rhumatismes infectieux secondaires. L'ensemble représente une pyémie atténuée, comme l'avait dès longtemps formulé Lasègue. L'auteur pense que ce deuxième type est loin d'être rare et que la distinction n'en est pas toujours facile.

Perte d'albumine dans la cure d'amaigrissement (Ueber den Eiweissverlust bei Entfettungscuren), par Hirschfeld (*Berl. klin. Woch.*, 1894, n° 27, p. 619). — Lorsqu'un adulte vigoureux est soumis à l'inanition, la dénutrition azotée subit un accroissement considérable qui va ensuite s'atténuant. Même fait s'observe chez les obèses commençant une cure d'amaigrissement, soumis à un travail musculaire exagéré et recevant moins que la ration d'entretien : cependant l'excès de la désassimilation azotée n'est pas constant. Il est plus marqué chez les sujets qui souffrent de la faim. En fournissant à l'estomac les aliments qui font le mieux disparaître la sensation de faim, et qui par leur volume et leur poids peuvent le mieux s'accommoder à sa capacité fonctionnelle, on évitera l'accroissement excessif des déchets azotés. En tout cas, il faut savoir que l'asthénie des obèses en cure d'amaigrissement tient beaucoup plus à l'insuffisance d'alimentation qu'à l'excès de pertes en albumine.

CHIRURGIE

Kyste tuberculeux de l'ovaire et polype tuberculeux de l'utérus (Tuberkulœse Ovarialcyste und tuberkulœser Uteruspolyp), par Madleuer (*Centralb. f. Gynæk.*, 1894, n° 22, p. 529). — Il s'agit d'une femme de 54 ans entrée à l'hôpital pour un kyste de l'ovaire gauche, mais dans un état de phthisie tellement avancée que toute intervention fut jugée impossible. La femme succomba en effet à la tuberculose trois semaines après son entrée.

A l'autopsie on trouva une tumeur des dimensions d'une tête d'adulte, partant de l'angle droit de l'utérus, adhérente à la paroi postérieure de l'organe, au rectum et au péritoine pariétal et présentant sur sa face antérieure la trompe accolée. Le kyste uniloculaire était rempli de pus verdâtre et de masses caséeuses. L'examen histologique des parois du kyste montra qu'il s'agissait d'une production tuberculeuse.

Dans l'utérus se trouvait inséré au fond un polype de 4 cm. de longueur, puis dans la paroi postérieure, dans la direction du pédicule du polype, trois foyers caséeux. Polype et foyers renfermaient des tubercules et des bacilles.

En se basant sur ce que les phénomènes pulmonaires n'ont paru chez la malade qu'un an environ après le développement du kyste, l'auteur admet que dans ce cas l'infection a débuté par les trompes. L'inflammation a provoqué des adhérences entre

les organes voisins et abouti à la formation d'un kyste tubo-ovarique. Plus tard il se serait fait une infection des poumons par voie sanguine et une infection par contact de l'utérus et du polype.

Subluxation de la colonne vertébrale (Ueber einen Fall von Subluxation der Lendenwirbelsaüle), par Baumueller (*Münch. med. Woch.*, 1894, n° 17, p. 326). — Un garçon de 13 ans, travaillant à une fabrique, reçoit sur le pied gauche un cylindre en fonte et tombe à la renverse sur un tas de ferrailles. Il est apporté à l'hôpital avec un pied écrasé, une parésie des membres inférieurs et une paralysie du rectum et de la vessie. A l'examen de la colonne vertébrale on trouve à la place de la première vertèbre lombaire un sillon profond où l'on sent la face supérieure de la deuxième vertèbre lombaire. Diagnostic : luxation de la première vertèbre lombaire. Le lendemain, sous le chloroforme, extension sur le tronc avec un drap plié et croisé au-devant de la poitrine, et contre-extension sur les genoux fléchis. Au bout de cinq minutes, réduction de la luxation s'accompagnant du bruit caractéristique et disparition de la déformation. Guérison après disparition progressive de tous les phénomènes paralytiques.

Abcès intra-crâniens d'origine otique (Uebere xtradurale Abscesse in Folge der Erkrankungen des Sehlaffenbeines), par Kramer (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. XLVII, p. 84). — L'auteur rapporte trois cas d'abcès extra-dure-mériens guéris par la trépanation de la mastoïde et le drainage du foyer. Dans le premier cas, où il s'agit d'un homme de 50 ans, l'abcès était consécutif à la nécrose tuberculeuse de la mastoïde et occupait la fosse cérébrale postérieure. Dans les deux autres cas, les abcès étaient consécutifs à l'otite et siégeaient dans la fosse cérébrale moyenne (chez une fille de 19 ans) et dans la fosse cérébrale postérieure (chez un homme de 60 ans).

Dans la seconde partie du travail, consacrée à l'étude générale des abcès cérébraux d'origine otique, l'auteur passe en revue l'étiologie, la symptomatologie et le traitement de ces abcès. Rien de particulier à noter.

Inflammations adhésives de la cavité abdominale (Ueber Adhesiventzündungen in der Bauchhœhle), par Riedel (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. XLVII, p. 153). — L'intérêt principal du mémoire considérable et des plus intéressants de l'auteur réside dans les 23 observations personnelles qui doivent être lues dans le texte. Il s'agit dans ces observations d'interventions pour adhérences locales ou générales de la cavité abdominale produites : 1° par des contusions de l'abdomen ; 2° par l'ulcère rond de l'estomac ; 3° par des affections de la vésicule biliaire ; 4° par des affections de la vésicule et du côlon ascendant ou de l'appendice vermiculaire ; 5° par l'appendicite seule ; 6° par les inflammations du gros intestin ; 7° par des lipomes devenus libres.

La laparotomie suivie d'interventions commandé par chaque cas particulier a donné pour l'ensemble de ces cas 13 guérisons, 4 améliorations et 4 insuccès. D'une façon générale, on peut dire que les résultats sont d'autant meilleurs que l'inflammation adhésive est plus localisée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Varices et néoplasies lymphatiques dermiques (Varices y neoplasias linfaticas dermicas). Leçons cliniques professées à la Faculté de médecine de Madrid, par le Dr Juan Azua di Luarez, médecin de l'hôpital de Saint-Jean-de-Dieu, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de l'Université centrale. 1 vol. in-8° de 82 p., Madrid, 1893.

Ces leçons, au nombre de 3, forment, par leur ensemble, une véritable monographie de ces altérations complexes des vaisseaux lymphatiques, comportant, après l'exposé et la critique, des documents antérieurs et des théories des auteurs, une description et une classification fondées sur des recherches cliniques et anatomo-pathologiques personnelles de ces altérations, considérées par lui comme des lymphangiomes dermiques, seule dénomination qui, à son avis, soit acceptable. Ce travail est complété par l'étude du diagnostic et se termine par une classification en *néoplasies lymphatiques dermiques* où ne rentre que le lymphangiome cutané, et en *varices lymphatiques dermiques*, dont il distingue 3 variétés : 1° les spécifiques (par filaire, d'évolution chronique); 2° par inflammation, par dermite, par dermo-lymphangites, par érysipèle, etc., (évolution aiguë); 3° par traumatismes consécutifs à des infections non spécifiques (d'évolution chronique).

Grundriss der klinischen bactériologie (Abrégé de bactériologie clinique), par F. Klemperer et E. Lévy. 1 vol. in-8° de 340 p. Hirschwald, Berlin, 1894.

La science biologique marche vite. Les problèmes se compliquent et se renouvellent incessamment. Fixer les notions du moment dans ce qu'elles ont de plus solide, et aussi de plus abordable pour la majorité des travailleurs constitue une œuvre qui n'est ni sans difficultés, ni sans mérite. Ses auteurs ont abordé ce problème et l'ont très bien résolu.

Le livre, qu'ils offrent au public médical, justifie son titre; c'est un abrégé judicieux et clair des notions indispensables à tous ceux qui veulent, de nos jours, suivre la médecine de leur temps. L'ouvrage se divise en six chapitres.

Le premier comprend l'étude de la biologie générale des microbes, de l'infection, de l'immunité; il y a également quelques principes de technique.

Dans la deuxième partie, les auteurs examinent les processus fondamentaux de l'inflammation et de la suppuration, leurs agents, leurs localisations et leur pathologie expérimentale.

Un troisième chapitre est consacré à l'étude des maladies bactériennes spécifiques; le suivant traite des maladies produites par les champignons. Enfin, cette parasitologie se termine par l'étude de deux maladies à protozoaires, la dysenterie amibienne et la malaria.

Le livre se termine par une incursion dans le domaine de l'hygiène générale (étude de l'air, de l'eau et du sol), et par un aperçu des règles de la désinfection.

En somme, œuvre compendieuse et très intéressante, qui ne saurait manquer de rendre service à beaucoup de médecins et d'étudiants.

Thèses de Paris.

Du pronostic éloigné des manifestations rénales de la scarlatine, par Alfred Eid.

L'albuminurie scarlatineuse, fonction de lésions rénales multiples et variables est transitoire et permanente. La scarlatine exerce non seulement une action prochaine sur le rein mais encore une action éloignée. Les manifestations rénales éloignées de la scarlatine répondent à plusieurs types commandés avant tout par le degré de l'altération anatomique du rein. La néphrite chronique d'emblée, la néphrite chronique secondaire avec ou sans poussées aiguës, l'albuminurie minima, l'albuminurie transitoire peuvent reconnaître la scarlatine comme cause déterminante, et un certain nombre des maladies intercurrentes comme causes occasionnelles. Parmi les symptômes de ces lésions rénales, l'hypertrophie cardiaque et l'hypertension artérielle ont une valeur pronostique. Une hygiène prophylactique, un traitement préventif rigoureux, peuvent atténuer dans une large mesure, la gravité ou la fréquence de ces lésions rénales.

Les hallucinations dans la paralysie générale, par Jacques Baruk.

Les hallucinations sont très fréquentes dans le cours de la paralysie générale; l'examen critique des opinions des auteurs, les considérations tirées de l'anatomie et de la physiologie pathologiques et les faits cliniques militent en faveur de cette manière de voir. Les hallucinations dues à l'alcoolisme que l'on peut observer chez les paralytiques ne doivent pas être confondues avec celles dues à la paralysie générale elle-même. Elles portent plus particulièrement sur le sens de la vue et sont d'un caractère pénible; celles de la paralysie générale peuvent, au contraire, porter sur tous les sens isolés ou réunis et sont souvent d'un caractère gai en rapport avec le délire. Les erreurs des sens peuvent s'observer dans toutes les périodes de la paralysie générale, même quand la démence est avancée. Les hallucinations des paralytiques passent souvent inaperçues, soit à cause de leur fugacité, soit à cause de l'état de démence du malade qui l'empêche de rendre compte de ses sensations. Souvent aussi elles ne se traduisent à l'observateur que par des états délirants dont elles sont l'origine, tels que le délire hypochondriaque et peut-être l'état de satisfaction. Si l'on excepte ces cas, on peut dire que les hallucinations dont la constatation est facile se présentent à peu près dans le tiers des cas (plus exactement 32 hallucinés pour 100 paralytiques). Elles peuvent porter sur plusieurs sens, quelquefois sur tous les sens réunis. Elles peuvent aussi frapper un sens isolé. Les sens les plus fréquemment affectés sont ceux de la vue et de l'ouïe; le moins atteint semble être le sens de l'odorat. Elles sont le plus souvent niaises, contradictoires, absurdes et n'ont qu'une faible durée. Rarement elles influent sur le délire et deviennent l'origine d'actes impulsifs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Troubles fonctionnels du foie.

2e *article.*

Troubles de la fonction biliaire. Urobilinurie, acholie.

Dans un précédent article (1) nous avons étudié un des troubles de la fonction biliaire : l'hypersécrétion pigmentaire. Nous avons montré que celle-ci dépendait d'une hyperfonction de la cellule hépatique d'une part, et, de l'autre, de l'abondance des déchets globulaires. Nous avons vu également quelles relations unissaient ce symptôme avec les formes bilieuses des maladies et quelle en était l'importance pathogénique et pronostique; quelles indications générales la thérapeutique pouvait en tirer. Or, à côté de ce syndrome bilieux qui accompagne les formes graves de certaines infections, mais qui, somme toute, est la conséquence d'un acte de défense et d'élimination dont le foie est le siège, il convient de placer la suppression de la sécrétion biliaire : l'acholie.

Il s'agit cependant ici d'un phénomène bien différent, au point de vue vital : puisque l'acholie veut dire la mort fonctionnelle du foie. Ce qui aggrave encore singulièrement le pronostic de ce syndrome, c'est qu'il est le plus souvent, sinon toujours, lié à des altérations anatomiques graves de la cellule hépatique, et que les autres fonctions de celles-ci sont également entravées. L'organe tout entier est atteint dans son fonctionnement : il n'y a donc pas seulement perte de la sécrétion biliaire, mais aussi disparition de la fonction uréio-poiétique, de la glycogénèse, de l'arrêt des poisons.

Les conséquences de l'acholie sont encore plus complexes ; elles sont liées au rôle que joue la bile dans la digestion, dans l'absorption : phénomènes contingents sur lesquels nous ne pouvons nous étendre ici.

L'acholie *peut être complète*, c'est-à-dire que les voies biliaires n'excrètent plus rien, ou bien elle peut être *partielle*, c'est-à-dire limitée à l'élimination des pigments. Les voies biliaires contiennent alors une bile décolorée : c'est ce que M. Hanot a appelé l'*acholie pigmentaire*. Dans tous les cas, c'est un émonctoire fermé aux résidus de l'organisme, ce sont des organes, comme les reins — — et nous avons vu ailleurs qu'ils étaient impropres à ce rôle — qui vont nécessairement entrer en scène pour suppléer le foie; en d'autres termes, c'est une nouvelle série morbide qui commence, véritable auto-intoxication.

On voit par ce rapide aperçu quelle différence séméiologique sépare la polycholie et l'acholie, et que le médecin ne saurait mettre sur le même plan ces deux formes du trouble fonctionnel hépatique, tant leur mécanisme intime et leurs conséquences physiologiques sont distincts. Le pronostic et la thérapeutique peuvent également en faire profit.

Si, en effet, conformément au programme de cette revue, j'élimine de cette étude les formes d'acholie par obstruction calculeuse ou autre des gros canaux biliaires, la raison dernière de l'acholie est dans la mort des cellules hépatiques, ou accidentellement dans la torpeur passagère de celles-ci. L'acholie peut donc être ou l'aboutissant ultime des affections hépatiques — dans lesquelles, en dehors du cancer, l'infection et l'intoxication jouent le rôle principal — ou peut, au contraire, être un symptôme transitoire de certaines maladies infectieuses, notamment de certaines infections du tube digestif.

Parmi les premières il nous faudrait citer toutes les maladies toxiques ou infectieuses qui retentissent sur le foie. Et en regard de la malaria, dont nous avons étudié plus haut les phénomènes hépatiques si dissemblables, il n'est pas sans intérêt de placer une intoxication comme celle du phosphore par exemple, dont l'action rapidement sidérante tue les cellules hépatiques et crée pour ainsi dire une insuffisance aiguë du foie. Mais en dehors de ces cas bien typiques, il est à remarquer cependant que ces phénomènes d'acholie ne se voient guère dans les infections hépatiques qu'après une période plus ou moins longue de troubles d'élimination pigmentaire et d'ictère, tels les ictères graves primitifs, et que dans ces cas elle peut ne pas être fatale, c'est-à-dire que l'acholie n'est pas l'aboutissant absolu des infections graves et primitives du foie antérieurement sain.

Inversement, jamais ces phénomènes d'insuffisance hépatique ne sont plus rapides que dans les affections chroniques du foie, lorsque après une période de tolérance plus ou moins longue une infection vient porter le dernier coup à un foie déjà malade — foie cirrhotique, cancéreux, etc. Ceci prouve qu'à côté du germe, de sa qualité virulente, il faut tenir compte de l'état de la cellule hépatique au moment de l'infection, état qui est adéquate à sa résistance à celle-ci. C'est ce qui fait la

(1) Voir la *Gazette hebdomadaire* du 14 juillet, n° 28.

gravité des infections hépatiques dans le cours des cirrhoses, du cancer, et en général de toutes les affections chroniques du foie.

Mais à côté de ces localisations infectieuses sur le foie, dont toute la symptomatologie est pour ainsi dire absorbée par les phénomènes qui se passent de ce côté, — les ictères graves, — il en est d'autres où, au contraire, ces phénomènes hépatiques d'acholie ne sont qu'une phase, qu'un accessoire, et dans lesquels cependant leur cessation a une importance des plus grandes, surtout comme phénomène de début de la convalescence — crise biliaire.

C'est dans cet ordre d'idées qu'il faut citer quelques infections intestinales et en particulier le choléra, la dysentérie. Dans celle-ci l'acholie se présente, il est vrai, avec des caractères variables : la sécrétion biliaire restant suspendue pendant quelques jours puis réapparaissant, et ainsi de suite. Dans le choléra, au contraire, l'arrêt de la sécrétion biliaire est absolue dès le début de l'attaque cholérique grave : le rôle dépurateur du foie est aboli. Mais dans l'un et l'autre, la réapparition des selles bilieuses a toute la valeur d'un symptôme d'une importance pronostique considérable. « La réapparition de la bile dans les selles, dit Griesinger, est un phénomène très favorable. »

Il y a là une véritable crise biliaire analogue aux crises azoturiques que nous retrouverons autre part et ayant la même signification pronostique. Dans l'un et l'autre cas, c'est la torpeur des cellules hépatiques qui cesse, c'est la fonction qui se réveille.

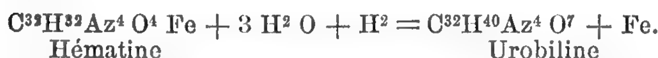
L'*acholie* représente la terme extrême de l'insuffisance hépatique, mais elle ne représente qu'une des phases de celle-ci. Plus important peut-être en clinique est le symptôme dont nous allons parler : l'*urobilinurie*.

Qu'est-ce donc que l'urobiline ?

***

Au point de vue *chimique*, c'est une substance qui a les relations les plus étroites avec la bilirubine — substance colorante normale de la bile — et, par conséquent, avec l'hématine et l'hémoglobine ; à ce point de vue donc elle doit être considérée comme une substance d'excrétion pigmentaire, mais d'une nature spéciale, eu égard au fonctionnement du foie.

Si l'on part de ce fait que la molécule de bilirubine vient de la molécule d'hématine qui perd son fer et s'adjoint deux molécules d'eau et que celle-là, à son tour, donne une molécule de l'urobiline par adjonction d'eau et d'hydrogène, on pourra synthétiser ces deux réactions en la formule suivante qui représente l'action même de la cellule hépatique dans le cas d'urobilinurie :



$$C^{32}H^{32}Az^4O^4Fe + 3H^2O + H^2 = C^{32}H^{40}Az^4O^7 + Fe.$$

Hématine — Urobiline

Expérimentalement, on a pu l'obtenir *in vitro* en faisant agir sur la bilirubine les agents réducteurs tels que, par exemple, l'hydrogène à l'état naissant (Disqué). Hoppe-Seyler est arrivé au même résultat et par le même procédé en partant de l'hématine.

Des résultats analogues ont été obtenus par Winter Maly et par M. Hayem qui a largement contribué par ses travaux et par ceux de ses élèves à l'étude de cette question. Nous devons signaler ici tout particulièrement la thèse de M. Tissier (1) où on trouvera tous les renseignements bibliographiques sur la question.

A l'état normal la bile, théoriquement, ne contient pas d'urobiline ; cependant Quincke, Kiener et Ergel, Hayem et Winter l'y ont signalée, et Jaffé, au nom duquel se rattache la découverte d'urobiline, a pu retirer cette substance de la bile même. Mais elle ne s'y trouve chez les sujets sains qu'en quantité négligeable et ne saurait, dans ces conditions, provoquer le syndrome urobilinurie. Elle existe, au contraire, en grande quantité dans l'intestin où elle avait été décrite par Van Lair et Masius sous le nom de stercobiline. Elle y représente probablement le dernier terme de sa transformation sur place de la bilirubine déversée par les canaux biliaires ; et elle est rejetée au dehors avec les fèces.

Ne traitant pas dans cette revue de l'urobilinurie en général, nous ne nous arrêterons pas à exposer les origines que les différentes théories ont imposées à l'urobiline soit dans le sang — par transformation directe de l'hémoglobine, ou par transformation dans les tissus des ictériques des pigments biliaires qui y sont déposés — soit même dans l'intestin par résorption de l'urobiline des matières fécales. Nous bornant au titre même de notre sujet, nous n'avons à considérer l'urobilinurie que comme un symptôme particulier de l'insuffisance hépatique — l'urobiline étant considérée selon la formule de M. Hayem comme le pigment du foie malade. D'ailleurs, si l'urobilinurie peut se montrer en dehors de toute lésion du foie comme dans certains faits expérimentaux, ou à la suite de grands épanchements sanguins, on peut dire que le fait est rare et qu'en somme, l'urobilinurie hépatique absorbe la presque totalité des exemples où ce symptôme s'est montré.

A l'appui de ce qui précède, on peut citer les recherches de MM. Hayem et Tissier (p. 60) qui ont montré que « dans les cas où il existait pendant la vie une urobilinurie persistante, la bile pouvait contenir des quantités considérables d'urobiline. »

***

Nous ne connaissons pas bien les conditions chimiques de l'urobilinurie. Il est peu probable cependant que la transformation se fasse aux dépens de la bilirubine. Mais, connaissant ce fait qu'il est plus facile de transformer *in vitro* l'hémoglobine en urobiline qu'en bilirubine, on peut considérer la formation de celle-là comme un acte d'insuffisance vitale, dû aux lésions cellulaires du foie. La conséquence en est qu'au lieu d'aboutir à une matière colorante excrémentitielle, s'éliminant par l'intestin, le mécanisme sécréteur produit un corps éminemment dialysable, qui se résorbe, passe dans le sang et va emprunter le rein pour son élimination définitive. Il est fort probable que c'est dans l'intimité du foie que se fait cette résorption de l'urobiline : là où les pigments biliaires ne passent pas, celle-ci peut forcer le système vasculaire. Il serait difficile d'admettre, en effet, que cette résorption se fît au niveau de l'intestin, puisqu'on y trouve à l'état normal de grandes quantités d'urobiline, alors que l'urobilinurie fait défaut.

Le passage de l'urobiline dans le torrent circulatoire se traduit cliniquement par des modifications du côté des *urines* surtout, car la question de l'*ictère* urobilinurique, soulevée par Gehrardt, est fort controversée et a été battue en brèche par M. Hayem et ses élèves.

Mais avant de donner les caractères cliniques et physiques de l'urine urobilinurique, il nous faut encore, tant ces questions sont complexes, dire un mot de ce qu'on appelle le *chromogène* de l'urobiline. En réalité, la détermination de ces substances chimiques bien définies, telles que la bilirubine, l'urobiline, ne sert qu'à fixer des jalons, des points de repère. Il existe entre elles des substances non déterminées plus ou moins voisines de l'une ou de

(1) *Essai sur la pathologie de la sécrétion biliaire*, thèse de Paris 1889.

l'autre, et qui procèdent, elles aussi, d'une élaboration anormale des pigments sanguins. De ce nombre est précisément ce chromogène de l'urobiline, dont la connaissance est nécessaire, car il peut être utile de déceler sa présence, et, contrairement à l'urobiline, il ne donne aucune réaction spectrale. De plus, lorsqu'on l'abandonne à l'air, il fixe de l'oxygène et se transforme en urobiline, pouvant ainsi fausser les résultats, lorsqu'on veut déterminer la quantité d'urobiline contenue dans les urines.

Inversement, les solutions d'urobiline exposées à l'air s'oxydent, leur couleur prend une teinte foncée; et l'urobiline disparaît en se transformant en corps indéterminés.

Il est donc nécessaire, d'après cela, de se servir d'urine fraîchement émise pour y déceler l'urobiline.

Celle-ci jouissant d'un pouvoir tinctorial faible, ne donne pas aux urines une coloration caractéristique : Winter a montré que les solutions d'urobiline sont d'un ton rouge avec reflets rosés et, en fait, les urines urobilinuriques sont d'un jaune tirant sur le rouge, avec des variétés de ton d'un malade à l'autre, sans qu'on en puisse tirer aucune conclusion au sujet de la quantité d'urobiline qu'elles contiennent. Tissier, par contre, insiste sur leur caractère dichroïque : jaune orangé par transparence, les urines urobilinuriques sont rouges par réflexion.

L'acide nitrique ne donne pas la réaction de Gmelin, non plus que celle dite de l'hémaphéisme de Gubler, si l'urobilinurie est pure, et si l'urine ne contient pas de pigments modifiés.

Un seul procédé permet d'affirmer la présence ou l'absence de l'urobiline, c'est l'analyse spectrale. Cet examen, qui se fait avec un petit spectroscope à main, permet de percevoir, entre le vert et le bleu du spectre, une bande d'absorption dont la largeur varie avec la quantité d'urobiline.

Lorsque l'urine est fraîche, on a par ce procédé la quantité d'urobiline sans son chromogène. Veut-on être fixé sur la quantité de celui-ci, on ajoute à l'urine de l'eau iodo-iodurée, et le chromogène se transforme en urobiline, qui donne alors son spectre particulier.

Ce sont là les seuls signes qui permettent de reconnaître l'urobilinurie, car, ainsi que l'a montré M. Hayem, les urobilinuriques ne sont pas des ictériques, et il n'y a pas lieu de faire une équation entre l'ictère hémaphéique de Gubler et l'urobilinhémie. Sans entrer dans les détails de l'hémaphéisme, on peut dire ici que cet état est dû soit à des pigments biliaires coexistant dans les tissus avec l'urobiline, soit à des pigments modifiés dont la nature chimique nous échappe encore, bien que leur origine hématique ne soit pas douteuse.

***

Nous pouvons maintenant aborder les conditions qui créent l'urobilinurie. Elles dépendent : 1° de l'apport des matériaux pigmentaires d'origine sanguine ; 2° de l'état de souffrance des cellules hépatiques. Ces deux conditions vont nous permettre de distinguer des *insuffisances pigmentaires relatives* du foie par excès d'apport des matériaux à éliminer. Ce fait est exceptionnel, le foie, bien entendu, étant supposé sain, et, d'autre part, des *insuffisances absolues* qui sont, elles, liées à l'altération des cellules du foie.

A un autre point de vue, et lorsque les lésions cellulaires sont curables comme dans certaines infections, ou lorsque les conditions de troubles fonctionnel, circulatoire ou toxique sont passagères, on observe des *urobilinuries passagères transitoires*, ou au contraire, lorsque la lésion est irrémédiable, des *urobilinuries permanentes*.

En réalité, ce qu'il ne faut point oublier et ce qui explique les variations de ce symptôme chez un même individu ou chez des individus différents, c'est qu'il est lié aux deux conditions que nous venons de signaler : l'état des cellules hépatiques, l'apport des déchets pigmentaires hématiques, et c'est ce qui permet d'expliquer comment, chez certains sujets dont le foie est touché, on voit dans les conditions ordinaires de l'existence l'élimination pigmentaire se faire normalement, alors qu'il suffit d'un excès, d'une légère infection, d'une cause passagère de destruction globulaire, d'un rien, pour que l'urobilinurie apparaisse. Ceci est, à un point de vue différent, un autre aspect de ce que nous venons de voir plus haut sous le nom d'insuffisance pigmentaire relative.

L'apparition de l'urobilinurie par le seul fait d'un excès de déchets hématiques arrivant au foie sain est en effet une rareté. On l'a observée cependant quelquefois chez l'homme, à la suite de grands épanchements hémorrhagiques. Ce fait clinique concorde avec les résultats fournis par la médecine expérimentale. Depuis Poncet, Jaffé, Hayem, Terchanoff, Stadelmann, etc., on sait que, lorsqu'on s'adresse pour mettre l'hémoglobine en liberté à des substances telles que l'eau, le sang d'animaux étrangers, on observe du côté de la sécrétion biliaire de l'hypersécrétion pigmentaire, mais pas d'urobilinurie.

Avec les poisons hématiques, au contraire, on observe parfois l'urobilinurie, mais, bien que non élucidé encore par des expériences précises et par des faits positifs, le mécanisme de celle-là est sans doute sous la dépendance d'actions complexes de ce poison, à la fois sur le sang et sur le foie.

***

Après ce que nous venons de dire, nous pouvons maintenant passer rapidement en revue les circonstances dans lesquelles l'urobilinurie apparaît. On peut donc la rencontrer : dans les maladies proprement dites du foie, dans les infections ou dans les intoxications hépatiques, dans les infections générales.

En somme, si on tient compte des conditions qui provoquent ces différents états, on peut dire que l'urobilinurie se montre dans toutes les intoxications ou infections qui retentissent d'une façon aiguë ou chronique sur le foie, c'est-à-dire sur l'élément sécrétant, sur la cellule ; sans perdre de vue, bien entendu, et nous y avons assez insisté, que sa production dépend également de l'abondance des déchets globulaires, et des conditions de circulation, d'innervation, d'alimentation, de fonctionnement du tube digestif, etc., conditions accessoires sans doute, mais qui peuvent provoquer transitoirement ou non le trouble fonctionnel hépatique dans un foie déjà touché. A celles-ci il convient d'ajouter la *nature* des poisons et des infections ; certaines d'entre elles, comme l'infection typhique par exemple, étant sans action, tandis que dans le rhumatisme articulaire, dans la tuberculose aiguë, l'urobiline est de règle.

On voit combien ces questions sont complexes, et de combien d'influences elles dépendent.

Les maladies hépatiques classées par la nosologie s'accompagnent à des degrés divers d'urobilinurie. Les cirrhoses cardiaques, les cirrhoses alcooliques, la cirrhose des tuberculeux surtout et la dégénérescence graisseuse sont au premier rang dans cet ordre d'idées. Dans les maladies rapidement destructives comme le cancer, l'urobilinurie de début disparaît dès que la cachexie se dessine. Inutile, après ce que nous avons dit plus haut, d'expliquer pourquoi.

La cirrhose hypertrophique biliaire, elle, où les cellules hépatiques sont intactes (Voir la *Revue* du 14 juillet 1894) ne s'accompagne pas d'urobilinurie.

Dans les infections hépatiques proprement dites, l'urobilinurie varie avec l'intensité des lésions cellulaires. Absente ou transitoire dans l'ictère catarrhal, elle est, au contraire, constante dans l'atrophie jaune aiguë du foie, inconstante dans les cas d'ictère grave où cette lésion n'existe pas. Nous ne pouvons, d'ailleurs, entrer dans tous les détails que comporterait cette étude, et nous renvoyons à la thèse de M. Tissier.

L'urobilinurie n'est pas moins intéressante à étudier dans les intoxications et dans les infections générales. Son existence dépend naturellement de l'action de celles-ci sur le sang et sur le foie, etc.; des conditions non moins importantes de la richesse des exsudats en pigments hématiques, exsudat pneumatique, pleurésie hémorrhagique; et de l'état antérieur du foie au moment de leur invasion. Cette dernière condition permet de nous rendre compte — par exemple chez les alcooliques — de l'existence de l'urobilinurie dans certaines maladies où elle ne se montre pas dans les conditions ordinaires de santé. Tel est le cas de la fièvre typhoïde, par exemple. Cette maladie est à opposer à certaines autres infections qui, elles, au contraire, sont essentiellement urobilinuriques : tels le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie, la tuberculose aiguë.

Les maladies à déglobulisation rapide peuvent rentrer dans le même cadre : quelque idée qu'on se fasse de leur nature propre: chlorose, anémie pernicieuse progressive, leucocythémie, hémoglobinurie paroxystique. Enfin, les poisons minéraux ou organiques peuvent bien donner naissance, toujours d'après le même mécanisme complexe : alcoolisme, saturnisme, empoisonnement par l'oxyde de carbone : peut-être auto-intoxications dans les dyspepsies; empoisonnement diphthérique, etc...

En somme, qu'on la trouve à l'état permanent dans les maladies, ou qu'on la rencontre accidentellement ou passagèrement chez des sujets en apparence sains ou peu touchés par la maladie, l'urobilinurie a une valeur séméiologique de premier ordre. On ne peut que la comparer à l'albuminurie dans les maladies du rein; elle permet, pour ainsi dire, au médecin d'avoir sous les yeux l'état du fonctionnement du foie, au point de vue pigmentaire, et de sa résistance vitale. Elle est à celui-ci ce que le pouls est au cœur. Son importance, la facilité de sa recherche doivent la faire ranger dans les signes que le clinicien doit rechercher dans l'examen des malades. Etant donnée sa nature, l'urobilinurie comporte également un pronostic général assez sévère, puisqu'elle est l'indice d'une altération antérieure — alcoolisme — ou immédiate — par infection ou intoxication — des cellules du foie. L'étude de ces troubles fonctionnels des organes et celle de leurs conséquences pathologiques a encore une portée plus générale. Elle nous montre combien on se ferait une idée peu nette de la maladie en mettant en équation sa cause reconnue et tous les symptômes observés pendant sa durée : il est plus exact de rechercher quelle est la part que prennent, dans la pathogénie de ces symptômes, les troubles fonctionnels des organes frappés par elle; surtout lorsqu'il s'agit d'organes de dépuration comme le foie. La connaissance de ces faits ne sera certainement pas stérile pour la thérapeutique actuelle ni pour celle des suites et de la convalescence des maladies.

Dans notre prochaine revue, nous dirons un mot des pigments intermédiaires qui se rangent à côté de l'urobiline, comme preuve de l'élaboration vicieuse par le foie des pigments sanguins.

H. Barbier.

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôpital Trousseau. — M. Broca.

Infection par un streptocoque (arthrites suppurées, endocardite, etc.) après une varicelle, chez une fillette guérie d'un abcès froid dû au mal de Pott, par des injections de gaïacol iodoformé,

par M. J. Braquehaye, interne des hôpitaux.

Eugénie M..., 3 ans, entre le 10 mars à l'hôpital Trousseau pour un volumineux abcès froid siégeant à la base du triangle de Scarpa du côté gauche.

Antécédents héréditaires. — Son père, alcoolique, a eu en 1870 une première attaque de rhumatisme aigu avec fièvre. Depuis il en a eu plusieurs poussées.

Sa mère, tuberculeuse, a eu 14 enfants, dont 8 sont morts de méningite entre 7 mois et 2 ans. Les 5 autres sont bien portants, même robustes.

Antécédents personnels. — Elle a marché à 11 mois et jusqu'à l'âge de 2 ans s'est toujours bien portée. A cette époque, gourme, puis kératite phlycténulaire.

Vers deux ans et demi, elle présenta des troubles de la marche, et un médecin appelé à la soigner porta le diagnostic de coxalgie gauche. Il la mit au repos et à l'extension pendant six semaines. Après cela, appareil plâtré prenant la jambe, la cuisse et le bas du tronc, dans lequel elle resta trois mois et qui ne fut enlevé que le 6 mars, c'est-à-dire quatre jours avant son entrée à l'hôpital.

Le 11 mars, on constate que la cuisse gauche est fortement fléchie sur le bassin dans l'abduction et la rotation externe. Les mouvements de flexion et d'extension imprimés à la hanche entraînent l'os iliaque avec le fémur. Mais on peut imprimer au fémur quelques mouvements d'amplitude très légère sans que le bassin suive. Il existe en outre à la base du triangle de Scarpa une tuméfaction notable, légèrement réductible par une pression soutenue, mais augmentant au contraire pendant les cris et les efforts. L'impulsion de la toux est nettement transmise à ce niveau. La fluctuation est manifeste. La peau est rouge, chaude, tendue.

Lorsqu'on examine la petite malade sous le chloroforme, on voit que sa hanche devient absolument libre et qu'il n'y a rien à l'articulation coxo-fémorale. L'abcès est en bissac. Il se compose d'une poche crurale et d'une autre dans la fosse iliaque. La fluctuation est manifeste de l'une à l'autre.

On profite du sommeil chloroformique pour ponctionner aseptiquement la poche avec un trocart moyen de l'appareil de Dieulafoy. On retire de 60 à 100 grammes de pus grumeleux, mal lié. On injecte de 35 à 40 grammes de gaïacol iodoformé, en solution huileuse à 5 0/0, qui sont laissés dans la poche. La plaie de la ponction est oblitérée par un flocon de ouate imbibé de collodion iodoformé.

Les suites opératoires ont été bonnes. La température, qui était de 38° avant la ponction, se maintient à peu près au même degré jusqu'au 16 mars, puis tombe à la normale à partir de ce moment.

Le 12 avril, la poche située à la base du triangle de Scarpa a encore le même volume qu'au début; elle est fluctuante. On fait une nouvelle ponction, mais on ne retire pas la moindre trace de pus. Il ne s'écoule par le trocart qu'un liquide huileux, transparent, dû au gaïacol injecté il y a un mois.

Nouvelle injection de gaïacol iodoformé. Même pansement. Pas de température les jours suivants. L'abcès diminue lentement. Il devient plus profond; sa fluctuation est moins manifeste.

Le 9 mai, rougeole pour laquelle elle passe au pavillon spécial d'isolement.

Elle en revient le 21 mai, n'ayant présenté qu'une forme bénigne de cette fièvre éruptive. A son retour, son abcès froid a diminué. Au niveau du triangle de Scarpa, on sent encore profondément une masse pâteuse.

Le 10 juin, elle a le soir 39°8 de température (température rectale), ce qui coïncide avec le début d'une varicelle assez confluente, mais n'ayant entraîné qu'un seul soir une élévation de température. La maladie évolue normalement, par poussées successives.

Subitement, le 18 juin au soir, la température s'élève à

39°9. L'enfant est agitée, grognon, mais ne se plaint pas spécialement du genou.

Ce n'est que le 19 juin qu'elle dit qu'elle souffre de son genou droit. Celui-ci n'est pas très gonflé, mais est extrêmement douloureux. Notons qu'à ce moment il y a, sur la face externe du genou droit, une pustule de varicelle assez étendue, à bords rouges et enflammés, en voie de dessiccation. Elle a d'autres pustules semblables aux membres supérieurs, à la face et sur la poitrine.

Le 20 juin, même état, mais le genou est plus volumineux que la veille. Ouate, compression légère.

Le 21 juin, le gonflement du genou a encore augmenté. La jambe est dans la demi-flexion sur la cuisse. Le genou est extrêmement douloureux ainsi que les mouvements imprimés à l'articulation. La température atteint, à quatre heures, 40°5.

Nous faisons, le soir, d'urgence, une arthrotomie. Incision de chaque côté du genou, au bistouri, au niveau des ligaments latéraux. Il s'écoule de la sérosité louche, blanchâtre, en quantité assez notable. On en recueille une partie dans des pipettes pour l'examen microscopique et les cultures. Le cartilage qui recouvre les condyles apparaît exfolié sur plusieurs points régulièrement arrondis, du diamètre d'une tête d'épingle à celui d'une lentille.

Un drain est passé en séton par l'incision interne et externe. Pansement à la gaze iodoformée.

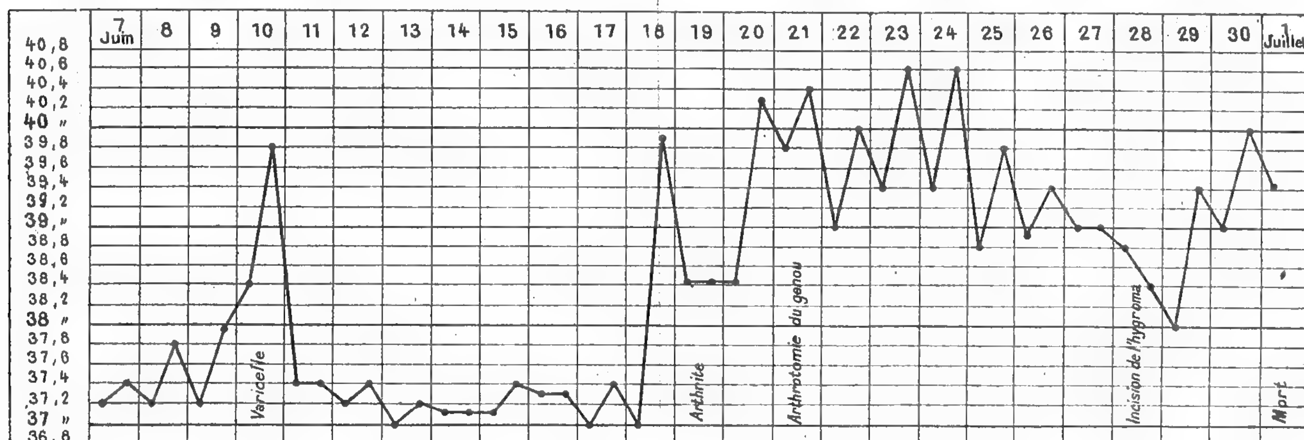
Examen et cultures du pus. — Le pus, examiné au microscope après coloration à la solution aqueuse de bleu de méthylène, contient de nombreux diplocoques et sur plusieurs points des chaînettes de 4-5 cocci.

Les cultures qui ont été faites sur bouillon et sur gélose donnent de longues chaînettes de streptocoques. Le bouillon conservé plusieurs jours n'a présenté le moindre trouble sur aucun des quatre tubes que nous avions ensemencés.

Le 22 juin, le pansement est changé. Il est peu souillé. Les lèvres de l'incision ont un aspect blanchâtre, comme lardacé. Lavage au sublimé. Pansement à la gaze iodoformée.

Le 23 juin. — Nouveau pansement. Même état local. Mais l'état général est très mauvais. La température n'a pas changé malgré l'arthrotomie. La petite malade est grognon, abattue, les dents sont fuligineuses, la langue sèche et blanche. Vomissements. Traitement. Lavage de la bouche avec du jus de citron coupé d'eau. Champagne. Glace.

Le 25 juin. — Pour la première fois depuis le début de l'arthrite, la température tombe au-dessous de 39°. L'état général est un peu moins mauvais. L'état local n'a pas changé. Point douloureux au niveau de l'olécrane droit, mais sans rougeur ni gonflement. Pansement humide.



Le 28 juin. — La tuméfaction de l'olécrane a augmenté et rougi. Elle est incisée. On ouvre ainsi un hygroma suppuré de la bourse séreuse olécranienne. Pus semblable à celui qui est sorti de son genou le 21 juin.

L'état général est le même que le 23 juin, mais en plus la petite malade a une diarrhée incoercible. Urines légèrement albumineuses. Hémorrhagies buccales, mais pas de melæna. Traitement : 20 grammes d'huile de ricin. Potion avec 1 gramme de naphtol à prendre par doses fractionnées dans la journée.

Le 29 juin au matin, la température est tombée à 38°, mais l'abattement est toujours considérable et l'état général très mauvais.

Les jours suivants, la température monte de nouveau, à mesure que les symptômes s'aggravent.

Le 1er juillet, elle est tellement faible qu'on juge inutile de changer son pansement, renouvelé tous les jours jusqu'ici. Elle meurt à 2 heures.

L'autopsie, qui a été faite le 2 juillet vers 4 heures, nous fait voir les lésions suivantes :

A l'ouverture du corps, on ne trouve que très peu de sérosité dans le péritoine.

L'intestin est normal.

Le foie est très hypertrophié et a l'aspect graisseux.

Les reins sont gros, congestionnés. La capsule propre se décortique facilement. A la surface, nombreuses étoiles de Verheyen.

La rate est volumineuse.

La plèvre est normale et contient quelques grammes de sérosité de chaque côté.

Les poumons sont normaux. Congestion hypostatique des deux bases.

Il y aussi un peu de sérosité dans le péricarde.

Le cœur à l'extérieur semble normal. Mais, à l'ouverture, on voit de nombreuses végétations sur la face axiale des valvules mitrale et tricuspide. Dans le ventricule droit, vaste concrétion fibrineuse, blanche, moulée sur cette cavité qu'elle remplit presque complètement.

Le genou droit qui a été incisé contient encore du pus au niveau de la surface poplitée du fémur. Le cartilage de l'articulation est exfolié par petites surfaces régulièrement arrondies, taillées comme à l'emporte-pièce, ainsi que nous l'avions déjà remarqué au moment de l'incision.

Le fémur et le tibia sont sains.

Du côté du coude droit, nous trouvons au-dessous de l'hygroma purulent, qui a été incisé, une arthrite purulente du coude, non ouverte. Mêmes lésions du cartilage. Os sains.

L'articulation sterno-claviculaire droite est atteinte aussi d'arthrite suppurée, mais il n'y a rien qui ait pu le faire prévoir en avant, car si elle forme une poche pleine de pus, celle-ci fait saillie en arrière dans le médiastin. Elle est grosse comme un œuf de pigeon.

Ici encore, comme au coude et au genou, les os sont sains.

Il n'y a rien aux autres articulations.

Rien au cerveau, ni aux méninges.

L'abcès froid qui a été ponctionné et injecté au gaïacol iodoformé le 11 mars et le 22 avril est actuellement guéri. Il n'y a plus de poche, mais une masse fibro-graisseuse conduisant sur la face antérieure de la deuxième vertèbre lombaire qui est dénudée en surface.

Des morceaux de foie et les caillots trouvés dans le cœur ont été montés à la paraffine et examinés au microscope.

Dans le foie nous avons trouvé des cocci, mais pas de chaînettes nettes.

Dans le caillot, il y avait des cocci très abondants formant sur divers points des chaînettes de 5-6 éléments.

Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un titre.

1° L'abcès froid que présentait notre petite malade à son entrée salle Giraldès n'offrait pas les signes habituels de ceux qui viennent du rachis. Par certains de ses symptômes, il se rapprochait de la coxalgie et c'est comme tel qu'il nous avait été adressé par le médecin traitant.

Le diagnostic ne pouvait être établi que par l'impulsion que présentait la tumeur pendant la toux et les efforts et la mobilité de la hanche pendant le sommeil chloroformique.

2° La guérison de l'abcès froid après deux injections de gaïacol iodoformé et la transformation fibro-graisseuse de la poche méritent aussi d'être notées.

3° Mais le point surtout intéressant est l'infection générale à streptocoques, consécutive à une varicelle en apparence normale et survenant à son déclin. Nous y insisterons un peu plus longuement.

Notre observation indique une fois de plus que la varicelle n'est pas toujours l'affection bénigne qu'on s'imagine. Cadet de Gassicourt (1), par exemple, affirme d'une manière un peu absolue qu'il n'y a jamais de complication. Les auteurs, dit-il, « recommandent le séjour » à la chambre. Si cette mesure est prise pour éviter la » contagion, je n'ai rien à dire, mais si elle est recom- » mandée dans l'intérêt du malade, je ne la comprends » pas, car rien ne peut faire de la varicelle une maladie » grave, de même que rien n'en peut abréger ni prolon- » ger le cours ».

Le pronostic n'est donc pas toujours aussi favorable et M. Legroux, dans le service qu'il dirige à l'hôpital Trousseau, assurait récemment qu'il voyait chaque année, en moyenne, un cas de varicelle se terminer par la mort.

Les complications qui emportent les petits malades, dans la varicelle comme dans la variole, surviennent au moment de la dessiccation. La période de déclin des fièvres éruptives n'est-elle pas aussi celle des complications ?

Il s'agit, sans aucun doute, dans les cas analogues au nôtre, de résorption de microbes virulents au niveau des pustules. Notre petite malade avait, en effet, une pustule assez large, à base enflammée, au niveau du genou qui fut le premier atteint. Malheureusement, dans ce cas, nous n'avons pu cultiver les microbes de cette pustule et voir s'ils étaient semblables à ceux que nous ont donnés le pus de l'arthrite, ce qui est au moins probable.

Mais par contre, grâce à l'obligeance de nos collègues Magniaux et Griner, nous avons pu recueillir chez quatre malades du pus dans des pustules à la fin de la varicelle, l'examiner et le cultiver. Dans tous les cas nous avons eu des streptocoques (2) et dans deux même, les cultures de streptocoques étaient pures. Dans les deux autres nous avons trouvé, à la fois, du streptocoque et du staphylocoque.

Voici comment nous avons fait nos prises de pus pour ne pas recueillir à sa surface des microbes étrangers. Après un léger lavage de la pustule nous chauffions fortement à la lampe à alcool la pointe de la pipette après l'avoir brisée. Celle-ci était introduite alors rapidement, encore très chaude, dans la pustule que nous choisissions assez vaste pour qu'elle ne fût point stérilisée par la température du verre. Le liquide était aspiré aussitôt que la pipette était assez froide. Cette petite opération, faite avec un peu de soin, ne provoque aucune douleur.

(1) CADET DE GASSICOURT. *Traité clinique des maladies de l'enfance*, 1887, p. 360.

(2) Le streptocoque que nous avons rencontré dans les pustules de varicelle diffère par quelques points, comme nous l'avons vu depuis la remise de ce travail, du streptocoque de l'érysipèle que nous avons trouvé dans le pus de l'arthrite. Il peut cependant devenir pathogène, car nous l'avons obtenu aussi en cultivant du pus provenant d'une adénite suppurée consécutive à une éruption de varicelle.

Rencontre-t-on toujours du streptocoque dans les pustules de varicelle ? Nous n'en savons rien, mais ce que nous affirmons, c'est que quatre fois, sur quatre cas, nous en avons trouvé. C'est d'ailleurs le streptocoque qui semble l'agent infectieux dans les complications secondaires à la varicelle.

Déjà, en 1835, Rayer (1) citait l'érysipèle, comme survenant souvent après cette fièvre éruptive.

Récemment, Puig (2), dans sa thèse, rapporte une observation de ce genre.

Kummer (3) a vu un abcès à streptocoques stériles, survenir à la suite de la varicelle au niveau d'un cal d'ostéotomie.

Ce microbe était aussi la cause de l'infection chez notre petite malade.

Nous l'avons encore récemment rencontré dans le pus d'une adénite mastoïdienne consécutive à une varicelle dont l'éruption siégeait surtout à la tête.

Est-ce à dire que dans tous les cas d'arthrites consécutives à la varicelle, on doive invoquer la présence du streptocoque? Nous n'affirmons rien, car notre observation est la seule où on ait fait des cultures.

Bokaï (4) rapporte le premier cas d'arthrites multiples, survenant trois semaines après la varicelle, chez une fillette de 7 ans. Cette polyarthrite survint en deux poussées, à quelques jours d'intervalle, avec élévation notable de la température. La guérison se fit spontanément, sans endocardite.

L'observation de Perret (5) se rapproche beaucoup de la précédente. La polyarthrite survenue après un léger traumatisme, à la fin de la varicelle, s'accompagna aussi de signes d'infection générale avec élévation de la température (39°,5). Elle guérit aussi spontanément après une récidive légère.

Le cas personnel d'arthrite varicellique des deux épaules que rapporte Charrin (6) dans sa thèse est encore plus bénin. Malgré cela, il y eut de la température et des phénomènes généraux (céphalalgie, langue sale, etc.).

De même, Laudon (7), chez son petit malade convalescent de varicelle, constate une fièvre vive avec phénomènes généraux graves. Mais ici encore, le coude droit, qui fut seul atteint, guérit en quelques semaines par le repos et la compression.

Enfin, Chofragny (8) cite un cas d'arthrite consécutive à la varicelle, mais sans donner de détails.

Telles sont les seules observations d'arthrites varicelliques que nous ayons trouvées.

Dans aucun de ces cas, on ne fit de ponction articulaire, ni d'arthrotomie. Aussi n'a-t-on aucun renseignement sur l'agent pathogène.

Il s'agit cependant sûrement d'arthrite infectieuse, bien que Bourcy (9), ni de Lapersonne (10) ne parlent d'arthrite varicellique dans leur thèse.

(1) RAYER. *Dict. en 15 volumes*, 1835.
(2) PUIG. *Thèse Paris*, 1888.
(3) KUMMER. *Revue méd. de la Suisse Romande*, t. XII.
(4) BOKAI. *Soc. méd. de Budapesth* et *Pest. mediz. chirurg. Presse*, 1888, mars.
(5) PERRET. De l'arthrite varicellique. *Province méd.*, 1er juin 1889.
(6) CHARRIN. Contribution à l'étude de la varicelle. *Th. de Lyon*, 1889.
(7) LAUDON. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890.
(8) CHOFRAGNY. *Soc. nation. de médecine de Lyon*, 13 mai 1889.
(9) BOURCY. Déterminations articulaires des maladies infectieuses. *Th. Paris*, 1883.
(10) DE LAPERSONNE. Des arthrites infectieuses non tuberculeuses. *Thèse d'agrég.*, 1886.

D'ailleurs, on a décrit des accidents infectieux graves, au moment de la convalescence de la varicelle, tels que des abcès pyohémiques du poumon (W. Haward) (1). Buchler (2) rapporte même deux cas de mort par septicémie après varicelle gangréneuse, dans une même famille de quatre enfants, tandis que les deux autres prennent une varicelle normale.

Pour Dickinson et Barlow (3), ces accidents graves surviennent surtout chez les sujets déjà affaiblis et surtout ayant une tare tuberculeuse. C'était le cas de notre petite malade qui, en même temps, était atteinte de mal de Pott. Est-ce pour cela que nous avons eu affaire à une infection générale avec embolies septiques bien plus qu'à des arthrites multiples et suppurées de la varicelle?

De ces simples notes, ceci nous paraît surtout à retenir:

1° Toutes les complications graves de la varicelle sont infectieuses et surviennent à la fin de l'affection, c'est-à-dire après que les pustules sont formées.

2° Il s'agit donc d'infection secondaire par le pus qu'elles contiennent, résorbé ou inoculé par le grattage.

3° Aussi importe-t-il de panser antiseptiquement les pustules et les croûtes, surtout si la varicelle a été confluente et si les pustules sont larges. On détruit ainsi la virulence des agents infectieux et on empêche les grattages, c'est-à-dire les inoculations.

Pourquoi même, en cas d'accidents graves, n'userait-on pas de bains au sublimé? Ce traitement donne, on le sait, d'excellents résultats à cette période de la variole. Pourquoi le délaisserait-on dans une affection présentant des complications analogues, dues à une même cause?

REVUE DES CONGRÈS

CINQUIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

Tenu à Saint-Pétersbourg du 8 au 17 janvier 1894.

Résection du cæcum. — *M. N. Véliaminow* communique deux observations relatives à des lésions du cæcum, pour lesquelles il dut recourir à la résection de l'intestin.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme âgée de trente-six ans, qui présentait depuis une dizaine d'années les symptômes d'un néoplasme intestinal. En janvier 1893, elle subit, sur une longueur de 22 centimètres, la résection de l'iléon et du cæcum, suivie d'une entérorrhaphie circulaire et du tamponnement antiseptique de la cavité abdominale; sept jours après l'opération, les sutures de l'intestin lâchèrent, et la malade mourut le surlendemain de septico-pyohémie, sans péritonite; la tumeur enlevée était un adéno-carcinome.

Le second cas concerne une jeune fille de dix-sept ans, qui souffrait depuis deux ans d'une appendicite suppurée, compliquée, dans les six derniers mois, d'un anus contre nature. Au mois de décembre dernier, M. Véliaminow enleva 10 centimètres d'iléon et de cæcum; cette portion d'intestin était atteinte d'ulcérations tuberculeuses et de sténose. Comme dans le premier cas, une entérorrhaphie circulaire fut pratiquée, ainsi que le tamponnement antiseptique de l'abdomen. Le cinquante-troisième jour après l'intervention, la malade sortait de l'hôpital complètement guérie.

L'orateur, après avoir passé en revue les divers cas de résection de l'iléon et du cæcum publiés jusqu'à ce jour, formule les conclusions suivantes :

1° Le diagnostic différentiel entre les néoplasmes, la tuberculose et les inflammations chroniques du cæcum est, dans la plupart des cas, très difficile et souvent même impossible dans l'état actuel de la science;

(1) W. Haward. *Brit. med. Journ.*, 1883.
(2) Buchler. *Am. Journ. of. med. sc.*, 1889, sept.
(3) Discussion à la *Société pathol. de Londres*, 1883.

2° L'entérorrhaphie après résection du cæcum est préférable à la création d'un anus contre nature dans tous les cas où le rapprochement des bouts réséqués de l'intestin peut être effectué;

3° Il n'y a pas de méthode fixe pour l'application des sutures intestinales : les procédés à employer varient suivant les cas;

4° Le tamponnement antiseptique de la cavité abdominale, après la résection du cæcum, est de beaucoup préférable à la fermeture du ventre.

Traitement opératoire des hémorrhoïdes. — *M. N. Trikler.* — J'ai apporté à la technique ordinaire du traitement opératoire des hémorrhoïdes une modification qui, dans nombre de cas, m'a donné d'excellents résultats et que je vous demande la permission de décrire.

J'avais remarqué depuis quelque temps que, après l'opération que j'ai l'habitude de pratiquer dans les cas d'hémorrhoïdes (dilatation préalable, ligature des paquets hémorrhoïdaux, cautérisation au thermocautère) les malades se plaignent surtout de douleurs intenses qui paraissent moins dépendre de la brûlure de la muqueuse que de l'irritation du sphincter, et qui s'accompagnent de contractions réflexes incessantes de ce muscle. Ayant eu un peu plus tard l'occasion d'opérer un malade atteint de fistule à l'anus, je fus surpris de constater qu'il n'éprouvait aucune douleur à la suite de mon intervention, bien que je lui eusse introduit un volumineux tampon dans le rectum. Il me vint alors à l'idée, pour chaque opération d'hémorrhoïdes que j'aurais désormais l'occasion de pratiquer, de compléter mon procédé habituel de traitement par quelques légères incisions portant sur les fibres du sphincter externe de l'anus, dans le but de soustraire mes malades aux douleurs si pénibles qui accompagnent d'ordinaire cette opération, et pour faciliter en même temps l'émission des gaz.

C'est à cette méthode que je me suis arrêté, et je puis dire dès maintenant que ces débridements n'entravent en rien les fonctions du sphincter, qu'ils se cicatrisent promptement et qu'ils favorisent le traitement antiseptique de la plaie opératoire, en permettant d'introduire dans le rectum des mèches de la longueur et de l'épaisseur voulues.

M. Soubbotine (Saint-Pétersbourg) se déclare partisan convaincu du traitement des hémorrhoïdes par la méthode française (Verneuil, Trélat), notamment par la dilatation forcée du rectum, manœuvre non moins radicale que l'excision des bourrelets hémorrhoïdaux et qui rend superflus, comme il est facile de le comprendre, le débridement ou les scarifications du sphincter anal.

Éruptions aphteuses. — *M. Troussevitch* relate les excellents résultats qu'il obtient par l'usage interne du bicarbonate de soude chez les personnes qui sont fréquemment atteintes d'éruptions aphteuses. Il administre ce médicament à la dose d'un quart à une demi-cuillerée à café le matin à jeun et trois à quatre heures après les repas. L'effet favorable du bicarbonate de soude et certains symptômes observés chez les malades (pyrosis, renvois acides) font supposer à l'orateur que les éruptions aphteuses doivent être considérées, chez l'adulte, comme la conséquence d'une auto-intoxication par les produits des fermentations gastro-intestinales acides. Aussi, en dehors du bicarbonate de soude, l'orateur prescrit-il encore à ses malades d'éviter les aliments acides et les aliments gras (surtout le beurre de mauvaise qualité); il recommande, en outre, une grande modération dans la quantité des ingesta.

Par ces moyens, M. Troussévitch a réussi à se guérir lui-même d'éruptions aphteuses qui se répétaient continuellement.

De la pilocarpine dans le traitement des diverses affections de l'appareil auditif. — *M. Girmounsky* fait une communication sur l'action de la pilocarpine dans les affections de la caisse du tympan et du labyrinthe. On sait que les opinions des auteurs à ce sujet sont assez contradictoires. Or, M. Girmounsky a pu se convaincre, par l'observation de vingt-cinq malades, que les injections de pilocarpine pratiquées sous la peau ou directement dans l'oreille restent sans aucun effet dans les maladies de l'oreille moyenne et dans les lésions invétérées du labyrinthe, mais qu'elles peuvent donner d'excellents résultats dans les affections labyrinthiques récentes.

L'orateur relate deux cas de surdité labyrinthique guéris rapidement par la pilocarpine.

Dans le premier, il s'agissait d'un homme qui fit dans un escalier une chute violente, suivie de perte de connaissance pendant deux heures et d'écoulement de sang par l'oreille gauche. Lorsqu'il reprit ses sens, il était complètement sourd de cette oreille. M. Girmounsky le vit treize jours après l'accident et diagnostiqua une lésion labyrinthique avec épanchement de sang dans la caisse du tympan. Le traitement a consisté en injections hypodermiques de pilocarpine aux doses progressivement croissantes de 0 gr. 004 milligr. à 0 gr. 02 centigr., et en instillations dans l'oreille de 4 à 10 gouttes d'une solution d'iodure de potassium à 2 0/0. L'amélioration de l'ouïe a été constatée dès la cinquième injection et la guérison obtenue après dix-neuf injections.

Le second cas a trait à un jeune homme ayant contracté, en mai 1892, une syphilis qui fut traitée à temps et énergiquement. En septembre 1893, le malade devint subitement sourd. M. Girmounsky constata une lésion labyrinthique d'origine syphilitique et pratiqua des injections hypodermiques de pilocarpine en portant successivement les doses de 0 gr. 004 à 0 gr. 024 milligrammes. Dès la dixième injection, l'amélioration de l'ouïe était déjà considérable.

Grossesse extra-utérine. — *M. Smolsky.* — J'ai eu l'occasion d'observer une vaste hématocèle rétro-utérine, provenant de la rupture d'une grossesse tubaire droite. Au bout de cinq mois, l'épanchement sanguin s'était complètement résorbé, comme on put s'en convaincre en pratiquant chez la malade une laparotomie pour un kyste du parovaire gauche. La trompe droite, excisée au cours de l'opération, contenait, outre des caillots sanguins, un embryon atrophié de 1 cent. 1/2 de longueur.

Sans méconnaître la valeur des opinions émises au cours de ces dernières années sur la conduite à tenir dans les cas de grossesse tubaire se terminant par la formation d'une hématocèle rétro-utérine, j'estime que, dans un certain nombre de circonstances, il est possible de voir survenir une guérison spontanée, notamment lorsqu'il s'agit d'une grossesse tubaire se terminant par la formation d'une hématocèle rétro-utérine. D'après les statistiques établies par M. le docteur Agapow, c'est ainsi que les choses se passent dans 47 0/0 des cas de grossesse extra-utérine ; on sait, en outre, que l'hématocèle rétro-utérine, abandonnée à elle-même, guérit dans 86.8 0/0 des cas.

De ces faits et de l'observation qui m'est personnelle je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La laparotomie est indiquée dans les cas de grossesse tubaire diagnostiquée avant la rupture de la trompe de Fallope ;

2° La laparotomie doit être, autant que possible, pratiquée dans les cas où il s'agit d'une rupture récente et d'une hémorrhagie intra-abdominale survenant pendant les premiers mois d'une grossesse extra-utérine ;

3° Contrairement à l'opinion émise par M. le professeur Dmitri de Ott au Congrès international de gynécologie de Bruxelles, une grossesse tubaire qui se termine par une hématocèle rétro-utérine permet de compter sur une guérison spontanée. On ne doit avoir recours à la laparotomie que lorsque la vie de la femme est en danger, ou bien quand la tumeur commence à suppurer ; mais, même alors, l'ouverture du cul-de-sac rétro-utérin est préférable à la laparotomie.

Hystéromyomectomie abdominale. — *M. de Ott*, poussé par la considération que les opérations sur l'utérus fibromateux donnent des résultats beaucoup plus défavorables que les laparotomies en général, s'est appliqué à simplifier l'opération de l'hystéromyomectomie.

Voici quel est actuellement son procédé opératoire : après désinfection préalable de la cavité utérine par le sublimé au 1/2000, curettage du col à la curette tranchante et cautérisation au thermocautère de Paquelin, il procède à la laparotomie.

Une fois le ventre ouvert, il passe trois ligatures sur chacun des deux annexes, en intéressant légèrement l'utérus afin de comprimer les vaisseaux les plus importants.

Après avoir enlevé l'utérus, il passe deux ligatures à travers toute l'épaisseur du col, à droite et à gauche du canal, en les dirigeant d'avant en arrière et en évitant de les serrer trop, malgré l'avis contraire de Czerny. Une mèche iodoformée est alors passée de haut en bas au moyen d'une sonde, tandis qu'on introduit dans le vagin un tampon de gaze iodoformée, jusqu'à ce qu'il rencontre la mèche.

On traite le pédicule comme celui d'un kyste et on l'abandonne dans le ventre après avoir coupé la mèche à ras. Le ventre est alors fermé avec les précautions d'usage.

Les opérations sur des femmes aussi bien que les expériences sur des animaux ont démontré que la communication du canal du col avec la cavité abdominale disparaît assez rapidement.

Le rapporteur trouve ce procédé simple et expéditif : on écarte ainsi le danger de l'infection comme de l'auto-infection, de même que des hémorrhagies primitives ou secondaires.

Les résultats obtenus sont fort encourageants, et alors qu'avec les autres procédés la mortalité s'élevait à 22 0/0 et même à 36 0/0 quand la cavité utérine avait été ouverte, elle n'est que de 3,4 0/0 avec le procédé de l'auteur.

M. Sklifassowski ne se montre pas un adepte fervent de l'intervention radicale précoce dans les cas de fibromes utérins, puisqu'ils subissent souvent la dégénérescence graisseuse.

Quant à l'hémorrhagie utérine, il y a plusieurs années qu'il a posé en principe la ligature des artères utérines.

Lésions causées par les balles coiffées. — *M. Tauber* a entrepris une série de recherches pour être en état de juger sur la nature des lésions auxquelles donnera lieu la future « épidémie traumatique », comme Pirogow a défini la guerre. Deux mille trois cents coups tirés à différentes distances avec des fusils nouveau modèle lui permettent d'établir une classification diagnostique et curative. La force pénétrante des balles coiffées à pointe d'acier est énorme : elles sont en état de perforer huit extrémités humaines placées l'une à la suite de l'autre, mais la commotion dans le voisinage est assez faible. Les lésions causées par elles dépendent naturellement de plusieurs conditions dont la principale est la distance.

Au point de vue des effets de la balle, le rapporteur établit une division en quatre catégories :

1° Jusqu'à 300 mètres, effet *explosif* de la balle, quand l'os vole en morceaux.

2° Jusqu'à 800 mètres, effet *perforant*, l'orifice d'entrée est rond et étroit, celui de sortie un peu plus grand, peu de fissures.

3° Plus de 1,000 mètres, effet *enfonçant* (ravageant), fissures multiples ; orifice de sortie considérable.

4° Enfin, la balle morte n'a qu'un effet *contusionnant.*

Les lésions osseuses sont divisées par le rapporteur en trois catégories :

1° Les fractures *trouées*, pas toujours appréciables à la palpation ; les dimensions de l'orifice d'entrée ne dépassent souvent pas celles de la balle ; fissures fines et en petite quantité : — ce sont les fractures en X des auteurs français.

2° Les fractures *cunéiformes*, quand la balle atteint le membre suivant une tangente. On trouve des esquilles osseuses à l'orifice d'entrée, et l'orifice de sortie se présente sous la forme d'une plaie mâchée.

3° *Fissures et esquilles osseuses multiples* avec ouverture fréquente des gros vaisseaux.

Le rapporteur trouve qu'une classification pareille va simplifier beaucoup le diagnostic et donner des indications curatives assez nettes.

Un blessé de première catégorie, une fois son pansement fait, est en état de marcher seul sans aide.

Dans les blessures de deuxième catégorie, il faut s'abstenir en cas d'incertitude de l'exploration digitale. La question de transport peut être discutée.

Quant à la troisième catégorie, le transport est même dangereux pour le blessé. Ici se présente à l'esprit l'idée d'une intervention active, amputation, etc.

M. Sklifassowski se prononce contre l'amputation dans les blessures de troisième catégorie.

M. Tauber répond qu'il vaut mieux sacrifier un membre que de risquer la vie du blessé. Il insiste pour démontrer que la question de transport a une importance capitale.

M. Sklifassowski exprime l'espoir que, dans la future guerre, on établira une convention internationale en vertu

de laquelle les blessés pourront séjourner au champ de bataille sans qu'on soit obligé d'avoir recours à leur évacuation précipitée.

Dans ces conditions, on est autorisé à croire que la désinfection donnera des résultats bien plus brillants encore que lors de la guerre de Turquie.

Traitement des blessés sur le champ de bataille. — *M. Steinberg* a discuté la question de savoir dans quelles conditions se fera, lors de la future guerre, le traitement des blessés dans les hôpitaux temporaires et dans les ambulances.

Bien qu'on soit obligé de mettre au service des blessés toutes les ressources dont dispose actuellement la science, il trouve cependant qu'il est impossible d'avoir recours, pendant la campagne, au traitement aseptique; force sera donc de donner la préférence à l'antisepsie.

Les blessures par armes à feu avaient toujours une tendance à la guérison spontanée, même avec les anciens modèles; on est autorisé d'espérer qu'avec les nouveaux modèles, cette tendance augmentera encore considérablement. Une terminaison favorable ne doit donc, en somme, tenir actuellement qu'aux soins convenables prodigués à la blessure.

On n'examinait pas les blessures légères qui guérissaient spontanément et sans complications; il importe donc surtout de les mettre à l'abri de l'infection secondaire.

Les balles nouveau modèle se creusent des canaux étroits au milieu des tissus et donnent lieu à un petit orifice d'entrée et à celui de sortie de pas beaucoup plus grand.

Toutes ces conditions réunies doivent — en l'absence dans ce voisinage des éléments d'infection, — contribuer à la marche favorable des blessures dont le nombre sera certainement considérable pendant la future guerre.

Narcose mixte au bromure d'éthyle et au chloroforme. — *M. Liésine* rapporte les résultats obtenus dans la clinique du professeur Pawlow au moyen de la narcose mixte qui y est en usage depuis deux ans.

On commence l'anesthésie par le bromure d'éthyle qui est projeté sur le masque en grande quantité.

Aussitôt que le malade a perdu la connaissance et l'excitabilité réflexe, on passe au chloroforme, dont quelques gouttes amènent déjà une anesthésie profonde, maintenue toujours par du chloroforme à très petites doses.

On a recueilli avec soin 100 observations d'anesthésie mixte et voici quelles sont les conclusions du rapporteur :

1° L'anesthésie s'obtient rapidement au moyen de la narcose mixte au bout de deux minutes en moyenne;

2° Pour amener l'anesthésie, il ne faut, en général, que 8.2 grammes de bromure d'éthyle, une quantité, par conséquent, peu élevée;

3° On n'observe pas d'accidents graves ni pendant la période préliminaire ni pendant l'anesthésie;

4° Pour maintenir la narcose il ne faut que des quantités faibles de chloroforme, 0.9 gramme en moyenne par minute;

5° On n'observe pas de phénomènes graves, consécutifs à l'anesthésie, tels que vomissements, maux de tête, etc.

Traitement du spina bifida. — *M. Sklifassowski*, après avoir donné un aperçu sur l'état actuel de la science au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie du spina bifida, passe au traitement.

Les anciennes méthodes de perforation du sac herniaire avec compression consécutive, comme de son ablation, ont fait leur temps et sont abandonnées à juste titre, comme donnant fréquemment lieu à des complications extrêmement graves de méningite et d'infection générale, emportant le malade.

Dans ces derniers temps ont été faites quelques tentatives très fructueuses d'imiter la nature qui protège toujours les éléments nobles de l'organisme par de solides charpentes.

Dans cet ordre d'idées il faut citer les noms de Rochet et de Siénenko, qui cherchaient à combler le manque d'os au moyen de vertèbres, mais celles-là ont souvent à leur tour subi un arrêt de développement et ne sauraient, par conséquent, suffire à la tâche.

Le rapporteur passe alors aux efforts qu'a faits l'école moscovite de chirurgie, représentée par Bobrow, Diakonow et l'auteur lui-même, et qui a réalisé un progrès assez considérable dans le comblement de la lacune osseuse.

Voici quel est le procédé opératoire actuellement adopté : Après avoir pratiqué l'ablation du sac herniaire, on ferme l'ouverture et on comble alors la lacune osseuse de différentes façons, suivant son siège.

Si elle se trouve dans la région sacrée, on la ferme au moyen d'un lambeau, emprunté à l'épine iliaque postéro-supérieure avec participation de la crête iliaque. Le lambeau, dont la longueur mesure en moyenne 4 centimètres sur 2 d'épaisseur, est maintenu en place au moyen d'un petit pont musculaire, représenté par plusieurs couches de fibres.

On le place alors sur la lacune, après quoi tout est fermé par des sutures.

Dans tous les cas observés, les résultats de la greffe furent favorables.

Si la lacune osseuse affecte, au contraire, la forme d'une fente prolongée, il est recommandé, d'après Bobrow, de la fermer au moyen de lambeaux costaux, maintenus toujours par des ponts musculaires.

Les expériences cadavériques au moins sont très satisfaisantes.

Le rapporteur croit qu'on pourrait utiliser dans le même but et avec le même succès des lambeaux scapulaires.

La greffe osseuse sur la colonne vertébrale d'une jeune fille au moyen d'un lambeau pris à l'os iliaque, a parfaitement réussi. La jeune patiente, qui présentait des troubles trophiques des extrémités, ayant débuté par du mal perforant, a vu après l'opération son ulcère guérir, les phénomènes d'anesthésie disparaître; on n'observait plus de défécation involontaire.

Pendant l'opération on a pu constater que la moelle ne se terminait pas en queue de cheval, mais en massue.

Aussitôt le sac herniaire incisé, la moelle a spontanément repris sa place naturelle.

J. Litinski.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Un cas d'abcès du cerveau, par H. Kuchazewski (*Le Progrès médical*, 21 juillet 1894, n° 29, p. 37). — Le cas rapporté a trait à un homme âgé de 42 ans qui, deux jours avant son admission, vaquait encore à ses occupations habituelles. On l'amène, apyrétique, prostré et en même temps agité, ayant la veille, tout à coup, perdu connaissance et depuis étant demeuré dans cet état. Ce sujet était atteint dès longtemps d'un écoulement de l'oreille droite. L'examen révèle de la douleur à la région temporale, l'existence d'un écoulement purulent de l'oreille, de l'exophthalmie, de la dilatation des pupilles, sans aucun autre signe. Le diagnostic d'abcès fut porté et vérifié par l'autopsie qui découvrit dans le lobe temporal droit un abcès gros comme un œuf de poule. L'auteur insiste sur la latence de cette collection, attribuable à sa localisation dans une zone latente du cerveau.

Paralysie spinale spastique (Ein Fall von spastischer Spinalparalyse), par v. Bauer (*Prager medicinische Wochenschrift*, 1er mars 1894, n° 9, p. 108). — Le malade dont il s'agit, dont la syphilis remonte à 12 ans et paraît avoir été grave, offre le tableau classique d'une paralysie spinale spastique : les phénomènes spasmodiques l'emportant de beaucoup sur les phénomènes parétiques qui eux sont peu accusés. Il a existé de plus des troubles de la sensibilité au début, consistant en vives douleurs lancinantes dans les jambes. On constate de plus une certaine faiblesse de la vessie. L'auteur rappelle les signes de l'affection décrite sous le nom de tabes spasmodique par Charcot-Erb, qui à son avis ne représente qu'un syndrome. Il pense qu'en un grand nombre de cas, dont le sien fait partie, ce syndrome se rapporte à la méningomyélite syphilitique dont le type est représenté par la paralysie spinale syphilitique décrite par Oppenheim.

Neurasthénie circulaire à forme alternante quotidienne, par C. Oddo (*Revue de médecine*, 10 juillet 1894, n° 7, p. 603). — Sollier a proposé récemment, en déc. 1893, de différencier sous le nom de neurasthénie circulaire une forme de cette névrose, caractérisée par des alternatives de périodes d'excitation et de dépression plus ou moins analogues à celles de la folie circulaire, et se rapprochant de cette vésanie au point de rendre le diagnostic parfois très difficile. Oddo rapporte une observation qu'il croit devoir faire rentrer dans cette forme, car elle n'en diffère que par la moindre durée des périodes de dépression qui se succèdent, dans son cas, quotidiennement et non par périodes de plusieurs mois. Le malade dont il est question est un homme de 40 ans, sans antécédents démontrés, atteint depuis 5 ans, qui se plaint d'avoir régulièrement un jour mauvais où il se trouve déprimé, indifférent, souffrant de transpiration, et un bon jour, pendant lequel il est entreprenant, actif, éprouve le besoin de parler et travaille volontiers, état que rien n'a pu influencer jusqu'alors. Pendant le mauvais jour, la face est pâle, l'œil atone, la physionomie immobile, le malade parle lentement en cherchant ses mots. Pendant le bon jour, sa physionomie est animée, exprimant la gaieté, son œil est vif, son teint coloré, il a l'air un peu « éméché ». Son verbiage est intarissable. Il n'a pas d'idées délirantes. L'auteur fait remarquer avec beaucoup de raison que l'alternance est très fréquente chez les neurasthéniques; on peut ajouter qu'elle l'est chez tous les névropathes et chez les hystériques en particulier, où la périodicité joue un rôle sur lequel on a déjà insisté depuis longtemps.

MÉDECINE

Bactériologie de la grippe (Bakteriologische Untersuchungen in der Influenzaepidemie), par Pielicke (*Berl. klin. Woch.*, 1894, n° 23, p. 534). — Sur 35 cas de grippe caractérisée, 15 fois l'examen des crachats pratiqué dans de bonnes conditions a permis de retrouver le bacille de l'influenza décrit par Pfeiffer : petit bacille séparé ou en pseudo-diplocoque, libre ou inclus dans les phagocytes. Cinq cas étaient accompagnés de pneumonie. Chez un malade, la constatation du bacille particulier permit d'affirmer le diagnostic. La culture de ce microbe ne doit être tentée que sur sérum-agar ; la gélose glycérinée ne donne rien. Les crachats renferment parfois un bacille pseudo-grippal, même en cas de pneumonie : il est bien probable qu'il s'agit d'une simple variété du bacille de Pfeiffer. Il est remarquable que des cas bien analysés n'ont jamais donné lieu à la constatation du bacille spécial : le tableau de la grippe peut être réalisé par d'autres microbes, surtout les microbes des pneumonies et broncho-pneumonies, ou du moins ceux-ci trouvent dans une attaque grippale même ébauchée un terrain favorable.

Action du carbonate de chaux (Wirkung des kohlensauren Kalks), par Lehmann (*Berl. klin. Woch.*, 1894, n° 23, 538). — Certaines propriétés de ce corps sont susceptibles d'être utilisées en thérapeutique. Sa faible solubilité l'amène à exiger une diurèse abondante pour son élimination urinaire. Dans les maladies qui provoquent une diminution de l'alcalinité du sang (diabète), ce sel pourrait compenser cette altération. Enfin le carbonate de chaux a la propriété d'accroître la solubilité de l'acide urique.

CHIRURGIE

La laparotomie dans l'occlusion intestinale (Ueber Laparotomie bei innerem Darmverschluss auf Grund eigener 110 Falle), par Obalinski (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, p. XLVIII, T. 1). — Le travail de l'auteur est basé sur 110 cas d'obstruction intestinale traités par la laparotomie. Sur ce nombre, 38 ont été guéris.

L'auteur insiste principalement sur la valeur diagnostique, dans l'occlusion intestinale, du météorisme local et de l'augmentation des mouvements péristaltiques. Sur 79 cas d'occlusion purement mécanique, les deux symptômes ont été trouvés 71 fois, 13 fois les deux à la fois, 27 fois le météorisme seul, 31 fois l'augmentation des mouvements péristaltiques seule. Il s'ensuit que dans les cas d'obstruction intestinale, où, à côté des phénomènes habituels, on trouve encore du météorisme et une augmentation des mouvements péristaltiques, on a affaire à un obstacle d'ordre mécanique qui ne peut être enlevé que par la laparotomie.

Disons enfin que, sur 38 cas de torsion de l'anse, on a eu 14 guérisons; sur 11 cas d'étranglement interne, 5 guérisons ; dans 7 cas d'invagination, tous les opérés ont succombé; dans 9 cas compliqués de péritonite, 1 seul a pu être sauvé.

Régression d'un sarcome multiple après l'accouchement prématuré (Ein Fall von rascher Ruckbildung von Sarkomen nach kunstlicher Fruhgeburt), par Jahr (*Centralbl. f. Gynækol.*, 1894, n° 23, p. 545). — Il s'agit d'une femme de 36 ans, enceinte de 7 mois, qui entre à l'hôpital pour une tumeur de l'aisselle droite, laquelle tumeur est apparue il y a seulement quatre mois et a depuis pris un développement considérable.

A l'examen de la malade, pâle et d'un teint cachectique, on trouva à côté de la tumeur axillaire, qui avait les dimensions d'un œuf de poule, des nodules plus ou moins volumineux dans le rein droit, sous la clavicule, dans les parois du vagin, de même que dans l'espace de Douglas. Les ganglions pectoraux étaient pris. Comme la malade souffrait du ventre, ce qui faisait penser à l'existence de métastases abdominales, on fit l'accouchement prématuré artificiel. Les suites des couches furent normales, et lorsque la malade quitta l'hôpital on fut frappé des modifications qui s'étaient produites dans les tumeurs. Le nodule du rein avait complètement disparu, les noyaux qu'on avait sentis dans le vagin et sur l'utérus étaient devenus moins durs et avaient notablement diminué de volume. Dans l'aisselle, enfin, on ne trouvait plus qu'un seul ganglion hypertrophié. Or, l'examen histologique d'un nodule qui restait sur le col montra qu'il s'agissait là d'un sarcome à petites cellules.

L'observation que publie l'auteur met en lumière l'influence défavorable que l'état puerpéral, ou plutôt la grossesse, exerce sur la tumeur développée en dehors des organes génitaux.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié et à l'Hôtel-Dieu (années 1879-1893), par E. Lancereaux. 1 vol. in-8° de 519 pages. Paris, 1894. L. Bataille et Cie, éditeurs.

Ce volume continue la série des leçons de clinique de M. Lancereaux.

Il débute par des leçons sur le parasitisme, se rapportant à la ladrerie, à la maladie hydatique et à la filariose. L'auteur étudie ensuite les affections des artères, à propos desquelles il expose ses idées, bien connues, sur l'artério-sclérose, puis les affections du cœur, envisagées surtout au point de vue de leur étiologie et de leurs conséquences sur la circulation générale; les affections rénales sont ensuite étudiées en détail et en 250 pages.

M. Lancereaux donne un traité presque complet de la pathologie médicale du rein. Le volume se termine par deux leçons sur le rôle des glandes vasculaires sanguines pendant la période de croissance et sur le tabes médullaire dont M. Lancereaux conteste énergiquement l'origine syphilitique.

Tous ces sujets sont de ceux que l'auteur a étudiés avec prédilection et dont il a largement contribué à éclairer l'histoire. Quoique sur beaucoup de ces points il ait déjà exposé ses idées à plusieurs reprises, ce volume ne fait pas double emploi avec les publications antérieures de M. Lancereaux : il les coordonne, les complète et les met au point, en utilisant les données scientifiques les plus récentes.

Se basant sur des observations personnelles nombreuses, dont beaucoup sont capitales dans l'histoire des maladies qu'il étudie, M. Lancereaux en expose les caractères cliniques, anatomiques et étiologiques avec une grande hauteur de vues. Une idée domine ce livre, c'est que la maladie n'est pas dans l'organe, que celui-ci n'en est que le support et que, derrière la lésion avec ses conséquences mécaniques, instrumentales et chimiques, il faut rechercher la cause qui l'a produite. Une conclusion pratique s'en dégage, c'est que la thérapeutique doit être simple, que les médicaments doivent être uniques ou peu nombreux, si on veut en déterminer les effets.

Georges Thibierge.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Etude sur le ptérygion, par Gaston Courtey.

Nous admettons sans doute comme ayant une certaine influence sur le développement du ptérygion les diverses causes de l'inflammation, l'exposition répétée aux poussières, à la chaleur vive, au soleil, certaines professions; mais nous abandonnons les nombreuses théories pathogéniques admises : les varicosités, les ulcères, les microbes et je ne parle que des seules vraisemblables, nous les abandonnons pour admettre sinon toujours d'une façon absolue, du moins dans la très grande majorité des cas, l'origine par la pinguecula. Les examens faits par Fuchs pendant cette transformation de pinguecula en ptérygion nous semblent sans réplique. L'absence constante d'ulcères et de vibrions constatée par de nombreux examens microscopiques sur le vivant et sur le mort détruit ces deux théories qui étaient seules admissibles.

Le ptérygion dérive de la pinguecula.

M. le professeur Panas admet absolument la théorie de Fuchs et nous serions heureux par notre faible travail d'avoir contribué, après de tels maîtres, à la vulgarisation de cette théorie et à l'étude du ptérygion en ce sens.

Quant au traitement, ce n'est que dans des cas peu fréquents que nous aurons recours au procédé de la déviation de Desmarres, ou à la greffe de Thiersch; un peu plus souvent peut-être nous emploierons la méthode décrite par Chibret. Dans la généralité des cas, nous nous contenterons d'une excision faite d'après les règles que nous avons données, accompagnées, avec M. le professeur Panas, d'un léger grattage et d'une cautérisation au niveau du sommet.

De la tuberculose intestinale et de son traitement, par Alexandre Dupont.

L'entérite tuberculeuse se divise en primitive et secondaire.

L'entérite primitive, mieux connue depuis les travaux de MM. Hartmann, Pilliet et Broca et la thèse de M. Benoit, est une affection chirurgicale qui n'a pas de tendance à se généraliser tout au moins pendant les premiers stades.

L'entérite secondaire est celle qui survient pendant le cours d'une phthisie aiguë ou chronique. Dans quelques cas cette tuberculose paraît être primitive symptomatiquement, mais cliniquement elle accompagne une infection tuberculeuse généralisée, soit tuberculose ganglionnaire, soit même tuberculose pulmonaire.

Les lésions de la tuberculose intestinale sont connues depuis longtemps et leur description semble complète depuis plusieurs années déjà.

Les bacilles de la tuberculose n'ont besoin d'aucune lésion préalable de l'épithélium intestinal pour pénétrer dans l'intestin; ils peuvent pénétrer entre les interstices épithéliaux pour cheminer sous ladite couche épithéliale, logés à l'intérieur des leucocytes habituellement; la propagation se fait ensuite dans la paroi intestinale par la voie lymphatique.

L'infection du tube intestinal se fait surtout par les aliments bacillifères chez les enfants et par la déglutition des crachats ou autres sécrétions chez l'adulte.

La diarrhée est le symptôme dominant; elle n'est pas constante.

Il existe un traitement supérieur à tous, dans la diarrhée symptomatique de l'entérite tuberculeuse, c'est le traitement de Peter au moyen des pilules de nitrate d'argent à la dose de 1/4 de centigramme à 1/2 centigramme jusqu'à un centigramme pour les enfants suivant l'âge; à la dose de 1 à 4 ou 5 centigrammes pour les adultes. Ce médicament modère les spasmes intestinaux et donne une antisepsie intestinale bien supérieure à celles que peuvent donner les autres antiseptiques connus.

Ce traitement devra être employé de préférence à tous les autres dès les premiers jours d'une diarrhée suspecte, pour être cessé dès que les selles diminuent notablement; il doit être repris chaque fois que les selles augmentent de nouveau.

VARIÉTÉS

Un serment professionnel à Colmar, au XVIe siècle; coup d'œil dans le passé, par le Dr Omer Marquez, correspondant de l'Académie de médecine, médecin en chef honoraire de l'hôpital d'Hyères (Var), etc.

Mon attention avait été attirée, il y a longtemps déjà, sur ce titre « *Practica medicinæ generalis à IO Iacobo Weckero, poliatro Colmariense VII libris explicata* », en tête d'un petit in-16 d'environ 450 pages, sorti, en 1585, de l'imprimerie des Froben (de Bâle), les savants éditeurs des œuvres d'Erasme.

J'habitais alors Colmar. J'ai été curieux de connaître ce confrère d'un autre âge, mieux que d'un coup d'œil à travers les feuillets de son livre, « *opusculum* », dit-il dans l'hommage qu'il en fait à l'Empereur Rodolphe II, « *opusculum mole quidemexignum, sed virtute magnum* »... C'est écrit à la glorification de la médecine et spécialement à celle de la doctrine galénique, cet exposé pratique de la médecine en sept livres, dont un consacré à la chirurgie.

Ce Jean-Jacques Wecker a été un personnage; il a son petit article, plus ou moins nourri, dans Moréri, dans Jocher, Michaud et autres biographes; on le retrouve bien noté dans l'Athenæ Rauricæ, l'intéressante histoire de l'Université de Bâle à laquelle il a appartenu, *dictus Wentokum*. Il ne m'a pas été difficile d'apprendre qu'il naquit à Bâle, en 1528; qu'il commença vers 1544, à l'Université de cette ville et sous le rectorat de Jean Huber, des études qui eurent pour résultat de le conduire, jeune encore, au professorat dans la section dite de philosophie; que dès 1557 et pendant neuf ans, il enseigna la grammaire et la dialectique dans la chaire que Pantaléon avait occupée à ses débuts et reprise à son retour de Valence, un an avant de passer à la chaire de physique; que, tout en s'occupant avec talent de pédagogie, il exerçait avec succès la médecine, « *gratam et felicem ægrotis operam præstans*, » dit l'Athenæ Rauracorum, et que le dévouement dont il avait fait preuve pendant la peste de 1565 le signala à l'attention du Conseil de la ville de Colmar qui lui offrit la charge de premier médecin, *archiater*; que cette offre fut agréée et que, en suite de cette acceptation, Wecker vint, en 1566, s'établir à Colmar où il mourut en 1586, un an après la publication du livre dont nous avons tout à l'heure lu le titre; que cet opuscule, presque un vade-mecum ou aide-mémoire, a eu plusieurs éditions, bonne fortune qu'ont partagée d'ailleurs la plupart des ouvrages de notre auteur, lequel a beaucoup écrit.

J. J. Wecker a donc été, dans les lettres et en médecine, un homme de mérite; médecin, il a honoré sa profession, dans sa pratique et dans ses livres, et dans des proportions qui lui ont un jour valu, par grâce du souverain, le titre honorifique de comte palatin, *Cæsarii palatii Comes;* comme Fernel, comme Paré, dans le même temps, comme Porta encore, il a partiqué, écrit et enseigné sans s'être laissé toucher par l'esprit remueur de son siècle, gagner par l'agitation spagiriste et détourner de sa foi en l'absolutisme scientifique du gallénisme. —Mais, qu'était-ce, cette charge de premier médecin (archiater, physicus), ainsi offerte par Colmar et acceptée par ce Bâlois déjà en possession dans sa ville natale de l'estime et de la considération générales? Quels avantages ont pu le déterminer? C'était une position officielle; elle était nécessairement soumise à une organisation. Laquelle?

Sous la pression des événements de 1870-71, de l'exode qui s'en est suivie et m'a amené en Provence, j'ai été arrêté dans mes premières recherches. Dans ces derniers temps, ma curiosité a trouvé prétexte à se réveiller. L'obligeance de deux de mes compatriotes du vieux pays, deux érudits (1), est alors venue à mon secours; ils ont bien voulu chercher pour moi.

Les archives de la ville sont sobres de renseignements sur le sujet qui m'intéresse.

Sur Wecker, peu de chose en plus des données que j'ai relevées plus haut; ce fait cependant qu'il y aurait eu, à certain moment, quelque dissentiment entre le maire (Maister) et lui, d'où retrait d'emploi, en octobre 1580; mais on le retrouve en tête de liste sur un état manuscrit des « Stadt-medici und physici » de 1586 à 1789. On peut en inférer que l'incident de 1580 avait été suivi de réconciliation avec reprise du service, ce que confirmerait au surplus l'énoncé de ses titres et qualités sur son testament daté du 19 mai 1585 et fait en faveur de sa femme Anna Keller (2), en l'absence d'enfant issu de leur mariage.

(1) M. Waltz, bibliothécaire, et M. Waldner, archiviste de la ville de Colmar.

(2) Anna Keller, veuve Wecker, fille et femme de médecins, a écrit, elle aussi. Excellente ménagère, elle avait collectionné pas mal de recettes de nature, à faire, à table, les délices des gourmets de toute époque. Il en est sorti, en 1600, un livre de cuisine estimé (*Von der Koch Kunst*) et qu'elle avait dédié à la princesse Louise, Julienne de Nassau et d'Orange; j'en ai vu, à la bibliothèque de Mulhouse, un exemplaire vénérable et qu'aura su utiliser Gérard, le spirituel auteur de « l'Ancienne Alsace à table ».

Sur la place de premier médecin, physicus-arzt, qu'elle ait été créée pour Wecker ou qu'elle ait existé avant lui, un document qui est loin d'être sans importance, c'est le texte du serment que devait prêter le récipiendaire à son entrée en fonctions : il est tiré du régistre des formules de prestation de serment, en 1570. En voici la traduction :

« Le physicus de la ville de Colmar doit jurer obéissance au Maire (Maister, obristmaister) et au Conseil de la ville, en tout ce qui sera bon et juste. Il doit prévenir de tout ce qui, à sa connaissance, pourrait devenir dommageable à la ville; faciliter tout ce qui pourra tourner à son avantage et à son honneur et à celui de la religion.

» Il doit servir avec zèle et fidélité, — comme il convient que fasse un docteur pieux, honnête et habile, — toute personne qui lui demande conseil et réclame ses soins. Il doit ne se refuser à personne et visiter deux fois par jour tout malade alité.

» Il ne doit pas aller passer la nuit hors de la ville sans l'autorisation du maire, s'il a en ville quelque malade qui tienne à n'être pas privé de sa présence.

» Il doit, une fois par an et accompagné de délégués de l'autorité, visiter les pharmacies et faire au maire, sur celles qu'il aura trouvées en défaut, un rapport auquel il ajoutera tels avertissements et conseils qui pourront remédier à ces défauts et en prévenir la répétition, afin que les pharmacies soient en tout temps tenues en bon état.

» Il ne doit faire chez lui aucune des préparations, aucun des remèdes qui sont dans les attributions spéciales du pharmacien; il doit s'en tenir à formuler ses ordonnances et laisser leur exécution au pharmacien assermenté, afin que les choses soient faites honnêtement et réglementairement.

» S'il arrive qu'il y ait dans la ville deux ou plusieurs pharmaciens jurés, le docteur devra ne faire ses prescriptions ni en faveur, ni au détriment de l'un ou de l'autre, ni envoyer chez l'un et détourner des autres; il devra laisser le client libre d'aller où il lui plaira.

» Si le physicus, salarié par la ville, découvre un lépreux, il est tenu, sur sa conscience (sur son salut) de le déclarer, sans omettre aucun détail et sans ménager personne.

» Il n'exigera de son client d'autre salaire que selon ce qui suit : Pour un examen d'eau (urine), un batz (un peu moins de trois sous); pour la première visite au malade, cinq batz; ensuite, par semaine dix batz. Tout nouvel examen d'urine, rédaction d'ordonnance nouvelle ou tout autre soin au même malade, pendant le cours de la semaine, sera compris dans la susdite somme.

» S'il lui arrive de ne plus vouloir conserver son mandat, il devra le dénoncer en personne au Conseil réuni et six mois à l'avance.

» De son côté celui-ci s'engage à ne s'adresser qu'à lui (physicus), pour tout cas qui se présentera pendant qu'il sera en fonctions.

» En échange (de ces services) la ville doit donner à tout (physicus) juré en dehors du domaine impérial, pour traitement : une habitation gratuite; à chaque quatre-temps, 8 goulden et une voie de bois, ce qui fait par an 32 goulden et 4 voies (cordes) de bois. Quand elle voudra lui retirer ce traitement, elle devra le lui dénoncer six mois d'avance, afin qu'il ait le temps de se pourvoir ailleurs. »

Ce serment est sensiblement postérieur à l'institution des physici; peut-être bien est-il né de quelque difficulté entre les intéressés; toujours est-il qu'il vaut à lui seul un long règlement. Les droits de l'autorité établis, il vise, en peu de mots, ces devoirs professionnels que disait le serment d'Hippocrate et dont le sentiment est dans le cœur de chacun de nous. — Passant aux détails, il a souci, un paternel souci des intérêts de la ville et du malade : il en a moins de ceux du médecin qu'il paie peu et qu'il bride d'exigences puériles. — Il cantonne judicieusement le médecin et le pharmacien dans la spécialité professionnelle de chacun d'eux. — Il précède de loin nos lois et règlements sur l'inspection des pharmacies. — Il promet la déclaration de la lèpre, comme d'ailleurs de tout ce qui pourrait être dommageable à la santé publique. Ici encore il est en avance sur nous. Notons, je vous prie, que de cette déclaration de la lèpre, la grande plaie de l'époque, il fait simplement un devoir de conscience et ne menace point de quelque pénalité; il doute moins que n'a fait le législateur moderne du bon sens et de la loyauté des médecins. — Il envisage la possibilité d'une rupture entre les contractants; cela se fera dans des conditions aussi équitables pour l'un que pour l'autre. — Il assure, en échange des services demandés, le logement et une indemnité annuelle consistant en quatre cordes de bois et une somme de 32 goulden (72 ou 88 francs, selon qu'il faudrait traduire goulden par florin de Saxe (2 fr. 75) ou par florin du Rhin (2 fr. 25), ce qui me semblerait plus dans le vrai. Colmar battait alors monnaie.

Le poste de premier médecin à Colmar était un poste de confiance, une place d'honneur dans cette ville impériale, la plus importante de la région et pouvant offrir à un homme de valeur l'occasion facile de donner carrière à ses aptitudes. C'est ce qui doit avoir déterminé l'acceptation de Wecker, et non le traitement attaché à la fonction qu'il est venu remplir. Ce traitement était peu confortable, même pour le XVIe siècle. Il a été amélioré plus tard, en même temps, paraît il, que, après la réunion de l'Alsace à la France, les fonctions dont il s'agit ont été confiées à deux titulaires. Un arrêté de liquidation des comptes de la ville, en date du 28 novembre 1721, porte aux dépenses annuelles :

« Au médecin français, 300 livres et six cordes de bois.

» Au médecin originaire du pays, pareille somme de 300 » livres et pareilles six cordes de bois. »

Tel qu'il est le règlement dont nous venons de nous occuper témoigne d'une réelle sollicitude pour la santé publique. Il ne s'est pas adressé à une situation passagère, comme a fait quelques années après la date qu'il porte l'ordonnance de police du 30 juillet 1596, à l'occasion de la peste qui sévissait alors à Paris; il a été mieux avisé; il est entré net dans la voie de l'assistance organisée, d'une assistance prévoyante; il a établi un service de sûreté sanitaire capable d'avoir de la durée... et qui en a eu. Ce service, en effet, fonctionnait encore en 1789, prouvant pour sa part, tout particulariste qu'il ait été, qu'une institution sanitaire pour être viable n'a pas besoin d'être soumise à une réglementation bien compliquée.

La bourrasque de 89 est passée. Les temps sont autres. Les besoins sont demeurés les mêmes. L'assistance sanitaire ou médicale est un des plus impérieux; c'est droit des pauvres. D'œuvre particulariste, elle est, par décret, devenue œuvre d'Etat et chose d'administration. Nos départements d'Alsace s'essayent alors à la médecine cantonale et, après quelques tâtonnements, finissent par l'organiser solidement, le Haut-Rhin en retard sur le Bas-Rhin; mais, mieux inspiré, le Haut-Rhin partage le canton politique en circonscriptions médicales plus faciles à desservir, et Colmar, afin de suppléer à l'insuffisance numérique des deux médecins cantonaux que la préfecture lui a attribués, se donne deux médecins municipaux, deux *poliaters*, à même fin de service que les cantonaux : les pauvres officiels, la propagation de la vaccine, la police sanitaire, la salubrité publique, les enfants assistés, etc., toutes les victimes de l'infortune.

J'ai assez longtemps vu ce service à l'œuvre pour savoir ce qu'il a valu, ce qu'il vaut encore sur le débris de territoire qui nous est resté autour de Belfort. L'occasion d'en parler se présentant, je ne puis me résigner à taire le bien qu'on est en droit d'en penser. Qu'on lui reproche d'entraver la liberté de l'assisté en lui donnant un médecin du choix de l'administration et de faire de ce médecin un fonctionnaire! Enfantillages. Je n'insisterai pas. Je me bornerai à émettre ici le vœu que dans la mise en pratique des dispositions bienveillantes de la loi du 18 juillet 1893, en faveur des malades privés de ressources, on réussisse à rendre des services aussi méritants que l'a fait notre ancien Haut-Rhin, en temps ordinaire comme en temps d'épidémie ou autre calamité, avec son personnel de médecins officiels, médiocrement rétribués, mais grandement dévoués, quand même.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

BULLETIN

Le Congrès international d'hygiène de Buda-Pesth.

Les Français qui viennent d'assister au Congrès international d'hygiène de Buda-Pesth ont bien lieu d'en être satisfaits. Réception extrêmement cordiale et surtout impression profonde produite par les doctrines et les travaux de l'Ecole sanitaire française, telle est en effet la caractéristique principale de cette réunion où le nom de Pasteur, si dignement représenté par quelques-uns de ses meilleurs élèves, a brillé du plus vif éclat.

Ce n'est pas sans quelque appréhension cependant que l'on avait vu se préparer une telle réunion dans cette ville, gardienne vigilante de la civilisation européenne et ardent défenseur du progrès moderne au seuil de l'Orient; mais la vitalité et l'énergie de son peuple sont telles qu'il est peu de cités où la science est plus estimée et mieux outillée. Cinquante ans à peine nous séparent de l'époque où Buda-Pesth ne comptait pas beaucoup plus de 100,000 habitants; elle en a aujourd'hui plus d'un demi-million, et son développement scientifique a été presque ininterrompu depuis cette époque. A côté des institutions d'autrefois, améliorées dans toute la mesure possible, celles d'aujourd'hui rivalisent avec les plus importantes d'Europe. Ses cliniques et instituts sont édifiés avec tous les perfectionnements modernes; ses hôpitaux, notamment celui qui va être prochainement ouvert pour les maladies contagieuses, ses écoles, peuvent être considérés comme des modèles; son organisation sanitaire et ses œuvres d'assainissement laissent peu à désirer.

Joignez-y la sympathie que les Hongrois ont toujours manifestée pour notre pays, et l'on ne sera pas étonné d'apprendre combien l'accueil a été empressé pour les Français et combien ceux-ci ont été favorablement impressionnés par les nombreuses études qu'ils avaient l'occasion de faire.

Dès la première séance du Congrès d'hygiène, l'accueil spécialement fait à la France s'est manifesté par l'emploi exclusif du hongrois et du français dans les discours des personnages officiels; ainsi l'avait voulu le comité hongrois, et l'Empereur d'Autriche, roi de Hongrie, y avait acquiescé au cours d'une entrevue officielle. Et cependant nos compatriotes ne pouvaient prétendre à la supériorité du nombre: ils n'étaient pas beaucoup plus de quarante dans une réunion de plus de deux mille membres.

Une telle affluence n'est pas sans rendre difficile l'organisation d'un congrès. Depuis plusieurs années la foule se presse de plus en plus dans les congrès d'hygiène; c'est évidemment tout à l'honneur de l'hygiène, mais l'on peut se demander si les délibérations y ont beaucoup gagné. Il devient en effet nécessaire de faire place à tout le monde, de multiplier les sections et les séances, et l'on risque fort en pareil cas de diminuer la valeur et l'intérêt des délibérations. On l'avait déjà vu aux précédents Congrès de Vienne et de Londres, à ce dernier surtout. L'exemple donné par le Congrès de Buda-Pesth est bien fait pour se décider à modifier cet état de choses. Plus de 800 communications étaient en effet annoncées, dont plus de la moitié n'avaient qu'une portée médiocre; si bien qu'il a fallu y passer plusieurs des heures consacrées au travail et qu'elles n'ont pu conduire à de fructueuses discussions.

Dans l'ancien système, auquel il faudra bien revenir, quelques questions importantes, cinq ou six au plus, étaient soumises à une discussion générale sur des rapports préparés et envoyés à l'avance; les communications personnelles ne pouvaient se faire qu'à certaines heures, dans les sections et en dehors des assemblées plénières, entièrement consacrées aux débats sur les questions du programme. Nous pourrions citer maints de ces rapports et des délibérations auxquelles ils donnèrent lieu qui font encore autorité dans la science.

On a bien vu toute la valeur de cette manière de procéder, lorsque est venue en discussion à Budapesth la question de la prophylaxie de la diphthérie, la seule soumise à une étude préalable, confiée à divers rapporteurs appartenant à plusieurs nations. Toute l'activité du Congrès en a été reportée dans la salle où ces débats se sont poursuivis, surtout lorsque M. Roux, au nom de l'Institut Pasteur, a développé, avec la précision la plus parfaite, les détails et la portée de ses recherches sur l

sérum-thérapie dans la diphthérie. La France, grâce à lui, a obtenu là un de ses plus beaux triomphes scientifiques.

Le *Mercredi medical* vient de reproduire la magistrale communication de notre éminent compatriote; nous tenons à signaler l'enthousiasme avec lequel elle a été accueillie et combien la conduite prudente de M. Roux, ne publiant ses recherches que lorsqu'un grand nombre de résultats étaient devenus acquis et bien acquis, a été appréciée à juste titre. Trop de désillusions ont suivi certaines découvertes annoncées hâtivement et à grand fracas pour ne pas féliciter M. Roux d'avoir une fois de plus contribué au maintien du bon renom scientifique de la France. Telle a été également l'impression produite par les mémoires de M. Metchnikoff sur l'immunité; de M. Nocard sur la malléine, de M. Arloing sur le pneumo-bacille du choléra, de M. Yersin sur la peste, etc., qui tous témoignaient des ressources que les doctrines microbiennes et les procédés dus au génie de Pasteur apportent de jour en jour à l'étude des maladies infectieuses.

En dehors de ces grandes questions de pathologie générale, qui ont assurément donné au Congrès de Buda-Pesth un caractère spécial, l'étude des applications sanitaires qui en découlent et de la réglementation qui leur peut être appropriée a également donné lieu à des débats d'un certain intérêt. Nous citerons, notamment, l'exposé fait, par les ingénieurs compétents, des grands travaux d'assainissement entrepris dans ce dernier quart de siècle dans la plupart des capitales européennes. Nous devons également mentionner d'intéressants débats sur l'aération et la propreté dans les habitations privées. Nous ne pouvons manquer non plus de rappeler que la désinfection, cette mesure prophylactique si précieuse, a donné lieu à des discussions qui doivent être prises en grande considération par les pouvoirs publics. Ne pouvant insister davantage aujourd'hui sur ces diverses délibérations que les comptes-rendus des journaux font connaître, nous nous bornons à les signaler, afin de montrer que le Congrès d'hygiène de Buda-Pesth égale en importance ses devanciers.

De son côté, la démographie, qui tient sa place à part dans ces réunions, a pu étendre encore le champ de ses investigations, grâce aux recherches si ingénieuses du savant et célèbre directeur de la statistique de Buda-Pesth, M. Kœrœsi; il n'est guère de villes, en effet, où la démographie ait été poussée plus avant et où elle ait mieux fait connaître les conditions vitales d'une population en cours de développement si intense.

A une époque où, bon gré mal gré, l'hygiène s'impose à l'attention des gouvernements et devient l'une des préoccupations principales de l'opinion publique, il est bon que des réunions internationales de ce genre acquièrent une grande renommée et que les problèmes qui s'y discutent passionnent même la foule, de moins en moins indifférente. Raison de plus pour les régler avec une plus grande précision et en limiter les programmes. Ce sera l'œuvre du Congrès qui aura lieu en 1897 à Madrid.

A.-J. M.

REVUE GÉNÉRALE

De l'abouchement des uretères dans la vessie.

Depuis quelque temps on s'occupe beaucoup de la chirurgie des uretères, et il ne se passe pas de semaine où l'on ne trouve, dans les publications périodiques, quelque travail consacré à cette question. Le récent mémoire de Chaput (1), les communications de Bazy, le travail intéressant d'Israël (2) que nous avons eu l'occasion d'analyser dans une Revue précédente, les mémoires de Tauffer (3), de Novaro (4), tous parus dans le courant de l'année, montrent jusqu'à quel point cette question occupe l'esprit des chirurgiens. Aujourd'hui nous voulons nous arrêter sur l'implantation des uretères dans la vessie que M. Budinger (6) étudie d'une façon très complète dans un travail consacré à la chirurgie des uretères.

I

Les premières recherches expérimentales, abstraction faite du travail de Poggi, ont été faites par Paoli et Bursachi (6). Sur des animaux, ils mettaient à nu la vessie par une incision hypogastrique de 3 cm. de long, attiraient la vessie en avant et coupaient l'uretère entre deux ligatures. La vessie une fois ouverte par une incision de la paroi antérieure, on faisait à la paroi postérieur un petit orifice autour duquel on excisait la muqueuse. C'est dans cet orifice dénudé de la muqueuse qu'on attirait le bout supérieur de l'uretère, qu'on fixait par quelques points de suture au catgut après en avoir élargi la lumière par une petite incision verticale. L'opération était terminée par la suture de la couche externe de l'uretère au péritoine vésical, et finalement par la suture de la vessie. Deux animaux opérés de cette façon ont succombé à la suppuration de la plaie vésicale. Par contre, deux autres animaux ont survécu quand le manuel opératoire fut modifié de façon à suturer l'uretère dans l'angle supérieur d'une incision faite à la paroi postérieure de la vessie. A l'autopsie des animaux sacrifiés au 23e et au 46e jour après l'opération, on trouva l'uretère suturé en place, perméable, légèrement dilaté dans un cas. Paoli et Bursachi terminent leur mémoire en disant que l'implantation de l'uretère dans la vessie peut être indiquée et exécutée: 1° dans les tumeurs malignes de la vessie empiétant sur les orifices urétéraux; 2° dans les fistules urétéro-utérines et urétéro-vaginales; 3° dans certaines plaies des uretères.

Moins heureuses ont été les expériences analogues de Thomson (7). Les sutures ne tinrent pas et les animaux ne survécurent pas à l'opération. Aussi Thomson n'hésite pas à déclarer que l'implantation des uretères dans la vessie, loin de constituer une méthode générale, est plutôt une simple habileté opératoire. Mais, dans le courant de la même année, Novaro montra qu'il n'en était rien en publiant ses deux observations d'implantation de l'uretère dans la vessie chez deux femmes atteintes de fistules urétéro-vaginales.

Dans ces deux cas, Novaro ouvrit la cavité abdominale

(1) *Arch. générales de médec.*, janvier 1894.
(2) *Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. XLVIII.
(3) *Arch. f. Gynækol.*, 1894, vol. XLVI, p. 531.
(4) *Wien. med. Woch.*, 1894.
(5) *Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. XLVIII, p. 639.
(6) *Annal. des mal. génit.-urin.*, 1888.
(7) *Zeitsch. f. Gynækol. und Geburtshilf.*, 1893.

par une incision médiane de 13-15 cm., et fixa le feuillet pariétal aux bords de la plaie par trois points de suture. Ayant trouvé l'uretère, il fendit le péritoine qui tapisse à ce niveau la paroi du bassin, par une incision de 4 à 5 cm., conduite de telle façon qu'elle correspondait à la face externe de l'uretère et ouvrit ce dernier aussi près que possible de la fistule. Il incisa ensuite la paroi latérale de la vessie sur une sonde métallique introduite et sutura les bords de l'incision urétérale préalablement agrandie à ceux de l'incision vésicale. Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée et guérison rapide sans complications.

II

Tels sont les faits que Budinger cite avant de faire l'exposé de ses recherches personnelles.

Dans ses expériences faites sur des chiens, Budinger a essayé de faire l'implantation de l'uretère dans la vessie, d'après les principes de la méthode de gastrostomie de Witzel. On sait que le procédé de gastrostomie de Witzel consiste à suturer deux plis de la paroi stomacale sur un drain en caoutchouc introduit à travers un petit orifice dans l'estomac. En procédant de la même façon pour l'implantation de l'uretère dans la vessie, on réalise, d'après Budinger, les avantages suivants :

1° L'urine est retenue dans la vessie immédiatement après l'opération, le canal ainsi créé se fermant spontanément à mesure que la vessie se remplit.

2° Les sutures ne se trouvent pas à l'intérieur de la vessie, de sorte qu'on n'a pas à craindre la formation ultérieure de calculs.

3° On n'a pas à craindre le rétrécissement ultérieur de l'orifice, ce qui est presque inévitable avec l'ancien procédé.

4° L'uretère implanté présentant, comme à l'état normal, un parcours oblique à travers la paroi de la vessie, le mécanisme de la sécrétion et de l'écoulement de l'urine s'effectue dans des conditions physiologiques.

L'opération est conduite de la façon suivante.

Laparotomie médiane par une incision de 10 cm. environ. Après l'ouverture du péritoine, la vessie est attirée en avant et on va à la recherche de l'uretère qu'on lie (après avoir divisé le péritoine avec des pinces) à quelques centimètres au-dessus de son orifice vésical. On sectionne ensuite l'uretère au-dessus de la ligature et on ferme le bout central avec une pince. On ponctionne ensuite, avec un bistouri, la paroi postérieure de la vessie à la moitié environ de sa hauteur, et on laisse sortir l'urine afin d'évacuer la vessie au point que ses parois se laissent facilement plisser. On attire alors en avant le bout central de l'uretère et, après avoir agrandi sa lumière par une incision de sa paroi, on l'introduit dans l'orifice de la vessie et on la fixe par une série de sutures qui prennent d'un côté le péritoine et la couche musculaire de la vessie, de l'autre les couches externes de l'uretère.

Il s'agit maintenant de former le canal comme dans le procédé de Witzel. De chaque côté de l'uretère on fait avec un seul fil une suture de Lembert conduite de telle façon qu'en tirant et en nouant les deux bouts du fil on obtienne d'un côté la formation d'un canal entourant l'uretère et de l'autre la transformation en un orifice arrondi de la fente vésicale, tellement étroite qu'elle ne laisse pas passer une goutte d'urine quand la vessie est remplie seulement à moitié. A cet effet, on fait quatre sutures : une à la hauteur du nouvel abouchement, deux plus haut et une pour fermer la rigole qui entoure l'uretère.

Pendant la suture il faut faire attention à un point fort important en l'espèce. Comme la paroi postérieure de la vessie se trouve attirée en haut et en avant, l'uretère, qui se trouve fixé profondément dans le bassin par le péritoine, doit pendant l'opération décrire un arc contre le sommet de la vessie et s'infléchir à la hauteur de suture la plus élevée, avant de se diriger en bas. Il est donc nécessaire de faire de la façon suivante les trois sutures supérieures destinées à former le canal : On fait la première suture de Lembert et on fait passer le fil entre les deux bouts de l'uretère ; on fait de même avec la seconde suture de Lembert, et c'est seulement alors qu'on noue le fil. Quand on remet la vessie en place, l'uretère se retire en formant un arc vers la partie inférieure de la vessie.

Un second point auquel il faut faire attention, c'est que les sutures ne soient pas trop rapprochées. Elles doivent circonscrire un canal dont le diamètre doit être égal à celui de l'uretère. Dans les expériences sur les chiens, les sutures étaient distantes de 1 cm. ; chez l'homme la distance devra être plus grande, de 1 cm. 5 environ.

Les deux premiers chiens opérés de cette façon ont succombé à la péritonite consécutivement à l'issue de l'urine dans la cavité abdominale. Chez le premier chien, une suture avait amené la gangrène et la perforation de l'uretère ; chez le second, l'uretère fut insuffisamment fixé et sortit du canal.

Deux autres survécurent à l'opération. L'un fut sacrifié en pleine santé 40 jours après l'opération qui porta sur l'uretère gauche. A l'autopsie on trouva que le rein gauche avait un peu glissé le long de la colonne vertébrale, abaissement dû évidemment aux tractions sur l'uretère raccourci. Ce rein, tout en étant un peu plus volumineux que celui du côté opposé, était normal : la capsule n'était pas adhérente, le parenchyme ne présentait aucune modification, le bassinet n'était pas dilaté. L'uretère gauche était un peu épaissi et dilaté ; sa muqueuse est restée normale. Au niveau de l'abouchement avec la vessie il n'existait pas trace de rétrécissement ni d'adhérences et l'uretère traversait la paroi vésicale dans une direction oblique tout comme à l'état normal. La vessie ne présentait aucune modification et était tout à fait libre ; au toucher seulement on pouvait sentir un léger épaississement de la paroi au niveau de l'implantation de l'uretère.

Un autre chien opéré de la même façon succomba 11 jours après l'opération aux suites d'un phlegmon de la paroi abdominale, consécutif très probablement à une infection de la plaie abdominale par le fait d'une blennorrhée uréthrale dont on s'est aperçu après l'opération. A l'autopsie on trouva l'uretère déjà solidement fixé à la vessie et parfaitement perméable au niveau de l'abouchement. La vessie, l'uretère et le bassinet étaient couverts de fausses membranes. La vessie, d'ailleurs normale, présentait à sa face interne un bourrelet correspondant au canal à la Witzel formé autour de l'uretère.

III

Les expériences que nous venons de citer montrent donc que l'abouchement des uretères dans la vessie est d'une exécution relativement facile, n'est pas suivi de troubles fonctionnels et de modifications anatomiques des organes en jeu, et est bien supporté par les animaux. Les conditions dans lesquelles l'opération a été faite au cours de ces expériences sont celles d'une section pendant une laparotomie.

Dans une autre série d'expériences, Budinger s'est placé dans les conditions d'une fistule urétérale externe qu'on laisse pour plus de sûreté persister encore après l'abouchement. Dans cette série, les expériences ont été conduites de la façon suivante :

Le chien était laparotomisé, puis l'uretère lié et coupé

à quelques centimètres au-dessus de la vessie. Le bout central de l'uretère était ensuite amené dans la plaie et fixé dans la paroi abdominale à cinq travers de doigt au-dessus de la symphyse. Trois semaines après le ventre était ouvert de nouveau. Chez le premier chien opéré de cette façon on a pu constater que l'uretère était épaissi et notablement dilaté par le fait de la tonicité de la paroi musculaire qui agissait au niveau de la fistule à la façon d'un sphincter. Sur une sonde introduite à travers la fistule, l'uretère fut incisé à 5 centimètres de son orifice et les bords de la fente, qui mesurait un demi-centimètre de longueur, renversés en dehors comme les bords d'un chapeau et fixés dans cette position par quelques points de suture. On ponctionna ensuite le sommet de la vessie avec un bistouri et, à l'aide de deux sutures latérales, on sutura les couches péritonéale et musculaire des bords de l'incision vésicale à ceux de l'orifice urétéral. Avec la paroi de la vessie on forma ensuite, comme dans les expériences précédentes, un canal à la Witzel.

Le chien opéré de cette façon se rétablit complètement après les deux opérations et il fut tué 36 jours après la seconde. A l'autopsie on trouva le rein du côté opéré notablement abaissé, normal comme structure, mais moins volumineux que celui du côté opposé; le bassinet était un peu dilaté. L'uretère, qu'on trouva notablement épaissi et dilaté après la première opération, avait repris ses dimensions presque normales tout en restant plus gros que celui du côté opposé. L'uretère était solidement fixé à la vessie au point d'abouchement et traversait l'organe dans une direction oblique. L'orifice d'abouchement était parfaitement perméable à la sonde, et la muqueuse de l'uretère se continuait directement avec celle de la vessie. La face interne de la vessie était normale et au toucher seulement on sentait une sorte de cordon induré correspondant au canal à la Witzel. L'orifice externe de la fistule uretérale créée pendant la première opération était rétracté, ombiliqué et admettait une sonde qui pénétrait à une profondeur de quelques millimètres. Il est donc probable que cette portion d'uretère s'était oblitérée spontanément après la seconde opération.

Sur un autre chien on a pu constater également la sûreté de l'abouchement élevé, bien que les conditions opératoires fussent dans ce cas très compliquées.

L'opération était faite dans le but de pratiquer l'invagination du bout supérieur de l'uretère coupé, dans le bout inférieur. L'opération ne réussissant toujours pas, on arriva à couper le bout inférieur de l'uretère au ras de la vessie. Pour utiliser l'animal, on pratiqua l'abouchement du bout supérieur de l'uretère dans la vessie d'après le procédé de la première série d'expériences et on laissa libre l'orifice vésical du bout inférieur. L'animal succomba à la péritonite cinq jours après l'opération. A l'autopsie on trouva une infiltration purulente de la vessie et de la paroi abdominale, une dilatation des uretères et des bassinets, une cystite intense, une uretérite et une pyélo-néphrite suppurée double. L'uretère était pourtant solidement fixé à la vessie et l'orifice d'abouchement parfaitement libre.

IV

Si aucune objection ne peut être soulevée, au point de vue clinique, contre l'abouchement des uretères après simple section, comme dans la première série d'expériences, il n'en est pas de même de cette opération telle qu'elle a été conduite dans la seconde série. On peut, en effet, se demander : 1° si l'invagination de la vessie ne trouble pas, du moins pendant les premiers temps, le fonctionnement de l'organe et 2° si la dénudation aussi étendue de l'uretère et les tractions assez énergiques exercées sur lui peuvent être supportées sans danger par l'homme.

Pour ce qui est du premier point, Budinger fait observer que des opérations analogues ont été déjà faites sur l'homme par Zweifel, par Martin, dans les cas où il s'agissait de créer une fistule vésicale externe. La différence entre ces cas et les conditions d'expérience chez les chiens consistait seulement en ce que le canal formé aux dépens de la vessie logeait un drain au lieu de l'uretère. Du reste, l'examen nécroscopique des chiens montre que cette invagination disparaît assez rapidement au bout de quelques semaines, de sorte que les troubles qui pourraient se produire ne seraient que tout à fait passagers.

Quant à la seconde objection relative à la dénudation étendue de l'uretère et aux tractions exercées sur lui pendant l'opération, Budinger y répond par une observation assez probante.

Il s'agit d'une petite fille de 11 ans, entrée à la clinique du professeur Billroth pour extrophie de la vessie et de l'urèthre. La malade fut opérée d'après le procédé de Sonnenburg modifié. L'orifice uretéral du côté droit fut circonscrit par une incision et l'uretère attiré à travers cet orifice pour être fixé, sous la peau, à l'endroit supposé d'un orifice uréthral normal. En même temps il fut sectionné au niveau de son passage à travers l'orifice viscéral et les lèvres de l'incision suturées à la muqueuse vésicale, de façon à créer une fistule uretéro-vésicale. La paroi antérieure de la vessie fut formée d'après le procédé de Billroth, de sorte que l'on pouvait croire que l'urine arriverait dans la vessie par les deux uretères et s'écoulerait au dehors par le bout inférieur de l'uretère faisant office de l'urèthre. L'opération échoua à la suite de la gangrène du lambeau.

Quoi qu'il en soit, l'uretère, qui fut attiré au dehors sur une étendue de 8 centimètres, ne souffrit en rien dans sa nutrition et sa muqueuse resta intacte. Quant aux troubles provoqués par cette traction de l'uretère, ils se réduisirent à des douleurs assez vives dans les régions uretérale et rénale, douleurs qui disparurent au bout de quelques jours. L'écoulement de l'urine par l'uretère opéré s'effectuait d'une façon physiologique.

Budinger croit donc que les deux objections soulevées contre l'opération en question ne doivent pas faire renoncer à cette opération chez l'homme. Pour lui, l'indication de l'abouchement de l'uretère dans la vessie est justifiée dans les cas suivants :

1° Dans les sections accidentelles de l'uretère au cours d'une laparotomie, quand la plaie, comme c'est habituellement le cas, porte sur la partie inférieure de l'organe. L'abouchement doit, dans ce cas, être fait par voie intra-péritonéale. Mais on peut également suivre le procédé de Novaro : attirer le feuillet postérieur du péritoine et le fixer au feuillet pariétal, de façon à isoler la vessie et l'abouchement du reste de la cavité abdominale, et à drainer ensuite au dehors l'espace ainsi créé. L'opération sera encore plus simple dans les plaies opératoires de l'uretère au cours d'une intervention faite par la voie sacrée.

2° Dans les rétrécissements de la partie inférieure de l'uretère et dans les obstructions de son orifice vésical par les néoplasmes malins de la vessie.

3° Dans certaines fistules uretérales. La situation de la fistule décidera si l'abouchement de l'uretère sera fait comme dans la première ou comme dans la seconde série d'expériences. Le procédé employé dans la seconde série d'expériences paraît particulièrement indiqué dans les fistules uretéro-ventrales.

Du reste, dans les fistules uretéro-génitales, dans les rétrécissements et obstructions de l'orifice vésical de

l'uretère, l'abouchement peut fort bien être fait par la voie extra-péritonéale. On pourrait, par exemple, utiliser l'incision indiquée par Israël et qui permet de mettre l'uretère à nu dans toute son étendue. Cette incision commence sous la douzième côte, est conduite parallèlement à celle-ci jusqu'à son extrémité libre; de là, elle se dirige obliquement en bas vers le milieu du ligament de Poupart pour gagner, en s'incurvant légèrement, le bord externe du muscle droit de l'abdomen. L'incision est approfondie jusqu'au péritoine; à ce moment le malade est retourné sur l'autre côté : l'intestin et le feuillet pariétal du péritoine glissent du même côté et découvrent l'uretère qu'on aperçoit dans toute son étendue.

***

M. Bazy a appliqué à l'homme des principes analogues et il a réussi ce qu'il appelle une urétéro-cysto-néostomie, c'est-à-dire un abouchement artificiel de l'uretère dans la vessie. C'est là un procédé de traitement pour les fistules urétéro-vaginales, que l'on a souvent traitées jusqu'à présent par la néphrectomie; et ce procédé est supérieur à la greffe de l'uretère dans le côlon, ce qui fait un abouchement antiphysiologique, dangereux peut-être pour l'avenir, et substitue une infirmité à une autre.

M. Bazy (1) a opéré une femme dont la fistule urétéro-vaginale était consécutive à une hystérectomie vaginale. Il lui a fait la laparotomie, et a cherché l'extrémité inférieure de l'uretère, qui était distendu; elle était séparée de la vessie par un tissu cicatriciel de 1 cent. et demi à 2 centimètres de long. Il a ponctionné, puis sectionné l'uretère, a incisé la vessie au voisinage et a suturé en deux plans, un pour les parois, un pour le péritoine; puis fermeture du ventre. L'uretère et la vessie ont reçu une sonde à demeure en caoutchouc rouge qui est restée en place 5 jours.

A partir de l'opération, la malade n'a plus perdu une goutte d'urine par le vagin, et le rein, auparavant hydronéphrotique, n'a pas tardé à reprendre son volume normal.

L'examen cystoscopique pratiqué un mois après a fait voir l'orifice urétéral sous la forme d'une fente dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors (en sens inverse de l'orifice normal), d'une longueur de 1 cent. environ, et ayant la forme d'un fuseau, c'est-à-dire renflé au milieu.

Il est donc possible, en présence d'une infirmité aussi dégoûtante qu'une fistule urinaire, de faire de la chirurgie réparatrice et conservatrice à la fois.

On peut fermer la fistule et conserver le rein.

Donc on peut : 1° guérir une infirmité sans lui en substituer une autre; 2° conserver le rein, et, tout en le conservant, rétablir son fonctionnement physiologique.

L'opération convient aux cas où ni l'uretère, ni le bassinet ni les reins ne sont infectés; elle pourrait convenir aux cas où ces conduits seraient infectés, car il serait peut-être possible de les désinfecter au moyen de la sonde urétérale. On restreindrait ainsi les indications de la néphrectomie dans ces cas.

Cette opération peut convenir à tous les cas d'hydronéphrose causée par une lésion accidentelle, chirurgicale ou primitive ayant amené l'oblitération avec fistule urétéro-muqueuse ou urétéro-cutanée ou bien le rétrécissement de l'extrémité vésicale de l'uretère.

R. Romme.

(1) Voyez *Mercredi médical*, 1893, p. 540.

TRAVAUX ORIGINAUX

La prophylaxie administrative de la variole à Paris en 1893-1894, par M. le Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation.

Parmi les maladies transmissibles qui sévissent d'ordinaire à Paris, la variole est l'une de celles dont la gravité est le moins grande; mais elle procède par poussées épidémiques à périodicité presque régulière; si bien que lorsqu'elle vient à augmenter, il convient de ne pas hésiter un instant et d'en préparer l'attaque résolument.

I

En 1870-1871, la variole fit, pendant le siège, un nombre considérable de victimes qu'on a évalué à près de 15,000. Si le chiffre des décès n'a pu être exactement calculé pour 1870, on en put compter 2,777 en 1871, soit une mortalité de 149 p. 100,000. Depuis cette époque, la variole a eu la marche suivante :

Mortalité par la variole à Paris.

Années	Décès		Pour 100.000 h.	Années	Décès		Pour 100.000 h.
—	—			—	—		
1871,	2.777	soit	149	1883,	453	soit	20
1872,	102		5	1884,	75		3
1873,	17		0,9	1885,	194		8
1874,	46		2	1886,	216		9
1875,	253		13	1887,	397		17
1876,	370		19	1888,	292		11
1877,	136		7	1889,	130		6
1878,	89		4	1890,	76		3
1879,	911		43	1891,	39		2
1880,	2.260		99	1892,	42		2
1881,	1.041		44	1893,	260		11
1882,	661		28	1894, (6 premiers mois.)	162		6

Comme on le voit, après 1871 la variole avait cessé, avec une faible exacerbation en 1875, 1876, 1877, lorsqu'en 1879, une nouvelle épidémie grave se montra. L'échéance quinquennale suivante (1885-1886) donna lieu à des manifestations relativement faibles de la maladie. Enfin, l'échéance décennale de 1890-1891, que l'on pouvait justement redouter, fut évitée et les cas de variole se montraient de plus en plus rares, lorsqu'au printemps de 1893, ils augmentèrent peu à peu chaque semaine.

L'épidémie de 1893 ne laissait donc pas que d'être assez menaçante. L'immunité de la population parisienne, du fait des épidémies antérieures ou du fait des vaccinations et revaccinations qu'on accepte et pratique plus volontiers dans de telles circonstances, cette immunité n'était sans doute plus acquise; les premières semaines, l'on pouvait craindre un retour du fléau variolique dans les mêmes conditions qu'autrefois; le relevé que nous avons pu en faire est singulièrement instructif à cet égard.

Cependant l'épidémie, que l'on peut considérer aujourd'hui (juin 1894) comme terminée, a eu une durée incomparablement moins longue que les précédentes; elle fit un nombre de victimes beaucoup moins considérable et elle procéda par à-coups successifs, montrant ainsi, c'est du moins ce que nous voudrions prouver, que partout où elle apparut, elle fut assez vigoureusement combattue pour cesser bientôt et pour ne donner lieu à aucun foyer permanent, contrairement à ce qui fut antérieurement et toujours observé.

II

Dans un travail récent, le savant et dévoué directeur du service de la vaccine à l'Académie de médecine, M. le Dr Hervieux, a fait remarquer que l'épidémie de variole qui sévit en France en 1893, avait son origine première en Angleterre, d'où elle fut importée d'abord dans les départements qui sont le plus en rapport avec le littoral de la Manche. A Paris, nous savons que certaines communes de la banlieue nord-est, telles que Pantin, Aubervilliers, Levallois-Perret, étaient le siège d'épidémies varioliques assez sérieuses pendant les premiers mois de 1893, avant qu'on signalât une augmentation de la maladie dans l'enceinte parisienne.

Toutefois, ce ne furent pas tout d'abord les arrondissements de Paris les plus proches de cette région qui furent frappés par la variole. Il semblerait que le XIIIe arrondissement devrait être considéré comme le foyer initial de l'épidémie, s'il ne fallait remarquer que la partie de cet arrondissement qui fut le plus éprouvée fut celle qui était habitée par une population ouvrière misérable, plus particulièrement occupée au triage des chiffons et à des industries l'obligeant à des déplacements quotidiens à travers tout Paris.

Peu de temps après, le centre d'épidémie fut nettement localisé au XVIIIe arrondissement, proche des communes de la banlieue dont nous venons de parler; c'est là, d'ailleurs, que la maladie parut le plus résistante, formant de temps à autre de nouveaux foyers secondaires, tenant pour une part à la difficulté que l'application des mesures prophylactiques y éprouvait sans cesse.

En étudiant la marche de l'épidémie à travers Paris, l'on est de suite frappé de ce fait que plusieurs parties de Paris restèrent indemnes. Les arrondissements les moins frappés sont ici, comme pour toutes les maladies épidémiques, ceux qui sont habités par une population aisée et sur le territoire desquels la densité de la population est le moins grande. Ce sont aussi ceux dont les habitants ont le plus de facilités pour bénéficier des avantages de la vaccination et de la revaccination.

D'ailleurs, c'est la population pauvre qui, comme toujours, paya le plus fort tribut à l'épidémie, ainsi qu'en témoignent les chiffres ci-dessous :

Varioleux soignés dans les hôpitaux de Paris (1893 et 6 mois 1894).

	Admis	Sortis guéris	Décédés
Sexe masculin..........	1.534	1.364	170
Sexe féminin...........	1.568	1.434	134
	3.102	2.798	304

Ainsi, sur 422 décès, 304, soit les trois quarts, ont eu lieu dans les hôpitaux.

La mortalité parmi les décédés dans les hôpitaux a été, d'après les chiffres qui précèdent, de 9,80 0/0, qui, si on l'applique aux 422 décès, chiffre total observé tant à l'hôpital qu'en ville dans l'année 1893 et dans les six premiers mois de 1894, donne un nombre de 4,306 cas. Mais on doit, en réalité, l'augmenter quelque peu; car le service municipal de désinfection s'est rendu dans près de 6,000 logements pour des cas de variole, ainsi qu'on le verra plus loin. Il faut aussi admettre qu'en ville, la léthalité de la variole a été moindre, soit que les cas aient été moins graves, soient qu'ils aient pu être plus rapidement et plus facilement traités. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que la variole en 1893-1894 a été des plus graves; ceux qui en ont été atteints ont succombé dans une proportion assez élevée pour que l'on puisse en inférer que la population parisienne était très sérieusement menacée.

Aussi était-il du devoir de l'administration municipale de fournir à celle-ci tous les moyens prophylactiques dont il convient d'user en pareil cas, à savoir : l'information officielle des cas observés; l'isolement pratiqué dans la mesure du possible, notamment par l'hospitalisation dans des locaux spéciaux et appropriés où les varioleux sont transportés à l'aide de voitures également spéciales et appropriées; la désinfection et surtout la vaccination et la revaccination.

Nous n'avons pas à refaire ici l'exposé de l'organisation des services administratifs institués depuis plusieurs années à Paris dans ce but; on nous permettra toutefois d'insister plus particulièrement sur ceux qui ont été surtout utilisés au cours de l'épidémie récente de variole et dont nous avions l'honneur d'avoir la direction ou la surveillance.

III

Au mois de juillet 1892, au début d'une épidémie de choléra, le Conseil municipal demanda à M. le Préfet de la Seine la création d'un service spécial, dénommé Inspection générale de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation, qui est spécialement chargé d'assurer la prophylaxie des maladies transmissibles à Paris. Il s'efforce de recueillir le plus rapidement possible toutes les informations qui lui permettent de connaître l'existence des cas de ces maladies et d'assurer non moins rapidement l'exécution des mesures prophylactiques susceptibles d'en entraver la propagation.

Dès l'apparition de l'épidémie de variole dont nous nous occupons en ce moment, l'Inspection générale de l'assainissement s'empressa de multiplier ses moyens d'information ordinaires, à savoir : le relevé fourni par les mairies des décès déclarés; l'indication du domicile et du nom de tout varioleux reçu à l'hôpital; le relevé, envoyé par les directeurs ou directrices d'écoles, des enfants malades; les demandes de désinfection faites par les administrations publiques, les médecins traitants, les familles, les commissaires de police, etc., etc. Un grand nombre de ces informations étant reçues par téléphone ou télégramme, le service était mis à même d'agir vite.

Des voitures de transport sont mises à Paris à la disposition des familles ayant à conduire à l'hôpital un malade contagieux; les ambulances municipales font accompagner le malade par une infirmière diplômée. Les varioleux, on le sait, sont soignés dans des établissements spéciaux qui dépendent de l'administration de l'Assistance publique.

Contre la variole, la prophylaxie par excellence consiste à vacciner et revacciner au plus vite et en masse la population. A Paris, comme nous l'avons exposé ci-dessus, il était certain que la plus grande partie des habitants présentait une réceptivité toute spéciale, en raison de l'éloignement des épidémies antérieures. Parmi les adultes, il est vrai, un grand nombre avaient pu être revaccinés au régiment ou dans les administrations publiques et la population enfantine en âge scolaire avait dû être revaccinée dès l'entrée aux écoles primaires publiques.

L'expérience montra toutefois que la majeure partie de la population parisienne n'était pas revaccinée depuis un temps assez court pour n'avoir pas à redouter l'invasion variolique et, comme toujours, la maladie sévit parmi les adultes. On en peut juger par les chiffres suivants :

Mortalité par variole à Paris, par âge
(1893 *et* 6 *premiers mois* 1894).

0 mois — 3 mois	50	décès	93 avant un an.
3 mois — 1 an	43	—	
1 an — 2 ans	26	—	66 de 1 an à 20 ans.
2 ans — 5 ans	17	—	
5 ans — 19 ans	23	—	
20 ans — 39 ans	126	—	263 après 20 ans.
40 ans — 59 ans	120	—	
60 ans — ..	17	—	
	422	décès.	

Ce relevé témoigne une fois de plus de la nécessité de vacciner les enfants dès les premiers jours de la naissance et de la nécessité non moins impérieuse de soumettre les adolescents, les jeunes gens et les adultes à des revaccinations répétés à intervalles réguliers pendant le cours de la vie.

Au fur et à mesure que les cas de variole commençaient à se multiplier au printemps et pendant l'été de 1893, l'Administration se préoccupait de faciliter à la population parisienne les moyens de se faire vacciner et revacciner. Des instructions pressantes étaient envoyées aux maires et aux administrateurs des bureaux de bienfaisance afin que les habitants de leurs quartiers respectifs fussent informés des jours et heures des séances de vaccinations publiques. Mais on ne tarda pas à remarquer que celles-ci étaient fort peu utilisées par les adultes que leurs occupations ou l'ennui d'un dérangement empêchaient de se rendre dans les locaux où ont lieu ces séances. Aussi se préoccupa-t-on de faire pratiquer les inoculations vaccinales dans les habitations même où l'on constatait des cas de variole. Ou bien l'on pouvait charger des médecins de vacciner, avec du vaccin animal expédié par tube ou sur plaque; ou bien l'on pouvait envoyer des vaccinateurs accompagnés d'une génisse vaccinifère. On ne tarda pas à reconnaître que ce second moyen pouvait seul être assez apprécié pour assurer un grand nombre de vaccinations; après quelques essais, on résolut d'y avoir méthodiquement recours.

Le bureau du Conseil municipal, présidé par M. Humbert, pensa, en effet, qu'au début d'une épidémie variolique aussi menaçante, il y avait lieu d'étendre le service ordinaire de la vaccination publique dont l'administration de l'Assistance publique est chargée dans ses bureaux de bienfaisance. Voulant mettre à profit les moyens d'information que possédait l'Inspection générale de l'assainissement, il confia à celle-ci l'exécution du nouveau service de la vaccination à domicile, avec l'aide de l'Institut de vaccine animale de MM. Chambon et du docteur Saint-Yves Ménard.

Ainsi, l'inspecteur général de l'assainissement eut à sa disposition pour combattre l'extension de cette épidémie: 1° la vaccination à domicile; 2° la désinfection.

Chaque matin, et dans la journée par téléphone en cas d'extrême urgence, il fit connaître à l'Institut de vaccine animale les maisons où il était informé de l'existence de cas de variole. Le jour même, un courrier spécial allait informer les habitants de ces maisons que le lendemain, à une heure déterminée, le service de vaccination et de revaccination gratuites serait mis à leur disposition. A cet effet un écriteau était placé devant la loge du concierge qui donnait l'heure de cette opération. En outre, un grand nombre d'avis libellés comme suit étaient remis aux habitants et à la concierge. Les maisons voisines étaient également prévenues afin que la plus large publicité permît de multiplier le nombre des inoculations vaccinales.

L'avis portait les indications suivantes :

Au recto. VILLE DE PARIS

« Les habitants de la maison rue et ceux des maisons voisines sont prévenus que le Service municipal de vaccination et de revaccination à l'aide de vaccin de génisse, sera à leur disposition dans cette maison, le .

« Ils sont invités, dans l'intérêt de leur santé et dans celui de leurs familles, afin d'éviter la propagation de la variole, à obéir aux prescriptions des médecins qui pratiqueront ces opérations. Ceux d'entre eux qui ne pourraient pas y être présents sont informés, par le tableau ci-après, des lieux, jours et heures des vaccinations gratuites.

« La variole est une maladie éminemment contagieuse. La vaccination et la revaccination « sont les seuls moyens de prévenir et d'arrêter les épidémies de variole » (Avis du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine). »

Au verso.

Le tableau indiquant les lieux, jours et heures des vaccinations et revaccinations gratuites à Paris, par arrondissement, ainsi que l'indication des jours et heures des séances de vaccinations et revaccinations gratuites à l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères.

Le lendemain, à l'heure indiquée, arrivait une voiture conduisant un docteur en médecine, deux aides et une génisse vaccinifère. Suivant les conditions locales, le médecin improvisait une installation dans la loge du concierge, dans une boutique et même, s'il faisait beau temps, dans une cour ou en pleine rue; mais le plus souvent il se rendait avec des lancettes chargées de vaccin recueilli directement sur la génisse dans les divers appartements de la maison.

En général, ce service a été fort bien accueilli par la population; le vaccinateur arrivait, quelquefois, il est vrai, après de longues explications, à faire accepter ses services. Si les cas de variole ne sont pas connus d'avance, quelques personnes seulement acceptent la vaccination et alors il fallait revenir quelque temps après, parfois sur la demande expresse des habitants de la maison; mais lorsque l'épidémie a eu quelque retentissement dans le quartier et surtout quand elle avait fait quelques victimes parmi des personnes non revaccinées ou non vaccinées, le plus grand nombre des habitants tendaient leur bras au vaccinateur.

La présence de la génisse et cette sorte de mise en scène qui accompagnait son arrivée donnaient au public une confiance absolue et brisaient les résistances. Que de spectacles assez pittoresques n'avons-nous pas observés, dont se sont emparés les journaux politiques et même les journaux illustrés, complices des efforts de l'Administration sanitaire! Au bout de quelques minutes d'hésitation, il n'était pas rare de voir tous les habitants d'une maison venir peu à peu présenter leur bras. En tout cas, aucune réclamation n'a été adressée contre le service ni contre les suites des opérations vaccinales.

Il fut ainsi pratiqué 59.638 opérations vaccinales, dont 2.527 vaccinations et 57.111 revaccinations dans 1.902 maisons, du 3 septembre 1893 à fin mai 1894.

Ces nombres équivalent à une proportion d'environ 32 opérations vaccinales par maison; mais ce n'est là qu'un chiffre très relatif, car les opérations ont considérablement varié, suivant les quartiers et suivant l'époque de l'épidémie. Il est certaines habitations dans les quartiers populeux où plus de 200 opérations ont été pratiquées; il en est d'autres, par contre, plus particulièrement dans les hôtels meublés, où il était difficile de faire plus de quatre ou cinq revaccinations, la plupart des locataires étant absents.

Cependant les heures de ces opérations étaient, en général et autant que possible, choisies de telle sorte que les habitants fussent chez eux : le matin ou le soir.

Souvent et lorsque l'épidémie sévissait dans plusieurs maisons d'une même rue, on fit des séances le dimanche matin, de façon à y réunir un grand nombre de personnes.

D'ailleurs la crainte de l'épidémie et la contagion de l'exemple développèrent de tous côtés la pratique de la vaccination et de la revaccination. Jamais on n'avait autant vacciné et revacciné à Paris. M. Hervieux le fait remarquer dans la communication académique à laquelle nous avons fait allusion plus haut : « Le total des inoculations nécessitées par l'épidémie actuelle s'élèvera, en chiffres ronds, dit-il, à 217.000 sans compter celles de l'armée. »

Le Bulletin mensuel de la statistique municipale de la Ville de Paris évalue à 144.381 le nombre total des opérations vaccinales effectuées en 1893 dans les hôpitaux, les bureaux de bienfaisance, à l'Académie et sous les auspices de l'Inspection générale de l'assainissement. Si l'on y ajoute les opérations vaccinales faites dans les premiers mois de 1894, celles qui furent pratiquées directement dans les écoles et par les médecins dans les familles de leurs clients ou par les Instituts de vaccine, on obtient aisément le chiffre indiqué par M. Hervieux et que nous rappelons plus haut. Nous croyons même qu'il pourrait être augmenté encore.

Ainsi, rien que dans les écoles primaires publiques de la Ville de Paris, il fut fait environ 25.000 revaccinations en novembre 1893 et 35.000 environ en janvier et février 1894, plus environ 15.000 dans les lycées, collèges, pensions, orphelinats et administrations publiques, par l'Institut de vaccine animale.

Au moment de la rentrée des classes, nous recommandâmes de ne pas attendre l'époque habituelle des revaccinations et de les pratiquer de suite; mais c'était alors le moment des fêtes franco-russes et nombre de parents refusèrent, par crainte que leurs enfants, si le vaccin prenait, ne pussent prendre part aux fêtes; d'autres raisons d'ordre pédagogique intervinrent également, si bien qu'en raison du nombre relativement restreint des revaccinations opérées et après une enquête minutieuse, l'Institut de vaccine animale voulut bien, sur notre demande, faire de nouvelles séances à l'usage exclusif des enfants des écoles communales. Comme on vient de le voir, ces nouvelles séances donnèrent des résultats très appréciables.

Enfin, on ouvrit, en janvier 1894, le service vaccinal des hôpitaux aux habitants des quartiers voisins; de ce fait, on parvint encore à pratiquer près de 10,000 opérations vaccinales. Tel est l'effort considérable qui fut ainsi fait de tous côtés; nous en jugerons dans un instant les résultats.

IV

En même temps que l'Inspection générale de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation signalait au service de la vaccination les maisons contaminées et contrôlait ce service, elle s'occupait de faire désinfecter ces maisons. Il ne saurait être inutile, en effet, de détruire les germes varioliques déposés sur les effets, linges, literie et objets de toutes sortes salis par le malade, ou charriés dans les diverses parties du local que celui-ci habite. Il convient aussi de ne pas attendre que le malade reprenne ses vêtements pour les désinfecter; car, comme il arrive souvent dans la population misérable, s'il les porte alors qu'il est en puissance de contagion, il ne se réinfectera pas, mais il pourra contagionner ceux qui l'approcheront. C'est pourquoi notre service de désinfection s'adresse à la fois aux maladies en cours et aux maladies suivies de guérison ou de décès.

S'agit-il d'un varioleux, par exemple, qui est en cours de maladie à son domicile, les désinfecteurs se présentent pour pratiquer la désinfection de toutes les parties de ce domicile autres que la chambre qu'il occupe; ils demandent, en outre, les vêtements qu'il portait et les linges salis par lui-même et par ceux qui le soignent; puis ils laissent un sac dans lequel ils recommandent de déposer tous autres linges salis au fur et à mesure de la durée de la maladie. A intervalles réguliers, plus ou moins éloignés suivant les convenances de la famille, les désinfecteurs rapportent les linges désinfectés et les échangent contre ceux qui sont contaminés et qu'ils emportent à la station de désinfection. Lorsque la maladie est enfin terminée par guérison ou par décès, alors qu'on peut sans inconvénient pour le malade entrer dans sa chambre, celle-ci est alors complètement désinfectée par les procédés en usage dans le service municipal de désinfection et tous les linges, étoffes, literie, etc. qu'elle renferme, passés à l'étuve à vapeur sous pression.

Telles sont les mesures, usitées seulement à Paris jusqu'ici, qui ont été appliquées au cours de l'épidémie de variole, comme elles le sont sur nos indications et sous notre direction, pour toutes les maladies transmissibles. Elles ont pour but d'éviter que des objets contaminés échappent à la désinfection. Celle-ci est, en effet, surtout utile, à titre préventif, pendant toute la durée de la maladie; il peut être trop tard de la pratiquer après guérison ou décès. Il importe en particulier d'empêcher que les linges des varioleux soient mêlés au linge ordinaire de la maison et envoyés au blanchissage sans désinfection préalable : ou bien les personnes de service seront contagionnées aisément à leur tour, ou bien ce sera la blanchisseuse elle-même, ce qui n'est que trop commun. Sans compter que les pratiques ordinaires du blanchissage, tel qu'on le fait à Paris, ne suffisent pas toujours à détruire les germes, ainsi que nous avons pu le constater maintes fois.

Les opérations de désinfection faites par le service municipal, à la suite des cas de variole, se sont élevées au chiffre de 6,165 pour l'année 1893 et les six premiers mois de 1894.

Dans ce nombre sont comprises, pour une unité, les désinfections faites en cours de maladie, si bien qu'on ne saurait s'étonner que le nombre total dépasse celui des 4,300 cas de variole auxquels nous avons cru pouvoir évaluer plus haut le chiffre des cas observés dans le même temps, d'après la mortalité et les admissions à l'hôpital. D'autre part, il est quelques opérations effectuées chez des voisins, par mesure de précaution et sur leur demande ou sur notre initiative, dans des maisons plus particulièrement insalubres, qui comptent aussi dans ce même chiffre total. Tel qu'il est, il nous permet de penser qu'il est bien peu de cas de variole pour lesquels le service municipal de désinfection n'a pas eu à intervenir.

On pourrait croire, à voir les chiffres des derniers mois, que l'épidémie, contrairement à ce que nous avons fait observer, est loin d'être éteinte, puisque le nombre des opérations de désinfection est sensiblement le même que celui du milieu de l'année dernière; il y faut voir seulement le témoignage de l'accueil de plus en plus favorable que fait le public au service municipal de désinfection, puisque, d'autre part, nous avons la preuve que le nombre des cas a considérablement baissé et que celui des décès est presque nul depuis plusieurs semaines.

A l'aide de ces moyens prophylactiques, l'administration sanitaire avait l'espoir d'entraver la marche de

l'épidémie de variole dont elle constatait la gravité et l'envahissement progressif vers la fin du printemps de 1893. Dans les premiers mois, elle n'avait guère à sa disposition que la désinfection, et encore celle-ci était-elle difficile à faire accepter en cours de maladie.

Lorsque l'on put se servir à la fois de la vaccination et de la revaccination à domicile, ainsi que de la désinfection de plus en plus pratiquée dans des conditions méthodiques et rationnelles, la lutte commença à se dessiner et bientôt l'on put se rendre compte de ses chances de succès.

En effet, à ce moment existaient dans Paris deux principaux foyers : dans le XVIII° arrondissement, dans les environs de la rue d'Orsel, du boulevard Barbès, de la rue Marcadet, de la rue Myrrha et de la rue de la Chapelle; le second, dans le XIII° arrondissement, rues Harvey, du Château-des-Rentiers, Tolbiac et Patay. L'un et l'autre se trouvaient au centre de quartiers extrêmement peuplés et habités par une population misérable. Telle de ces rues, comme la rue du Château-des-Rentiers, n'avait pas moins de 12 maisons contaminées; rue de Tolbiac, 9; rue de Patay, 15, etc.; l'ensemble des rues s'avoisinant dans ce quartier comptait plus de 60 immeubles habités par des varioleux. La population accepta les mesures de prophylaxie avec un empressement marqué; c'est là notamment que, dans les rues Harvey, Château-des-Rentiers, des Chamaillards, Tolbiac, Patay, presque tous les habitants des maisons venaient d'eux-mêmes s'offrir, dans une boutique ou même en pleine rue. Rue du Château-des-Rentiers, dans 8 maisons, on fit 1230 revaccinations; dans la rue Harvey, occupée presque exclusivement par des chiffonniers, plus de 300 en une seule fois. Il n'y fallut plus revenir que de loin en loin et pour des cas isolés qui ne se propagèrent pas alentour.

Rue de T..., le 3 septembre, le concierge était atteint de variole; il se faisait soigner chez lui; 40 revaccinations sont pratiquées dans la maison. Une dame refuse pour elle et son enfant âgé de 5 mois, disant qu'elle le conduira à la séance de vaccination de la mairie pour obtenir une prime de 2 francs. Tous deux furent atteints de variole, les seuls dans toute la maison; l'enfant mourut.

Rue du C..., le 2 septembre, un épicier, propriétaire de la maison, donne l'exemple et fait revacciner une partie des locataires. Treize jours après, les trois seuls récalcitrants étaient atteints de variole.

Rue P..., le 20 septembre, la plupart des habitants refusent de se faire revacciner, malgré que l'un de leurs voisins fût à l'hôpital atteint de variole; quelque temps après, sept cas de variole s'y produisaient successivement et, bientôt après, tous les habitants réclamaient la revaccination.

Que de faits du même genre nous pourrions citer, en les extrayant du dossier administratif dressé au cours de cette épidémie! Ils se ressemblent tous et montrent que, partout où il fallut intervenir à plusieurs reprises, c'est parce que des refus de vaccination s'étaient produits à la première visite du service ou bien qu'on avait négligé de donner au service de la désinfection tous les objets contaminés.

Maintes fois aussi on a constaté, au cours de cette même épidémie, que la maladie se développa dans la maison d'une blanchisseuse, au voisinage d'un lavoir ou près d'un grand établissement public, tel qu'une pension, où sévissait la variole; ce qui fait encore ressortir à la fois l'utilité de la désinfection journalière du linge et de la literie des varioleux et la nécessité de la revaccination du personnel de tels établissements.

V

Dans une agglomération aussi considérable que celle de notre capitale, les chances de propagation d'une affection si éminemment transmissible se multiplient chaque jour à l'infini; aussi n'oserait-on pas en incriminer ou tout au moins en signaler l'une plutôt que l'autre si l'on devait ici s'exprimer avec une précision toute mathématique. C'est par l'examen de coïncidences spéciales, par l'étude de la marche de l'épidémie dans les divers groupes que l'on peut seulement s'en faire une idée. Nous n'avons même pu faire entrer en ligne de compte la recherche et l'énumération des cas constatés; car nous ne saurions prétendre qu'ils sont tous parvenus à notre connaissance, d'autant que nous avons recueilli à cet égard des données généralement assez peu concordantes. Aussi croyons-nous plus équitable d'envisager la marche de cette épidémie d'après la répartition des décès, telle que nous l'avons retracée dans l'un des tableaux qui précèdent.

L'invasion du XIII° arrondissement, dans la partie qui forme le quartier de la Gare, peut être considérée comme ayant été la cause de l'apparition d'une bande de forains nomades installée dans des conditions incroyables d'insalubrité; ils y eurent plusieurs malades dans leur campement sur le bord d'un boulevard longeant les fortifications; lorsqu'on voulut y pratiquer des mesures de salubrité et les revacciner, ils déguerpirent.

Le foyer voisin qu'ils avaient formé ne disparut que lorsqu'on eut pu intervenir comme nous venons de le rappeler. En même temps, les cas multipliés dans le XVIII° arrondissement diminuèrent peu à peu.

C'est alors que les quartiers si populeux du XI° arrondissement furent envahis; en quelques jours, des cas se montrèrent de côté et d'autre dans cette agglomération de 213.568 habitants, principalement dans la rue Popincourt, le boulevard Voltaire et les rues voisines, avec une tendance marquée à se propager vers la rue du Faubourg-Saint-Antoine et les parties limitrophes du XII° arrondissement (112.684 habitants).

En même temps qu'au bout de quatre à cinq semaines, les foyers de ces arrondissements s'éteignaient peu à peu, il s'en formait, comme de véritables fusées, dans les parties voisines du X° et du IV° arrondissement.

Puis le XVIII° et le XIX° se reprenaient dans les quartiers au voisinage des fortifications, dont les localités riveraines de la banlieue étaient contaminées.

Enfin, la lutte, se circonscrivant de plus en plus, cessait plus aisément sur tous les points. Sans doute il serait d'un grand intérêt, si nous ne craignions d'allonger outre mesure cette note, d'écrire cette histoire au jour le jour, telle que nos documents et les fiches conservées pour chaque cas observé permettraient de le faire. Il nous suffit, ce nous semble, de faire ressortir les deux faits suivants :

1° Au lieu que la maladie ait eu, comme dans les épidémies précédentes de variole, une courbe régulièrement ascendante puis régulièrement descendante semaine par semaine, l'épidémie de 1893-1894 a procédé par bonds successifs, paraissant à certains moments terminée pour reprendre la semaine suivante;

2° Jamais cette épidémie n'a persisté longtemps dans le même quartier avec une grande intensité, et lorsque la mortalité venait à se relever, c'est toujours du fait de l'apparition de nouveaux cas dans un autre quartier de Paris, où elle s'éteignait promptement à son tour.

CONCLUSIONS.

Ces constatations encouragent, pensons-nous, la Ville de Paris à se tenir prête à toute nouvelle éventualité

pareille. Le Conseil municipal s'est prononcé dans ce sens, si bien que, même depuis que l'épidémie a cessé, dès qu'un ou plusieurs cas de variole viennent à se montrer dans des maisons voisines ou dans des quartiers rapprochés, les mesures prophylactiques que nous venons de rappeler sont immédiatement prises.

L'administration sanitaire d'une grande ville doit être outillée de telle sorte que la prophylaxie suive immédiatement l'information de toute manifestation épidémique; on l'a compris à Paris, grâce à la libéralité de ses édiles. L'exemple que nous nous sommes permis de rapporter nous paraît bien fait pour légitimer de tels sacrifices; que de vies humaines, de ruines et de misères ils ont permis d'épargner! L'épidémie de 1893-1894 aura duré une année, avec une mortalité faible, tandis que toutes les épidémies antérieures qui débutèrent de la même façon durèrent un temps incomparablement plus long et eurent toujours une mortalité plus élevée.

Combien, d'autre part, ils se trouveraient diminués si, à défaut de la bonne volonté des particuliers, la vaccination et la revaccination antivarioliques pouvaient être pratiquées légalement à des époques régulières de l'existence, ainsi que tous les hygiénistes le réclament depuis si longtemps des pouvoirs publics! S'il en était enfin ainsi dans notre pays, des éventualités telles que celle dont nous venons de rappeler les principales conséquences ne seraient plus même à redouter.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Cas d'épilepsie jacksonienne; cessation des accès après l'opération (Case of jacksonian epilepsy; cessation of fits after operation), par CUNNINGHAM (*The New-York medical journal*, 7 juillet 1894, n° 814, p. 15). — Il s'agit dans le cas rapporté de l'observation d'un jeune nègre de forte constitution, qui n'a jamais souffert d'autre chose que l'état actuel survenu chez lui à la suite d'une fracture du crâne consécutive à un accident qui consista en ce qu'il fut atteint d'un coup de brique sur la partie antérieure gauche du crâne. Il perdit aussitôt connaissance pendant 4 jours, et à la suite il se trouva presque complètement paralysé du membre supérieur droit et aphasique. A ce moment, il fut opéré pour compression osseuse du cerveau par un médecin, et se rétablit de son aphasie. Toutefois, des accès ne tardèrent pas, quelques semaines après, à se manifester, accès ayant tout à fait l'apparence de l'épilepsie partielle à début par l'index. C'est à de certaines particularités de l'accès que ressortit l'intérêt du cas. Pendant l'accès, les signes apparurent, disparurent ensuite dans un ordre de temps tout à fait régulier; le début se fit par des douleurs du membre, puis par des mouvements du doigt index, du pouce, de la main, de l'avant-bras et de la face. Le malade devint aphasique, enfin la sensibilité elle-même se prit. C'est dans un ordre régulièrement inverse que les mêmes troubles s'atténuèrent ensuite après la fin de l'attaque. La trépanation et l'ablation d'épaississement méningitique entraînèrent la guérison. La lésion siégeait dans la 2° circonvolution frontale du cerveau.

Que faut-il penser de la télépathie? par CHRISTIAN (*Archives de Neurologie*, avril 1894, n° 36, p. 252). — Cette science, « qui ose étudier scientifiquement le lendemain de la mort » et venue d'Amérique et d'Angleterre, a été hautement et sincèrement parrainée en France par un des professeurs de la Faculté. Elle ne saurait prétendre, selon l'auteur, à l'autonomie qu'on a revendiquée pour elle; car les faits qui s'y rapportent ressortiraient seulement à des coïncidences fortuites ou mieux invoquées inconsciemment, d'hallucinations survenues chez des sujets, du reste, sains d'esprit. Elle rentrerait ainsi dans la catégorie vulgaire des hallucinations. L'auteur appuie cette manière de voir, non seulement sur une étude comparée des hallucinations telles qu'on les observe chez diverses catégories d'aliénés et chez des sujets sains, avec les hallucinations télépathiques; mais encore celle de l'examen critique des hypothèses peu plausibles susceptibles d'expliquer la télépathie avec l'interprétation plus admissible de faits pathologiques analogues.

Accès d'épilepsie suivi d'inconscience ayant duré 46 heures (An epileptic fit followed by forty-six hours inconsciousness), par FÉLIX ROTH (*The Lancet*, 28 juillet 1894, n° 3700, p. 190). — Il est probable, sinon certain, qu'il s'est agi d'un accès d'épilepsie suivi d'un état d'inconscience qui a persisté avec une durée tout à fait extraordinaire et une intensité inusitée, près de 46 heures. Seul cet état a été constaté par l'auteur qui, s'il sait qu'il existe dans le pays des fièvres pernicieuses, a établi aussi que le malade offre d'autre part des antécédents héréditaires similaires directs de mère et de sœur. Celui-ci, dont les fonctions nutritives s'accomplissent normalement, est complètement insensible à toute excitation extérieure, tous ses réflexes généraux, tendineux, muqueux, sont complètement absents. Cet état, après une durée de 5 jours pendant lesquels il persista sans modifications, s'atténua peu à peu : les mouvements volontaires reparurent, puis les réflexes, enfin la conscience, et le rétablissement fut complet après quelques semaines, sans qu'il revînt (5 mois d'observation) d'autres attaques.

Abcès de l'hémisphère cérébelleux droit associé à des accès convulsifs et à une paralysie du même côté (Abcess in the right cerebellar hemispher associated with paralysis and fits limited to the same side), par DAVID DRUMMOND (*The Lancet*, 28 juillet 1894, n° 3700, p. 190). — Le cas rapporté très sincèrement de cette erreur de diagnostic est extrêmement curieux. Une petite fille âgée de neuf ans, souffrant depuis très longtemps d'un écoulement purulent de l'oreille droite qui la laisse habituellement relativement en bonne santé, est prise tout à coup de vomissements, de céphalée, puis d'une paralysie du côté droit; enfin, d'accès épileptiformes limités à ce côté qui se reproduisent toutes les heures et s'accompagnent parfois d'aphasie. L'examen des yeux montre une névrite optique au début, celui des oreilles décèle la présence d'un pus fétide dans le conduit auditif droit. En présence de l'inconscience qui accompagne les accès, de la paralysie hémiplégiforme, on pense à une lésion du lobe temporo-sphénoïdal gauche du cerveau, et on intervient par une trépanation exploratrice au niveau du centre du bras droit. On ne découvre rien, ni là ni sur le lobe cérébelleux correspondant. Après 5 jours de mieux, après l'opération, l'enfant succombe la semaine suivante au retour aggravé des premiers accidents, et à l'autopsie on ne découvre aucune lésion des hémisphères du cerveau. Il existe, d'autre part, une énorme cavité abcédée pleine de pus, occupant le lobe droit du cervelet qui, distendu, semble comprimer le bulbe.

L'interprétation est discutée, mais la question est très difficile à résoudre.

Délire aigu avec autopsie et examen bactériologique du liquide cérébro-spinal (A case of acute delirium with autopsy and bacteriological examination on cerebro-spinal fluid), par POTTS (*Medical News*, 30 juin 1894, n° 1120, p. 718). — Un médecin âgé de 43 ans, sans antécédents notables, a présenté à la suite d'excès de whiskey et de morphine des accidents de manie, puis de délire aigu avec inconscience, refus d'alimentation. Son état s'est très rapidement aggravé, la respiration s'est prise, la température s'est élevée, et la mort est survenue. A l'autopsie, on ne trouve pas dans les méninges ni dans le cerveau d'altérations notables, mais le liquide infectieux recueilli dans la cavité arachnoïdienne, en raison de l'emploi préalable d'instruments douteux, pour l'ouverture du crâne, ne permet pas d'attribuer de valeur à la présence des microbes vulgaires que l'exsudat contenait. La question de l'urémie n'est du reste pas posée, bien que le malade ait présenté le type respiratoire de Cheyne-Stokes.

Cas de paralysie bulbaire unilatérale subaiguë (A case of subacute unilateral bulbar palsy with autopsy), par A. WIENER (*The New York medical Journal*, 14 juillet

1894, n° 815, p. 33). — Etude anatomo-clinique d'un cas rare de paralysie bulbaire unilatérale subaiguë, chez un sujet âgé de 18 ans; la littérature médicale ne renferme guère que 5 ou 6 cas de ce genre. Le sujet de cette observation est un homme de 17 ans, sans antécédents, porteur d'adénite tuberculeuse, qui présenta successivement une paralysie progressive atrophique de la moitié droite de la langue, du voile du palais, des muscles sterno-mastoïdiens et du trapèze, des muscles du larynx du côté droit. Il mourut d'un accès dyspnéique, la respiration et la circulation ayant été atteintes deux mois après. L'autopsie permit de constater des altérations dégénératives des noyaux du côté droit du vague de l'hypoglosse et de l'accessoire du vague, représentant une véritable lésion de toute la colonne ganglionnaire de la respiration. On sait en effet que ces divers noyaux paraissent préposés par leur action combinée à la déglutition, à la vocalisation et à l'articulation. Il est admissible que des rapports soient créés entre ces centres et ceux de la respiration, et sans doute des fibres du glosso-pharyngien sont-elles les agents de cette association en s'unissant à celles de l'hypoglosse. C'est ainsi que s'expliqueraient la perte des réflexes et la paralysie du voile.

CHIRURGIE

Phlébite suppurée (Exstirpation eine ansgedehnten Netzes eiterig thrombosister Venen), par Pinatti (*Wien. med. Presse*, 1894, n° 25, p. 961). — Un étudiant en médecine reçoit, en faisant les armes, un coup d'épée qui lui sectionne la veine médiane au niveau du coude. On fait sur-le-champ la ligature de la veine sectionnée, mais les jours suivants la plaie se met à suppurer et lorsqu'au bout de quinze jours le malade arrive à la Clinique, on trouve une thrombose suppurée de presque toutes les veines de la face postérieure de l'avant-bras, un empâtement phlegmoneux de la région et une fièvre de 40°. Sous le chloroforme, on fait une incision longeant l'avant-bras et on en résèque toutes les veines suppurées et le tissu cellulaire environnant. Le lendemain on constate que la veine médiane est prise à son tour. Nouvelle incision allant de l'épaule au coude et extirpation de la veine. Guérison après une convalescence difficile.

Extirpation d'un kyste du pancréas (Exstirpation einer Pankreacyste), par Zweifel (*Centralbl. f. Gynækol.*, 1894, n° 27, p. 641). — Il s'agit d'une femme de 64 ans entrée à l'hôpital pour une tumeur abdominale développée depuis trois ans sans trop retentir sur la santé générale. A l'examen on trouvait, dans la partie supérieure de l'abdomen, une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, de surface lisse, de consistance rénitente, sans fluctuation, mate à la percussion, ne suivant pas les mouvements du diaphragme et indépendante des organes génitaux.

A l'ouverture de la cavité abdominale et après la section du grand épiploon, il fut facile de constater que la tumeur, un kyste, appartenait au pancréas. Pendant les essais d'isolement, la tumeur se rompit et un flot de liquide souilla les compresses qui protégeaient la cavité abdominale. Isolement assez laborieux et extirpation du sac, suture de la cavité dans laquelle était logé le kyste et suture de la plaie abdominale. Suites opératoires simples, sauf une glycosurie passagère. Guérison.

BIBLIOGRAPHIE

Dégénérescence, par Max Nordau; traduit de l'allemand par Auguste Dietrich; 2e édition; 2 volumes. Paris, F. Alcan, 1894, prix : 17 fr. 50.

Quel que soit le jugement définitif que porteront sur l'œuvre de M. Max Nordau sinon les écrivains, les philosophes et les artistes qu'il traite si durement, du moins les critiques impartiaux, une première réflexion s'impose. L'auteur a su prouver qu'il était tout à la fois très érudit, très consciencieux et très sincère. Il a beaucoup lu, très attentivement étudié non seulement les ouvrages de ceux qu'il malmène sans merci, mais encore les traités de psychiâtrie et de neuropathologie qui lui semblaient devoir fournir à la thèse qui lui est chère les plus solides arguments. S'il a souvent pris à parti la France et les Français, il n'a point ménagé ses compatriotes. Les wagnériens se sentiront sans doute plus blessés encore que les admirateurs de Zola, et si les symbolistes et les décadents n'ont point à se louer des mordantes épithètes que leur décoche l'âpre critique, les disciples de Nietzsche et les *jeunes allemands* n'admettront jamais non plus qu'on ait le droit de traiter avec autant de sévérité des œuvres qu'ils admirent béatement.

Il ne nous appartient point d'ailleurs de suivre pas à pas M. Max Nordau dans l'étude si suggestive qu'il a tracée du mysticisme, de l'égotisme ou du réalisme. Désireux seulement d'encourager nos confrères à lire, dans cet ouvrage, d'ardents plaidoyers en faveur de la science et de sa haute portée philosophique et sociale, nous ne prétendons ici que donner un court aperçu de ce qu'a voulu prouver l'auteur.

Les titres de quelques-uns de ses chapitres sont à cet égard assez curieux à citer. Ils prouvent tout au moins la tournure d'esprit de M. Max Nordau. Le livre premier intitulé *Fin de Siècle* comprend 4 chapitres : Crépuscule des peuples, symptômes, diagnostic, étiologie, et le dernier livre, intitulé : *Le Vingtième Siècle*, comprend le pronostic et la thérapeutique de notre état social.

Dès le début on sent que l'on a affaire à un esprit ardent, très convaincu de la vérité de sa doctrine, très décidé à appliquer aux œuvres des littérateurs et des artistes les procédés dont le grand criminaliste Lombroso a tant abusé pour expliquer, sinon pour excuser, les crimes les plus odieux. Qu'il y ait, en littérature aussi bien qu'en art, des écoles dont les chefs semblent plus ou moins aliénés, nul ne saurait le nier. N'est-ce point aller trop loin cependant que de proclamer que ces dégénérés « présentent les mêmes traits intellectuels ou somatiques que ceux qui satisfont leurs instincts malsains avec le surin de l'assassin ou la cartouche du dynamiteur au lieu de les satisfaire avec la plume ou le pinceau »? Et celui qui, après y avoir mûrement réfléchi, n'hésite pas à écrire les lignes que nous venons de citer ne s'expose-t-il pas au reproche d'être traité lui-même de pessimiste, d'hypochondriaque et par conséquent de dégénéré?

Voyons cependant par quels arguments il défend sa thèse.

Après avoir, dans un premier chapitre, très adroitement et très pittoresquement mis en lumière les travers, parfois cependant excusables, de notre société moderne; après avoir singulièrement exagéré la portée de ce mot : « *fin de siècle* », qui n'a eu de succès que parce qu'il était vraiment caractéristique d'une époque de transition dont il serait inutile de détailler ici les principaux aspects, M. Max Nordau, par d'habiles emprunts au livre classique de Morel et à d'autres traités d'aliénation mentale ou de pathologie nerveuse, s'efforce de montrer que tout dans notre pauvre France est dégénérescence et hystérie. On ne peut manquer de sourire lorsqu'on le voit déclarer sérieusement que l'on peut expliquer, par la seule conformation de leur rétine, les divergences qui, au point de vue du coloris, séparent Puvis de Chavannes de Besnard et affirmer que les peintures violettes de Manet sont dues à ce que le violet est inhibant et dépressif et démontre la débilité nerveuse de celui qui emploie cette couleur, le rouge, au contraire, étant dynamogène et éveillant dans l'âme de celui qui le voit des sensations agréables et excitantes.

Pour être à même d'appliquer aux observations recueillies en vivant dans la familiarité des artistes ou des écrivains les données de la psychiatrie ou de la psychologie expérimentale, il faut un discernement, une pondération d'esprit qui, malgré ses grandes qualités d'érudit et d'analyste, paraît manquer à M. Max Nordau. Admettre les fantaisies du professeur Garner dont les études sur le langage des singes ne sont acceptées par aucun naturaliste; prendre au sérieux les élucubrations du Sâr Peladan; dire, à propos de Wagner, que son état intellectuel n'est que du sadisme et que, dans ses pièces, « les amants se comportent comme des matous enragés qui se roulent, avec des extases et des spasmes, sur une racine de valériane », ou encore affirmer, contrairement à la vérité des faits, que la caractéristique de l'hystérie est toujours le *tædium vitæ* et que les hystériques sont toujours sombres et découragés, n'est-ce pas exagérer singulière-

ment ce que peut donner le pessimisme appliqué à l'examen d'un état social dont on doit sans doute blâmer, mais dont il importe de juger sainement les écarts?

Mais, cette part faite à la critique, il importe de reconnaître que bien des appréciations sont justes dans l'œuvre de M. Max Nordau. Il est vrai que notre race s'est trouvée affaiblie par les formidables saignées des guerres du premier empire, par les émotions de la guerre de 1870 et aussi, l'auteur oublie d'en parler, par les excès et les abus de la méthode de Broussais. Il est certain que parmi les artistes et les poètes de notre siècle plusieurs sont arrivés à un degré d'aberrat on qui frise l'aliénation mentale. On ne peut nier que l'activité fiévreuse de l'existence, la trop grande rapidité des communications, le surmenage de tous n'amènent et ne provoquent les désordres mentaux stigmatisés dans ce livre. L'étiologie de notre état social nous paraît exacte si le diagnostic et le pronostic nous semblent trop poussés au sombre.

Quant au traitement, M. Max Nordau croit-il sincèrement qu'après la mort successive des dégénérés qui s'éteindront peu à peu, la fécondité de la race diminuant avec sa dégénérescence, le monde du XXe siècle saura entraver les progrès de la science et de l'industrie et, pour rendre la vie plus douce et plus facile, « renoncer aux conquêtes qui exigent trop du système nerveux? » Pour notre part, nous hésitons à le croire. Nous pensons plutôt qu'une hygiène mieux comprise saura venir à bout des causes multiples de l'affaiblissement organique. Nous croyons que la période que nous traversons, cette période *fin de siècle*, pour employer l'expression qui blesse tant notre auteur, est une période essentiellement transitoire comme on en a rencontré plusieurs déjà dans l'évolution de l'humanité et que, dans un avenir peut-être prochain, la littérature et l'art s'assagiront en même temps que progressera la science, dont M. Max Nordau a si bien montré l'influence et la force.

Nous ne voulons pas terminer cette rapide analyse sans rendre justice au réel talent du traducteur. Tout ce livre est écrit d'un style très français. M. Auguste Dietrich a su rendre très fidèlement la pensée de l'auteur, tout en nous laissant parfois l'illusion de croire qu'il a écrit dans notre langue, avec nos néologismes et nos familiarités d'expression, un livre que, malgré les réserves qu'il soulève, nous ne saurions trop recommander aux médecins français.

L. LEREBOULLET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

REMARQUES SUR L'APPENDICITE, par RICHARDSON (Extrait de l'*American journal of medical Sciences*, janvier 1894).

Le nombre de morts par appendicite est beaucoup plus grand qu'on ne le croit en général, car on commet souvent des erreurs de diagnostic. Bien des malades meurent d'appendicite sans qu'on soupçonne même la cause de leur mort. L'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic : il décrit la douleur, les vomissements, la diarrhée, l'époque à laquelle se fait la perforation.

Il s'occupe des appendicites à rechute et s'élève contre l'usage des purgatifs salins qui peuvent déterminer de graves désordres. Après s'être occupé de l'anatomie pathologique et de la bactériologie de cette affection, il passe au pronostic qui est extrêmement variable. Enfin, il termine par une table de 181 cas sur lesquels il appuie ses remarques.

Thèses de Paris.

RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DES ANGINES AIGUES NON DIPHTHÉRIQUES, par Adrien VEILLON.

On trouve des microbes pathogènes dans la gorge des malades atteints d'angines aiguës non diphthériques (angines catarrhales, tonsillaires ou généralisées, angines pseudo-membraneuses, angines phlegmoneuses). Ces microbes pathogènes sont le streptocoque pyogène virulent, le pneumocoque plus ou moins virulent, le staphylocoque pyogène. Le streptocoque pyogène existait dans tous les cas, 24 fois sur 24. Il était le plus souvent associé au pneumocoque plus ou moins virulent et quelquefois au staphylocoque. Dans 7 cas, le streptocoque existait à l'exclusion d'autres microbes pathogènes. Il paraît jouer le principal rôle.

Ces résultats bactériologiques ont été les mêmes, bien que l'examen ait porté sur des angines cliniquement différentes : angines catarrhales, angines pseudo-membraneuses, angines phlegmoneuses.

Ces angines, différentes par leur aspect, paraissent être de la même nature. Toutes sont causées par le streptocoque pyogène seul ou associé au pneumocoque, au staphylocoque. Les différences cliniques ou anatomiques tiennent, d'une part, à la localisation du microbe pathogène qui peut évoluer sur la muqueuse, dans la muqueuse ou dans le tissu cellulaire sous-jacent, et, d'autre part, à la virulence du microbe et à la réceptivité du sujet.

Le même microbe peut causer une inflammation superficielle, purement catarrhale, ou bien une exsudation fibrineuse, ou bien un phlegmon; il peut enfin se généraliser, causer des arthrites, des éruptions et amener la mort par septicémie.

Le streptocoque des angines est identique au streptocoque pyogène ou de l'érysipèle, car ces deux derniers sont maintenant confondus. Il doit être différencié du streptocoque de la salive qui habite normalement toutes les gorges et qui n'est pas pathogène. Ce streptocoque de la salive, qu'on obtient très facilement par la culture des exsudats retirés de la gorge des malades, a dû être la cause de nombreuses confusions qui ont obscurci la question des streptocoques des angines.

Il est possible que certaines angines soient dues exclusivement au pneumocoque ou à d'autres microbes, mais elles doivent être plus rares, puisque sur 24 cas nous n'en avons pas trouvé une seule.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PATHOGÉNIE DES PHLEGMONS PÉRI-MAXILLAIRES D'ORIGINE DENTAIRE, par Louis DUMONT.

Le plus souvent, les phlegmons péri-maxillaires ont pour origine une *arthrite alvéolaire*. L'on peut même considérer comme exception toute autre origine. L'intégrité des dents a causé de nombreuses erreurs sur le point de départ de ces phlegmons; or, nous savons que les couronnes dentaires peuvent être saines, bien qu'il y ait *arthrite alvéolaire*. L'intervention doit être rapide, et faite d'abord sur le lieu de début ; c'est pour avoir méconnu ce principe que, souvent, les formes les plus redoutables ont pu naître des lésions initiales les plus insignifiantes. Il y a donc là une question de mesure et d'opportunité.

ETUDE SUR LA HERNIE ÉPIGASTRIQUE ET SON TRAITEMENT, par le docteur Emmanuel CHAILLOUX.

De l'étude que nous venons de faire de la hernie épigastrique, nous pensons devoir tirer les conclusions suivantes :

1° Avec tous les auteurs, nous admettons la gravité des signes fonctionnels de cette hernie, gravité qui n'est pas en rapport avec ceux que donne l'examen physique et qui entraîne souvent des erreurs de diagnostic.

2° La graisse sous-péritonéale, grâce à sa fluidité, paraît, plus encore que dans toute autre hernie, jouer un rôle prépondérant dans le mécanisme de la formation de la hernie épigastrique.

3° La cause des troubles digestifs et des crises douloureuses paraît bien résider dans la compression des rameaux nerveux qui accompagnent le pédicule herniaire. Cette compression agit directement pour produire les uns, et par voie réflexe pour donner naissance aux autres. Nous admettons cependant que les adhérences épiploïques et intestino-épiploïques prennent une part importante dans la pathogénie de ces accidents, mais l'absence de ces lésions dans le cas de hernie graisseuse augmente encore la valeur du premier mode pathogénique.

4° Le traitement palliatif au moyen d'un bandage est inefficace et même souvent dangereux par sa tendance à augmenter le volume de la hernie. Il doit être réservé à certains cas spéciaux.

5° La cure radicale est le traitement de choix. Cette opération faite avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires et d'une façon sérieuse est inoffensive, et assure la guérison complète de la hernie et la disparition de ces accidents.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

Un médecin condamné en Cour d'assises. Rôle des experts. Mesures à prendre.

Retenu loin de Paris pendant plusieurs semaines, je n'ai pu associer la *Gazette hebdomadaire* aux protestations soulevées dans la presse médicale par la condamnation du docteur Lafitte. Il était d'ailleurs trop tard déjà, au moment où M. le docteur Cezilly a si chaleureusement pris la défense de notre malheureux confrère, pour intervenir utilement en sa faveur. La condamnation prononcée après le verdict du jury était définitive. Pour faire admettre par la Cour de cassation le pourvoi formé par Me Haussmann et brillamment soutenu par Me Gauthier (de Clagny), il eût fallu trouver dans la procédure un vice de forme qui, paraît-il, n'existait pas ou n'était pas de nature à faire casser l'arrêt de la Cour de Versailles. Je n'ai donc point à rechercher si, au point de vue de la législation ou des mœurs juridiques, quelques réserves ne seraient pas à faire. Ce qu'il importe surtout, c'est de tirer de ce lamentable procès les enseignements qu'il comporte.

A ce point de vue, une première réflexion s'impose. C'est le 1er février dernier que le docteur Lafitte a été accusé d'avortement. C'est le 6 février que le docteur Vibert a été commis à l'effet d'examiner celle qui, après bien des réticences, accusait son médecin et d'entendre les explications de celui-ci. Le rapport de M. le docteur Vibert a été remis au juge d'instruction le 14 février et c'est le 25 juillet, c'est-à-dire cinq mois plus tard, que le docteur Lafitte comparaissait devant la Cour d'assises de Versailles. Comment se fait-il que, durant ces cinq mois, ni le docteur Lafitte, ni ses amis, ni ses confrères n'aient songé à faire agir près du juge d'instruction ou devant la Chambre des mises en accusation les médecins éminents que nous sommes en droit de considérer comme les défenseurs autorisés du corps médical? Sans doute, et c'est là une constatation qui ne peut être passée sous silence, le docteur Lafitte n'appartenait ni à l'Association générale ni à aucun syndicat. Il ne pouvait être d'office aidé et soutenu par ceux qui ont le devoir de prendre en mains la cause de leurs collègues et de leur prêter l'appui de leur influence. Mais si, fort de son innocence, justement indigné des odieuses calomnies dont il est victime, le docteur Lafitte avait fait appel à leur intervention, les médecins légistes et les représentants officiels de nos associations confraternelles auraient obtenu de l'autorité judiciaire une instruction plus sérieuse qui eût très certainement abouti à un non-lieu. On nous objectera peut-être que nul ne pouvait penser, après le rapport des experts MM. les docteurs Bonneau et Dupont, ni surtout après le rapport si concluant de M. le docteur Vibert, que M. le juge d'instruction, s'appuyant sur les dires d'une fille de moralité suspecte et convaincue de mensonges, poursuivrait cette affaire et que la Chambre des mises en accusation lui donnerait raison. Déjà même, on fait ressortir, en publiant les lettres qu'il a écrites à ce moment, l'état d'âme du docteur Lafitte qui ne se préoccupait nullement de l'accusation portée contre lui. C'est pour bien montrer à tous nos confrères le danger de cette inaction, de cette quiétude d'esprit à un moment où les procureurs et les juges d'instruction ne désarment presque jamais, que nous croyons devoir insister à cet égard. Innocent, le médecin ne devra pas craindre de proclamer hautement que les accusations portées contre lui sont mensongères; il devra toujours, jusqu'à ce qu'il ait obtenu la certitude d'un non-lieu, faire appel à la protection et aux influences de ses confrères. Ceux-ci, et à leur tête M. Brouardel qui n'a jamais, en aucune occasion, manqué à ce devoir, l'écouteront avec bienveillance, le jugeront avec équité et dès lors l'assisteront avec la certitude de lui faire obtenir justice.

Tout autre sera la situation du médecin qui, après avoir opposé une simple dénégation à des accusations qu'il se borne à déclarer ridicules, laissera dire et agir, sans plus se préoccuper de la procédure commencée contre lui. A ce point de vue, l'exemple du Dr Lafitte ne doit point être oublié. Quand on lit attentivement le rapport de M. le Dr Vibert, lorsqu'on le voit affirmer nettement au sujet de la fille Chevalier que « la conduite qu'elle

attribue au Dr Lafitte est, au point de vue purement technique, absurde et inutilement compromettante et qu'en outre la plupart des explications que cette fille donne avec beaucoup de précision et d'assurance sur le détail des manœuvres sont invraisemblables ou inadmissibles », on comprendra difficilement que l'accusation n'ait pas été immédiatement abandonnée; et l'on devra dès lors insister avec d'autant plus d'énergie pour engager tous les médecins qui pourraient désormais être appelés devant un juge d'instruction à ne se désintéresser de l'affaire à laquelle ils ont été injustement mêlés que le jour où une ordonnance de non-lieu aura été définitivement rendue.

Une deuxième question mérite d'être examinée. Plusieurs de nos confrères ont, après le Dr Lafitte lui-même, assez vivement pris à partie le Dr Vibert aussi bien à l'occasion de son rapport qu'à propos de sa déposition verbale. Les conclusions que nous venons de reproduire textuellement et la lecture impartiale du rapport d'expertise démontrent l'injustice de ces attaques. Il est vrai que M. le Dr Vibert a écrit cette phrase : « *Si l'instruction établissait* que M. le Dr Lafitte est réellement coupable, il n'en resterait pas moins vrai que les déclarations de la fille Chevalier sont inexactes sur un grand nombre de points. » Il est non moins exact qu'à l'audience, pressé de questions par le président et le ministère public, il a déclaré « qu'il était difficile d'admettre, mais qu'il n'était pas *absolument impossible* qu'un avortement pût se produire six à huit jours après les manœuvres qui l'ont déterminé ». Mais nous estimons qu'en écrivant ces lignes et en faisant ces déclarations, M. le Dr Vibert remplissait son devoir d'expert. Ceux qui le critiquent oublient que l'expert n'est point un avocat; qu'il n'est appelé devant les tribunaux et ne peut avoir quelque autorité que pour éclairer la partie scientifique de la cause et que c'est dans la science seule qu'il doit chercher la solution des questions soumises à son examen. En vain soutiendrait-on que, devant des jurés trop peu intelligents pour bien comprendre ce que valent ses déclarations, un médecin expert devra nier qu'un avortement puisse jamais se produire dans des conditions exceptionnelles. S'il trahissait la vérité scientifique dans le seul but d'innocenter un accusé, il manquerait à tous ses devoirs et compromettrait gravement dans l'avenir l'autorité et l'influence de tous les médecins légistes. Ce qu'on est en droit de lui demander, c'est d'avoir assez de tact et de présence d'esprit pour bien faire ressortir aux yeux des jurés les conclusions de son expertise, tout en n'affirmant jamais que les seules données de la science. C'est ce qu'a fait M. le Dr Vibert. Ce n'est donc point à lui, ni surtout à lui seul, c'est à l'instruction, c'est peut-être même à la défense de l'accusé qu'il faudrait, au besoin, attribuer le regrettable verdict d'un jury dont la sévérité en pareille matière est depuis longtemps connue.

Que reste-t-il à faire aujourd'hui, puisque les démarches qui auraient pu aboutir avant la condamnation du Dr Lafitte n'ont pas été faites en temps opportun, puisque les requêtes adressées aux magistrats de la Cour de cassation ont été, on nous l'affirme de divers côtés, plus nuisibles qu'utiles? Une seule solution nous paraît possible. Il faut que des démarches d'autant plus efficaces qu'elles seront plus autorisées et plus discrètes; que des pétitions signées de tous ceux qui ont connu le Dr Lafitte ou les détails de la procédure dirigée contre lui, affirment son innocence, fassent ressortir l'inanité des accusations dont il a été victime, et sollicitent en sa faveur la bienveillance du chef de l'Etat. Accuser le jury ou les médecins experts; critiquer l'arrêt de la Cour de cassation en faisant remarquer que le ministère public était d'accord avec la défense pour faire casser l'arrêt de la Cour de Versailles; s'en prendre au juge d'instruction ou à la chambre des mises en accusation serait compromettre encore la situation lamentable d'un confrère dont le malheur immérité appelle toutes nos sympathies. Il importe tout au contraire de réunir aussi complet que possible un dossier qui, rappelant tous les états de service du Dr Lafitte, reproduisant toutes les attestations données en sa faveur par ceux qui ont pu les apprécier, puisse solliciter l'attention de la commission des grâces et obtenir, comme nous l'espérons, la mise en liberté de notre confrère. Alors, mais alors seulement, il conviendra de discuter à nouveau le procès qui lui a été intenté et de chercher, par tous les moyens que nous offre la loi, la réhabilitation de celui qui paraît avoir été victime d'odieuses et absurdes calomnies.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Contribution à la pathologie des lichens. Du lichen plan.

Dans un travail assez récent (1), nous avons passé en revue les différentes classifications des auteurs et montré combien le groupe lichen, tel qu'ils ont proposé de le constituer, se trouve considérablement réduit. « Il y a là, disions-nous, un inconvénient, car cette sélection ne paraît point faite pour conserver au groupe sa physionomie primitive. Il fallait, à notre point de vue, chercher à en faciliter l'étude, sans séparer à tout jamais les différentes formes de lichen, même n'eussent-elles de commun que le nom. »

Pour tous les dermatologistes, il est, à l'heure actuelle, bien avéré que le seul lichen légitime est le lichen de Wilson.

C'est cette forme morbide que nous nous proposons d'étudier aujourd'hui.

Symptomatologie du lichen plan. — Le lichen plan, Lichen planus (2), si bien défini par Wilson, est caractérisé par des papules petites, plates, de forme arrondie, à base polygonale, de couleur rouge foncé, parfois jaunâtre; au milieu de la papule on trouve assez souvent une légère dépression ombiliquée, dont le centre est occupé par l'orifice d'un follicule pileux où le poil lui-même persiste rarement. La papule une fois développée

(1) *Gazette des hôpitaux*, nos 42 et 43, 1893.

(2) L'épithète de *ruber* ne saurait, en effet, entrer dans la définition d'une éruption qui peut être décolorée; il en est ainsi dans la forme dont Kaposi a fait connaître un cas et que M. Hallopeau a décrite sous le nom de Lichen atrophique ou scléreux et, d'autre part, la qualification de *planus* ne peut s'appliquer au type de Wilson, mais seulement à l'une de ses variétés, puisque l'on doit admettre avec Unna un lichen obtusus et un lichen acuminatus, avec Vidal un lichen tubéreux corné, avec Lailler un lichen verruqueux, avec Kaposi un lichen en collier de corail.

présente d'ordinaire les dimensions d'un grain de millet (3 ou 4 millimètres de diamètre au maximum). Au toucher elle est sèche, dure, légèrement en relief à la surface de la peau; au début, la maladie n'est guère perceptible que par ce relief, et les téguments prennent assez vite une apparence chagrinée. A l'aspect, la papule est d'abord peu visible, pâle, ou légèrement rosée, mais elle ne tarde pas à devenir brillante; aussi les papules agglomérées ressemblent-elles à de petites facettes. L'éruption est généralement discrète au début (1); les papules, d'abord isolées, tendent bientôt à se réunir à cause de l'apparition successive de nouvelles papules au milieu des autres; elles arrivent à former de véritables plaques, mais chaque papule conserve encore son individualité propre, quoique tous les téguments de la région soient plus ou moins infiltrés.

Au moment où les plaques sont formées, les papules se dépriment et, l'ombilication s'accentuant, chaque papule affecte dès lors une forme annulaire (2). Cet état de choses persiste en général jusqu'au moment où les papules disparaissent pour faire place à des taches foncées (3), ou à des plaques rouges dont les squames foliacées, arrondies, présentent des dimensions plus considérables que les papules qui leur ont donné naissance.

Dans certains cas, les papules, au lieu de se réunir en plaques, peuvent rester isolées pendant longtemps; elles ne desquament que peu ou point.

Les papules de lichen plan, isolées ou en plaques, sont le siège d'un prurit soit très faible, soit très intense; ce fait nous paraît dépendre uniquement du degré de nervosisme du malade. En général, le lichen plan n'est pas prurigineux.

Evolution. — Le lichen plan a une évolution très lente qui peut durer des mois, même des années. L'évolution se fait de la façon suivante : aux premières papules ou aux plaques desquamées succèdent des taches cicatricielles de couleur rouge brun; pendant que cette première éruption guérit, de nouvelles papules se produisent au milieu des anciennes et ainsi de suite. Le lichen à marche lente peut ainsi envahir une surface assez considérable des téguments. C'est la forme que l'on voit le plus souvent chez nous et sa marche est relativement rapide. Aux Etats-Unis, au contraire, on observe le lichen à éruption disséminée et à marche assez lente.

Variété. — Sous le nom de lichen plan aigu (Lavergne) on a décrit une variété que M. Brocq croit avec raison digne du nom de lichen ruber : c'est le lichen planus à évolution rapide et à forme généralisée; les papules, soit plus petites, soit plus volumineuses que les papules planes, sont plus rouges et l'éruption est mélangée de bulles pemphigoïdes et de papules acuminées; mais, dans ces éruptions comme dans celle du lichen planus, on retrouve ces stries blanchâtres dont nous parlerons plus loin à propos du lichen de la muqueuse buccale et linguale.

Siège. — On trouve le lichen plan en général sur les membres, sur la poitrine, aux organes génitaux, aux régions palmaire et plantaire, enfin sur certaines muqueuses comme celles de la bouche et de la langue.

1° Sur les membres inférieurs et supérieurs, à la poitrine et au cou, on retrouve l'éruption avec ses caractères classiques; les papules se développent de préférence au niveau des plis de flexion des membres; nous avons constaté ce fait aussi bien pour les membres inférieurs que pour les membres supérieurs.

Il importe de connaître certaines localisations du lichen plan, à cause de l'aspect spécial qu'il peut revêtir suivant son lieu d'élection.

2° Aux organes génitaux, par exemple (scrotum, fourreau), la surface cutanée prend l'apparence sèche, rugueuse, mamelonnée, particulière à la peau de chagrin à gros grain.

3° A la paume des mains et à la plante des pieds, les papules présentent au début l'aspect suivant : on dirait que sous l'épiderme sont des vésicules jaunâtres; il n'en est rien, car l'épiderme non infiltré ne tarde pas à subir la desquamation. L'éruption, là comme sur les autres parties du corps déjà citées, peut se faire soit par papules isolées, soit par papules confluentes : dans le premier cas (papules isolées), chaque papule desquame isolément, chacune étant limitée par un épiderme épais, découpé circulairement, ce qui donne à la face palmaire ou plantaire une certaine ressemblance avec un crible ou mieux une écumoire. Dans le deuxième cas (plaques de papules confluentes), sur ces régions pourvues d'un épiderme corné, la desquamation, au lieu de se faire isolée pour chaque papule, peut s'effectuer sous la forme d'une ou de deux plaques plus ou moins considérables d'épiderme. A leur chute, ces plaques squameuses découvrent une surface sous-épidermique plus ou moins rougeâtre et bordée d'un épais liséré qui subit à son tour le processus desquamatif.

4° A la muqueuse buccale, les lésions prennent la forme de papules, irrégulièrement arrondies, polygonales ou étoilées, d'où partent des filaments grisâtres dessinés soit en légère saillie, soit en creux dans l'épaisseur de la muqueuse.

5° Sur la muqueuse linguale on peut aussi trouver des papules de lichen plan; elles y sont peu régulières, grisâtres, quelquefois même blanchâtres de couleur, légèrement sèches et rugueuses au toucher; ces papules présentent là, comme sur la muqueuse buccale, des striations filiformes (1).

Etiologie. — Le lichen plan s'observe à toutes les périodes de la vie, chez les adolescents et les adultes principalement. On a incriminé, comme causes prédisposantes, le surmenage physique et intellectuel, l'arthritisme, l'influence héréditaire, etc... A l'exemple de Colcott, Fox (2) et contrairement à l'opinion de M. Hardy, nous considérons comme plus logique l'hypothèse de l'origine nerveuse qui nous paraît davantage corroborée par de nombreux faits observés.

Cazenave était un peu exclusif quand il considérait les papules comme des papilles hypertrophiées par le travail inflammatoire.

Anatomie pathologique. — Les auteurs sont pour la plupart d'accord aujourd'hui en ce qui concerne le lichen plan. « C'est, dit Duhring, une affection inflammatoire chronique qui s'accompagne de modifications profondes dans la structure de la peau. » Ces modifications sont constituées au début par les altérations des glandes sébacées, principalement des glandes sudoripares et des follicules pileux au niveau des couches superficielles du chorion. Il y a un travail d'infiltration, de prolifération de cellules dans cette région, infiltration qui, atrophiant

(1) Elle peut même rester discrète pendant tout le cours de son évolution (lichen planus discretus). Si, au contraire, l'évolution tend à la généralisation, on se trouve en présence de la variété Lichen planus diffusus.

(2) Si la forme annulaire de la papule est très accentuée, on a alors le lichen planus annulatus.

(3) « Taches d'un brun foncé qui donnent à la peau, dans les points où l'éruption était abondante, un aspect bigarré » (Doyon).

(1) « Ces sortes de stries blanchâtres avec dilatations moniliformes ne sont pas d'ailleurs exclusives au lichen plan des muqueuses; quand on regarde avec attention les surfaces dépouillées de squames d'assez larges plaques de lichen plan de la peau, en particulier celles qui sont situées aux mains, aux avant-bras, à la partie antérieure des poignets, on y distingue ces mêmes tractus blanchâtres qui les sillonnent en tous sens. » Brocq, *Traitement des maladies de la peau*, 2e édition.

(2) *British medical journal*, août 1879.

les glandes sudoripares dessèche les téguments; ces cellules de nouvelle formation, qui prennent naissance au milieu du réseau de Malpighi, favorisent le développement de nombreux vaisseaux sanguins et déterminent l'hypertrophie papillaire.

L'épiderme devient, lui aussi, consécutivement le siège d'une prolifération assez considérable qui se constate par l'augmentation de nombre et de volume des cellules épidermiques.

Pronostic. — Le lichen plan est considéré comme bénin; dans certains cas cependant, lorsqu'il se complique de troubles graves de l'organisme, il pourrait présenter un certain degré de gravité.

Plus à craindre encore serait le lichen ruber (1) (lichen plan généralisé, lichen plan aigu de Lavergne), qui aurait pu produire la cachexie et amener la mort.

Diagnostic. — Le lichen planus ne peut être vraiment confondu qu'avec quelques affections dont les principales sont : 1° la syphilis (2) : les papules syphilitiques ont la couleur cuivrée, rouge jambon; elles ne sont pas à base polygonale, n'ont pas exactement à leur milieu un follicule pileux dépourvu de poil; elles ne sont pas déprimées au centre, ni ombiliquées, ni prurigineuses.

Dans les régions palmaire et plantaire, l'existence de signes spécifiques concomitants sur d'autres parties du corps, permettra de distinguer le psoriasis syphilitique dont la couleur est plus livide et les éléments plus souvent circinés, du lichen plan palmaire et plantaire où la desquamation est caractéristique; il sera moins facile de faire la distinction avec l'eczéma qui y est moins rouge et plus fissuré que le psoriasis.

2° Le psoriasis, en particulier le psoriasis punctata et guttata. — Dans cette variété, les papules présentent une grande épaisseur de squames accumulées, mais au-dessous de cet amas squameux, qui figure assez bien une tache de bougie, l'épiderme lui-même n'est pas épaissi comme dans la papule du lichen. Par le grattage, on n'amènera que de la rubéfaction et tout au plus la chute de la squame sur la papule de lichen plan; sur la papule psoriasique, au contraire, on produira l'écrasement des squames, on leur donnera l'aspect de fragments de bougie effritée et on déterminera l'apparition de 2 ou 3 points hémorrhagiques pathognomoniques (3).

3° Le pityriasis rubra pilaire. — M. Hallopeau (*Société de dermatologie*, 1893) a montré que parfois le lichen de Wilson peut simuler un pityriasis rubra pilaire. On se basera pour établir la différence sur ce que, dans les cas de lichen, les papules miliaires accuminées sont groupées autour de papules de Wilson, que leur développement semble lié à celui des éléments de Wilson, et surtout que leurs localisations ne sont pas celles du pityriasis rubra pilaire, les localisations céphaliques phalangiennes et palmaires étant caractéristiques de cette dernière affection.

4° L'eczéma squameux. — Les papules d'eczéma squameux sont plus rouges, à base régulièrement circulaire, à sommet un peu acuminé; sur la même région, on trouve quelques vésicules ou vésico-pustules, et l'éruption, dans son ensemble, est beaucoup plus prurigineuse que n'est le lichen.

(1) Tome I du *traité de Kaposi* traduit par BESNIER et DOYON. — Art. *Lichen rouge généralisé.*

(2) On pourrait jusqu'à un certain point prendre pour des syphilides circinées, une forme assez rare nommée lichen planus circinatus quand les cercles sont régulièrement dessinés, et lichen planus marginatus quand les cercles persistent incomplets. Le diagnostic des éruptions circinées sera facile à faire par la différence de l'évolution, par la couleur des éléments, et surtout par l'aspect particulier que donnent à chaque papule de lichen son contour polygonal et son centre déprimé.

(3) D'après Kaposi les régions plantaire et palmaire sont moins envahies par le psoriasis qu'elles ne le sont par le lichen.

5° L'eczéma scabieux, la gale. — Un examen tant soit peu attentif permettra de distinguer ces affections du lichen plan du fourreau et du scrotum. La constatation du sillon acarien éviterait d'ailleurs toute cause d'erreur.

Traitement (1). — L'arsenic à l'intérieur est le topique par excellence du lichen planus. On l'ordonnera à doses assez élevées et régulièrement croissantes. Les arthritiques devront en outre être soumis à la médication alcaline — bi-carbonate de soude 1-2 gr. par jour, ou eaux de Vals, Pougues, Vichy, etc., et bains alcalins fréquents. Les nerveux prendront des bains froids, des douches et on leur prescrira des opiacés; la valériane est le médicament le plus recommandable. Les scrofuleux seront justiciables de l'huile de foie de morue et de tous les autres reconstituants, amers, toniques, etc., même dans les cas de lichen généralisé.

Le traitement externe, qui doit se surajouter au traitement interne, consistera en :

1° *Bains.* — Les plus efficaces sont les bains vinaigrés de Vidal, obtenus en versant 1 litre de vinaigre dans un bain d'amidon.

2° Lotions au sublimé au 1/1000e, dont l'effet joint à celui des bains diminue beaucoup le prurit.

3° *Emplâtres.* — Si on peut le supporter et si la région permet l'application d'un emplâtre qu'on changera chaque 24 heures, celui de Vigo sera le plus efficace; s'il irrite trop la peau et s'il donne des démangeaisons trop insupportables, il faut le remplacer par les emplâtres à l'acide salicylique au 1/10e ou au 1/20e, à l'acide pyrogallique au 1/10 ou au 1/20, ou enfin à l'huile de morue mentholée.

4° *Pommades.* — A défaut d'emplâtres, si l'éruption est trop disséminée, ou si la région ne le permet pas, on emploiera les pommades au goudron (2), à l'acide salicylique, le glycérolé à l'acide tartrique de M. Vidal.

Pour calmer le prurit, s'il est trop intense, on pourra employer les pommades cocaïnées à raison de 0.25 à 0.50 centigrammes ou plus (1 gr.) pour 30 gr. de vaseline, — opiacées, — ou à défaut au goudron, — à l'acide tartrique — ou à l'oxyde de zinc (4 à 6 gr. pour 30).

Pommade au goudron (Duhring)

Goudron de bois	5 parties.
Cire jaune	2 —

M. S. A. et agitez jusqu'à refroidissement.

Acide salicylique	3 grammes.
Vaseline	30 —

(1) Au lieu de chercher à énumérer et à collationner les différents traitements conseillés par les auteurs, nous nous bornerons seulement à conseiller les méthodes réputées les meilleures et consacrées par l'usage qu'en font chaque jour nos maîtres en dermatologie.

(2) Voici d'autres formules de pommades au goudron à employer suivant les cas; chez deux malades notamment, l'emploi des préparations à base de goudron nous ont donné des guérisons rapides.

Axonge	30 grammes.
Goudron	4 —
Camphre	0 gr. 50 centigr.
M. S. A.	BAUMÈS.

Axonge	30 grammes.
Carbonate de soude	ââ 2 à 4 gr.
Goudron	
Huile de Cade	
M. S. A.	GUILLOT.

Axonge	40 grammes.
Goudron	10 —
Laudanum	5 —
M. S. A.	GIROUX.

Glycérolé d'amidon	30 grammes.
Goudron pur	10 —
M. S. A.	LECOQ.

Acide tartrique	1 gr. 50
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre	30 grammes.

M. S. A.

Vidal.

Chlorhydrate de cocaïne	1 gr. 50
Vaseline	30 à 50 gr.

Huguet.

Vaseline	30 grammes.
Oxyde de zinc	6 —
Cocaïne	1 gr. 20

Huguet.

Vaseline	30 grammes.
Oxyde de zinc	4 —
Acide salicylique	1 —
Cocaïne	0 gr. 80

Huguet.

5° *Traitement de Schœmaker.* — Si ces traitements ordinaires échouent, on pourra essayer le traitement suivant, préconisé par M. Schœmaker : Faire sur les parties atteintes des applications d'une mixture composée de parties égales d'eau de chaux et de glycérine. Si le prurit persiste, ajouter au mélange quelques gouttes de solution alcoolique de créosote, ou un peu de carbonate de zinc à la dose de 5 0/0.

6° *Emollients.* — Dans les cas de lichen plan à généralisation aiguë et rapide, il faut éviter toute médication violente, substitutive ou autre, jusqu'à ce que la phase inflammatoire ait pris fin. Le premier traitement à employer dans de telles circonstances consistera donc dans des applications émollientes : compresses de camomille, d'eau de sureau boriquée, de vaseline simple ou légèrement cocaïnée.

7° *Traitement hydrothérapique.* — M. Jacquet (*Société de dermatologie*, 1893) a obtenu des améliorations notables en conseillant à des malades atteints de lichen plan l'usage des douches tièdes. Dans un cas, notamment, qui avait résisté à tous les traitements, la diminution des douleurs devenait manifeste après huit jours, et l'amélioration se produisait, lente, mais progressive. M. Jacquet insiste sur la nécessité de douches biquotidiennes. On ne peut fixer à l'avance leur température, et le malade est le meilleur juge de celle qui lui convient le mieux.

8° *Traitement chirurgical.* — Quand les éléments éruptifs ont une tendance à la chronicité et sont disposés en placards de dimensions assez limitées, si les différents traitements ont échoué, on peut avoir recours au traitement chirurgical qui consiste dans des scarifications pratiquées suivant la méthode de M. Vidal. Dans un cas rebelle, nous avons obtenu par ce procédé une amélioration notable qui est devenue le point de départ de la guérison définitive.

J. Huguet,
Médecin aide-major de 1re classe
à l'école militaire de Saint-Cyr.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de M. le docteur A. Rosenberg, aide de clinique à la Faculté de médecine de Berlin, et nous publions très volontiers l'appel qu'il adresse aux laryngologistes français en vue de poursuivre ses études spéciales.

Recherches collectives concernant le traitement des papillomes laryngés des enfants.

M'étant occupé ces derniers temps du traitement des papillomes laryngés des enfants, j'ai remarqué qu'on est loin d'être d'accord sur la meilleure méthode de traitement. Il va sans dire qu'il est impossible de procéder d'une seule manière dans tous les cas, il faut considérer naturellement les qualités particulières de chaque cas.

Cependant, je crois qu'il sera possible d'amener l'unanimité sur certaines questions fondamentales, telles que la suivante : vaut-il mieux pratiquer une opération endolaryngée chirurgicale, ou une autre méthode de traitement ? Pour arriver à juger la valeur des divers traitements, il nous faut rassembler le plus grand nombre d'observations possible.

Dans ce but, je m'adresse à messieurs les laryngologistes et chirurgiens avec la prière de vouloir répondre aux questions suivantes : 1° âge et sexe de l'enfant, état du père ; 2° symptômes (enrouement, dyspnée, etc), image laryngoscopique ; 3° méthode et date d'opération (mort, sa cause? récidives, après combien de temps? guérison, date du dernier examen) ; ces cas ont-ils déjà été publiés, quand et où?

Dr Albert Rosenberg,
aide de clinique du larynx et du nez
à la Faculté de médecine à Berlin. N. W. Mittelstr. 55.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la paréso-analgésie (*maladie de Morvan*) à l'état fruste, par le Dr Morvan, de Lannilis.

Ceci n'est qu'une simple note ayant pour but de confirmer la conclusion suivante émise à la fin de mon mémoire sur l'anesthésie dans la paréso-analgésie : *réduite à sa plus simple expression, la paréso analgésie n'est plus que la lésion de la trophicité médullaire.*

Cette conclusion ne reposait alors que sur deux faits. L'un (obs. XIX) avait offert deux périodes : une première où les troubles de la sensibilité et de la motricité coïncidaient avec ceux de la trophicité, et une seconde où les symptômes des deux premières catégories avaient disparu ; il ne restait plus trace ni de l'analgésie ni de la parésie. Tout se réduisait aux désordres trophiques. Ce n'était pas un cas pur, exempt de tout alliage. L'autre fait était plus concluant, il n'avait jamais offert que les troubles de la 3e catégorie, ceux de la trophicité et, parmi eux, de la scoliose. Cette scoliose, que tout le monde avec nous range aujourd'hui parmi les désordres trophiques, existait dans les deux cas.

A l'époque où le fait fut publié, on n'avait pas encore le mémoire de MM. Déjerine et Tuiland sur le rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie. Leur travail me suggéra l'idée de rechercher de mon côté ce phénomène dans la paréso-analgésie, maladie qui a tant de points de contact avec la syringomyélie.

Mes recherches furent affirmatives, elles constatèrent l'existence du rétrécissement dans plus de la moitié des cas, 5 fois sur 8 malades examinés. C'est un symptôme précieux pour nous, par cela même qu'il ne se rencontre, comme la scoliose, que dans un nombre très restreint d'affections, et nous en profiterons pour corroborer notre diagnostic dans les cas frustes.

Depuis mon travail sur l'anesthésie dans la paréso-analgésie, un cas fruste de maladie de Morvan a été publié par le Dr Prouff (de Morlaix) dans la *Gazette hebdomadaire*, septembre 1891. Il est trop intéressant pour que je n'en donne pas la reproduction *in extenso* dans le présent travail.

Maladie de Morvan. Cas fruste. Panaris et crevasses multiples. Intégrité sensitivo-sensorielle.

La veuve B..., fermière à Plouzévédé (Finistère), 25 ans, 8 enfants, est une femme de taille moyenne, bien portante, bien constituée, un peu voûtée, mais dans les limites physiologiques.

Les deux mains sont mutilées par des nécroses et par des

crevasses qui n'ont respecté qu'un seul doigt : l'auriculaire gauche. Encore est-il rétracté en demi-flexion.

Le doigt le premier pris fut l'auriculaire gauche. B... avait alors 23 ans. Le panaris dura 3 mois et se termina par nécrose de la deuxième phalange. Six mois après, le médius gauche se nécrosa de la même façon. Tous deux sont restés fléchis dans l'articulation phalango-phalanginienne avec la troisième phalange subluxée en arrière.

30 ans. — Médius droit, panaris et crevasses.

32 ans. — Index droit, nécrose de la 3e phalange emportée tout entière avec l'ongle.

39 ans. — Index gauche. Ici les désordres furent plus graves, et, après une suppuration de 5 à 6 mois, le doigt fut amputé à la partie supérieure de la phalangine. L'opération se fit sans chloroforme et fut très douloureuse.

41 ans. — Il y a sept mois, le pouce droit perd l'ongle qui se reproduit écailleux, friable, avec des stries transversales.

Les intervalles de ces dates furent remplis par des séries de crevasses aux plis digito-palmaires, perforant les gaines, ankylosant en demi-flexion les doigts jusqu'alors intacts, et transformant chaque main en une griffe qui se ferme, mais ne s'ouvre pas.

Panaris et crevasses, tout a été douloureux. Douloureuses aussi les diverses explorations ou interventions chirurgicales. C'est qu'aujourd'hui encore, *la sensibilité des deux mains est restée intacte sous toutes ses formes.*

Le frôlement du pinceau, la piqûre de l'épingle, la température de l'eau sont appréciés exactement et sans retard.

Nous plongeons la main ensemble dans de l'eau à 50 degrés environ ; c'est B... qui se retire la première.

Les éminences thénar et hypothénar, les espaces interosseux sont légèrement maigres. Partout ailleurs, aucune amyotrophie. Aussi, malgré ses mains en griffe, B... travaille toute la journée et n'est pas trop maladroite.

Nous sommes en été. La coloration des mains est normale. L'hiver les rougit, les gonfle et produit des engelures.

Les sens spéciaux sont intacts. La vue en particulier est normale, sans rétrécissement des champs visuels, car B... reconnaît, jusqu'aux mêmes limites que nous, des papiers colorés agités à égale distance de son œil et du nôtre.

Les pupilles réagissent bien à la lumière et à la convergence. Elles sont de grandeur ordinaire. Les fentes palpébrales ne sont pas rétrécies.

Dans cette observation qui, nonobstant l'intégrité de la sensibilité et de la motricité, concluait à l'existence de la maladie de Morvan, le docteur Prouff recherchait le rétrécissement du champ visuel et ne le trouvait pas. J'ai trop confiance dans la clairvoyance de cet éminent observateur pour contester le résultat de ses investigations. Mais c'était au fond des campagnes, il n'avait pas le périmètre de Landolt sous la main. J'aurais cependant désiré et lui-même aurait également désiré un nouvel examen avec cet instrument. Jusqu'à présent, à cause des distances, la chose n'a pas été possible.

J'ai été plus heureux avec mes malades, j'ai pu obtenir l'examen au périmètre chez quelques-uns d'entre eux, et particulièrement dans deux cas frustes dont l'un a été déjà publié, et dont l'autre va être consigné dans la présente note.

Pour établir d'une manière incontestable l'existence de la paréso-analgésie à l'état fruste, c'est-à-dire réduite aux seuls désordres de la trophicité, je crois utile, vu le petit nombre des cas frustes, de présenter ici le résumé de ceux qui ont déjà paru.

A. Obs. XIV *de mes précédents mémoires.*

1886. — Analgésie avec parésie du membre supérieur droit. Pas de panaris, gerçures multiples aux plis de la main, dont l'une perforante, synovite. Scoliose.

1887. — Panaris à l'annulaire, entraînant la gangrène du bout du doigt dans l'étendue de la dernière phalange, il ne reste plus que les deux premières.

1889. — Jusqu'alors, tout s'était borné à la main droite, mais, à cette date, la gauche se prend à son tour : arthrites suppurées des deux dernières articulations de l'index, avec raideur consécutive, mais sans ankylose.

Panaris superficiel à l'auriculaire, gerçure au pli du pouce, ongles déformés (index, médius et annulaire).

Plus d'anesthésie sous aucune forme, plus de parésie, les symptômes constatés en 1886 ont complètement disparu depuis cette époque, c'est-à-dire dans l'espace de 3 ans. Tout se réduit aux troubles de la trophicité qui, eux, sont allés en augmentant et se sont étendus du côté droit au côté gauche.

Obs. XV *de mes précédents mémoires.*

1889. — Homme de 35 ans, ancien marin de l'Etat, ayant une scoliose remontant à l'âge de 32 ans et offrant deux courbures, l'une cervico-dorsale droite et l'autre dorsale gauche. Il résultait de la déviation du rachis que la cage thoracique s'étant abaissée à droite et la hanche ayant remonté, le rebord des fausses côtes arrivait presque à toucher la crête de l'os iliaque. Par suite de l'ascension de la branche ayant entraîné celle du membre pelvien correspondant, il y avait les apparences d'un raccourcissement du membre avec claudication très marquée, mais rien que les apparences, il n'y avait pas de raccourcissement réel.

Dans les dernières années, abcès multiples à intervalles assez éloignés, qui avaient laissé des traces, des cicatrices blanches et larges comme une pièce d'un franc ou deux sur plusieurs points du dos, sur les lombes, et aussi sur la partie postérieure des cuisses, et qu'on ne peut attribuer à la syphilis, le malade affirme qu'il ne l'a jamais contractée.

En 1880, panaris profond de l'indicateur gauche, fort douloureux, durant sept semaines et se terminant par l'issue de la phalangette nécrosée. En 1885, autre panaris à l'auriculaire gauche, mais superficiel celui-ci. Gerçure profonde dont on voit la cicatrice dans le sillon interdigital du pouce et de l'index.

Pas d'anesthésie sous aucune forme, pas de parésie.

Bonne santé générale. Pas d'antécédents de famille.

Pour admettre chez notre malade l'existence d'une paréso-analgésie à l'état fruste, nous avions les deux panaris de la main, une crevasse dans un pli interdigital de la même main, et surtout la scoliose, une scoliose sans antécédents héréditaires, ne se manifestant qu'à l'âge de 32 ans. Certes on m'accordera qu'une déviation du rachis dans ces conditions est chose rare, mais on se refusera peut-être à y voir un simple désordre trophique et à la rattacher, avec les panaris et la gerçure, à la paréso-analgésie.

Aujourd'hui nous avons à l'appui de notre argumentation un autre symptôme plus caractéristique encore que la scoliose. Je veux parler du rétrécissement du champ visuel. Précédemment, en effet, nous avons constaté que le phénomène se montre chez plus de la moitié de nos cas de paréso-analgésie. Or, le rétrécissement n'a lieu que dans un petit nombre de maladies, et même jusque dans ces derniers temps on ne l'avait trouvé que dans une seule, l'hystérie. Puis sont venus presque en même temps MM. Déjerine et Tuilant, et MM. Kast et Wilbrand qui l'ont rencontré, les premiers dans la syringo-myélie et les seconds dans le goître exophthalmique.

Le sujet de notre observation XV est un rétréci.

Le rétrécissement n'est pas des plus marqués, mais il est réel. Qu'il me soit permis de rappeler ma manière de procéder et les résultats consignés dans mon travail sur le rétrécissement du champ visuel dans la paréso-analgésie (*Gaz. hebd.*, juin 1891).

Je me suis servi du périmètre de Landolt et, pour avoir des résultats palpables et de facile comparaison, il m'a semblé bon de grouper les chiffres que fournissaient les couleurs (blanc, jaune, rouge, vert), présentées successivement à l'œil dans les quatre orientations, en un mot de les totaliser. En agissant de la sorte, j'arrivais à cette première conclusion, c'est que chez la même personne, à

l'état sain, l'étendue du champ visuel est variable d'un œil à l'autre. Cela n'a pas lieu de trop nous surprendre, si l'on considère qu'il en est également ainsi quant à l'acuité visuelle.

La moyenne des yeux sains examinés par nous était de 860°. Mais comme dans l'un des cas nous descendions pour l'un des yeux à 795° et dans un autre à 790°, j'estimais qu'il était sage de ne regarder comme rétréci qu'un œil tombant au moins à 750°.

Ce préambule nous a paru nécessaire. Voici maintenant le tableau fourni par l'examen de Paul J...

		Œil droit.			Œil gauche.
Blanc.	dehors...	65°	Blanc.	dehors...	55°
	dedans...	60°		dedans..	50°
	haut.....	35°		haut.. .	30°
	bas......	55°		bas.....	50°
	Total...	215°.		Total...	185°.
Jaune.	dehors...	55°	Jaune.	dehors ..	60°
	dedans...	55°		dedans..	45°
	haut.....	40°		haut....	30°
	bas......	55°		bas.....	50°
	Total...	205°.		Total...	180°.
Rouge.	dehors...	60°	Rouge.	dehors...	55°
	dedans..	50°		dedans ..	45°
	haute...	30°		haut.....	25°
	bas.....	45°		bas......	45°
	Total...	185°		Total...	175°.
Vert.	dehors...	45°	Vert.	dehors...	50°
	dedans...	50°		dedans...	45°
	haut.....	30°		haut.....	25°
	bas......	35°		bas......	40°
	Total...	155°.		Total...	160°.
	Total général...	760°		Total général...	700°.

Moyenne 730°. Ecart 60°, au détriment de l'œil gauchs, côté lésé.

Chez Paul J..., le rétrécissement n'est pas très considérable. Il n'en est pas moins réel, puisque, des yeux sains que nous avons examinés, aucun ne descend au-dessous de 790° et que leur moyenne est de 790°.

Chez Paul J... il n'y a que 760° à l'un des yeux et à l'autre 700° seulement, en moyenne 730°.

Mais nous avons un cas de paréso-analgésie plus probant encore dont voici l'observation. Suivant notre usage, nous lui donnerons un numéro d'ordre qui continuera la série de nos observations. Ce sera le n° XXI. Elle viendra naturellement se placer à la suite de l'observation de Paul J... qui, par une faute d'impression, porte le n° XV au lieu du n° XX qu'elle aurait dû avoir.

Obs. XXI. — *Cas fruste de paréso-analgésie (maladie de Morvan). Panaris, gerçures, déformations des ongles, scoliose, rétrécissement du champ visuel. Pas d'anesthésie, pas de parésie.*

Anne B..., 28 ans, fille de ferme, vient me consulter le 28 novembre 1891. Grande, forte, espèce de virago. Père et mère morts à un âge avancé. Le père avait des gerçures aux mains assez fréquemment, mais jamais de panaris. La mère avait subi l'amputation de l'index par suite d'un mal que la fille, étant trop jeune alors, ne saurait préciser; elle ignore s'il s'agissait d'un panaris.

A diverses époques, depuis son enfance, Anne B... a été frappée aux mains de désordres trophiques, tels que panaris, gerçures, déformation des ongles.

A l'âge de 8 ans, panaris à l'annulaire gauche; à 22 ans, autre panaris à l'annulaire droit; enfin, à 25 ans, troisième panaris au médius gauche. Il y a déformation des ongles au pouce de la main droite et à trois doigts de la main gauche, le pouce, l'index et l'annulaire.

Gerçures constamment aux plis palmaires des doigts, surtout en hiver. On en voit la trace cicatrisée aux divers plis des mains. En ce moment même il y a une gerçure à vif au pli métatarso-phalangien du médius gauche, et une autre, perforante celle-ci, au pli métatarso-phalangien du médius droit. C'est pour cette dernière lésion qu'on est venu me trouver. Le doigt est enflé, doublé de volume, sensible au toucher, mais point de panaris. L'inflammation s'est prolongée dans la gaine synoviale à travers la paume de la main jusqu'au poignet. Tout le tiers inférieur de l'avant-bras est enflé, rouge et douloureux. La gerçure date de 15 jours, mais la perforation ne remonte qu'à quelques jours.

Ce n'est pas le premier accident de cette nature qui se soit produit chez elle. Déjà, à une époque bien antérieure, une gerçure du médius gauche avait perforé la synoviale et déterminé un abcès de la paume qui avait été ouvert par le docteur Tanguy : adhérences du tendon fléchisseur à sa gaine et par suite flexion permanente du doigt.

Quels que soient les désordres trophiques, les diverses sensibilités algésique, thermique et tactile ne sont point touchées, elles sont restées absolument intactes. On sent les pincements, la piqûre de l'épingle et le moindre attouchement, on apprécie très bien la température. Pas de parésie.

Bien réglée. Bonne santé habituelle. Pas de fièvre, pouls à 72. On mange, et on dormait jusqu'à la nuit dernière, mais cette nuit le sommeil a été impossible par suite d'élancements se propageant jusqu'à l'aisselle; c'est hier seulement qu'on a cessé de travailler.

Légère scoliose droite avec compensation lombaire.

La vue est bonne, l'acuité visuelle = 4/5 des deux côtés ; mais nous passons à l'examen du champ visuel, nous constatons un rétrécissement considérable.

		Œil droit.			Œil gauche.
Blanc.	dehors...	45°	Blanc.	dehors...	30°
	dedans...	30°		dedans...	20°
	haut.....	25°		haut.....	20°
	bas......	40°		bas......	20°
	Total...	140°		Total...	90°
Jaune.	dehors...	25°	Jaune.	dehors...	25°
	dedans...	20°		dedans...	20°
	haut.....	30°		haut.....	20°
	bas......	30°		bas......	20°
	Total...	105°		Total...	85°
Rouge.	dehors...	25°	Rouge.	dehors...	25°
	dedans...	20°		dedans..	20°
	haut.....	20°		haut.....	20°
	bas......	30°		bas......	25°
	Total...	95°		Total...	90°
Vert .	dehors...	20°	Vert..	dehors...	20°
	dedans...	20°		dedans...	15°
	haut.....	20°		haut.....	20°
	bas......	25°		bas......	20°
	Total...	85°		Total...	75°
	Total général...	425°		Total général...	340°

Écart 85° au détriment de l'œil gauche, côté primitivement lésé.

Sens de l'ouïe, du goût et de l'odorat intacts. Réflexe pharyngien prononcé.

A l'attouchement du pharynx par un pinceau à miniature, efforts de vomissement qui persistent même un certain temps après l'attouchement. Point de zones hystérogènes, par conséquent nulle trace d'hystérie.

Revue le 13 décembre, 5 jours après la première visite. La gerçure, suivie de synovite, est guérie dans ce court laps de temps, mais il est survenu au même doigt médius deux nouvelles gerçures.

Ici il me semble qu'il ne saurait y avoir de doute quant à l'interprétation du fait. Bien qu'il n'y ait lésion ni de la sensibilité ni de la motricité, ce ne peut être qu'un cas de maladie de Morvan se traduisant par les désordres de la trophicité les plus manifestes, tels que trois panaris, quatre déformations d'ongles et des gerçures sans nombre dont deux perforantes avec synovites consécutives, le tout réparti sur les deux mains.

Rien ne manque, pas même la déviation du rachis.

Bien mieux, il y a un rétrécissement du champ visuel qui n'a de comparable que le cas le plus rétréci de Déjerine et Tuilant — 425° à l'œil droit et 340° seulement à l'œil gauche.

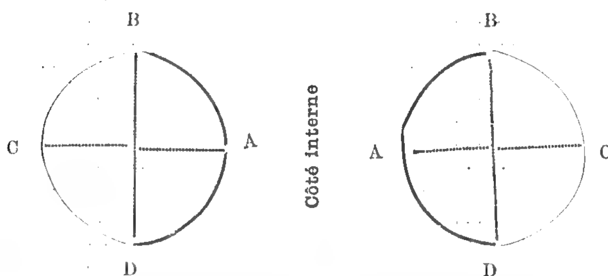
Qu'on ne vienne pas nous objecter que c'est du rétrécissement hystérique, comme on l'avait déjà fait à Déjerine et Tuilant. Dans notre mémoire sur le rétrécissement dans la paréso-analgésie, j'avais déjà répondu à l'objection. Dans nos campagnes bretonnes, l'hystérie ne court pas les rues, pas même chez la femme. Mais l'objection partait de trop haut pour qu'il n'y eût pas à en tenir compte. Aussi cette fois, plus que jamais, nous sommes-nous tenus sur nos gardes. Mais en présence de la conservation à l'état d'intégrité de tous les sens — ouïe, goût, odorat; — et aussi de la conservation du réflexe pharyngien qui, mis en jeu par l'attouchement du pinceau, détermine des efforts de vomissement persistants; en l'absence surtout de zones hystérogènes, il nous est impossible de revenir sur nos premières impressions.

Voici, d'ailleurs, un tableau du champ visuel qui ne m'appartient pas et qui conclut dans le même sens que moi. Il m'est adressé par mon ami le Dr Prouff et vient du Dr Baret, médecin-major à Morlaix, qui m'autorise, et je l'en remercie vivement, à en faire usage.

BASTARD (Maladie de Morvan).

Acuité visuelle : $\frac{5}{5}$

ŒIL DROIT — ŒIL GAUCHE



	ŒIL DROIT				ŒIL GAUCHE			
	BLANC	ROUGE	JAUNE	VERT	BLANC	ROUGE	JAUNE	VERT
A =	25	28	22	30	40	16	15	12
B =	50	25	20	12	30	30	18	14
C =	15	25	40	20	70	32	30	28
D =	20	15	20	15	20	25	32	30
Totaux.	110	93	102	77	160	103	95	84
				102				95
				93				103
				110				160
Œil droit...........				382	Œil gauche..			442

Il s'agit d'un cas de maladie de Morvan à type scapulo-huméral, avec démarche spasmodique. Je crois savoir que le Dr Baret se propose d'en publier l'observation *in extenso*. Tout ce que j'en retiens pour le moment, c'est qu'il n'y a pas chez le malade ombre de stigmates hystériques. Pourtant le rétrécissement descend aussi bas que celui de la fille Anna B...

Au-dessous de ces deux cas de rétrécissement extrême, j'en placerai un autre où il n'en existe pas, bien au contraire, puisque l'étendue du champ visuel est de 845° à droite et de 935° à gauche, moyenne 890°.

OBS. XXII. — *Cas de paréso-analgésie (maladie de Morvan), panaris, gerçures, déformation d'ongle, parésie, hypoesthésie, rétrécissement visuel, pas de scoliose.*

Marie G..., 40 ans, de Plouvion, m'est adressée par le docteur Mesguen, et me vient le 30 novembre 1891.

Réglée à 16 ans et régulièrement jusqu'à l'âge de 34 ans. Mariée à 19 ans, mère de trois enfants, 19 ans, 16 ans et 14 ans, tous forts et bien portants.

Ménopause à 34 ans, à une époque prématurée conséquemment, sans motif connu, sans trouble de la santé pendant les 3 à 4 ans qui suivirent. Ce ne fut qu'à l'âge de 37 ou 38 ans qu'elle s'aperçut d'un affaiblissement à la main gauche, léger d'abord, aujourd'hui assez prononcé. Main décharnée, atrophie des éminences thénar et hypothénar. Les doigts sont tous fléchis par prédominance des fléchisseurs sur les extenseurs, car il n'y a pas trace de raideur articulaire, on peut facilement les redresser.

Tous les doigts, à l'exception de l'annulaire et de l'auriculaire, ont été le siège de panaris superficiels dont il reste des traces au bout des doigts. Il n'en est jamais sorti de fragments osseux. Les ongles sont bien conformés, à l'exception de celui du pouce qui est tombé à diverses reprises et qui est resté épais, rétréci, noirâtre.

Jamais de gerçures à cette main. Les sensibilités à la douleur et à la chaleur sont émoussées, à un assez faible degré toutefois et guère plus que la sensibilité tactile. L'hypoesthésie n'existe qu'à la main, aux doigts surtout ; elle ne s'étend pas à l'avant-bras qui est pourtant manifestement émacié.

Main droite devenue malade à son tour, un an, plus ou moins, après le début du mal, Marie G... ne peut trop préciser. Les éminences thénar et hypothénar sont amaigries, mais sont loin d'être atrophiées.

Au point où en est la main gauche au moment de mon examen, l'auriculaire est le siège d'un panaris superficiel occupant le bout du doigt, au niveau des 2e et 3e phalanges où l'épiderme est soulevé comme par une large phlyctène. Même phénomène s'est passé au pouce et à l'indicateur. Au pouce, la tourniole s'est produite deux fois ; l'ongle en est très déformé, épais, rétréci et noirâtre. Celui de l'indicateur aussi est déformé, mais moins ; il y existe une striure marquée en sens transversal.

Rien aux autres doigts.

Jamais de gerçures, me dit la malade, et cependant j'en constate la trace aux plis palmaires de l'index.

Parésie moindre qu'à gauche. Les doigts ne sont pas en flexion permanente comme à la main gauche, la malade les redresse à volonté.

Il y a de l'hypoesthésie, mais, de même que la parésie, elle est moins marquée de ce côté que du côté opposé. Elle n'existe d'ailleurs que pour la douleur et pour la chaleur ; la sensibilité au tact est normale.

Pas de scoliose.

Les sens bien conservés, la vue en particulier. Acuité visuelle : 4/5 à droite et 5/5 à gauche. Il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel, comme il résulte du tableau suivant :

Œil droit.		Œil gauche.	
Blanc. dehors...	70°	Blanc. dehors...	75°
dedans...	50°	dedans...	50°
haut.....	40°	haut.....	45°
bas......	60°	bas......	60°
Total...	220°	Total...	230°
Jaune. dehors...	70°	Jaune. dehors...	80°
dedans...	50°	dedans...	60°
haut.....	35°	haut.....	40°
bas......	55°	bas......	70°
Total...	225°	Total...	250°
Rouge. dehors...	60°	Rouge. dehors...	80°
dedans..	55°	dedans..	55°
haut.....	40°	haut.....	40°
bas.....	60°	bas.....	70°
Total...	215°	Total...	245°

Vert.. dehors...	50°	Vert... dehors...	60°
dedans..	40°	dedans..	50°
haut....	35°	haut....	40°
bas......	60°	bas.....	60°
Total...	185°	Total...	210°
Total général...	845°	Total général...	935°

Ecart 90° au profit du côté gauche, primitivement lésé.

La santé générale laisse à désirer depuis quelques années. Il y a de l'anémie et par suite de la dyspepsie par intervalles. Cette fois, la dyspepsie dure depuis 5 mois, elle n'a jamais été d'aussi longue durée, et c'est de cela surtout que se plaint Marie G... Grâce à une alimentation convenable et à l'emploi des préparations ferrugineuses, son état, sous ce rapport, s'améliore.

Ayant eu occasion de revoir la malade deux fois dans le courant de décembre, je constatai que le panaris déjà signalé à l'auriculaire droit avait fait des progrès; il s'était ouvert et donnait issue au tendon de l'extenseur que je résèque en partie, et plus tard à la phalangette tout entière. Malgré tout, le panaris avait été indolore.

Cette observation vient se ranger à côté de celles qui ont déjà été publiées et n'a rien de bien particulier. Je ferai cependant observer : 1° que les cornes antérieures sont atteintes à un degré plus avancé que les cornes postérieures, que la parésie est plus prononcée que l'anesthésie; 2° que la sensibilité n'est qu'émoussée et que l'hypoesthésie est à peu près la même pour la douleur, la chaleur et le toucher. La durée du mal qui date de trois ans environ, son extension d'un membre à l'autre, en un mot son ancienneté et sa généralisation auraient dû influer davantage sur son intensité.

Il y a dans la marche de la maladie chez la femme G... quelque chose d'anormal. Les désordres trophiques sont ce qu'ils doivent être, mais le mal, au lieu de s'étendre de préférence, comme c'est l'ordinaire, du centre de la substance grise aux cornes antérieures, a plutôt incliné vers les postérieures.

L'observation suivante, par laquelle je vais finir, accentue encore plus l'exception et le mouvement vers l'état fruste. Il y a parésie marquée à la main et à l'avant-bras gauches avec atrophie des éminences thénar et hypothénar. Mais les troubles de la sensibilité et de la trophicité sont réduits à leur minimum. Il n'y a ni anesthésie algique, ni anesthésie tactile, seulement de la thermo-anesthésie à un degré modéré, et les troubles trophiques se bornent à un ongle déformé et à une crevasse sur une plaque épidermique assez épaisse. Pas de panaris, pas de scoliose. Dans le cas actuel, le mal n'a fait qu'effleurer les cornes postérieures, que toucher la couche afférente à la sensibilité thermique, et s'est porté de préférence, contrairement à ce qui lui est habituel, vers les cornes antérieures, vers les cellules motrices.

Obs. XXIII. — *Cas anormal de paréso-analgésie (maladie de Morvan), gerçures, déformation d'ongle, pas de panaris, thermhypoesthésie, sans autre anesthésie. Parésie, pas de scoliose.*

Dans le courant du mois d'avril 1892, une jeune personne de Plabennec, 26 ans, se présentait à ma consultation pour un affaiblissement de la main gauche. Fille de ferme, se livrant journellement aux travaux durs de la campagne, elle se sentait moins de force et se fatiguait de ce côté beaucoup plus vite qu'auparavant. Cela remontait à plus d'un an.

L'examen de la main montrait une véritable atrophie des éminences thénar et hypothénar. L'avant-bras lui-même participait, dans une certaine mesure, à cette atrophie. Quand on disait à la malade de vous serrer la main, la pression était très sensiblement moins forte de ce côté que de l'autre.

En interrogeant la sensibilité, on la trouvait normale quant à la douleur et au tact, mais incontestablement émoussée quant à la chaleur. La piqûre de l'épingle, le frôlement du pinceau sur la main, sur les doigts, étaient également accusés des deux côtés, mais si on plongeait les mains dans de l'eau très chaude, c'était la droite qui se retirait la première, la gauche pouvait y rester un temps assez long. Ce qui m'avait conduit à interroger ainsi la sensibilité, c'étaient les désordres trophiques qui existaient aux doigts de la main gauche. L'ongle du pouce était tombé à diverses reprises et s'était épaissi, déformé. Il y avait en même temps une gerçure profonde au pli métacarpo-phalangien du doigt médius, gerçure creusée dans une plaque épidermique épaisse. Elle était unique en ce moment, mais, l'hiver dernier, elle en avait eu à divers plis.

Mais point de panaris. Pas de scoliose. La malade est d'une bonne santé habituelle, bien réglée.

Ici les signes de la paréso-analgésie sont réduits à leur minimum, puisqu'il n'y a ni analgésie ni panaris. Tout se borne à de la parésie avec atrophie, à de la thermhypoesthésie, et aux désordres trophiques que nous venons de signaler. J'aurais voulu pouvoir y joindre l'examen du champ visuel et voir s'il était rétréci. On sait, en effet, que plus de la moitié des cas examinés par nous ont présenté du rétrécissement. C'est donc là un symptôme utile à consulter. Mais je n'avais pas mon périmètre sous la main et cette constatation est restée à faire.

La paréso-analgésie type, celle que j'ai décrite d'après les premiers cas soumis à mon observation, comprenait des troubles de trois ordres : troubles de la sensibilité, troubles de la motricité et troubles de la trophicité. Ceux de la sensibilité, se traduisant principalement par de l'analgésie, étaient toujours d'un degré plus prononcé que ceux de la motricité. L'insensibilité à la douleur était complète, tandis que la musculation était simplement affaiblie. Quant aux désordres trophiques, c'étaient constamment des gerçures, des panaris, et quelquefois des déformations d'ongles. Mais c'était surtout le panaris, par son indolence si paradoxale, qui avait attiré mon attention. Aussi avais-je donné à cette affection le nom de parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures.

Dans les derniers temps, j'ai eu l'occasion d'observer des cas frustes de paréso-analgésie. Je n'ai pas été le seul. Le présent mémoire renferme un cas semblable emprunté au remarquable travail que Prouff a publié dans la *Gazette hebdomadaire*, septembre 1891, et dont j'ai donné le résumé.

Mais entre ces deux extrêmes sont venus se placer des faits intermédiaires (obs. XXII et XXIII) où ce ne sont plus les troubles de la sensibilité, mais ceux de la motricité qui dominent. Dans l'obs. XXII, par exemple, les troubles de la sensibilité se réduisent à une anesthésie relative, à de l'hypoesthésie, et l'hypoesthésie est d'un degré moins avancé que la parésie. Mais là du moins la sensibilité est atteinte sous ses trois modes, tandis que dans l'obs. XXIII il n'y a de lésé que la sensibilité à la chaleur, et encore n'est-elle que simplement émoussée, c'est de la thermhypoesthésie. Et pour tous désordres trophiques nous avons une gerçure dans une plaque épidermique et la déformation d'un ongle : pas de panaris, pour le moment du moins, car il devra en survenir dans un avenir plus ou moins éloigné, l'expérience de ce qui s'est passé dans les autres cas nous le fait prévoir.

La constatation du rétrécissement visuel dans nos cas de paréso-analgésie fruste est intéressante. Elle nous permet, puisque la trophicité médullaire est seule en jeu, de localiser l'origine du phénomène dans le centre de la substance grise, vers la commissure : les cornes ne peuvent être mises en cause, il n'y a ni anesthésie, ni parésie. Le point de départ serait situé au-dessus de la première paire dorsale, car dans aucun de nos cas nous n'avons rencontré de myosis et nous savons depuis les

travaux de Mme Déjerine-Klumske que ce symptôme apparaît dès que la première paire est touchée.

Quant à l'explication, elle serait encore à trouver. MM. Déjerine et Tuilant, les inventeurs du rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie, n'en voient pas. Pour ma part, puisque le phénomène a son origine dans le domaine de la trophicité médullaire, je le mettrais volontiers sous la dépendance d'une lésion trophique du pourtour de la rétine. Il se passerait pour la rétine ce qui se passe pour la scoliose dont tout le monde aujourd'hui admet l'origine trophique. Et justement, dans nos deux cas de rétrécissement, il y avait aussi de la scoliose. De la constatation du rétrécissement visuel dans les cas frustes de paréso-analgésie, il y aurait à faire, et c'est par là que je finis, une déduction, qui est celle-ci. Quand mes premiers faits de paréso-analgésie ont été publiés, on a voulu en faire une polynévrite périphérique. Mais du moment qu'il n'y a plus ni anesthésie ni parésie, que tout se concentre dans les troubles de la trophicité, la névrite tombe d'elle-même et l'on est bien forcé de se retourner vers la moelle.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Accidents cérébraux dans le cours de la blennorrhagie, par A. PITRES (*Revue neurologique*, 15 août 1894, n° 15, p. 441). — L'auteur a eu l'occasion d'observer à quelques jours d'intervalle deux faits de coexistence d'une chaudepisse aiguë et d'une hémiplégie chez des malades, dont l'un, au moins, était à un âge et dans des conditions générales de santé qui rendaient très difficile l'explication de son hémiplégie par les causes habituelles de ce syndrome.

1° L..., âgé de 59 ans, entré à l'hôpital des vénériens le 31 mai 1886 pour une blennorrhagie aiguë, est frappé, le lendemain dans l'après-midi, ayant présenté le matin même un gonflement douloureux des articulations du poignet, du coude et du genou qui sont rouges, tuméfiés, d'une attaque d'apoplexie. Le 25 juillet il est pris d'attaques épileptiformes à type jacksonien, et succombe à l'état de mal. A l'autopsie on trouve un ramollissement très vaste occupant le territoire de la sylvienne de l'hémisphère gauche, s'étendant jusqu'au ventricule latéral, en coupant la capsule interne. Le cœur est sain. 2° Un soldat de 24 ans, au cours d'une récidive de blennorrhagie, est pris d'une attaque légère d'éblouissements, à la suite de laquelle il devient hémiplégique, et qui s'améliore relativement, en laissant persister une légère asymétrie faciale, ainsi que de l'exagération du réflexe tendineux et trépidation du pied du côté hémiplégié. Devra-t-on faire rentrer, plus tard, la blennorrhagie dans l'étiologie des ramollissements cérébraux ?

Polynévrite récidivante, envahissement des nerfs crâniens et diplégie faciale, par A. TARGOWLA (*Revue neurologique*, 30 août 1894, n° 16, p. 465). — L'observation rapportée est un cas de polynévrite à rechutes très espacées : elle ferait, selon l'auteur, unité nouvelle dans les cas du même genre, et son intérêt consiste aussi dans la généralisation de la polynévrite aux deux nerfs faciaux et à quelques autres nerfs crâniens. A. B., 39 ans, domestique, a présenté une première fois en 1874, à la suite de douleurs avec gonflement de l'épaule droite s'étendant au bras, de la faiblesse du membre inférieur du même côté; l'hémiplégie se compléta, et tout en s'atténuant beaucoup, l'empêcha toujours de se servir habituellement de sa main droite. Huit ans après, seconde attaque semblable, à début par les membres inférieurs, déterminant un décubitus de trois mois. Amélioration suffisante pour lui permettre de travailler sept mois ensuite. Une troisième fois, en 1893, elle fut reprise : l'impotence gagne alors les membres supérieurs, déterminant une paralysie faciale gauche, avec troubles de la parole et de la déglutition. A l'examen, à son entrée à l'hôpital à la suite de cette dernière attaque, on constate de la paralysie atrophique des deux membres supérieurs, diminuant des extrémités à la racine ; l'atrophie prédomine aux éminences thénar et hypothénar; des traces d'atrophie existent aux muscles des jambes : on note encore de la parésie faciale double, enfin des paralysies atrophiques de certains muscles du tronc et de la nuque. La sensibilité générale et spéciale est indemne. La réaction de dégénérescence existe sur plusieurs muscles. Les réflexes tendineux sont abolis. Une certaine amélioration se produisit ultérieurement.

Trois cas d'arthropathie tabétique, bilatérale et symétrique, par SOUQUE et J. B. CHARCOT (*Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet août, n° 4, p. 220). — Les auteurs relatent, comme simple recueil de faits, des exemples d'arthropathies tabétiques remarquables non seulement par leur rareté relative, mais encore par les déformations presque monstrueuses qu'elles représentent. Deux ont trait à des femmes. La première atteint les épaules des deux côtés, les deux autres les genoux. Ils font remarquer que l'on observe tant le type atrophique ou hypertrophique chez des sujets séparés, que réunis sur le même; cette particularité a été notée dans l'obs. I. Ils concluent en dernier lieu que la bilatéralité et la symétrie des arthropathies plaident plutôt, au point de vue pathogénique, la cause d'une lésion spinale que celle d'une névrite périphérique.

Contribution à la pathogénie des arthropathies neuro-spinales, par G. MARINESCO (*Revue neurologique*, 30 juillet 1894, n° 114, p. 409). — Les conclusions qui se dégagent de ce travail sont les suivantes : 1° Le substratum anatomique des lésions nerveuses des arthropathies neuro-spinales est l'altération des nerfs centripètes sur quelque point de leur trajet que ce soit (filets articulaires, troncs nerveux, cordons postérieurs); 2° Ce sont les fibres centripètes affectées à la transmission des sensations tactiles douloureuses et thermiques qui jouent le plus grand rôle dans ces troubles trophiques articulaires; 3° Le mécanisme par lequel ils se produisent est un mécanisme réflexe ayant pour point de départ les nerfs articulaires centripètes qui agissent par l'intermédiaire des centres vaso-moteurs, et des fibres vasomotrices sur la surface ostéo-articulaire; 4° S'il s'agit seulement d'une insuffisance d'excitation sensitive, on aura plutôt la forme atrophique. S'il s'y ajoute un phénomène de compensation par les fibres restées intactes, on aura en plus des phénomènes d'hypertrophie. Il est entendu que le siège des arthropathies et d'autres conditions anatomiques que nous ignorons peuvent jouer un certain rôle dans leur production ; 5° Les arthropathies des hémiplégiques ne sont pas pour nous des arthropathies trophiques directes. Elles sont déterminées par l'influence médiate du système nerveux central (troubles vaso-moteurs), combinées à l'influence immédiate des agents pathogènes (microbes). Les symptômes et les lésions anatomo-pathologiques sont du reste différents de ceux des arthropathies neuro-spinales.

MÉDECINE

Sur un cas d'hydro-pneumothorax tuberculeux, par CARRIÈRE (*Arch. clin. de Bordeaux*, 1894, n° 6, p. 262). — Il s'agit d'un garçon de 16 ans qui entre à l'hôpital au mois de décembre 1892 avec les signes manifestes de tuberculose pulmonaire entre la première et la deuxième période : amaigrissement progressif, affaiblissement général, bronchites à répétition, sueurs profuses la nuit, hémoptysies, le tout confirmé par les signes stéthoscopiques et surtout par la présence des bacilles de Koch dans les crachats. A la suite d'un refroidissement, le malade contracte une pleurésie sèche au cours de laquelle survient brusquement un pneumothorax, dix mois environ après le début probable de la tuberculose pulmonaire. Le pneumothorax guérit et le malade quitte l'hôpital au bout de quelques jours.

Le malade fut, par hasard, retrouvé 18 mois après sa sortie de l'hôpital. Il existait bien une légère différence de sonorité à droite et à gauche dans la fosse sous-claviculaire; mais à l'auscultation, il a été impossible de trouver aucun signe stéthoscopique anormal et jamais on n'aurait pu croire qu'il y avait eu là des lésions très avancées.

C'est donc un nouvel exemple de l'action curative que le pneumothorax exerce sur la tuberculose pulmonaire.

Bacille pyocyanique dans les selles vertes (Ueber einen Fall von Grünfarbung des Stuhles durch den Bacillus pyocyaneus), par Salus (*Prag. med. Woch.*, 1894, n° 33, p. 427). — Il s'agit d'une femme chez laquelle on avait perforé l'intestin au cours d'une extirpation des annexes par la voie abdominale. Comme la suture parut impossible, l'intestin fut fixé à la paroi abdominale en anus contre nature. Deux jours après, en changeant le pansement, on trouva celui-ci couvert de matières fécales vertes et la plaie d'une sécrétion verdâtre. On prit alors dans l'anse intestinale une parcelle de matières fécales qu'on ensemença sur divers milieux; il se développa une culture pure de bacilles pyocyaniques. Les expériences sur les animaux nourris avec cette culture furent négatives.

L'auteur fait observer que Kossel a publié récemment une observation de gastro-entérite à bacilles pyocyaniques chez un nourrisson de 4 mois.

CHIRURGIE

Résection du cardia (Ueber die Resektion der Cardia), par William Lévy (*Centr. f. Chir.*, 1894, n° 31, p. 721). — L'auteur publie le manuel opératoire de la résection du cardia d'après des expériences sur des chiens et des cadavres, faites dans le but de voir si cette résection est possible en cas de cancer du cardia.

L'opération telle que la décrit l'auteur comprend les temps suivants :

1° *Incisions de la paroi abdominale.* — Deux incisions : une verticale allant de la pointe du sternum jusqu'à l'ombilic qu'elle contourne à gauche; l'autre horizontale, partant à angle droit de l'extrémité inférieure de l'incision verticale et se dirigeant à droite à travers toute la largeur du droit de l'abdomen.

2° *Isolement du cardia.* — Après l'ouverture de la cavité abdominale, le foie est repoussé en haut et à droite. L'estomac est attiré en bas et à gauche de façon à apercevoir la petite courbure et le méso qu'on sectionne dans sa moitié gauche à partir du cardia. On fait ensuite subir au cardia un mouvement de torsion à gauche afin de lier plus facilement, entre deux ligatures, les artères et les veines coronaires stomachiques.

3° *Isolement de la partie inférieure de l'œsophage.* — Avec des ciseaux on divise la séreuse tout autour du cardia et on dénude la circonférence antérieure de l'orifice diaphragmatique par lequel passe l'œsophage ; le cardia est alors attiré en bas et isolé. Pour ne pas ouvrir la cavité pleurale pendant l'isolement de l'œsophage, il faut suivre attentivement les mouvements respiratoires : on voit alors le feuillet pleural se tendre comme une voile. L'endroit précis de la plèvre étant déterminé, il ne reste qu'à isoler l'œsophage du tissu conjonctif lâche qui l'entoure.

4° *Résection du cardia; suture de l'œsophage à l'estomac.* — On commence par suturer la moitié postérieure de l'œsophage à l'estomac par une double série de sutures passées à 1 centim. environ au-dessus du point présumé de la résection, et on sectionne le cardia en suturant les bords au fur et à mesure de la section. Un aide ferme l'estomac avec les doigts et on procède à la section de l'œsophage en commençant par l'endroit déjà suturé et en suturant l'œsophage à l'estomac au fur et à mesure qu'on avance dans la résection de l'œsophage. Les sutures une fois posées, l'œsophage se trouve solidement fixé à l'estomac. L'opération est terminée par la suture de la paroi abdominale.

De la résection des rétrécissements de l'urèthre périnéal suivie de l'uréthroplastie immédiate, par Villard (*Nouv. Montp. médic.*, 1894, n° 4, p. 331). — Le travail basé sur 9 opérations aboutit aux conclusions suivantes :

L'uréthrectomie ou la résection de l'urèthre rétréci est une opération relativement récente qui a été préconisée en France d'abord par Bourguet (d'Aix), puis par M. D. Mollière et enfin par le professeur Guyon.

Elle est totale ou partielle. Dans la résection totale, on enlève toute la portion rétrécie en coupant l'urèthre en amont et en aval. Dans la résection partielle, on n'enlève que les portions les plus indurées, par couches successives, en conservant une languette à la paroi supérieure du canal. La résection doit être complétée par une suture immédiate, soit des deux bouts de l'urèthre sectionné, soit des divers points du périnée.

Les résultats immédiats de cette opération sont excellents, la guérison est rapide, le calibre du nouveau canal amplement suffisant. Les résultats éloignés sont également bons : le rétrécissement ne se reproduit presque jamais si la résection a été bien faite; l'urèthre continue à admettre des bougies de gros calibre, le jet reste large.

L'uréthrectomie est indiquée principalement dans les rétrécissements cicatriciels affectant la forme d'une virole cicatricielle dure, épaisse, serrée, avec participation à la néoplasie conjonctive des tissus péri-uréthraux. Elle est encore indiquée s'il existe un gros callus périnéal avec fistules plus ou moins nombreuses. Elle n'est contre-indiquée que dans les rétrécissements trop étendus, avec lésions uréthrales si prononcées qu'il serait impossible de réséquer tout ce qui devrait être enlevé; l'uréthrotomie externe sera alors préférable.

Dans les cas de rétrécissements blennorrhagiques, l'uréthrectomie n'est indiquée que dans les rétrécissements justiciables, à l'heure actuelle, de l'uréthrotomie externe. Elle donne une guérison immédiate plus rapide et presque toujours plus durable que celle que l'on obtient avec la simple section des portions rétrécies.

BIBLIOGRAPHIE

Les médecins grecs à Rome, par Maurice Albert. Paris, Librairie Hachette, 1894.

Voici un excellent livre, utile à consulter, agréable à lire, écrit avec une érudition de bon aloi, inspiré à son auteur par une connaissance approfondie de la médecine ancienne et par le respect que lui inspire la médecine contemporaine. En ce siècle où nos confrères sont trop souvent attaqués ou ridiculisés par ceux qui n'ont pas su comprendre le rôle social de la médecine, on aime à voir un écrivain digne de l'estime de tous, un professeur de l'Université, terminer une étude très remarquable sur l'histoire de la médecine par ces paroles : « Et maintenant je le demande, j'en appelle à ceux qui ont été guéris ou soulagés, à ceux-là surtout qui ont vu guérir ou soulager des êtres chers : quelle tâche plus élevée, plus touchante, plus humaine que celle du médecin ? Il est à la fois celui qui sait, celui qui veut, celui qui agit. Il soulage presque toujours, il guérit souvent, parfois il sauve. En lui nous trouvons non seulement le bienfaiteur de nos corps, mais aussi un consolateur, un ami. » Celui qui a écrit ces lignes qui terminent un chapitre consacré à exalter les mérites du *médecin selon l'ordonnance*, du médecin contemporain, digne de comprendre la haute mission qui s'impose à son dévouement, était à même de bien juger non seulement l'œuvre, mais encore le caractère des médecins grecs arrivés à Rome après Archagatos, s'y maintenant malgré les objurgations de Caton et les décrets de bannissement, parvenant même bientôt à y acquérir une situation prépondérante.

L'un des médecins dont il a le mieux tracé le portrait, l'un de ceux qu'il traite de grand homme, ayant eu sur la médecine, les mœurs, la littérature et la philosophie une action profonde, durable et bienfaisante, c'est Asclepiades. M. Albert n'aime pas Pline et conteste souvent les jugements de « ce compilateur consciencieux sans originalité ni critique ». En ce qui concerne Asclepiades, il a raison. Ce médecin intelligent et adroit, ami des personnages les plus illustres de son temps, favori de Mithridate, maître de Lucrèce, qui traduisit en vers éclatants ses théories médicales et physiologiques, a eu le double mérite d'arriver à son heure, d'avoir su appliquer avec une grande sagacité la doctrine épicurienne et aussi de vivre très longtemps respecté et admiré.

Les successeurs d'Asclepiades se montrèrent souvent indignes des enseignements qu'il leur avait légués. A la fin de la République le monde des médecins fut un monde étrangement mêlé où les affranchis et les esclaves jouèrent souvent

un rôle assez méprisable. On lira avec grand intérêt les pages consacrées par l'auteur à apprécier le rôle de ces médecins, soit au siècle d'Auguste, soit depuis Auguste jusqu'à Néron, et, tout en faisant quelques réserves au sujet du jugement porté sur les méthodistes et leur dernier représentant Cœlius Aurelianus, on ne manquera pas de rendre justice à l'érudition et au talent d'exposition d'un écrivain qui sait nous tracer des écoles médicales de l'antiquité un tableau si vivant, si précis.

Citons encore le portrait de Dioscoride qui est fait de main de maître, venant surtout après la critique d'Andromaque et des méthodes thérapeutiques bizarres ou grotesques dont la préparation de la *thériaque* est un des plus curieux exemples; puis et surtout une appréciation très sérieuse et très juste du caractère et de l'œuvre de Galien. « Qu'il parle, qu'il exerce ou qu'il écrive, a dit de lui M. Maurice Albert, il se montre toujours avec les mêmes traits caractéristiques, la passion de la science, des connaissances très étendues, l'amour de la controverse et des discussions philosophiques, une hauteur méprisante, un impérieux besoin de domination, une humeur querelleuse et un puissant instinct de combativité. » Galien, sans doute, a bien mérité les reproches que lui adressaient ses confrères. Lorsqu'en 167 une peste terrible apportée de Syrie par l'armée de Lucius Verus s'abattit sur Rome et la dépeupla, Galien n'hésita pas plus que devant l'émeute; il s'enfuit. « C'était un homme plein de prudence et qui aimait la vie, il voulait conserver un médecin à ses clients. » Mais il fut aussi « un homme robuste, un écrivain fécond, un médecin désintéressé au point de révéler à ses clients les moyens de se passer de lui. Son humanité d'ailleurs et son dévouement sont attestés par la sollicitude dont il entourait également le pauvre et le riche. » Galien, dit avec raison M. Maurice Albert, reste après Asclépiades le plus grand des médecins grecs qui vécurent à Rome et soignèrent les Romains. Ses écarts et ses faiblesses ne doivent pas faire oublier les services qu'il a rendus.

On peut voir, par cette simple analyse, tout l'intérêt que présente le livre de M. Maurice Albert. En le signalant à tous les médecins, nous sommes assuré de leur rendre service. Ils auront plaisir et profit à le lire.

L. Lereboullet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Recherches sur l'action du bicarbonate de soude et de l'acide lactique sur le chimisme stomacal des dyspeptiques, par Modiano.

Dans l'hypopepsie, le bicarbonate de soude administré en même temps que le repas déprime le travail chimique de l'estomac.

Administré avant le repas à la dose de un gramme, il excite le travail stomacal.

Dans l'hyperpepsie, donné à la dose de un gramme pendant le repas, il excite la digestion et par suite exagère l'hyperpepsie. A haute dose il déprime la digestion et la précipite.

Dans l'hypopepsie, l'usage prolongé amène un relèvement du processus stomacal.

Dans l'hyperpepsie, des doses variables et intermittentes excitent et précipitent la digestion.

L'acide lactique retarde la digestion.

La dépression initiale de la digestion par l'acide lactique est toujours suivie d'une réaction franche pouvant amener l'hyperchlorhydrie.

L'acide lactique détermine de l'hypersécrétion.

L'acide lactique est indiqué quand on veut retarder une digestion hâtive et qu'on ne craindra ni l'hypersécrétion ni l'hyperchlorhydrie.

Symptômes spasmodiques et contractures permanentes dans la paralysie générale, par Marc Trénel.

I. — La majorité des paralytiques généraux présentent, à une époque rapprochée du début de la maladie, des symptômes spasmodiques se traduisant par l'exagération des réflexes tendineux (73 p. 100).

En général, il existe en outre une démarche caractéristique, se traduisant par une certaine lourdeur et raideur du mouvement.

II. — Dans un nombre de cas assez considérable, les mouvements deviennent franchement spasmodiques et peuvent prendre des caractères cliniques qui les rapprochent de la sclérose en plaques et de la paralysie spinale spasmodique de Charcot, Erb. Il existe fréquemment du tremblement épileptoïde spontané ou provocable.

III. — A une période plus avancée surviennent de véritables crises de rigidité musculaire avec résistance invincible aux mouvements passifs; les mouvements actifs restant assez faciles, malgré une raideur de plus en plus accentuée.

IV. — Chez un petit nombre de malades, apparaissent des contractures permanentes d'emblée ou après des périodes transitoires. Ces contractures débutent, dans la généralité des cas, aux membres inférieurs avec une intensité égale ou inégale des deux côtés, y restent localisées ou envahissent l'un après l'autre les membres supérieurs.

Elles se caractérisent par l'adduction et la flexion. Les segments inférieurs des membres (avant-bras et jambes) restent le plus souvent indemnes.

V. — Dans des cas fort rares, la paralysie spasmodique finit par faire place à une paralysie flasque par atrophie musculaire généralisée.

VI. — La paralysie spasmodique peut se compliquer, outre le tremblement à petites oscillations caractéristique, de tremblements convulsifs, de tremblements intentionnels, de mouvements choréiformes ou athétosiques, de parésie ou de paralysie, de nystagmus.

Tous ces phénomènes peuvent être permanents, durables ou passagers. Ils peuvent se succéder ou se combiner suivant les modes les plus variés.

Les symptômes psychiques de la paralysie générales n'offrent dans les cas à contractures rien de particulier.

VII. — Les lésions de l'encéphale y sont aussi les lésions ordinaires de la paralysie. Notons cependant la fréquence relative de la pachyméningite chez ces paralytiques. Sauf dans les faits exceptionnels où la moelle a paru saine (?), il existe toujours une lésion plus ou moins diffuse des cordons latéraux, en particulier de leur partie postérieure adjacente au bord de la corne postérieure.

Le cordon antérieur n'est atteint qu'exceptionnellement.

Cette lésion de la moelle est soit en continuité avec les lésions corticales, soit absolument indépendante : dans ce cas elle s'arrête à des niveaux variables (à la décussation des pyramides par exemple).

Le faisceau cérébelleux direct est souvent altéré.

Quand les cordons postérieurs sont lésés en même temps que les faisceaux latéraux, l'ensemble symptomatique varie suivant l'intensité et la localisation de ces lésions, et l'époque de leur apparition.

Tous les symptômes spasmodiques, les contractures en particulier, peuvent ou manquer ou disparaître dans ces cas.

VIII. — La substance grise de la moelle présente des lésions cellulaires (Pigmentation, atrophie, etc.) inconstantes et variables d'intensité.

On a noté aussi des lésions périépendymaires.

IX. — La leptoméningite spinale est la règle (Fürstner) dans la paralysie générale.

La pachyméningite est fréquente. Ces lésions ont paru particulièrement accentuées dans les cas à contractures, mais non dans tous.

Elles ont semblé pouvoir, à elles seules, provoquer des contractures.

Parfois les vaisseaux sont nettement des centres de sclérose, en apparence systématisés.

X. — Les muscles présentent de l'atrophie dans des cas particuliers paraissant consécutive à des névrites périphériques.

XI. — La variabilité des symptômes cliniques s'explique par la variabilité même des lésions dans leur intensité, dans leur époque d'apparition, dans leurs combinaisons.

XII. — Ces lésions (lésions cérébrales, scléroses médullaires, lésions cellulaires, névrites périphériques) doivent être considérées comme des localisations diverses, indépendantes les unes des autres, du processus morbide caractérisant la paralysie générale.

XIII. — La paralysie générale peut se combiner, rarement d'ailleurs, à d'autres affections nerveuses à symptômes spasmodiques : paralysie spinale spasmodique, sclérose en plaques, syringomyélie, qui en compliquent le tableau clinique. Nous attirerons l'attention sur cette dernière affection, étant donnée la constatation qu'on a faite de lésions périépendymaires plus ou moins avancées.

Enfin rappelons les contractures permanentes dues à des lésions cérébrales en foyer (hémorrhagies, ramollissements, ou lésions corticales très profondes, mais localisées, de paralysie générale) avec dégénération secondaire du faisceau pyramidal.

XIV. — La syphilis n'a pas été particulièrement observée chez les paralytiques généraux à contractures, si ce n'est peut-être là où surviennent les atrophies musculaires généralisées ou localisées.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles. — Prof. THIRIAR.

Du tétanos.

Messieurs,

Dans une leçon, faite il y a deux jours, je vous ai montré un ouvrier magasinier atteint d'une plaie par arme à feu de la paume de la main gauche. J'ai spécialement attiré votre attention sur les hémorrhagies des arcades palmaires. Aujourd'hui je dois de nouveau vous parler de ce blessé, car, depuis cette nuit, le tétanos est venu compliquer la situation.

Vous vous souvenez certainement encore de ce malheureux; il est âgé de 18 ans et la blessure date actuellement de dix jours; il s'amusait à tirer des coups de fusil à l'occasion d'un mariage, lorsqu'en empoignant le canon de la main gauche, le coup partit et produisit les délabrements que vous avez constatés avant-hier. Toute l'éminence thénar était emportée, broyée; les arcades palmaires avaient été arrachées et des hémorrhagies graves se sont déclarées à plusieurs reprises, mettant sa vie en grand danger.

En votre présence, j'ai bien nettoyé cette plaie contuse, j'ai enlevé tous les caillots, j'ai bien désinfecté au moyen de la solution de chlorure de zinc à 10 0/0 et la solution de sublimé corrosif à 1 0/00; je n'ai pu retrouver les bouts artériels qui donnaient et j'ai alors tamponné avec de la gaze iodoformée après avoir enlevé quelques lambeaux qui se sphacélaient et avoir régularisé la plaie. Depuis lors, les hémorrhagies ne se sont plus reproduites et, hier, l'état du blessé était devenu très satisfaisant. Ce matin, à mon arrivée, on m'apprit qu'il présentait une certaine constriction des mâchoires; la température avait monté à 39°6 et le pouls était à 30 ou 1/4. Aucun doute n'est possible. C'est le tétanos qui est venu compliquer la situation et qui emportera probablement le malheureux.

Je viens de proposer au blessé et à sa famille l'amputation immédiate du bras, ce qui m'a été nettement refusé. J'ai alors fait de suite isoler le malade dans un cabinet obscur dont le plancher a été recouvert de tapis, de façon à y favoriser le silence et l'obscurité, et j'ai prescrit une potion contenant 10 grammes de chloral, 12 centigrammes d'extrait d'opium pour 200 grammes de véhicule.

Vous allez m'accompagner silencieusement pour voir le tétanique, vous entrerez dans sa chambre bien doucement, sans aucun bruit, par série de 6 ou 8; mais, avant de faire cette visite, je dois vous donner quelques indications sur cette terrible complication des plaies.

Quelle est la nature du tétanos?

Est-ce une névrose réflexe comme on le pensait il y a peu de temps encore, ou est-ce là une maladie infectieuse et, partant de là, le tétanos est-il contagieux?

Tous les symptômes observés indiquent que c'est dans les centres nerveux qu'il faut aller rechercher le siège de cette affection. Elle consiste, en effet, en spasmes intéressant d'abord les muscles masticateurs et produisant le trismus, s'étendant ensuite successivement à tous les muscles du corps tout en attaquant de préférence les muscles des extrémités et ceux du tronc.

D'après mes observations, c'est d'habitude du huitième au dixième jour après la lésion que l'affection survient; le malade n'ouvre pas bien la bouche, il se plaint d'une gêne du côté de la gorge. La raideur des muscles masticateurs s'accentue rapidement au point que le blessé ne sait plus ouvrir la bouche; cette raideur s'étend ensuite aux muscles de la partie postérieure du cou; les traits prennent peu à peu une expression toute particulière par suite de la contraction des muscles de la région; le front se plisse, les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre, les commissures labiales sont violemment tirées en arrière; le malade semble rire. C'est le rire sardonique des anciens, d'un aspect effrayant et caractéristique. A ces phénomènes viennent se joindre des crampes tétaniques, tantôt surtout prononcées au tronc, tantôt aux extrémités. Elles se présentent par accès provoqués par toutes les irritations extérieures et sont accompagnées de violentes douleurs. La tête est alors renversée en arrière entre les deux épaules; elle est immobilisée par les muscles de la nuque contracturés; parfois même le corps tout entier, arqué en opisthotonos, ne repose que sur l'occiput et les talons. Les muscles de l'abdomen sont également rigides, de même que les muscles thoraciques dont la contraction spasmodique entrave la respiration. Les membres sont raides et étendus.

Ces crampes, accompagnées de violentes douleurs, sont provoquées par la moindre irritation extérieure, par une porte qui s'ouvre, un léger souffle passant sur la figure du malheureux, un léger attouchement, le frottement d'une couverture, un léger bruit, une trépidation du sol, etc., etc. Le corps est presque toujours baigné de

sueurs, l'urine est souvent albumineuse; la température s'élève notablement, elle peut arriver jusqu'à 42°; le pouls s'accélère et dépasse 120 pulsations dans les cas mortels.

En général, cet état dure à peine 48 heures, du moins chez les malades que j'ai observés; la mort est toujours arrivée en déans ce laps de temps.

Tous ces symptômes, Messieurs, indiquent que la cause immédiate de ces phénomènes réside dans un état d'augmentation de l'irritabilité réflexe des centres nerveux. Nous sommes tous d'accord pour le reconnaître, mais lorsqu'il s'agit de remonter à la cause originelle de cet état d'hyperexcitabilité, les discussions commencent et la controverse surgit.

La théorie dite nerveuse a été adoptée pendant longtemps; le tétanos serait un réflexe pathologique dont le point de départ serait une irritation nerveuse périphérique qui aurait pour résultat une suractivité fonctionnelles des parties supérieures de la moelle. On a ensuite émis l'hypothèse que le tétanos était dû à une lésion des centres nerveux et même des nerfs, mais on ne trouve ordinairement rien de caractéristique du côté de l'encéphale, de la moelle épinière ou des nerfs. On y rencontre bien, par-ci par-là, des lésions accidentelles, mais elles n'ont aucune importance relativement à la cause de l'affection; ce ne sont pas là des signes palpables sous le rapport anatomo-pathologique, car ils ne sont pas constants, ils n'existent pas toujours; ils ne nous apprennent rien; on ne peut en tirer aucune conclusion, car dans la plupart des cas de tétanos, surtout à évolution foudroyante, on ne découvre absolument rien du tout.

Les phénomènes observés offrant une certaine ressemblance avec ceux produits par l'empoisonnement par la strychnine, on a aussi naturellement pensé à une intoxication spécifique dont l'action se ferait surtout sentir sur la moelle. Ce serait une substance chimique fabriquée dans la plaie ou venue du dehors qui provoquerait cet empoisonnement se traduisant par des contractures et des troubles convulsifs.

Cette dernière théorie nous rapproche sensiblement de la véritable cause du tétanos; elle nous y conduit tout naturellement, car si on admet l'existence de cette substance, de cette *toxine*, on doit dès lors en rechercher l'origine, le mode de production. Ce poison doit nécessairement être composé, distilllé, dirai-je, quelque part; il n'existe pas de toute pièce soit au sein de l'organisme, soit en dehors de celui-ci; il est sécrété par un organe, un agent quelconque; cet agent, sous l'influence de certaines causes, se multiplie, se reproduit en grande quantité de façon à produire une certaine dose de toxine suffisante pour provoquer tous les phénomènes observés dans le tétanos; celui-ci éclate dès lors brusquement et suit la marche fatale que vous connaissez.

On est ainsi tout naturellement amené à reconnaître le caractère infectieux de cette complication, surtout lorsqu'on en a observé de véritables épidémies se produisant sous l'influence de causes bien déterminées.

Cette théorie de la nature infectieuse du tétanos existait en germe depuis longtemps; quelques esprits observateurs l'avaient entrevue, et déjà en 1801, par exemple, on voit Pierre Dufouart émettre l'avis que si la rage est due à l'action d'un virus, le tétanos pourrait être provoqué d'une façon analogue (1). En 1854, Simpson, le premier, émit nettement l'hypothèse que le tétanos était provoqué par un agent infectieux. En 1859, Betoli déclara que la cause du tétanos consistait en un ferment animal, et que si le tétanos était une affection relativement rare, il fallait attribuer cette rareté à ce que ce ferment trouve difficilement un terrain propre à son développement.

Ce sont là, certes, Messieurs, des idées qui prouvent que la théorie infectieuse du tétanos a cours depuis longtemps dans la science; elles préparaient le terrain, indiquaient la voie à suivre, car, comme l'a dit très bien P. Dubois : « une doctrine nouvelle apparaît rarement dans la science sans que les esprits y aient été plus ou moins préparés. »

Jusque dans ces dernières années, Messieurs, la théorie de l'origine infectieuse du tétanos n'était basée que sur de simples présomptions; on avait bien, à plusieurs reprises, cherché à réaliser expérimentalement la transmission du tétanos, mais les premières tentatives échouèrent complètement, et ce ne fut qu'en 1884 que Corti et Rattone parvinrent à obtenir un résultat positif et imprimèrent ainsi aux recherches une impulsion nouvelle. Ces auteurs réussirent à inoculer le tétanos à une série de lapins en leur injectant dans le tissu cellulaire une émulsion faite au moyen d'une pustule d'acné prise chez un individu mort de tétanos en 3 jours de temps. Sur 24 lapins ainsi inoculés, 23 devinrent tétaniques; le sang du même individu, injecté à d'autres lapins, ne transmit pas la maladie. La nature infectieuse du tétanos était ainsi démontrée; restait maintenant à isoler le ferment spécifique, à trouver l'agent infectieux.

Celui-ci fut découvert par Nicolaier qui démontra en même temps la propriété tétanigène de certaines espèces de sol. Ces expériences furent confirmées peu après par Rosenbach qui, ayant constaté l'absence constante du bacille dans les organes des animaux morts tétaniques, admit que cet agent infectieux devait se localiser dans les plaies et y sécréter une substance clinique spéciale, une ptomaïne qui était la cause productrice des phénomènes convulsifs du tétanos. En 1890, deux élèves distingués de notre université, MM. René Verhoogen et Ch. Baert, démontraient à leur tour la nature infectieuse et spécifique du tétanos dont l'agent peut se rencontrer surtout dans le sol, de même que dans la robe du cheval, la poussière des foins, sur les instruments de chirurgie, etc., etc. Nos compatriotes ont surtout prouvé que dans certaines circonstances la terre était éminemment infectieuse. Ainsi, par exemple, un cheval était mort du tétanos en mai 1888 et avait été enterré. En décembre de la même année, Verhoogen et Baert firent exhumer le cadavre de l'animal et obtinrent ainsi une certaine quantité de terre mélangée à des débris organiques en putréfaction. L'inoculation de ce produit donna chez tous les animaux auxquels elle fut pratiquée naissance à un tétanos caractéristique.

Aujourd'hui aussi, Messieurs, il est démontré que le tétanos peut s'inoculer à l'homme. Dernièrement, en effet, le docteur Nicolas, préparateur attaché au laboratoire du professeur Arloing, à Lyon, a failli être victime d'un tétanos typique gagné par inoculation accidentelle des produits solubles du bacille de Nicolaier. A la suite d'une piqûre assez profonde faite accidentellement à la main avec une seringue de Pravaz stérilisée au préalable qui venait de servir à l'injection d'une culture filtrée du bacille de Nicolaier, culture extrêmement active; Nicolas fut pris quatre jours après de contractures *loco-dolenti*. Ces contractures se généralisèrent à toute la main et à l'avant-bras. Deux jours après, le trismus survint et bientôt un opisthotonos très pénible avec dyspnée vint compliquer cette grave situation. Grâce à des soins assidus, au chloral à hautes doses, au repos absolu, le Dr Nicolas put heureusement se tirer d'affaire, mais le tétanos avait duré 41 jours; il était la conséquence de l'introduction sous-cutanée d'une dose infime de culture

(1) P. DUFOUART, *Analyse des blessures par armes à feu et de leur traitement*, an X, vendémiaire (1801), p. 145.

filtrée du bacille de Nicolaier. (Société de biologie, séance du 21 octobre 1893.)

Selon moi, la transmissibilité par l'intermédiaire du sol est le mode d'infection le plus fréquent. C'est, dans tous les cas, celui qui a été le mieux établi jusqu'ici. Il y a longtemps, du reste, que, sans le savoir bien entendu, les Canaques se servent de terre tétanigène pour empoisonner leurs flèches, employant ainsi le microbe à l'art de la guerre. Ce fait a été mis en évidence par les expériences de Ledantec qui, soupçonnant l'origine tellurique du poison employé par les Canaques, fit au laboratoire de Nouméa diverses expériences concluantes avec la matière noirâtre recouvrant le petit morceau d'os humain effilé des flèches des naturels de l'Océanie. Tous les cobayes inoculés avec cette matière prirent le tétanos d'autant mieux que le poison provenait d'une flèche plus récemment préparée.

La mort par le tétanos est du reste très souvent observée à la suite des blessures produites par les flèches des naturels du Pacifique; ainsi, en 1864, un Anglais et deux indigènes furent blessés dans la baie de Granova; le premier guérit, les deux autres moururent du tétanos. Dans une autre circonstance, lors du massacre de l'évêque Patteson à Nuka, trois hommes furent aussi blessés et deux encore succombèrent au tétanos. En 1875, le commodore Goodenough et son escorte, dans l'île de Santa-Cruz, furent assaillis à coups de flèches. Le commodore, un officier et cinq hommes furent blessés. Huit jours après, le commodore et deux marins étaient emportés par le tétanos.

A titre de curiosité, voici la préparation de ces flèches indiquée en détail par Ledantec : On fait, dit-il, au moyen d'une pierre, une incision sur un arbre appelé *Dop*. L'arbre laisse couler un suc laiteux qui prend vite de la consistance. On enduit la pointe de la flèche de guerre, c'est-à-dire l'os humain effilé, de ce suc visqueux qui ne sert qu'à fixer le poison véritable. On enroule sur cet enduit un fil. Au moyen d'une écuelle de noix de coco, on prend de l'humus au fond des trous de crabes dans les marais à palétuviers, marais malsains qui bordent la côte. On plonge dans cet humus l'extrémité de la flèche. On fait sécher au soleil et, après dessiccation, on enlève le fil, ce qui a probablement pour but de produire des aspérités à la surface de la pointe empoisonnée. Il ressort de là que les naturels des Nouvelles-Hébrides et probablement ceux des îles Santa-Cruz empoisonnent leurs flèches avec de la terre des marais qui contient le bacille du tétanos; celui-ci, grâce à ses spores, peut résister des mois et même des années. Bien avant nous, ils auraient découvert inconsciemment l'origine tellurique du tétanos.

Si le sol de ces îles renferme en grand nombre le bacille infectieux du tétanos, il est d'autres contrées, en revanche, qui paraissent en être dépourvues presque totalement. L'Etat indépendant du Congo est privilégié sous ce rapport. Il est vrai qu'il ne possède ni chevaux, ni autres animaux tétanifères ou tétanigènes et que les agents ordinaires de transmission du tétanos paraissent y faire défaut. Le tétanos chirurgical y est d'une rareté remarquable. On sait cependant que la race nègre a été considérée de tout temps comme la plus prédisposée au tétanos. Les nègres sont même prédisposés tout naturellement à une sorte de tétanos médical caractérisé surtout par le trismus, mais qui me paraît devoir être attribué à d'autres agents infectieux que ceux qui produisent le tétanos chirurgical. A l'hôpital de Lagos, d'après le Dr Briart on trouve constamment deux ou trois nègres atteints de cette maladie et cependant nos explorateurs ne signalent guère de cas de tétanos chirurgical chez les nègres qui, pourtant, sont fréquemment atteints par des blessures nombreuses, variées et parfois très graves. Presque tous, en effet, dans le Haut-Congo surtout, se blessent volontairement et plus ou moins grièvement, car le tatouage y est très répandu; il constitue pour ainsi dire une véritable marque nationale; il se fait principalement sur la figure et sur la poitrine en pratiquant des incisions profondes ou en faisant avec des épines ou une fine aiguille les dessins les plus capricieux. Chez beaucoup de tribus, les indigènes se passent à travers les oreilles, les lèvres et même le cartilage du nez des bâtonnets parfois très volumineux. Toutes ces blessures se font au moyen d'instruments malpropres, éminemment infectieux par conséquent; on y injecte même des substances irritantes et, malgré tout, on ne m'a signalé aucun cas de tétanos. Voici, du reste, les renseignements que j'ai pu recueillir auprès de quelques-uns de nos courageux compatriotes, médecins ou officiers, qui ont eu l'occasion d'observer de nombreux traumatismes au Congo :

Le Dr Carrié, qui a fait un séjour de trois ans comme médecin du Chemin de fer, a eu à soigner des centaines de cas de traumatisme de toute espèce et n'a jamais vu un seul cas de tétanos.

Le Dr Bourguignon, actuellement médecin en chef du Chemin de fer du Congo, y a fait jusqu'ici un séjour de près de cinq ans; il a également observé un nombre considérable de blessés et jamais il n'a constaté un cas de tétanos.

Le Dr Dryepont a pratiqué pendant trois ans dans le Haut-Congo, il n'a jamais vu un cas de tétanos ni chez le nègre, ni chez le blanc. Il a eu cependant à soigner des traumatismes très sérieux, tels que plaies pénétrantes des poumons, broiement du genou, perforation complète de la poitrine par des flèches, etc.

Le Dr Briart fit partie de la fameuse expédition de Delcommune qui eut à traverser des misères effroyables et à soutenir une série incroyable de combats. Il n'a observé personnellement que deux cas que l'on pourrait peut-être considérer comme étant des tétanos. Je dis peut-être, car les indigènes empoisonnent leurs flèches ou autres armes avec le suc d'une strychnée, ce qui donne lieu à des symptômes tétaniformes. Il s'agissait de deux hommes blessés au pied par un attelet empoisonné. Ils ont présenté au bout de quelque temps une raideur à la nuque qui s'est propagée à la colonne vertébrale, produisant ainsi l'épisthotonos. Ces blessés sont morts au bout d'une dizaine de jours. Il m'a signalé également, mais sans l'avoir observé, dit-il, un homme blessé à l'attaque d'Albertville, sur le Tanganika, qui fut pris d'un violent trismus auquel il succomba. Enfin, il me relate un cas de tétanos médical chez un homme souffrant de l'estomac pendant la famine qui a tué une cinquantaine de personnes de l'expédition. Cet homme présenta des symptômes tétaniques dans les bras d'abord qui étaient pris de convulsions, puis de rigidité. La nuque s'entreprit ensuite; le malade se coucha, ne voulut plus suivre les autres et succomba.

Le Dr Dupont, dans une note qu'il a bien voulu me transmettre, dit que, quoique ayant eu à soigner de nombreux blessés, noirs ou européens, les uns par coups de feu, les autres par des flèches, quoique ayant eu à traiter de nombreux ulcères et des plaies de toute nature, il n'a jamais observé un seul cas de tétanos chirurgical; les cas qu'il a eu à soigner appartiennent au groupe médical en ce sens que chez aucun de ces malades il n'a pu constater à un examen sérieux la moindre plaie. Ces quelques cas de tétanos médical ont été constatés chez des Bayanzis (de Tchumbiri et de Bolobo) arrivés au camp de Basokos en août 1891 et chez des indigènes du Haut-Jimbiri. Il attribue ces cas de tétanos idiopa-

thiques au refroidissement nocturne, à l'humidité du sol et aux conditions déplorables dans lesquelles le voyage mettait ces indigènes. Il me fait remarquer qu'il n'existe pas de chevaux dans ces contrées et, s'il y a quelques ânes et quelques mules, ils sont peu nombreux et d'importation toute récente et européenne. Tous ces cas sont, du reste, antérieurs à l'introduction de ces animaux.

Le lieutenant Lemaire, qui a séjourné près de quatre ans au Congo où il a eu à soutenir de nombreux combats dans l'un desquels il fut lui-même grièvement blessé, n'a jamais observé de tétanos chirurgical. Seul le commandant Van Gele signale un cas de tétanos chez un blanc. C'était un sous-officier du génie mort en 1886 à Léopoldville.

Que conclure de cette enquête sommaire? sinon que la terre du Congo n'est ni tétanifère, ni tétanigène? il est cependant à noter que la race noire est plus prédisposée au tétanos que la race blanche qui à son tour l'est plus que la race jaune; mais, de même que pour un civet il faut un lièvre, dit-on, pour que le tétanos puisse survenir il faut qu'il existe un agent infectieux, le bacille de Nicolaier, qui paraît n'être guère répandu au Congo. Dans quelques années, il sera intéressant de rechercher si, avec la civilisation que nous voulons introduire dans ces contrées, nous n'y avons pas aussi transporté le bacille de Nicolaier par l'introduction des chevaux, des ânes ou d'autres agents de propagation et de transmission de cet agent infectieux.

Il résulte de tout ce que je viens de vous exposer, Messieurs, que le bacille tétanique se trouve dans la terre; on ne le trouve pas, il est vrai, dans toutes les terres, mais il est susceptible d'y être transporté. D'une façon quelconque et *à priori*, d'où qu'elle vienne, la terre doit donc vous être suspecte. C'est surtout dans les endroits fréquentés et en particulier dans les rues, dans les églises, autour des habitations que l'on rencontre le plus fréquemment le bacille tétanique. C'est ainsi que les blessés déposés sur le sol ou dans les églises sont plus disposés que les autres à l'infection.

Après la bataille d'Iéna on a vu un grand nombre de tétaniques parmi les blessés déposés sur le sol. Abadie rapporte qu'en 1870, après la bataille de Beaumont, un grand nombre de blessés déposés dans les églises succombèrent au tétanos; Reclus fit la même observation pour les blessés déposés dans l'église de Mouzon; pareils faits furent du reste observés en 1859, après Brescia et Castiglione.

C'est surtout la terre des rues, terre souillée par des détritus ou déjections de toute sorte, qui est tétanifère. J'ai vu, il y a quelques années, un manœuvre de maçon blessé légèrement à la main par la corde d'une poulie, corde souillée par la boue de la rue, succomber rapidement au tétanos; à peu près à la même époque, j'ai donné mes soins à un homme qui avait eu la jambe écrasée par le tram d'Ucle et dont la blessure avait été souillée également par les détritus de la chaussée, cet homme succomba aussi au tétanos. Faut-il vous rappeler encore qu'en 1886, au Congrès français de chirurgie, j'ai rapporté une série de tétanos observés dans les environs de Nivelles, toutes les blessures parfois insignifiantes avaient été contaminées soit directement par la terre des rues ou des jardins, terre fortement fumée et avoisinant les habitations, soit indirectement par l'agent vulnérant souillé par ces mêmes détritus. Il est à remarquer que les blessés, dans nos établissements industriels, charbonnages, verreries, laminoirs, ateliers de construction, etc., etc., que ceux encore résultant d'accidents de chemin de fer sont rarement atteints par le tétanos, par suite probablement de l'absence du bacille de Nicolaier.

Il est plus que douteux pour moi que le tétanos puisse se transmettre par l'air et par l'eau; j'estime au contraire que sa transmission se fait facilement par l'intermédiaire des instruments de chirurgie. De 1883 à 1888, c'est-à-dire en cinq ans, j'ai eu huit cas de tétanos à la suite d'opérations que j'avais pratiquées. Le dernier date du 30 octobre 1888; il s'agissait d'une hernie étranglée opérée à l'hôpital. A partir de cette époque, mes instruments ont été soigneusement désinfectés par la chaleur et je n'ai plus eu à constater un seul cas de tétanos opératoire. Le nombre de mes opérations depuis cette époque s'élèvent cependant à plus de 2,000. Je suis donc en droit d'affirmer que le tétanos opératoire a disparu de mes salles et de ma clientèle depuis que j'ai pu convenablement stériliser mes instruments.

En septembre 1885, le professeur Verneuil mit en avant l'hypothèse de l'origine équine du tétanos et publia en 1886 dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* un très intéressant article sur ce sujet. Je ne partage pas tout à fait les idées de cet éminent maître quant à l'origine équine du tétanos. De même que la rage, la morve, le charbon, la diphthérie peuvent se communiquer à l'homme venant des animaux malades, de même je suis convaincu qu'un cheval tétanique peut, dans certaines circonstances, communiquer le tétanos à l'homme et j'en ai observé un exemple bien frappant: à la fin de l'année 1887, j'ai dû lier chez une jeune femme l'iliaque externe pour une hémorrhagie grave de la fémorale ulcérée par un carcinome. Cette opération se fit dans une ferme des Flandres, dans une chambre au rez-de-chaussée dont les fenêtres donnaient sur la cour remplie de fumier. Dix jours après, mon opérée mourait de tétanos; j'appris alors, en faisant une enquête, que trois semaines auparavant un cheval châtré était mort de tétanos. Le domestique qui avait traîné le cheval hors de l'écurie au moyen d'une corde s'était blessé à la main en procédant à cette besogne et était mort de tétanos quelques jours après. C'est là, me semble-t-il, un exemple frappant de la transmission du tétanos d'un cheval tétanique à l'homme.

Je suis loin cependant d'admettre l'origine équine du tétanos, car ce serait admettre que celui-ci est le résultat d'un virus propre au cheval. Le cheval n'est pas tétanigène, il ne peut pas lui-même engendrer le tétanos à l'état sain, mais il est éminemment tétanifère, de même du reste que la plupart des herbivores. N'oublions pas, en effet, que Bietsch, de Marseille, a démontré la présence du bacille de Nicolaier dans la poussière du foin, ce qui se comprend facilement si l'on considère que la plupart des fourrages sont souillés par la terre et ont ainsi les plus grandes chances de contenir le microbe. Tous les animaux herbivores sont dès lors susceptibles de recéler le bacille infectieux soit sur leurs téguments, soit même dans les diverses excrétions de leur tube digestif, car le microbe résiste très bien à l'action des sucs digestifs. Il est prouvé du reste que les matières fécales de ces animaux peuvent parfois contenir le bacille de Nicolaier. Il en résulte donc qu'un animal sain mais ayant absorbé avec ses aliments des bacilles tétaniques est parfois susceptible, par ses déjections, de contaminer les endroits où il les laisse tomber.

Il n'en est pas moins vrai que le microbe de Nicolaier, agent infectieux du tétanos, trouve un excellent terrain de culture chez le cheval, de même qu'il le trouve dans certains sols. Introduit dans l'organisme humain lorsque celui-ci se trouve dans un état de réceptivité convenable, il s'y développe très rapidement et y produit tous ses effets. Ces conditions de réceptivité se résument dans ce que l'on a désigné sous le nom de causes prédisposantes, et ici interviennent les questions de race, de sexe, de tempérament, d'âge, de profession, de saison, de climat,

de température et surtout de l'existence d'un traumatisme et de son siège. Toute blessure, même insignifiante, peut provoquer le tétanos, mais ce sont surtout les plaies des extrémités supérieures et inférieures, des orteils et des doigts qui ont le triste privilège de le provoquer. Le malade qui fait l'objet de cette leçon a été blessé à la main le 14 avril au matin, il est magasinier dans une maison où il y a six chevaux et sa plaie a été tamponnée avec des objets venant de l'écurie; il est venu, dans l'après-midi seulement, à l'hôpital s'y faire panser et ce n'est que le 18 qu'il est entré dans mon service; il faut avouer qu'il se trouvait ainsi dans toutes les conditions requises pour s'inoculer le tétanos.

Le genre de blessure a également son importance. Ce sont les plaies à foyer irrégulier, contus, les plaies par arrachement, par écrasement qui sont les plus graves, surtout lorsqu'elles se compliquent de la présence de corps étrangers, qu'elles sont souillées par de la terre, principalement de la terre des rues ou avoisinant les habitations. Il existe alors des conditions spéciales que vous connaissez qui font que le tétanos peut se développer plus facilement.

Reste maintenant le mode d'action du bacille à élucider :

Comment agit-il? Exerce-t-il une action propre, personnelle sur les centres nerveux ou les muscles? Après avoir été introduit dans l'organisme, s'y développe-t-il partout? Va-t-il lui-même se loger de préférence dans la moelle ou les nerfs? Ou bien est-ce indirectement qu'il produit ses effets, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'une substance chimique, d'un poison qu'il sécrète? Sur quelles parties de l'organisme agit-il?

Il paraît aujourd'hui démontré que le bacille tétanique, introduit dans l'organisme, reste localisé dans les environs du point où il a été inoculé; il s'y cantonne, s'y reproduit, mais il ne passe pas dans le torrent circulatoire, il n'envahit pas les tissus éloignés du siège du traumatisme. Les expériences de Verhoogen et Buert sont concluantes à cet égard. Ils ont pu constater l'absence complète du bacille dans le sang, la moelle, l'encéphale, la rate, les muscles, le foie et les reins. Le foyer de pullulation de ces microbes reste donc localisé aux abords du point infecté et ce sont les produits fabriqués par eux qui agissent sur l'organisme.

Les effets désastreux du bacille de Nicolaier sur l'organisme se font donc par l'intermédiaire d'un poison tétanique, d'une toxine. On le retrouve habituellement dans le sang de l'homme et des animaux atteints de tétanos. Son action doit être en tout point rapportée à celle de la strychnine

Ce poison agit directement sur les nerfs et les centres nerveux médullaires pour les mettre dans un état d'excitation anormale, mais il ne provoque pas directement les contractions tétaniques; il faut pour cela une excitation des nerfs sensitifs transmise à la moelle. Ainsi s'expliquent parfaitement les faits observés depuis bien longtemps en clinique. Je vous disais, en effet, tantôt que la moindre excitation périphérique, un souffle, un simple attouchement, un léger bruit suffisait pour provoquer une crise tétanique plus ou moins intense. Cette simple excitation suffit pour faire entrer en action les centres nerveux médullaires et provoquer les contractures tétaniques.

Le poison tétanique, en effet, exerce une action élective sur le système nerveux sensitif. C'est ce que les expériences de Courmont et Doyon viennent de démontrer tout récemment (1), confirmant en cela les recherches de Autokratom (1) et de Brunner (2). Ils ont démontré que l'excitation des nerfs sensitifs était considérablement augmentée par le poison tétanique; tandis que celle des nerfs moteurs ne paraît modifiée en aucune façon. Le poison tétanique augmentant l'excitabilité du système sensitif, vous comprenez très bien comment une irritation périphérique très minime produit la contracture.

D'après ces expérimentateurs, le principe actif du tétanos n'aurait aucune action directe sur la fibre musculaire. Les muscles doivent être complètement énervés pour être soustraits à l'action tétanique. Le poison n'agirait ni sur la fibre musculaire ni sur les nerfs moteurs. Les contractions seraient le fait d'un réflexe produit par l'action du poison tétanique sur les extrémités périphériques des nerfs sensitifs. Ce dernier point me paraît très discutable, et, pour ma part, je suis tenté de croire que le poison tétanique porte directement sur les centres nerveux, tout en admettant qu'il augmente considérablement l'excitation des nerfs sensitifs. Je vous ferai remarquer, du reste, que cette action sur le système nerveux sensitif est très complexe et que, pour le moment, il est extrêmement difficile de juger si le poison tétanique agit sur les nerfs seuls ou également sur la moelle, car on ne peut, actuellement, dissocier fonctionnellement les deux éléments, cellules et nerfs, qui composent le système nerveux sensitif.

Maintenant, Messieurs, que vous connaissez la pathogénie du tétanos, ses causes, son agent de production, ses effets, je puis vous en donner une bonne définition clinique et physiologique que voici :

Le tétanos est une maladie infectieuse déterminée par un agent microbien sécrétant un poison qui exerce une action élective excitative sur le système nerveux sensitif.

Si vous comprenez bien cette définition du tétanos, et si vous avez retenu les quelques considérations que je viens de vous présenter, il vous sera facile de formuler le traitement de cette redoutable affection. Ce traitement est prophylactique, symptomatique et curatif.

Le tétanos étant nettement une maladie infectieuse, vous prendrez toutes les mesures propres à détruire le germe lorsque vous pratiquerez une opération ou que vous aurez à panser un blessé. Vous observerez donc l'antisepsie la plus rigoureuse dans toutes vos opérations ou pansements. Le microbe de Nicolaier ne paraissant guère influencé par nos antiseptiques usuels, vous aurez recours à la chaleur pour désinfecter vos instruments, surtout lorsque vous aurez des raisons de croire qu'ils peuvent être contaminés. En 1888, après ma série de tétanos, j'ai fait nickeler ceux de mes instruments susceptibles de l'être, j'ai fait bouillir les autres dans de l'huile et actuellement encore ils sont passés à l'étuve après ou avant chaque opération. Je me suis ainsi débarrassé de tout germe et, depuis lors, j'ai eu la satisfaction de ne plus avoir à redouter l'apparition du tétanos après mes opérations.

Lorsque vous devez opérer, à la campagne surtout, faites-le dans un local convenable, bien chauffé, convenablement lavé et désinfecté. Abstenez-vous d'opérer dans des fermes où il y aurait eu des chevaux morts tétaniques; faites toujours une enquête sommaire pour savoir si votre salle est à l'abri de toute contamination. C'est pour éviter celle-ci que j'ai fait isoler le tétanique, c'est du moins une des raisons de cet isolement. La chambre dans laquelle il se trouve sera désinfectée à fond, il en sera de même des literies, du lit et des meubles. En un mot, je ferai le nécessaire pour anéantir

(1) Influence comparée du poison tétanique sur l'excitabilité des systèmes nerveux moteurs et sensitifs. (*Archives de physiologie*, n° 2, avril 1894.)

(1) *Archives de médecine expérimentale*, septembre 1893.
(2) *Beitrage zur klinische Chirurg.*, Bd XI, 1, décembre 1892, et *Deuts. med. Woch.*, 1894, n° 5.

les quelques germes tétaniques que le malheureux peut avoir introduits dans mon service.

Lorsque vous aurez à soigner des blessés, vous désinfecterez avec un soin tout particulier les plaies souillées par des contacts suspects. Tous ceux qui, par profession, sont en communication plus ou moins directe, plus ou moins fréquente, avec les animaux, doivent prendre de grandes précautions s'ils présentent quelque solution de continuité facilement accessible, et le médecin, lorsqu'il se trouve en présence d'une plaie chez un individu que son métier oblige à être en contact avec la terre, les chevaux ou les autres animaux tétanifères, devra recourir à l'antisepsie la plus rigoureuse. N'oublions pas que le bacille de Nicolaier se développe surtout dans les milieux purulents où il trouve tous les matériaux nécessaires à son développement, de même qu'il aime à habiter les plaies anfractueuses, déchiquetées, où l'air arrive difficilement, car il est anaérobie. Régularisez donc ces genres de plaies, transformez-les en plaies nettes, évitez la stagnation des liquides; tâchez, en un mot, d'obtenir la réunion par première intention sans aucune suppuration.

Quant à vos blessés, soustrayez-les à toutes les causes occasionnelles que vous connaissez, surtout au froid humide. La chirurgie militaire fournit de nombreux exemples d'épidémies de tétanos qui ont décimé les blessés exposés au froid humide. Telles sont les épidémies observées après les batailles de Prague, de Liegnitz, de Crazlow et chez les blessés d'Elchingen relégués dans l'île de Lobau. Dans leur traité de thérapeutique chirurgicale, Reclus et Forgue insistent avec raison sur la nécessité de donner le calme aux blessés et le repos à leurs blessures. Il est un fait frappant, sous ce rapport, c'est la fréquence du tétanos chez les personnes surmenées, excitées, entraînées dans les guerres de pays à pays et sa rareté dans les guerres civiles où les blessés rapidement hospitalisés n'ont que peu à souffrir. Ces auteurs rapportent que sur 500 blessés reçus au Val-de-Grâce pendant la Commune, il n'y eut pas un seul tétanique.

Tel est, Messieurs, dans ses grandes lignes, le traitement préventif du tétanos; mais, malgré tout, il éclate parfois. Quelle conduite tiendrez-vous? Quel traitement instituerez-vous? La thérapeutique est alors symptomatique et curative. Calmer l'hyperexcitabilité du système nerveux sensitif, détruire l'agent infectieux et anéantir les effets du poison tétanique. Voilà ce que vous devez chercher à obtenir.

Les premières mesures à prendre sont celles qui ont pour but d'assurer le calme et le silence au tétanique que le moindre bruit, le plus simple frôlement fait entrer en contraction. Il faut l'isoler complètement, ce qui évitera en même temps la contagion; on le reléguera donc dans une chambre bien chauffée, obscure, recouverte de tapis pour amortir les pas. On l'immobilisera autant que possible dans des couches de ouate selon la méthode de Verneuil, ce qui le maintient dans une moiteur continue et le protège contre les impressions extérieures. Bref vous ferez tout le nécessaire pour mettre le système nerveux à l'abri des excitations extérieures qui seraient de nature à produire des spasmes dangereux.

Vous lui prescrirez en même temps des substances dont l'action thérapeutique s'exerce sur les centres nerveux et qui sont capables d'apaiser l'excitabilité du système nerveux sensitif. Ces médicaments sont nombreux et variés. On a essayé, sans grand succès, la belladone, l'atropine, l'ésérine, le curare, l'aconit, le tabac, la ciguë, l'acide salicylique, l'antipyrine; on a eu recours aux pulvérisations de chlorure de méthyle le long de la colonne vertébrale; on s'est aussi adressé aux inhalations de chloroforme pour calmer les crises convulsives, et je me rappelle qu'étant assistant du professeur Deroubaix, j'ai vainement eu recours à ce dernier moyen chez une tétanique du service. Je l'ai maintenue sous le chloroforme depuis neuf heures du matin jusqu'au lendemain quatre heures du matin, moment de sa mort. J'ai pu ainsi calmer les crises convulsives, adoucir les souffrances de cette malheureuse, mais c'est là tout le résultat obtenu.

Nous avons deux médicaments calmants réellement utiles dans le tétanos et ayant fait leurs preuves: je veux parler de l'opium et du chloral. Je ne puis pas vous affirmer qu'ils procurent parfois la guérison, puisque personnellement je n'ai jamais vu un seul tétanos guérir; mais je puis vous assurer qu'ils possèdent une bien puissante action calmante. Ils procurent le repos, le sommeil au malheureux tétanique et l'empêchent de souffrir. Ils diminuent l'excitabilité du système nerveux et rendent les crises tétaniques beaucoup plus rares et moins accentuées. Mais, il ne faut pas oublier que cette irritabilité est énormément exagérée et qu'elle a besoin pour être diminuée de fortes doses, de doses massives et prolongées. C'est ainsi que quelques-uns de mes tétaniques ont pris en 24 heures jusque 35 grammes de chloral, un gramme d'extrait d'opium, sans compter de 15 à 20 centigrammes de morphine en injections sous-cutanées. Je plongeais ainsi le malade dans un état de stupeur somnolente qui l'empêchait de souffrir et entravait l'action des excitations extérieures.

Pour modérer l'acuité exaltée de la moelle, on a pratiqué quelques opérations qui avaient pour but d'interrompre le parcours réflexe des excitations partant de la plaie, on a, en effet, sectionné, excisé, cautérisé, élongé, névrotripsié le tronc nerveux correspondant au foyer traumatique; on a même eu recours à la polynévrotomie qui consiste à sectionner tous les gros troncs nerveux d'un membre pour couper ainsi la route aux réflexes partis de la blessure. Tous ces moyens n'ont donné aucun résultat et quelques-uns paraissent même nuisibles. Et peut-il en être autrement? Ces opérations sont inutiles, inefficaces et dangereuses et vous en comprenez facilement la raison, car vous savez maintenant comment agit le bacille de Nicolaier. Ces moyens ne suppriment pas le microbe, ils n'empêchent pas la fabrication du poison tétanique, ils ne s'opposent pas à son introduction dans le sang et à son action sur le système nerveux sensitif. Qu'ils anéantissent l'action des réflexes partis de la plaie, soit, je l'admets; mais cela ne suffit pas malheureusement! L'effet toxique de la sécrétion bacillaire ne s'en produit pas moins sur le restant de l'organisme. Ces opérations sont au contraire dangereuses, car les effets du traumatisme produit viennent s'ajouter à ceux du poison pour augmenter l'excitabilité de la moelle qui, pourtant, a besoin du plus grand calme et dont on s'efforce à l'aide de stupéfiants d'assoupir l'irritabilité. Ajoutez à cela qu'en ce qui concerne l'élongation, elle peut retentir directement sur les centres nerveux et qu'on a signalé des troubles nutritifs et inflammatoires dans la moelle après cette opération. Vous serez de mon avis et vous conviendrez que ce ne sont pas des moyens à employer.

Tel est, Messieurs, le traitement symptomatique actuel du tétanos. Par ces moyens méthodiquement appliqués, vous calmerez l'excitabilité du système nerveux, vous empêcherez les excitations centripètes de se transformer en perceptions centrales, mais vous n'avez encore rien fait pour attaquer directement l'ennemi, pour le détruire, le déloger de la place ou anéantir le poison qu'il sécrète et lance dans l'économie. Comme vous l'avez vu, nos moyens de défense sont déjà bien aléatoires, bien impuissants; nos ressources d'attaque le sont encore bien plus! Comme je vous l'ai déjà dit, nos agents antiseptiques

usuels sont bien peu puissants contre le bacille de Nicolaier, surtout lorsqu'il s'est fortifié, caserné au sein des tissus, dans les environs de la plaie. Vous avez pu constater avec quel soin j'ai nettoyé la plaie de notre tétanique, avec quelle attention j'ai fait disparaître les anfractuosités, j'ai réséqué les parties contusionnées et décollées; avec quelle minutie j'ai cautérisé au chlorure de zinc et au sublimé corrosif, et cependant rien n'y a fait, le tétanos est arrivé à son jour, à son heure, dirai-je. C'est que, Messieurs, le bacille se développe surtout dans les tissus avoisinant la blessure et je n'ai pas pu arriver jusqu'à ce foyer. Je me demande cependant si des pansements oxygénés n'auraient pas une certaine action tout au moins dès le début. Le bacille de Nicolaïer est anaérobie, il ne se développe pas à l'air et peut-être que des pansements au permanganate de potasse, le séjour de la blessure dans une atmosphère d'oxygène seraient efficaces dans les plaies contaminées par le bacille de Nicolaier. Ce sont là des essais à faire que j'indique seulement ici.

Pour supprimer l'usine à toxine lorsqu'elle est établie dans les tissus d'un membre, je ne vois guère que l'amputation à conseiller, mais il faut la pratiquer le plus tôt possible, sans aucun retard, sans aucune hésitation. Je l'ai proposée au malade et à sa famille, mais elle a été energiquement refusée, et je dois m'incliner devant cette volonté formelle et librement exprimée. Contrairement à l'opinion émise par Reclus dans le traité de chirurgie et dans son traité de thérapeutique chirurgicale, je suis absolument convaincu de l'utilité de l'amputation pratiquée à temps, immédiatement dès l'apparition des premiers symptômes. Pour moi qui n'ai jamais vu guérir un tétanos, j'estime que le tableau statistique de Laurent dont parle Reclus est bien encourageant, bien qu'il date d'avant la période antiseptique.

Sur 17 amputations de doigts et d'orteils, il compte 11 guérisons, soit une mortalité de 35 pour 100 seulement; sur 24 amputations des membres on constate 11 guérisons, soit 54 pour 100 de morts. Je m'explique très bien cette différence dans les résultats; on se résigne bien plus difficilement à sacrifier un bras ou une jambe qu'un doigt ou un orteil; le chirurgien, lui-même, à moins d'être un convaincu complet et sincère, attendra, tergiversera avant de proposer d'amputer un membre, alors qu'il ne le fera pas pour un doigt; dans ces conditions l'amputation est souvent faite trop tard; pendant les hésitations la fabrique de toxine a fonctionné, elle a lancé dans la circulation une quantité de toxine telle qu'il est impossible à l'organisme de l'éliminer. Car, notez-le bien, la première condition de réussite quand on a recours à l'amputation est, je le répète, de la pratiquer de suite alors que la quantité de poison produite ne dépasse pas les ressources de l'élimination; car, s'il existe un stock de corps toxiques, s'ils s'accumulent, la maladie suivra son cours, elle atteindra sa terminaison fatale malgré la suppression du foyer de l'empoisonnement. Lorsque au contraire les voies d'élimination naturelles sont suffisantes pour entraîner le poison produit en quantité minime hors de l'organisme avant qu'il ait eu le temps d'y exercer ses ravages, le sujet résiste à cet empoisonnement produit par les toxines et arrive ainsi à la guérison.

Je viens de vous parler des voies d'élimination du poison; il importe également d'en assurer le bon fonctionnement et même de l'accélérer. Il faut donc exciter leur activité fonctionnelle. A ce titre, prescrire les purgatifs, favoriser la diurèse, faire agir les glandes sudoripares sont des moyens excellents. Le blessé, a dit avec raison le professeur Verneuil, doit macérer dans son appareil ouaté et vivre en quelque sorte dans un bain de vapeur permanent. Vous comprenez à présent l'utilité des chambres surchauffées et de l'enveloppement ouaté qui crée autour du malade une étuve moite. Le jaborandi et son alcaloïde la pilocarpine peuvent aussi rendre quelques services. Il y a quelques années on fondait de grandes espérances sur ces agents thérapeutiques et je les ai employés, sans aucun résultat, c'est vrai, car si je favorisais ainsi l'élimination des toxines par la peau, je n'en supprimais pas la fabrication et c'est là le point capital. Je suis cependant convaincu que lorsqu'on est arrivé à provoquer la disparition de cette fabrique du poison tétanique ou tout au moins lorsqu'on est parvenu à diminuer son activité, tous les agents qui agissent sur les voies d'élimination pour les exciter, que la pilocarpine surtout ou le jaborandi sont d'excellents alliés qui concourent puissamment à éliminer le poison tétanique de l'organisme.

Malheureusement, il n'est pas toujours possible d'anéantir le microbe de Nicolaier, de supprimer le foyer de production du poison tétanique. Il faut, en effet, compter, comme c'est le cas ici, avec le refus des malades; on ne peut pas toujours amputer et lorsqu'il s'agit, par exemple, d'une plaie de tête, du tronc, du ventre, lorsque le tétanos survient après une laparotomie, cette ressource manque complètement au chirurgien qui doit alors chercher à diminuer ou arrêter l'activité fonctionnelle de l'agent infectieux ou à paralyser l'action de la toxine sécrétée. Il y a quelques années, nous nous trouvions en quelque sorte désarmés, nous devions assister, impuissants, aux ravages du tétanos. Aujourd'hui, il n'en est plus de même, et nous possédons une arme bien puissante pour abolir l'action du poison tétanique sur le système nerveux. La sérothérapie, cette thérapeutique de l'avenir, nous met entre les mains les moyens d'agir et sur le microbe et sur son poison. C'est une médication spécifique, antitoxique, directe et générale qui paraît donner des résultats inespérés, puisque Tizzoni et Catani obtiennent chez l'homme 80 0/0 de guérisons (1).

Dans cette thérapeutique antitoxique, on s'inquiète très peu du microbe qui devient inoffensif dès qu'on paralyse son activité, on rend l'organisme réfractaire à l'action des toxines sécrétées par le microbe et, pour arriver à ce résultat, on injecte dans l'économie du sérum sanguin d'animaux rendus réfractaires au tétanos. J'aurais beaucoup désiré avoir recours à cette nouvelle médication; malheureusement, les laboratoires de l'Université ne possèdent pas en ce moment du sérum antitoxique ni d'antitoxine, qui n'est que le précipité alcoolique de ce sérum et qui paraît avoir la même action que ce dernier.

Comment agit ce sérum antitoxique? Il me serait difficile de vous le dire en ce moment, car l'expérience me manque. Les uns, avec Behring, prétendent qu'il détruit directement le poison tétanique; d'autres, comme Buchner, Tizzoni et Cattani, pensent que le poison tétanique n'est pas détruit par le sérum antitoxique ou l'antitoxine, mais que ces derniers produits rendent réfractaire aux effets de la toxine tétanique. Ces deux substances, la toxine et le sérum antitoxique, seraient antagonistes tout simplement. Il est inutile, pour le moment, d'insister sur toutes les questions encore discutables et dont la solution est loin d'être formulée. Je me contente de vous les signaler et de vous indiquer les espérances qu'elles paraissent devoir donner.

Pour finir cette leçon déjà bien longue, je me résume en vous disant: Mettez-vous par tous les moyens pos-

(1) Weitere experimentale Untersuchungen über die Immunität gegen Tetanus (*Berlin. klin. Woch.*, nos 49 à 52, décembre 1893, et no 3, janvier 1894).

sibles à l'abri des atteintes du tétanos; si malheureusement il éclate, calmez l'activité du système nerveux; supprimez le foyer donnant naissance à l'empoisonnement et, si vous le pouvez, paralysez l'action des toxines tétaniques.

TRAVAUX ORIGINAUX

Transformation héréditaire des maladies diathésiques, par le Dr Crocq fils (de Bruxelles).

Nous ne parlerons pas de la transformation des maladies diathésiques chez l'individu même; cette étude n'offre, pour nous, aucun intérêt, car nous avons établi déjà, à propos de la transformation des maladies diathésiques en folie, qu'il s'agit d'un simple rapport de cause à effet : de même que la tuberculose, la scrofule, l'hystérie, l'épilepsie, etc., se montrent chez les individus qui deviennent ensuite aliénés, sans que l'on puisse dire que ces diverses maladies sont cause de l'aliénation mentale, de même les maladies diathésiques qui font place chez un individu à d'autres maladies de même origine, n'en sont nullement la cause : celle-ci réside uniquement dans la *diathèse*.

Nous abordons ici un des chapitres les plus intéressants de l'histoire des diathèses, celui de leur transformation par voie d'hérédité.

Trousseau déjà, dans ses leçons cliniques, dit : « Rappelez vous ces faits, messieurs, ils se rattachent à une grande question, celle de la transformation des affections morbides les unes dans les autres; c'est là un vaste sujet que je ne saurais aborder ici, car il comporte tout un important chapitre de pathologie générale.

» En nous limitant à ce qui nous occupe aujourd'hui, rappelez-vous que les dartres, les douleurs rhumatismales, la goutte, la gravelle, les hémorrhoïdes, la migraine et l'asthme, expressions différentes d'une même diathèse, peuvent se remplacer les unes les autres : à mesure que vous avancerez dans la pratique, vous n'aurez que trop souvent occasion de vérifier l'exactitude de cette proposition. »

On sait que Pidoux considère la tuberculose comme l'aboutissant de toutes les maladies diathésiques. « Non seulement, dit-il, la tuberculose est héréditaire en ce sens que des parents phthisiques peuvent engendrer des enfants phthisiques, mais en ce sens plus large et plus commun encore, que beaucoup de maladies constitutionnelles, que toutes même, sont susceptibles d'aller se terminer dans la tuberculose pulmonaire, et y vont en effet très souvent; d'où résulte un double mode de propagation héréditaire : l'un direct, l'autre indirect; le premier de la phthisie par elle-même, le second de la phthisie par d'autres maladies très différentes qui préparent sa formation, et dont, ainsi que je le disais tout à l'heure, elle devient comme la scorie plus ou moins organisée. »

En partant de ce principe, Pidoux divise les maladies chroniques en 3 grandes classes :

1° Les maladies chroniques capitales ou initiales;

2° Les maladies chroniques mixtes ou intermédiaires;

3° Les maladies chroniques ultimes ou organiques.

La première classe renferme trois maladies : l'arthritisme (rhumatisme, goutte), la scrofule (écrouelles, strume, lymphatisme), la syphilis.

La seconde classe renferme de nombreuses maladies caractérisées par une grande opiniâtreté de fond, ce sont : les phlegmasies chroniques de la peau et des muqueuses, les névralgies, les névroses pures, etc. Pidoux désigne ces maladies sous le nom d'herpétisme.

La troisième classe comprend les altérations qui épuisent la série des maladies chroniques. « Je place ici, dit Pidoux, non seulement, comme on a l'habitude de le faire, les tubercules, les cancers, les affections désorganisatrices du cœur, du cerveau, des reins, du foie, des ovaires, etc., mais encore ce que j'appelle les névroses graves, ces tristes maladies des centres nerveux, fécondes en paralysies, en désordres profonds des actions intellectuelles, sensitives et motrices, dans lesquelles on voit les tissus spéciaux qui président aux fonctions les plus nobles de l'économie, détruits et remplacés par des éléments organiques communs. »

« Les maladies chroniques capitales, dit-il encore, et les maladies chroniques mixtes et bâtardes ne se maintiennent pas indéfiniment dans leur nature, leur siège, leurs formes natives, comme les espèces naturelles en zoologie. Elles se transforment, elles dégénèrent; et de l'affaiblissement de leur vigueur et de leur franchise primitive, naissent, par voie de substitution rétrograde, des maladies radicalement différentes aux yeux des nosologistes. »

Grisolle, au contraire, n'admet pas la transformation des diathèses.

Bouchard a bien développé, dans ses leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition, les liens étroits qui existent entre les maladies arthritiques. Les nombreuses observations que nous avons recueillies, et que du reste nous relatons plus loin, nous ont prouvé que la transformation des maladies diathésiques est un fait constant et bien établi; elles nous ont montré de plus en plus que la classification idéale de Pidoux ne se réalise nullement : certainement la tuberculose résulte de toutes les autres maladies diathésiques, mais la gradation imaginée par cet auteur n'existe pas.

Nous possédons, en effet, de nombreuses observations de tuberculose ou de cancer, considérés par Pidoux comme faisant partie de la dernière catégorie, qui se sont transformés soit en goutte (1re catégorie), soit en névrose grave (2e catégorie), soit en aliénation mentale (3e catégorie); d'autre part, des fous (3e catégorie) ont souvent donné naissance à des individus atteints d'affections cutanées, de névroses, etc.

Toutes les maladies diathésiques provenant d'une cause commune, elles se remplacent l'une l'autre en passant des parents aux enfants sans suivre pour cela de règle bien fixe; on peut cependant dire que parmi ces maladies, il en est qui accusent une dégénérescence plus profonde et qui anéantissent rapidement la race qui les porte, à moins qu'un croisement heureux ne vienne la relever; ces maladies sont : la tuberculose, le carcinome, l'aliénation mentale, les névroses graves, le diabète.

Sans les croisements, les familles diathésiques suivraient certainement une voie inévitable, car le plus souvent les individus diathésiques sont ceux qui vivent le plus irrégulièrement; leur système nerveux serait par suite de plus en plus atteint et leur famille s'éteindrait bientôt portant les marques de la dégénérescence la plus accentuée.

Reprenons successivement toutes les maladies diathésiques et voyons les rapports qu'elles affectent entre elles.

a. On a remarqué que l'hémophilie se produisait dans des familles diathésiques. « On a noté, dit Grenaudier, chez le père ou chez la mère, souvent des diathèses scrofuleuses, rhumatismales, syphilitiques, goutteuses ou des lésions organiques du cœur. »

b. Pour les varices certains auteurs ont signalé leur fréquence chez les diathésiques; c'est ainsi que, d'après Moreau, les arthritiques, d'après Verneuil, les goutteux, seraient souvent atteints de cette infirmité : « L'influence

de l'arthritisme et de l'herpétisme nous paraît indiscutable, dit Schwartz; très souvent les variqueux, quel que soit d'ailleurs le siège régional des dilatations veineuses, sont entachés de ces deux états constitutionnels à la faveur desquels se développent un certain nombre de lésions toutes rattachées les unes aux autres par un lien commun d'origine. »

Ce n'est pas seulement avec l'arthritisme et l'herpétisme qu'il faut admettre les parentés des varices, mais encore avec toutes les maladies diathésiques; nous avons à différentes reprises déjà rencontré des faits semblables.

Julie V..., de l'obs. III (la *folie diathésique*), est atteinte de *folie hystérique*, elle a des *varices;* son oncle paternel est mort d'*ataxie locomotrice;* son frère est *simple d'esprit*.

Obs. I (personnelle). — Marie S... se présente en septembre 1891 à la consultation du Dr Lavisé; elle est atteinte d'*ulcères variqueux* aux deux jambes.

Son père était *goutteux*, sa mère est bien portante; un de ses oncles paternels a des *coliques hépatiques;* un autre a un *eczéma chronique*. Elle a deux frères et une sœur : un de ses frères a une *maladie de cœur*, l'autre est *buveur*, sa sœur est *hystérique*.

Obs. II (personnelle). — Léocadie C... vient en septembre 1891 à la consultation de M. le Dr Lavisé; elle a des *varices*.

Son père est mort d'un *rhumatisme articulaire aigu*, un oncle paternel était *diabétique*, une tante *migraineuse*. Un de ses frères a la *goutte*, une sœur est morte d'un *cancer à l'estomac*.

Les hémorrhoïdes se rencontrent plus fréquemment encore chez les diathésiques; nous avons vu précédemment que ces rapports morbides ont été reconnus de tout temps; aujourd'hui on cherche à en diminuer l'importance, il nous paraît pourtant bien établi, et d'observation journalière, que les hémorrhoïdes, qui ne sont en somme que des varices, se développent constamment chez les diathésiques.

Catherine A..., de l'obs. LXXXIII (*la folie diathésique*), est atteinte de *cancer hépatique*; sa mère est morte *folle*, deux tantes maternelles sont mortes *tuberculeuses*; une sœur est morte à quarante-deux ans d'*apoplexie*, son frère a un *rhumatisme articulaire et des hémorroïdes*.

Marie Van L..., de l'observ. XCIV (*la folie diathésique*), a la *goutte* accompagnée de *sténocardie*; sa mère était *aliénée*; deux tantes maternelles sont *goutteuses*, un frère était *hémorrhoïdaire*, il est mort d'*apoplexie*. De six enfants trois sont morts en bas âge de *convulsions*, son frère est *buveur*, sa sœur *hystérique*.

Elle-même a eu trois enfants dont un est mort de *méningite*; son fils est *alcoolique*, sa fille *épileptique*.

Obs. III — Voici un tableau représentant la généalogie morbide d'une famille (Sonza Leite in *Arch. de Neurol.*, 1887):

Mère, cinquante quatre ans, vivante : *convulsions*, *céphalalgie*, *migraine*, *rhumatisme articulaire aigu*.

Père, soixante-dix ans : *obésité*, *étourdissements*, *aphasie*.

Grand'mère maternelle : *obésité*, *aphasie*.

Grand-père maternel : *dermatose*, huit fluxions de poitrine.

Grand'mère paternelle : *nerveuse*, *convulsions épileptiformes*, *paralysie*.

Grand-père paternel : VARICES, HÉMORROÏDES.

Oncle maternel : *goutte normale*, *obésité*.

Grand-oncle maternel : HÉMORRHOÏDES.

Tante paternelle : *folie*, morte dans une asile.

Cousine paternelle : fille de la précédente, *folie*.

Sœur : bronchite, *hystérie*, *somnambulisme*.

Sœur : *migraines*, cheveux blancs à dix-sept ans.

Obs. IV (personnelle). — Céline A., âgée de 12 ans, venait se faire soigner à la consultation du docteur Lavisé pour une *coxalgie*; son père est vivant, *polysarque*, il est âgé de cinquante ans et a eu sept fois un *rhumatisme articulaire aigu* tellement intense qu'il dut garder le lit pendant dix-sept à dix-huit semaines; il a, de plus, des HÉMORRHOÏDES. La mère a toujours été bien portante; elle a eu six enfants et trois fausses couches: trois enfants sont morts, un de la *coqueluche*, un autre de *méningite* (tuberculeuse?) à trois ans et demi, le troisième est mort à six mois d'un dérangement des voies digestives. L'aînée des survivants est notre malade, la seconde a quatre ans et demi, la dernière trois ans : ces deux derniers sont bien portants.

Le grand-père paternel est mort du choléra, la grand'mère d'*apoplexie*; un oncle paternel est mort d'*excès alcooliques*; un autre a beaucoup de peine à uriner (?); un troisième est mort de *tuberculose pulmonaire*; une sœur vivante est *très nerveuse*, un frère est bien portant ; les trois survivants sont *polysarques*.

Un des oncles paternels a eu huit enfants dont quatre sont morts de *convulsions*; des quatre vivants, un a des HÉMORRHOÏDES, une fille a une *carie du tibia*.

c. Nous avons vu que les anévrysmes sont héréditaires, qu'ils constituent des maladies diathésiques; nous devons à ce titre les mentionner ici et montrer qu'ils se rencontrent dans les familles diathésiques.

Nous avons fréquemment rencontré ce facteur dans les antécédents d'individus possesseurs de *la diathèse*, en voici quelques exemples :

Obs. V (personnelle). — Jean B., plafonneur, était en traitement, au mois de novembre 1891, dans le service de M. Destrée ; il était atteint de *cancer hépatique*. Son père est mort à quarante-huit ans d'un *anévrysme de l'aorte*, sa mère est morte de vieillesse à quatre-vingts ans; une de ses sœurs et un frère sont *morts subitement*, tous deux de la *rupture d'un anévrysme*, un autre est mort en bas âge de *convulsions*. Il lui reste un frère et deux sœurs; son frère est, dit-il, bien portant, une des sœurs *tousse* et *crache beaucoup depuis deux ans*, elle est très oppressée et maigrit considérablement.

Cette observation prouve non seulement les rapports étroits qui unissent les anévrysmes à l'état diathésique, mais ils montrent encore l'hérédité directe des anévrysmes.

Obs. VI (personnelle). — B, âgé de cinquante-sept ans, était, en octobre 1891, salle 10, lit 7, dans le service de M. Houzé. Il était atteint de *tuberculose pulmonaire* et de hernie inguinale. Son père est mort d'un *anévrysme de l'aorte*, sa mère est morte de vieillesse à quatre-vingts ans, ses grands-parents sont morts à un âge avancé d'affections indéterminées ; ses deux sœurs sont bien portantes, son oncle paternel est *scrofuleux*.

Obs. VII (personnelle). — Léonard C., âgé de quarante-deux ans, était couché, en novembre 1891, salle 8, lit 7, dans le service de M. Rommelaere. Il était atteint d'*asthme*. Son père est mort de la *rupture d'un anévrysme*, sa mère est morte à un âge avancé; un oncle paternel était *goutteux*, un autre *rhumatisant*.

Ce malade a eu 10 frères et sœur, dont 7 sont morts en bas âge; un de ses frères est mort d'*apoplexie*, un autre est *tuberculeux*, sa sœur est bien portante.

Obs. VIII (personnelle). — Jean V., âgé de cinquante-trois ans, était alité, en 1890, salle 7, dans le service de M. Rommelaere; il était atteint d'*anévrysme de l'aorte*. Son père est mort très vieux, il était *goutteux*; sa mère vit encore; elle n'a jamais été malade; une de ses sœurs est morte de *tuberculose pulmonaire*, une autre est *hystérique*; un de ses frères est *buveur* et mal *équilibré*, l'autre est bien portant, mais il a un *eczéma* aux deux jambes.

d. Nous avons vu les liens étroits qui unissent la scrofule et l'aliénation mentale, nous allons voir que cette parenté existe avec toutes les maladies diathésiques. « Bien des médecins, dit Le Gendre, seront étonnés d'entendre dire qu'il existe, au point de vue des troubles de la nutrition, une parenté entre l'arthritisme et la scrofule. Cependant le fait nous paraît indéniable : les fils des goutteux et des diabétiques, c'est-à-dire des arthritiques les plus typiques, sont souvent scrofuleux. Les enfants des arthritiques sont très disposés pendant

leurs premières années aux mêmes manifestations fluxionnaires et catarrhales des téguments et des muqueuses que les scrofuleux, fils de scrofuleux. » Nous avons vu ce qu'il faut penser du terme *arthritisme :* ou bien il faut le rejeter, ou il faut l'étendre à toutes les maladies diathésiques; nous étendons considérablement les parentés morbides de la scrofule en admettant des rapports héréditaires avec toutes les maladies diathésiques énumérées plus haut.

Alfred D..., de l'obs. LXXIII (*la folie diathésique*), atteint d'une *tumeur scrofuleuse*, a son père porteur d'un *eczéma chronique*, un oncle paternel est mort *aliéné.*

Emilie D., de l'obs. LXXXVI (*la folie diathésique*), est atteinte de *rhumatisme articulaire*, son père est *aliéné*, sa mère a la *migraine*; dix frères et sœurs sont morts en bas âge, une sœur est morte de *tuberculose pulmonaire*, un frère est *scrofuleux*, un autre *alcoolique*.

Guillaume B., de l'obs. CXI (*la folie diathésique*), atteint de *folie* morale et épileptique, a une *scoliose vertébrale*, des *cicatrices scrofuleuses* et un *eczéma* ; sa mère est *épileptique*, deux sœurs sont mélancoliques.

Obs. IX (personnelle). — Antoinette P. se présenta, en septembre 1891, à la consultation de M. Lavisé; elle était atteinte d'une *adénite scrofuleuse* du cou.

Son père est vivant et bien portant, sa mère est morte d'une pleurésie, elle était *goutteuse* ; une tante maternelle avait des *coliques hépatiques*, un oncle maternel est mort *tuberculeux*. La malade a eu six frères et sœurs dont trois sont morts en bas âge, un de *méningite* et deux de *convulsions*; sa sœur est *hystérique*, un de ses frères est *buveur*, l'autre *goutteux*.

e. La tuberculose se rencontre non moins souvent dans les familles diathésiques, elle provient indifféremment de toutes les maladies qui caractérisent la diathèse ou dégénérescence du système nerveux. Nous avons vu Pidoux considérer la tuberculose comme l'aboutissant ultime de toutes les maladies chroniques. Cette idée, quoique un peu théorique et idéale, reposait sur un fond de vérité, l'observation journalière des faits si nombreux que ce grand observateur enregistra. Burdel a étudié les rapports du carcinome et de la tuberculose, il est arrivé par une longue et patiente observation à considérer le cancer comme une souche de tuberculose; cet auteur a été trop exclusif, mais encore une fois un fond de vérité reste acquis, c'est la transformation des maladies diathésiques.

Auguste P., de l'obs. LXXVIII (*la folie diathésique*), est atteint de *tumeur blanche*, sa mère est morte *folle*, un oncle maternel est mort d'*apoplexie*, une de ses sœurs est alcoolique, l'autre *tuberculeuse.*

Jeanne V..., de l'obs. LXXIX (*la folie diathésique*), est atteinte de *tuberculose pulmonaire* ; sa mère était *folle*, une tante maternelle est *aliénée*, l'autre est morte *tuberculeuse*, son frère est horriblement *goutteux.*

Elise E., de l'obs. LXXX (*la folie diathésique*), est atteinte de *carcinome gastrique*; son frère est *tuberculeux*, deux tantes paternelles sont mortes de *cancer du sein*, cinq d'*aliénation mentale*; deux cousins germains sont *fous*.

Catherine A., de l'obs. LXXXIII (*la folie diathésique*), est atteinte de *cancer hépatique*, sa mère est *folle*, deux tantes maternelles sont mortes *tuberculeuses* ; une sœur est morte à quarante-deux ans d'une attaque d'*apoplexie*; son frère a un *rhumatisme articulaire et des hémorrhoïdes*.

Obs. X (personnelle). — Charles D., âgé de cinquante-trois ans, était alité, le 20 novembre 1891, à l'hôpital de Molenbeck Saint-Jean: sa planchette portait le diagnostic de *tuberculose gauche et épilepsie*. Sa mère est morte d'*apoplexie cérébrale*, son père est mort du typhus. Ce malade a une sœur atteinte de *névralgies* extrêmement douloureuses dans la tête, son frère est bien portant; il a eu six frères et sœurs: un est mort du typhus, trois de *convulsions*.

Une sœur de la mère est morte *folle*, deux de ses frères sont morts de *saturnisme*.

Le malade a des attaques d'*épilepsie* depuis l'âge de trois ans, il tousse et crache depuis deux ans.

Obs. XI (personnelle). — Georges V., âgé de vingt-deux ans, était en traitement le 3 novembre 1891, salle 2, lit 4, à l'hôpital de Molenbeck Saint-Jean; sa planchette portait: *Tuberculose* à gauche. Sa mère est morte accidentellement à vingt-deux ans, son père a la *goutte*; de trois frères et sœur, un est mort en bas âge, un autre est mort de *rhumatisme articulaire aigu*, sa sœur est *hystérique*.

Obs. XII (personnelle). — Famille de B... : grand-père paternel mort d'*apoplexie cérébrale*, grand'mère paternelle morte de vieillesse sans jamais avoir été malade.

Ils eurent sept enfants dont deux, *s'adonnant aux boissons alcooliques*, moururent de *maladies du cerveau*, une fille mourut d'une *maladie nerveuse*, une autre de *tuberculose pulmonaire* à soixante ans, une troisième mourut également de *tuberculose pulmonaire* à soixante-quatre ans, enfin le dernier, un fils, a été *tuberculeux*, mais il est guéri ; une fille est bien portante, mais elle souffre de l'estomac (?).

Le fils seul a été marié, il a épousé en premières noces une femme qui est morte à cinquante ans d'un *sarcome généralisé;* de cette union est né un fils qui est mort *tuberculeux* à vingt et un ans. En deuxièmes noces il a épousé une femme parfaitement saine, il en a eu six enfants : l'aînée est morte à *quatorze ans du diabète*, la deuxième du typhus compliqué de *méningite* (?) ; la troisième vit, elle est âgée de dix-huit ans et a un *rhumatisme articulaire* très accentué qui l'a retenue au lit pendant plusieurs mois.

Les trois autres sont plus jeunes, ils sont jusqu'à présent bien portants.

Bouchard admet que sur 94 cas d'obésité, 5 fois il a retrouvé la phthisie chez les parents.

Chez une obèse pesant 96 kilogr. ayant de la *migraine*, du *rhumatisme chronique* et de la *dyspepsie*, les parents avaient la *goutte*, l'*albuminurie* et la *phthisie*.

Chez une autre malade pesant 126 kilogr. et ayant un *rhumatisme chronique*, les parents avaient la *pierre*, l'*asthme*, une *affection cardiaque* et la *phthisie*.

Chez une troisième pesant 81 kilogr. et ayant des *névralgies*, de la *migraine* et du *rhumatisme chronique*, les parents avaient la *goutte* et la *phthisie*.

Chez une quatrième, pesant 95 kilogr. 500 gr. et ayant une *bronchite chronique*, de la *migraine*, des *névralgies* et un *lumbago*, les parents étaient *migraineux* et *phthisiques*.

Chez la cinquième, pesant 84 kilogr. et ayant un *rhumatisme articulaire aigu* et des *hémorrhoïdes*, les parents avaient la *phthisie*.

Nous verrons encore de nombreux cas de tuberculose se développer dans les familles diathésiques à propos des autres maladies que nous devons passer en revue.

f. Si nous passons au cancer, nous voyons que les parentés morbides de cette affection sont les mêmes que celles des autres maladies diathésiques.

Bogini et Hardy ont signalé les fréquents rapports qu'ont entre eux les maladies cutanées et le cancer.

Elise E..., de l'obs. LXXX (*la folie diathésique*), est atteinte de *cancer du sein;* son père est mort de *cancer gastrique*, un frère est mort de *convulsions*, un autre de *tuberculose pulmonaire;* deux tantes paternelles ont eu un *cancer du sein*, *cinq* sont mortes *aliénées;* deux cousins germains sont *fous*.

Marie D..., de l'obs. LXXXII (*la folie diathésique*), est atteinte de *carcinome gastrique;* son père avait un *eczéma chronique*, sa grand'mère paternelle est morte *folle*, un oncle paternel est mort d'*apoplexie*, une tante d'*anévrysme de l'aorte;* de six enfants ils restent à deux; sa sœur tousse et crache abondamment.

Marie P...; de l'obs. LXXXV (*la folie diathésique*), est atteinte de *carcinome gastrique*, son père est mort *aliéné*, deux oncles paternels sont morts *tuberculeux*, une tante était

épileptique. Un frère de la malade est mort *aliéné*, le second *alcoolisé ;* une sœur est morte de *cancer du sein*, l'autre de *tuberculose pulmonaire*.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur les anomalies des organes génitaux associées à la mélancolie et à la manie, par W. Gill Wylie (*Medical Record*, 4 août 1894, n° 1239, p. 129). — Il est généralement admis que les conditions anormales des organes génitaux de la femme peuvent causer par voie réflexe des troubles du système nerveux : maux de tête, hystérie; mais on accepterait plus difficilement qu'une inversion utérine avec congestion de l'utérus, ait pu développer une mélancolie typique chez la femme atteinte de ces troubles. A l'appui de sa thèse, l'auteur rapporte trois observations d'affections utérines diverses où des troubles mentaux de ce genre ont disparu à la suite d'opérations curatives pratiquées sur cet organe.

Paralysie pseudo-hypertrophique par névrite (paralisi pseudo-ipertrofica da nevrite), par E. de Renzi (*Rivista clinica e terapeutica, Napoli*, 1894, n° 3, p. 113). — Trois cas sont rapportés observés depuis 1884. Le premier concerne un homme âgé de 25 ans qui fut pris de douleurs dans les membres et présenta de la dénutrition, de l'abolition des réflexes et de la diminution de l'excitabilité électrique. Ultérieurement, la guérison survint. Au Congrès de Rome, où le malade fut présenté, on observa qu'il pourrait s'agir de coïncidence seulement. Dans un second cas, le malade offre, en outre, des signes communs de névrite à forme pseudo-tabétique, de l'atrophie musculaire du type pseudo-hypertrophique qui se montre après l'amélioration de la névrite (au cours de laquelle on n'avait pas noté d'augmentation des muscles). Dans un troisième cas, il s'agit d'un sujet âgé de 21 ans. L'auteur pense que la coïncidence seule ne saurait être invoquée comme cause, et que ces faits démontrent que la névrite peut déterminer elle aussi la pseudo-hypertrophie musculaire.

Des lésions histologiques de la paralysie générale étudiées par la méthode de Golgi, par Klippel et Azoulay (*Archives de neurologie*, août 1894, n° 90, p. 52). — La méthode de Golgi, son application modifiée par les recherches et les découvertes de Ramon y Cajal, ont abouti à de véritables transformations dans le domaine de l'anatomie normale du système nerveux. Toutefois l'anatomie pathologique ne semblait pas pouvoir bénéficier jusqu'ici de cette technique nouvelle, en raison de ce qu'elle ne paraissait réussir que dans son emploi sur les tissus nerveux embryonnaires. Les auteurs, dont l'un a entrepris préalablement des recherches dans cette direction, ont examiné néanmoins par ce procédé deux cerveaux de paralytiques généraux. Ils ont trouvé dans l'un de ceux-ci de l'altération centripète quant à son mode de progression, des expansions protoplasmiques. Les tiges elles-mêmes puis la cellule subissent des lésions dégénératives. La cellule de triangulaire devient globuleuse, ses expansions s'émoussent et s'accolent. Ces altérations aboutissant à la destruction, n'ont rien de spécifique : toutefois on peut supposer que la disparition des organes terminaux qui doivent jouer un rôle dans la transmission des éléments des impressions nerveuses n'est pas sans éclairer la pathogénie des troubles de la maladie.

Neurasthénie palustre, par Triantaphyllidès (*Archives de neurologie*, août 1894, n° 90, p. 81). — Le paludisme peut jouer dans la neurasthénie, ainsi qu'il le fait à l'égard de différentes affections, un rôle pathogénique, soit occasionnel, soit spécifique. Dans ce dernier cas, l'affection déterminée est une véritable manifestation paludique. C'est cette neurasthénie palustre qui serait souvent une forme de paludisme larvé, dans le Caucase, que l'auteur étudie. Les caractères différentiels de cet état seraient : des troubles psychiques, torpeur intellectuelle, avec agitation l'interrompant par accès; amyosthénie survenant par accès et due à une défaillance de l'impulsion motrice, plutôt qu'à une faiblesse constatable au dynamomètre; désordres vaso-moteurs, frissons, accès où la face est injectée et les mains chaudes. La marche de la maladie est irrégulière. La cause est le germe palustre qui peut se traduire sous cette seule forme. Toutefois, les antécédents palustres faisaient défaut chez 23 malades sur 50, et, chez les 27 restants, 13 n'avaient eu depuis plusieurs années aucun accès. C'est sur la présence presque constante des plasmodies dans le sang, et sur les effets promptement curatifs de la quinine que l'auteur se fonde pour rattacher la neurasthénie au paludisme chez ces sujets et éliminer de son étiologie toute autre cause. Quarante et un cas, en effet, sur 50 présentaient constamment ces plasmodies.

Myxœdème; traitement par le suc thyroïdien (A case of myxœdema treated by sheeps thyroïd), par S. Ayres (*The journal of nervous and mental disease*, août 1894, n° 8, p. 481). — La méthode de traitement du myxœdème par les injections de suc thyroïdien prend de plus en plus d'extension et l'auteur, encouragé par le succès qu'il a obtenu dans un cas typique de myxœdème, propose de l'employer dans un grand nombre de maladies mentales et nerveuses : démence aiguë, manie, mélancolie, tétanos, épilepsie, chorée.

Contribution à l'étude étiologique et pathogénique de la sclérose multiple cérébro-spinale, par Lebrun (*Archives médicales belges*, juillet 1894, T. IV, fascic. 1, p. 6; fasc. 2, p. 74). — La sclérose en plaques est une sclérose d'origine vasculaire, l'artérite étant primitive et le résultat d'une inflammation provoquée par les germes transportés par la circulation sanguine lors d'une infection de l'organisme. Loin d'attribuer aux autres agents (refroidissement, traumatisme, émotions violentes, excès, etc.) la même influence étiologique qu'aux maladies infectieuses, on devrait à l'avenir cons dérer la sclérose insulaire comme une maladie dont la seule raison efficiente est l'infection, reléguant les autres parmi les causes occasionnelles. Le travail dont nous venons de citer les conclusions, est basé sur l'étude de 120 cas de sclérose cérébro-spinale, dont 12 seulement sont persons nelles; celles-ci sont incomplètes cliniquement, et sans mention d'autopsie pour aucune.

MÉDECINE

Ascite chyleuse (Beitrag zur Kasuistik des Ascites chylosus), par Weiss (*Centralb. f. inn. Med.*, 1894, n° 29, p. 665). — Il s'agit d'un homme de 36 ans dans les antécédents duquel on relève une fièvre typhoïde en 1881 et une gonorrhée en 1887. A la suite d'une série de troubles gastro-intestinaux (perte d'appétit, coliques, vomissements, etc.), ayant débuté il y a 6 mois, il a constaté que son ventre a augmenté de volume en même temps que sa respiration était devenue gênée.

A l'examen du malade, on trouvait tous les signes d'ascite avec hypertrophie du foie qui descendait à 3 travers de doigt au-dessous des fausses-côtes. Les autres organes paraissant normaux, on fit le diagnostic de cirrhose du foie et on soumit le malade au traitement par le calomel, puis par les diurétiques. Mais, l'ascite augmentant toujours, on pratiqua une ponction et on retira 2 litres 1/2 d'un liquide trouble que l'examen chimique permit de reconnaître pour du liquide chyleux. Huit jours après le liquide s'est reproduit, en même temps que l'examen de la poitrine permit de constater l'existence de liquide dans la plèvre. Par la ponction exploratrice, on constata qu'il s'agissait d'un hydro-thorax double. Dès lors, le malade alla en dépérissant et succomba quelques jours après une seconde ponction de l'abdomen faite un mois après la première.

A l'autopsie, on trouva un carcinome de l'estomac avec métastases dans les ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux qui comprimaient la veine cave inférieure et la partie inférieure du canal thoracique; métastases dans les lymphatiques des plèvres et des poumons, dans le péricarde, le médiastin, les ganglions axillaires; infiltration cancéreuse des lymphatiques de l'intestin.

D'après l'auteur, l'ascite chyleuse était produite dans ce cas aussi bien par la compression du canal thoracique que par la dégénérescence cancéreuse des lymphatiques de l'intestin.

CHIRURGIE

Erythème pendant les suites de couches (Ueber Erytheme im Wochenbett), par GÆRTIG (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 30, p. 713.). — Il s'agit d'une femme de 26 ans qui, après chacun de ses trois accouchements compliqués de rétention du placenta, fut prise, 24 à 72 heures après la délivrance manuelle, d'un érythème papuleux qui procédait par poussées en commençant par les jambes, pour envahir ensuite le tronc et les bras, s'accompagnait de fièvre et de démangeaisons et se terminait, au bout de 3 à 5 jours, par desquamation. A aucun moment, on ne trouva de métrite, ni d'infection puerpérale, ni d'albumine dans les urines.

L'auteur avoue ne pas trop savoir à quoi attribuer l'érythème en question, survenu à trois reprises chez la même femme. Il ne s'agissait pas d'érysipèle ni de scarlatine. On n'avait pas fait d'antisepsie intra-utérine. La seule hypothèse qui lui semble possible, c'est de mettre l'érythème en rapport avec l'hémorrhagie qui a suivi chaque fois la rétention du placenta.

Fracture de la colonne vertébrale, compliquée de l'étranglement de l'intestin grêle entre les fragments principaux, par RIVET (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1894, n° 8, p. 126). — Il s'agit d'un soldat qui, après avoir fait une chute de la fenêtre d'une chambre qu'il occupait au premier étage, a pu, au bout de quelque temps, se relever spontanément et se rendre à l'infirmerie distante de 40 à 50 mètres environ.

A l'examen du malade, pâle, dans un état voisin du collapsus, on trouva tout d'abord une plaie contuse de la région pariétale droite, mais sans fracture des os et sans signes de fracture du crâne. L'exploration complète n'a pu être faite que plus tard quand, sous l'influence d'un traitement dirigé contre le collapsus, le malade est revenu à lui-même. On put alors constater que la colonne vertébrale, intacte dans ses portions cervicale et dorsale, présentait à la région lombaire, au lieu de son incurvation normale, une saillie mobile correspondant aux deuxième et troisième vertèbres, au niveau desquelles la pression provoquait une crépitation très nette et une douleur rendue plus vive quand la pression était exercée en dehors de la ligne médiane, sur la masse sacro-lombaire droite, très tuméfiée, profondément contusionnée et très douloureuse dans toute son étendue. Le cathétérisme fait à cause d'une rétention d'urine, ramène un liquide sanglant. Rien du côté des autres organes. Diagnostic : fracture de la colonne vertébrale avec déchirure du rein et probablement du foie.

Le malade, immobilisé dans une gouttière, va bien pendant 24 heures. Mais, dès le second jour, se déclarent des phénomènes de péritonite qui emportent le malade au bout de 3 jours.

A l'autopsie, à côté de la fracture de la colonne lombaire, on trouva une anse d'intestin étroitement pincée entre les corps des deuxième et troisième vertèbres lombaires disjointes en avant. Le rein droit était déchiré au voisinage du hile et de l'embouchure de l'uretère. Le lobe droit du foie était contusionné et présentait plusieurs déchirures plus ou moins profondes.

Embolie pulmonaire après colpopérinéorrhaphie (Ueber Lungenembolie nach Operationen am Septum recto-vaginale), par BUMM (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 29, p. 689). — L'auteur publie deux observations d'embolie pulmonaire chez des femmes ayant subi l'opération de la colpopérinéorrhaphie pour embolie pulmonaire.

Dans le premier cas où l'opération a été faite sous le chloroforme, la femme, âgée de 36 ans, fut prise au 4e jour de frissons, de malaise et d'une fièvre de 38°4. Le lendemain, point de côté et crachats hémorrhagiques. Guérison en huit jours.

Dans le second cas, l'opération a été faite sous l'éther. Au 4e jour, la femme, âgée de 40 ans, fut prise de toux, de point de côté avec frissons et fièvre à 38°6. Au bout de 48 heures, crachats hémorrhagiques. Guérison au bout de huit jours.

Ni l'une ni l'autre des opérées n'avaient de lésions cardiaques ou pulmonaires. Aussi l'auteur admet-il que l'embolie provenait des veines thrombosées de la cloison recto-vaginale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

MIKROPHOTOGRAPHISCHER ATLAS DER BAKTERIENKUNDE (Atlas microphotographique de bactériologie), par C. FRÆNKEL et PFEIFFER (Zweit. Auflage, 7-10e Lief.). A. Hirschwald, Berlin, 1894.

Les deux nouveaux fascicules contiennent la figuration et la description des microbes de la tuberculose, de la lèpre, du smegma, de la morve, de la diphthérie, du choléra asiatique. Une étude du bacille de Finkler-Prior et du vibrion de Metschnikoff complète et éclaire la spécificité de la spirille de Koch. On ne saurait trop faire remarquer et louer la grande vérité photographique des figures ; celles surtout qui se rapportent à la diphthérie et au choléra, et qui représentent un matériel clinique, peuvent positivement servir d'étalon pour le diagnostic bactériologique des maladies correspondantes. De même la représentation du nodule lépreux avec sa charge bacillaire si colossale, est tout à fait remarquable. Le texte est borné, comme précédemment, à une étude des caractères fondamentaux des espèces microbiennes figurées — G.

INFLAMMATION PELVIENNE PUERPÉRALE ET ABCÈS PELVIEN, par NOBLE (Extrait de l'*Amer. Journ. of obstetrics*, 1894, n° 4).

Dans l'état puerpéral, l'inflammation pelvienne et les vrais abcès pelviens résultent d'une inflammation septique. L'inflammation peut se propager du vagin ou de l'utérus par la voie des lymphatiques pelviens aux ligaments larges sans intéresser les trompes. La péritonite peut éclater par suite de la propagation de l'inflammation des ligaments larges au péritoine sans envahissement des trompes de Fallope. Des exsudats pelviens fort étendus et des adhérences intra-péritonéales peuvent se résorber.

LES RÉACTIONS LEUCOCYTAIRES VIS-A-VIS DE CERTAINES TOXINES VÉGÉTALES ET ANIMALES, par CHATENAY.

Les leucocytes jouent un rôle important dans les intoxications. L'hyperleucocytose progressive et régulière est d'un pronostic favorable. L'hyperleucocytose progressive est d'un pronostic défavorable. Les oscillations plus ou moins nombreuses en hyperleucocytose et en hypoleucocytose sont l'indice d'une mort certaine, mais plus lente.

VARIÉTÉS

Inauguration du monument Villemin. — C'est dimanche prochain, ainsi que nous l'avons annoncé, que sera inauguré, à Bruyères (Vosges), le monument élevé à la mémoire de Villemin. L'Académie de médecine a délégué à cette cérémonie : le médecin inspecteur Kelsch, directeur de l'école de Lyon ; l'école du Val-de-Grâce sera représentée par son directeur, le médecin inspecteur Mathieu, accompagné de M. le médecin principal du Cazal, professeur, et de M. le médecin-major Catrin, professeur agrégé. Le ministère de la guerre aura comme représentant M. le médecin inspecteur Dujardin-Beaumetz. MM. Verneuil et L.-H. Petit sont délégués par la Ligue contre la tuberculose. Le ministre de l'agriculture, M. le Dr Viger, présidera la cérémonie, dont nous rendrons compte dans notre prochain numéro.

Inauguration du monument de Claude Bernard. — C'est le 28 octobre qu'aura lieu, à Lyon, l'inauguration du monument de Claude Bernard. L'Académie des sciences y sera représentée par MM. Bouchard et Chauveau ; l'Académie de médecine par M. Kelsch ; l'Académie française par M. J. Bertrand.

Le choléra à la Mecque. — D'une statistique qui vient d'être établie par les soins d'un agent anglais à Djeddah, il résulte que plus de 90,000 mahométans ont débarqué dans ce port et dans celui de Yambo pendant le dernier pèlerinage de la Mecque, qui en a reçu, en tout, près de 300,000. La majorité venait des Indes britanniques, un grand nombre aussi de Java, de Sumatra et d'autres parties de l'Insulinde néerlandaise.

Le choléra, qui faisait rage à cette époque dans la vallée de la Mecque, y tuait en moyenne 1,000 personnes par jour ; puis quand les pèlerins attendirent à Djeddah de pouvoir se rembarquer, il en périt pour la même cause de 5 à 600 par jour. On évalue à 10,000 au moins le nombre des voyageurs par mer qui ont succombé à la terrible maladie ; de ceux venus par terre, 15,000 environ n'ont jamais revu leur patrie.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS.

BULLETIN

Magistrats et médecins. Incohérence des arrêts. Nécessité d'une jurisprudence fixée par la Cour de cassation.

Il serait puéril de le nier. Les tribunaux sont parfois durs pour le corps médical. Il se trouve des magistrats pour interpréter dans un sens défavorable à nos intérêts une loi qui, en échange de lourdes charges imposées aux médecins, semblait devoir assurer tout au moins l'intégrité de leur monopole.

Qu'arrive-t-il au contraire? Si nous examinons dans quel esprit ont été rendus divers arrêts, nous voyons que la loi du 30 novembre 1892, par cela seul qu'elle a défini l'exercice illégal de la médecine, va désormais permettre aux charlatans les plus éhontés d'exercer impunément. Condamnés sous l'empire de la loi de ventôse an XI, ils sont acquittés aujourd'hui. Est-ce là ce qu'avaient voulu nos législateurs? Nous ne le pensons pas, et c'est pourquoi nous devons citer des exemples pour bien montrer la nécessité de faire fixer par la Cour de cassation une jurisprudence qui exigerait le vote d'une loi nouvelle s'il était démontré que l'article 16 de la loi de 1892 a été mal rédigé.

Commençons, pour bien expliquer quelle était la jurisprudence ancienne, par citer l'arrêt rendu le 10 janvier 1893 par la 10e Chambre correctionnelle présidée par M. Soleau. Il s'agissait du zouave Jacob, plusieurs fois condamné déjà.

« Attendu, dit le jugement, que la disposition de l'article 35 de la loi du 19 ventôse an XI est générale et absolue; que cette loi ne subordonne pas l'existence de l'infraction qu'elle prévoit à telle ou telle prescription ou administration de médicaments, mais qu'elle frappe, abstraction faite de tout remède, de tout traitement pratiqué, tout exercice de l'art de guérir sans diplôme de médecin ou d'officier de santé (arrêt de la Cour de cassation, 18 juillet 1884); qu'en conséquence, le fait de la part de Jacob d'avoir hautement émis la prétention de guérir les maladies au moyen d'un fluide qui lui serait propre et traité des malades par ce prétendu fluide qu'il est censé transmettre à l'aide du regard et de l'imposition des mains, sans ordonner ni médicaments ni traitement, tombe indubitablement sous le coup de la loi pénale. »

Voilà qui est clair. La Cour de cassation a fixé en 1884 la jurisprudence. Tout exercice de l'art de guérir est frappé d'une pénalité si le prétendu guérisseur n'est ni médecin, ni officier de santé. En serait-il autrement aujourd'hui? M. le substitut Brégeault, qui requérait dans l'affaire du zouave Jacob, émettait des doutes à cet égard. La loi nouvelle, disait-il, est muette relativement aux hypnotiseurs et aux magnétiseurs. Il est vrai que, dans la discussion un peu confuse qui a précédé son vote, on n'a peut-être pas suffisamment insisté pour faire une distinction précise entre ceux qui poursuivaient scientifiquement des recherches sur l'hypnotisme et les charlatans qui recevaient journellement des malades, faisaient payer leurs consultations et prétendaient les guérir à l'aide de passes ou de barreaux aimantés. Ceux-ci semblent donc, au ministère public, ne pouvoir être poursuivis que pour escroquerie.

Mais à cette argumentation, le jugement qui condamne le zouave Jacob répond en termes si précis que nous croyons devoir les citer textuellement :

« Attendu que c'est interpréter d'une façon erronée la pensée du législateur que de prétendre que la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, promulguée le 30 novembre 1892, mais seulement exécutoire un an après sa promulgation, ainsi qu'en dispose son article 34, ne punit pas les pratiques magnétiques, les seules qui puissent être reprochées au prévenu; qu'en effet, il appert des travaux préparatoires de cette loi que, si le législateur n'a pas voulu réserver exclusivement aux médecins les expériences de magnétisme et d'hypnotisme, c'est à la condition que les profanes resteraient dans le domaine des expériences purement scientifiques et n'entreraient pas dans celui de la médecine proprement dite, c'est-à dire ne se serviraient pas du magnétisme et de l'hypnotisme pour exercer la profession de guérir; que cette pensée se manifeste nettement dans le rapport du docteur Chevandier à la Chambre des députés, rapport dans lequel, après avoir fait la critique « de l'ex-

guïté des peines de la loi de l'an XI qui a eu pour effet d'encourager les charlatans, les rebouteux et quiconque prétend tenir d'un don spécial les secrets de guérir », le rapporteur ajoute : « Nous croyons que le moment n'est pas venu d'enlever ces expériences (hypnotisme) aux profanes et de les confier exclusivement aux médecins. » Que le rejet par le Parlement de l'art. 12 du contre-projet de loi présenté par le Dr David, qui avait pour but d'atteindre tout particulièrement les hypnotiseurs, ne peut intéresser ces derniers que comme savants à la recherche de phénomènes magnétiques nouveaux et jamais comme guérisseurs ».

Ce jugement si fortement et si judicieusement motivé a cependant soulevé des critiques. Un médecin et un avocat, dont les travaux juridiques sont très connus et très dignes d'estime et dont le livre a été précédé d'une préface écrite par l'un des rapporteurs de la loi nouvelle, M. le Dr Cornil, MM. Floquet et Lechopié déclarent que le zouave Jacob n'ayant prescrit aucun remède, s'étant borné à des passes magnétiques « qui ne paraissent pas pouvoir être bien nuisibles au patient », ne devait pas être condamné par les considérants du jugement qui l'a frappé. « L'article 16 est formel, disent les auteurs de *La nouvelle législation médicale*, il exige un traitement, et le jugement du tribunal de la Seine prend soin de constater que Jacob n'en a prescrit aucun. »

Nous avouons ne point partager, à cet égard, l'opinion de MM. Lechopié et Floquet. Qu'entend-on par *traitement?* Qu'a-t-on voulu désigner par ce mot? Dans notre *Dictionnaire usuel* , nous le définissons ainsi : « Se dit des moyens physiques ou moraux employés pour guérir, atténuer ou abréger une maladie. » Littré avait dit : « Manière de conduire une maladie, à l'effet soit de la guérir, soit de calmer les souffrances qu'elle cause. »

Quel est l'honnête homme qui soutiendra que, sans ordonner de médicaments à avaler, un médicastre quelconque ne prescrive un traitement lorsqu'il conseille aux nombreuses dupes qui se pressent dans son cabinet « de s'abstenir de boissons gazeuses, d'éviter de manger de la viande, etc. », lorsqu'il les soumet à des passes magnétiques, à des frictions, à l'imposition des mains? C'est un traitement ridicule et inefficace dans l'immense majorité des cas, nous en convenons, mais c'est un traitement qui doit tomber sous le coup de la loi pénale aussi bien que l'administration des infusions inoffensives ou des onguents multiples que donnent les herboristes.

D'ailleurs, il ne s'agit pas d'ergoter sur un mot. Comme l'a fort bien dit M. Cornil, on ne peut indiquer dans un texte de loi tous les détails, toutes les formes sous lesquelles se présente l'exercice illégal; il est préférable de laisser à ce sujet la plus large appréciation aux tribunaux. Mais c'est à la condition que ceux-ci sachent interpréter non seulement la lettre, mais encore l'esprit de la loi. Or, à ce point de vue, les paroles du Dr Chevandier, citées par MM. Lechopié et Floquet, sont si nettes qu'elles auraient dû, à notre avis, faire cesser toute confusion : « C'est l'habitude, c'est le fait sans cesse répété de donner des conseils, a dit M. Chevandier, qui caractérisera le délit. En effet, celui qui a l'habitude de donner des conseils exerce évidemment une sorte de profession. Il est connu dans la région qu'il habite et, sous le couvert de la complaisance ou de la charité, il donne habituellement des conseils; celui-là tombera sous le coup de la loi. »

N'était-ce pas le cas du zouave Jacob? Et faut-il que l'abus des subtilités juridiques aille jusqu'à innocenter celui qui traite habituellement et journellement une cinquantaine de malades par cela seul que l'on confond traitement avec prescription de drogues?

Un autre passage du discours de M. le Dr Chevandier, commentant le premier paragraphe de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892, répond à un autre jugement que nous devons également citer : « Nous trouvons excellent, a dit le rapporteur, qu'un instituteur, qu'un curé, qu'un pasteur puisse, à un moment donné, s'il s'agit par exemple d'arrêter une hémorrhagie ou en toute autre circonstance, donner un conseil. En pareil cas, en indiquant un remède ou une série de moyens, ces personnes font œuvre excellente. On n'ira pas leur chercher querelle, engager une action répressive. Mais celui-là, qu'il soit prêtre, pasteur ou instituteur, qui a l'habitude de donner des conseils, quelquefois même sans voir le malade, ce qui est bien plus grave, bien plus imprudent, tout diagnostic faisant défaut, celui-là, dis-je, qui donne habituellement des conseils, alors qu'il ne peut savoir de quel mal il s'agit, doit être frappé par la loi. Nous répondons volontiers que le conseil donné éventuellement est une chose louable, mais que l'habitude de conseiller des médicaments constitue une usurpation réelle, le délit d'exercice illégal de la médecine. »

Ces paroles sont une critique directe du jugement rendu par le tribunal de Grenoble et déjà cité en partie dans l'article publié sur ce sujet par mon ami A.-J. Martin (*Gazette*, p. 393). Comme nos lecteurs le savent, l'abbé Roux, curé de Mens, avait été cité comme exerçant illégalement la médecine. Le jugement constatait et affirmait le fait (1) : « Attendu que le procès-verbal de la gendarmerie en date du 29 avril dernier constate qu'à Mens l'abbé Roux reçoit chez lui deux fois par semaine les personnes qui désirent le consulter, mais qu'il les traite toutes par les granules Mattéi, et qu'aucune d'elles ne s'est plainte d'avoir été fatiguée par ces médicaments; qu'il résulte également de ce procès-verbal que l'abbé Roux interrogé a reconnu avoir conseillé à beaucoup de personnes de prendre des pilules Mattéi, médicament reconnu inoffensif par la Faculté de médecine de Paris, et que jamais il n'a conseillé ni donné de consultes pour d'autres médicaments.

..... Attendu qu'interrogé à l'audience, l'abbé Roux a confirmé ces déclarations....

..... Attendu que si l'on peut soutenir que l'abbé Roux ait pris part habituellement et par une direction suivie au traitement de certaines maladies, toutefois il est certain que ce n'a pas été pour prescrire des remèdes du Codex, qui sont l'attribut de la médecine officielle, ni aucun médicament spécial inspiré par sa propre expérience ou les connaissances qu'il pouvait avoir acquises, mais seulement pour diriger sur l'emploi des globules Mattéi les personnes qui venaient le consulter à ce sujet... »

Cela est-il assez édifiant? Voilà donc un tribunal qui constate les faits, qui les affirme, qui reconnaît qu'ils

(1) Le texte de ce jugement a été inséré dans le *Bulletin médical*, 1894, p. 727.

rentrent dans la catégorie de ceux qui tombent sous le coup de la loi, mais qui distingue entre les médicaments du Codex et ceux qui ne s'y trouvent pas inscrits et qui, attribuant à la Faculté de Paris une opinion qu'elle n'a jamais émise, proclame l'innocuité des granules Mattéi — dont il ignore la composition exacte — et, par des considérants qu'on a déjà lus et qu'il nous répugne de reproduire encore, acquitte l'accusé et condamne aux dépens le syndicat qui avait demandé les poursuites. Comme l'a déjà dit mon collaborateur A.-J. Martin en reproduisant les paroles de M. Moulé : « La loi ni dans texte ni dans son esprit ne se fait juge des modes de traitement; le législateur s'est borné à demander le diplôme. » Au contraire, les juges de Grenoble discutent les modes de traitement; ils proclament avec une inconscience absolue l'innocuité de celui qui avait été prescrit par l'abbé Roux; ils feignent d'ignorer qu'un traitement quel qu'il soit peut devenir très nuisible; ils ne se souviennent pas que la vente des remèdes secrets est interdite par la loi et que ceux qui les prescrivent devraient être poursuivis.

Tout cela n'est-il pas lamentable! Eh bien! ce n'est pas tout :

Le 18 mai dernier, la femme Blin, comparaissant devant le tribunal de 1re instance du Mans, était condamnée pour des faits d'exercice illégal tombant sous l'application de la loi de ventôse.

« Attendu, disait le jugement, que de l'information, des débats et des aveux mêmes de la prévenue, il résulte que la nommée Breton (Virginie), veuve Blin, sans être munie des diplômes exigés par la loi, a exercé habituellement et illégalement la médecine, en faisant des passes magnétiques à des malades placés devant elle; que notamment elle reconnaît avoir donné des soins à dix personnes qui, du reste, en ont déposé à l'audience;

Attendu que bien que la prévenue n'ordonnât aucun médicament, elle exerçait manifestement l'art de guérir, en se rendant à domicile chez ses clients à qui elle faisait subir un véritable traitement qui durait parfois plusieurs mois, et qu'elle prescrivait, pour achever la guérison, l'usage de boissons dans lesquelles devait être plongé un barreau aimanté, et l'application sur la partie malade de plaques aimantées, instruments qu'elle vendait elle-même aux malades;

Attendu qu'il est certain que la veuve Blin recevait de ses clients des salaires très élevés;

En ce qui concerne l'application de la peine :

Attendu qu'il y a lieu pour le tribunal de faire une distinction au point de vue des faits reprochés à la prévenue et tombant sous l'application de la loi du 19 ventôse an XI et ceux régis par la loi du 30 novembre 1892;

Qu'en effet, huit des faits délictueux sont, d'après leur date, régis par la loi ancienne abrogée, mais qu'il est de toute évidence que le législateur en disant dans son article 36 que les dispositions de la loi du 19 ventôse an XI seraient abrogées à dater du jour où la loi nouvelle deviendrait exécutoire, c'est-à-dire un an après sa promulgation, n'a pas voulu entendre que pendant l'année précédant cette date, les faits tombant sous l'application de l'ancienne loi resteraient impunis;

Qu'il y a donc lieu de retenir lesdits faits et de leur faire application de la loi ancienne. »

Si nous citons textuellement cet arrêt, c'est pour bien montrer que les juges du Mans s'étaient, eux aussi, préoccupés de l'interprétation que l'on pourrait donner à la loi nouvelle et que, pour éviter toute difficulté, ils avaient appliqué la loi ancienne au nom de laquelle la veuve Blin avait été déjà précédemment condamnée.

Cependant ces précautions ont été vaines. La Cour d'Angers a trouvé moyen de ne tenir compte ni des motifs invoqués par le tribunal du Mans, ni des condamnations antérieures de l'accusée. Elle a acquitté la veuve Blin par des considérants que nous tenons à reproduire encore :

« Considérant que de l'examen du dossier il résulte que l'inculpée s'est uniquement bornée, vis-à-vis des personnes qui sollicitaient ses soins, à pratiquer sur elles, par-dessus leurs vêtements, des passes magnétiques, à appliquer sur le bras du sieur Hermange un barreau magnétique et à conseiller à la plupart comme boisson l'emploi d'eau aimantée;

» Considérant que si, sous l'empire de la loi de ventôse an XI qui ne définissait pas l'exercice illégal de la médecine, ces faits pouvaient être réprimés, il n'en saurait être de même depuis la loi du 30 novembre 1892 qui a défini, quoique en termes assez vagues, ledit exercice illégal;

» Considérant, en conséquence, que la veuve Blin, en se livrant sur diverses personnes aux pratiques magnétiques ci-dessus relatées et en conseillant l'absorption d'eau aimantée, ne saurait être considérée comme ayant exercé un traitement ou prescrit des médicaments de nature à entraîner contre elle les peines édictées par la loi de novembre 1892. »

On voudra bien remarquer que les magistrats d'Angers ne se préoccupent même pas de discuter l'arrêt du tribunal du Mans. La loi de ventôse étant abrogée, ils critiquent dédaigneusement la loi du 30 novembre 1892 « qui n'a défini qu'*en termes assez vagues* l'exercice illégal ». Ils ne songent pas à s'inspirer des discussions qui ont précédé le vote de cette loi et laissé dans le vague une définition assez difficile à rendre assez compréhensive « pour laisser aux tribunaux plus de latitude dans l'appréciation de l'exercice illégal ».

Ils acquittent la femme Blin par cela seul qu'elle a procédé à des expériences de magnétisme. Encore une fois, où commence donc et où finit pour un magistrat ce qu'il faut entendre par *traitement*?

Mais voici qui devient grotesque. On a souvent protesté contre la facilité avec laquelle on autorise les médecins diplômés par les Facultés étrangères à exercer à Paris. Ceux-ci devraient tout au moins reconnaître la tolérance dont on use à leur égard en se soumettant sans protestations aux lois fiscales du pays qui les accueille avec si peu de prévention. Voici cependant qu'un médecin étranger qui se dit docteur en médecine, qui fait inscrire son nom et ce titre dans les annuaires, qui ouvre à son domicile un cabinet de consultation, qui y reçoit des clients, qui va visiter ceux-ci à domicile, qui diagnostique la maladie dont ils sont atteints, etc., refuse de payer la patente de médecin parce que, dit-il, il se borne à faire du massage. Aussi longtemps que la loi du 30 novembre 1892 n'était point devenue exécutoire, il n'a pas réclamé. Le jour où certains magistrats ont déclaré que la nouvelle législation ne considérait pas les masseurs comme des médecins, il proteste et le Conseil de

préfecture de la Seine lui donne raison. Il ne sera plus patenté comme docteur en médecine, mais on cherchera à lui faire payer une patente spéciale comme masseur. Ainsi donc, il suffira désormais qu'un médecin déclare qu'il bornera sa thérapeutique à du massage pour qu'on le croie sur parole et qu'on l'exempte de la patente.

Si les membres du Conseil de préfecture qui ont rendu l'arrêt auquel nous faisons allusion avaient pris soin de s'informer près de ceux qui connaissent un peu les choses de la médecine, ils auraient appris la distinction qu'il faut établir — et que les rapporteurs de la loi de 1892 ont cherché à préciser — entre les masseurs ordinaires et les médecins qui « font des opérations de massage ». Les premiers, désignés au choix des malades par les médecins de ceux-ci, suivent les indications qui leur sont données, et contribuent à assurer la santé de leurs clients par des pratiques qui ressortissent à l'hygiène au moins autant qu'à la thérapeutique. Les autres sont appelés directement ou consultés chez eux. Ils s'enquièrent de toutes les conditions qui ont pu altérer la santé de ceux qui font appel à leurs connaissances spéciales; ils les examinent, posent un diagnostic, instituent un traitement et, à l'aide du massage qui, pour plusieurs d'entre eux, est de nature à guérir les maladies internes les plus diverses, s'appliquent à soulager *leurs malades*. Si l'on ne considère pas comme médecins les docteurs en médecine qui pratiquent le massage abdominal ou le massage utérin, pourquoi infligerait-on la patente aux médecins qui font de l'électrothérapie ou de l'hydrothérapie ou à tous les autres spécialistes?

La question qui se pose n'est point celle que les juges d'Angers et de Grenoble ou les conseillers de préfecture de la Seine ont prétendu résoudre en interprétant étroitement un texte qui doit être mieux compris. Sans doute les législateurs n'ont pas voulu qu'on puisse inquiéter, sous prétexte d'exercice illégal, ni le prêtre, ni l'instituteur, ni la religieuse, ni la châtelaine qui donne un avis, panse une plaie, distribue des médicaments inoffensifs ou même, en cas d'épidémie, n'attend pas le médecin pour assister les malheureux. C'est pour ce motif qu'ils ont déclaré qu'il fallait, pour tomber sous le coup de la loi pénale, « prendre part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ». Ils n'ont pas voulu qu'un masseur, désigné par un médecin, fût traité autrement qu'un garde-malade, qu'un électriseur ou qu'un ventouseur. Mais ils n'ont jamais supposé qu'on pût s'autoriser de leurs discours pour autoriser un docteur en médecine, qui reçoit chez lui tous les consultants qui frappent à sa porte, à soutenir que, le traitement qu'il leur impose étant un massage, il ne doit pas être considéré comme un médecin. Ils auraient protesté avec plus d'énergie encore si on leur avait dit qu'il suffira désormais de ne pas prescrire les médicaments inscrits au Codex pour pouvoir échapper aux rigueurs de la loi qui punit l'exercice illégal de la médecine.

Nous aimons à penser dès lors que les jugements si étranges que nous venons de citer seront réformés par la Cour de cassation et nous espérons que les démarches que nous avons déjà commencées dans cette intention aboutiront à un résultat utile. Il ne peut être question, en pareille matière, de persécutions mesquines ou d'intérêts particuliers. Il s'agit de maintenir le caractère d'une loi dont les articles ont été rédigés par des médecins et dans un but de préservation sociale. Il s'agit surtout de rappeler à ceux qui feindraient de l'ignorer que des rivalités, ou des rancunes qu'on a peine à excuser, ne sauraient jamais prévaloir contre le bon sens et l'équité.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Du pseudo-tabes neurasthénique, par le Dr E. Ausset, aide-major de l'armée, chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'école de médecine de Limoges.

L'histoire des névroses, et en particulier de l'hystérie, montre à chaque pas que l'étude de leurs symptômes se rapporte le plus souvent à celle des affections nerveuses avec lésions matérielles.

Il est une maladie, l'ataxie locomotrice progressive, qui peut, plus particulièrement que d'autres, prêter à des erreurs, et faire croire au clinicien qu'il existe réellement une lésion anatomique de la moelle, alors qu'il y a simplement un trouble fonctionnel d'origine névropathique. On a alors affaire à un pseudo-tabes, ainsi que l'a si heureusement nommé Picquechef, dans sa thèse inaugurale (1).

Parmi les états morbides qui peuvent revêtir la forme pseudo-tabétique, la neurasthénie est incontestablement la plus commune. Combien de malheureux névropathes éprouvés par les peines morales, ou épuisés par des travaux au-dessus de leurs forces, arrivent à s'étudier, à se persuader à eux-mêmes qu'ils sont atteints de la même maladie qu'un de leurs amis, par exemple; et chose extraordinaire, ils se pénètrent tellement de leur sujet, si l'on peut s'exprimer ainsi, qu'ils ressentent tous les symptômes de la maladie, et parviennent même à convaincre leur médecin, si celui-ci n'y prend garde, tellement le tableau est frappant de ressemblance.

Il importe donc de savoir distinguer le vrai tabétique du faux, les différences sont encore assez nettes pour qu'on puisse les retrouver en prêtant bien son attention.

I

L'ataxie locomotrice est une maladie bien connue; elle a été si bien décrite qu'il nous semblerait oiseux d'en reproduire ici tous les symptômes. Il est seulement nécessaire d'examiner les symptômes particuliers qui permettent d'établir le syndrome clinique *pseudo-tabes*, dont les symptômes sont très analogues au tabes classique, mais dont la marche, la terminaison et le substratum anatomique sont très différents.

L'hystérie, qui est en somme une névrose du système nerveux tout entier (cerveau, moelle, etc.), peut simuler toutes les maladies de ce système. Il faut donc chercher à établir quels sont les symptômes ataxiques que l'hystérie peut présenter.

L'invasion du tabes dorsalis vrai est presque toujours insidieuse, et le début en est variable; très souvent, les premiers symptômes sont méconnus par les malades, et même par le médecin, lorsqu'il est peu versé dans l'étude des maladies du système nerveux; le symptôme ataxie est, en effet, des plus longs à se manifester, et on ne l'observe, quelquefois, que trente années après le début réel des accidents.

Le tabes n'est pas toujours caractérisé par l'ensemble

(1) Picquechef. Thèse Paris, 1885.

symptomatique que l'on connaît; il peut se faire, et il arrive souvent dans la pratique, que, grâce à la prédominance d'un signe quelconque, on croie avoir affaire avec une affection organique d'une autre nature; ainsi, si les troubles de la vue sont seuls manifestes, on ne prend pas garde ou on voit une affection oculaire essentielle chez un malade où elle n'est que le corollaire de lésions médullaires silencieuses par ailleurs. Et cette erreur peut se prolonger très longtemps; on a vu des malades traités pendant des années pour des affections chroniques de la vessie, chez lesquels apparaissent dans la suite des signes manifestes d'ataxie, qui expliquaient dès lors ces cystites si rebelles.

Chez les pseudo-tabétiques, au contraire, le début est presque toujours brusque ou subaigu. Le plus souvent, la période dite préataxique n'existe pas; à la suite d'une crise, d'une circonstance quelconque, d'une vive émotion, d'une vive douleur morale, les troubles de la sensibilité et de l'incoordination débutent simultanément, ou les premiers précèdent les seconds; il arrive en effet, fréquemment, que ce sont les douleurs, les troubles sensitifs qui ouvrent la scène, mais alors même, les phénomènes de l'incoordination motrice ne tardent pas à leur faire cortège.

C'est une fois la maladie bien constituée que l'étude des symptômes devient intéressante et suggestive.

Chez les pseudo-tabétiques, les troubles de la sensibilité semblent vouloir dominer la scène; ce sont généralement les douleurs qui éveillent l'attention du patient; elles atteignent parfois un degré extrême et deviennent intolérables même dès les premiers jours; ces douleurs semblent revêtir un caractère de périodicité et revenir par crises. Leur caractère dominant est en effet la mobilité et l'intermittence; changeant de place à chaque instant, elles siègent sur le corps en entier, sur le trajet des nerfs périphériques, comme sur celui des nerfs crâniens, comme aussi à des endroits où il n'existe aucun tronc nerveux important. Non seulement ces douleurs sont extrêmement mobiles, mais encore elles revêtent toutes les formes : ce sont tantôt des douleurs fulgurantes de la plus grande intensité, ressemblant à des décharges électriques partant des jambes et s'élançant vers le tronc; tantôt ces douleurs sont térébrantes, lancinantes et parfois constrictives.

Du côté de la sensibilité objective, les phénomènes sont également très accentués. L'hyperesthésie, l'hyperalgésie sont dans certains cas poussées à des degrés que l'on ne voit pas atteindre dans le tabes vrai. En outre, cette hyperesthésie et cette hyperalgésie sont le plus souvent distribuées par plaques, siégeant le plus ordinairement le long du rachis et des membres inférieurs, le long des troncs nerveux aussi bien que dans d'autres endroits. Cette hyperesthésie est telle parfois que le contact seul des vêtements devient insupportable, le malade ne peut rester dans son lit recouvert par les couvertures, il recherche la nudité pour soustraire son corps à toute pression. Ce qu'il y a surtout de remarquable, mais ce qui, en somme, ne doit pas étonner puisque nous avons affaire ici à des névropathes, c'est que très souvent l'hyperesthésie porte seulement sur un des modes de la sensibilité; par exemple, le froid cause au malade une douleur que ne lui cause pas le chaud ou une piqûre.

A côté de cette hyperesthésie, on observe de l'anesthésie distribuée également par plaques, n'affectant aucune région de préférence à d'autres. Cette anesthésie peut intéresser les trois modes de la sensibilité générale, comme aussi elle peut ne se porter que sur l'un d'eux; ainsi on observe des cas où seule la sensibilité tactile est abolie, tandis que dans d'autres c'est la sensibilité thermique qui a disparu.

Il existe un autre trouble de la sensibilité qui n'est pas des moins intéressants à étudier, nous voulons parler du retard dans la perception. Toutefois ce retard n'atteint jamais le degré qu'on lui voit atteindre dans les cas d'ataxie vraie. Hammond cite en effet un cas de tabes où le retard dans la perception de la douleur atteignait quatorze secondes. Topinard cite également un cas où le retard allait jusqu'à trente secondes. Dans le pseudo-tabes le retard existe, mais il faut être très attentif pour bien l'observer, car il dépasse rarement deux secondes.

On observe encore chez les pseudo-tabétiques des troubles de la sensibilité auxquels on a donné le nom de troubles dysesthésiques. Ce sont des sensations étranges ressenties par les malades, telles que les crampes, les fourmillements, les sensations de froid, de compression, etc.

Enfin, tous ces malades sont en proie aux mille tourments de leur névrose, migraines intenses, sensation de calotte de plomb, anesthésie, boule hystérique, tous phénomènes qui disparaissent souvent quand on ne les combat pas et résistent aux interventions thérapeutiques les plus énergiques. Ce sont là, comme on le voit, autant de signes très utiles pour le diagnostic.

Les troubles de la sensibilité se manifestent aussi dans le pseudo-tabes par des crises viscéralgiques et par des désordres génitaux et urinaires. Ici ces crises font, pour ainsi dire, partie intégrante du tableau symptomatique de la maladie; on les y rencontre d'une façon presque constante, tandis que dans l'ataxie vraie ces crises existent plutôt comme des complications. Ces crises du pseudo-tabes sont très intenses et nombreuses; elles accompagnent généralement la période d'intensité des douleurs fulgurantes. Les crises gastralgiques sont les plus fréquentes et ressemblent à s'y méprendre à des crises qui seraient sous la dépendance d'une lésion organique de l'estomac; comme les douleurs fulgurantes, elles apparaissent subitement et cessent aussi d'un seul coup. Souvent ces crises gastriques s'accompagnent de crises abdominales arrivant à la suite de la moindre fatigue, et obligeant le malade à garder le repos le plus absolu. Toutes ces crises sont caractérisées par des douleurs intolérables accompagnées de vomissements glaireux peu abondants; pendant toute leur durée il existe une sialorrhée abondante et parfois du ténesme rectal.

Les troubles des organes génito-urinaires se rencontrent également très fréquemment dans le pseudo-tabes neurasthénique. Le plus souvent, on a affaire à une sorte de parésie vésicale, se traduisant soit par de l'incontinence, soit par de la rétention; d'autres fois, les malades se présentent pour uriner, le besoin est impérieux, et cependant quand ils sont en face de leur vase, ils ne peuvent rien faire; s'ils renoncent alors à l'acte, ils ont à peine tourné le dos que le besoin devient aussi pressant, sinon plus, qu'avant la précédente tentative, et ce n'est qu'après les efforts les plus violents, après une attente souvent fort longue, qu'ils parviennent à émettre leur urine. En un mot, tout le tableau des « faux urinaires », si bien décrit par le professeur Guyon, se retrouve ici dans sa plus grande netteté. Quelquefois aussi, il existe une presque anurie, ou encore une quantité excessive d'urines, et cependant il n'existe pas d'affection rénale, l'analyse des urines ne relève rien d'anormal dans la composition de ce liquide.

Il existe aussi parfois une sorte d'anesthésie vésicale qui fait disparaître le besoin d'uriner et amène des distensions énormes de la vessie.

Cette anesthésie se remarque plus fréquemment pour les organes génitaux externes et coïncide alors avec de l'anaphrodisie. Cette absence de désir s'accompagne d'impuissance plus ou moins complète. Quelquefois cette

impuissance qui, en somme, est la règle, est précédée d'une période d'excitation génésique allant jusqu'au priapisme.

Le pseudo-tabes amène également des troubles dans le fonctionnement des organes que viennent innerver certains nerfs crâniens.

Du côté des yeux, et c'est là un des caractères qui permettront de différencier le faux tabes du vrai, on constate presque toujours des lésions fonctionnelles. Tantôt c'est un myosis très manifeste et le muscle irien est presque insensible à l'excitation de la lumière; en revanche, la mydriase est très rare. D'autres fois, l'acuité visuelle est considérablement diminuée et pourtant l'examen ophthalmoscopique ne révèle aucune lésion appréciable du fond de l'œil. On a noté aussi quelquefois un certain degré de ptosis, de la diplopie, des éblouissements, et tout cela sans lésion du fond de l'œil. Nous le répétons, ces troubles de la vision sont des plus importants pour le diagnostic différentiel. Les maladies de l'œil ont, en effet, cet avantage que l'on peut en étudier l'anatomie pathologique en même temps que la symptomatologie.

Le rétrécissement du champ visuel se rencontre d'une façon à peu près constante et c'est là un stigmate hystérique des plus fréquents, par suite un élément de diagnostic fort important. Ce rétrécissement ne présente rien de bien particulier à étudier.

Les troubles de l'ouïe sont relativement assez fréquents; ils consistent en des bourdonnements, des vertiges et même parfois de la surdité.

Enfin, on peut rencontrer des troubles des nerfs moteurs oculaires, du trijumeau, du facial, etc., ce qui autorise à conclure que dans le pseudo-tabes les symptômes encéphaliques, loin d'être spéciaux aux nerfs oculaires, sont communs aux douze paires nerveuses.

Les troubles dans les réflexes sont moins marqués que dans l'ataxie vraie. Souvent même, ceux-ci sont conservés. Le réflexe patellaire, ou phénomène du genou, peut être diminué d'un côté ou même aboli, et conservé de l'autre; enfin il peut n'y avoir que du retard dans sa production.

L'incoordination motrice est à peu près la même, mais moins marquée, que dans le tabes vrai. Les mouvements sont difficiles dans l'obscurité. La coordination des mouvements, qui, d'ordinaire est spontanée, a besoin de l'intervention de l'intelligence et de la vue. Enfin, la plupart du temps, quoique les troubles de la motilité soient bien moins marqués que dans le tabes vrai, la démarche est cependant assez caractéristique pour qu'on puisse poser le diagnostic d'ataxie à distance. Ces phénomènes d'incoordination ont ceci de remarquable, c'est qu'ils apparaissent souvent en même temps que les désordres sensitifs. Du reste, quand un traitement approprié est appliqué, ce sont eux qui disparaissent les premiers.

L'occlusion des yeux augmente l'incoordination; la station verticale est alors impossible; le malade n'a plus conscience de la position de ses membres, et il commet alors de grossières erreurs de localisation.

La force musculaire est le plus souvent intacte; on constate rarement une atrophie des muscles et une diminution dans leur puissance et dans leur contraction. On voit de ces malades pouvoir porter sur leurs épaules des hommes, par conséquent un poids déjà considérable. Toutefois, il faut bien le dire, malgré cette conservation apparente des forces, le malade se fatigue rapidement et ne saurait fournir une longue course. Ce dernier phénomène s'explique, du reste, facilement : tout mouvement brusque et rapide entraîne forcément après lui une certaine fatigue; or ces mouvements-là, l'ataxique les renouvelle à chaque pas.

Il existe tout un ordre de manifestations tabétiques que l'on n'a pas l'habitude de rencontrer dans le pseudo-tabes neurasthénique; ce sont les troubles trophiques; jamais en effet, ou presque jamais, on ne constate ces éruptions cutanées, ces altérations de la peau, ces productions de lichen, d'eczema, d'ecthyma, de zona qui sont le propre des ataxiques. On n'observe pas plus les arthropathies tabétiques, si magistralement décrites par le professeur Charcot, ainsi que les fractures spontanées, l'ulcère perforant du pied. Tous ces symptômes font défaut dans le pseudo-tabes et ce n'est pas un des moindres éléments de diagnostic différentiel, ainsi que nous le verrons plus loin.

De même que chez les ataxiques vrais, l'écriture des pseudo-tabétiques est profondément altérée, d'autant plus que l'incoordination motrice des membres supérieurs est plus manifeste.

L'écriture est des plus irrégulières; les lettres d'un même mot ne sont pas sur le même plan horizontal, elles sont d'inégales grandeurs, de directions différentes, et formées par des traits hachés.

Tout le monde est d'accord pour constater chez ces malades l'absence totale de désordres intellectuels, ils jouissent tous d'une intelligence parfaitement saine, conservent habituellement toutes leurs facultés intellectuelles et sont, en général, instruits et intelligents. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que leur maladie, leur anesthésie, les rend aptes à contracter les déplorables habitudes de morphinomanie, et par suite les expose aux troubles psychiques causés par l'abus de la morphine.

Tel est l'ensemble du tableau symptomatique présenté par le pseudo-tabes.

La marche de cette affection est différente de celle de l'ataxie vraie. Il n'existe pas le plus souvent de période prémonitoire; les douleurs et l'incoordination débutent simultanément. La maladie ne progresse pas; au contraire, peu à peu, les phénomènes s'amendent, l'ataxie disparaît, et après elle, contrairement à ce qui se passe dans le tabes vrai, les douleurs disparaissent.

La durée ne saurait être fixée; comme nous avons affaire à une manifestation de l'hystérie, elle peut disparaître chaque jour ou durer toute la vie. Cependant, il faut bien le dire, vu l'efficacité du traitement, l'évolution peut en être fort abrégée. Quant à la terminaison, elle est toujours favorable.

Que dire de l'anatomie pathologique d'une telle affection? L'autopsie n'a jamais rien révélé comme lésion anatomique particulière, car ceux qui meurent pseudo-tabétiques succombent généralement à une maladie intercurrente. Il nous faut donc ranger le pseudo-tabes parmi les névroses, c'est-à-dire parmi les maladies dont les lésions organiques échappent à nos moyens actuels d'investigation.

II

L'hystérie est une maladie si capricieuse, elle simule si souvent avec une fidélité parfaite nombre d'affections graves, qu'il n'est pas étonnant de rencontrer l'ataxie locomotrice au nombre des manifestations de cette névrose, comme on y rencontre l'hémiplégie, l'amblyopie, la coxalgie. Il y a cependant des différences notables entre le tabes vrai caractérisé par la sclérose des cordons postérieurs et le tabes faux, fonctionnel, névropathique.

Et d'abord, y a-t-il ataxie dans le pseudo-tabes? L'exposé des symptômes répond suffisamment à cette question. La marche, les mouvements, l'écriture des malades prouvent bien que chez eux l'incoordination motrice existe des plus manifestes et ne saurait être mise

en doute; il ne peut y avoir sur ce point la moindre hésitation. Le symptôme ataxie existe donc bien réellement chez les pseudo-tabétiques.

Toutes les fois qu'il s'agit d'hystérie, et surtout dans le milieu militaire, certains cliniciens invoquent la simulation. N'est-ce pas là réellement une bien grande exagération? Comment supposer qu'un homme puisse arriver à reproduire un tableau morbide tel que celui qui a été tracé plus haut? il est bien difficile, en effet, de feindre certains troubles, tels que des crises gastralgiques avec vomissements, la démarche typique, l'anesthésie partielle ou totale.

Le professeur Pitres relate, dans les *Archives de neurologie* (mai 1888), une observation des plus intéressantes de pseudo-tabes neurasthénique, et y parle précisément de cette simulation possible. « Une simulation de ce genre prolongée pendant dix ans impliquerait une telle habileté, une telle force de volonté que vraiment il est impossible de croire à sa réalité. Et dans quel intérêt P..... aurait-il dépensé tant d'astucieuse persévérance? C'était un homme fort intelligent, actif, parlant et écrivant cinq langues vivantes. Il lui était très facile de trouver hors de l'hôpital des moyens d'existence. Pourquoi donc se serait-il appliqué pendant si longtemps à simuler des souffrances qu'il n'éprouvait pas? »

Comment donc différencier d'une façon précise le pseudo-tabes de l'ataxie vraie?

Nous avons vu plus haut que le pseudo-tabes s'établit souvent sans aucun prodrome, sans période préataxique, rien qu'en voyant un ataxique. Le professeur Kowabneski (*Centralblatt für Nervenheilkunde, von Erlenmeyer*, 1881) a rapporté chez un prêtre grec, sous le nom de *Tabes dorsalis illusoria*, une observation de tabes purement fonctionnel, contracté à la suite de la vie en commun avec un tabétique; son beau-frère fut atteint de tabes et mourut devant lui. Ces circonstances éveillèrent chez lui des obsessions, et il était poursuivi par l'idée qu'il mourrait de cette maladie. Au milieu de l'année suivante, il présentait tous les symptômes de l'affection médullaire, il n'osait remuer de peur de douleurs, et on le vit se livrer à des travaux physiques; en même temps, on ordonna la faradisation générale, les douches froides de 15 secondes le long du dos. Au bout de vingt-deux jours de traitement, le malade était complètement guéri de son tabes.

Les antécédents du malade seront d'un grand secours pour le diagnostic; on aura affaire à des gens nerveux, impressionnables, présentant souvent des stigmates d'hystérie, malades à l'imagination exaltée, toujours en mouvement, sujets aux migraines et ayant même parfois présenté des attaques nerveuses. Toutefois il ne faudra pas rejeter l'idée d'hystérie, parce que le patient n'aura jamais eu d'attaques; on n'ignore pas en effet que, d'après Charcot, les attaques manquent chez un tiers au moins des hystériques.

D'autres fois on apprendra par l'interrogatoire du malade et de son entourage que la maladie est apparue à la suite de chagrins très grands, ou de travaux intellectuels trop considérables. Tout cela mettra déjà sur la voie du diagnostic.

Ce qu'il y a surtout de remarquable dans le pseudo-tabes, c'est la prédominance très marquée des phénomènes d'ordre sensitif. Ce sont eux qui attirent de prime abord l'attention du médecin, tant par leur mobilité et leur variabilité que par leur intensité inaccoutumée. La mise en scène est des plus tapageuses et c'est de l'ataxie hystérique que l'on peut dire, comme M. Huchard de toutes les manifestations hystériques ou névrosiques: Beaucoup de bruit pour rien.

Il est une autre différence importante entre le tabes vrai et le pseudo-tabes, c'est la fréquence des crises viscéralgiques; ces crises, qui sont en effet à peu près constantes chez les pseudo-tabétiques, sont regardées comme des complications dans le tabes organique.

C'est peut-être du côté de l'organe de la vision, de tous nos organes du reste celui qui tombe le mieux sous l'exploration de nos sens, que l'on rencontre les différences les plus saisissantes et les plus tranchées entre les deux formes d'ataxie. D'une façon constante, en effet, on note chez les malades atteints de tabes fonctionnel des troubles de la vision, de l'amblyopie, sans qu'aucune lésion anatomique vienne à l'ophthalmoscope expliquer ces symptômes parfois des plus accentués. D'ailleurs ces phénomènes oculaires, que nous rangerions volontiers à côté des phénomènes sensitifs, sont justement comme ceux-ci des plus passagers et des plus fugitifs. Un jour le malade se plaindra de mouches volantes, de sensations de brouillard, le lendemain d'amblyopie et un autre jour il affirmera que sa vue est redevenue très nette et qu'il ne ressent plus rien de ce côté-là. En somme, dans le tabes fonctionnel, il n'existe jamais de troubles visuels permanents.

Dans l'ataxie organique, au contraire, tous ces troubles s'accompagnent de lésions anatomiques qui se traduisent par l'inégalité pupillaire, les contours très accentués de la pupille, qui a perdu sa transparence et présente une coloration blanc grisâtre, ou mieux, crayeuse et nacrée, ainsi que le dit Charcot.

L'état des réflexes sera également un élément important de diagnostic. Dans le tabes vrai ils sont abolis, et le réflexe patellaire fait absolument défaut. Cela est naturel puisqu'il y a une lésion médullaire quelquefois fort avancée. Dans le tabes fonctionnel, au contraire, comme il n'existe aucune lésion anatomique, les réflexes sont conservés ou, au pis aller, ils ne sont que diminués.

Quant à l'incoordination motrice, elle passe au second plan dans le pseudo-tabes. C'est en effet le système moteur qui est le moins frappé. Certes, on reconnaît quand même l'ataxie par la seule démarche du malade, mais il n'en est pas moins vrai que les désordres du mouvement n'atteignent jamais ici le degré qu'on leur voit atteindre dans la maladie organique.

Enfin, les troubles trophiques font absolument défaut dans le pseudo-tabes.

L'évolution des deux maladies diffère également; celle du pseudo-tabes est très rapide, la terminaison est favorable, ce qui est bien opposé à ce qui se passe dans l'ataxie vraie, qui, ainsi que l'indique le qualificatif progressif qu'on lui a adapté, ne rétrograde jamais et se termine toujours fatalement.

Voilà un ensemble de caractères qui différencient bien nettement le tabes fonctionnel du tabes organique, et l'erreur sera difficile si l'on veut bien examiner avec attention tous ces points.

Mais jusqu'à maintenant il n'a pas été question du diagnostic différentiel entre le pseudo-tabes neurasthénique et les autres pseudo-tabes.

Il ne suffit pas, en effet, de constater que l'ataxie n'est pas réelle, il faut encore chercher la cause de cette fausse ataxie.

On sait qu'il existe des manifestations tabétiques dans l'alcoolisme, la diphthérie, le saturnisme et les différentes intoxications.

Ces pseudo-tabes infectieux sont dus à des névrites périphériques multiples (1).

Il importe donc de bien différencier la névrite multiple du pseudo-tabes neurasthénique, puisque c'est sous

(1) Thèse Piequecher. — Déjerine (*Archives de physiologie*, 1884).

la forme de cette névrite multiple que se présentent les pseudo-tabes infectieux.

Le professeur Buzzard a fait une étude intéressante (*Medical Record*, New-York, 21 septembre 1886) sur les névrites multiples. Voici succinctement comment il juge la question : « La névrite multiple ordinaire est une maladie due à quelque agent toxique ou à quelque miasme qui pénètre dans l'organisme. Elle se présente à l'état épidémique dans le Japon et l'Amérique du Sud, sous le nom de béribéri. Bien plus souvent en Europe, elle est due aux excès alcooliques, aux intoxications diverses. Les malades ont d'abord des troubles sensitifs : picotements, fourmillements dans les mains et dans les pieds, douleur le long des trajets nerveux, sensation de brûlure, des douleurs cuisantes, une grande sensibilité de la plante des pieds et peut-être de toutes les extrémités... Quelquefois, surtout dans les cas alcooliques et diphthériques, les symptômes ressemblent à ceux de l'ataxie locomotrice. Il y a abolition des réflexes tendineux, une ataxie très marquée. Ces cas sont connus sous le nom de pseudo-tabes alcoolique ou diphthérique. Ils pourront tromper le médecin s'il n'y prend garde et l'amener à un diagnostic faux. » (*Archive de neurologie*.)

Quels sont donc les points de diagnostic importants à faire ressortir pour bien differencier le pseudo-tabes neurasthénique de cette névrite multiple?

Un symptôme constant des névrites est la douleur très vive, continue, ne changeant pas de place, extrêmement localisée sur le trajet d'un nerf et s'exaltant par la pression sur ce trajet et les mouvements de la région. Chez les neurasthéniques, bien au contraire, la motilité et la diffusion des sensations ont un caractère primordial. De plus, elles ne sont pas localisées le long d'un nerf, et les mouvements de la région ne les modifient pas. En outre, les crises névralgiques sont très rares dans les névrites; au contraire, dans le pseudo-tabes neurasthénique, elles comptent comme un symptôme à peu près constant. Les troubles génito-urinaires, également rares dans la névrite multiple, s'observent assez fréquemment chez le neurasthénique.

Du côté de la motilité les différences ne sont pas moins marquées. Dans les névrites on rencontre des contractures spasmodiques, parfois fort douloureuses; puis, peu à peu, en même temps que les symptômes sensitifs s'accentuent, il survient un certain degré de faiblesse motrice, de parésie et même de paralysies complètes. Chez les neurasthéniques, au contraire, ces troubles moteurs viennent au second rang, comme effacés par les altérations de la sensibilité; l'énergie de la contraction musculaire n'est que peu diminuée, souvent normale; enfin, il est rare de trouver des contractures ou des paralysies. Dans le tabes infectieux, par contre, on constate de la parésie nettement accusée et démontrée par l'examen électrique; les troubles de la locomotion sont ceux par exemple de l'alcoolisme et siègent par conséquent de préférence sur les extenseurs du pied.

Les réflexes, souvent intacts dans le pseudo-tabes neurasthénique, sont presque toujours abolis dans le tabes infectieux.

Les troubles trophiques sont le triste apanage des névrites. Au premier rang se trouve l'atrophie musculaire des régions innervées par les nerfs malades. Cette atrophie musculaire peut porter non seulement sur les membres inférieurs, mais encore sur les membres supérieurs, comme dans le tabes alcoolique. Puis, dans une période plus avancée, quand le nerf est complètement dégénéré, les réflexes disparaissent ainsi que la contractilité électrique. On constate alors la réaction de dégénérescence qu'Erb et d'autres considèrent comme le propre des lésions périphériques. Jamais dans la neurasthénie on ne rencontre la moindre atrophie ni la moindre dégénérescence graisseuse des nerfs; quant aux muscles, ils conservent généralement leur volume et leur force normale.

Dans les névrites les téguments sont rouges, sensibles et plus ou moins tuméfiés. On peut même sentir un cordon dur et douloureux. La surface cutanée est luisante, et Paget a justement comparé cet aspect à celui des engelures.

D'autres fois, c'est une altération de la peau décrite sous le nom de Glossy-skin (peau lisse), de causalgie (W. Mitchell) et d'érythème (Mongeot). Ce sont encore des traînées d'herpès, de zôna qui se développent sur le trajet des nerfs enflammés. Ce sont enfin des lésions qui, d'après Charcot, vont jusqu'à l'arthropathie.

Jamais aucun de ces troubles trophiques ne se rencontre chez les pseudo-tabétiques neurasthéniques et c'est bien là un signe précieux de diagnostic différentiel.

La marche des deux maladies, névrite et pseudo-tabes neurasthénique, diffère également. La névrite évolue comme une maladie aiguë; les lésions se manifestent peu à peu, puis après une période d'état on voit les symptômes s'atténuer peu à peu jusqu'à guérison complète.

« Dans les névrites périphériques infectieuses, dit Picquechef, on voit l'atténuation des signes, puis leur disparition coïncider avec la seule suppression de la cause. Dans le tabes infectieux les phénomènes disparaissent au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la maladie primordiale; dans le diabète, par exemple, le traitement fait également disparaître les symptômes. »

Dans le tabes neurasthénique, comme on l'a vu, la marche et la terminaison sont loin de ressembler à cette évolution.

Enfin, les deux affections diffèrent également par les lésions anatomo-pathologiques.

Les névrites ont leur substratum anatomique bien connu. Or, dans la neurasthénie on ne connaît encore aucune lésion appréciable.

En résumé, l'affection qui nous occupe est une maladie purement fonctionnelle, *sine materia*, présentant des symptômes d'ataxie locomotrice et qu'il a été bien juste d'appeler pseudo-tabes neurasthénique.

III

« Quelque longue qu'en soit la durée, l'ataxie locomotrice ne guérit pas. Si dans les cas heureux elle peut rester longtemps stationnaire, la mort n'en est pas moins le terme fatal et ce terme est trop fréquemment avancé par des maladies intercurrentes. Dans ces cas, la perturbation du système nerveux enlevant au sujet la force de résistance aux impressions morbides nouvelles, leur donne une plus grande gravité » (Trousseau). Tel est, en effet, le pronostic de l'ataxie locomotrice progressive.

Le pronostic du tabes fonctionnel est au contraire des plus bénins. Mais il est nécessaire de bien s'entendre sur le sens de cette guérison certaine.

Le pronostic d'une névrose quelle qu'elle soit est en effet très difficile à formuler. On voit en effet fréquemment une contracture, par exemple, qui existe depuis plusieurs jours, quelquefois plusieurs semaines ou plus longtemps, disparaître un beau jour sans cause connue, sans traitement appréciable, de même que cette contracture peut persister chez un malade pendant toute son existence. En outre, cette même contracture, pour prendre toujours le même exemple, qui vient de guérir et laisse maintenant le patient en repos, après l'avoir incommodé pendant des mois, peut reparaître un jour à la suite d'un accident quelconque, une chute, une émotion, une crise d'hystérie.

Il est donc bien entendu que, si la guérison est la règle, la durée de ce pseudo-tabes est très incertaine, et les rechutes en sont fréquentes. L'hystérie n'est pas une maladie qui se guérit, ses manifestations peuvent disparaître, mais elle subsiste toujours, menaçant l'individu de nouveaux troubles à la moindre occasion; les névropathes restent névropathes, rivés, pour ainsi dire, à leur névrose, et, comme tels, passibles de toutes les atteintes et de toutes les manifestations de l'hystérie, de toutes les misères, en un mot, que renferme un état nerveux si complexe.

IV

Le pseudo-tabes qui nous occupe n'étant, à proprement parler, qu'une manifestation de l'hystérie, il est évident que son traitement sera celui de l'hystérie en général.

Au tabes nerveux, il faut avant tout opposer un traitement anti-nerveux; c'est là une indication qu'il faut préciser, car dans la thérapeuthique de l'hystérie tout réussit et rien ne réussit. Il n'est pas rare, en effet, de voir des malades résister à toute espèce de traitement, et un beau jour, alors que toute médication est cessée depuis longtemps, se réveiller absolument guéris.

D'autre part, certains moyens qui réussissent chez quelques malades échouent absolument sur d'autres.

La thérapeutique sera donc très variable suivant les cas. On ne peut donc donner qu'une ligne générale de conduite.

Il existe un certain nombre de médications qui paraissent devoir être employées dans tous les cas de pseudo-tabes neurasthénique.

En première ligne se montrent les anti-spasmodiques. Il y a longtemps qu'on les emploie dans les manifestations diverses de l'hystérie; l'assa fœtida, la valériane, etc., jouissent d'une grande réputation et peuvent certainement rendre de très grands services. Le bromure de potassium associé au chloral a parfois donné de bons résultats, mais, il faut bien le dire, tous ces médicaments sont très infidèles, et il n'est pas permis de fonder un espoir de guérison certaine sur leur emploi.

L'hydrothérapie, à titre de médication tonique, paraît être appelée à rendre les plus grands services et doit être employée avec la plus grande confiance... C'est, en effet, contre les tempéraments anémiés, nerveux, hypochondriaques, qu'elle compte ses plus belles victoires. On sait cependant qu'elle ne convient pas à tous les névropathes, aussi ne devra-t-on l'employer que sous réserve, et étudier la susceptibilité du malade à son égard.

L'électricité pourra de même être utilisée sous toutes ses formes, bien qu'il n'y ait pas grand espoir à établir sur son application.

Quant à la médication révulsive : vésicatoires, pointes de feu, le long de la colonne vertébrale, pulvérisations d'éther ou de bromure d'éthyle, elle paraît absolument inutile, pour ne pas dire nuisible. L'hystérique ne se trouve pas bien habituellement d'un tel traitement.

Mais il est un traitement qui doit primer tous les autres, c'est le traitement moral. C'est sur lui que l'on doit compter et c'est lui surtout qui amènera souvent chez les malades une guérison rapide.

Il faut d'abord commencer par distraire le malade, lui faire oublier son affection, pour ainsi dire, l'arracher à toute préoccupation, l'isoler de toutes les causes qui ont pu engendrer sa maladie, et surtout le soustraire au contact de malades atteints de la même affection. C'est encore dans ces cas que l'envoi aux eaux est utile et même indispensable, et on devra les envoyer dans des stations réputées utiles à l'ataxie vraie (Lamalou, Wiesbaden), car il ne faut pas oublier que ces malades se croient atteints d'une maladie incurable, qu'ils connaissent la plupart du temps, qu'ils ont même parfois étudiée. Ils se croient de vrais ataxiques. Ces eaux minérales agiront alors par l'effet moral et par l'isolement.

Le médecin doit de plus exercer une sorte de pression morale sur l'imagination de son malade. Chez les uns, il faudra les rassurer, en leur faisant partager la conviction qu'ils ne sont point atteints d'une maladie de la moelle, en leur suggérant l'idée que tous les sympômes qu'ils éprouvent tiennent à leur tempérament nerveux, mais ne sont le fait d'aucune lésion. Chez d'autres, au contraire, qui trouveraient mauvais qu'on ne les crût pas très malades, il faudra, pour ainsi dire, entrer dans leur manière de voir, conclure avec eux qu'ils ont une maladie grave, mais, persuadé qu'on sera soi-même d'une guérison certaine, on les rassurera par des exemples fréquents de guérison. On leur garantira avec fermeté un retour prompt à la santé, s'ils veulent bien se soumettre à un traitement bien suivi.

C'est ainsi que le médecin fera le plus souvent la thérapeutique la plus active. N'est-ce pas, en effet, dans les névroses que le traitement moral donne les plus beaux résultats?

Si l'on peut employer la suggestion hypnotique, on aura entre les mains un auxiliaire puissant que l'on peut même appeler la médication spécifique du pseudo-tabes neurasthénique.

TRAVAUX ORIGINAUX

Transformation héréditaire des maladies diathésiques, par le Dr Crocq fils (de Bruxelles).

(*Suite.*)

Obs. XIII (personnelle). — Famille de P... : le grand-père est *goutteux*, la grand'mère est bien portante, ils ont eu deux filles dont l'une, bien portante, n'a pas d'enfants; la deuxième vient de mourir de *cancer du rectum;* elle avait des *hémorrhoïdes* et a eu un *rhumatisme articulaire* qui a complètement disparu lors de l'apparition du cancer. Elle a eu deux enfants, dont l'un, l'aîné, a des *tics choréiques;* il est marié et n'a pas d'enfant; l'autre, la plus jeune, a eu des *fistules à l'anus.*

Obs. XIV (personnelle). — Marie D..., en traitement dans le service de M. Lebrun, est atteinte de *cancer anal.*

Son père est mort à soixante-sept ans d'un *cancer de l'œsophage*, sa tante est morte d'un *cancer anal*, une autre tante est *innocente;* sa sœur est *hystérique*, son frère *tuberculeux.*

Obs. XV (personnelle). — Marie V., âgée de quarante ans, en traitement, salle 37, lit 12, dans le service de M. Rommelaere, est atteinte de *cancer utérin.*

Son père est mort très vieux, sa mère est morte d'*apoplexie* à soixante ans, un oncle maternel était *goutteux*, une tante *hystérique*. Elle a eu trois frères et sœur; un frère est mort d'*alcoolisme*, l'autre est *diabétique*, sa sœur est bien portante.

Obs. XVI (personnelle). — Famille X... : grand-père mort à quatre-vingt-cinq ans de vieillesse, grand'mère morte à soixante-dix ans de *cancer gastrique;* 5 enfants dont un est mort de *tuberculose pulmonaire* :

1° Fille *obèse* épouse un homme qui meurt de *myélite;* sept enfants dont trois fils sont *aliénés*, une fille est morte de fièvre typhoïde.

2° Fille vivante a eu un *rhumatisme articulaire intense*, épouse un homme sain, six enfants, dont une fille meurt de *tuberculose pulmonaire*, deux fils sont *mal équilibrés*, une

fille est sujette aux migraines, l'autre est bien portante mais penche vers l'*obésité*, enfin le dernier fils est *rhumatisant* et *hémorrhoïdaire*.

3° Fils vivant sujet aux *congestions cérébrales dès l'âge de vingt-trois ans, obèse, rhumatisant, bronchiteux*, épouse une femme qui a été *tuberculeuse;* six enfants dont un est *mal équilibré* et a été *tuberculeux;* tous les autres sont chétifs, mais semblent ne rien avoir.

4° Fille *hystérique*, épouse un homme sain, a deux enfants : sa fille est *obèse*, son fils paraît normal.

Voici quelques spécimens des faits recueillis par Burdel :

OBS. XVII. — M. P... succombe à une *hémorrhagie cérébrale;* Mme P... atteinte depuis longtemps d'un *herpès chronique*, meurt de *cancer* de l'estomac ; le fils aîné, à neuf ans, est atteint de *cancer* du testicule droit, puis de *tuberculose pulmonaire;* le second fils est également *tuberculeux;* la fille aînée, mariée, a perdu deux enfants, l'un d'une *méningite tuberculeuse*, l'autre de *tuberculose pulmonaire;* la seconde est mariée, mais *n'a pas eu d'enfants* (Burdel, *op. cit.*).

OBS. XVIII. — M. R... meurt d'un *cancer à l'estomac*, Mme R... d'un *cancer mésentérique*, trois de leurs enfants sont morts de *méningite tuberculeuse*, un de *tubercules mésentériques;* un fils et deux filles sont bien portants, mais leurs enfants sont décimés par la *tuberculose* (Burdel, *op. cit.*).

Nous ne pouvons continuer l'énumération des observations très nombreuses que l'on peut retrouver dans l'ouvrage de Burdel, disons seulement que toutes se rapportent à la parenté du tubercule et du cancer ; elles n'embrassent donc qu'une partie très restreinte de notre sujet et nous ne pouvons nous y arrêter davantage. Le tubercule dérive du cancer comme de tout autre état diathésique parce que toutes ces maladies dépendent d'une cause commune.

g. Le rhumatisme fait partie de la même famille que les affections précédentes; il provient de celle-ci et y retourne souvent; de nombreux faits prouvent cette assertion.

V..., de l'obs. LXXVI (*la folie diathésique*), atteint de carie costale *tuberculeuse*, a une mère *folle*, il a eu un *rhumatisme articulaire aigu* très intense.

Catherine A..., de l'obs. LXXXIII (*la folie diathésique*), est atteinte de *cancer hépatique;* sa mère est morte *folie;* deux tantes maternelles *tuberculeuses*, sa sœur est morte d'*apoplexie*, son frère est sujet au *rhumatisme articulaire* et est *hémorrhoïdaire*.

Emilie D..., de l'obs. LXXXVI (*la folie diathésique*), est atteinte de *rhumatisme articulaire aigu;* son père est mort *aliéné*, sa mère est *migraineuse;* dix frères et sœurs sont morts, huit de *convulsions*, une de scarlatine et un de *tuberculose pulmonaire;* un frère est *scrofuleux*, l'autre *alcoolique*.

Marie B..., de l'obs. LXXXVII (*la folie diathésique*), a un *rhumatisme articulaire aigu;* sa grand'mère maternelle était *aliénée*, un oncle maternel est *alcoolique*, une tante *tuberculeuse;* trois de ses frères et sœurs sont morts de *convulsions;* frère *buveur*, sœur *hystérique*.

Célina A..., de l'obs. IV, est atteinte de *coxalgie*, son père a eu sept fois un *rhumatisme articulaire aigu;* il est *hémorrhoïdaire*, la grand'mère paternelle est morte d'*apoplexie*, un oncle a succombé à la suite d'*excès alcooliques*, un autre de *tuberculose pulmonaire*, tous trois *polysarques;* quatre cousins paternels morts de *convulsions;* des quatre survivants un a des *hémorrhoïdes*, une autre une *carie du tibia*.

Georges V..., de l'obs. XI, est atteint de *tuberculose gauche;* son père est *goutteux*, trois de ses frères et sœurs sont morts en bas âge, un frère est atteint de *rhumatisme articulaire aigu*, une sœur est *hystérique*.

OBS. XIX (personnelle). — H..., âgé de trente-quatre ans, était alité, le 1er novembre 1891, dans le service de M. Destrée ; ce malade, dont la planchette porte *goutte saturnine*, souffre tous les ans depuis sept ans, dans l'articulation métarso-phalangienne du gros orteil ; il a eu autrefois une *pleurésie* qui a duré trois mois et dont il a toujours gardé quelque chose ; il a un facies tuberculeux.

Ses parents sont vivants, ils sont déjà âgés ; son père, âgé de soixante-sept ans, est peintre en bâtiments et n'a jamais eu de colique saturnine, mais il est *rhumatisant* à tel point qu'il ne sait plus marcher ; sa mère, du même âge, est également *rhumatisante;* ses grands-parents sont morts très vieux. Ce malade a eu seize frères et sœurs, 11 sont morts, la plupart en bas âge ; un frère est mort d'une attaque d'*apoplexie*, une sœur est morte en couches ; ils restent six : un frère est peintre en bâtiments et est *intoxiqué par le plomb;* l'autre est plombier et a présenté des symptômes de *saturnisme*, lui-même a déjà *eu fréquemment la colique;* une de ses sœurs a des *rhumatismes*, la seconde est *hystérique*, la troisième paraît bien portante.

OBS. XX (personnelle). — Léonie D..., âgée de vingt-quatre ans, était, en novembre 1891, salle 36, lit 9, dans le service de M. Rommelaere.

Sa planchette portait le diagnostic : *rhumatisme articulaire aigu;* son père est mort à cinquante ans d'un *cancer de l'estomac*, sa mère est morte à quarante-neuf ans d'une bronchite aiguë. La malade a eu 11 frères et sœurs dont 10 sont morts en bas âge ; son frère est *tuberculeux;* un oncle paternel est mort à quatre-vingts ans, il était *goutteux*.

OBS. XXI (personnelle). — Frédéric C., âgé de 23 ans, était couché en novembre 1891, salle 7, lit 9, dans le service de M. Rommelaere; il était atteint de *rhumatisme articulaire;* son père est mort à 35 ans de *tuberculose pulmonaire*, sa mère est vivante et bien portante; le malade a eu trois frères et sœur dont l'un est mort en bas âge; son frère est *rhumatisant et buveur*, sa sœur est *hystérique*.

OBS. XXII (personnelle). — Pauline G. était alitée, en novembre 1891, salle 15, lit 5, dans le service de M. Stiénon ; sa planchette portait le diagnostic suivant : *rhumatisme articulaire, rétrécissement aortique, insuffisance mitrale*.

Son père est mort à 52 ans de *tuberculose pulmonaire* après avoir toussé et craché pendant deux ans; la malade a eu 6 frères et sœurs dont trois sont morts en bas âge de *convulsions;* un de ses frères a une *affection cardiaque*, un autre est *épileptique*, sa sœur est *goutteuse*.

OBS. XXIII (personnelle). — Prosper B. vint, le 21 janvier 1892, à la consultation de M. Dantz; il était atteint d'un *rhumatisme articulaire* très intense, il a eu des *hémorrhoïdes énormes*. Son père est mort de *tuberculose pulmonaire*, sa mère est parfaitement bien portante; deux de ses frères et sœurs sont morts de *convulsions*, il lui en reste cinq : un frère est *buveur*, un autre *épileptique*, une sœur est *goutteuse*, une autre est mariée et a eu une petite fille qui est morte d'*affection cardiaque*, la troisième est bien portante.

OBS. XXIV. — Un avocat dont le père a été *hypochondriaque*, la mère *hystérique*, dont un frère est mort de *congestion cérébrale*, dont un autre a la *gravelle* et dont un troisième est *rhumatisant*, fut atteint de *rhumatisme articulaire* généralisé qui fut suivi de délire hallucinatoire; à différentes reprises le rhumatisme revint amenant chaque fois à sa suite une période de folie; ce malade avait de plus : des *hémorrhoïdes*, des *coryzas continuels*, quelques apparences *dartreuses*, de nombreuses *affections catarrhales* (Mabille et Lallemant).

OBS. XXV. — Mme J. présente une hérédité très chargée; son grand-père était *épileptique*, son père était *imbécile et épileptique;* un oncle paternel est mort *aliéné et épileptique;* un frère de la malade est *épileptique;* un autre frère a été atteint de *rhumatisme articulaire aigu* qui fut traité par le salicylate de soude; Mme J. est *épileptique*, elle est atteinte de rhumatisme articulaire aigu qui disparaît bientôt et fait place à l'aliénation mentale (Mabille et Lallemant, *op. cit.*).

Voici trois cas empruntés à Baillarger :

A. Père *rhumatisant*, une fille *choréique* et une fille *aliénée*.

B. Mère *rhumatisante*, une fille *rhumatisante* et une fille atteinte d'une *affection nerveuse complexe* (?).

C. *Mère rhumatisante*, une fille *rhumatisante*, une seconde fille *rhumatisante* et une autre atteinte d'*hystéro-épilepsie* avec signes de folie consécutive.

« Sur 100 malades atteints de *lithiase biliaire*, dit

Bouchard, on retrouve 30 fois le *rhumatisme* dans la famille.

» Sur 100 malades atteints d'*obésité*, on trouve 30 fois le *rhumatisme* dans la famille.

» Sur 100 malades atteints de *diabète* sucré, on trouve 54 fois le *rhumatisme* dans la famille. »

Nous venons de voir, par des exemples concluants, qu'il faut étendre beaucoup plus loin les parentés morbides du rhumatisme : il dépend de la *diathèse*, comme tel il se transforme en toutes les formes de maladies diathésiques et il provient d'elles toutes.

h. La goutte ne se rencontre pas moins fréquemment que le rhumatisme, dans les familles éprouvées par la diathèse.

« On dit que la goutte est une maladie héréditaire, dit Bouchard ; assurément on trouve souvent la goutte chez les ascendants d'un goutteux, mais souvent aussi on rencontre chez eux bien d'autres maladies ; et il s'agit de déterminer la fréquence relative de ces maladies, la goutte comprise. »

Nous ne reviendrons pas sur les rapports qui unissent la goutte et l'aliénation mentale, ce sujet a été traité assez longuement plus haut. Nous allons seulement rapporter des observations prouvant les parentés de la goutte avec les autres maladies diathésiques.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Les maîtres de la science. Bibliothèque rétrospective publiée sous la direction de M. Charles Richet. Paris, G. Masson.

C'est une heureuse idée qu'a eue M. Charles Richet de reproduire les documents bibliographiques originaux qui intéressent l'histoire et qui constituent des travaux classiques consacrés par l'admiration universelle.

Comme il le dit fort bien, à notre époque où une production trop hâtive exclut toute recherche de longue haleine, on se contente presque toujours d'une analyse superficielle souvent inexacte, et l'on ne consulte que rarement les ouvrages de ceux qui ont fondé la science biologique.

Ceux-ci méritent cependant d'être lus et médités. « Pour apprendre à penser, dit M. Ch. Richet, il faut fréquenter ceux qui ont pensé profondément, ceux qui par leur pénétration ont régénéré la science et ouvert des voies nouvelles. » Mais on trouve difficilement les œuvres de Lavoisier, de Bichat, de Lamarck. On ne connaît Laënnec que par l'édition de la Faculté de médecine de Paris publiée en 1879. Encore oublie-t-on trop souvent d'ouvrir ce beau livre si riche de faits et d'idées !

La publication que vient de terminer M. Ch. Richet est plus modeste par son format et par conséquent plus accessible aux étudiants et aux médecins. Tout en étant à la portée de toutes les bourses, elle est très correcte et renferme des fragments assez étendus pour donner le goût des lectures originales et des recherches d'érudition que l'on néglige beaucoup trop.

Les volumes publiés jusqu'à présent comprennent les œuvres suivantes : Lavoisier (La chaleur animale et la respiration), Bichat (La mort par l'asphyxie), Haller (L'Irritabilité), Harvey (La circulation du sang), Lamarck (L'origine des animaux), Hunter (Le sang), W. Milne Edwards (La chaleur animale), Spallanzani (La digestion stomacale), Laënnec (L'auscultation du poumon et du cœur). Chacun de ces petits volumes est précédé d'une courte notice biographique qui permet de connaître l'auteur et de l'indication de ses œuvres principales.

S'il est vrai qu'une nation s'honore en assurant la conservation des monuments qui font sa gloire, on doit savoir gré à tous ceux qui contribuent à faire connaître et par conséquent à faire admirer les œuvres des savants illustres, que nous venons de citer. A ce point de vue, M. Ch. Richet mérite notre gratitude et nous devons faire des vœux pour le succès de l'œuvre qu'il a su mener à bonne fin.

L. L.

VARIÉTÉS

L'inauguration du monument Villemin. — Le dimanche 30 septembre 1894 a eu lieu à Bruyères (Vosges) l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Villemin.

Cette solennité, à laquelle assistaient M. le docteur Viger, ministre de l'agriculture, M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé, représentant le ministre de la guerre, M. le docteur Kelsch, médecin principal, directeur de l'Ecole du service de santé de Lyon, représentant, avec M. Leblanc, l'Académie de médecine, M. le docteur Mathieu, directeur du Val-de-Grâce, représentant cette école, en compagnie de MM. les docteurs Delorme, du Cazal et Catrin, puis M. le docteur A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement de Paris, M. le docteur Gley, professeur agrégé à la Faculté de Paris, M. le docteur Villemin, chef de clinique, fils du savant dont on inaugurait le buste ce jour-là, et un grand nombre d'autres notabilités médicales, parmi lesquelles nous citerons le vénérable professeur Tourdes, l'ancien maître de Strasbourg, doyen honoraire de la Faculté de Nancy, M. le docteur Heydenreich, doyen, et M. le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de Nancy ; cette solennité, dis-je, a été superbe et n'a même pas été contrariée par le temps. Les ondées glaciales qui depuis quelques jours s'étaient répandues sur la région des Vosges avaient fait trêve et c'est sous un rayon de soleil que le buste du docteur Villemin a émergé des voiles qui, jusqu'à ce moment, le cachaient aux regards d'une foule émue.

Je ne dirai rien de la décoration de la ville de Bruyères, gracieuse, ornée à souhait, dont les maisons disparaissaient derrière les banderoles, les oriflammes, les drapeaux, les guirlandes formées de branches de sapin et les arcs de triomphe allégoriques.

Nous passerons aussi sous silence l'éclat donné à cette fête par l'élément militaire, dont les bataillons venus de toutes les villes voisines faisaient le service d'ordre. Nous voulons rester sur le terrain médical. Aussi bien, dans cette fête, l'élément militaire, auquel appartenait Villemin, ne devait pas être séparé de l'élément médical. La journée du 30 septembre a été la glorification de la science médicale française et plus spécialement celle de la science médicale militaire, oserai-je dire, au développement de laquelle ont contribué tant d'hommes éminents et qui est encore représentée à l'heure actuelle par des savants de premier mérite. Quand j'aurai cité, parmi ces derniers, les noms de MM. Léon Colin et Kelsch, qui appartiennent aux Vosges, je n'aurai fait que rendre justice à nos compatriotes et aux admirateurs reconnaissants de Villemin.

A onze heures, le ministre entre en gare. Au cours de la réception qui a eu lieu immédiatement après à l'Hôtel de Ville, il décerne les palmes académiques au docteur *Villemin*, d'Epinal, secrétaire de la Société de prophylaxie et de désinfection de la ville d'Epinal, trésorier de la Société de prévoyance des médecins des Vosges, puis au docteur *Brallet*, du Thillot, secrétaire-trésorier de l'Association syndicale, directeur de l'office médical du placement des nourrices, titre que M. Viger a eu soin de lui rappeler en lui décernant cette décoration.

De l'Hôtel de Ville, le ministre se rend avec tout le cortège officiel à la place Stanislas où s'élève le monument. Dirai-je un mot des discours ? De celui de M. le docteur Liétard, président du comité, qui, dans un langage élevé, glorifie le savant, rappelle les souvenirs d'amitié qui le liaient à lui, ancien élève de Strasbourg comme lui, et remet, en terminant, la garde de la statue à la municipalité de la ville de Bruyères qui a été le berceau intellectuel de Villemin ;

De celui de M. Merlin, maire de Bruyères, fier du choix qui a été fait, et dont les quelques mots patriotiques ont été couverts d'applaudissements.

A M. Merlin succède M. le docteur Viger.

Pour quelques instants, le ministre de l'agriculture est redevenu médecin, comme tout à l'heure, dans son toast du

banquet, il va paraître en économiste consommé. Je suis persuadé que ce n'est pas sans une certaine satisfaction intime que M. Viger s'est retrouvé, ne fût-ce que pour un moment, sur le terrain médical. A côté des envolées patriotiques, vigoureusement applaudies, il a su faire l'histoire de l'unicité de la tuberculose, rappeler que Laënnec avait été le précurseur de Villemin, que ce dernier avait ouvert la voie et déblayé le terrain à Robert Koch, ce qui ne faisait que consacrer, une fois de plus, la supériorité de la science française. Nous ne connaissions pas M. Viger dans ce rôle d'orateur médical; mais nous avons constaté avec plaisir que, dans son discours, il s'était montré au courant de toutes les nouvelles conquêtes de la science moderne.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz, représentant le ministre de la guerre, succède à M. le Dr Viger, ministre. M. Dujardin Beaumetz trouve des paroles éloquentes pour célébrer la gloire de Villemin, retrace les dures épreuves par lesquelles a passé cet homme, dans lequel le génie ne le cédait en rien à la persévérance et à la ténacité, et tient à montrer combien les savants, qui, comme Villemin, appartiennent à l'armée, rendent service à la patrie. Même au point de vue militaire, les découvertes de Villemin ont eu les effets les moins contestables. La contagiosité de la tuberculose pulmonaire a prouvé que les phthisiques devaient être isolés. Cet isolement devient dès lors la sauvegarde des éléments sains qui auraient été susceptibles d'être contaminés, si cette précieuse conquête de la science, l'honneur de Villemin, n'avait été faite.

M. le Dr Kelsch prend la parole après M. le Dr Dujardin-Beaumetz. Nous ne surprendrons personne en disant que, pour les nombreux médecins qui assistaient à cette cérémonie, le discours très documenté de M. le Dr Kelsch a été universellement goûté et apprécié. Les applaudissements nourris qui, à plusieurs reprises, ont forcé l'orateur à s'interrompre, lui ont fait comprendre que tous ses auditeurs étaient en communion d'idées avec lui. L'éloge de ce discours n'est pas à faire. Il n'appartient pas à l'un des plus modestes assistants de cette fête de l'apprécier. L'Académie de médecine en a entendu la lecture, et le public médical pourra se rendre facilement compte de l'élévation de pensées (qui est la caractéristique de l'éloquence de M. le Dr Kelsch), que l'on retrouve à chaque phrase dans ce discours tout à fait scientifique et magistral. Qu'il nous soit permis d'adresser, à ce propos, nos respectueuses félicitations à l'éminent représentant de l'Académie de médecine.

A M. Kelsch succède M. le Dr Mathieu, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, qui a surtout retracé la carrière médicale et militaire du Dr Villemin et terminé en formulant l'espoir de voir bientôt le buste de Villemin, élevé dans l'enceinte de l'établissement où il a professé si longtemps, et où il a laissé parmi ses collègues et ses élèves des souvenirs aussi affectueux et des regrets aussi profonds.

Du banquet qui, après la cérémonie, a réuni les invités dans la grande salle des Halles de Bruyères, je ne dirai qu'un mot. M. le préfet des Vosges a tenu à montrer à M. le Dr Viger combien le corps médical des Vosges avait, grâce à son dévouement et à son désintéressement, réussi à organiser, dix ans avant la promulgation de la loi, toutes les œuvres d'assistance médicale et de prophylaxie. Les médecins des Vosges ont témoigné leur vive gratitude à M. le Préfet des Vosges pour les paroles qu'il venait de prononcer.

Citons aussi le toast du maire de Bruyères, M. Merlin, au fils du Dr Villemin, et aussi au Dr A. Fournier, qui a été l'âme et le promoteur du comité d'initiative, et dont les efforts soutenus, la propagande active, ont assuré le succès de l'œuvre.

Notons enfin, au cours du toast de M. Henry Boucher, député des Vosges, l'ovation faite au professeur Tourdes, l'ancien et éminent professeur de ce regretté Strasbourg, à cet octogénaire vénéré de toute la génération médicale actuelle, qui venait, malgré son âge, saluer, dans Bruyères même, le buste de son ancien élève.

Dr Lardier,
Vice-président du Comité Villemin.

Hommage à sir Joseph Lister. — Nous recevons la lettre ci-dessous que nous reproduisons avec empressement, persuadé qu'il se trouvera, en France, des savants et des chirurgiens qui tiendront à honneur de s'associer à leurs confrères anglais. Ils n'oublieront pas que Lister est venu avec un touchant empressement rendre un public hommage à la gloire de Pasteur.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*.

Puisque sir Joseph Lister quitte aujourd'hui définitivement ses fonctions actives aux hôpitaux et renonce à l'enseignement, nous trouvons que le moment est favorable pour lui offrir un témoignage de l'estime de ses anciens collègues et de ses élèves.

On vient donc de former à Glascow, à Edimbourg et à Londres des comités chargés de recueillir les fonds nécessaires.

On veut lui offrir son portrait.

Les souscriptions ne doivent pas excéder deux guinées (52 fr.) et l'on espère que l'on recueillera une somme suffisante pour offrir aussi à chaque souscripteur un souvenir de cette fête.

Tout en pensant qu'il se trouvera en France un grand nombre de médecins désireux de s'associer à cet hommage, nous aurions de la peine à indiquer leurs noms et leurs adresses.

Nous croyons donc devoir vous informer qu'on peut envoyer les souscriptions soit :

au docteur W. Silk, 29, Weymouth street, Portland place, Londres;
ou bien
au docteur James Fintayson, 2, Woodside place, *Glascow*;
au professeur Chiene, 26, Charlotte square, *Edimbourg*;
au professeur William Rose, 17, Harley street, Londres.

Veuillez agréer, etc.

Dr méd. W. Silks,
secrétaire honoraire.

Nécrologie. — M. le Dr V. Widal, médecin inspecteur de l'armée, correspondant de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, qui vient de mourir, âgé de 69 ans, emporte les regrets de tous ceux qui l'ont connu. Frère de notre regretté maître de Strasbourg, le professeur Hirtz, il avait, comme lui, le goût des études scientifiques et le sens clinique qui fait le médecin. Appelé à parcourir tous les degrés de la hiérarchie militaire, il avait su se concilier l'estime de ses chefs et l'affection respectueuse de ses subordonnés. La *Gazette hebdomadaire* et le *Dictionnaire encyclopédique* lui doivent plusieurs articles justement remarqués. Le médecin inspecteur Widal laisse deux fils dont l'aîné, le Dr Fernand Widal, médecin des hôpitaux, a déjà su prendre, dans le monde scientifique parisien, un rang distingué dont son vénéré père était justement fier.

Ecole du service de santé militaire.

CONCOURS D'ADMISSION EN 1894.

Liste par ordre de mérite des candidats admis à cette école.

MM. : 1 Lafforgue, 2 Coche, 3 Rauzy, 4 Tartavez, 5 Rivet, 6 Daireaux, 7 Vincent, 8 Melliès, 9 Etcheverry, 10 Canel, 11 Bernard, 12 Blary, 13 Long, 14 Nicolini, 15 Carrive, 16 Rabalant, 17 Metzquer, 18 Grysez, 19 Cousergue, 20 Doumenjou, 21 Oullier, 22 Magerand, 23 Doumeng, 24 Natalelli, 25 Heusch, 26 Peltier, 27 Bonhomme, 28 Dupuy, 29 Chassin, 30 Deyrolle, 31 Pascal, 32 Billon, 33 Ménard, 34 Jodry, 35 Chambon, 36 Demilly, 37 Drevet, 38 Mazière, 39 Blan, 40 Anthony, 41 Vidal, 42 Fischer, 43 Bouillier, 44 Donier, 45 Combe, 46 Fournereaux, 47 Virey, 48 Imbert, 49 Mazellier, 50 Rousset, 51 Sandras, 52 Desse, 53 Lambroschini, 54 Neumann, 55 Duchêne, 56 Bourgeois, 57 Duchesne, 58 Raoult-Deslongchamps, 59 Fournier, 60 Clerc.

Les trente premiers candidats admis devront se présenter à l'école le 23 octobre courant, soit de neuf à onze heures du matin, soit de deux à quatre heures de l'après-midi; les trente autres le lendemain 24 octobre, aux mêmes heures.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

BULLETIN

La sérumthérapie dans le traitement de la diphthérie.

Bien que nous ayons publié *in extenso* (*Mercredi médical*, p. 411) toute la partie clinique de la communication de M. Roux, on nous demande de divers côtés de donner notre avis sur la sérumthérapie, d'indiquer comment se prépare ou comment on pourrait se procurer le sérum antidiphthéritique, de préciser tous les détails du manuel opératoire du traitement nouveau, etc., etc.

Si nous croyons devoir déférer au vœu exprimé par nos correspondants, ce n'est pas seulement pour faire ressortir, en rappelant quelques-uns de ses passages, l'intérêt du mémoire si précis, si complet, si concluant que tous les médecins réunis à Budapest ont justement applaudi, c'est aussi pour montrer que l'avenir de la nouvelle méthode dépend de la rigueur scientifique avec laquelle elle sera appliquée et pour insister dès lors sur la nécessité de laisser pour quelque temps encore aux savants de l'Institut Pasteur le soin de préparer et de fournir à ceux qui voudront l'expérimenter le sérum antitoxique qui leur a déjà donné des résultats si encourageants.

Résumons d'abord, aussi succinctement que possible, l'historique et la partie physiologique de la question.

Comme l'a dit M. Roux, dont la loyauté scientifique égale le mérite, c'est à MM. Behring et Kitasato que l'on doit la découverte des propriétés vaccinales du sérum des animaux immunisés contre le tétanos et la diphthérie; c'est Behring qui, le premier, a bien étudié le sérum antitoxique et posé les bases du nouveau traitement antidiphthéritique. Dès l'année 1890, Behring et Kitasato ont publié leurs premières recherches sur *la production de l'immunité contre la diphthérie.* Une série de mémoires très importants dus à Brieger et Frænkel, à Behring et Wernicke, etc., compléta et rendit applicable non plus seulement aux animaux de laboratoire, mais à l'homme lui-même la méthode que Behring avait désignée sous le nom de *sérumthérapie.*

Après avoir montré que le sang d'un animal vacciné contre la diphthérie détruisait les toxines diphthéritiques et qu'injecté à un autre animal il le rendait réfractaire à la diphthérie, Behring avait reconnu qu'injectée assez rapidement après l'inoculation diphthéritique, une quantité suffisante de sérum recueilli sur un animal immunisé parvenait à enrayer l'évolution ultérieure de la maladie. C'étaient là des notions aussi importantes au point de vue scientifique que riches de promesses pour l'avenir. Elles devaient encourager à des tentatives de thérapeutique clinique et celles-ci ne pouvaient manquer de réussir. Cependant, l'année dernière encore, bien des réserves étaient faites par Behring et ses collaborateurs. Le sérum antitoxique recueilli chez le mouton n'agissait que sur les toxines sécrétées par le bacille diphthéritique et ne paraissait point dès lors pouvoir empêcher le développement des fausses membranes (Behring et Missen); il n'agissait pas non plus sur les accidents secondaires de la diphthérie dus aux streptocoques (Behring et Boer). Bien que les statistiques d'Aronssohn, d'Ehrlich, de Kossel, de Wassermann, aient montré que la mortalité tendait à tomber à 23 ou 24 p. 100 chez les sujets traités par la sérumthérapie, bien que Behring ait pu fournir aux médecins qui lui en faisaient la demande deux produits d'activité différente pour les cas de moyenne intensité et pour les cas plus graves, il faut bien convenir que tout n'était pas dit au sujet de la sérumthérapie et que les recherches et les études cliniques de Roux constituent dès lors un progrès incontestable surtout au point de vue pratique.

Ces recherches d'ailleurs datent de 1891. S'il n'en a été rien publié avant le Congrès de Budapesth, c'est parce qu'il convenait de ne rien affirmer qui n'ait été rigoureusement contrôlé et c'est aussi parce qu'il faut un temps considérable pour immuniser les chevaux qui, depuis 1892, ont servi à Roux et Nocard et dont le sérum est aujourd'hui reconnu préférable à celui du chien ou du mouton. Toute question de priorité scientifique étant donc écartée, voyons, en suivant les indications si précises que nous donne le mémoire de Roux, comment il faut procéder pour obtenir le sérum antitoxique et traiter ensuite les malades atteints de diphthérie.

I. La première préoccupation doit être de se procurer de la toxine diphthéritique. Roux et Yersin ont indiqué, à cet effet, une méthode de culture dans un courant d'air humide. On verra, dans le mémoire de Roux, comment il procède et l'on comprendra qu'il soit nécessaire d'avoir un laboratoire bien outillé et des physiologistes très au courant de toutes les recherches microbiologiques pour arriver non sans peine à un résultat utile.

II. La toxine obtenue, il faut, avant de l'injecter, l'atténuer soit par le chauffage, soit par l'addition de trichlorure d'iode.

« La méthode à laquelle nous donnons la préférence, dit à ce sujet M. Roux, est celle des toxines iodées qui a été mise en usage par MM. Roux et Vaillard dans leurs recherches sur le tétanos. La toxine diphthéritique additionnée d'iode est beaucoup moins dangereuse que la toxine pure. On ajoute à la toxine un tiers de son volume de liqueur de Gram, au moment même de l'employer, et, après quelques instants, on injecte le mélange sous la peau. Un lapin de moyenne taille supporte d'emblée un demi-centimètre cube de ce liquide; au bout de quelques jours, on renouvelle l'injection et on continue ainsi pendant quelques semaines, alors on peut augmenter les doses de toxine iodée ou diminuer la proportion d'iode. Plus tard on donnera de la toxine pure. Il faut peser fréquemment les animaux et interrompre les injections quand ils diminuent de poids, sans quoi on les amènerait à un état de cachexie qui se terminerait par la mort. Dans ces expériences, aller lentement c'est gagner du temps. »

Cette toxine est injectée au cheval dont le sérum est, même à des doses considérables, inoffensif pour l'homme et résorbé en quelques instants sans donner naissance à aucune réaction locale (Roux et Vaillard). Les injections de toxine doivent être fréquemment répétées. Il faut environ trois mois pour amener un cheval au degré d'immunisation nécessaire.

III. Ce sérum de cheval immunisé par des inoculations successives rend inoffensive la toxine diphthéritique. Il vaccine préventivement les animaux à qui on l'injecte. « Le sérum est préservateur et thérapeutique non seulement vis-à-vis de la toxine, mais aussi envers le virus vivant. Ces propriétés du sérum antidiphthéritique ont été découvertes par M. Behring; elles sont la base du traitement de la diphthérie. Elles sont dues à une substance spéciale qu'on appelle *antitoxine.* » Cette antitoxine n'agit pas comme un antidote neutralisant ou détruisant la toxine. Il est probable qu'elle agit sur les cellules de l'organisme pour les rendre, pendant un certain temps, insensibles à l'action du poison.

Le sérum du cheval se conserve sans altération pourvu qu'on le garde à l'obscurité dans des flacons stérilisés bien remplis. Le sérum desséché dans le vide est facile à transporter au loin. Il retrouve ses propriétés préventives quand on le dissout à nouveau dans huit ou dix fois son poids d'eau pure.

On voit donc que l'on peut, dans un laboratoire bien outillé, préparer le sérum antidiphthéritique. Mais faut-il encourager dès aujourd'hui les écoles de médecine ou les écoles vétérinaires à entreprendre cette préparation? Nous ne le pensons pas. Outre les frais relativement assez élevés que nécessiterait une installation de ce genre, on pourrait, si l'on ne prenait pas toutes les précautions indiquées minutieusement par Roux, s'exposer à des échecs qui compromettraient le succès de la méthode. En Allemagne, Behring et Ehrlich surveillent la préparation du sérum qui se fait à la fabrique d'Hœchst et est vendu au public médical. En France, il convient, provisoirement au moins, de laisser à l'Institut Pasteur le monopole de cette fabrication. C'est dans ce but qu'une souscription a été ouverte. Nous ne saurions trop encourager les médecins à la recommander en prêchant d'exemple. Leur nom, j'ai pu m'en assurer personnellement, provoquera rapidement d'autres souscriptions, et le jour où l'Institut Pasteur sera en mesure d'agrandir les installations qui lui sont nécessaires, un grand progrès aura été réalisé. Nous espérons cependant que, tout en se montrant très généreux vis-à-vis des hôpitaux et des asiles, tout en accordant gratuitement aux médecins qui en feront la demande le sérum qui leur est nécessaire pour traiter des indigents, l'Institut Pasteur consentira à mettre en vente, à un prix suffisamment rémunérateur, les tubes de vaccin qui pourront lui être demandés par les médecins désireux d'en faire bénéficier leur clientèle. Ainsi seulement pourra être bien organisé *et continué longtemps* un service qui, si nous en croyons les résultats déjà obtenus, arrivera à faire tomber à un chiffre insignifiant la mortalité par diphthérie (1).

IV. Ce que nous venons de dire au sujet de la nécessité d'encourager, par des souscriptions, l'Institut Pasteur à continuer ses recherches si utiles et à étendre ses services prouve toute la confiance que nous avons dans la succès de la sérumthérapie. Aussi bien la partie clinique du mémoire que nous avons publié démontre-t-elle jusqu'à l'évidence l'innocuité et l'efficacité de la méthode. Appuyée sur des expériences très décisives primitivement faites sur les animaux, expériences qui prouvaient l'efficacité du sérum antidiphthéritique dans tous les cas où il n'y avait pas association de streptocoques au bacille de Lœffler, la méthode sérumthérapique a été appliquée à l'hôpital des Enfants par MM. Roux, Martin et Chaillou. On en a vu les résultats (*Mercredi médical*, p. 411). Le procédé opératoire est des plus simples. Avec les précautions antiseptiques nécessaires pour toute injection sous-cutanée on fait pénétrer, en une fois, 20 centimètres cubes de sérum sous la peau du flanc. Cette injection est renouvelée 24 heures plus tard et, dans les cas ordinaires, la guérison est obtenue. Si la fièvre persiste, si les fausses membranes ne se détachent pas et continuent à se reproduire, on renouvelle chaque jour les inoculations; c'est ainsi que l'on a pu injecter jusqu'à 205 c. c. en un mois. La quantité de sérum doit être d'autant plus considérable que l'angine est plus grave. Lorsqu'elle se complique de streptocoques, il faut multiplier les injections; et l'on parviendra parfois, malgré cette complication si souvent fatale, à enrayer la maladie. Il en est de même dans les cas de croup.

(1) Nous savons que d'ici à deux ou trois mois l'Institut Pasteur sera en mesure de répondre immédiatement à toutes les demandes qui lui seront adressées. C'est alors que dans chaque hôpital, dans chaque centre un peu important, il conviendra d'avoir une provision de sérum antitoxique.

« Aujourd'hui, dit M. Roux, en présence d'un enfant qui a du tirage, il ne faut pas se presser d'opérer, il faut injecter du sérum et attendre autant que possible Il est facile de montrer que, depuis l'usage du sérum, le nombre des trachéotomies a beaucoup diminué au pavillon. Les relevés de MM. Martin et Chaillou montrent qu'en 1891 et 1892, sur 100 enfants atteints de diphthérie entrés dans le service, 50 au moins sont trachéotomisés, tandis que sur les 800 enfants traités par le sérum, 121, soit seulement 40 p. 100, ont subi l'opération. Il faut encore remarquer que 102 ont été opérés avant l'injection de sérum ou dans les douze heures qui ont suivi la première injection; 14 entre la douzième et la trente-sixième heure après le début du traitement, et 5 seulement ont été trachéotomisés plus de trente-six heures après qu'ils ont reçu l'antitoxine. A combien d'enfants n'éviterait-on pas la trachéotomie si le sérum était administré plus tôt ? »

Ajoutons que si, à l'hôpital, le croup s'observe souvent encore, il deviendra de plus en plus rare dans la clientèle privée où l'on pourra intervenir à temps par la sérumthérapie.

Sur un seul point nous différons d'opinion avec M. Roux. Il méconseille tous les traitements locaux de peur d'introduire dans l'organisme d'autres poisons que le poison diphthéritique. Nous pensons, au contraire, que le traitement local par la glycérine additionné de sublimé, associé ou non aux gargarismes et aux lavages à l'eau salicylée, est si efficace dans un grand nombre de circonstances qu'il ne peut être abandonné. Depuis plus de dix ans nous n'avons pas perdu un seul malade atteint de diphthérie en employant cette méthode; nous avons vu des enfants atteints de diphthérie très grave, suivie de paralysies de longue durée, guérir définitivement par le traitement local. Nous ne croyons pas qu'il puisse devenir dangereux lorsqu'il est bien fait et bien surveillé. Tout en recommandant d'avoir recours le plus tôt possible à la sérumthérapie, nous engageons donc nos confrères à ne pas renoncer au traitement local et surtout à ne pas se désintéresser, après une ou deux piqûres sous-cutanées, de la surveillance *médicale* de leurs malades. Ceux-ci restent exposés à bien des complications et la nouvelle méthode thérapeutique ne peut les prévenir ni surtout les guérir toutes.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Les réactions électriques des nerfs sensoriels.

Depuis longtemps déjà on a étudié les réactions électriques des nerfs moteurs; on les a expliquées par les lois connues de la physique et de la physiologie; la recherche de leurs modifications pathologiques, celle de la réaction de dégénérescence des muscles, comptent aujourd'hui parmi les méthodes d'investigation les plus précises usitées en neuropathologie et fournissent des indications précieuses sur l'état anatomique des conducteurs nerveux et des fibres musculaires auxquelles ils aboutissent. La netteté de ces résultats s'explique aisément par les conditions tout à fait favorables dans lesquelles se trouvent les organes en expérience; les nerfs sont superficiels; une excitation électrique dont il est facile de graduer l'intensité peut être dirigée exclusivement sur eux; leur fonctionnement n'est pas compliqué par la présence d'un appareil nerveux périphérique dont les lésions propres peuvent apporter de la confusion dans les résultats; enfin il se traduit par un phénomène moteur dont il est aisé de noter la présence ou l'absence.

Dans la recherche de la réaction électrique des nerfs sensitifs, et surtout des nerfs sensoriels, on se heurte à une foule de difficultés : ces nerfs sensoriels ne cheminent pas sous la peau ou sous quelques muscles superficiels, pour ainsi dire à découvert; mais ils traversent au contraire des canaux osseux qui les entourent pendant une grande partie de leur trajet et leur forment une sorte de gaine isolante. Pendant le reste de leur parcours ils cheminent au voisinage de la substance cérébrale et affectent des rapports de contiguïté avec des centres nerveux importants : par suite de ces dispositions anatomiques on ne peut arriver à les exciter qu'en employant des courants d'une assez forte intensité, variables d'ailleurs pour chacun d'eux. Ces courants ont une grande tendance à diffuser, à exciter les nerfs et les centres voisins, de telle sorte que le phénomène qu'on voulait mettre en évidence est masqué par la production d'une série d'autres actions motrices ou sensitives qu'on provoque indirectement.

Une deuxième difficulté est inhérente au mode de fonctionnement physiologique des nerfs sensoriels. L'expérimentateur ne peut se baser que sur les affirmations du sujet en expérience, puisqu'il s'agit toujours d'une action nerveuse centripète, et dans la plupart des cas elles sont incomplètes ou erronées; les sujets se prêtent d'ailleurs d'autant plus mal à ces sortes de recherches, que le passage du courant est quelquefois fort douloureux suivant l'intensité employée.

Enfin, les nerfs sensoriels vont aboutir à des appareils terminaux bien autrement complexes que les plaques motrices; et il est facile d'imaginer quelle perturbation les lésions de ces appareils peuvent apporter à l'étude des phénomènes qu'on se propose d'observer. La difficulté est d'autant plus grande qu'un de ces appareils terminaux, le labyrinthe, échappe à la plupart de nos moyens d'investigation et que ses affections ne peuvent être que soupçonnées.

Ces multiples difficultés techniques et l'incertitude des résultats qui découlent de pareilles recherches nous expliquent suffisamment le peu de faveur dont elles jouissent en France : aussi n'avons-nous trouvé dans les ouvrages classiques et les traités d'électrothérapie que des indications sommaires. A l'étranger, par contre, depuis les premiers travaux de Brenner (1), il y a près de 30 ans, cette question a été étudiée par des neuropathologistes du plus grand mérite : il en est peu qui n'aient apporté à ce problème la contribution de leurs travaux; aussi les noms de Remak (2), de Leyden, d'Erb, de Benedikt, de Bernhart, de Ziemssen (3), de Rosenthal, se retrouvent-ils à chaque pas lorsqu'on parcourt les nombreux mémoires allemands publiés à ce sujet. Récemment encore, un savant italien, le professeur Gradenigo, de Turin, rappelait la singulière influence, entrevue déjà par Brenner, que peuvent avoir les affections du cerveau et des méninges sur l'excitabilité électrique

(1) Brenner, *Untersuchungen und Beobachtungen auf dem Gebiete der Electrotherapie*, 2 Bande. Leipzig, 1868 et 1869.

(2) Ses divers travaux sont résumés dans le remarquable article *Elektrodiagnostik* de la *Real-Encyclopediæ* d'Eulenburg, où nous avons puisé nombre de renseignements sur les réactions normales du nerf optique et de la corde du tympan.

(3) Ziemssen, *Die Elektricitæt in der Medicin*. I Hælfte, 4, Auflage, 1872.

des nerfs sensoriels, et les importantes conclusions diagnostiques qu'on peut en tirer.

Au cours de recherches personnelles sur l'excitabilité des nerfs sensoriels et en particulier du nerf acoustique, nous avons dû nous faire une opinion à ce sujet et passer en revue les divers travaux écrits sur cette question : on en trouvera dans les pages qui vont suivre un rapide exposé.

Nous allons successivement étudier la réaction type du nerf optique, des nerfs du goût et du nerf auditif; nous verrons dans une deuxième partie de cet article quelles peuvent être les modifications pathologiques de la réaction de ces différents nerfs, et les indications qu'elles peuvent fournir au diagnostic.

I

Nous ne savons absolument rien de l'hyperexcitabilité électrique du nerf *olfactif* : les anciens auteurs et, en 1860, Rosenthal, en introduisant les électrodes dans les fosses nasales préalablement remplies de liquide, n'ont pu arriver à aucun résultat positif.

Sur le nerf *optique*, comme sur les autres nerfs sensoriels, les courants induits n'ont qu'une influence minime; le courant galvanique produisant, au contraire, une série d'impressions lumineuses et colorées.

Pour avoir le maximum de réaction, il faut disposer les électrodes de façon que le courant traverse le nerf dans toute sa longueur; pour y arriver, on place un pôle à la nuque et l'autre au devant de l'œil; l'excellente conductibilité du globe oculaire permet ainsi une excitation des éléments de la rétine et du nerf qui leur fait suite. L'intensité de la réaction obtenue dans ces conditions montre bien qu'elle est due à l'excitation du nerf lui-même et de ses expansions, et non à l'excitation des centres. Elle démontre aussi surabondamment que les phénomènes lumineux ne sont point dus à un réflexe parti du trijumeau, comme certains auteurs l'avaient supposé. Il est à remarquer que si les pôles placés dans la position que nous venons d'indiquer donnent le maximum de réaction, celle-ci peut apparaître, atténuée il est vrai, dans n'importe quelle position des électrodes à la surface du crâne. Cette facile excitabilité du nerf tient probablement à son long trajet intra-crânien, à son contact direct avec la substance cérébrale qui l'avoisine, et dont il n'est isolé par aucune gaine de tissu osseux compact.

Voici, d'après Brenner (1), la réaction normale : l'œil étant préalablement fermé et le pôle négatif placé au devant de lui, le sujet en expérience perçoit à la fermeture du circuit un disque coloré, ordinairement bleu. A une intensité plus considérable du courant, ce disque est entouré d'une auréole plus pâle et de coloration ordinairement différente. Pendant le passage du courant, cette figure colorée pâlit rapidement en quelques secondes; le centre moins vite que la périphérie. A l'ouverture du circuit il se produit une figure de coloration inverse et beaucoup moins intense : le centre présente la coloration jaune vert que présentait la périphérie à la fermeture du circuit cathodal et la périphérie est bleue.

Telles sont les sensations qu'on obtient avec le pôle négatif, c'est-à-dire en le plaçant au devant du globe oculaire, ou au voisinage du nerf optique, en un point quelconque de son trajet, le pôle positif étant tenu plus éloigné sur la nuque ou sur le sternum.

Avec le pôle positif on obtient : 1° à la fermeture, une sensation qui rappelle celle produite par l'ouverture au pôle négatif; à l'ouverture, une sensation se rapprochant de celle que produit la fermeture cathodale, mais beaucoup plus faible.

Ajoutons que, de l'aveu même de Brenner, les sensations colorées ainsi obtenues sont assez variables suivant les individus examinés, et il a même dressé à ce sujet une échelle spéciale. Nous croyons d'autant plus inutile de la reproduire ici que Neftel (1) a montré que beaucoup de sujets n'avaient pas de sensations colorées, mais seulement des sensations lumineuses au passage du courant galvanique. Il n'en est pas moins vrai que chez les personnes qui présentent une réaction colorée, les couleurs restent toujours les mêmes dans une série d'expériences : la fermeture du pôle négatif et l'ouverture du positif d'une part, la fermeture du positif et l'ouverture du négatif d'autre part, produisent les mêmes images colorées.

Sulzer a découvert et décrit, en 1752, sous le nom de « goût électrique », la réaction électrique des *nerfs du goût*. On la provoque par le courant galvanique. Le sujet en expérience perçoit un goût acide et métallique au pôle positif, un goût amer au pôle négatif. C'est le pôle positif qui détermine toujours la sensation la plus intense; et elle apparaît la première lorsqu'on emploie un courant faible. Enfin, comme Brenner et Remak l'ont démontré, la plupart du temps la sensation ne se produit qu'au pôle positif, lorsque l'électrode est appliquée à la nuque. On peut d'ailleurs l'appliquer sur la joue, sur la tempe, dans le conduit auditif, suivant la pratique de Brenner. Le goût métallique déterminé par le passage du courant persiste quelquefois pendant des heures.

Les premières hypothèses qui expliquaient le goût galvanique par la décomposition électrolytique de la salive, ou par la combinaison de l'oxygène et de l'azote de l'air atmosphérique, donnant naissance à de l'acide azotique qui irait irriter la muqueuse buccale, n'ont guère qu'un intérêt historique. En effet, nous venons de voir que la sensation gustative n'était pas déterminée seulement par l'excitation des terminaisons nerveuses de la langue, mais encore par une excitation des nerfs du goût dans leur continuité, à distance — condition réalisée en appliquant une électrode dans le conduit auditif ou sur la joue.

D'ailleurs, les expériences de Pfaff, Monro, Rosenthal, ont surabondamment démontré que le goût électrique était bien dû à la mise en œuvre de l'excitabilité spéciale des faisceaux nerveux destinés à conduire les impressions gustatives et peut-être aussi de leurs appareils centraux.

Depuis le mémoire initial de Brenner en 1868, l'étude de l'excitabilité électrique du nerf *auditif* a été l'objet en Allemagne et plus récemment en Italie d'études très importantes. Nombre d'otologistes et de neuropathologistes ont apporté leur contribution à ce difficile problème qui semble avoir reçu aujourd'hui une solution satisfaisante, mais partielle seulement, et dont tous les détails, encore pleins d'inconnues, ouvrent un large champ à des hypothèses et à des observations nouvelles. Tout ce que nous allons en dire ne s'applique qu'au courant galvanique; les courants induits ne donnant lieu qu'à des excitations douloureuses et sans résultat.

Nous allons exposer en quelques mots la technique employée.

Dans la recherche de la réaction galvanique du nerf auditif, la méthode polaire doit seule être employée; le pôle indifférent est perdu sur un point quelconque du corps, sur le dos de la main, sur la poitrine ou de préférence à la nuque. L'autre pôle (pôle différent) est directement mis en rapport avec l'oreille à examiner. La méthode d'application est dite externe ou interne suivant

(1) Brenner, *loc. cit.*

(1) *Arch. für Psych.*, Bd VIII, p. 415 et suivantes.

qu'on se contente de placer l'électrode au devant du tragus (Erb) (1) ou qu'on l'introduit dans ce conduit. Brenner remplissait d'eau le conduit et introduisait l'électrode jusqu'à quelques millimètres du tympan, après avoir protégé les parois du conduit par un spéculum de caoutchouc. Hirschmann a imaginé un appareil où l'électrode et le spéculum sont montés sur un même manche. Gradenigo (2), après avoir rempli d'eau le conduit, applique à la surface de l'oreille une large électrode. Wyss (3), (de Genève), introduit dans le conduit un tampon de ouate mouillée. La méthode d'application externe se recommande par le peu de douleur qu'elle provoque; les malades supportent bien un courant de 16 milliampères et au delà. Par la méthode d'application interne un courant de 6 milliampères est déjà intolérable, et elle expose à de petits inconvénients, tels que le dérangement de l'électrode, l'écoulement de l'eau contenue dans le conduit auditif, et par suite à des variations considérables dans l'intensité du courant.

On a à étudier successivement l'action du pôle négatif et du pôle positif. Pour ne pas changer de place les électrodes au cours de l'opération, l'emploi d'un commutateur est fort utile; il permet, en outre, de produire facilement des renversements du courant qui ont pour but d'augmenter l'excitabilité du nerf.

Dans des conditions favorables (et cette expression ne peut être considérée ici comme synonyme de conditions normales), après avoir placé au devant de l'oreille le pôle négatif représenté par une surface de 3 ou 4 centimètres de diamètre et sur la nuque le pôle positif, on obtient à la fermeture du courant une sensation sonore dans l'oreille examinée. Cette sensation sonore s'éteint progressivement pendant le passage du courant. L'ouverture cathodale et la fermeture anodale qui suivent ne donnent lieu à aucune réaction sonore; il faut arriver à l'ouverture du pôle positif pour retrouver une sensation sonore excessivement courte. En augmentant considérablement l'intensité du courant, on arrive quelquefois à faire apparaître la réaction à la fermeture du pôle positif et à l'ouverture du pôle négatif; mais souvent aussi cette augmentation d'intensité reste sans effet. La formule de la réaction typique du nerf auditif peut donc s'écrire, au point de vue de l'ordre d'apparition de ses termes constituants :

KaS AnO AnS — KaO —

Si on augmente encore l'intensité du courant, la réaction ne se produit plus seulement à l'instant même de l'ouverture et de la fermeture du courant, mais pendant son passage. C'est un phénomène qu'on rencontre bien dans les cas d'hyperexcitabilité galvanique du nerf acoustique.

Quant au courant à employer pour déterminer l'apparition de la réaction galvanique, il varie beaucoup avec chaque individu; mais, la réaction une fois obtenue, on peut diminuer l'intensité du courant et continuer à obtenir la réaction parce que le nerf a été mis dans des conditions d'excitabilité spéciales. S'il faut, par exemple, arriver à un courant de 16 milliampères pour obtenir la réaction, ce chiffre de 16 milliampères représentera l'excitabilité primaire (E I); on peut alors diminuer l'intensité et descendre à 14, 12, 10 milliampères sans que la réaction cesse de se manifester pour cela. On arrive enfin à un chiffre minimum, 8 milliampères par exemple, au-dessous duquel la réaction ne se manifeste plus : ce chiffre représente l'excitabilité secondaire (E II). Nous avons exagéré les chiffres à dessein : en réalité, l'écart entre l'E I et l'E II de Brenner est ordinairement beaucoup moins considérable. Enfin en produisant des renversements dans le sens du courant par des alternatives voltaïques, en fermant par exemple brusquement le circuit cathodal après avoir fait agir quelque temps le pôle positif, on obtient une hyperexcitabilité plus grande encore : c'est l'excitabilité tertiaire de Brenner (E III). Nous ne pouvons assigner des chiffres à ces diverses excitabilités qui varient d'un sujet à l'autre; c'est une question que nous envisagerons plus loin quand nous aurons à discuter l'existence de la réaction dite normale.

(1) Erb, *Archiv für Augen- und Ohrenheilk.* Bd I, p. 156. 1869.
(2) Gradenigo, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mars 1889.
(3) Cité par Perrelet, *La réaction galvanique du nerf auditif*, Thèse de Lyon, 1890.

L'excitation du nerf auditif se traduit par une réaction sonore, comme on pouvait s'y attendre *a priori*, chaque nerf moteur, sensitif ou sensoriel, répondant au courant électrique conformément à ses aptitudes fonctionnelles; mais cette sensation perçue par le sujet examiné n'est pas toujours identique. D'après Gradenigo (1), la sensation perçue au moment des deux excitations les plus intenses KaS et D; AnO, est différente de celle perçue à l'AnS et au KaO. Dans le premier cas, elle ressemble à une espèce de clochette, au tintement d'oreille vulgaire, dont la hauteur peut être comparée à celle de l'ut_6 = 4096 V. S.; dans le second cas, c'est un bruit de tonalité basse comparable à l'ut = 64 V. S. La réaction typique présente d'ailleurs, toujours d'après le même auteur, quelques variétés dont voici les plus fréquentes :

1° A une faible intensité du courant, on peut avoir un bruit non musical, même à la fermeture du négatif et à l'ouverture du positif; le bruit de clochette n'est perçu que lorsque l'intensité du courant augmente d'une quantité déterminée. De même, pour la fermeture du positif et l'ouverture du négatif, le bruit de clochette peut apparaître au lieu du bruit non musical attendu, dès qu'on augmente l'intensité du courant. Si on la diminue progressivement, la clochette fait de nouveau place au bruit.

2° Une réaction tout à fait analogue à la précédente; seulement entre le bruit produit par le courant faible et le son de clochette produit par le courant plus élevé, il se produit dans une phase intermédiaire un troisième son (comparable à une cloche = 512 V. S, ou à un sifflet).

3° Clochette et bruit; clochette, sifflement et bruit peuvent être perçus en même temps, auquel cas la clochette s'éteint la première peu après l'ouverture ou la fermeture du courant, et le bruit s'éteint en dernier lieu.

4° La clochette est perçue à la fermeture, le bruit à l'ouverture du circuit.

5° A toutes les phases de la réaction et quelle que soit l'intensité du courant, on ne perçoit que le bruit ou que la clochette.

4° Dans certains cas, il y a inversion de la réaction : clochette à la fermeture du positif et à l'ouverture du négatif; bruit dans les phases opposées.

L'auteur n'admet pas, comme le croyait Brenner, qu'il y ait une série de sons entre le plus bas et le plus aigu, formant ainsi des intermédiaires; il n'en reconnaît que trois au plus.

De toutes ces variétés dans la réaction, il conclut que les pôles n'ont pas une action essentiellement différente, mais qu'ils diffèrent seulement par le degré de l'excitation.

La réaction auditive est accompagnée de divers phénomènes qui traduisent l'excitation simultanée des divers nerfs crâniens par la diffusion du courant. Ces phénomènes accessoires peuvent être très effacés lorsque le

(1) Gradenigo, *Congrès d'otologie de Bruxelles*, 1889.

nerf étant très excitable ne nécessite pour sa réaction qu'un courant très faible incapable d'aller exciter les organes voisins; ils occupent au contraire, dans les conditions normales, une place prépondérante, à l'exclusion quelquefois de la réaction auditive dont ils gênent toujours considérablement la constatation; il n'y a là rien qui doive surprendre, si l'on réfléchit aux conditions d'isolement dans lesquelles se trouve le nerf auditif au sein du massif osseux du rocher, et par contre à la position très accessible au courant des autres nerfs crâniens, les nerfs optiques, par exemple.

La sensation de brûlure de la peau au devant de l'oreille (et mieux encore dans le conduit quand on emploie la méthode d'application interne) n'a pas besoin d'explication. Les sensations lumineuses, les secousses très vives dans le domaine du facial, le vertige, les nausées et les vomissements relèvent de l'excitation des nerfs correspondants, ou du passage du courant à travers les centres nerveux. Les mouvements de déglutition, la sécrétion abondante de la salive, les accès de toux par l'excitation du vague, un goût métallique à la bouche par l'excitation du lingual ou de la corde du tympan sont moins gênants, mais sont des phénomènes fréquents, le dernier surtout. Tous ces phénomènes accessoires acquièrent leur maximum d'intensité dans les cas d'atrésie du conduit auditif externe ou de bouchons cérumineux augmentant la résistance de l'oreille au passage du courant et nécessitant une intensité plus forte.

D'après ce que nous avons dit jusqu'ici, on peut conclure que la cause de la réaction auditive est une excitation du nerf : la chose est aujourd'hui certaine, mais n'a pas toujours été acceptée sans conteste; ainsi Wreden (1) attribuait cette sensation sonore à la contraction des muscles de la caisse du tympan. Les cas où la réaction électrique persiste malgré l'absence des osselets, celui d'Urbantschitsch (2) où la réaction a persisté après la ténotomie du stapedius, renversent une pareille hypothèse. On pourrait plutôt se demander si l'excitation électrique agit sur le nerf lui-même ou sur ses extrémités dans le limaçon. L'absence d'hyperexcitabilité électrique après une médication par le sulfate de quinine ou le salicylate à haute dose exclut cette dernière idée, car on sait que ces substances agissent sur les vaisseaux et l'épithélium du labyrinthe et non sur le nerf lui-même; mais le siège de la réaction dans le tronc du nerf auditif est mieux démontré encore par les observations d'hyperexcitabilité électrique sans lésion de l'oreille et coexistant au contraire avec une altération du cerveau ou des méninges.

(*A suivre.*) J. Collet,

Préparateur du cours de pathologie générale à la Faculté de médecine de Lyon.

TRAVAUX ORIGINAUX

Transformation héréditaire des maladies diathésiques, par le Dr Crocq fils (de Bruxelles).

(*Suite.*)

Dans l'obs. LXXIX (*la folie diathésique*), Jeanne V... est atteinte de *tuberculose pulmonaire*, sa mère *ne sait pas bien ce qu'elle fait*, une tante maternelle est morte *aliénée*, l'autre de *tuberculose pulmonaire;* un frère est mort de *delirium tremens*, le survivant *souffre horriblement de la goutte*.

Dans l'obs. XCII (*la folie diathésique*), Mme L... est atteinte de *lypémanie;* sa mère a des *douleurs articulaires*, deux de ses oncles maternels ont souffert de *rhumatisme*, de *goutte* et de *paralysie partielle* dans les jambes; l'un d'eux avait les jambes couvertes d'*eczéma*, une tante est morte *hydropique*.

Dans l'obs. XCIII (*la folie diathésique*), Mlle D... est atteinte d'accès périodiques de *folie* survenant à l'occasion de *douleurs articulaires;* son grand-père avait la *goutte*, son oncle paternel *avait la goutte dans la tête*, sa fille a des *coliques néphrétiques*, elle-même a des *migraines*.

Dans l'obs. XCIV (*la folie diathésique*), Van L... (Marie) est *goutteuse* et sujette à des accès d'*angine de poitrine;* sa mère était *aliénée*, deux tantes maternelles étaient *goutteuses*, un oncle *hémorrhoïdaire* est mort d'*apoplexie*. Trois des frères et sœurs de la malade sont morts de *convulsions*, un frère est *buveur*, une sœur est *hystérique;* elle-même a eu trois enfants dont un est mort de *convulsions*, son fils est *alcoolique*, sa fille *épileptique*.

Dans l'observation de Souza, nous voyons également la goutte alterner avec les autres maladies diathésiques.

Léonard C., de l'obs. VII, est *asthmatique*; son père est mort de la *rupture d'un anévrysme*, un oncle paternel était *goutteux*, un autre *rhumatisant;* sept frères et sœurs du malade sont morts en bas âge; un de ses frères est mort d'*apoplexie*, un autre de *tuberculose pulmonaire.*

Antoinette P..., de l'obs. IX, est atteinte d'*adénite scrofuleuse*, sa mère est *goutteuse*, elle est morte d'une pleurésie; une tante maternelle avait des coliques *hépatiques*, un oncle maternel est mort *tuberculeux*. Trois des frères et sœurs du malade sont morts en bas âge, sa sœur est *hystérique*, un de ses frères *buveur*, l'autre *goutteux*.

Marie V... est atteinte de *cancer utérin*, sa mère est morte d'*apoplexie;* un oncle maternel était *goutteux*, une tante *hystérique;* un des frères de la malade est mort d'*alcoolisme*, l'autre est *diabétique*.

Obs. XXVI (personnelle). — Famille H...

L'arrière-grand-père est mort *goutteux* à un âge très avancé, l'arrière-grand'mère absolument saine est morte très vieille : ils eurent quatre enfants, trois filles et un fils.

L'aînée, Mme A., est morte à cinquante ans de *tuberculose pulmonaire*.

La seconde, Mme D., est morte également vers cinquante ans, de *tuberculose pulmonaire*.

La troisième, *asthmatique*, est morte très vieille.

Le fils est mort *tuberculeux* à quarante-neuf ans, il avait des *névralgies* épouvantables.

La fille aînée, Mme A., épouse un homme bien portant; ils ont trois enfants, trois fils.

L'aîné meurt à soixante ans de *tuberculose pulmonaire*.

Le second meurt d'*albuminurie*.

Le troisième a eu des *calculs biliaires*, une *pleurésie chronique* et est mort d'une *tuberculose du larynx*.

La seconde fille, Mme D., épouse un homme bien portant qui mourut à quatre-vingt-sept ans; ils ont quatre enfants, deux filles et deux fils.

L'aînée meurt à vingt-cinq ans de *tuberculose pulmonaire*.

La seconde succombe à vingt-trois ans *phthisique*.

Le troisième meurt de *carcinome gastrique avec carie de la mâchoire*.

Le quatrième est mort de l'influenza.

La troisième fille des arrière-grands-parents M... n'a pas eu d'enfants.

Le quatrième fils a épousé une femme de bonne constitution, âgée actuellement de soixante-seize ans; ils ont deux filles.

La première est *goutteuse et tuberculeuse*.

La seconde a été *tuberculeuse*, elle a des *douleurs goutteuses* dans les petites articulations et a eu la *fièvre intermittente*.

Obs. XXVII — Un jeune homme de trente ans, dont le grand-père est mort de la pierre et de la *goutte*, dont le père a la *gravelle*, dont un frère a la *goutte* et la *gravelle*, dont deux oncles sont *goutteux*, éprouve, en 1861, une violente *colique néphrétique*, et, deux mois après, jouant au billard, tombe frappé d'*épilepsie*, bientôt la *goutte apparaît* et l'épilepsie disparaît (Legrand du Saulle, *Abeille méd.*, 1868).

(1) Wreden, *Petersburger med. Zeitschrift*, 1870, p. 527.
(2) Urbantschitsch, *Traité d'otologie*, traduction Calmette, Paris, 1884.

Obs. XXVIII. — Magnier, *dément paralytique* de mon service à Bicêtre, a vu sa mère mourir d'un *cancer de l'estomac;* mais son frère et son oncle maternels sont morts en *démence.*

Il a été *podagre* complètement, depuis l'âge de trente ans jusqu'à l'âge de soixante-six ans, époque à laquelle sont apparus les premiers symptômes du *ramollissement cérébral* ». (Berthier, *Névroses diathésiques*, 1875.)

Obs. XXIX. — Une jeune fille de dix ans entre à l'hôpital le 13 mars 1869; sa grand'mère paternelle est *goutteuse*, ses parents sont bien portants. Trois enfants moururent de *convulsions*, cinq sont vivants mais ont souffert de *convulsions* jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans. La malade est atteinte de *diabète* très accentué, etc... (Redon, *Du diabète sucré chez l'enfant*, Thèse, Paris, 1877.)

Obs. XXX. — Mme F., âgée de soixante et onze ans, est de *famille goutteuse*, son fils est *goutteux et diabétique*, elle-même a été *hystérique*, elle devint *diabétique* à l'âge de la ménopause, à soixante ans. (Redon, *op. cit.*)

Obs. XXXI. — Grand-père *goutteux*, grand'mère *goutteuse*. Cinq enfants :

1° Fille *obèse*, a eu deux enfants :

a. Un enfant *polysarcique;*

b. Une fille *tuberculeuse;*

2° Fille *goutteuse*, *mélancolique* avec conscience, par accès, a eu deux enfants :

a. Une fille intelligente;

b. Un fils *obèse;*

3° Fille, *eczéma de la face* alternant avec des accès de *mélancolie* avec conscience : deux enfants intelligents, tous deux sont *arthritiques;*

4° Fils, *obèse*, *glycosuriques*, mort d'*hémorrhagie cérébrale*. Trois enfants :

a. Garçon intelligent, mais *obèse;*

b. Garçon intelligent;

c. Fille intelligente, *arthritique*;

5° Fille *goutteuse*, ayant eu des accidents cérébraux de goutte; crises stomacales; *angine de poitrine;*

Quatre enfants intelligents, bien portants jusqu'à présent, mais *nerveux.*

Une des filles a de la *mélancolie* avec obsessions, revenant par périodes.

Sœur de la grand'mère *goutteuse.*

Trois enfants :

1° *Fils goutteux*, devenu à soixante-cinq ans érotique, a une fille *obèse;*

2° Fils mort de *paralysie générale*; sans enfants;

3° Fils excentrique, sordide, considéré par sa famille comme *aliéné;* sans enfants (Mabille et Lallemant).

D'après Bouchard, sur 509 cas de goutte on trouve chez les ascendants :

La goutte, 44 fois; l'obésité, 41; le rhumatisme, 25; l'asthme, 19; le diabète, 12,5; la gravelle, 12,5; l'eczéma, 12,5; la lithiase biliaire, 6; les hémorrhoïdes, 6; la névralgie, 6; absence de cause héréditaire, 12.

L'obésité, 31 fois; la dyspepsie, 31; la gravelle, 28; la migraine, 19; l'eczéma, 19; les névralgies, 12; le rhumatisme articulaire aigu, 9; le rhumatisme musculaire, 9; l'asthme, 9; le rhumatisme articulaire chronique, 6; les hémorrhagies, 6; l'urticaire, 6; le diabète, 3.

« Enfin, dit Bouchard, il est une terminaison singulière de la goutte par le cancer. Ce n'est pas chose nouvelle que le cancer se substituant comme maladie à la goutte; Bazin avait dit : Les goutteux finissent surtout par le cancer du rectum ou de la vessie. Chez certains goutteux, à l'âge de cinquante ou soixante ans, les accidents qui venaient à l'automne ou au printemps ne viennent plus, et pourtant le goutteux ne mange plus, il a des douleurs dans le bas-ventre; la dysurie se produit, l'état général devient mauvais et le cancer du rectum et de la vessie s'établit. » Nous avons eu un exemple frappant de cette transformation dans la famille de P... : le grand-père est *goutteux*, la fille *hémorrhoïdaire* est morte d'un *cancer du rectum.*

Les maladies observées chez les goutteux sont les mêmes que celles que l'on rencontre chez leurs ascendants; d'autre part, nos observations montrent que toutes les maladies diathésiques se rencontrent soit chez le goutteux même, soit dans leur famille, nous sommes donc autorisés à admettre que toutes les maladies diathésiques mentionnées plus haut se retrouvent dans les antécédents personnels des goutteux.

i. Nous avons à différentes reprises déjà rencontré des calculeux dans les familles diathésiques, nous avons vu combien souvent la lithiase biliaire et les calculs urinaires dépendent de *la diathèse.* Comme pour les autres états diathésiques nous voyons les calculs succéder chez le même individu à d'autres manifestations diathésiques, mais plus souvent encore nous les voyons se transformer héréditairement en une autre forme de la diathèse.

« Si vous voulez poursuivre, dit Bouchard, l'histoire pathologique de ces malades, vous reconnaîtrez souvent dès les premières années de la vie certaines manifestations aiguës paroxystiques qui ne sont pas en réalité les signes avant-coureurs de la lithiase biliaire, mais qui annoncent une disposition constitutionnelle à toutes les maladies du même ordre. Ce sont les *gourmes*, les poussées d'eczéma ou d'*impétigo*, les *pseudo-exanthèmes*, les *érythèmes* circinés ou marginés, l'*urticaire*, plus tard les *coryzas*, les bronchites à répétition, plus tard encore les eczémas durables, circonscrits, les plaques érythémateuses ou eczémateuses de l'aisselle et du pli génito-crural, les *névralgies*, les *migraines*, les *lumbagos*, les *congestions* à la tête, les *céphalalgies gravatives* souvent accompagnées d'épistaxis, les *hémorrhoïdes*, les *dyspepsies* durables auxquelles peut s'ajouter la congestion du foie, enfin la *gravelle*, le *rhumatisme aigu* ou le *rhumatisme chronique* partiel, la *goutte*, l'*asthme*, l'*obésité*, le *diabète*. Ce tableau peut vous paraître chargé, vous reconnaîtrez souvent qu'il est d'une stricte vérité.

« Ce n'est pas tout, dit-il encore; si toutes ces maladies sont reliées par une disposition causale commune, si elles dérivent d'un même état diathésique, c'est-à-dire d'un même vice constitutionnel de la nutrition, si ce trouble nutritif est souvent héréditaire, vous devez encore par les commémoratifs relever chez les ascendants l'existence de ces diverses maladies. Vous les trouverez donc associées à la lithiase biliaire chez l'individu et vous les trouverez également unies ou non aux coliques hépatiques chez les ascendants ou chez les descendants. Ces maladies forment ainsi une véritable famille morbide et témoignent de l'unité de la disposition pathologique qui les engendre, ou, si vous le voulez, de *la diathèse.* »

La statistique de Bouchard porte sur 31 cas de lithiase biliaire; elle est rapportée à 100 pour plus de facilité.

Antécédents personnels et coïncidences morbides :

Obésité, 72 cas; eczéma, 41; rhumatisme musculaire (lumbago), 38; migraine, 38; gravelle, 34; rhumatisme articulaire aigu, 28; rhumatisme articulaire chronique, 28; hémorrhoïdes, 28; diabète, 21; névralgies, 17; asthme, 7.

Maladies des parents dans les mêmes cas :

Rhumatisme articulaire aigu dans 45 cas; diabète, 40; obésité, 35; goutte, 30; rhumatisme articulaire chronique, 20; asthme, 20; gravelle, 15; névralgies, 10; migraine, 5; eczéma, 5; lithiase biliaire, 5.

Pour la gravelle nous devons admettre les mêmes parentés; toutes les maladies diathésiques sont de sa famille. Voici ce que dit Bouchard, quant aux rapports de la gravelle avec les maladies arthritiques : « Ainsi envisagée, l'hérédité morbide s'élargit. Ce n'est plus seulement la gravelle ou la pierre qu'il faut chercher chez les ascendants, ce sont toutes les autres maladies

qui dérivent du même vice nutritif. Je ne vous présenterai pas ici, comme je l'ai fait pour d'autres affections, des statistiques personnelles et je ne veux pas emprunter mes éléments d'appréciation aux observations publiées : car le plus souvent, quand il est fait mention de cette hérédité dans les observations, c'est parce qu'elle se présente avec un caractère frappant ou exceptionnel. »

Dans les observations que nous avons rapportées nous avons fréquemment rencontré les calculs chez les individus diathésiques appartenant à des familles diathésiques.

Dans l'obs. XCIII (la *folie diathésique*), Mlle D... est *migraineuse* et sujette à des accès de *folie périodique;* son grand-père était *goutteux*, son oncle paternel *avait la goutte dans la tête*, sa fille a des *coliques néphrétiques*.

Dans l'obs. XCVII (*la folie diathésique*), M. L... est atteint de *délire hallucinatoire;* son père est *hypochondriaque*, sa mère *hystérique*, l'aîné de ses frères est mort à quarante ans de *congestion cérébrale*, le second a la *gravelle*, le troisième est *rhumatisant*.

Dans l'obs. XCVIII (*la folie diathésique*), Alexandre F... est atteint de *coliques hépatiques;* sa mère a un *eczéma chronique*, un oncle paternel est mort *aliéné*, une tante maternelle avait des *coliques hépatiques*.

Dans l'obs. XCIX (*la folie diathésique*), M. X..., appartenant à une *famille d'aliénés*, est *fou et diabétique*, il a eu la *gravelle*.

Dans l'obs. I, Marie S... est atteinte d'*ulcères variqueux*; son père était *goutteux*, un oncle paternel a des *coliques hépatiques*, un autre un *eczéma chronique*. Un frère de la malade a une *maladie du cœur*, l'autre est *buveur*, sa sœur est *hystérique*.

Dans l'obs. XXVI, le grand-père H... est *goutteux*, trois de ses enfants meurent *tuberculeux*, le quatrième est *asthmatique*.

La fille aînée a trois enfants; le premier meurt de *tuberculose pulmonaire*, le second d'*albuminurie*, le troisième avait des *calculs biliaires*.

Dans l'obs. XXVII, un jeune homme a des *coliques néphrétiques*, il est *épileptique* et *goutteux*, son grand-père est mort de la *pierre* et de la *goutte*, son père a la *gravelle*; un frère a la *goutte* et la *gravelle*, des oncles sont *goutteux*.

Bouchard rapporte le tableau détaillé des 31 cas de lithiase biliaire dont nous avons donné le résumé plus haut; ces observations sont concluantes au point de vue de la parenté morbide des maladies arthritiques; nous avons vu que des rapports semblables existent pour les autres maladies diathésiques étudiées plus haut.

j. Le diabète héréditaire, provenant du diabète, n'est pas très fréquent : Bouchard l'évalue à 25 pour 100.

Robert avait remarqué que les diabétiques appartiennent souvent à des familles où il y a des *phthisiques et des épileptiques*. Senator a constaté que le diabète se montre chez les *scrofuleux*.

« Les causes du germe de la maladie, dit Redon, sont chez les ascendants immédiats ou médiats :

» I. Le diabète sucré ou insipide;

» II. Différents états nerveux : folie, paralysie générale, alcoolisme, etc.;

» III. Différentes diathèses : goutte, scrofule, syphilis, tuberculose pulmonaire, arthritisme, herpétisme, etc. »

« Dans l'étude de l'hérédité diabétique, dit Cyr, la plupart des auteurs se sont bornés à rechercher l'hérédité directe, je veux dire à constater la présence ou l'absence du diabète chez les consanguins. Mais, étant données les relations pathologiques étroites qui existent entre le diabète et d'autres affections constitutionnelles, la goutte et la gravelle par exemple, il est évident qu'on peut à bon droit considérer comme transmis par hérédité tel ou tel cas — je ne dis pas tous — de diabète survenant chez des sujets dont les ascendants ont été atteints des maladies susnommées. Si l'on voulait rechercher avec soin chez les ascendants, non plus seulement la gravelle et la goutte, mais toutes les manifestations possibles de la diathèse urique, nul doute que le champ de l'hérédité ne s'élargît bien davantage. » Marchal (de Calvi) a donné de nombreux exemples de diabétiques fils de goutteux et réciproquement. Charcot dit qu'on voit un père goutteux, diabétique et phthisique engendrer un fils goutteux; il rapporte le cas d'un goutteux qui eut trois fils : un graveleux, un diabétique et un goutteux et tuberculeux. « On pourrait aisément, dit le professeur Charcot, multiplier les exemples de ce genre, mais je crois en avoir assez dit pour montrer qu'il existe une corrélation réglée par des lois encore inconnues entre la diathèse urique, le diabète et la goutte.

L'obésité se rencontre, de l'avis de tous les auteurs, fréquemment chez les diabétiques; sur cent diabétiques, Seven a vu trente fois l'obésité; Zimmer sur soixante-deux diabétiques a observé 18 fois l'obésité. Proust, Bence Jones, Marchal (de Calvi), ont aussi attiré l'attention sur ce fait; « il est à remarquer, dit Cyr, que l'on voit dans les familles, et cela pas très rarement, l'obésité héréditaire coïncider avec le diabète héréditaire, ou la goutte, ou la gravelle. »

Charcot donne à ce propos le tableau suivant qui résume une de ses observations.

Père, brasseur-distillateur	»	»	Colosse	Diabète	Mortphthisique à 48 ans
Mère	Lymphatique	Sciatique	»	»	»
1° Fils brasseur	Scrofule Kératite	Rhumatisme articulaire	Obésité	Diabète à 50 ans	Vit encore (60 ans)
2° Fils brasseur	»	Goutte à 25 ans	Obésité à 35 ans	Diabète	Mort dans le délire
3° Fils	Lymphatique	Goutte à 30 ans	Obésité	Diabète	Mort d'un accident
4° Fils alcoolique	»	»	Obésité	»	Mort d'une cirrhose
5° Fils	Kératite	Goutte	Obésité	Diabète	Mort phthisique à 48 ans
Une fille	»	Goutte	Obésité	»	Vit encore
Une fille de celle-ci	»	Goutte	Obésité	»	Vit encore

Lecorché insiste surtout sur la transformation des névroses en diabète : « Dans d'autres cas, dit-il, le diabète ne paraît être que la transformation d'une névrose grave. Ainsi on constate parfois que la mère d'un diabétique était atteinte d'aliénation mentale (Seegen, Redon), que le père et le frère étaient épileptiques (Redon). Madigan cite des cas de diabète alternant avec l'aliénation mentale. Dans deux de nos observations, la chorée chronique fut observée chez des filles de diabétiques. Une de nos malades avait un frère épileptique; elle avait elle-même eu des attaques d'épilepsie dans son enfance; une autre avait son frère aliéné. Deux autres avaient des aliénés dans leur famille et l'une d'elles avait même été atteinte d'aliénation mentale pendant plusieurs mois. »

Bouchard, n'envisageant que les maladies arthritiques, donne les tableaux suivants relativement aux maladies des diabétiques et à celles de leur famille.

Antécédents héréditaires :

Le rhumatisme, 54 fois sur 100; l'obésité, 30; le diabète, 25; la gravelle, 21; la goutte, 18; l'asthme, 11; l'eczéma, 11; la migraine, 7; la lithiase biliaire, 7.

Antécédents personnels :

L'obésité, 45 fois sur 100; le rhumatisme articulaire, 22; la migraine, 18; le rhumatisme articulaire aigu, 16; la gravelle, 16; l'eczéma, 16; la lithiase biliaire, 10; le

rhumatisme articulaire chronique, 8; les névralgies, 8; l'urticaire, 6; les hémorrhagies fluxionnaires diverses, 6; le pityriasis, 4; l'asthme, 2; la goutte, 2.

Nous avons rencontré à différentes reprises déjà, dans nos tableaux généalogiques, le diabète alternant avec les autres maladies diathésiques.

X., de l'obs. XCX (*la folie diathésique*), est *diabétique*; son père est mort *aliéné*, un oncle paternel est mort *alcoolique*, l'autre de *carcinome gastrique*, une tante paternelle était *hystérique;* un des frères du malade est mort de *tuberculose pulmonaire*.

Dans l'obs. XII, le grand-père de B... est mort d'*apoplexie;* deux de ses enfants moururent de *maladies du cerveau*, une fille mourut d'une *maladie nerveuse*, un fils et une fille de *tuberculose pulmonaire*, le dernier a été *tuberculeux ;* un fils de celui-ci est mort de *tuberculose pulmonaire*, une fille du *diabète* à quatorze ans, une autre de méningite, la troisième a un *rhumatisme articulaire aigu*.

Obs. XXXII. — Mme S., âgée de cinquante ans, a des parents *goutteux*, elle est *dyspepsique*, a un *eczéma* aux mains et est *diabétique* (Lecorché, *Du diabète sucré chez la femme*, 1886).

Obs. XXXIII. — Mme A., âgée de soixante-treize ans, est née de parents *goutteux*, elle a eu elle-même un accès de goutte, puis elle a eu une *sciatique* gauche, des *coliques hépatiques*, un *eczéma* et devint *diabétique* (Lecorché, *op. cit.*).

Obs. XXXIV. — Mme D., âgée de quarante ans, a été *épileptique*, elle a de fréquentes *poussées eczémateuses* aux organes génitaux, elle est *diabétique*, son frère est *épileptique*, il y a des maladies nerveuses dans la famille (Lecorché, *op. cit.*).

Obs. XXXV. — Mme P., âgée de soixante et onze ans, est de *famille goutteuse*, son fils est *goutteux* et *diabétique*, elle-même est *hystérique* et *diabétique*, elle a eu une *hémorrhagie cérébrale* (Lecorché, *op. cit.*).

Obs. XXXVI. — Mme D , âgée de cinquante-trois ans, est *diabétique*, son grand-père était *goutteux;* depuis quatre ans, palpitations, *gastralgie*, *migraine*, douleurs dans les petites articulations, attaques fréquentes de *coliques néphrétiques* avec rejet de grains (Lecorché, *op. cit.*).

Obs. XXXVII. — Mme C., âgée de trente-quatre ans, est *diabétique*, sa mère est morte *tuberculeuse*, sa fille est morte de *méningite* à neuf ans (Lecorché, *op. cit.*).

Nous pourrions citer encore de nombreuses observations semblables, nous croyons inutile d'accumuler une foule de faits analogues.

k. L'obésité ne se rencontre pas moins souvent dans les familles diathésiques; nous avons vu que cet état résulte d'un trouble dans les mutations nutritives, ce trouble dépend d'une altération du système nerveux; c'est ainsi que l'obésité, reconnaissant une cause semblable à celle des autres maladies diathésiques, fait aussi partie de la famille morbide que celles ci constituent.

« L'obésité est héréditaire, dit Bouchard, c'est ce qui ressort amplement de tables dressées par Chambers et par moi...; d'après ma statistique, chez 46 obèses sur 100 on pourrait retrouver l'obésité chez les ascendants. Mais ce n'est pas là l'hérédité vraie, ce n'est pas la transmission d'une espèce morbide des parents conservant ses caractères spécifiques chez l'enfant; ce n'est que la transmission d'une disposition, d'un état diathésique, d'une activité nutritive vicieuse qui, ayant engendré chez les parents l'obésité, entre autres maladies, pourra, en se reproduisant chez l'enfant, l'exposer à un certain nombre de maladies parmi lesquelles se trouve l'obésité. »

Voici un tableau donné par Bouchard, il est dressé d'après 94 cas d'obésité :

Chez	9	obèses,	pas d'influence héréditaire.
—	48	—	obésité chez les parents.
Chez	33	obèses,	rhumatisme.
—	28	—	goutte.
—	24	—	asthme.
—	14	—	gravelle.
—	14	—	diabète.
—	12	—	affection cardiaque.
—	10	—	migraine.
—	5	—	phthisie.
—	5	—	pierre vésicale.
—	4	—	lithiase biliaire.
—	3	—	névralgie.
—	3	—	eczéma.
—	2	—	albuminurie.
—	1	—	dyspepsie.
—	1	—	hystérie.
—	1	—	scrofule.

Voici le tableau correspondant des antécédents morbides personnels dressé d'après l'observation de 108 malades :

Chez	44	obèses,	migraine dans les antécédents personnels.
—	42	—	rhumatisme musculaire dans les antécédents personnels.
—	38	—	rhumatisme articulaire aigu.
—	16	—	névralgies.
—	16	—	diabète sucré.
—	13	—	rhumatisme articulaire chronique.
—	13	—	dyspepsie.
—	13	—	eczéma.
—	10	—	gravelle urique.
—	7	—	lithiase biliaire.
—	4	—	affection cardiaque.
—	4	—	hémorroïdes.
—	4	—	hystérie.
—	4	—	albuminurie.
—	3	—	goutte.
—	3	—	urticaire.
—	3	—	scrofule.
—	2	—	asthme.
—	2	—	bronchite chronique.
—	2	—	affection de la peau.
—	7	—	hémorrhagies fluxionnaires.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Etudes sur la sensibilité thermique (A study of the temperature sense), par W. H. Riley (*The Journal of the nervous and mental disease*, sept. 1894, n° 9, p. 559). — Le but de cette étude est de rechercher la sensibilité relative à la température des différentes parties du corps. Chaque moitié latérale de celui-ci a été divisée en 15 parties : pied, parties externe et interne de la jambe, de la cuisse, abdomen, poitrine, front et nuque, face, bras, avant-bras, main, dos, région vertébrale, spinale inférieure, région sacrée. Ces parties méritent d'être rangées dans l'ordre suivant d'après l'état reconnu de leur sensibilité thermique : 1° L'abdomen, la région sacro-lombaire spinale; 2° la partie interne de la cuisse, la poitrine, la région cervicale spinale et dorsale supérieure; 3° la partie interne du bras, externe de la cuisse, dorsale spinale inférieure et les plantes des pieds; 4° le front, la nuque, la partie interne de l'avant-bras, la paume des mains, la partie interne de la jambe et le cou-de-pied; 5° la partie externe de l'avant-bras, de la jambe et le front. Les plantes des pieds sont moins sensibles que les paumes des mains. La paume et le dos de la main sont à peu près également sensibles.

Cas de gliomatose de la moelle (et syringomyélie) avec hémorrhagie (A case of gliomatosis of the spinal cord (and syringomyelia) with recurrent hemorrhages), par Ch. Dana (*The Journal of nervous and mental

disease, septembre 1894, n° 9, p. 566). — Le cas rapporté a trait à une infiltration gliomateuse de la moelle, dans laquelle les symptômes simulèrent ceux d'une myélite transverse. La maladie progressa rapidement, et le patient succomba aux suites d'une hémorrhagie grave intra-spinale. Un an avant son admission, il avait souffert de douleurs dans la jambe droite et dans le dos. Une paraplégie spasmodique détermina bientôt son entrée en empêchant la marche. Les jambes sont faibles, les réflexes exagérés. Il existe une anesthésie très marquée dans la jambe droite, s'étendant jusqu'au niveau de la douzième vertèbre dorsale. Ni atrophie, ni ataxie, ni troubles vésicaux, sinon une faiblesse de la vessie, et de la constipation occasionnée par la perte de sensations pendant l'acte. Pupilles normales. Pendant 2 mois, le même état persiste : subitement, les évacuations deviennent involontaires, des vomissements apparaissent, la faiblesse fait place à de la stupeur à laquelle le malade succombe. L'autopsie montre l'existence dans la région dorsale inférieure de la moelle d'une infiltration gliomateuse, dont le tissu est parsemé de cavités pleines de sang de dimensions variables. Il existe de plus des dégénérations secondaires, ascendantes et descendantes, des faisceaux blancs.

Hémiplégie gauche et aphasie motrice sans grosse lésion cérébrale (Left hemiplegia and motor ataxia without coarse brain lesion), par S. Michell Clarke (*The Lancet*, 4 août 1894, n° 3701, p. 253). — L'intérêt du cas est remarquable par l'absence de lésion dans une hémiplégie complète avec aphasie, qui dura un mois. La malade est une femme de 60 ans, qui entra dans le service pour une affection cardiaque. Elle fut prise d'une attaque d'apoplexie dans la nuit, qui lui laissa une hémiplégie gauche avec aphasie presque complète. La mort a lieu par hémoptysie 16 jours après. L'autopsie ne permet de découvrir aucune lésion du cerveau.

MÉDECINE

La diazoréaction chez les enfants (Ueber die Diazoreaction und ihre diagnostische und prognostische Bedeutung am Krankenbette der Kinder), par Nissen (*Iahrb. f. Kinderheilk.*, 1894, vol. XXXVIII, p. 146). — Le mémoire de Nissen est basé sur l'étude de la diazoréaction de l'urine de 462 enfants, âgés de six mois à seize ans. L'auteur a pu ainsi constater qu'à côté des affections où la diazoréaction est constante (fièvre typhoïde, rougeole, tuberculose miliaire), il en est d'autres où elle fait défaut (dyspepsie, angines, affections cutanées, purpura, rhumatisme, anémie, scorbut, etc.), et d'autres où elle est inconstante (pneumonie caséeuse, pleuro-pneumonie, pleurésie, laryngite, méningite tuberculeuse, diphthérie, érysipèle, carie des côtes et scarlatine).

Ceci étant établi d'une façon générale, Nissen étudie les caractères de la diazoréaction, au point de vue de leur valeur diagnostique dans quelques affections particulièrement fréquentes chez les enfants.

Dans la *rougeole*, la diazoréaction apparaît déjà quelquefois pendant la période prodromique, un ou deux jours avant l'éruption (le plus souvent en même temps que l'éruption, rarement deux ou trois jours après), dure de trois à huit jours, en moyenne cinq jours, et dépasse toujours de quelques jours le maximum de la fièvre et de l'éruption. Elle est ordinairement très accusée dès le début et disparaît progressivement, sans présenter des relations très étroites avec la fièvre. Les caractères qu'elle présente et sa constance dans la rougeole font de la diazoréaction un signe diagnostique fort important pour les cas difficiles où le diagnostic différentiel avec la rubéole et la miliaire présente quelques difficultés. En effet, la diazoréaction fait constamment défaut dans ces deux dernières affections.

Dans la *scarlatine*, la diazoréaction est relativement rare. Sur 23 cas étudiés par Nissen, elle n'a été constatée que 8 fois pendant le premier jour de l'éruption, et 3 fois pendant le second. La réaction était, dans ces cas, bien moins accusée que dans la rougeole. Quant à la question de savoir pourquoi la diazoréaction, qui est constante et très accusée dans la rougeole, fait défaut ou est très peu marquée dans la scarlatine, Nissen pense que le fait tient à ce que, dans la scarlatine, les reins sont ordinairement touchés dès le début, de sorte que l'élimination du virus scarlatineux, qui donne lieu à la diazoréaction, se fait moins bien que dans la rougeole.

Dans la *fièvre typhoïde*, la diazoréaction se présente chez les enfants avec les mêmes caractères que chez les adultes. Elle est constante à partir du milieu du premier septenaire, et son absence doit faire douter de l'exactitude du diagnostic ; elle est plus ou moins intense, suivant la gravité du cas, et sa disparition au cours du premier stade de la dothiénentérie permet de prévoir l'apparition prochaine de la période à grandes oscillations thermiques. Ces caractères font de la diazoréaction un signe diagnostique fort important dans les cas où le diagnostic présente des difficultés au début de l'affection.

Dans la *pneumonie croupale*, la diazoréaction n'est pas constante, et elle manque dans la moitié des cas. Elle apparaît ordinairement au troisième jour de la pneumonie et se maintient jusqu'à la défervescence critique, qu'elle dépasse quelquefois de deux à trois jours. Elle est ordinairement bien accusée et s'observe principalement dans les cas graves, compliqués. Au point de vue du diagnostic, la diazoréaction a, dans la pneumonie, une valeur tout à fait secondaire.

Dans la *phthisie pulmonaire*, les cas peuvent se diviser, au point de vue de la diazoréaction, en trois groupes. Dans le premier groupe, qui comprend les cas de pneumonie caséeuse chronique, avec formation de foyers caséeux et de cavernes, mais sans poussées de tubercules miliaires, la diazoréaction fait défaut ou bien apparaît de temps en temps.

Dans le second groupe, qui réunit les cas de pneumonie caséeuse avec poussées de tuberculose miliaire, la diazoréaction apparaît à des intervalles plus ou moins éloignés, pour s'établir définitivement quelques semaines avant la mort.

Dans le troisième groupe, qui embrasse les cas de tuberculose miliaire, la diazoréaction fait défaut tant que l'affection revêt la forme d'une bronchite ou d'une broncho-pneumonie ; puis elle apparaît très intense d'emblée et se maintient jusqu'à la mort du malade.

Dans la *méningite tuberculeuse*, dont Nissen a examiné 15 cas, la diazoréaction a existé 10 fois. Dans ces 10 cas, la méningite tuberculeuse était un phénomène partiel de la tuberculose miliaire généralisée. La diazoréaction a fait enfin défaut dans 3 cas de méningite simple et 3 cas de méningite cérébro-spinale.

CHIRURGIE

Emphysème de la membrane du tympan et de la région mastoïdienne (Emphysem des Trommelfels und Luftgeschwulst der Regio mastoidea), par Hang (*Münch. med. Woch.*, 1894, n° 36, p. 707). — Il s'agit d'un homme de 25 ans arrivé à la clinique avec un catarrhe simple des deux trompes. A l'examen de l'oreille, on trouva les deux membranes du tympan attirées en dedans et tellement amincies qu'on voyait à travers toutes les parties sous-jacentes de l'oreille. Comme il n'y avait pas de phénomènes aigus ni même subaigus, l'auteur fit une injection d'air avec la douche de Politzer. Immédiatement le malade fut pris de douleurs extrêmement violentes, et lorsqu'au bout de quelques moments on a pu pratiquer l'examen de l'oreille on trouva les deux membranes du tympan couvertes d'ecchymoses ponctiformes, la gauche présentant en même temps dans son épaisseur des bulles d'air. En même temps, une tumeur emphysémateuse s'était formée derrière l'oreille gauche. Ecchymoses et emphysème se résorbèrent plus tard sous l'influence du massage.

En étudiant le mécanisme de cet emphysème, l'auteur admet que, grâce à la minceur extrême de la membrane du tympan, l'air comprimé a déchiré la muqueuse et la fibreuse de la membrane et s'est infiltré dans le derme et a gagné les cellules pneumatiques pour passer ensuite à travers une déhiscence préformée de la corticale sous les téguments et les décoller de la ligne temporale.

Recherches sur la greffe osseuse, par O. Laurent (*Journ. de méd. et de chir. de Bruxelles*, 1893, t. II, p. 227). — La vitalité de la greffe osseuse est variable. La greffe autoplastique peut persister et cela après avoir présenté un certain degré de résorption. Le type homoplastique montre plus de tendances à la résorption, qui peut être complète. La variété hétéroplastique est destinée à la résorption, à l'élimination ou à l'enkystement. Dans les cas de réunion par pre-

mière intention, ces greffes restent en grande partie vivantes, alors même qu'elles sont en voie de résorption.

Les greffes de cartilage et fréquemment celles d'os morts peuvent être assimilées au type hétéroplastique.

La résorption de la greffe osseuse est de nature phagocytaire. Les grands leucocytes à protoplasma compact et à noyau plus ou moins vésiculeux ou chromatique agissent en premier lieu; ultérieurement interviennent certains dérivés des cellules de granulations et surtout les cellules géantes typiques ou atypiques.

Il n'est pas démontré que toutes les cellules qui donnent naissance aux polycaryocytes ostéophages soient d'origine conjonctive; les caractères qu'elles présentent permettent de les considérer plutôt comme appartenant en général à certaines variétés de leucocytes : deux ou plusieurs de ces éléments se fusionnent et leurs noyaux se divisent directement.

Apoplexie cérébrale au cours de la narcose chez les vieillards (Ueber die Gefahr der Hirnblutung bei der Narkose alter Leute), par Senger (*Deut. med. Woch.*, 1894, n° 37, p. 722). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à une femme de 59 ans qui au cours d'une laparotomie fut prise brusquement de pâleur de la face avec arrêt de la respiration et de la circulation. On pensa à une mort subite sous le chloroforme. La malade fut ranimée et l'opération a pu être terminée. Mais au réveil de la malade, une heure environ après l'opération, on constata chez elle l'existence d'une hémiplégie droite avec aphasie. L'aphasie disparut assez rapidement, mais l'hémiplégie persista; et lorsque la malade fut revue un an après l'opération, elle traînait encore la jambe et se servait péniblement de son bras.

L'auteur se demande donc si cet accident n'est pas plus fréquent qu'on ne le croit et si certains cas de mort sous le chloroforme ne relèvent pas d'une hémorrhagie cérébrale.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par le Dr Gaston Lyon, chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris (in-8° de 960 pages, Paris, G. Masson. Prix : 15 fr.).

Sortant de l'ornière empirique, la thérapeutique vise de jour en jour davantage à mettre en œuvre les données contemporaines qui affèrent à la chimie biologique et à la pathogénie. Par cette rénovation des études thérapeutiques s'explique la popularité qu'elles ont reconquise aujourd'hui et qui s'affirme par la publication incessante de mémoires ou de travaux d'importance diverse sur cette branche de la science. Mais à côté de ces monographies à sujets limités le besoin se faisait sentir d'une sorte de compendium où l'on pût trouver tous les renseignements sur cette conception nouvelle de la thérapeutique, en même temps que des indications précises sur les applications pratiques de cette évolution scientifique. C'est cette lacune de notre littérature que M. Gaston Lyon a voulu combler; il y a pleinement réussi dans cet ouvrage important qui témoigne d'une érudition de bon aloi et surtout d'un sens critique aiguisé par une expérience clinique étendue.

Si l'auteur s'affirme homme de son temps par son dédain de l'empirisme, par son souci d'établir les indications thérapeutiques sur les données pathogéniques qu'il expose chemin faisant d'une manière à la fois sobre et précise, il demeure sagement conservateur dans le choix des agents médicamenteux qu'il recommande au nom de l'expérience clinique, en n'accordant leurs lettres de naturalisation qu'à ceux qui ont fait leurs preuves. Peut-être même, pour exprimer en toute sincérité notre opinion, lui reprocherions-nous de se montrer parfois trop sévère à cet égard, en écartant telles ou telles médications qui, pour controversées qu'elles soient encore, n'en paraissent pas moins, aux yeux de beaucoup de médecins, appelées à rendre quelques services.

Le plan de l'ouvrage est simple et rationnel. L'auteur étudie le traitement des diverses maladies, en les groupant appareil par appareil dans l'ordre suivant : appareils digestif, respiratoire, circulatoire, urinaire, système nerveux, maladies infectieuses, maladies de la nutrition, intoxications. En outre — et c'est une innovation des plus heureuses, — à propos de chaque catégorie de malades, la médication qui s'adresse aux principaux syndromes ou symptômes qui s'y rattachent. C'est ainsi que dans le chapitre consacré aux affections de l'encéphale, est étudié le traitement des délires, des vertiges, des céphalées, de l'insomnie.

S'il nous faut renoncer à suivre l'auteur dans son exploration de ce vaste domaine, nous tenons cependant à signaler comme particulièrement instructives certaines parties de cet ouvrage où sont traités les sujets qui ont le plus bénéficié des tendances actuelles de la thérapeutique, celles par exemple qui ont trait à l'antisepsie buccale, aux angines érythémateuses, aux dyspepsies gastro-intestinales de l'enfance, à la tuberculose pulmonaire. Enfin mention toute spéciale est due au très intéressant exposé d'une question où M. Lyon a su acquérir une compétence incontestée, la pathogénie et le traitement des dyspepsies chimiques.

Il n'est que juste aussi de constater avec quel soin l'auteur étudie la prophylaxie et le traitement hygiénique et alimentaire des maladies et des dyscrasies, comme de mentionner un heureux choix de formules, empruntées aux sources les plus diverses, qui achève de donner à ce traité un caractère essentiellement pratique et qui contribuera à lui assurer un bien légitime succès.

L. Dreyfus-Brisac.

VARIÉTÉS

L'œuvre de Villemin. — Quoique nous ayons rendu compte, dans notre dernier numéro, de l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Villemin, nous tenons à reproduire le passage suivant du discours prononcé par notre ami Kelsch, directeur de l'école de Lyon. Il était difficile en effet de mieux caractésiser l'œuvre de notre maître, d'en mieux faire ressortir la portée. Le discours de M. Kelsch a été publié *in extenso* dans le dernier numéro du *Bulletin de l'Académie*.

... « Le 6 mars 1865 Villemin inocula à un lapin quelques parcelles de matière morbide d'un poumon de phthisique, et quelque temps après l'animal devenait lui-même tuberculeux. Il venait de faire une grande découverte qui devait immortaliser son nom, ajouter un rayon à l'éclat scientifique de la France et donner une illustration de plus à ce département des Vosges, si justement fier de le compter parmi ses enfants. Il offrit la primeur de ses recherches à l'Académie dans deux mémoires qui se succèdent à court intervalle. En 1868, il y reparaît avec de nouvelles pièces de conviction ; il y montre avec une clarté saisissante l'identité de nature entre la tuberculose expérimentale et la tuberculose humaine. L'année suivante il apporte les preuves nettes et irréfutables de la propagation de cette dernière à travers les voies pulmonaires et digestives par les produits de l'expectoration.

Enfin, abordant l'obscur domaine de la scrofule, il fait connaître que les écrouelles, la plupart des tumeurs blanches, les ostéo-périostites, et toutes les manifestations rappportées à cet état constitutionnel n'étaient que des tuberculoses locales, attendu qu'il était arrivé à réaliser des phthisies généralisées par l'inoculation du produit de ces lésions. La scrofulose se trouve ainsi démasquée en même temps que la tuberculose; la nature de ces deux maladies, enveloppée jusqu'alors d'un voile impénétrable, est percée à jour par la lumière qui se dégage à jets continus de ces mémorables travaux. C'en est fait de l'antique et impénétrable diathèse. Aux anciennes conceptions, aussi obscures dans leur essence que stériles dans leurs conséquences, Villemin substitue une doctrine lumineuse, simple et féconde; sur leurs ruines il élève un monument grandiose auquel ses successeurs pourront ajouter, mais dont il n'y aura rien à retrancher.

Sans doute, il restait à trouver l'infiniment petit de la tuberculose. Mais la découverte du bacille, dont la science

allemande est justement fière, devait découler tout naturellement de celle de la virulence de cette affection, et Villemin la pressentait, comme il le laisse entendre dans le chapitre de son livre où il traite des rapports entre les virus et les parasites. Au fond, la virulence est, dans l'espèce, la notion capitale qui renferme en elle toutes les conséquences thérapeutiques et prophylactiques. La connaissance du microbe a permis d'élargir et de préciser ces conséquences, elle n'y a apporté aucun changement fondamental. Certes, le nom de Koch doit figurer sur l'écusson de la tuberculose, mais il n'y viendra qu'après celui de notre compatriote. Si celui-ci ne nous eût point revélé la virulence de cette affection, on n'eût sans doute pas songé à en rechercher le parasite.

Ce qui nous fait surtout admirer la découverte de Villemin, c'est qu'elle ne fut point le fait du hasard, ni le fruit d'une inspiration soudaine. Il y fut amené par la pénétration, la haute portée philosophique de son esprit. Il y a 35 ans, à l'époque où la génération médicale formée à l'Ecole de Claude Bernard envisageait la maladie comme une simple perversion des actes physiologiques où l'on estimait qu'il suffisait de troubler ces actes par les moyens les plus indifférents pour réaliser les processus morbides les plus divers et les plus complexes, depuis la congestion et la fièvre jusqu'aux maladies les plus virulentes elles-mêmes; à cette époque si éloignée de nous par la date et les idées, Villemin entrevoyait clairement les temps nouveaux. Il professait que la conception de la maladie devait être fondée non sur la lésion ni sur le symptôme, mais sur la cause; il se déclarait convaincu de la spécificité étiologique de la plupart des grandes affections populaires et orientait toutes ses pensées, toutes ses recherches dans cette direction. Par ses idées spéculatives, Villemin devançait son époque, et c'est peut-être pour cette raison que ses révélations trouvèrent ses contemporains si sceptiques ou du moins suscitèrent dans le principe plus d'étonnement que d'enthousiasme. Il fut, en réalité, un des initiateurs de cette ère féconde qui s'est ouverte avec Pasteur, où la médecine marche de découverte en découverte, où chaque progrès accompli enfante un nouveau progrès.

Aux prises chaque jour avec la phthisie qui, naguère, décimait les rangs de l'armée de Paris, le professeur du Val-de-Grâce devait naturellement donner la plus large part de ses préoccupations à cette redoutable lèpre moderne. Il la scrute dans tous les sens, il en suit les allures dans les différentes espèces, il tire des enseignements précieux de ses modes de répartition dans l'espace et le temps, il lui cherche surtout, pour éclairer sa route vers ce qu'il pressent être la vérité, des affections similaires dans la pathologie comparée, et il finit par fixer sa pensée sur les saisissantes analogies que l'analyse lui a fait découvrir entre la tuberculose et certaines maladies virulentes telles que la morve et le farcin. Alors, sa découverte est virtuellement faite. Possédé de son idée, il passe à l'expérimentation et vous savez le reste. Ce n'est donc point à une circonstance fortuite ni à une suggestion heureuse du moment que Villemin doit d'avoir forcé le secret de la nature. Ce sont ses méditations qui lui mirent le scalpel à la main; et quand il sacrifia son premier animal inoculé, le résultat trouvé lui apparut, non pas comme la révélation d'un fait inattendu, mais comme la confirmation de prévisions que la puissance de l'induction lui avait suggérées d'avance.

Ce qui, d'autre part, rehausse l'incomparable mérite de cette œuvre, c'est qu'elle fut conçue à une époque où la pathologie expérimentale n'avait point encore ni les lumières qui la guident aujourd'hui, ni les audaces auxquelles elle s'est élevée depuis; c'est qu'elle fut accomplie sans laboratoire, sans cet outillage spécial, sans aucun de ces moyens d'enquête multiples et perfectionnés qui sont aujourd'hui si libéralement départis aux recherches scientifiques. Villemin n'a eu d'autres ressources que son scalpel et quelques animaux, son génie divinateur a fait le reste.

La découverte dont ce monument est destiné à perpétuer le souvenir est née dans les conditions les plus humbles. La simplicité des moyens qui y ont été mis à contribution contraste d'une manière à la fois saisissante et touchante avec la grandeur des résultats obtenus. L'œuvre nous en apparaît d'autant plus belle et l'artisan plus digne d'admiration.

Il s'en est fallu cependant, Messieurs, de beaucoup, comme vous le savez, que cette admiration fût le couronnement immédiat de cette œuvre. La gloire de Villemin n'eût pas été complète s'il n'eût point connu les déboires et les amertumes réservés aux novateurs. A peine ses expériences eurent-elles vu le jour qu'on prit partout à tâche de les contrôler et de les discuter, ce qui est absolument scientifique. Mais, peu à peu, on vint à en nier l'importance, et finalement on chercha à les faire échouer. Vous pensez bien de quel côté de l'horizon soufflait surtout le vent de l'opposition. C'est dans l'ordre des choses. Nos voisins d'au delà de la montagne, depuis 15 ans s'efforçaient de démanteler l'édifice élevé par notre immortel Laënnec, c'est-à-dire la nosographie, l'unicité des affections tuberculeuses fondée sur la clinique et l'anatomie pathologique. Or, Villemain reconstituait cette unicité et consolidait les travaux de son prédécesseur. C'en était assez pour qu'on tentât de porter atteinte aux siens. Ils restèrent pourtant debout, sans qu'il se donnât la peine de les défendre. Mais quand, après des péripéties diverses, la vérité apparut aux yeux de tous, quand il ne fut plus possible de contester la haute portée de sa découverte, on essaya de l'en déposséder. C'est Klenke, écrit Koch, qui doit être considéré comme l'initiateur, comme le fondateur de la tuberculose expérimentale. Le mérite de Villemin consiste seulement à avoir travaillé ce sujet avec plus de largeur et de profondeur que le médecin allemand. J'ai fait justice autrefois de cette assertion aussi partiale qu'erronée. Elle n'eut guère de succès.

..... Mais l'ère de réparation et de justice sans fin devait s'ouvrir enfin pour lui, et, nous nous en sommes réjouis du fond de notre cœur, elle s'est ouverte de son vivant même. Il eut le grand et rare bonheur d'assister au succès définitif de son immortelle découverte. Et s'il est resté indifférent au triomphe comme il est demeuré insensible dans la controverse, il a pu du moins jouir de ce qui le touchait plus que la gloire : il a vu s'épanouir les merveilleux résultats de l'application de ses principes, il a vu la chirurgie, s'inspirant de ses révélations, lutter avec un succès complet contre des affections qui naguère faisaient son désespoir, contre ces suppurations froides du squelette qui affligent l'enfance et l'adolescence, qui détournent à leur profit la sève du développement, qui menacent la vie dans le présent et la compromettent dans l'avenir. C'est en nous apprenant que ces lésions étaient justiciables d'une thérapeutique identique à celle que réclament toutes les affections virulentes, locales, qu'il nous a mis à même de les attaquer avec les armes qui leur conviennent, à en triompher avant que l'infection locale ne se fût propagée à l'économie tout entière, avant que la tuberculose périphérique n'eût engendré la tuberculose pulmonaire ou générale.

La conscience d'avoir accompli des choses si belles et si utiles, et l'espérance bien légitime que chaque jour dorénavant verra augmenter le nombre des vies humaines conservées par l'application de sa doctrine, ont suffi à son bonheur et ont éclairé les dernières années de sa vie d'une sainte joie, que l'éclat de sa renommée et le triomphe définitif de ses idées eussent été impuissantes à lui donner.....

Après avoir applaudi au succès de la fête de Bruyères, nous devons répondre aux souscripteurs qui ont émis l'opinion qu'un autre monument devait éterniser la gloire de M. Villemin au Val-de-Grâce où il a vécu, où il a commencé et terminé ses immortels travaux, et qui, dans ce but, ont demandé au rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire* de réaliser le vœu qu'ils exprimaient. A nos collègues de l'Académie de médecine qui ont surtout contribué à cette souscription, à nos confrères civils et militaires, anciens élèves et anciens collègues de Villemin, nous pouvons affirmer que très prochainement satisfaction leur sera donnée. Il a fallu, pour obtenir l'autorisation ministérielle nécessaire à cet effet, un temps assez long et bien des démarches. Le moment n'est pas éloigné où nous pourrons rendre un nouvel et plus intime hommage à la mémoire de notre illustre maître.

L. L.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

La sérumthérapie dans le traitement de la diphthérie.

A l'occasion de notre dernier article, nous avons reçu plusieurs lettres dont quelques-unes motivent de nouvelles réflexions.

On nous demande d'insister encore sur la nécessité du traitement local de la diphthérie et on nous rappelle les avantages du phénol sulforiciné et du perchlorure de fer. Nous croyons inutile de redire ce que nous pensons à cet égard. Il est bien évident que si, comme l'affirme M. Martin, les antiseptiques puissants tels que l'acide phénique et le sublimé sont incompatibles avec l'injection du sérum, il faudra y renoncer. Ce qui nous semble nécessaire, c'est d'agir par une médication locale sur les microbes divers qui viennent compliquer l'infection diphthéritique et de ne pas excorier la muqueuse par un arrachement des fausses membranes.

Une autre question est soulevée par nos correspondants. Plusieurs d'entre eux protestent contre ce que nous avons dit au sujet des difficultés que présente la préparation du sérum antitoxique et de la nécessité de laisser quelque temps encore à l'Institut Pasteur le monopole de sa fabrication. On nous annonce qu'à Bordeaux, Marseille, Rouen, Toulouse des laboratoires bien outillés seront bientôt en mesure de faire face à toutes les demandes et de collaborer efficacement à l'œuvre entreprise par M. Roux et ses élèves. A Rouen en particulier, nous écrit M. le Dr Leudet, le service de la vaccination antidiphthéritique sera placé sous la direction de M. le Dr Charles Nicolle, ancien préparateur de M. Roux, et, dans ces conditions, le sérum de cheval qui sera offert aux médecins de la Seine-Inférieure offrira toutes les garanties désirables.

Nous ne demandons pas mieux que de rendre justice au zèle, à la compétence et à l'honnêteté scientifique de ceux qui, en province aussi bien qu'à Paris, sont au courant des études microbiologiques et en mesure de suivre les indications de M. Roux pour bien préparer les sérums antitoxiques. Toutes les fois qu'il sera dirigé par un médecin, ancien élève de l'Institut Pasteur, ou par un microbiologiste qui y sera venu apprendre la technique de la sérumthérapie, un laboratoire de province pourra suppléer l'Institut Pasteur. Nous n'hésitons pas à l'affirmer et nous n'avons voulu qu'insister sur la nécessité de n'opérer jamais qu'avec un liquide dont la préparation et la conservation soient parfaites. Le jour où l'on pourrait trouver chez les pharmaciens ou les fabricants de produits chimiques des tubes de sérum antitoxique dont on ne connaîtrait pas la provenance, on s'exposerait, en effet, à de cruels mécomptes. Ce que nous observons journellement au sujet des préparations d'extraits organiques, de glycéro-phosphates ou de sérum artificiel le prouve jusqu'à l'évidence. Il convenait donc de prémunir tous les praticiens contre la tendance que l'on a malheureusement à industrialiser tous les produits qui peuvent donner des bénéfices. Et c'est pourquoi, tout en faisant une exception en faveur des quelques laboratoires où des savants dignes d'estime sont capables de réaliser ce qui se fera à Paris, nous recommandons encore à tous nos confrères de s'adresser à l'Institut Pasteur aussi longtemps que celui-ci pourra leur fournir le sérum antidiphthéritique et d'aider, dans la mesure de leur influence, à assurer à cet établissement digne de notre admiration respectueuse toutes les subventions qui lui sont nécessaires pour rendre les services qu'on est en droit d'attendre de lui.

L. L.

REVUE GÉNÉRALE

La chirurgie du rachis
devant le Congrès de chirurgie.

Si la discussion sur le cancer a avorté, comme c'était facile à prévoir, celle qui a été consacrée à la chirurgie rachidienne a conduit à des conclusions assez décevantes, sans doute, mais précises, qui ont confirmé, dans ses grandes lignes, le rapport, si étudié, par lequel *M. Kirmisson* a ouvert le débat. Voici d'abord ce rapport *in extenso*.

I. — Lésions traumatiques.

Si nous consultons à cet égard le très intéressant et consciencieux travail de notre jeune collègue, M. Chipault (1), nous voyons que les faits réunis par lui ne sont guère encourageants. Voici d'abord une observation de M. Montprofit (Angers), qui intervient pour une fracture dorso-lombaire neuf mois après l'accident; le résultat a été tout à fait négatif. Même résultat négatif dans les faits de MM. Korteweg et Tilanus. M. Roux (Lausanne) n'a pas été plus heureux dans un cas de fracture dorso-lombaire, où il est intervenu cinq mois et demi après l'accident; il n'a obtenu qu'une amélioration passagère et le malade est mort ultérieurement. Un opéré de M. Th. Anger, atteint de fracture du corps de la première lombaire, a succombé à la pyélo-néphrite un mois après l'opération. M. Chipault lui-même n'a pas mieux réussi chez un blessé atteint de fracture de la première vertèbre lombaire auquel il a pratiqué, trente-six jours après le traumatisme, la résection de cinq arcs vertébraux; le malade n'en a tiré aucun profit. Aussi l'auteur, résumant tous les faits qu'il a pu réunir, arrive-t-il à cette conclusion défavorable : « une douzaine de guérisons, le double d'améliorations sur plus de 150 cas, et, sur les 110 cas restants, plus de 80 morts constatées au moment de la publication des faits ».

Il faut avouer que les cas postérieurs au travail de M. Chipault ne sont guère de nature à modifier cette impression défavorable. Dans le numéro d'avril 1894 de l'*American Journal of the medic. Sciences*, le Dr Richard Newton rapporte l'observation d'un homme atteint de fracture de la deuxième vertèbre lombaire, chez lequel il a pratiqué, quinze jours après l'accident, l'excision des lames des deux premières vertèbres lombaires, sans trouver aucune trace de compression médullaire; on eut beaucoup de peine à arrêter le sang; il n'y eut aucune amélioration dans les symptômes; le malade tomba dans le collapsus et succomba au bout de cinq jours. De même dans les faits de Riggs et de Pyle rapportés dans les *Annals of surgery* du mois de juin dernier. Dans le cas de Riggs, on est intervenu huit semaines après l'accident; on a pratiqué l'ablation des lames de la deuxième lombaire fracturées et déprimées. La moelle fut trouvée complètement désorganisée, et le malade succomba quinze heures après l'opération. Dans le fait de Walter Pyle, on enleva les lames de la douzième dorsale, de la première et de la deuxième vertèbres lombaires; les douleurs furent supprimées; mais il n'y eut aucune amélioration dans la paralysie sensitive et motrice. Les faits récemment publiés par le Dr Wyeth dans le numéro d'août du même recueil ne sont guère plus encourageants. Sur quatre interventions pour fractures du rachis, il en est trois qui sont demeurées sans résultat; le quatrième malade, seul, a guéri.

Un auteur dont la compétence est bien connue en pareille matière, Thorburn, dans des leçons sur la chirurgie rachidienne que publie le *British medical Journal* des 23 et 30 juin dernier, ne se montre guère favorable à l'intervention dans les fractures des corps vertébraux. Il rapporte sept observations nouvelles, dans aucune desquelles l'opération n'a donné de résultat. Trois fois, il n'y avait pas de compression médullaire; dans deux, la compression existait, mais elle n'avait pas été supprimée par l'opération, et eût-elle été supprimée qu'on n'aurait sans doute pas obtenu de résultat, vu l'existence des lésions médullaires. Dans deux cas, la dissection n'a pas permis de préciser les lésions.

On comprend, du reste, que, dans les fractures des corps vertébraux, l'intervention soit d'ordinaire frappée de stérilité. Le plus souvent, en effet, les accidents sont dus à un broiement de la moelle; la compression osseuse est beaucoup plus rare; c'est ce qui ressort encore des faits anatomo-pathologiques consignés dans les leçons de Thorburn. D'ailleurs cette compression, quand elle existe, est le plus souvent produite par les corps vertébraux eux-mêmes. En enlevant les lames, on laisse persister dans le canal rachidien l'arête osseuse saillante formée par les corps vertébraux. Je sais bien qu'Urban et Chipault ont conseillé de s'attaquer aux corps vertébraux eux-mêmes; mais c'est là une opération pleine de difficulté, et qui ne serait pas sans dangers.

Il en va autrement si la fracture siège au-dessus de la première lombaire, et si les accidents paraplégiques qui l'accompagnent tiennent à une lésion des nerfs de la queue de cheval. Comme tous les nerfs périphériques, ceux-ci sont susceptibles de régénération; il y a donc lieu d'espérer la guérison, si l'on intervient pour supprimer l'agent de compression. A l'appui de cette manière de voir, Thorburn cite deux cas de Jones et de Southam, où l'on est intervenu pour des lésions de la queue de cheval, et où l'on a obtenu la guérison.

Mais à quelle époque doit être pratiquée l'intervention? C'est ce qu'il est bien difficile de préciser? Thorburn fixe cette époque à six semaines, comme l'avait fait précédemment Lauenstein, sans qu'il soit possible de poser à cet égard des conclusions formelles.

En ce qui concerne les fractures compliquées de plaies, parmi lesquelles rentrent les fractures par armes à feu, aucun doute: il faut intervenir pour régulariser le foyer traumatique, supprimer les esquilles, enlever les fragments osseux qui pressent sur la moelle. L'intervention s'impose avec plus d'urgence encore, si l'évolution des symptômes dénote l'existence d'une hémorrhagie abondante. Comme type de ce genre, nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici le fait suivant emprunté au travail de Walter Pyle. Un homme de vingt-deux ans présentait une plaie par balle de la colonne vertébrale. L'ouverture d'entrée siégeait au niveau de la dernière dorsale. Une heure après le traumatisme, le mouvement était complètement aboli dans les membres inférieurs; mais la sensibilité restait intacte. Dans la journée, la sensibilité fut entièrement supprimée à partir du genou, abolition de tous les reflexes, paralysie de la vessie et du rectum. Plus tard encore, la paralysie s'étendait, dénotant l'existence d'une hémorrhagie qui se faisait dans le canal rachidien.

On se décida à intervenir; on trouva un fragment osseux détaché qui avait pénétré entre la douzième dorsale et la première lombaire. Il y avait une extravasation du sang dans le canal rachidien. La moelle présentait les traces d'une contusion évidente. Les résultats de cette intervention furent des plus satisfaisants. La douleur disparut immédiatement; la sensibilité revint graduellement et d'une manière complète, les mouvements commencèrent à reparaître sept jours après l'opération. Il y eut rétablissement des fonctions de la vessie et du rectum.

Nul doute non plus en ce qui concerne les fractures des arcs vertébraux dont les fragments déprimés viennent comprimer la moelle. L'intervention s'impose en pareil cas; elle est simple, facile, et donne d'excellents résultats. Témoin les faits de Péan, Schede, Allingham, Golding Bird, etc.

Nous n'hésitons pas, pour notre part, à étendre les indications de l'intervention aux luxations du rachis lorsque des tentatives de réduction prudentes et bien dirigées sont demeurées sans résultat. Dans la luxation, en effet, le glissement des surfaces articulaires se fait d'une manière plus lente, le traumatisme est moins

(1) A. Chipault, *Etudes de chirurgie médullaire*, Paris, Alcan, 1893.

brusque que dans les fractures; la moelle ne subit pas une attrition aussi considérable, et l'on comprend qu'une fois l'agent de compression supprimé, on obtienne la guérison. On peut citer à l'appui de cette manière de voir les faits heureux de Ridenour, de Boyle, ceux d'Arbuthnot Lane, de Church et Eisendrath.

II. — Mal de Pott.

En ce qui concerne le mal vertébral de Pott, nous avons deux catégories de faits à examiner : ceux dans lesquels on est intervenu contre l'affection osseuse elle-même, dans l'espoir de supprimer le foyer tuberculeux, ou, tout au moins, d'en favoriser la guérison, et ceux où l'on s'adresse à la plus terrible conséquence de l'affection, à la paraplégie.

Pour ce qui est de l'intervention opératoire s'adressant à la lésion osseuse elle-même, nous n'hésitons pas à la rejeter dans l'immense majorité des cas. Tout d'abord, il convient de ne pas perdre de vue que, convenablement traités, c'est-à-dire soumis au repos et à une immobilisation méthodique, les malades arrivent dans un très grand nombre de cas à la guérison. De ce fait sont demeurés d'accord tous les chirurgiens qui ont pris la parole dans l'importante discussion qui eut lieu sur ce sujet en 1891 à l'*American Orthopædie Association*. Nous n'en voulons pour preuve que ce grand nombre de malades qui viennent vers nous, porteurs de gibbosités plus ou moins considérables, traces d'un mal de Pott anciennement guéri. Du reste, les interventions sanglantes dans le mal vertébral sont loin d'être sans gravité. Quelque soin qu'on apporte à leur exécution, trop souvent elles restent incomplètes et laissent après elles des trajets fistuleux qui conduisent à la septicémie.

Le malade d'Israël (Berlin) est mort 37 jours après l'opération de pleurésie purulente consécutive à l'ouverture accidentelle de la plèvre. Dans le cas de Frænkel, il se produisit une hémorrhagie veineuse tellement abondante qu'on dut suspendre l'opération. Si nous parcourons les faits rapportés dans le mémoire de M. Chipault, nous n'y trouvons guère de meilleurs résultats. Voici, par exemple, 10 observations appartenant à notre collègue M. Delorme, dont une seule s'est terminée par la guérison complète; 5 malades sont morts; les 5 autres ont conservé une fistule. Dans une observation de M. Tuffier, il est dit également que le malade conserva une fistule; les deux faits de M. Roux (Lausanne), s'adressant à des cas de mal de Pott cervical, n'ont pas été plus heureux, puisque, dans l'un, il y eut blessure de l'artère vertébrale au cours de l'opération et la mort arriva au bout d'un an et demi; dans le second, le malade succomba après trois mois et demi.

Ce qui d'ailleurs nous éloigne de l'intervention sanglante, c'est que nous possédons dans les injections iodoformées un excellent moyen, qui nous donne chaque jour les résultats les plus avantageux dans les cas où le mal vertébral s'accompagne de suppuration. C'est donc seulement dans les cas de lésions tuberculeuses de la partie postérieure du rachis, là où les altérations osseuses sont facilement accessibles, que l'intervention sanglante nous paraît justifiée, ou bien encore, dans les cas de mal vertébral antérieur, quand les injections iodoformées ont échoué.

Mais la question se pose en d'autres termes lorsque existe une paraplégie. Ici le danger est si menaçant qu'on conçoit qu'on songe à l'écarter, même au prix d'une grave intervention. Sans doute un certain nombre de résultats heureux ont été obtenus par cette méthode, au nombre desquels il faut citer tout d'abord les faits bien connus de Mac Ewen. M. Ménard (Berck) en a fait connaître un dans le numéro de janvier 1894 de la *Revue d'orthopédie*; il a pu, en pratiquant la laminectomie, ouvrir un abcès qui comprimait la moelle et guérir la paraplégie. Dernièrement M. Wyeth rapportait dans les *Annals of Surgery* (août 1894) le cas d'un enfant de neuf ans chez lequel il avait guéri une paraplégie en enlevant une petite masse caséeuse qui comprimait la partie latérale droite et postérieure de la moelle. La guérison persistait depuis quatre ans et quatre mois au moment où l'observation était publiée. Mais, à côté de ces faits heureux, que de désastres! M. Roux (Lausanne) pratique la résection dans un cas de déplacement osseux lent ayant déterminé la paraplégie; non seulement il n'y a pas d'amélioration; mais l'intervention est suivie de l'aggravation des troubles moteurs. Même résultat défavorable dans deux observations de M. Chipault, dans une de M. Gross (Nancy), et une de M. Jalaguier. Tous leurs malades, après avoir présenté une amélioration passagère, sont tôt ou tard atteints de récidive.

Mais, a-t-on dit, il n'est pas étonnant que la simple résection des lames vertébrales ou lamnectomie ne suffise pas à elle seule à procurer la guérison. Rien n'est plus rare en effet qu'une compression mécanique expliquant dans le mal vertébral la paraplégie. La cause la plus fréquente, celle qu'on rencontre dans l'immense majorité des cas, c'est la pachyméningite caséeuse. C'est à elle qu'il faut s'adresser, c'est le foyer tuberculeux lui-même qu'il faut attaquer. Dernièrement encore M. Ménard (de Berck) raisonnait ainsi dans la *Revue d'Orthopédie* et un procédé opératoire bien combiné lui permettait d'atteindre les corps vertébraux par leur partie latérale et de guérir une paraplégie ; mais il convient d'attendre la suite de cette intéressante observation. Déjà d'ailleurs semblables tentatives ont été faites, dans lesquelles on a joint à la lamnectomie l'évidement des corps vertébraux. Déjà nous avons cité le fait malheureux d'Israël; M. Roux (de Lausanne), dans deux cas, n'a pas été plus heureux; il n'a obtenu qu'une simple amélioration. Mort aussi le malade de M. Picqué, opéré par cette méthode; sur 4 cas, M. Zavaleta a compté 3 morts et une guérison. M. Delorme a vu son malade succomber à la récidive au bout de cinq mois, après avoir présenté une amélioration passagère.

Ainsi donc, il faut bien l'avouer, quel que soit le procédé opératoire qu'on envisage, jusqu'ici les résultats sont peu satisfaisants. Aussi M. Chipault conclut-il : « Ces interventions, même le plus largement faites, ont été loin de donner ce qu'on avait espéré, et il semble que définitivement on doive les restreindre à quelques variétés anatomo-pathologiques spéciales et rares : paraplégie par abcès froid, paraplégie par compression médullaire fongueuse directe, paraplégie par périméningite devenue scléreuse et définitive », comme chez le petit malade de Mac Ewen. Mais, comment faire le diagnostic entre un abcès froid profond qui ne révèle encore sa présence par aucun signe physique, une pachyméningite caséeuse, ou bien l'existence de tissus scléreux comprimant le cordon médullaire? Malheureusement l'auteur ne nous le dit pas.

Thorburn, dans ses leçons récentes sur la chirurgie du rachis, se montre tout aussi réservé. Il rappelle d'abord que, dans un très grand nombre de cas, la paraplégie pottique, traitée par le repos prolongé, aboutit spontanément à la guérison. Il en donne comme exemple deux malades encore actuellement sous ses yeux, et qui, après avoir été paralysés pendant plus de dix-huit mois, sont aujourd'hui en état de marcher. Cherchant à préciser les indications de l'intervention, il les tire : 1° d'une aggravation rapide des symptômes, en dépit du traitement; 2° de la présence de symptômes qui menacent

directement l'existence, tels que les troubles respiratoires.

Dans un cas qui lui est personnel, de violentes douleurs qui épuisaient rapidement le malade ont été regardées comme une indication à l'opération.

En ce qui le concerne, Thorburn est intervenu cinq fois contre la paraplégie du mal de Pott. Deux de ses malades sont morts; dans un cas, il a eu une amélioration temporaire; dans un autre, aucune amélioration; une seule fois il a obtenu une guérison complète. L'auteur ajoute sagement : « Je ne regrette pas cette série malheureuse, car j'ai eu la satisfaction de voir guérir un grand nombre de malades sans opération. »

Pour ma part, Messieurs, après avoir lu un grand nombre d'observations, je me sens incapable de vous apporter des conclusions précises, et je dois me borner à vous rappeler l'opinion des auteurs précédents.

III. — Tumeurs.

Si, du mal de Pott, nous passons aux tumeurs du rachis, il semble tout d'abord qu'aucune intervention ne soit mieux justifiée. En effet, c'est le propre des néoplasmes ou tumeurs de ne jamais rétrocéder spontanément. Si donc nous sommes certains, de par les commémoratifs et par l'épreuve du traitement, que la syphilis n'est pas en cause, nous pouvons songer à l'intervention. Mais ici encore, nous trouvons bien des limites à l'action chirurgicale. Tout d'abord, en ce qui concerne les tumeurs malignes des vertèbres elles-mêmes, les résultats sont tellement déplorables qu'il vaut mieux renoncer à les enlever. Si, dans les tumeurs bénignes du canal vertébral, comme les kystes hydatiques et les lipomes, on peut espérer des succès, d'autre part, dans beaucoup de tumeurs malignes diffuses des méninges, on n'a pu pratiquer qu'une extirpation incomplète. Joignez à cela la gravité même de l'acte opératoire, et la difficulté d'un diagnostic précis de la nature et du siège de la tumeur. Au beau succès de Horsley et Gowers, on peut opposer le cas de Llyod et Deaver, où il n'existait pas de tumeur, et où la paralysie était due à un vieux foyer hémorrhagique existant dans l'épaisseur même de la moelle. Déjà M. Chipault, dans son livre, sur 19 interventions contre des tumeurs du rachis et des méninges dont les résultats sont connus, comptait 10 morts opératoires et 1 mort après récidive. Les faits ultérieurs ne sont guère plus encourageants. Je craindrais d'abuser de votre attention, en les analysant devant vous. Je me contenterai d'en donner une brève indication. Voici d'abord un cas de MM. Ransom et Thompson (1), dans lequel on a pratiqué l'ablation d'un sarcome extra-dure-mérien. Ce malade succombait le 3e jour. Dans le fait de MM. Turney et Clutton (2), il s'agissait d'un myxome infiltré dans l'arachnoïde; 8 jours après l'opération, le malade succombait à la septicémie. L'opéré de MM. Ferrier et Watson Cheyne était atteint d'un fibro-myxome de l'arachnoïde siégeant à la région dorsale; il succomba 48 heures après l'extirpation (3). Le cas rapporté par MM. Saenger et Krause s'est également terminé par la mort (4).

IV. — Spina bifida.

Le bénéfice de l'intervention chirurgicale s'est également étendu, dans ces dernières années, à la cure du spina bifida dont on a pratiqué l'excision. Ici les conditions paraissent beaucoup plus favorables que dans les tumeurs profondes. D'une part, en effet, la tumeur est sous nos yeux, superficielle, et pas n'est besoin, pour l'atteindre, d'une dissection compliquée. D'autre part, en ouvrant largement la poche, on a l'avantage de pouvoir vérifier exactement son contenu, et ménager les cordons nerveux qu'il importe de respecter. Il semble donc bien qu'aujourd'hui l'excision constitue la méthode de choix dans la cure du spina bifida. C'est à elle que donne la préférence Muscatello (1) dans son récent Mémoire des Archives de Langenbeck. M. Mayo-Robson se prononce également en sa faveur dans sa récente communication au Congrès de Rome. Au Congrès allemand de chirurgie de 1893, Hildebrand a fait connaître les résultats fournis par l'excision du spina bifida à la clinique de Kœnig (de Gottingue). Sur 13 cas traités par l'excision, il y avait 10 méningocèles et 3 myélocystocèles; 3 malades sont morts de l'opération, et 10 sont sortis guéris, dont l'un n'a pas tardé à succomber. Au moment où les faits sont rapportés, 8 opérés sont vivants et bien portants, dont deux étaient atteint de myélocystocèle. Dans le 3e cas de myélocystocèle, l'enfant vivait encore trois mois après l'opération, mais avec une récidive et une hydrocéphalie volumineuse; il est probable qu'il n'a pas tardé à succomber.

C'est qu'en effet les enfants atteints de spina bifida présentent un certain nombre de circonstances qui les rendent peu viables. Il en est qui sont frêles, débiles et affectés d'autres vices de conformation qui déterminent la mort, même après l'excision la mieux réussie. D'autres fois, la mort tient aux progrès de la paraplégie, ou bien encore au développement de l'hydrocéphalie concomitante. Dans la simple méningocèle, on peut espérer que la moelle elle-même est bien conformée, et obtenir des succès définitifs. Mais le plus souvent, au contraire, il est des élément nerveux contenus dans la poche; la tumeur que l'on a sous les yeux ne constitue qu'une partie de la malformation; il est du côté de la moelle et des nerfs rachidiens des altérations contre lesquelles l'intervention chirurgicale ne peut rien. Beaucoup de malades ont succombé ultérieurement aux progrès de l'hydrocéphalie. De ce nombre sont les opérés de MM. Terrier, Berger, Picqué, et tant d'autres; et, puisque l'occasion s'en présente, c'est pour moi un devoir de faire savoir que l'enfant opéré par moi et dont j'ai entretenu autrefois la Société de Chirurgie est mort ultérieurement d'hydrocéphalie. Si donc la chirurgie antiseptique, en nous permettant de traiter par l'excision le spina bifida, a atténué la gravité du pronostic de cette grave malformation, il faut bien savoir que nous sommes loin d'être armés contre elle d'une manière suffisante. Si nous pouvons intervenir dans les cas de méningocèle, si l'intervention s'impose dans tous les faits où la poche menace de se rompre, il vaut mieux s'abstenir quand l'enfant est trop débile, lorsqu'il existe une paraplégie complète ou que déjà l'on constate un commencement d'hydrocéphalie.

Je m'arrête, Messieurs; loin de moi la pensée de condamner les tentatives opératoires nouvelles qui sont la condition même des progrès de notre art, pourvu qu'elles soient fondées sur des données cliniques et anatomopathologiques exactes. Mais il serait dangereux de leur accorder, avant mûr examen, une confiance illimitée. Loin de se présenter à nous comme une méthode générale dont toutes les applications sont parfaitement déterminées, la chirurgie rachidienne semble, à l'heure

(1) William Ransom and Joseph Thompson, Case of tumour of the spinal dura mater (*British med. Journal*, 24 février 1894).

(2) Turney and Clutton, Case of tumour pressing on the spinal cord; operation; death (*The Lancet*, 24 mars 1894).

(3) Ferrier and Watson Cheyne. A case of tumour of the spinal cord; removal of tumour; death (*The Lancet*, 24 mars 1894).

(4) Saenger und Krause, Ein Fall von operativ behandelter Ruckenmarksgeschwulst (*München med. Wochens.*, n° 22, 1894, p. 431).

(1) Muscatello, Ueber die angeborenen Spalten des Schædels und der Wirbelsaüle; *Arch. von Langenbeck*, 47. Band, 2. Heft.

actuelle, n'être dans bien des cas qu'une chirurgie d'exception, et même, disons le mot, de hasard. Son histoire est encore pleine d'inconnu. Puissent les observations que vous nous apportez ici contribuer à les dissiper!

M. Chipault (Paris) ne pense pas que les *tumeurs des méninges* aient un pronostic opératoire aussi fâcheux que le dit M. Kirmisson. Il en connaît 26 cas, dont 9 guérisons totales et fonctionnelles; c'est beaucoup pour une affection spontanément incurable. De ces 26 cas, trois succès sont inédits : l'un dû à Casali (Turin), les deux autres à Mc Burney (New-York). Dans le premier cas il s'agissait d'un ostéome, dans les deux autres de fibro-sarcomes de la dure-mère.

Si maintenant nous prenons point par point le rapport de M. Kirmisson, nous allons voir à passer en revue les tumeurs, le spina bifida, le mal de Pott et les lésions traumatiques.

I. — Spina bifida.

M. Broca. — J'ai eu l'occasion, depuis deux ans, de voir un grand nombre de cas de spina bifida; dans les cas de petites tumeurs, dont l'ulcération s'est cicatrisée, je ne suis pas intervenu. Même dans les cas de grosses tumeurs ayant tendance à grossir, je n'interviens pas quand il y a hydrocéphalie concomitante. Dans un de ces cas, j'ai tenté la ponction du spina bifida, pour diminuer en même temps l'hydrocéphalie ; mais le liquide s'est reproduit avec rapidité.

Dans quelques cas j'ai observé une disposition spéciale. Une fois la poche était recouverte, au lieu de la membrane pellucide plus ou moins ulcérée qui est habituelle, par une peau absolument normale, mais sous laquelle on sentait la fluctuation, allant à la fontanelle. Plusieurs fois, autour de la membrane pellucide, la peau était plus ou moins poilue et angiomateuse. Dans un cas, il existait un véritable angiome ulcéré, qui se cicatrisa par des pansements répétés, et la rétraction de la cicatrice produisit un résultat relativement favorable.

Dans dix cas, je suis intervenu opératoirement.

Guérisons opératoires.............	7
Morts par infection immédiate.....	2
Morts par infection tardive.........	1

Ces morts par infection sont certainement dues à ce qu'il est très difficile d'aseptiser complètement l'ulcération suppurante qui siège souvent au sommet de la tumeur. Dans les cas de spina bifida bas situés et près de la rainure interfessière, pour éviter l'infection par les urines et les matières fécales, je fais l'incision le plus haut possible et je la suture, faisant une ligne horizontale et non verticale.

Je n'ai jamais eu de mort par choc opératoire ; j'attribue cet heureux résultat à ma coutume de simplifier, autant que possible, l'intervention. Dans un seul cas j'ai comblé par une autoplastie osseuse la brèche rachidienne; il existait de chaque côté deux apophyses transverses qu'au bistouri j'ai clivées parallèlement à leurs faces et rabattues sur la ligne médiane pour les suturer deux à deux.

Toutefois, les résultats immédiats ne doivent pas seuls être considérés ; les opérés sont guettés par l'hydrocéphalie. Sur sept sujets opératoirement guéris, trois ont été perdus de vue ou opérés trop récemment. Restent quatre opérés, trois sont devenus hydrocéphales ; un seul, au bout d'un an, était en bon état. Chez deux malades devenus hydrocéphales, j'ai tenté la cure de l'hydrocéphalie. Chez l'un j'ai pratiqué le drainage des ventricules ; il est mort au bout de 24 heures. A l'autre j'ai fait la ponction lombaire ; le résultat a été nul. Dans deux autres cas d'hydrocéphalie j'ai drainé les ventricules ; un opéré est mort au bout de trois semaines ; il portait une énorme tumeur du chiasma des nerfs optiques ; l'autre n'a pas été amélioré.

Ainsi l'hydrocéphalie est la règle après l'opération du spina bifida et nous ne pouvons rien contre elle ; pourtant, le cas de guérison que j'ai obtenu montre qu'il faut opérer dans les cas où la rupture probable de la tumeur présage une mort certaine.

M. Tédenat (Montpellier). — Je suis intervenu dans cinq cas de spina bifida : — Année 1882.

I. Garçon de deux mois, chétif. Incontinence de l'urine et des matières fécales. Tumeur lombaire 3e et 4e vertèbres du volume d'une mandarine. Téguments rosés, minces. Peau formant bordure épaisse à plis radiés à la périphérie de la tumeur. Légère dépression longitudinale médiane sur la moitié supérieure de la tumeur. La compression même discrète du kyste provoquait des convulsions et de la somnolence. Ponction avec une aiguille de Pravaz; violentes convulsions, et coma dès que trois ou quatre centimètres cubes de liquide clair sont évacués. Mort en une demi-heure.

II. Fillette de 5 mois. Grosse tumeur lombaire recouverte par une peau épaisse, sauf au centre où sur une surface ellipsoïde de un cent. de long et 5 millim. de large les téguments amincis ont l'aspect rosé d'une jeune cicatrice. Orifice de communication étroit correspondant aux 1re, 2e, 3e vertèbres. Tumeur aux trois quarts réductible sans provocation d'accidents cérébraux. Pied bot paralytique droit.

1er juin 1885. — Injection dans le sac de deux centimètres cubes de glycérine iodée à 1/40. Plastron ouato-collodionné. Aucune réaction.

10 juin. — Tumeur fortement rétractée, peau plissée à sa surface. Les mouvements sont toujours faibles dans les membres inférieurs.

15 juin. — Même état. Injection de deux centimètres cubes de glycérine iodée à 1/40. Pas de réaction.

1er juillet. — La tumeur est remplacée par un gâteau aplati, dur, rétracté au centre, indolore. Amélioration dans l'état des membres inférieurs.

25 juillet. — L'enfant était si bien que nous la jugions guérie. Dans la nuit, cris hydrencéphaliques, convulsions, strabisme externe de l'œil droit.

1er août. — De petites convulsions se répètent, le strabisme persiste. Saillie des fontanelles. Dès le 10 août, symptômes d'hydrocéphalie qui se développe rapidement; deux ans après l'opération, la circonférence de la tête mesurait 45 centimètres. Le spina bifida restait guéri.

III. Garçon de 3 mois, de santé générale satisfaisante. Intégrité fonctionnelle de la vessie, du rectum et des membres inférieurs. La tumeur augmente rapidement et a le volume d'un œuf de poule allongé selon la ligne médiane au niveau de la dernière dorsale et de la première vertèbre lombaire. La moitié centrale est recouverte de téguments rosés, très minces; à la périphérie la peau est normale avec des poils nombreux. Vague dépression au centre. Orifice étroit. Guérison sans accidents par une seule injection de glycérine iodée à 1/30 (un centimètre cube). L'enfant, âgé maintenant de quatre ans, se porte fort bien et ne présente ni troubles trophiques, ni troubles moteurs. Un gâteau formé par une sorte de tassement induré des téguments représente l'ancienne tumeur. Les bords osseux semblent s'être grandement rapprochés (1885).

IV. Garçon de un an, bien constitué, ayant l'aspect extérieur de son âge, sans troubles moteurs ou trophiques. Tumeur du volume d'une grosse noix verte occupant la place des apophyses épineuses des 6e et 7e vertèbres cervicales. Au dire des parents, son volume augmente. Téguments minces, transparence. Aucune dépression. Réduction presque nulle. Incision elliptique à l'union de la peau saine et des téguments amincis. Décollement de la peau. Mise à nu d'un sac fibroïde à pédicule du volume du petit doigt. Transfixion profonde du pédicule qui est enserré en une double ligature entrecroisée au fil de soie bouillie. Suture perdue à la soie fine rapprochant les plans fibro-musculaires après excision de la poche. Suture des téguments au fil d'argent. La guérison persiste depuis vingt-huit mois. Une bande dure réunit les bords osseux qui sont près d'être en contact (1887).

V. Cette observation concerne un jeune homme de 17 ans, bien constitué, portant une grosse tumeur dans la région lombo-dorsale et pour laquelle on l'avait refusé au conseil de révision (école de Saint-Cyr).

La tumeur, saillante à la naissance, s'était durcie et rapetissée; puis avait commencé à augmenter de volume vers l'âge de 14 ans. Sa longueur était de 13 centimètres, sa largeur maximum de 8 à 9, son épaisseur de 5 à 8 selon les points. La peau était épaissie, plissée par places, recouverte de longs poils. Consistance dure, polynoduleuse. Je pensai à un spina bifida guéri et autour duquel s'était produite une capsule fibro-lipomateuse. Je conseillai au jeune homme de garder sa tumeur. Trois mois plus tard il revint; comme il

insistait pour être opéré et que d'ailleurs la tumeur avait augmenté de volume d'une façon très marquée, je pratiquai l'opération. Incision médiane de 15 centim., dissection pénible des téguments très adhérents. Arrivé à la périphérie du néoplasme, je l'excisai lentement, péniblement, tant il était dur et adhérent à une capsule nacrée qui partait des lames vertébrales non soudées. Vers la partie moyenne, j'ouvris involontairement la capsule fibreuse et me trouvai dans une menue cavité d'où s'écoula une demi-cuillerée à café de sérosité. Je fermai par deux points de suture l'orifice et, après excision d'une ellipse cutanée, afin de supprimer l'excédent de peau, je pratiquai une suture soignée (18 points). Réunion immédiate. La guérison persiste depuis deux ans et demi. On sent la fissure interosseuse longue de 6 ou 7 centimètres, large de 3 à 5 millimètres selon les points, remplie par une bande de tissu dur, non saillante (1889).

Remarques : Dans la 1re observation, la mort suit la ponction; je ne crois pas qu'on puisse l'attribuer à l'évacuation d'une faible quantité du liquide. Serait-elle due à l'aspiration de l'air? Je pose la question.

Dans la 2e observation, l'injection iodo-glycérinée guérit la tumeur, mais, deux mois plus tard, une hydrocéphalie grave survient. Sur 50 cas traités par ce moyen, Morton a obtenu 41 guérisons, et le comité de la Société clinique de Londres, sur 71 cas ainsi traités, a relevé 35 guérisons, 27 morts, 4 améliorations, 5 cas non modifiés. — J'y ajoute ma 3e observation où une seule injection a produit une guérison parfaite. — Quant à l'hydrocéphalie survenue dans la 2e observation, on l'observerait parfois après l'injection iodo-glycérinée (Jacobson) et, d'après Kirmisson, souvent après la disparition d'un spina bifida, on a vu se produire l'hydrocéphalie.

Dans la 4e observation, la tumeur pédiculée, comme le sont assez fréquemment les spina bifida cervicaux, guérit par excision, ligature du pédicule et suture des parties molles.

Le 5e cas représente un spina bifida guéri spontanément avec formation ultérieure d'un fibro-lipome volumineux et persistance d'une menue cavité.

Les faits ci-dessus ne modifient en rien les indications thérapeutiques acceptées à l'heure actuelle. Je tendrais à faire une part plus large à l'excision suivie de suture avec mobilisation des crêtes osseuses, toutes les fois qu'elle serait possible.

M. Fochier a opéré un spina bifida chez un enfant qui devint ensuite hydrocéphale. Comme la mère était manifestement syphilitique, il institua le traitement mixte antisyphilitique et obtint la guérison.

II. — Mal de Pott.

M. Kirmisson a d'abord repris cette question, pour son compte personnel, dans les termes suivants :

Si, dans mon rapport, je me suis montré peu favorable à l'intervention chirurgicale en général, dans le cas de mal de Pott, c'est d'une part à cause de la gravité incontestable et de l'incertitude de pareilles interventions, d'autre part à cause des bons résultats qui me sont fournis journellement par les injections d'éther iodoformé dans les abcès par congestion. Malheureusement, beaucoup de ces cas observés à la consultation externe n'ont pas été recueillis ou pas suivis assez longtemps pour que je puisse affirmer la guérison définitive. Trois fois seulement les malades ont été suivis, et les notes prises sur eux permettent d'affirmer la guérison dans un cas après 4 ponctions, dans les deux autres après 3 ponctions successives. Aux abcès froids du mal de Pott peuvent être assimilés les abcès volumineux qui se montrent au cours de la coxalgie; dans 9 cas de cette nature nous avons obtenu la guérison après 2, 3 ou 4 ponctions. Nous pouvons en rapprocher encore les abcès froids qui se développent dans les arthrites tuberculeuses du genou. Dans le prochain numéro de la *Revue d'orthopédie* (1er novembre 1894), nous donnerons l'histoire de deux de ces abcès volumineux qui remontaient le long de la face antérieure du fémur jusqu'au quart supérieur de la cuisse et qui, tous deux, ont été guéris par les injections d'éther iodoformé.

Après divers essais faits avec le naphtol camphré et la glycérine iodoformée, nous sommes revenu à l'éther iodoformé qui nous a paru donner des résultats plus sûrs et plus rapides. L'écueil de ce mode de traitement, c'est la difficulté qu'on éprouve parfois à vider une poche renfermant des grumeaux caséeux volumineux qui viennent à chaque instant oblitérer la canule. Il est nécessaire en pareil cas de laver l'intérieur de la poche et de délayer son contenu, de manière à en rendre plus facile l'évacuation. Mais quelque précaution que nous prenions d'employer à cet usage l'eau boriquée stérilisée, les résultats nous ont paru moins favorables que dans les cas où nous avons pu nous contenter d'une simple injection iodoformée sans lavage préalable de la poche. Aussi nous semble-t-il préférable de ne pas intervenir d'une manière trop hâtive, mais d'attendre pour cela que la fluctuation soit bien manifeste. Quant au mode d'injection, plutôt que de faire pénétrer dans la poche une grande quantité de la solution d'éther iodoformé dont la plus grande partie est ensuite aspirée, je préfère n'introduire dans la cavité de l'abcès que la quantité d'iodoforme que je pense pouvoir y laisser séjourner sans inconvénients, soit, suivant le volume de la poche et l'âge du malade, 5, 10 à 15 grammes de la solution d'éther iodoformée à 10 0/0, représentant 50 centigrammes, 1 gramme ou 1 gramme 50 d'iodoforme. Grâce à la diffusibilité de l'éther, cette quantité est suffisante pour tapisser toutes les parois de l'abcès d'une mince couche d'iodoforme.

Ce procédé nous paraît préférable à celui qui consiste à introduire d'abord une grande quantité de la solution iodoformée dans la poche, pour en laisser ressortir ensuite une partie; car, en agissant ainsi, on ne sait pas exactement quelle quantité d'iodoforme on laisse dans la cavité, et l'on s'expose à déterminer des phénomènes d'intoxication, comme nous avons pu, dans un cas, l'observer. Rarement une seule injection suffit à déterminer la guérison. Si le liquide se reproduit, sans attendre la distension de la poche, nous pratiquons, au bout de trois à quatre semaines, une nouvelle injection. Nous avons dit, en commençant, qu'il nous a fallu souvent trois ou quatre injections successives pour arriver à parfaire la guérison. La qualité du liquide retiré par la ponction nous sert à la fois à établir le pronostic et à régler la marche du traitement. Tant qu'il s'agit de pus véritable, il y a nécessité à répéter les injections; mais quand l'aspiration ne ramène plus qu'un liquide jaunâtre, fortement coloré par l'iodoforme, on peut considérer l'abcès comme guéri et s'abstenir d'injections nouvelles. Encore bien qu'elle marche lentement, la résorption de cette sérosité se fera et le malade arrivera à la guérison définitive.

Si nous nous sentons peu porté à intervenir dans les paraplégies du mal de Pott, parce que les indications de ces interventions nous paraissent encore trop peu solidement établies, cependant nous sommes loin de les rejeter d'une manière définitive. Et tout dernièrement encore, en observant l'état d'un malheureux enfant couché dans notre service, nous nous sentions disposé à intervenir, surtout en considérant un certain empâtement mollasse qui existait chez lui sur le côté droit de la gibbosité. Nous avions l'espoir, en pratiquant à ce niveau une incision verticale qui nous eût conduit sur l'articulation des côtes avec les apophyses transverses, de pouvoir, en faisant la résection d'une ou deux côtes, pénétrer dans le foyer tuberculeux, et le vider du pus ou de la matière caséeuse pressant sur la moelle. Mais pendant que nous tenions l'enfant en observation, il fut pris brusquement de la diphthérie à laquelle il succomba rapidement. Tout d'abord l'autopsie parut de nature à nous causer des regrets. En effet, sur la partie latérale et postérieure droite du thorax, dans le point précis où nous avions noté la sensation d'empâtement, il existait un petit foyer caséeux qui s'était fait jour en arrière à travers les espaces intercostaux, et même en mettant à nu l'extrémité postérieure de la septième côte. Une sonde cannelée introduite dans cet orifice pénétrait facilement dans une poche débordant en avant de chaque côté les corps vertébraux et distendue par un magma caséeux. Nul doute que, si nous avions mis à exécution le plan opératoire que nous avions conçu, nous n'eussions pénétré dans ce petit foyer caséeux des espaces intercostaux, qui lui-même nous aurait conduit facilement dans la poche antévertébrale que nous aurions pu évacuer. Mais la suite de l'autopsie ne devait pas laisser longtemps persister nos regrets. En effet, en sectionnant les pédicules vertébraux, de manière à séparer les corps vertébraux des lames supportant les apophyses épineuses, et à ouvrir le canal vertébral, nous pûmes aisément nous

convaincre que la moelle est complètement sectionnée au niveau de la gibbosité; deux esquilles volumineuses, faisant saillie dans le canal vertébral, séparent complètement son segment supérieur du segment inférieur; de sorte qu'à supposer même que nous fussions parvenus à évacuer complètement le foyer caséeux dont nous avons parlé plus haut, notre intervention serait fatalement restée sans résultat, puisque le cordon médullaire était sectionné en totalité.

M. Vincent (Lyon) croit que la conclusion de M. Kirmisson est un peu absolue : cette pièce prouve surtout qu'il fallait opérer plus tôt. Depuis trois ans, M. Vincent intervient énergiquement et de plus en plus il s'en loue. Il rappelle ses procédés de drainage transversal pré-vertébral, de drainage trans-somatique, intra-canaliculaire, rétromédullaire et horizontal (voyez *Mercredi*, 1893, p. 68 et 69 et 1894, p. 216). Il possède actuellement 128 observations de mal de Pott, dont 32 avec interventions opératoires, et il se félicite des résultats obtenus.

M. Ménard (Berck-sur-Mer) est également assez interventionniste.

A deux observations publiées antérieurement dans la *Revue d'orthopédie* et au Congrès de Rome (Voyez *Mercredi*, 1894, p. 216), l'auteur ajoute trois cas nouveaux.

L'opération consiste à réséquer l'extrémité postérieure des deux côtes avec les apophyses transverses correspondantes sur l'un des côtés (droit) de la gibbosité. Cette voie conduit directement sur le foyer tuberculeux du mal de Pott qui est ouvert et drainé.

Dans tous les cas, on a retiré un contenu caséeux et la paraplégie a été rapidement améliorée. Les malades commencent à se tenir debout et à marcher au bout de quatre à six semaines.

Les résultats éloignés sont moins parfaits. Sur quatre opérés chez lesquels l'intervention remonte à 14, 11, 9 et 5 mois, deux marchent facilement, un marche péniblement ; le quatrième est menacé par la cachexie tuberculeuse.

La fistule consécutive doit être considérée à la fois comme un inconvénient pour la santé générale, et comme une nécessité pour la conservation des résultats opératoires. On n'observe pas de paraplégie dans le mal de Pott dorsal compliqué de fistule. Cette notion connue des anciens médecins (Bouvier) explique le retour de la paraplégie chez les opérés dont la plaie opératoire (laminectomie) a été réunie par première intention.

Mais si *M. Ménard* opère ainsi, pour les abcès froids — coxalgie ou mal de Pott — il repousse l'incision franche et préconise les injections de naphtol camphré.

Cette méthode a été appliquée depuis moins de deux ans dans 82 cas, dont 40 de coxalgie et 42 de mal de Pott.

Pour ce qui regarde la coxalgie, 37 malades ont guéri de leurs abcès sans période fistuleuse ; deux ont subi avec succès, à la suite d'une récidive de l'abcès, une résection aseptique de la hanche, sans drainage ; dans quatre cas la guérison a été précédée d'une période fistuleuse de quatre à douze mois ; un seul malade a quitté Berck avec une fistule.

Sur 42 cas de mal de Pott, 37 fois l'abcès a guéri sans fistule ; deux malades ont été évacués de l'Hôpital maritime avec une fistule ; deux autres ont succombé à la cachexie tuberculeuse sans fistule ; dans un seul cas il y a eu intoxication par le naphtol camphré.

Le nombre des ponctions varie de une à dix : ce chiffre a été rarement dépassé. La durée du traitement a été de un mois, de deux, quatre et même, par exception, huit et douze mois.

Les abcès tardifs de la coxo-tuberculose guérissent plus rapidement et plus facilement que les abcès précoces ; cette distinction n'a pas été faite pour le mal de Pott.

La méthode des injections modificatrices n'est pas applicable aux abcès tuberculeux mixtes, c'est-à-dire infectés par les microbes pyogènes, tels que les abcès secondaires survenant chez les malades ayant ou ayant eu des fistules.

Elle fournit, par contre, une proportion de 9 guérisons sur 10 cas pour les abcès tuberculeux purs.

L'auteur a abandonné les interventions sanglantes dans le traitement de ces abcès fermés.

L'état général des malades, compromis pendant la période de formation des abcès, s'améliore rapidement aussitôt après leur guérison.

C'est également l'opinion de *M. Gangolphe* (Lyon), qui emploie la glycérine iodoformée. Il nous a remis la note suivante :

Je n'envisagerai que deux points différents du traitement opératoire du mal de Pott :

a. Le traitement des gros abcès ossifluents iliaques dus à une lésion vertébrale antérieure.

b. Le traitement des accidents pronostiques.

En m'appuyant sur ce que j'ai vu, et je fais allusion aussi bien à ma pratique personnelle qu'à celle de mes différents maîtres, je suis conduit à penser que le traitement des gros abcès ossifluents iliaques doit devenir plus réservé que ne l'ont dit certains chirurgiens.

Si l'on élimine les observations ayant trait aux abcès de la région postérieure du tronc dus à des lésions des lames, des apophyses épineuses transverses et les abcès de la région cervicale, latéraux, postérieurs ou rétro-pharyngiens, on doit reconnaître la difficulté que présente une cure radicale.

Toute tentative digne de ce nom doit comporter l'extirpation totale de la lésion osseuse et de la poche tuberculeuse qui en est la conséquence : elle est en général impossible dans les cas qui nous occupent, malgré la brèche large que peuvent donner la trépanation ou même la résection partielle du bassin.

Bien plus, on ne peut, à coup sûr, supprimer la poche.

En quoi consiste, dès lors, l'intervention? En un simple *drainage*. Sans doute, l'incision large avec drainage prolongé met à l'abri des accidents immédiats, mais que deviennent ces malades? la *durée* de la suppuration, la *possibilité* d'infections surajoutées, malgré l'antisepsie, la *nécessité* de maintenir les sujets au lit, dans un milieu hospitalier, empêchent la guérison. La néphrite amyloïde les enlève bien souvent. Au total le *drainage n'est efficace réellement* que si la lésion osseuse est au terme de son évolution ou la poche tuberculeuse sur le point de se scléroser complètement.

Le traitement par excellence, c'est la ponction avec injection de glycérine iodoformée.

Reste maintenant la paraplégie pottique.

L'anatomie pathologique démontre que, généralement, la pachyméningite tuberculeuse est la cause de ces accidents, l'abcès, une esquille n'interviennent que d'une façon exceptionnelle dans leur pathogénie.

Ces deux dernières causes seules sont susceptibles d'être supprimées par l'opération : contre la première on est à peu près désarmé.

En étudiant les faits, et pour ma part j'en ai deux personnels, on voit que la pachyméningite, dans les cas où il y a paraplégie, est étendue, et peut même se présenter sous forme *annulaire*, sous forme de *plaques discontinues*.

Que peut-on en pareil cas? rien.

Est-ce à dire que l'intervention est *facile*? Non, et je m'appuie sur ce que j'ai vu. Est-elle *inoffensive* ou présente-t-elle seulement les conditions d'innocuité d'une laparotomie? Non, on opère sur un terrain préparé pour l'*infection* et sur des sujets peu résistants.

Peut-elle être *complète, efficace*? Cela est impossible à prévoir, la moelle sous les yeux : car il y a des lésions plus ou moins profondes, des brides scléreuses dans les *cas anciens*.

Dans certains cas des plaques, la destruction de la *moelle* est facile dans une proportion telle que supprimer la *pachyméningite* ou la *sclérose* qui en est la conséquence ne peut donner aucun résultat.

On en est amené à conclure qu'il serait important de reconnaître en clinique les diverses variétés de paraplégie pottique, et de n'opérer que celles qui sont dues à un abcès ou à une compression bien localisée, et j'ajouterai *brusque*.

Eh bien, nous n'avons pas entre les mains les éléments de ce diagnostic, et le sujet sur lequel j'ai recueilli une observation en est la preuve. En 5 ou 6 jours, la paraplégie évolue et amène la mort: l'autopsie, comme je vous l'ai dit, a montré que toute intervention eût été inefficace.

La clinique en nous prouvant (et je puis en citer 5 ou 6 cas) que la paraplégie pottique évolue vers la guérison, et cela d'autant plus facilement que le malade est plus âgé, doit rendre extrêmement réservé dans le traitement chirurgical.

M. Chipault (Paris). — Je suis absolument de l'avis de M. Gangolphe. Ayant publié plusieurs travaux sur le trai-

tement chirurgical du mal de Pott, je suis souvent accusé comme le jugeant justiciable du bistouri. C'est tout à fait inexact et je tiens à le dire, d'autant plus que j'ai publié une technique nouvelle dans ce but, en 1891. J'ai de cette inutilité deux exemples nouveaux. L'un vient de m'être communiqué par M. Guelliot, de Reims; paraplégie pottique spasmodique, lamnectomie, curage des corps vertébraux avec amélioration légère, puis insuccès définitif: c'est la règle; l'autre est un cas personnel, et n'a été opéré qu'à la suite d'une erreur de diagnostic: il s'agissait d'un malade considéré, dans le service du professeur Charcot, où j'eus l'honneur de le voir, comme atteint d'hématorachis ou de tumeurs des méninges. J'intervins et je trouvai un petit tuberculome extra-méningé qui fut complètement enlevé. L'insuccès fut total et le malade vient de mourir avec une tuberculose infiltrée de 5 ou 6 corps vertébraux, sans gibbosité.

Je considère donc, jusqu'à nouvel ordre, les interventions sur les foyers tuberculeux dans les paraplégies pottiques comme défendues au chirurgien.

M. Gross (Nancy) cite 2 observations d'intervention pour *paraplégies pottiques*. Dans la première, il s'agit d'une jeune fille de 13 ans, chez laquelle la tuberculose vertébrale s'annonça par des phénomènes de paraplégie spasmodique accompagnés d'accès de suffocation qui firent d'abord songer à une méningo-myélite. Plus tard, apparut une gibbosité dorsale et la laminectomie fut pratiquée. Elle permit de découvrir un amas de fongosités préméningées qui furent enlevées avec la curette. Le résultat fut une amélioration passagère. Après un mois les accidents s'étaient reproduits pour demeurer stationnaires. La malade succomba à une méningite un an plus tard.

La dernière observation est celle d'un jeune garçon de 19 ans, chez lequel la première apparition du mal de Pott dorsal remonte à 18 mois et le début de la paraplégie à 6 mois environ. Celle-ci était complète et accompagnée de rétention d'urine et de constipation. Il y avait exagération des réflexes. Dans l'hypothèse d'un abcès vertébral comme cause de la paraplégie, M. Gross chercha à atteindre le foyer par la voie para-vertébrale de Vincent et Ménard. Il échoua, mais la laminectomie lui permit de découvrir un abcès préméningé intra-rachidien. L'observation confirme l'opinion de Chipault qui soutient que dans le mal de Pott avec paraplégie la lésion tuberculeuse est fréquemment limitée à la face médullaire du corps vertébral. Lorsque les signes certains d'un abcès péri-vertébral manquent et que l'on veut intervenir pour une paraplégie pottique, *la voie vertébrale directe semble l'opération de choix*. On fera la laminectomie, mais il faut avoir soin de la faire large dans le sens transversal et ne s'arrêter qu'à la partie postérieure du pédicule et du trou de conjugaison. Après ouverture du rachis et évacuation du pus, la moelle déviée reprit sa place et la congestion veineuse qu'elle a présentée disparut. L'intervention eut donc un résultat immédiat certain; le résultat définitif a été moins heureux. Il s'est bien produit une amélioration incontestable, mais celle-ci est restée absolument insuffisante. Deux raisons l'expliquent, les altérations médullaires secondaires et la récidive des fongosités et de la suppuration dans le foyer opératoire.

De ses deux dernières observations, M. Gross conclut : 1° l'anatomie pathologique montre des cas où l'intervention opératoire est indiquée et permet d'extirper un foyer de fongosités ou un abcès tuberculeux préméningé, cause d'accidents médullaires. Les éléments du diagnostic sont encore insuffisants pour toujours les reconnaître en clinique; 2° en raison des altérations secondaires qui peuvent exister dans la moelle et de la nature spéciale de la maladie primitive, l'opération peut toutefois rester impuissante contre ces accidents et, lors même qu'elle a eu des indications précises, le pronostic thérapeutique, dans l'état actuel de nos moyens, doit être réservé.

Un point assez spécial est celui des abcès prévertébraux du mal de Pott cervical; ceux-là menacent la vie directement par asphyxie, et on discute pour savoir s'il faut les ouvrir par le pharynx ou par la peau. C'est à l'incision cutanée que donne la préférence *M. G. Reverdin* (Genève).

L'incision de Burckhardt se fait le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, elle passe dans la profondeur entre la carotide primitive et le larynx, puis l'on entre dans la collection en pénétrant dans le tissu cellulaire immédiatement en dehors du bord du pharynx. Cette opération est simple et facile, elle permet d'explorer avec le doigt la cavité, d'en extraire des séquestres, d'attaquer les lésions vertébrales; elle permet en outre l'application de l'antisepsie et celle de l'anesthésie. Reverdin, qui a exécuté trois fois ce procédé, pense que l'incision de Chiene, qui se fait en arrière du sterno-mastoïdien, lui est inférieure. Il conclut que, en ce qui concerne les abcès tuberculeux rétropharyngiens, l'incision de Burckhardt est tout à fait recommandable. Sur ces trois opérés, tous atteints du mal de Pott, l'un, une petite fille, a guéri de son abcès et de son mal de Pott, un autre est mort au bout de quatre mois du progrès de la tuberculose, le dernier, opéré *in extremis*, le lendemain de l'opération.

En ce qui concerne les abcès chauds, Reverdin, tout en montrant ses préférences pour l'incision extérieure, ne se prononce pas d'une façon définitive, les faits étant en nombre insuffisant jusqu'ici.

M. Michaux croit que la voie antéro-latérale dont vient de parler M. Reverdin est susceptible d'être développée; il l'a appliquée à un abcès froid périnéphrique et a pu éviter ainsi deux corps vertébraux; c'est le meilleur chemin pour arriver à ces corps, si difficiles à atteindre par la voie postérieure.

III. — LÉSIONS TRAUMATIQUES.

M. Gross (Nancy) rapporte quelques opérations qu'il a eu occasion de pratiquer dans le but de remédier à des accidents médullaires consécutifs à des affections du rachis. Sa première observation est celle d'une *fracture par coup de feu de la colonne cervicale*. Un jeune homme de 17 ans, dans une tentative de suicide, se tira dans la région antéro-latérale du cou une balle de revolver d'ordonnance. Sa blessure fut aussitôt suivie de complications médullaires graves, hémiplégie droite, parésie et paresthésie à gauche. Avec l'espoir de pouvoir relever ou extraire quelque fragment d'os qui comprimait ou déchirait la moelle, M. Gross débrida largement la plaie. Il trouva deux petites esquilles provenant de l'apophyse transverse, lia l'artère vertébrale déchirée et constata une fracture complète du rachis, comme cause des complications médullaires auxquelles l'intervention opératoire ne put remédier. Le malade succomba le dix-septième jour aux accidents consécutifs habituels aux fractures de la colonne cervicale.

Les observations 2 et 3 se rapportent à des *fractures fermées des régions dorsale et dorso-lombaire par suite de chute*. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 47 ans, qui fit une chute dans un bâtiment en construction et se fractura la colonne vertébrale à la hauteur de la cinquième vertèbre dorsale. Il s'ensuivit une paraplégie immédiate et complète. La laminectomie fut pratiquée le trente-cinquième jour. On découvrit une rupture de la moelle. Le blessé succomba 10 mois plus tard aux suites de sa paraplégie. Le deuxième cas est celui d'un cultivateur de 32 ans qui, en tombant d'un arbre, se fractura la colonne vertébrale au niveau de la douzième vertèbre dorsale et présenta une paraplégie complète consécutive. La laminectomie est faite 5 mois plus tard, sans aucune amélioration pour le blessé. L'intensité et l'ancienneté du traumatisme ont été cause du résultat négatif des deux interventions.

M. Péan (Paris), parlant d'abord des lésions traumatiques, dit avoir soigné en 1888 un palefrenier qui venait d'être mordu par un cheval dans la région dorsale et eut au 3e jour une paraplégie complète. Après mise à nu des lames vertébrales, il enleva 10 à 12 esquilles et obtint une rapide guérison.

Pour le mal de Pott, il pense qu'il ne faut pas attendre, pour intervenir, l'apparition de désordres trop considérables, d'une gibbosité par exemple. Il a récemment opéré un malade atteint de suppuration périrachidienne avec fistule, sans paraplégie, et après grattage a eu un très bon résultat. Dans un second cas, il arriva jusqu'aux lames rachidiennes qu'il curetta et le malade guérit.

En fait de tumeur rachidienne, il a opéré un vaste enchondrome ayant détruit les apophyses épineuses cervicales sur une certaine hauteur et envoyant des prolongements dans le canal rachidien. Après son ablation, la paraplégie cessa, mais pour revenir bientôt, sans récidive du néoplasme il est vrai et probablement par tassement des vertèbres.

Une dernière observation est celle d'un sarcome pour

lequel le sacrum presque tout entier fut extirpé avec succès.

MM. Sieur et Rioblanc relatent une observation de luxation de la colonne cervicale suivie de mort au bout de 27 heures.

Un jeune soldat de 20 ans, moniteur de gymnastique, tombe en faisant le saut périlleux aux barres parallèles le 18 mai 1894, à 7 heures du soir, et se fait une luxation de la 4e vertèbre cervicale sur la cinquième.

Immédiatement après, douleurs excessivement vives au niveau de la région cervicale; impotence fonctionnelle complète des membres inférieurs, incomplète des membres supérieurs, rétention d'urine et priapisme.

Transporté d'urgence à l'hôpital, le blessé ne présente à l'examen aucune déformation caractéristique de la région cervicale. Dans ces conditions on se contente de le placer dans une gouttière de Bonnet et d'immobiliser la tête dans la rectitude, à l'aide d'un bandage en tarlatane.

Cessation immédiate et presque absolue des phénomènes douloureux accusés du côté de la nuque et semblant se rattacher à la réduction spontanée d'une luxation.

Le lendemain à la visite un nouvel examen ne fait découvrir aucune déformation. Du reste, loin de s'être aggravés, les phénomènes paralytiques semblent s'être amendés du côté des membres supérieurs; le malade peut déplacer ses avant-bras et, par la contraction du biceps, il arrive à produire des mouvements de flexion assez étendus.

La sensibilité a également augmenté d'étendue : elle atteint le coude en dedans et arrive jusqu'au poignet en suivant les faces antérieures du bras et de l'avant-bras.

Pas de douleurs spontanées.

Respiration diaphragmatique des plus régulières (18 inspirations par minute).

En présence de cette amélioration et de l'absence de tout signe de déformation du squelette, une intervention n'est pas jugée nécessaire.

Revu à 2 heures de l'après-midi, le blessé est dans le même état. A 4 heures sa température s'élève brusquement à 39°; à 8 heures du soir, la respiration devient gênée et très accélérée dans son rhythme, l'intelligence est moins nette, et à 10 heures et demie, soit 27 heures après l'accident, la mort survenait en plein coma asphyxique.

L'autopsie, pratiquée 36 heures plus tard, permettait de constater l'existence d'une luxation en ayant de la 4e vertèbre cervicale sur la cinquième. Le ménisque séparant ces deux vertèbres est aplati; tous les ligaments postérieurs sont déchirés; seul le ligament tapissant la face postérieure des corps vertébraux a résisté, de sorte que le corps de la cinquième vertèbre cervicale ne formait par son bord supérieur qu'un relief mousse et assez peu marqué à l'intérieur du canal vertébral. En soulevant la tête, la luxation se réduisait d'elle-même, les apophyses articulaires étant simplement écartées les unes des autres.

La moelle mise à nu dans toute la région cervicale paraît indemne; au niveau du point luxé, il existe cependant un assez volumineux caillot extra-dure-mérien.

Les méninges paraissent intactes et, lorsqu'on a incisé la dure-mère, on trouve un épanchement intra-dure-mérien assez étendu, mais très peu consistant.

L'examen microscopique du segment médullaire correspondant à la luxation a permis de découvrir la véritable cause de la mort. Bien que saine en apparence, la moelle était le siège d'une hémorrhagie portant sur la substance grise.

Dans les cornes antérieures, les capillaires sont rompus et par cette rupture s'est faite une hémorrhagie diffuse qui a dissocié et même détruit les cellules nerveuses.

Dans les cornes postérieures, l'infiltration sanguine est moins étendue et revêt la forme d'une arborisation en rapport avec la disposition des vaisseaux.

Par opposition à ces désordres de la substance grise, on peut constater que les cordons blancs sont intacts et ne présentent pas de foyers hémorrhagiques.

Au-dessus et au-dessous de ce segment médullaire, dans le bulbe et la moelle dorsale, on ne trouve ni suffusion sanguine, ni lésions des tissus.

Le blessé a donc succombé à une *hématomyélie* localisée à la substance grise et limitée au point de l'arbre médullaire qui correspondait à la lésion du squelette.

Une intervention faite dans ces conditions n'eût pu être qu'inopportune, puisque la luxation médullaire était irrémédiable. C'est l'existence à peu près constante de lésions médullaires semblables, lorsque le traumatisme a porté sur la colonne cervicale, qui nous explique les nombreux insuccès de l'intervention. Sur 38 cas récemment publiés (dont 30 sont consignés dans l'excellent travail de Chipault), 30 opérés ont succombé très rapidement; 2 ont survécu sans amélioration; 3 ont été passagèrement améliorés et 3 seulement ont guéri. Encore n'est il pas démontré que cette guérison, qui n'a été définitive qu'au bout d'un temps très long, ne fût survenue sans opération.

La conclusion à tirer de ces faits, c'est que l'on devra rejeter toute intervention dans les fractures simples et la luxation des vertèbres cervicales, à moins qu'il n'existe des signes de probabilité en faveur d'une compression de la moelle par une hémorrhagie ou un fragment du squelette.

Le diagnostic exact des lésions traumatiques du rachis dépend pour une bonne part de l'analyse des troubles sensitifs. De là l'intérêt de l'étude suivante due à *M. Chipault*.

Les variétés de niveau des paralysies par traumatisme médullaire ne doivent pas se décrire segment par segment, ce qui serait inexact, chaque zone cutanée dépendant d'au moins trois racines au point de vue de sa sensibilité, et chaque muscle d'un groupe de cellules de la corne antérieure qui parfois, ou plutôt d'ordinaire, s'étend sur la hauteur de plusieurs segments. Il faut donc décrire non le rôle de chaque segment, mais des types particulièrement nets dans les lésions transverses totales et bien horizontales. Ils sont irréguliers lorsque la lésion est oblique; frustes lorsqu'elle est incomplète.

L'auteur décrit des types cervical, brachial supérieur et inférieur, sus et sous-inguinaux, crural, jambier, et des types sensitifs sacrés. A propos des types sus et sous-inguinaux, il note la non-coïncidence de la limite supérieure de l'anesthésie avec le pli de l'aine, et l'envahissement constant des organes génitaux et de la surface sacrée, bon moyen de diagnostic avec les paralysies hystériques.

L'auteur fait passer un album contenant une série de schémas individuels, ayant trait aux malades qu'il a étudiés. Il note seulement avec détails deux faits opérés, un en particulier pour lequel il a fait, dans une luxation cervicale récidivante, la ligature des apophyses épineuses, avec plein succès.

IV. — Manuel opératoire.

M. Fontan a fait sur ce sujet la communication suivante :

Messieurs, je vous présente : 1° une série d'opérations de chirurgie rachidienne; 2° la description d'un procédé nouveau pour atteindre les corps vertébraux lombaires.

La *chirurgie du rachis* contient pour le moment un grand nombre d'opérations variées que je réunirai en trois groupes.

1er groupe. — Opérations qui portent sur les lames ou les apophyses sans entrer dans le canal médullaire. Ce sont là des opérations relativement bénignes, surtout quand il s'agit d'un traumatisme. Mais dans une certaine variété de mal de Pott postérieur, les trajets fistuleux sont souvent longs et compliqués, et les opérations très laborieuses. Dans un cas de ce genre, chez une jeune fille, j'ai réséqué des fragments de lames et de masses apophysaires de deux vertèbres dorsales, et j'ai obtenu une guérison qui a duré sept ans. Chez un jeune matelot, une opération semblable n'a pas empêché la tuberculose de se généraliser.

2e groupe. — Opérations qui ouvrent le canal rachidien pour dégager la moelle. J'ai pratiqué trois laminectomies, deux fois pour mal de Pott, avec peu de succès, et une fois pour une fracture du rachis datant de cinquante jours et qui avait laissé une paraplégie complète. Dans ce cas, une fois le canal rachidien ouvert, je réséquai la saillie que le corps vertébral fracturé faisait dans le canal et sur laquelle la moelle était comprimée par le mécanisme du chevalet. Cette opération a amené un certain résultat physiologique au point de vue de la motilité et de la restauration des eschares ; mais pratiquement la satisfaction n'est pas grande.

3e groupe. — Opérations qui contournent la colonne pour évider les corps vertébraux tuberculeux.

On peut atteindre les corps vertébraux à travers des trajets

fistuleux, comme je l'ai pratiqué plusieurs fois; mais souvent ces trajets sont trop sinueux et trop étroits pour permettre de bien manœuvrer, et il faut alors que le chirurgien se crée une voie méthodique, vraiment chirurgicale, et différente naturellement suivant les régions. J'ai combiné et pratiqué deux fois une opération nouvelle dont voici la description succincte.

A la région lombaire, au lieu d'inciser en dehors de la masse sacro-lombaire, de traverser le carré des lombes et de tomber sur le corps du rachis en un point où il est revêtu d'un lacis de vaisseaux redoutables, je fais mon incision à 1 cm. en dehors de la ligne médiane, je fends la masse commune de façon à tomber sur le tubercule apophysaire; puis en dehors de celui-ci, je plonge le doigt pour reconnaître l'apophyse cortiforme qui est sur un plan plus profond. Alors, avec un petit ciseau à froid, je sectionne celle-ci à la base, je la saisis et l'excise complètement, et à partir de ce point, je suis le rachis, avec le détache-tendon, en le serrant de près, sous le périoste jusqu'au siège de la carie.

Cette voie est plus courte, plus large que celle de Trèves, et surtout beaucoup moins périlleuse au point de vue des hémorrhagies.

M. Auffret (marine) présente un instrument destiné à évider par la bouche les corps vertébraux de la région cervicale. Il permet également d'attaquer après résection costale les corps vertébraux. Il n'a d'ailleurs employé cet instrument que sur le cadavre. Il relate en terminant un fait heureux d'évidement du sacrum pour ostéite tuberculeuse.

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Transformation héréditaire des maladies diathésiques, par le Dr Crocq fils (de Bruxelles).

(*Suite.*)

Notre but n'est pas de nous occuper longuement des antécédents personnels des diathésiques, aussi ne faisons-nous que mentionner les tableaux qui s'y rapportent. Remarquons que Bouchard, ne cherchant à prouver que les parentés morbides des maladies arthritiques, ne peut exclure de ses tableaux d'autres maladies qui rentrent dans notre terme plus large de maladie diathésique; ce sont les névralgies, la tuberculose. les affections cutanées, les affections cardiaques, les hémorrhoïdes, l'hystérie et la scrofule. C'est qu'en effet ce ne sont pas seulement les maladies arthritiques admises par Bouchard qui font partie des parentés morbides de l'obésité, mais bien toutes les maladies diathésiques que nous avons énumérées plus haut. A différentes reprises déjà nous avons rencontré des obèses dans les familles diathésiques; rappelons l'observation suivante.

Les grands-parents sont *goutteux*, ils ont un fils et une fille *obèses;* une fille est *goutteuse* et *mélancolique*, une troisième a un eczéma à la face alternant avec des accès de *mélancolie*, une quatrième est *goutteuse* et a des accès d'*angine de poitrine* La première fille a une fille *obèse* et une seconde *tuberculeuse;* la seconde fille a une fille intelligente et un fils *obèse;* la troisième a deux enfants *arthritiques*; la quatrième, enfants bien portants mais *nerveux;* le fils, qui était *glycosurique*. est mort d'*hémorrhagie cérébrale*, il a un fils *obèse*, un second fut normal, sa fille est *arthritique*.

l. Nous avons vu que le rachitisme est essentiellement le résultat de troubles dans les mutations nutritives; les auteurs attribuent aux conditions hygiéniques une grande responsabilité dans l'apparition de cette maladie, ils signalent la nourriture insuffisante ou viciée, le défaut d'air, de lumière, etc. Ces facteurs sont certes puissants et ils doivent figurer dans l'étiologie du rachitisme, mais ce que l'on ne dit pas, c'est qu'ils agissent tous par un mécanisme commun, en occasionnant de profondes perturbations dans le système nerveux. Si l'on envisage le rachitisme à ce point de vue, on ne s'étonnera nullement que les enfants provenus de parents diathésiques sont fréquemment atteints par le rachitisme, car le système nerveux se trouve chez eux déjà altéré héréditairement; ainsi s'explique comment les enfants riches, élevés dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, n'échappent pas à cette maladie qui provient alors du fond diathésique que leur ont légué leurs parents.

Obs. XXXVIII (personnelle). — M. P. est *diabétique*, son frère et son fils sont *diabétiques*, sa fille est *scrofuleuse*, la fille de cette dernière est *rachitique;* cette enfant a été élevée dans l'opulence, toutes les précautions hygiéniques n'ont pu empêcher le développement du rachitisme.

Obs. XXXIX (personnelle). — M. de la H... est bien portant, sa femme est *polysarcique* et *hystérique*, leur enfant est *rachitique* et *sourd-muet;* comme précédemment cet enfant a été élevé dans le luxe.

Nous verrons bientôt l'histoire de la famille F... dont le grand-père est mort d'une *maladie de cœur*, sa fille a une *affection cardiaque*, des *névralgies*, des *migraines*, des *varices* et des *coliques hépatiques*, elle a été *tuberculeuse;* la fille de cette dernière est *hystérique*, sa petite-fille *rachitique*.

m. L'ostéomalacie se développe constamment après un ébranlement profond du système nerveux, ainsi agissent la grossesse, les excès vénériens, etc.; il est par conséquent naturel d'admettre que les individus diathésiques, dont le système nerveux est le *locus minoris resistentiæ*, sont atteints beaucoup plus facilement, et même presque uniquement, par l'ostéomalacie. Cette maladie résulte en effet de troubles nutritifs considérables et nous pensons que les causes extérieures sont bien peu souvent responsables de son apparition; la véritable cause réside dans l'état diathésique, dégénératif du système nerveux qui se trouve ainsi affaibli et incapable de résister aux nombreuses causes occasionnelles et banales qui semblent amener l'éclosion de l'ostéomalacie.

Cette maladie est fréquente, avons-nous dit, chez les aliénés, ceux-ci sont indubitablement des diathésiques, il est donc logique de conclure que l'ostéomalacie est une maladie dépendant de la diathèse.

n. Castan dit que « la dartre, très mobile, très variable dans ses manifestations, peut, en passant d'une génération à l'autre, se larver, et rester ainsi inaperçue pour un observateur attentif. Que de migraines, que d'asthmes par exemple, qui se développent sous l'influence de la diathèse herpétique, et dont la nature reste méconnue! Ces affections, à leur tour, pourront transmettre la diathèse, qui se manifestera chez le descendant sur l'enveloppe cutanée. »

Ce que Castan appelle dartre larvée constitue la transformation d'une maladie diathésique; cet auteur, tout en n'admettant pas cette transformation, n'a pu méconnaître les liens évidents qui relient certaines maladies; l'herpétisme doit être placé dans la grande famille morbide des maladies diathésiques, car il alterne indistinctement avec elles toutes chez l'individu entaché de la diathèse. De nombreux exemples prouvent cette assertion, et tout d'abord parlons de ce qui a été dit jusqu'ici relativement à ce fait. De nombreux auteurs, qui n'admettent pas les transformations des maladies diathésiques, disent cependant que la scrofule, la migraine, l'asthme, etc., ne sont que des manifestations de l'herpétisme. Si nous consultons les tableaux de Bouchard relatifs aux parentés morbides de la lithiase biliaire, nous voyons que sur 100 cas de cette maladie, l'asthme figure 20 fois chez les parents, les névralgies 10 fois, la migraine et l'eczéma

5 fois; dans les antécédents personnels de ces malades cet auteur a retrouvé l'eczéma 41 fois, la migraine 38 fois, les névralgies 17 fois et l'asthme 7 fois.

Nous voyons Bouchard mentionner, chez les parents, sur 94 cas d'obésité, 24 fois l'asthme, 10 fois la migraine, 3 fois les névralgies, 3 fois l'eczéma, et 1 fois la scrofule; sur 108 cas de la même maladie les antécédents personnels comportent 44 fois la migraine, 16 fois les névralgies, 13 fois l'eczéma, 3 fois la scrofule et 2 fois l'asthme.

Sur 100 cas de diabète il y avait, chez les parents, 11 fois l'asthme, 11 fois l'eczéma et 7 fois la migraine; dans les antécédents personnels de ces mêmes malades, on retrouve 18 fois la migraine, 16 fois l'eczéma, 8 fois les névralgies et 2 fois l'asthme.

Sur 100 cas de goutte, Bouchard a trouvé chez les ascendants : 19 fois l'asthme, 12,5 fois l'eczéma et 6 fois les névralgies; dans les antécédents personnels il y avait 19 fois la migraine, 19 fois l'eczéma, 12 fois les névralgies et 9 fois l'asthme.

« Ce qui est certain, dit Bouchard, en tout cas, c'est que, parmi les maladies qui dépendent de ce grand état diathésique, il en est peu qui s'associent aussi souvent que l'asthme aux affections cutanées. Les dermatoses ne sont pas rares chez les goutteux, chez les rhumatisants, chez les migraineux; elles sont extrêmement fréquentes chez les arthritiques... » Ces liens intimes de l'herpétisme avec des maladies diathésiques, montrent que l'on peut admettre déjà, en se basant sur le simple raisonnement, que l'herpétisme est une maladie diathésique et comme tel qu'il se transforme en toutes celles qui composent la famille des affections caractéristiques de *la diathèse*. Nous préférons pour établir ce fait nous appuyer sur des observations positives.

Dans l'obs. LXXIII (*la folie diathésique*), Alfred D... est *scrofuleux*, son père est atteint d'un *eczéma chronique* des deux jambes; son oncle paternel est *aliéné*.

Marie D..., de l'obs. LXXXII (*la folie diathésique*), est atteinte de *carcinome gastrique*; son père avait un *eczéma chronique* des deux bras, sa grand'mère paternelle est morte *aliénée*, un oncle paternel est mort d'*apoplexie*, une tante paternelle d'anévrysme de l'aorte; quatre frères et sœurs sont morts, sa sœur *tousse et crache abondamment*.

Mme L..., de l'obs. XC (*la folie diathésique*), est atteinte de *lypémanie*; sa mère avait des *douleurs articulaires*, deux oncles maternels ont souffert de *rhumatisme* et de *goutte*, l'un d'eux avait les jambes couvertes d'*eczéma*, une tante maternelle est morte *hydropique*.

Mlle R..., de l'obs. XCI (*la folie diathésique*), est *aliénée* et *eczémateuse*; sa mère était *aliénée*, son frère est *goutteux*.

Alexandre F..., de l'obs. XCVIII (*la folie diathésique*), est atteint de *coliques hépatiques*; sa mère est atteinte d'un *eczéma chronique* du cuir chevelu, un oncle maternel est mort *aliéné*, une tante maternelle avait des *calculs hépatiques*.

Marie S..., de l'obs. I, est atteinte d'*ulcères variqueux*; son père était *goutteux*, un oncle paternel a des *coliques hépatiques*, un autre un *eczéma chronique*; un frère de la malade a une *maladie du cœur*, l'autre est *buveur*, sa sœur est *hystérique*.

Jean V..., de l'obs. VIII, est atteint d'*anévrysme* de l'aorte; son père était *goutteux*; une sœur du malade est morte de *tuberculose pulmonaire*, une autre est *hystérique*, un de ses frères est *buveur et mal équilibré*, l'autre porte un *eczéma* aux deux jambes.

Obs. XL (personnelle). — Jean L..., âgé de trente-quatre ans, se présente en décembre 1891 à la consultation de M. le Dr Dantz : il est atteint de *tuberculose pulmonaire*.

Interrogé sur ses antécédents héréditaires, ce malade prétend que ses parents sont bien portants; « cependant, dit-il enfin, ma mère a toujours eu une *maladie de la peau* »; les détails donnés par le malade m'assurèrent que c'était de l'*eczéma*; son père est très bien portant, une tante maternelle est morte *tuberculeuse*, une autre de *cancer du sein*. Un frère du malade est *alcoolique*, une sœur *épileptique*.

o. L'apoplexie se rencontre fréquemment dans les ascendants des diathésiques, nous avons rapporté de nombreuses observations dans lesquelles ce fait était démontré.

Auguste F..., de l'obs. LXXVIII (*la folie diathésique*), est atteint de *tumeur blanche* du coude; sa mère est morte *folle*, un oncle maternel est mort d'*apoplexie*, une tante maternelle était *alcoolique*, une autre est *tuberculeuse*; le malade a eu sept frères et sœurs dont cinq sont morts en bas âge, deux de *convulsions*, deux du *croup*, un de *méningite*; son frère est *alcoolique*.

Catherine A..., de l'obs. LXXXIII (*la folie diathésique*), est atteinte de *cancer hépatique*; sa mère est morte *aliénée*, deux tantes maternelles sont mortes *tuberculeuses*; la sœur de la malade est morte à quarante-deux ans d'une attaque d'*apoplexie*, son frère est *rhumatisant et hémorrhoïdaire*.

Van L..., de l'obs. XCIV (*la folie diathésique*), est atteinte de *goutte* et de *sténocardie*: sa mère était *aliénée*, deux tantes maternelles sont *goutteuses*, un oncle, *hémorrhoïdaire*, est mort d'*apoplexie* cérébrale. Trois des frères et sœurs de la malade sont morts de *convulsions*, son frère est *buveur* et sa sœur *hystérique*, son fils est *alcoolique*, sa fille *épileptique*.

L'homme de l'obs. CV (*la folie diathésique*) est *mélancolique*; son père est mort d'*apoplexie*, sa mère était *hystérique*, son frère *s'est suicidé*, une nièce du malade est *arriérée*, l'autre est atteinte d'*incontinence d'urine*.

Pétronille D..., de l'obs. CXXXIV (*la folie diathésique*), est atteinte d'*artério-sclérose*; son père est mort *aliéné*, une tante paternelle était *rhumatisante*, un oncle paternel est mort d'*apoplexie*, un frère de la malade a des *hémorrhoïdes*, une sœur est morte *tuberculeuse*.

Léonard C..., de l'obs. VII, est atteint d'*asthme*; son père est mort de la *rupture d'un anévrysme*, un oncle paternel était *goutteux*, un autre *rhumatisant*; sept frères et sœurs du malade sont morts en bas âge, un frère est mort d'*apoplexie*, un autre de *tuberculose pulmonaire*.

Charles D..., de l'obs. X, est atteint de *tuberculose gauche et d'épilepsie*; sa mère est morte d'*apoplexie cérébrale*, sa sœur a des *névralgies*; trois de ses frères et sœurs sont morts de *convulsions*; une tante maternelle est *folle*, deux frères du malade sont *saturnins*.

Marie V..., de l'obs. XV, est atteinte de *cancer utérin*; sa mère est morte d'*apoplexie cérébrale*, un oncle maternel était *goutteux*, une tante *hystérique*; un frère de la malade est mort d'*alcoolisme*, l'autre du *diabète*.

H..., de l'obs. XIX, est atteint de *goutte saturnine*; son père et sa mère sont *rhumatisants*; onze frères et sœurs du malade sont morts, un de ses frères est mort d'*apoplexie*, deux frères vivants sont *saturnins*, une sœur est *rhumatisante*, l'autre *hystérique*.

Ces quelques faits montrent clairement que les parentés morbides de l'apoplexie cérébrale se confondent avec celles des autres maladies diathésiques.

(*A suivre*.)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Sur un cas d'hystérie à forme particulière, par R. Lépine (*Revue de médecine*, août 1894, n° 8, p. 713). — Malade âgé de 22 ans qui, au cours d'une albuminurie scarlatineuse, a souffert d'accidents nerveux qui l'ont conduit à l'hôpital en dernier lieu : du mutisme tout d'abord, disparu en un mois, une paraplégie ensuite, guérie après 6 mois. C'est pour une hémiplégie avec hémianesthésie, survenue sans cause notable, ayant tous les caractères d'une hémiplégie hystérique qu'il est entré dans le service. Pendant son

séjour surviennent, du reste, des crises convulsives caractéristiques de l'hystérie, à la suite de l'une desquelles il présenta les phénomènes du somnambulisme nocturne. Ultérieurement, il s'établit chez lui un état permanent ressemblant à du somnambulisme. Pendant cet état : disparition de l'hémiplégie et apparition d'un blépharospasme double. Le sujet n'entend alors absolument que les bruits qu'il écoute, ou sur lesquels on attire son attention : quand il sait qu'on doit voir, il voit ; autrement, il a des confusions de la vue qualifiables de cécité psychique. L'hémianesthésie persiste. On peut enfin provoquer chez lui, par certaines excitations tactiles, de petites attaques épileptiques. L'auteur émet sur cet état une hypothèse nouvelle basée sur la découverte de la contiguïté des fibres, démontrée par Cajal. Il s'agirait ici de l'interruption du passage de l'influx nerveux, par défaut de contiguïté parfaite entre les ramifications des cellules, en raison d'une cause psychique : une action psychique, la volonté, en provoquant l'éréthisme de la cellule et de ses prolongements, pourrait alors rétablir le contact.

Sur un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique traitée par des injections de liquide pneumique, par A. Demons et W. Renaud (*Archives de médecine*, août 1894, p. 130). — Depuis la publication du travail de M. Marie, plusieurs autres mémoires ont paru sur ce sujet, semblant tous indiquer que l'ostéo-arthropathie n'est pas l'apanage, en tout cas, des seules affections pleuro-pulmonaires. Des observations ont pu être ainsi rapportées au mal de Pott, et à la syphilis. Celle de l'auteur a trait à un sujet âgé de 35 ans, qui, à la suite d'une pleurésie purulente d'origine traumatique (coup de couteau), 9 à 10 mois environ après l'accident, vit se développer les signes connus, déformations des extrémités, et troubles généraux de l'ostéo-arthropathie. En juillet 1893, on a l'idée de pratiquer des injections de liquide d'extrait de poumon de mouton: macération de 20 grammes d'organe dans 120 grammes de glycérine. Au bout de 60 injections, il n'y a aucun changement dans les déformations; toutefois, l'état général s'est amélioré, les fistules pleurales se sont oblitérées, les forces sont revenues.

MÉDECINE

Méningite tuberculeuse terminée par la guérison (Ein Fall von Meningitis tuberculosa mit Ausgang in Heilung), par Freyhan (*Deut. med. Woch.*, 1894, n° 36, p. 707). — Il s'agit d'un homme de 20 ans ordinairement bien portant et sans antécédents héréditaires ni personnels, qui est amené à l'hôpital dans un état semi-comateux et avec tous les signes d'une méningite cérébro-spinale, raideur de la nuque, douleur le long de la colonne vertébrale, raideur spasmodique des membres, nystagmus, inégalité pupillaire, vomissements, pouls irrégulier, temp. 37°4. Les jours suivants, phénomènes paralytiques du côté de la vessie et fièvre de 39°.

Pour assurer le diagnostic on fait une ponction lombaire et l'on retire un liquide trouble à l'examen duquel on découvre des bacilles tuberculeux en assez grand nombre. Quelques jours plus tard, on refait la ponction et on retrouve les bacilles tuberculeux dans le liquide. Il s'agissait donc d'une méningite tuberculeuse qui comportait un pronostic fatal. Mais, contrairement à toute attente, la première ponction fut déjà suivie d'une amélioration notable et le malade finit par guérir après la disparition progressive de tous les symptômes, et une convalescence très longue.

Suppuration post-typhique (Beitrag zur Kenntniss der post-typhœsen Eiterungen), par Sultan (*Deut. med Woch.*, 1894, n° 34, p. 675). — Il s'agit d'une femme de 35 ans qui six ans auparavant a eu une fièvre typhoïde compliquée, pendant la convalescence, de la formation de deux abcès : un au niveau de la clavicule droite qui s'ouvrit spontanément et laissa sortir une forte quantité de pus, l'autre très volumineux, au niveau du rebord costal. Le premier abcès se cicatrisa complètement; le second, ouvert par le chirurgien, resta fistuleux et se remplissait de pus assez régulièrement tous les deux mois.

La malade entrait à l'hôpital pour la fistule en question et pour une tumeur développée sur la clavicule droite, tumeur qui à l'examen fut reconnue pour un abcès. Les deux abcès furent ouverts de nouveau, des séquestres enlevés de la clavicule et de la douzième côte et les pouches curettées. Guérison. L'examen bactériologique du pus de l'abcès claviculaire montra l'existence de bacilles typhiques virulents ; le pus de l'abcès costal ne fut pas examiné.

L'auteur insiste sur ce fait que, dans ce cas, les bacilles typhiques sont restés dans l'organisme pendant six ans sans rien perdre de leur virulence.

BIBLIOGRAPHIE

La chimie de la cellule vivante, par A. Gautier. 1 volume de l'*Encyclopédie des aide-mémoire*, G. Masson, 1894.

Montrer que les parties actives des cellules de l'organisme animal « fonctionnent à l'abri de l'oxygène à la façon des microbes anaérobies », et que si l'oxygène concourt à détruire les produits créés dans cette première phase ce n'est que secondairement, tel est le but de ce remarquable ouvrage. Il modifie ainsi profondément les doctrines physiologiques anciennes qui admettaient que tous les produits de désassimilation de l'organisme étaient des produits d'oxydation.

Pour arriver à cette démonstration, l'auteur, après quelques pages sur l'histologie de la cellule, montre comment fonctionnent les organismes mono-cellulaires, en quoi la vie anaérobie diffère de la vie aérobie ; il explique comment un même organisme, tel que la levure de bière, peut, suivant les conditions, présenter l'un ou l'autre de ces modes d'existence, et comment chez un autre micro-organisme, le tyrothrix urocephalum, l'urée peut se former sans intervention aucune de l'oxygène.

Après cette première partie, étudiant avec une grande précision l'assimilation et la désassimilation dans l'organisme animal, l'auteur démontre que le protoplasma de la plupart des cellules, notamment des cellules hépatiques, est essentiellement réducteur, « qu'il édifie, sécrète et organise ses produits spéciaux à l'abri de toute intervention de l'oxygène. » D'une première phase de destruction des albuminoïdes résultent donc des produits de dédoublement, formés par simple hydratation, qui sont l'urée, les sucres, le glycogène, les corps gras, les corps uriques, les leucomaïnes, etc... De ces différents produits, les uns (créatine, urée, leucomaïnes, etc.) passent directement dans les urines sans transformations ultérieures; d'autres subissent diverses transformations ; d'autres enfin, les dérivés ternaires, les substances grasses, acides gras, etc... subissent dans le sang ou à la périphérie des cellules une série d'oxydations « qui finalement les transforment en produits sur-oxygénés, eau et acide carbonique principalement », et « fournissent à l'économie un supplément considérable de chaleur et d'énergie. »

L'ouvrage se termine par l'étude de ces divers produits de désassimilation; il contient donc en peu de pages un grand nombre de données absolument nouvelles, appuyées sur des démonstrations rigoureuses, et que liront avec grand profit tous ceux qui s'intéressent à ces questions, actuellement si importantes, de chimie biologique.

P. L.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Dezormeaux, chirurgien honoraire des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, dont le nom se rattache aux premières expériences faites en vue d'éclairer à l'aide de l'endoscope les cavités viscérales; et de M. le Dr Filleau, président de la Société clinique des praticiens de France.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

REVUE GÉNÉRALE

De la valeur clinique du chimisme stomacal,

Rapport présenté par M. HAYEM, au Congrès de médecine interne de Lyon.

Mon premier devoir est d'adresser au Comité d'organisation du Congrès mes félicitations et mes remerciements. Je le félicite d'avoir fait choix d'une question qui, tout en étant — de même que toutes les questions scientifiques contemporaines — internationale, est devenue dans ces derniers temps éminemment française, grâce à des travaux parmi lesquels ceux de l'Ecole de Lyon occupent un rang des plus distingués. Je le remercie d'avoir bien voulu encourager les recherches que j'ai entreprises en me faisant l'honneur de me nommer rapporteur, alors qu'il lui aurait été si facile de trouver parmi mes savants confrères de Lyon des rapporteurs de la plus haute compétence.

Cela dit, je ne laisse pas d'être assez embarrassé pour remplir la tâche difficile que j'ai acceptée.

Quoique nouvelle encore, l'étude du chimisme stomacal a suscité déjà bien des travaux; elle est en quelque sorte richement documentée. Ces travaux ont été poursuivis dans des directions diverses et sont disséminés dans des recueils ou dans des mémoires nombreux. Ils présentent, en outre, un caractère très technique et font appel à des connaissances spéciales, de telle sorte que, tout en m'adressant à un public d'élite, fort au courant des recherches les plus récentes, il m'est permis de supposer que beaucoup d'entre vous sont encore peu familiarisés avec les procédés d'examen chimique du suc gastrique et incomplètement renseignés sur les résultats cliniques qu'on en peut obtenir. Il me paraît donc utile de commencer mon exposé par la description de ces procédés et par l'examen critique de leur valeur respective, puis de le terminer en discutant l'interprétation des faits révélés par ces divers modes d'exploration. Mais en remplissant ce programme, j'éviterai de placer la question sur un terrain par trop étroit. Vous me permettrez de lui donner plus d'ampleur, en l'envisageant d'une manière très générale et en laissant de côté maints détails techniques. Je m'efforcerai surtout de marquer le but des recherches entreprises sur la chimie gastrique et de définir la voie dans laquelle il convient de les poursuivre pour en tirer le plus grand parti possible au point de vue clinique.

I

Tout progrès en séméiologie et par conséquent dans l'art de poser un diagnostic est lié en médecine à un perfectionnement dans les méthodes d'examen des malades. Quand on a voulu jeter un certain jour sur l'histoire confuse et d'ailleurs très complexe des maladies de l'estomac, on a dû s'inquiéter tout d'abord des procédés propres à nous renseigner sur l'état statique et fonctionnel de cet organe. La palpation et la percussion de l'estomac et des viscères voisins fournissent des renseignements qui, rapprochés des signes subjectifs révélés par l'interrogatoire des malades, sont d'une grande importance, mais maintes fois aussi très insuffisants. On s'est donc ingénié à multiplier les modes d'exploration et dans ces dernières années on a introduit dans la science des procédés nouveaux au nombre desquels l'étude chimique du contenu gastrique me paraît être de beaucoup le plus important.

La cavité stomacale communiquant avec l'extérieur par un canal assez large et peu sensible, il était rationnel de chercher à y pénétrer directement pour y puiser les produits de sa sécrétion. C'est ce qu'ont déjà compris à la fin de siècle dernier Réaumur et l'abbé Spallanzani lorsqu'ils ont exécuté les mémorables expériences qui nous fournirent les premiers renseignements sur les propriétés digestives du suc gastrique Il fallut, cependant, attendre plus de cent ans pour que la méthode ingénieuse de ces savants fût reprise, perfectionnée et appliquée à la solution de divers problèmes de physiologie et de pathologie.

Kussmaul avait vulgarisé l'emploi de la pompe stomacale dans un but thérapeutique, quand Leube eut l'idée de faire servir cet instrument ou les siphons de caoutchouc qui le remplacent avantageusement à l'étude des troubles fonctionnels de l'estomac. Tout d'abord il chercha à se rendre compte de l'insuffisance motrice. Il faisait faire à ses malades un repas copieux composé d'une soupe, d'un bifteck et de pain blanc. Au bout de sept heures il pratiquait le sondage. Des déterminations faites chez l'homme sain lui avaient montré qu'au bout de ce temps l'estomac redevient vide. Lors donc que, chez un individu se plaignant de l'estomac, le lavage pratiqué dans ces conditions avec deux entonnoirs d'eau,

ramenait des débris et des résidus alimentaires, il portait le diagnostic de catarrhe gastrique; lorsque, au contraire, le liquide ressortait clair, il admettait suivant les cas la gastralgie, l'ulcère ou la dyspepsie nerveuse.

Il attachait une grande importance à ce mode d'exploration et en tirait les indications du traitement.

Mais Leube ne se bornait pas à cet examen des fonctions motrices Il se servait également d'un procédé qu'il croyait propre à renseigner sur les qualités de la sécrétion stomacale. Il introduisait dans l'estomac à jeun au moyen de la sonde 100 cc. d'eau glacée. Au bout de dix minutes, le contenu stomacal était extrait et l'estomac était lavé avec 300 cc. d'eau distillée. Les liquides recueillis étaient examinés au point de vue de leurs réactions et servaient à exécuter des digestions artificielles. Telle fut la première ébauche de l'étude clinique du suc gastrique. La voie était ouverte et on savait dès lors qu'il était possible au clinicien de chercher à se rendre compte du fonctionnement chimique de l'estomac.

Depuis cette époque l'étude du contenu gastrique retiré à l'aide de la sonde pendant le cours de la digestion est venue enrichir la technique de plus en plus complexe et perfectionnée de l'examen des malades. Il s'agissait de surprendre l'estomac en plein travail et d'acquérir une notion plus ou moins précise sur la nature de ce travail en appréciant quelques-unes des qualités physiques, chimiques et physiologiques du chyme extrait mécaniquement à un moment déterminé de l'acte digestif. Il ne faut pas perdre de vue que ce mode d'exploration a été institué par des médecins dans le but de faciliter le diagnostic des diverses affections gastriques et que, par suite, les promoteurs de la méthode se sont surtout appliqués à trouver des procédés simples et expéditifs.

On croit, en général, qu'un procédé doit nécessairement posséder de telles qualités pour être clinique, comme si la précision scientifique devait être seule réservée aux recherches de laboratoire.

Que furent ces premiers procédés?

Les médecins allemands qui eurent le mérite d'introduire dans la pratique ces nouveaux moyens de diagnostic prirent pour point de départ de leurs recherches une théorie de la digestion stomacale qui, bien qu'elle soit encore acceptée aujourd'hui par beaucoup d'auteurs, est certainement inexacte ou tout au moins fort imparfaite. Ils croyaient que les glandes stomacales normales retirent du sang de l'acide chlorhydrique qui, mis en liberté par le travail glandulaire, représente avec la pepsine l'élément actif du suc gastrique et le facteur principal pour ne pas dire unique de l'acidité stomacale. Cette théorie a été exprimée nettement par Ewald sous la forme suivante : « La richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique libre est le thermomètre de l'activité fonctionnelle de l'estomac. » Il s'agissait donc tout simplement pour les premiers observateurs de mesurer l'acidité totale, puis de rechercher qualitativement l'HCl libre. Pour cette recherche qualitative, on s'est servi des réactifs colorants sur lesquels deux expérimentateurs français, MM. Laborde et Dusart, ont les premiers attiré l'attention en montrant la réaction fort sensible du violet de méthyle en présence de l'acide chlorhydrique. Lorsque les réactions qualitatives étaient nettement positives, les observateurs en concluaient que l'acidité était due à l'HCl, et ils appliquaient la valeur numérique fournie par l'acidimétrie à l'HCl libre du contenu stomacal. Lorsque les réactions qualitatives étaient douteuses ou faibles, ils en concluaient que la plus grande partie de l'acidité était due aux sels acides, et ils mesuraient alors la richesse en HCl libre en comparant entre elles, d'une part des solutions colorimétriques renfermant des quantités connues d'acide chlorhydrique, d'autre par du suc gastrique additionné du même réactif colorant. En ajoutant que l'étude du suc gastrique était complétée par la recherche des acides gras, par l'essai de la valeur digestive du liquide à l'aide de digestions artificielles, par la recherche des peptones et par l'examen du pouvoir réducteur, j'aurai donné une indication suffisante des procédés qui ont prévalu pendant longtemps.

Aujourd'hui, nous savons qu'ils exposent à des erreurs et constituent une méthode notoirement insuffisante. Appliquée par un grand nombre d'auteurs et notamment par Ewald et Boas, cette méthode n'a apporté, au point de vue physiolosique, aucune lumière nouvelle sur la digestion stomacale, et au point de vue qui nous occupe, celui du diagnostic des maladies de l'estomac, elle n'a pu servir qu'à introduire dans la science des données confuses, contradictoires, qui faillirent discréditer le principe même du nouveau mode d'examen des malades et en compromettre l'avenir.

Fort heureusement, le problème de la fonction chimique de l'estomac devait recevoir bientôt une solution plus scientifique. Bien que l'emploi des colorants ait été perfectionné, et qu'à l'aide de certaines combinaisons de moyens, on soit parvenu à le faire servir à des dosages quantitatifs, je ne m'étendrai pas plus longuement sur ce sujet, et j'indiquerai immédiatement les motifs qui m'ont déterminé à utiliser pour mes recherches personnelles le dosage des différents produits chlorés.

Lorsqu'en 1888 je voulus, poursuivant mes études sur les anémies, entreprendre des recherches sur la dyspepsie des chlorotiques, j'eus la bonne fortune de pouvoir m'adjoindre comme collaborateur mon préparateur, M. Winter, chimiste des plus distingués. Nous ne tardâmes pas à nous apercevoir qu'il était nécessaire de trouver des procédés d'analyse plus rigoureux que ceux qui étaient alors en faveur.

Le travail chimique de la digestion est une opération complexe, plus complexe que ne semblent l'avoir pensé jusqu'à présent la plupart des médecins. Il ne fallait pas songer, avec les petites quantités de liquide qu'on extrait de l'estomac en travail pendant le cours d'une digestion donnée, à faire une analyse complète du suc gastrique, c'est-à-dire à évaluer, à doser à l'aide de moyens précis, les agents qui prennent part à ce travail et les produits qui en résultent. Mais nous savions, grâce aux recherches de nos devanciers, que le chlore paraît jouer un rôle prépondérant dans la fermentation stomacale. Or, le chlore est précisément, de tous les éléments chimiques actifs que l'on peut rencontrer dans l'estomac, celui qui peut y être le plus exactement mesuré. Il était donc indiqué de chercher une méthode analytique capable de faire connaître les variations des diverses formes du chlore pendant le cours de la digestion stomacale. C'est là ce qui a été réalisé par M. Winter à l'aide d'un procédé qu'on peut appeler *cholorométrique*.

A ce moment, relativement à la cause de l'acidité du suc gastrique, deux opinions également plausibles étaient en présence : celle de Bidder et Schmidt qui rapportait cette acidité à la sécrétion et à l'existence dans le contenu stomacal d'acide chlorhydrique libre; celle de M. Ch. Richet, dont les observateurs allemands n'avaient tenu aucun compte, opinion qui invoquait la présence dans le suc gastrique d'HCl combiné à des matières organiques de la nature des leucines.

Les recherches les plus récentes, poursuivies à l'aide des procédés que nous avons mentionnés, semblaient toutefois faire pencher la balance du côté des conclusions de Bidder et Schmidt. On avait bien formulé quelques restrictions au sujet de la fixation possible de l'acide chlorhydrique sur les matières alimentaires et on avait

remarqué que, tout en conservant son acidité, ce corps pouvait échapper aux indications des réactifs usités. Mais jusqu'alors, la notion des combinaisons chlorhydro-albuminoïdes était restée mal précisée. Personne n'avait songé à attribuer à ces combinaisons un rôle, une raison d'être dans le processus de la peptonisation; personne n'en avait démontré l'existence dans le suc gastrique, à l'état de combinaisons fixes, définies et dosables.

Aussi, les recherches que nous avons poursuivies en commun, M. Winter et moi, avec le procédé chlorométrique, entreprises d'abord dans le but de perfectionner l'analyse clinique du suc gastrique, nous ont-elles entraînés à mettre en doute la plupart des notions classiques sur la fonction chimique de l'estomac.

Il serait à coup sûr trop long de vous présenter un résumé, même très succinct, des études que nous avons faites. Cependant, je crois indispensable de rapporter ici quelques-unes de nos conclusions.

L'expression de « chimisme stomacal » dont nous avons fait usage et qui depuis semble avoir été adoptée, s'applique à l'étude des éléments chlorés et de leurs variations pendant le cours de la digestion.

L'étude de ce chimisme, poursuivie dans les conditions les plus normales, révèle un certain nombre de faits qui peuvent être formulés, toute réserve faite de leur interprétation théorique, de la manière suivante :

La sécrétion stomacale qui prend naissance sous l'influence de l'excitation produite par l'aliment est une sécrétion chlorurée saline. Lorsque l'aliment ne renferme pas de substances albuminoïdes, autrement dit quand il ne contient pas de matériaux à digérer, le chlore renfermé dans le suc gastrique se présente presque exclusivement sous forme de chlore minéral.

Cependant on trouve toujours dans le suc gastrique des combinaisons chloro-organiques, qu'on ait eu recours comme excitant à l'eau distillée ou à une simple action mécanique, ce qui semble résulter de la présence dans l'estomac soit de résidus alimentaires, soit surtout de détritus cellulaires.

Dans le cours de la digestion normale d'un repas mixte, dès qu'ont pénétré dans l'estomac des matières susceptibles d'être digérées et transformées en peptones, les chlorures fixes sont utilisés au fur et à mesure de leur sécrétion sous forme de combinaisons chloro-organiques. Quant à l'HCl libre, il paraît être un produit accessoire et en quelque sorte accidentel de l'acte digestif.

Ainsi donc, contrairement à l'opinion classique, l'HCl se trouve surtout dans le suc gastrique normal à l'état de combinaisons organiques. Dans les conditions les plus physiologiques, ces combinaisons organiques du chlore ont la même valeur acide que la quantité d'acide chlorhydrique qu'elles renferment et elles représentent, dans tous les cas, le facteur de beaucoup le plus important de l'acidité totale.

Ce dernier fait, aujourd'hui définitivement acquis, a une valeur physiologique incontestable. Vous remarquerez qu'il est venu montrer d'une manière éclatante l'insuffisance des méthodes soit colorimétriques, soit chimiques, fondées sur la recherche de l'acide chlorhydrique libre.

A partir du moment où M. Winter nous a mis en possession de ce procédé, les observations anciennes devaient être considérées comme incomplètes. Il était indispensable d'en recueillir de nouvelles en tenant compte dans l'examen du suc gastrique des divers produits chlorés et notamment de l'acide chlorhydrique organiquement combiné. De l'introduction dans la science du procédé Winter date donc une ère nouvelle pour l'étude de la chimie pathologique de l'estomac.

La chlorométrie n'exclut pas les autres procédés d'examen relatifs à la recherche des acides gras et des produits de la digestion, mais dans le cours de nos travaux nous avons vu que la méthode des digestions artificielles, regardée jusqu'alors comme capable de fournir des indications précieuses, expose à des erreurs d'appréciation et nous en avons négligé l'emploi.

Notre procédé d'étude étant plus complet, nous avons relevé chez les malades des états chimiques plus nombreux que ceux qui ont été décrits. Les différents facteurs que nous dosons peuvent être effectivement combinés de manière à créer des types chimiques assez divers. Parmi ces types il en est un qui avait nécessairement échappé à l'observation, c'est celui qui est caractérisé par une augmentation plus ou moins considérable dans le contenu stomacal des produits chloro-organiques.

La détermination précise de ces types n'est pas sans offrir quelques difficultés sur lesquelles il m'est impossible de garder le silence.

Pratiquement, on fait faire aux malades un certain repas d'épreuve que l'on extrait, en général, au bout d'une heure. Ce sont les résultats analytiques obtenus dans ces conditions qui servent à caractériser la déviation chimique du travail digestif. Or, pour un repas d'épreuve donné, toujours le même, la marche du travail digestif varie à l'état pathologique d'une manière fort appréciable. Tandis qu'à l'état le plus normal la digestion du repas d'épreuve arrive à son acmé au bout d'une heure, on constate que chez les malades l'évolution digestive est, au bout de ce temps, tantôt encore dans sa première phase ou phase d'accroissement, tantôt déjà dans sa phase ultime ou de déclin. Il résulte de ces variations qu'en suivant la méthode courante, on obtient des résultats analytiques qui ne correspondent pas à la même phase de la digestion et par suite ne sont pas comparables entre eux. Il m'a donc fallu compléter l'étude des variations quantitatives et qualitatives du processus digestif par celle des *troubles évolutifs*. Une digestion stomacale, pour un certain repas d'épreuve, n'est scientifiquement déterminée que lorsqu'on s'est rendu compte de sa marche évolutive, c'est-à-dire de son évolution dans le temps. D'où la nécessité, dans certains cas donnés, de faire l'étude des troubles digestifs à l'aide des analyses en série continue ou en série interrompue. On reconnaît ainsi le vrai type chimique alors que celui-ci est obscur ou mal dessiné à la suite d'une seule analyse et on acquiert un renseignement précis sur la durée de la digestion. A cet égard, les gastropathes se divisent en deux catégories principales : 1° ceux chez lesquels l'évacuation stomacale est plus ou moins retardée; 2° ceux chez lesquels, au contraire, l'évacuation stomacale est hâtive et en quelque sorte prématurée. Cette distinction présente une importance pratique de premier ordre.

Je mets sous vos yeux deux tableaux (nos 1 et 2), l'un représentant l'évolution de la digestion du repas d'épreuve chez l'homme, dans les conditions les plus normales; le second, la marche de la digestion du même repas dans un cas où, malgré l'absence de tout obstacle mécanique à l'évacuation stomacale, celle-ci était très retardée. A première vue, vous constaterez sur ces deux tableaux des différences considérables dans la marche des valeurs dosées et vous pourrez vous rendre compte d'une des anomalies les plus fréquentes du processus digestif.

Je me borne à ces considérations générales sur la partie technique de la question et crois pouvoir maintenant, en manière de conclusion, définir le *chimisme stomacal* envisagé au point de vue clinique.

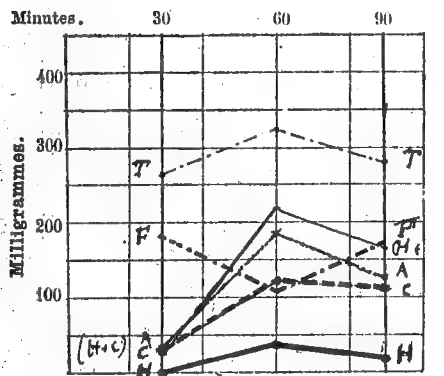
Le chimisme stomacal est l'ensemble des renseigne-

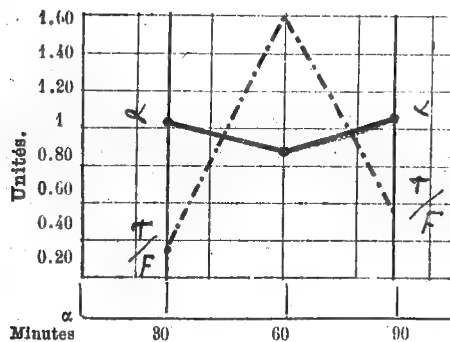
ments sur la fonction chimique de l'estomac, révélés par l'analyse du contenu gastrique extrait pendant le cours d'une digestion donnée.

Dans l'état actuel de nos connaissances, l'étude clinique la plus parfaite que l'on puisse faire de la fonction gastrique comprend la détermination des variations de l'élément chlore et je n'hésite pas à dire que ce but est parfaitement et complètement rempli à l'aide du procédé imaginé par mon collaborateur M. Winter. Lorsque, dans les applications de ce procédé à l'examen des malades, on se sert de la méthode des analyses en série, on obtient facilement les valeurs des différents produits chlorés aux diverses phases de la digestion et ces valeurs peuvent être disposées sous la forme d'un graphique qui représente à la fois les déviations quantitatives, qualitatives et évolutives d'une digestion donnée. Je ne connais pas de méthode clinique qui puisse fournir un résultat aussi précis et aussi complet. Nous surprenons l'estomac en plein travail et nous représentons ce travail sous la forme des variations de l'élément actif le plus important qui y prenne part, depuis le début du processus jusqu'à son déclin.

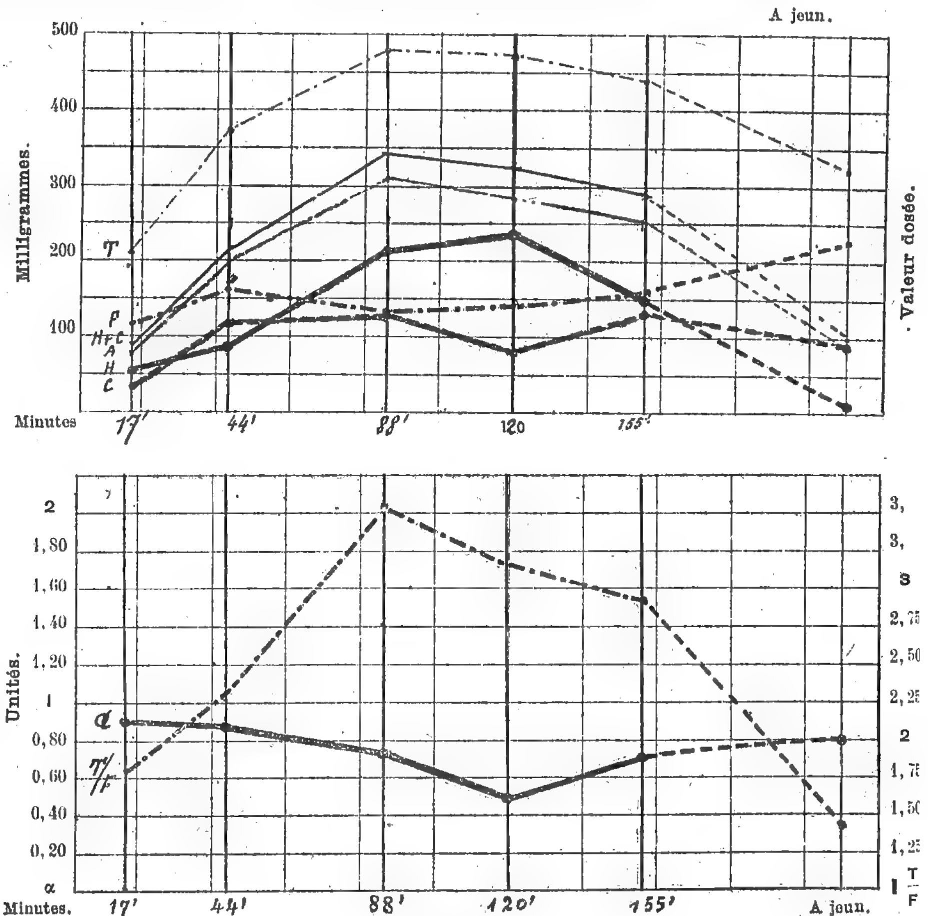
L'acte à étudier est démasqué dans ses principaux caractères et la fonction troublée est mesurée, calculée, graphiquement inscrite quelles que soient les fluctuations qu'elle présente pendant son évolution dans le temps.

Comment une pareille étude de physiologie pathologique pourrait-elle être sans valeur pratique?





Graphique 1.



Graphique 2.

N'êtes-vous pas frappés, au contraire, de la haute portée que doit avoir un mode d'examen ayant une rigueur scientifique telle, qu'il constitue actuellement le modèle des procédés scientifiques usilisables en clinique?

II

Entrons dans le cœur même de la question en abordant l'examen de la signification des renseignements fournis par le chimisme stomacal.

Nous voici en présence de troubles nettement définis de la fonction chimique de l'estomac. Ces troubles, nous ne devons pas l'oublier un instant, représentent et ne peuvent représenter que des signes de maladies. Ce sont des signes à coup sûr très importants, très précieux, ayant une grande valeur diagnostique. Mais ils ne doivent en aucun cas perdre leur rang de simples éléments séméiotiques. Ils ne caractérisent pas par eux-mêmes et considérés isolément une maladie, et il est nécessaire, dans tous les cas, de les rapprocher de tous les autres renseignements fournis par la clinique, de les faire intervenir dans le travail de synthèse qui s'opère dans notre esprit quand nous nous élevons à la conception nosologique d'une maladie.

J'insiste sur ce point, car il me paraît évident que quelques-uns des auteurs contemporains, vivement impressionnés par les révélations de l'exploration de l'estomac avec la sonde, se sont un peu hâtés en créant des espèces morbides nouvelles, uniquement caractérisées par des troubles fonctionnels.

On ne croyait guère autrefois à la dyspepsie nerveuse ou essentielle. C'est à peine si les auteurs classiques d'il y a une vingtaine d'années lui avaient réservé un maigre chapitre dans leurs traités. Un des premiers résultats de

l'introduction en clinique des nouveaux procédés d'exploration gastrique fut de donner une extension considérable à la dyspepsie nerveuse.

On fit de l'estomac une sorte de viscère à part, unique en son genre, exceptionnel. Malgré sa structure essentiellement glandulaire, malgré sa communication directe avec l'extérieur qui a pour résultat de l'exposer à de nombreuses et violentes causes d'irritation, depuis les premières heures de la naissance jusqu'à l'âge le plus avancé, d'y entretenir une riche flore microbienne et, par suite, diverses fermentations et un dégagement incessant de substances toxiques, on gratifia l'estomac de nombreuses variétés de troubles nerveux.

Les premiers observateurs, en se servant de méthodes imparfaites, en limitant l'étude du suc gastrique à la seule recherche de l'HCl libre, trouvèrent nécessairement parmi les dyspeptiques, c'est-à-dire parmi les malades se plaignant de troubles gastriques, des individus ayant les uns un suc gastrique d'apparence normale, les autres un suc gastrique altéré. Il a suffi, pour réduire à néant cette division des états dyspeptiques en dyspepsies chimiques et en dyspepsies nerveuses ou sans trouble chimique, de faire une étude plus exacte du suc gastrique et surtout de la fonction chimique considérée dans le temps. Tels malades dont le suc gastrique présente une heure après l'ingestion du repas d'épreuve un contenu stomacal d'apparence normale ou peu s'en faut, fournissent à un autre moment de l'évolution digestive un suc gastrique fortement adultéré..

Aujourd'hui, la dyspepsie nerveuse n'a plus pour caractère un chimisme normal. Divers troubles sécrétoires et chimiques, notamment l'augmentation de la sécrétion gastrique, l'hyperacidité par mise en liberté excessive d'acide chlorhydrique libre ou bien, au contraire, l'anachlorhydrie, peuvent constituer pour beaucoup d'auteurs des maladies primitives, essentielles et capables même d'engendrer, lorsqu'elles persistent, des altérations secondaires de l'appareil glandulaire.

Quelle méthode devons-nous suivre pour apprécier la valeur de ces conceptions ingénieuses, mais purement hypothétiques? Elle éclate dans tout son jour dans l'œuvre des grands cliniciens. Par quel procédé notre Laënnec est-il arrivé à élever un monument impérissable, construit sur des bases inébranlables? L'auscultation médiate de la poitrine lui a révélé des signes de maladies d'une grande valeur diagnostique. C'est à l'examen des cadavres, à l'anatomie pathologique, qu'il s'est adressé pour apprendre à connaître la signification de ces signes.

Les variations du chimisme stomacal fournissent, en séméiotique, des données comparables à celles que nous fait acquérir la perception des modifications des bruits respiratoires ou cardiaques.

Il fallait donc, en s'inspirant de la saine tradition médicale, rechercher une corrélation entre les signes dont venait de s'enrichir la séméiologie des affections gastriques et les lésions auxquelles est sujet l'appareil glandulaire de l'estomac.

C'est la méthode que j'ai suivie et que je me suis efforcé de faire suivre à mes élèves. Elle est longue, pénible, mais elle me paraît être la seule capable de donner des résultats dégagés de toute conception spéculative.

N'attendez pas de moi une description, même sommaire, des multiples et complexes altérations de l'appareil glandulaire de l'estomac. Permettez-moi cependant, sans sortir du cadre de la question, de vous soumettre quelques considérations sur ce sujet.

Plus je multiplie mes études histologiques et plus j'arrive à me convaincre que la pathologie gastrique n'obéit pas à d'autres lois générales que celles qui régissent la pathologie des autres organes de la cavité du ventre ou de la poitrine. De même que le foie ou les reins ne présentent guère de troubles fonctionnels appréciables que lorsqu'ils sont lésés et parfois profondément atteints : de même les troubles fonctionnels de l'estomac correspondent dans les cas les plus habituels à des lésions et le plus souvent à des lésions de la plus haute importance.

Lorsqu'on invoque un désordre nerveux pour expliquer un trouble fonctionnel de l'estomac, on suppose implicitement que la muqueuse stomacale de l'homme est rarement altérée ou que, tout au moins, elle est souvent saine. C'est là une profonde erreur.

Il résulte de mes investigations anatomiques, aujourd'hui très nombreuses, qu'il est impossible de trouver chez l'adulte un estomac normal. Contrairement à ce que nous observons chez l'animal, par exemple chez le chien encore jeune, dont la muqueuse stomacale est toujours saine et même remarquablement résistante aux causes d'irritation, l'homme adulte, exposé de longue date aux conséquences d'une mauvaise hygiène individuelle, présente des lésions stomacales. Je ne parle pas de petites modifications histologiques de peu d'importance, mais de grosses altérations.

J'ai examiné des estomacs de suppliciés, des estomacs de jeunes sujets ayant succombé rapidement à des maladies aiguës de courte durée, pneumonie, méningite tuberculeuse, fièvre typhoïde, etc., et j'y ai reconnu des lésions, non pas récentes, superficielles, limitées, mais profondes, étendues, anciennes, résultant d'un travail pathologique à lente évolution, ayant débuté à une époque très antérieure à celle du décès.

Ces résultats n'ont pas lieu de nous étonner, car ils concordent absolument avec la grande difficulté de trouver un estomac dont la fonction chimique soit sensiblement normale.

Certes, le nombre des dyspeptiques est considérable et cependant les individus qui se plaignent de l'estomac ne représentent qu'une portion de ceux qui sont atteints de lésions glandulaires de cet organe.

On est en droit d'en conclure que les troubles dits dyspeptiques doivent être très souvent précédés et pour ainsi dire préparés par des états organopathiques restés latents pendant un temps plus ou moins long.

L'existence de ces états gastriques latents, dont j'ai admis la grande fréquence, éclate parfois dans tout son jour lorsqu'un individu, jusque-là en apparence bien portant, est enlevé en quelques heures, par suite d'une perforation de l'estomac, consécutive à une lésion chronique et ancienne de l'organe. Parmi les altérations de l'appareil glandulaire qui étaient restées à peu près complètement méconnues, je dois signaler d'une manière toute spéciale celles qui constituent les diverses formes de l'affection à laquelle j'ai donné le nom de gastrite parenchymateuse.

Bien que sous le terme de gastrite chronique (catarrhe chronique des auteurs allemands) on ait décrit des altérations très diverses, quelques observateurs ont signalé, dans ces dernières années, des altérations glandulaires qui n'étaient pas comprises dans les anciennes descriptions. Korczinski et Jaworsky notamment, en étudiant des fragments d'estomac excisés pendant la vie chez des malades atteints d'ulcère, ont observé un processus morbide qu'ils ont voulu opposer au catarrhe muqueux (alcalin) et que, pour cette raison, ils ont désigné sous le nom de *catarrhe à suc acide*.

D'après eux, à la suite d'une irritation de la muqueuse, il y aurait production d'une infiltration leucocytaire avec fluxion. Par suite de cette congestion, les éléments cellulaires des glandes fonctionneraient d'une manière

exagérée et il en résulterait une augmentation quantitative et qualitative des sécrétions. Il se produirait ainsi pendant la vie, sous l'influence du contact de ce suc acide avec les éléments des glandes, une digestion des cellules principales, tandis que les cellules de revêtement persisteraient. L'abondance du suc gastrique entretiendrait une irritation continue d'où naîtraient l'hypersécrétion et le catarrhe acide.

En laissant de côté la partie théorique et obscure de ce travail, en n'en retenant que les faits anatomo-pathologiques, on voit que les auteurs ont signalé la coïncidence d'une infiltration leucocytaire avec une lésion particulière qui consisterait en une sorte de digestion des cellules principales pendant la vie. En vérité, quoi qu'on en ait dit, ce ne sont pas là les traits principaux de la gastrite parenchymateuse. Celle-ci est, en effet, caractérisée par un processus qui évolue essentiellement dans les éléments glandulaires et qui, dans les formes pures, est absolument indépendant de toute infiltration leucocytaire. Elle débute dans la région peptique et tend habituellement à se généraliser et alors apparaît un fait des plus curieux, qu'aucun auteur n'avait signalé, à savoir, la transformation complète de la région pylorique, dont les glandes prennent à ce point les caractères des glandes peptiques qu'il devient impossible de distinguer les coupes provenant du pylore de celles qui sont faites au niveau du grand cul-de-sac.

L'irritation qui a pour siège les éléments glandulaires préexistants présente diverses variétés anatomiques. Elle peut être simplement néoformative, d'autres fois elle se complique de dégénérescence des éléments néoformés ou d'exsudation intra-cellulaire.

Les néoformations portent tantôt principalement sur les cellules bordantes, tantôt sur les cellules dites principales. Mais on n'observe jamais la disparition complète de l'une ou l'autre de ces cellules. Dans une de mes observations, les tubes glandulaires étaient remplis d'un nombre considérable d'éléments pressés les uns contre les autres et, en certains points, surtout au niveau des culs-de-sac, les éléments glandulaires étaient pâles, résistants aux colorants, comme atteints d'une sorte de nécrose de coagulation; mais cette lésion portait aussi bien sur les cellules bordantes que sur les petits éléments provenant de la multiplication des cellules principales. Je ne crois donc pas qu'il puisse se produire dans l'intérieur des glandes peptiques un suc acide qui digérerait une des espèces de cellules en respectant l'autre.

En admettant un pareil processus, il est probable que Korczinski et Jaworski ont été influencés par la théorie d'Heidenhain relative à la production de l'acide du suc gastrique par les cellules de bordure. Cette théorie, cependant, n'a jamais été démontrée et elle est difficilement conciliable avec les faits anatomiques.

L'étude que je poursuis en ce moment avec mon chef de laboratoire, M. Parmentier, sur l'état de l'estomac des nouveau-nés humains m'a fait voir qu'il existe déjà des cellules de bordure au moment de la naissance; que de plus, ces cellules présentent le plus souvent un développement relatif considérable dans les premiers mois de la vie. Or, on sait qu'à cet âge la digestion gastrique s'accomplit sans qu'aucune trace d'HCl soit mise en liberté. D'autre part, quelques-uns de mes examens anatomo-pathologiques montrent qu'on peut trouver chez l'adulte une hyperchlorhydrie intense sans que les cellules de bordure soient multipliées. Il ne paraît donc pas y avoir dans les tubes glandulaires de l'estomac une cellule productrice d'acide, cellule dont le fonctionnement exagéré serait la cause d'une hypersécrétion d'acide chlorhydrique.

Sous ce rapport, l'anatomie est en parfait accord avec les résultats des recherches physiologiques que nous avons faites, M. Winter et moi.

Néanmoins, la gastrite parenchymateuse, telle que je viens de la caractériser sommairement, est celle qu'on trouve dans les cas d'hyperchlorhydrie et l'on peut se demander quelle est la cause anatomique de la production excessive d'acide chlorhydrique libre.

Sur ce point, je me bornerai à dire que dans les cas que j'ai étudiés, l'hyperchlorhydrie était corrélative de la transformation des glandes pyloriques en glandes peptiques ou, si l'on veut, de la disparition dans la constitution de la muqueuse gastrique des glandes productrices du suc alcalin pylorique.

J'ajouterai que l'irritation des cellules principales paraît jouer, dans la production du phénomène, un rôle tout aussi important, plus important peut-être, que la lésion des cellules dites de bordure.

J'ai insisté sur la gastrite parenchymateuse sous ses diverses formes parce qu'elle représente la lésion anatomique de l'estomac des hyperpeptiques, de ceux qui pendant la vie seraient atteints, d'après les auteurs, de désordres protopathiques ou essentiels de la digestion.

Cette lésion est commune, profonde, grave; elle est pour l'estomac ce qu'est pour le rein la néphrite parenchymateuse. L'importance de cette constatation ne vous échappera pas. Un pareil processus peut-il résulter d'un trouble primitif du système nerveux? Cela n'est peut-être pas impossible. Pour le moment, je me borne à relever la coïncidence de certains signes et de certaines lésions et je crois pouvoir ajouter que, si l'on ne veut pas devancer les faits, il faut considérer tout ce qu'on a dit ou tout ce qu'on pourrait dire actuellement en dehors de cette simple loi de coïncidence comme pure hypothèse.

Sans entrer dans de plus grands détails, je formulerai le résultat général de mes recherches en répétant les conclusions de mon travail sur les troubles évolutifs de la digestion :

« A un type chimique fixe et bien caractérisé correspond un type structural particulier ou, en d'autres termes, à chaque modalité de fonctionnement correspond une certaine variété anatomique d'estomac.

» En suivant la méthode que je préconise, c'est-à-dire en mettant en parallèle les données séméiologiques et les renseignements fournis par l'anatomie pathologique, l'examen du suc gastrique devient le moyen de faire le diagnostic de la lésion stomacale. Il n'est plus permis aujourd'hui d'englober dans le mot « dyspepsie » des affections diverses, anatomiquement caractérisées et différenciées. Nous devons faire le diagnostic des diverses variétés de gastrite. Le diagnostic est pour ainsi dire inscrit, pour chaque cas donné, sur le graphique de l'évolution chimique de la digestion. »

J'ajouterai à ces conclusions concernant les gastrites quelques propositions complémentaires visant les facteurs qu'on a fait intervenir dans le diagnostic des autres affections organiques.

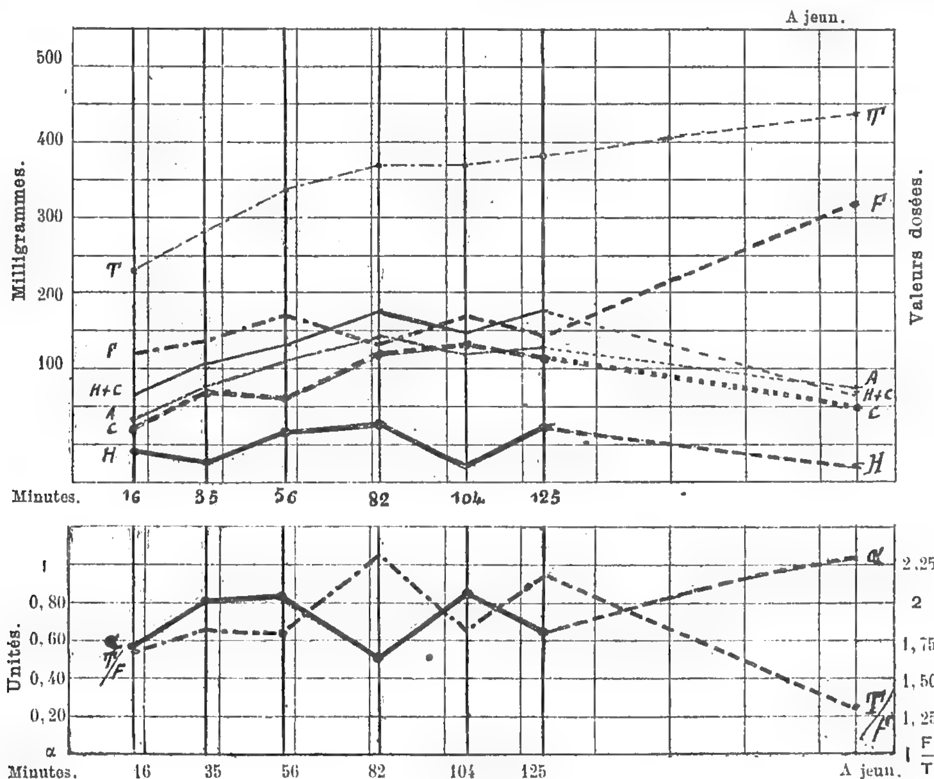
La question si controversée de la présence ou de l'absence de l'acide chlorhydrique libre dans le cancer de l'estomac a perdu tout son intérêt. L'état de la digestion dépend dans le cancer, comme dans toute autre circonstance, de la lésion de l'appareil glandulaire. Le plus habituellement le cancer se développe chez des hypopeptiques ou des apeptiques, le suc gastrique est alors dépourvu d'HCl libre et on trouve à l'autopsie une gastrite atrophique ou une transformation muqueuse, c'est-à-dire les lésions qui expliquent l'hypopepsie ou l'apepsie. Mais exceptionnellement on peut trouver chez les cancéreux un état hyperpeptique et ce fait insolite doit être aussi en corrélation avec l'état de l'appareil glandulaire, car mon chef de clinique, M. G. Lion, vient de préparer un esto-

mac cancéreux dans lequel on trouve des lésions bien accentuées de gastrite parenchymateuse.

On peut faire des remarques analogues au sujet de l'ulcère. Le plus ordinairement les ulcéreux sont des hyperpeptiques et la lésion coïncide avec une gastrite hyperpeptique plus ou moins pure. Mais la pathogénie de l'ulcère est complexe; il y a certainement plusieurs variétés d'ulcère. Aussi peut-on observer, quoique exceptionnellement, chez les ulcéreux, un type chimique hypopeptique et à l'autopsie une gastrite mixte à tendance atrophique en corrélation avec cet état du chimisme gastrique.

Il n'y a donc pas lieu de rechercher la caractéristique chimique soit du cancer, soit de l'ulcère. Toutefois nous savons que la gastrite parenchymateuse est le terrain de prédilection de l'ulcère, tandis que les gastrites chroniques à type chimique déprimé semblent favoriser le développement du cancer et le clinicien peut tirer parti de ces renseignements.

Les gastropathies ont souvent pour origine des troubles statiques, qui ont fait l'objet des intéressantes études poursuivies par M. Glénard. Souvent aussi, lorsqu'elles sont nées sous l'influence d'une irritation, elles peuvent se compliquer d'un désordre mécanique. Le chimisme



Graphique 3.

stomacal ne reste pas étranger au diagnostic des troubles statiques.

J'ai fait voir, effectivement, que l'évolution digestive suit une marche absolument régulière quand elle est uniquement influencée par la lésion glandulaire; qu'au contraire, elle est plus ou moins irrégulière dès qu'il existe un obstacle à l'évacuation gastrique. L'examen des graphiques n°s 2 et 3, tous deux relatifs à des ulcéreux, vous en apprendra plus à cet égard qu'une description détaillée des phénomènes. Dans le premier cas le pylore était libre; l'estomac pouvait, sans rencontrer d'obstacle, évacuer son contenu; dans le second, l'ulcère développé au niveau du pylore, était compliqué d'un certain degré de sténose.

Il ne me reste plus qu'un mot à dire touchant la signification des fermentations anormales, question également fort controversée et qui donne lieu encore chaque jour à des discussions.

Les affections dans lesquelles on observe ces fermentations sont assez variables. Les principales sont la gastrite parenchymateuse, les gastrites chroniques compliquées d'atonie ou de gêne mécanique à l'évacuation, et enfin les tumeurs bénignes ou non, capables, même lorsqu'elles ne siègent pas au niveau du pylore, de retenir des parcelles alimentaires. Les causes de ces fermentations sont encore peu connues. A cet égard nous n'avons à signaler pour le moment que les rapports paraissant exister entre certaines formes de fermentation et l'altération de la fonction chimique stomacale.

Les faits d'observation montrent, sans qu'on puisse encore en donner l'explication, que dans un milieu où l'acide chlorhydrique libre devient abondant, au moins à un certain moment, la *fermentation acétique* est favorisée. C'est ainsi que l'hyperchlorhydrie des hyperpeptiques est souvent compliquée de fermentation acétique. En pareille circonstance la fermentation lactique est rare et lorsqu'elle se rencontre elle se montre seulement d'une manière transitoire pendant les premières minutes de la digestion.

Au contraire, lorsque l'acide chlorhydrique libre fait défaut et à plus forte raison lorsqu'avec cet état, il existe une diminution dans la production des composés chloro-organiques acides, on voit souvent apparaître, pour peu que la digestion se prolonge, un degré plus ou moins accusé de fermentation *lactique*. Il y a déjà longtemps que j'ai signalé la fréquence et l'intensité de la fermentation lactique chez les cancéreux hypopeptiques, sans avoir toutefois attribué à ce fait une réelle valeur

diagnostique, l'acide lactique se rencontrant souvent en dehors du cancer.

III

Messieurs,

Arrivé à la fin de cet exposé qui, je le crains, a dû vous paraître un peu long, permettez-moi d'abuser encore un moment de votre bienveillante attention.

L'étude des maladies de l'estomac, facilitée aujourd'hui par une méthode scientifique d'une remarquable précision, est loin d'être achevée. Il est nécessaire pour la mener à bonne fin de recueillir un grand nombre de nouvelles observations cliniques. Ne vous paraît-il pas désirable que ces observations soient comparables entre elles et que tout médecin voulant recourir à ce travail puisse se servir des documents recueillis par les autres observateurs?

Or, actuellement il y a presque autant de procédés d'étude que d'observateurs; on ne s'entend même pas sur le choix du repas d'épreuve. Il est clair, cependant, que pour apprécier l'état pathologique, il est indispensable de connaître l'état normal. Vous serez donc étonnés d'apprendre que les promoteurs de repas spéciaux n'ont pas pris la peine d'étudier la digestion de leurs repas dans les conditions les plus normales.

Avant tout donc, il faudrait tomber d'accord sur l'emploi du repas d'Ewald, dont la digestion nous est bien connue.

L'uniformité dans les opérations chimiques relatives à l'examen du suc gastrique ne serait pas moins nécessaire.

Le procédé de Winter que j'ai adopté a soulevé quelques critiques. M. Winter me paraît avoir répondu victorieusement à toutes les critiques. Mais je ne veux pas m'en rapporter à lui. Tous ceux qui ont travaillé avec son procédé en ont reconnu l'exactitude et parmi eux je citerai notamment K. Wagner, de Saint-Pétersbourg, et les médecins italiens Cavallero et Riva-Rocci. J'accorde surtout une grande valeur à l'opinion autorisée de deux chimistes, A. Mizerski et Nencki, qui terminent leur remarquable travail par le résumé suivant :

« 1° Les procédés fondés sur l'emploi des réactifs colorants n'étant pas exacts, ne doivent pas être employés en clinique.

» 2° Des trois procédés que nous venons d'étudier, ceux de Sjœquist, de Sehmann, de Winter, le procédé chlorométrique est le seul qui réponde aux exigences de la pratique médicale pour les motifs suivants : il permet de doser l'HCl sous les divers états où il se trouve dans le contenu stomacal, il est tout à fait exact au point de vue analytique, il est simple et d'un emploi facile.

» En raison de tous ces avantages et en considérant que l'emploi d'un procédé universellement adopté pourra seul donner des résultats bien comparables entre eux et capables de jeter plus de lumière sur la pathologie de l'estomac et sur la thérapie, il est à désirer que le procédé chlorométrique soit seul employé dans toutes les études cliniques et physiologiques du contenu de l'estomac. »

Ce vœu que les deux chimistes russes ont émis en 1892, je propose aux membres du premier Congrès français de médecine interne de l'appuyer par un vote. Si vous accueillez ma proposition, je suis convaincu que vous ferez faire un pas important à la vaste question que vous avez inscrite à votre programme.

Nous publierons *in extenso* dans notre prochain numéro le rapport de M. le professeur Bourget (de Lausanne) sur le même sujet.

Les réactions électriques des nerfs sensoriels.

(Fin.)

II

Nous avons vu dans un précédent article (1) quelle est la technique employée pour rechercher les réactions galvaniques des nerfs sensoriels et les résultats que donne cette recherche, il nous reste maintenant à étudier leurs diverses modifications pathologiques.

A l'état pathologique, on n'a pas encore étudié, dit Remak, les modifications qualitatives des formules de réaction du *nerf optique*. Quant à leurs modifications quantitatives, on dit qu'il y a hyperesthésie lorsque la réaction est facile, torpeur du nerf lorsqu'elle est considérablement diminuée. Elle manque dans les lésions de la rétine et du nerf optique, et notamment dans l'atrophie papillaire, faits faciles à expliquer si l'on admet que la réaction dépend de l'excitabilité normale des fibres du nerf optique; elle manque également dans le décollement de la rétine (Neftel) (2). Dans l'atrophie du nerf optique, survenant au cours des affections de la moelle épinière, on observe une diminution de l'excitabilité électrique, plus marquée dans l'œil le plus atteint et arrivant peu à peu jusqu'à sa suppression complète. Dans des cas d'hémianesthésie hystérique sensitivo-sensorielle, Rosenthal a vu coïncider la perte ou une diminution énorme de la réaction électrique lumineuse et colorée du nerf optique, du côté atteint, avec l'abolition de la sensibilité cutanée, de la sensibilité électro-musculaire et du goût galvanique dans le côté correspondant.

Les modifications de l'excitabilité électrique des *nerfs du goût*, consistant soit dans une augmentation anormale, soit dans une diminution de la sensation perçue, sont constatables dans les anesthésies du trijumeau dépendant d'une lésion de la base du crâne dans les paralysies faciales périphériques dites rhumatismales et pouvant intéresser la corde du tympan; plus rarement dans les affections du nerf lingual. La sensation se manifeste dans les deux tiers antérieurs de la langue. Remak fait observer qu'elle se manifeste très rarement dans le tiers postérieur de la langue, innervé, comme on sait, par le glosso-pharyngien.

Dans les troubles du goût d'origine centrale, par exemple dans l'hémianesthésie hystérique complète sensitivo-sensorielle, il y a, par contre, diminution ou suppression du goût électrique dans toute une moitié de la langue. Evidemment, l'expérience dans laquelle on obtient le goût galvanique en mettant le pôle différent à la nuque, paraît indiquer que cette sensation résulte de l'excitation des centres du goût plutôt que de l'excitation des conducteurs nerveux qui y aboutissent, et il semblerait par conséquent que la recherche de la réaction galvanique ne puisse fournir aucun renseignement sur l'état de ces derniers. Il faut cependant tenir compte de la grande diffusion du courant électrique à travers le contenu de la cavité crânienne et de l'excitation possible des nerfs qui ne sont pas placés sur une ligne fictive reliant les deux électrodes. Si ces nerfs ne sont pas protégés par un massif osseux compact, le courant électrique peut les atteindre, alors même qu'il n'est pas exactement dirigé sur eux : en cherchant avec un fort courant la réaction galvanique du nerf auditif, on provoque invariablement des secousses dans les muscles de la face, des sensations lumineuses ou gustatives traduisant la mise en action du nerf optique, du facial, de la corde

(1) Voir le numéro du 13 octobre 1894.
(2) *Loc. cit.*

du tympan ou du glosso-pharyngien, bien que les électrodes ne soient pas disposées en vue de leur excitation. Le phénomène inverse ne se produit jamais. Tout dépend, par conséquent, de la façon plus ou moins imparfaite dont se fait l'isolement des nerfs voisins. De même, on peut obtenir des sensations lumineuses, quel que soit le point du crâne où on a placé les électrodes: en raison de son long trajet intracrânien, de l'absence de toute gaine osseuse autour de lui, le nerf optique est plus facilement excitable qu'un autre et réagit lorsque les courants se diffusent dans son voisinage. Il est possible qu'une série de considérations analogues soient valables pour les nerfs du goût, et il ne faudrait peut-être pas se hâter d'attribuer à leurs centres, au détriment des conducteurs, une part exclusive dans la production de ce phénomène. Les faits pathologiques que nous citions plus haut, qui nous montrent une abolition unilatérale de la réaction galvanique dans les paralysies faciales périphériques pouvant intéresser la corde du tympan, parlent dans ce sens.

Nous avons étudié plus haut la cause immédiate de la réaction électrique du *nerf acoustique*, après avoir résumé ses diverses modalités. Mais il est une question que nous avons à peine soulevée. Les phénomènes dont nous avons présenté une rapide analyse sont-ils des phénomènes normaux, expression d'un état physiologique? Sont-ils au contraire la conséquence d'un état pathologique, condition même de leur apparition? En un mot, existe-t-il une réaction électrique du nerf auditif à l'état normal?

Pour Brenner, le nerf acoustique réagit toujours ou dans la plupart des cas : les sujets qui ne présentent pas la réaction peuvent être considérés comme exceptionnels. De même Erb admet qu'on réussit à peu près toujours à trouver la réaction auditive avec quelque persévérance.

C'est aussi l'opinion de Moos (1) qui prétend que lorsque des courants galvaniques déterminent des contractions faciales sans sensations auditives, on peut conclure à une paralysie du nerf.

Cette théorie de la réaction normale du nerf auditif a cependant rencontré rapidement des adversaires. Dès 1870, Benedikt (2) citait des cas où la réaction manquait dans une oreille normale : elle manquait aussi chez des sujets dont le nerf acoustique était manifestement malade. Schwartze (3) citait des cas analogues. Wreden (4), en 1873, remarquait aussi que nombre de sujets, entendant une montre à 0 m. 50 ou 1 mètre n'avaient au passage du courant aucune sensation subjective sonore. Ces réserves sont imitées par Grüber (5). Plus récemment, Pollak et Gærtner (6) en même temps que Gradenigo (7), soutiennent que la réaction électrique dans une oreille normale ne s'obtient qu'à titre exceptionnel. La question a été soulevée par Laroche (8) en 1888 au Congrès de Bruxelles et a suscité une discussion assez vive dans laquelle Gradenigo combattait la théorie de la réaction normale : sur 65 cas, il ne l'avait rencontrée que 3 fois, soit 4 0/0. Les membres du Congrès, ne pouvant s'entendre, résolurent d'en venir à une démonstration immédiate, et quelques-uns voulurent bien consentir à ce qu'on la fît sur eux. Sur 4 médecins qui se prêtèrent à cette recherche, 3 n'eurent aucune sensation sonore, le quatrième présenta la réaction dans l'oreille droite, mais il convint lui-même que cette oreille était fonctionnellement inférieure à l'autre, et l'examen objectif pratiqué sur-le-champ par Delstanche montra un certain degré d'enfoncement du tympan.

(1) Moos, *Arch. für Augen- und Ohrenheilkunde.*
(2) Benedikt, *Wiener medicinische Presse*, 1870.
(3) Wreden, *Petersb. med. Zeitsch.*, 1873.
(4) Schwartze, *Arch. für Ohrenheilkunde*, I.
(5) Gruber, *Traité d'otologie.*
(6) Pollak und Gærtner, Ueber die elektrische Erregbarkeit des Hœrnerven (*Wiener klin. Wochenschr.*, 1888, n°s 31-32).
(7) Gradenigo, *A. f. Ohrenheilkunde*, XXVI, et *Rivista clinica*, 1888.
(8) Comptes rendus du Congrès de Bruxelles, 1889, p. 219.

La question a donc passé par deux phases bien différentes : dans la première, la réaction galvanique du nerf est considérée comme un phénomène normal, et on ne sait comment expliquer les cas où il fait défaut. Dans la deuxième, et elle a commencé peu d'années après la découverte de Brenner, on considère la réaction comme un phénomène pathologique, les cas où elle se montre à l'état normal étant exceptionnels. Bien que cette dernière opinion, conforme aux quelques recherches personnelles que nous avons entreprises à ce sujet, soit à peu près démontrée aujourd'hui, les divergences des auteurs s'expliquent par plusieurs raisons : d'abord la certitude relative des renseignements donnés par les sujets en expérience plus ou moins intelligents, les phénomènes pénibles et douloureux déterminés par le passage du courant et gênant parfois la constatation de ses effets, peut-être aussi l'excitabilité différente du nerf acoustique suivant les races, phénomène auquel Benedikt a voulu faire jouer un certain rôle : les gens sensibles et délicats réagiraient moins bien au passage du courant et la diversité des résultats pourrait s'expliquer en partie par cette idiosyncrasie : c'est une hypothèse rendue peu probable par l'identité des conclusions auxquelles arrivent d'une part Gradenigo, d'autre part Pollak et Gærtner, le premier expérimentant en Italie et les deux derniers à Vienne (1). Mais il y a des causes d'erreur plus importantes : elles résident d'abord dans l'intensité variable du courant employé. Pollak et Gærtner ont bien démontré que dans les quelques cas où une oreille normale donnait la réaction, il fallait arriver pour l'obtenir à 14 m. a. : il n'est par conséquent pas étonnant que ceux qui ont employé des courants inférieurs nient systématiquement la réaction normale. On conçoit aussi qu'un pareil courantt et à plus forte raison des courants plus puissants amènent des changements dans l'excitabilité électrique du nerf (l'action des alternatives voltaïques, l'existence même de l'excitabilité secondaire démontrée par Brenner, en font foi), peut-être même des modifications intimes de sa nutrition, et que la réaction électrique puisse alors apparaître : il est difficile de préciser aisément la limite où un courant cesse d'être un excitant physiologique pour devenir un agent perturbateur des fonctions normales. S'agirait-il aussi de modifications encore mal connues de la résistance électrique des tissus, mettant le nerf dans les conditions générales analogues à celles des autres nerfs de l'économie, le nerf optique par exemple, c'est-à-dire le rendant accessible à l'influence du courant sans le rendre pour cela plus excitable au sens strict du mot? Voilà autant de questions qu'on peut soulever, mais non trancher à cause de la rareté du phénomène et de la difficulté de son observation. Un fait n'en reste pas moins acquis et généralement accepté : l'extrême rareté de la réaction galvanique à l'état normal.

Dans presque tous les cas par conséquent où l'on trouvera facilement la réaction galvanique de l'auditif, on devra en conclure non que le nerf est normal, mais qu'il y a hyperexcitabilité. La réaction galvanique complète que nous avons décrite plus haut avec ses diverses modalités est donc la réaction d'un nerf hyperexcitable ; elle n'est déjà plus l'état normal, car si nous avions voulu décrire celui-ci, nous n'aurions décrit qu'une rareté, un phénomène presque toujours incomplet dans les cas exceptionnels où on a la chance de le voir se manifester.

(1) Voyez à ce sujet Marina, *Arch. für Psych.*, XXI.

Le nerf auditif traduit donc le trouble de sa nutrition par une réaction facile; elle se manifeste plus facilement encore après qu'il a été soumis quelque temps au passage du courant (excitabilité secondaire augmentée). A côté de ces caractères quantitatifs de la réaction exprimés par le nombre de milliampères employés, la réaction présente des modifications qualitatives caractérisées par la durée plus longue des sensations sonores, par les diverses variétés de leur tonalité, et, particularité rare, par l'inversion de la formule caractérisée par l'apparition exclusive ou prépondérante de la sensation sonore à la fermeture du pôle positif et à l'ouverture du négatif, au lieu de la réaction typique au KaS et à l'AnO. Plus souvent les phases d'ouverture du circuit restent sans effet, les deux réactions de clôture étant au contraire bien marquées, ce qui s'explique peut-être par la brièveté des excitations d'ouverture, le nerf acoustique, semblable en cela aux autres nerfs de l'économie, perdant la faculté de réagir à un excitant d'aussi courte durée. On peut voir ainsi l'AnS arriver peu à peu à égaler puis à surpasser l'AnO. Remak (1) a aussi étudié un singulier phénomène connu sous le nom de réaction paradoxale : il est caractérisé par une réaction de l'oreille non-armée absolument inverse de la réaction de l'oreille armée. Celle-ci réagissant par exemple au KaS et à l'AnO, l'oreille non armée réagit à l'AnS et D et au KaO. Cette prétendue réaction paradoxale s'explique par une simple hyperexcitabilité du nerf : pendant que l'oreille droite par exemple est sous l'influence de la fermeture du pôle positif directement appliqué sur elle, l'oreille gauche est indirectement sous l'influence du pôle négatif ou indifférent appliqué à la nuque ou sur le sternum; rien d'étonnant si sa fermeture détermine dans cette oreille une sensation sonore : il s'agit seulement d'un nerf très sensible et excité à distance.

De cet exposé un peu compliqué nous voulons seulement retenir que les altérations qualitatives de la réaction occupent une place secondaire, et que le fait vraiment important à constater est l'hyperexcitabilité. Nous nous demandons si, dans l'état actuel de la question, et avec les idées admises sur la rareté de la réaction normale, on peut encore faire une place à la diminution très marquée de l'excitabilité électrique, état désigné par Brenner sous le nom de torpeur du nerf auditif. Du moment qu'on admet que la réaction ne s'obtient qu'exceptionnellement dans les cas normaux, nous ne voyons pas comment la seule épreuve électrique permet, sans examen fonctionnel à l'appui, de faire la différence entre cet état de torpeur et l'état normal.

L'apparition d'une réaction galvanique plus ou moins facile constituant ou révélant, dans la plupart des cas, l'état pathologique, où trouvons-nous la cause de cette hyperexcitabilité? Deux opinions absolument opposées sont en présence : les uns admettent un état particulier du nerf acoustique : les autres (Pollak et Gaertner) pensent que cette hyperexcitabilité n'est qu'apparente et qu'il ne s'agit que d'une diminution de la résistance électrique des tissus voisins, mettant le nerf dans les mêmes conditions d'excitation que le nerf optique ou un nerf sous-cutané.

On s'explique mal, en effet, comment le nerf acoustique ferait exception parmi tous les autres nerfs de l'économie et ne réagirait qu'à l'état pathologique; s'il ne réagit pas à l'état normal, disent Pollak et Gaertner, c'est uniquement parce que le massif osseux qui l'entoure ne permet pas à un courant suffisant d'arriver jusqu'à lui; ses extrémités nerveuses plongent dans une cavité également isolée : les membranes des fenêtres ovale et ronde interceptant toute communication du labyrinthe avec l'extérieur. Il se trouve donc vis-à-vis de l'excitant électrique dans des conditions plus défavorables encore que les nerfs les plus profonds de l'économie ; mais qu'une maladie de l'oreille moyenne vienne modifier le milieu qui l'isole; qu'une inflammation congestionne les mailles du tissu osseux, s'attaque aux membranes qui complètent l'occlusion du labyrinthe, les recouvre d'exsudats, provoque une prolifération cellulaire active dans leur épaisseur, ou amène la chute de leur épithélium, à la suite d'un épanchement de pus ou de sérosité dans la caisse, alors un courant beaucoup plus intense parvient jusqu'au nerf acoustique; pour employer la comparaison de Pollak et Gaertner, il se rapproche, en quelque sorte, de la surface du corps. Aussi les otites à caractère inflammatoire très marqué sont-elles précisément celles qui s'accompagnent le plus souvent de la réaction galvanique; ce sont elles, en effet, qui modifient le plus par leur acuité la résistance des tissus voisins. A l'objection qu'il ne manque pas de cas d'otite sèche, scléreuse avec facile réaction galvanique, ils répondent que cette contradiction n'est qu'apparente; qu'en d'autres points du corps, sur la peau par exemple, la moindre altération anatomique suffit pour modifier considérablement la résistance électrique et que, d'ailleurs, dans les cas d'otite scléreuse accompagnés de réaction galvanique, la muqueuse de la caisse était manifestement congestionnée. De même aussi, la réaction paradoxale s'explique par une diminution de la résistance des tissus au passage du courant et par sa diffusion très facile; en quelque point que soit placé le pôle indifférent, le nerf acoustique se comporte ici comme le nerf optique qui réagit toujours lorsqu'on place l'électrode n'importe où en contact avec le crâne. Pollak et Gaertner ont même essayé de mesurer directement sur le cadavre la résistance qui s'oppose à l'entrée d'un courant dans le nerf auditif; mais ils ont vu que les processus de décomposition cadavérique modifiaient les résultats pour chaque cas particulier.

La théorie que nous venons d'exposer avait été émise quelques années auparavant par Bernhardt (1) qui en a réclamé la priorité. Elle diffère sensiblement, on va le voir, de la théorie imaginée dès le début par Brenner qui croyait à une véritable hyperesthésie acoustique. Le nerf, disait-il, est d'autant plus excitable qu'une maladie de l'appareil de transmission des ondes sonores (oreille externe et moyenne) le met à l'abri des excitations ordinaires. Son irritabilité se trouve, en quelque sorte, emmagasinée et il est, pour employer l'expression même de Brenner, « affamé d'excitations » (*Reizhunger*) par cette privation incessante de son excitant naturel. D'où sa réaction très vive au passage du moindre courant.

Cette interprétation explique mal l'absence de réaction dans la plupart des cas d'otite scléreuse accompagnés même d'une surdité prononcée, pas plus que celle de Pollak et Gaertner n'explique comment elle manque quelquefois dans les cas aigus. Gradenigo a très heureusement repris la question en montrant que l'hyperexcitabilité était due à des modifications dans la nutrition même du nerf, modifications qui n'avaient rien de commun avec sa fonction, c'est-à-dire avec la condition pure et simple des impressions auditives. Les altérations de l'oreille moyenne n'agissaient que par la congestion de voisinage qu'elles déterminent et en modifiant par ces phénomènes congestifs ou inflammatoires la nutrition du nerf. On lui doit surtout d'avoir bien montré les rapports qui unissent cette excitabilité galva-

(1) *Encyclopædie der Gesammter Heilkunde*. IV. 433.

(1) Bernhardt et Rosenthal. *Elektricitætslehre für Medicine und Elektrotherapie*, Berlin, 1884.

nique à certaines affections intra-crâniennes, accompagnées quelquefois d'œdème de la papille.

Ces assertions sont appuyées sur une série d'observations et une autopsie démonstrative; il s'agit d'une femme qui, avec une lésion intra-crânienne, ne présentait ni bourdonnements d'oreilles, ni diminution de l'acuité auditive, mais de l'hyperexcitabilité du nerf au courant galvanique; l'examen du nerf montra que ses vaisseaux étaient dilatés et ses faisceaux infiltrés d'une quantité de cellules rondes. Il est difficile d'expliquer de pareils faits par une simple diminution de la résistance électrique.

Ces recherches ont encore l'avantage d'ouvrir un point de vue nouveau, puisque, ainsi envisagé, le nerf auditif n'est plus un nerf sensoriel quelconque, affectant des relations physiologiques et pathologiques avec ses centres d'une part, avec ses appareils terminaux d'autre part; il affecte encore, à cause de son trajet dans la cavité crânienne, des rapports avec les méninges et avec tout le contenu de cette cavité; les modifications pathologiques des organes qui y sont renfermés retentiront donc sur sa nutrition propre, et comme dans la recherche des réactions galvaniques nous avons un réactif très sensible de toute altération de sa nutrition. Nous possédons là un moyen de diagnostic précieux des affections cérébrales. N'étaient les quelques difficultés inhérentes à son mode d'application, ce procédé pourrait prendre place à côté de l'examen ophthalmoscopique, avec cette différence qu'il donne des indications beaucoup plus diffuses et qu'une lésion possible du côté de l'oreille pourrait exposer à des erreurs. Notons en passant que Brenner avait déjà remarqué l'hyperexcitabilité du nerf acoustique dans certaines affections intra-crâniennes accompagnées de paralysies des muscles oculaires, que Hagen (1) a cité un cas confirmatif, et que, peu de temps avant les recherches de Gradenigo, Unverricht a constaté une exagération considérable de la réaction galvanique coïncidant avec une diminution progressive de l'acuité de l'ouïe, dans un cas de paralysies multiples des nerfs crâniens; on trouva à l'autopsie que le nerf acoustique était comprimé dans le crâne, son appareil terminal étant absolument intact.

Rapprochant ces faits d'une intéressante observation de Stintzing qui a constaté, dans un cas d'atrophie musculaire progressive, que l'excitabilité électrique des nerfs et des muscles était augmentée dans les territoires encore indemnes, on peut se demander si l'hyperexcitabilité présentée par le nerf auditif sans aucun trouble fonctionnel, loin d'être un fait isolé en pathologie, n'est pas le *premier* symptôme de son altération.

De l'examen des faits signalés par les auteurs que nous venons de citer, il ressort donc que le nerf auditif manifeste son hyperexcitabilité par l'apparition d'une réaction électrique sonore, et que cette hyperexcitabilité peut être causée par des lésions graves de l'oreille et surtout du labyrinthe et par des lésions intra-crâniennes. On a prétendu qu'elle était fréquente dans le tabes; Gradenigo dit ne l'avoir jamais rencontrée au cours de cette affection; nous-même l'avons recherchée chez onze tabétiques présentant des altérations de l'ouïe de degré varié, mais considérable chez quelques-uns d'entre eux; nous n'avons réussi à l'obtenir qu'une seule fois. Par contre, nous l'avons rencontrée chez des épileptiques et des hémiplégiques à peu près toutes les fois que nous l'avons cherchée. Bernhardt l'a trouvée dans les traumatismes graves de la tête avec surdité et paralysie faciale : nous avons fait une constatation analogue chez un malade qui, consécutivement à un traumatisme de la tête survenu

(1) Hagen, *Praktische Beitræge zur Ohrenheilkunde*, VI, 1869.

plusieurs années auparavant, avait gardé une surdité intense.

Neftel (1) a trouvé dans la chlorose tantôt de l'hyperesthésie, tantôt de la torpeur du nerf auditif. Chvostek (2) a constaté son hyperexcitabilité dans la tétanie. Enfin, il était intéressant de rechercher la réaction galvanique du nerf acoustique chez les hallucinés de l'ouïe : cette recherche a été faite par Jolly (3), par Fischer (4) et avec un soin particulier par Buccola (5); elle a donné entre les mains de ces auteurs des résultats très concluants; l'un d'eux a pu provoquer chez un aliéné des hallucinations de l'ouïe par l'excitation électrique du nerf; on ne saurait fournir une démonstration plus évidente de l'hyperexcitabilité du nerf auditif chez cette catégorie de malades et de son influence sur la genèse des hallucinations.

Nous venons de passer en revue un ensemble de faits assez disparates, et on peut se demander au premier abord quel lien commun relie entre elles les réactions aussi dissemblables des nerfs de la vision, du goût ou de l'audition. Elles ne diffèrent pas seulement par la nature même de leur réaction, celle-ci étant toujours conforme, comme la physiologie permettait de le prévoir, à l'énergie en quelque sorte spécifique de chaque nerf, spécialisé en vue d'une fonction déterminée; elles diffèrent encore par l'intensité de l'excitation nécessaire pour provoquer leur apparition : et il y a peu de ressemblance, il faut bien le reconnaître, entre la réaction du nerf optique qui apparaît avec un courant faible, les électrodes placées en un point quelconque de la surface du crâne, et la réaction du nerf auditif qu'on ne peut arriver qu'exceptionnellement à mettre en évidence chez un sujet normal, bien que les électrodes soient disposées de façon à diriger le courant sur lui, et avec une intensité à peine supportable. Le premier de ces nerfs trahit le trouble de sa nutrition par l'abolition de sa réaction électrique, le second par l'apparition de celle-ci. Il paraît difficile de trouver dans la pathologie un exemple de faits aussi contradictoires. En se rendant un compte plus exact des conditions anatomiques et physiques dans lesquelles se produit le phénomène, on arrive rapidement à se convaincre que cette contradiction n'est qu'apparente. Voisins de la substance cérébrale ou entourés par elle, les nerfs du goût et de la vision sont aussi accessibles au courant électrique que les nerfs des membres et doivent réagir à une faible intensité. Isolé par le tissu compact qui entoure son tronc et ses terminaisons, le nerf acoustique ne peut réagir qu'à un courant très intense, dont une faible partie seulement arrive jusqu'à lui : ainsi s'explique son absence de réaction à l'état normal : elle ne pourra apparaître que dans deux circonstances : lorsque la résistance des tissus qui l'entourent sera diminuée et permettra au courant d'agir sur lui, lorsque son excitabilité propre sera augmentée, de telle façon qu'il puisse se laisser impressionner par un courant resté faible. Les réactions de ces deux nerfs, si dissemblables en apparence, sont donc également conformes aux lois de la physiologie.

J. Collet,
Préparateur du cours de pathologie générale à la Faculté de médecine de Lyon.

(1) Neftel, *Centralblatt*, 1872, n° 53.
(2) Chvostek, *Zeitschrift für klinische Medicin*. XIX, fasc. 5 et 6.
(3) Jolly, *Archiv für Psych.*, t. IV.
(4) Fischer, *Ibid*, t. IX et XVIII.
(5) Buccola, *Rivista sperimentale di freniatria*, 1885.

BIBLIOGRAPHIE

Médecine opératoire (Chirurgische Operationslehre), par M. Th. Kocher, professeur à l'Université de Berne; 2e édition, 1 vol. in-8° de 394 pages, avec 185 figures. Iena, G. Fischer, 1894.

Ce livre est destiné aux étudiants. On y trouvera un court résumé sur le manuel opératoire de presque toutes les interventions chirurgicales, sauf celles qui portent sur les yeux, les oreilles, les organes génitaux de la femme. De nombreuses figures permettent de se rendre compte des temps opératoires. L'auteur insiste sur la nécessité de bien diriger, de bien régler les incisions, et sur ce point un passage de sa préface est à citer : « Aujourd'hui, nous dit-il, l'antisepsie masque bien des fautes de technique, et c'est un des motifs pour lesquels la chirurgie se répand tellement de toutes parts. Mais il n'en sera peut-être pas toujours ainsi, et l'on peut espérer qu'un temps viendra où la maladresse opératoire sera jugée plus sévèrement qu'elle ne l'est maintenant. »

A. Broca.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — La mort de notre excellent collaborateur le Dr A. Legroux attristera non seulement ses nombreux amis et ses collègues des hôpitaux, mais encore tous ses confrères qui ont été à même d'apprécier l'aménité de son caractère, la rectitude de son esprit, la fidélité de ses affections. Fils d'un médecin éminent, qui a laissé dans les hôpitaux le souvenir d'un clinicien d'une expérience consommée, Legroux succombe, comme lui, au moment où il rêvait de diriger les études de son fils, de guider ses débuts dans la carrière médicale, de lui transmettre, comme un précieux héritage, une clientèle qui lui restait attachée par d'indissolubles liens. Il ne peut lui léguer aujourd'hui que le souvenir des services qu'il a rendus comme professeur et comme médecin. Interne des hôpitaux (1861); chef de clinique (1869); médecin des hôpitaux (1875); agrégé de la Faculté (1875), notre ami a publié de nombreuses leçons cliniques et des conférences faites à la Faculté sur la pathologie infantile et les maladies d'évolution. On lui doit aussi plusieurs mémoires importants relatifs à la pathogénie, au diagnostic et au traitement de la tuberculose; à l'étude du scorbut, du choléra, de l'expectoration albumineuse dans la thoracocentèse, du pouls capillaire, de la micropolyadénite chez l'enfant; divers travaux de thérapeutique appliquée (en particulier sur le traitement de la chorée par l'antipyrine); plusieurs revues critiques publiées dans la *Gazette hebdomadaire* et les *Archives générale de médecine*. Sa vie a été consacrée tout entière à la pratique de la médecine, qu'il a honorée par la dignité de sa vie si honnête et si laborieuse.

Visite du Président de la République à l'Institut Pasteur et à l'hôpital Trousseau. — Nous tenons à reproduire, ne fût-ce que pour bien marquer dans quelles conditions M. le Dr Roux a reçu la haute distinction qu'il a si bien méritée, les discours prononcés à l'occasion de la visite faite par M. le Président de la République à l'Institut Pasteur. On remarquera l'hommage public rendu par M. Roux à ceux qui ont, les premiers, reconnu le microbe de la diphthérie et appliqué au traitement de la maladie les injections de sérum antitoxique. Et tous ceux qui savent apprécier la loyauté scientifique et la dignité du caractère applaudiront aux paroles de notre confrère et à la récompense honorifique qui lui a été conférée.

Le Président s'est adressé en ces termes à M. le Dr Roux :

C'est devant le maître illustre qui honore la France et l'humanité que je veux, au nom du gouvernement de la République, remettre à M. le Dr Roux la croix de commandeur de la Légion d'honneur. Vous l'avez, mon cher docteur, méritée par l'ensemble de vos travaux, par vos admirables recherches sur la séro-thérapie et par l'application toute récente du traitement de la diphthérie.

Justiciable de l'opinion publique, un gouvernement est heureux quand il n'a qu'à se faire l'interprète des sentiments de la nation, et c'est bien la nation qui vous décerne ici sa reconnaissance.

Le président de la République a remis, aux applaudissements de toute l'assistance, les insignes de commandeur de la Légion d'honneur à M. le Dr Roux, qui a répondu :

Monsieur le président,

Je ne saurais vous dire combien je suis ému des paroles que vous venez de m'adresser. La haute distinction que vous me conférez est un nouvel honneur pour cet institut et une joie que vous réserviez à son illustre chef. Ce sont tous les collaborateurs de M. Pasteur que vous récompensez en moi, et je vous remercie en leur nom.

Vous faisiez tout à l'heure allusion aux derniers travaux sur la diphthérie qui ont si vivement ému l'opinion publique.

Il est certain que les résultats obtenus dans le traitement et la prévention de cette affection montrent toute la puissance des méthodes bactériologiques dont M. Pasteur a été l'initiateur.

Pour que cette redoutable affection soit connue et maîtrisée, il a fallu le concours de bien des travailleurs et il serait injuste de ne pas rappeler les noms de M. Lœffler et de M. Behring, qui ont eu une si large part dans cette série de découvertes qui a abouti à la sérothérapie de la diphthérie.

C'est la science, bienfaitrice de toutes les nations, que vous avez bien voulu honorer dans cet institut.

Le président de la République a répliqué :

Les paroles que vous venez de prononcer sont, n'en déplaise à votre modestie, un titre de plus à la distinction que je vous ai remise. La France a, dans tous les domaines, semé par le monde assez d'idées généreuses et fécondes, elle a servi assez puissamment la cause de l'humanité pour n'être jalouse de personne. Elle applaudit à tous les progrès pacifiques, elle reconnaît toutes les gloires. Vous avez tenu à associer à votre œuvre le nom de savants étrangers qui méritent notre estime et qui, par cela même, l'ont conquise.

Le gouvernement de la République est fier de la part qui revient à la France et que votre modestie fait peut-être trop petite. Il honore tout en vous, et votre science et votre caractère.

M. Pasteur a remercié avec la plus profonde émotion M. Casimir-Perier d'avoir récompensé l'un de ses plus chers collaborateurs et d'avoir associé dans ses éloges le nom de deux savants étrangers, qui ont été les initiateurs du traitement de la diphthérie.

A l'hôpital Trousseau, M. Casimir-Perier a remis la médaille d'or des épidémies à Mme Gigot, surveillante du pavillon, en la remerciant du dévouement admirable qu'elle n'a cessé de montrer depuis huit ans dans ce service si périlleux. Mme Gigot a versé des larmes pendant qu'éclataient les applaudissements.

Association de la presse médicale française.

Affaire Lafitte.

Le 22 octobre, une délégation de l'*Association de la Presse médicale*, composée de MM. Hausmann et Gauthier de Clagny, conseils et défenseurs judiciaires du Dr Lafitte, Cornil et Cézilly, syndics de l'Association, Marcel Baudouin, secrétaire général, Gilles de la Tourette, membre, a été reçue par M. le Président de la République, puis par M. le Garde des Sceaux au Ministère de la Justice. Cette délégation a remis à M. Casimir-Perier et à M. Guérin un mémoire à l'appui de la demande de grâce.

Nous rappelons que la souscription en faveur des enfants du docteur Lafitte reste ouverte chez M. le Dr Baudouin, 14, boulevard Saint-Germain. Le Bureau de l'Association dément, *de la façon la plus catégorique*, les bruits plus ou moins bizarres qu'on fait courir dans certains milieux médicaux sur les antécédents du Dr Lafitte. D'ailleurs toutes les pièces du procès se trouvent actuellement chez M. le Dr Baudouin; et le secrétaire général de l'Association peut les communiquer à tous les médecins qui en manifesteront le désir.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

De la valeur clinique du chimisme stomacal, rapport présenté au Congrès français de médecine interne à Lyon, 1894, par le Dr BOURGET, professeur de thérapeutique et de chimie physiologique à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital cantonal à Lausanne (Suisse).

Messieurs,

Vous m'avez fait l'honneur de me désigner pour vous présenter un travail sur le chimisme stomacal, aussi permettez-moi de vous remercier de cette marque de confiance et de vous dire comment j'ai compris ma tâche et comment je l'ai exécutée.

Comme toute profession, la nôtre a ses maîtres et ses ouvriers. Des maîtres j'en aperçois plusieurs dans cette assemblée, et la voix autorisée de l'un d'entre eux vous a entretenus de la même question. Quant à moi, je suis venu, modeste ouvrier, vous apporter quelques matériaux qui pourront peut-être avoir leur utilité, dans l'œuvre que nous construisons en commun.

Ces matériaux ont été tirés de 354 observations de malades, faites pour la plupart dans mon service de l'hôpital cantonal de Lausanne. Ces cas se divisent en : chlorose et anémie 105 cas, neurasthénie 52 cas; dilatation avec ou sans gastroptose 115 cas, ulcère rond 32 cas, maladie de Reichmann 22 cas (dont 9 hypersécrétions intermittentes et 12 hypersécrétions permanentes); carcinome de l'estomac 25 cas; atrophie de la muqueuse 2 cas.

A côté de ces cas pathologiques, nous avons fait un grand nombre d'examens de suc gastrique chez l'homme sain, en nous servant des mêmes procédés et des mêmes repas d'épreuve que chez les premiers.

Maintenant, avant d'aborder directement ce qu'il y a de moderne dans le sujet, permettez-moi de jeter un coup d'œil rapide sur ce qui a été fait autrefois dans ce domaine.

Il y a à peu près 120 ans que Spallanzani (1729-1799), dans des expériences mémorables, cherchait à saisir les lois qui présidaient à la digestion des aliments dans l'estomac. A tous ceux qui veulent entreprendre des expériences sur la digestion, et même à tous ceux qui sont curieux d'expérimentation dans n'importe quel domaine, je conseillerai de lire ce livre dans lequel l'abbé Spallanzani expose ses travaux (1). Ils trouveront dans ces 300 pages une telle méthode, une telle conscience et une telle modestie, qu'ils ne pourront faire autrement que de prendre l'engagement intime de suivre cette voie dans leurs travaux.

A l'époque où Spallanzani faisait ses expériences, les opinions de Boerhaave (1668-1738) sur la digestion étaient seules admises — et son élève Réaumur, le physicien, se chargeait de les défendre si elles étaient attaquées. Pour ces deux savants, l'estomac sécrétait une tumeur mucilagineuse, dans laquelle les aliments devaient macérer, tout en étant triturés par l'estomac; les débris des anciens aliments assuraient leur fermentation, qui les dissolvait et leur communiquait un principe de vie. Les battements continuels de l'aorte sur l'estomac entraient aussi au jeu, de même que le déjà célèbre *fluide nerveux*, qui nous rend encore de si grands services chaque fois que nous sommes embarrassés pour expliquer tel ou tel phénomène vital.

Réaumur ajoutait que ses expériences lui avaient appris que le suc gastrique était inflammable.

Toutes ces prétendues lois de la digestion étaient fausses, mais il fallait le démontrer. Spallanzani commence par prouver que le suc gastrique n'est pas inflammable, et il lui suffit pour cela d'en approcher une petite quantité de la flamme d'une chandelle. Le suc ne prenant pas feu, cela suffit à l'expérimentateur pour affirmer que le suc gastrique n'est pas un liquide inflammable. Cette expérience semble bien enfantine, et cependant elle suscite à Spallanzani toutes sortes de disputes, de contradictions et même d'injures, parce qu'il ose mettre en doute l'opinion de savants comme Boerhaave et Réaumur. C'est dans ces débats contradictoires que Spallanzani nous donne un bel exemple de discussion scientifique, simple, jamais agressive, exposant les faits observés par lui; démontrant d'une façon nette et péremptoire qu'ils sont en opposition complète avec les conclusions de Boerhaave; et cependant il ne laisse jamais échapper ce cri de triomphe que nous proférons trop souvent à la moindre de nos prétendues découvertes : « En parcourant les médecins anciens et modernes, je n'ai rien trouvé de plus commun que leurs raisonnements sur la digestion de l'homme, mais, qu'il me soit permis de le

(1) Expériences sur la digestion de l'homme et des animaux, par l'abbé Spallanzani, professeur d'histoire naturelle à Pavie. Traduction de J. Senebier. Genève, 1783.

dire, ils ont plus cherché à deviner la manière dont la digestion s'opère que cherché à la découvrir. »

Par des expériences infiniment variées, il arrive à démontrer que la fermentation ne joue aucun rôle dans la dissolution des aliments par le suc gastrique; que cette action dissolvante est plus ou moins rapide selon la nature de la substance : le muscle se digérant beaucoup plus rapidement que les tendons, les cartilages, les aponévroses, les tuniques vasculaires et les os. Bien plus, il pressent cette action de la pepsine que dans notre ignorance nous appelons catalytique.

Il dit : « Je prie tous les défenseurs de ce système » (digestion par fermentation) de croire que mes expé- » riences ne sont point dirigées contre eux. J'ai seule- » ment voulu faire voir que l'on n'aperçoit, dans l'estomac » des animaux et de l'homme, aucune espèce de *fermen- » tation sensible*; mais pour la *fermentation insensible,* » comme elle est dans le nombre des choses douteuses, » une saine logique m'empêche également de la rejeter » et de l'admettre. »

Il fait voir aussi que la trituration des aliments n'apparaît que comme moyen auxiliaire chez les gallinacés, mais que chez les animaux membraneux elle n'entre pas en jeu. Avec un doigt introduit dans l'estomac, il se rend compte des mouvements péristaltiques, puis de la montée et de la descente de l'organe accompagnant les mouvements respiratoires.

Quant aux acides, il nous dit : « Tout prouve qu'il y a » un principe acide dans l'estomac de l'homme et des » animaux, quoiqu'il ne soit pas constant et qu'il » dépende de la qualité des aliments, mais ce principe » acide s'évanouit bientôt dans les aliments et il dispa- » raît au moment où la dissolution est achevée. »

N'y a-t-il pas dans cette phrase le pressentiment de notre acide chlorhydrique libre et combiné? Du reste, il appelle cet acide, l'acide du sel marin, qui se précipite en lune cornée (nom donné par les alchimistes au chlorure d'argent) par la dissolution d'argent dans l'acide nitreux Analyse du chimiste Scopoli).

L'action antiseptique de l'acide chlorhydrique ne lui échappe pas, de nombreuses observations lui montrent le suc gastrique empêchant la putréfaction, ou l'arrêtant si elle était commencée, mais il avoue qu'il ignore le principe antiseptique du suc gastrique, parce qu'il n'a pas fait d'expériences suffisantes pour les pénétrer et parce que la théorie de la putréfaction est encore bien incomplète. « J'aime mieux avouer mon ignorance que de » publier des rêves, ce qui est absolument contraire à » mon goût dans mes recherches philosophiques, qui ne » me permet de m'arrêter qu'à ce qui est vrai. »

Spallanzani se rend compte de la formation des acides organiques sur lui-même, lorsqu'il mange des fraises (un fruit qu'il aime beaucoup, dit-il) après ses repas; il sent peu après une aigreur qu'il attribue à une fermentation, car, dit-il : « mon estomac n'est pas meilleur qu'un autre, bien loin de là; j'ai le malheur de sentir qu'il est faible, comme celui de la plupart des *gens de lettres.* » Il paraîtrait que ces derniers étaient déjà, comme ils le sont encore de nos jours, des prédisposés à la neurasthénie.

La présure, ou ce lab ferment qu'on a découvert ces dernières années, lui était connu ; il nous dit que la propriété de cailler le lait appartient uniquement à la membrane muqueuse, que ce n'est nullement le fait d'un acide, que cette membrane neutre le caille également; que cette propriété est surtout évidente avec la muqueuse de l'estomac du veau et qu'elle se conserve très longtemps; ainsi, en séchant et pulvérisant cette muqueuse, il suffit de jeter une très petite quantité de cette poudre sur du lait pour le faire cailler.

En résumé, nous pouvons dire que Spallanzani avait déjà saisi les processus généraux de la digestion stomacale et qu'il n'y avait plus qu'à déterminer et à isoler les principes actifs du suc gastrique.

Passons maintenant brusquement à notre époque, et voyons ce que nous avons ajouté à ces découvertes primordiales. Nous sautons volontairement toute une époque, non sans accorder un légitime tribut d'admiration aux remarquables travaux de Claude Bernard, de Prout, de Schwann, de Schiff et d'autres qui nous ont fait connaître l'acide chlorhydrique, la pepsine, le ferment lab.

Malheureusement les théories viennent trop souvent gâter les découvertes scientifiques, de même que les procédés d'investigation par le moyen de la fistule stomacale obscurcissent plutôt la question de la digestion qu'ils ne l'éclairent, et cette question ne fait de réels progrès que depuis la vulgarisation du sondage de l'estomac par Kussmaul (1869). Mais si les nombreux travaux publiés pendant ces dernières années n'ont pas donné des résultats toujours concordants, c'est que les expérimentateurs se sont servis de méthodes d'investigation différentes, ce qui suffit pour expliquer les divergences qu'on remarque dans leurs conclusions. Je dois donc vous expliquer brièvement quelle a été la marche générale suivie dans mes recherches personnelles sur les 354 malades dont le contenu stomacal a été pendant le traitement soumis à plusieurs analyses.

Chaque malade reçoit un repas composé de 200 c. c. de bouillon, d'environ 80 grammes de viande hachée et de 40 grammes de pain.

Après deux heures et demie de digestion, le contenu stomacal est extrait au moyen de la sonde, mais sans aspiration et sans siphonnage, profitant simplement de la contraction de l'estomac, sollicitée, si elle ne se produit pas, par l'introduction d'une certaine quantité d'air. Lorsque la plus grande quantité du liquide est sortie, on introduit 100 cent. c. d'eau, qu'on extrait sitôt après. Ces deux liquides serviront aux analyses et le rapport qui existe entre les deux acidités nous fera connaître d'une façon très exacte le volume du contenu stomacal au moment de l'expérience.

Puis, l'individu étant couché sur le dos, les jambes légèrement fléchies, on introduit de l'air au moyen d'un ballon jaugé, de façon à distendre autant que possible l'estomac ; lorsqu'on procède doucement et sans secousse, l'estomac se gonfle petit à petit jusqu'à un certain point, au delà duquel on ne peut continuer l'introduction de l'air sans faire souffrir le malade; cette limite de tolérance est toujours sensiblement la même pour chaque patient ; une fois qu'elle est atteinte, celui-ci fait un léger mouvement ou pousse un petit cri d'angoisse.

La quantité d'eau introduite ne donne pas la contenance absolue de l'estomac, mais elle indique la limite où commence sa réaction musculaire. Soit par la percussion ou simplement à la vue, les limites de l'estomac sont fixées au moyen d'un crayon dermographique. Nous obtenons ainsi d'excellents renseignements sur l'état de la tunique musculaire : plus celle-ci est normale, plus aussi le point de réaction sera rapidement atteint. Cette insufflation nous permet donc de juger du fonctionnement mécanique de l'estomac. En outre, nous pouvons nous rendre compte par ce moyen de l'état de dilatation de l'estomac ; chez les individus adultes et sains, l'estomac se contracte après l'introduction de 1,500 à 1,800 c. c. d'air.

Nos recherches portent ensuite sur ;

1° L'acidité totale;

2° L'acide chlorhydrique libre;

3° L'acide chlorhydrique combiné;

4° Les acides organiques;
5° La pepsine;
6° Le ferment lab.

L'*acidité totale* est due aux différentes substances acides contenues dans le suc gastrique, principalement à l'acide chlorhydrique, libre ou combiné, et aux acides organiques (lactique, butyrique, acétique). On a signalé les phosphates acides comme devant aussi entrer en jeu, mais nous n'avons jamais pu constater que cette substance ait une réelle influence sur le degré de l'acidité totale. Par contre, celle-ci peut varier suivant les procédés employés pour l'évaluer.

Nous nous sommes servi pour cette titration d'une solution normale décime de soude caustique et comme indicateur de l'azolithmine (matière colorante du tournesol), de préférence à la phénolphtaléine, principalement employée, mais qui donne des résultats trop élevés (10 à 20 0/0) lorsqu'elle est employée en présence des peptones.

On obtient aussi une légère différence si on procède à la titration du liquide gastrique filtré à froid ou filtré à chaud; ce dernier est en général un peu plus acide, car en faisant bouillir le contenu stomacal avant la filtration, on enlève aux particules de viande l'acide chlorhydrique qui y est toujours fixé en plus forte proportion que dans le liquide ambiant.

En établissant la relation qui existe entre le suc gastrique et le liquide de lavage, nous obtenons la quantité totale du suc gastrique contenu dans l'estomac, d'après la formule suivante :

$$x = \frac{100 \times n}{m - n} + a.$$

m = acidité du suc concentré.
n = acidité du liquide de lavage.
a = suc retiré de l'estomac.

Nous verrons dans les conclusions que ces données sont suffisantes pour juger de l'hypo ou de l'hyperacidité d'un contenu stomacal.

Acide chlorhydrique. — Pour HCl libre la recherche qualitative est faite au moyen du réactif de Boas, ou par la phloroglucine vanilline, tandis que le réactif picrocitrique nous renseignera sur l'*acide chlorhydrique combiné*.

. Pour le dosage quantitatif, nous nous sommes servi du procédé si exact de MM. Hayem et Winter, ou de celui plus rapide mais moins précis de M. Mintz; et lorsqu'il n'y avait pas d'HCl libre, nous avons employé la méthode de Hehner et Seemann qui donne en même temps la quantité des acides organiques.

Chez les individus jeunes, ayant un estomac normal, nous avons toujours observé une certaine proportion d'HCl libre, quelle que soit la quantité de viande ingérée. Nous avons, dans nos expériences, donné des repas variant entre 50 et 300 grammes de viande, et nous avons toujours retrouvé pour chaque individu un 0/0 à HCl assez semblable, variant seulement entre 0,03 à 0,05 0/0 de libre et 0,20 à 0,25 de combiné.

Il semblerait que la muqueuse gastrique saine a la propriété de sécréter une quantité d'HCl proportionnelle à la nourriture et toujours suffisante pour saturer les bases et les albuminoïdes des aliments introduits dans l'estomac, tout en maintenant encore une certaine proportion de HCl à l'état de liberté.

Chez les individus sains on pouvait diminuer la proportion d'HCl combiné en ajoutant au repas une certaine quantité de fruits; régulièrement dans ces cas la peptonisation des albumines se ralentissait d'une façon très notable.

La proportion d'HCl est en général un peu plus faible chez la femme que chez l'homme.

Dans toutes les affections où les échanges organiques sont diminués, comme dans la chlorose, l'anémie, les néphrites chroniques, etc., nous voyons la proportion d'HCl baisser, soit en pour cent, soit comme quantité totale.

Le plus souvent, dans la chlorose et l'anémie, l'HCl libre manque, tandis que dans la neurasthénie les proportions peuvent être extrêmement variables, un même individu peut être hyperchlorhydrique un jour et hypochlorhydrique le lendemain, suivant son état cérébral; l'HCl baissant généralement dans les états de dépression nerveuse et augmentant dans les périodes d'excitation.

Dans les cas de dilatation et de gastroptose, l'état de la sécrétion chlorhydrique paraît être en rapport direct avec l'état de la tunique musculaire, c'est-à-dire qu'elle est sous la dépendance du fonctionnement mécanique de l'estomac : celui-ci parvient-il à se vider normalement, malgré sa position défectueuse, comme cela se voit si souvent, même pour les estomacs situés en dessous de l'ombilic, la sécrétion gastrique se rapprochera sensiblement de la normale; au contraire, si le fonctionnement mécanique est gêné, la sécrétion gastrique s'altère, l'HCl libre disparaît peu à peu et le taux de l'HCl combiné diminue.

Dans les cas de tumeurs malignes, la question de la présence ou de l'absence de l'HCl libre a été très controversée; on a même voulu voir dans l'absence de l'HCl libre un signe pathognomonique du carcinome de l'estomac. On sait actuellement que cette donnée est inexacte, et depuis que l'on se sert de réactifs plus sensibles et plus sûrs pour faire cette recherche, la présence d'une petite quantité de HCl est souvent signalée dans les cas de carcinome de l'estomac. Dans les 25 cas de notre statistique nous voyons la réaction de l'acide libre être manifeste dans 9 cas. Il est vrai que cet acide diminue au fur et à mesure que le néoplasme fait des progrès ou que le pylore se ferme, tandis que l'acide chlorhydrique combiné peut se maintenir en proportion moyenne jusqu'à une période avancée de la maladie. Lorsque le suc gastrique d'un individu atteint de carcinome de l'estomac, contenait une certaine proportion d'HCl libre, l'histoire du malade ou l'autopsie nous ont presque toujours démontré que la tumeur était venue se greffer sur un ulcère rond, principalement du pylore; nous avons à l'appui de cette opinion quelques observations caractéristiques.

Nous avons aussi une série de résections du pylore, pour carcinome, chez lesquels l'HCl libre avait complètement disparu, et qui faisait sa réapparition lors de la guérison de l'opéré. Chez d'autres malades au contraire, et principalement chez ceux auxquels on a pratiqué la gastro-entérostomie, non seulement l'HCl libre ne revenait pas, mais l'HCl combiné disparaissait de plus en plus, et nous étions bientôt en présence d'un suc gastrique absolument inactif; malgré cela nous avons vu ces individus vivre pendant plusieurs mois tout en augmentant de poids d'une manière étonnante; un de nos opérés, mort par accident sept mois après son opération, avait augmenté de 10 kilos. Chez tous ces malades, où l'HCl libre disparaît et où la proportion d'HCl combiné est minime, nous trouvons une quantité considérable d'indican dans de l'urine, annonçant une active décomposition microbienne des albumines dans l'intestin.

Si nous passons à la question de l'*hyperchlorhydrie*, nous verrons qu'elle peut être interprétée de différentes façons suivant qu'on prend en considération le pour cent de l'acidité chlorhydrique ou la quantité totale de l'HCl en présence dans l'estomac à un moment donné de la digestion stomacale, ou bien encore si la continuité de la sécrétion chlorhydrique entre en jeu comme nous l'observons dans la maladie de Reichmann; dans ce

dernier cas, il peut y avoir hyperchlorhydrie sans cependant qu'il y ait hyperacidité.

L'hyperacidité chlorhydrique est un des symptômes les plus fréquents d'un certain nombre d'affections stomacales, qu'on a l'habitude de ranger en bloc sous le nom de gastrites; elle peut être sous la dépendance d'une mauvaise alimentation ou causée par l'alcoolisme, le tabac, le travail intellectuel, l'excitation nerveuse, etc. Dans les hôpitaux, c'est en général l'affection stomacale qui se guérit le plus rapidement sous l'influence du repos, d'un régime approprié et des alcalins.

Le taux de l'acidité peut être très élevé et la puissance digestive d'un tel suc est quelquefois considérable.

La quantité de l'HCl libre et de l'HCl combiné sont toutes deux augmentées; nous avons retrouvé jusqu'à 0,18 0/0 d'HCl libre et 0,26 0/0 d'HCl combiné, donnant un total de 0,44 0/0 d'acide chlorhydrique.

On peut facilement s'imaginer l'action irritante d'un tel liquide sur la muqueuse stomacale.

Dans les cas où cette hyperacidité se complique d'ulcération de la muqueuse, la sécrétion peut se continuer en dehors des repas, une fois que la digestion stomacale est terminée, et bien que l'estomac se soit vidé de son contenu. Cette sécrétion n'est cependant pas très considérable; à jeun on ne retrouve guère que 20 à 30 c. c. d'un suc clair, mais dont l'acidité suffit pour maintenir l'irritation de la muqueuse et empêcher l'ulcération de guérir.

Dans l'hypersécrétion permanente (maladie de Reichmann), nous pouvons avoir un suc gastrique avec un pour cent d'acidité peu élevé, par exemple 0,18 à 0,20 0/0; bien souvent cependant le suc est hyperacide; dans les 22 cas de maladie de Reichmann que nous avons observés depuis 6 ans, nous avons eu des sucs allant jusqu'à 0,40 0/0 d'acide chlorhydrique.

Mais la quantité totale d'HCl libre ou combiné, en présence de l'estomac, est toujours considérable; nous avons eu dernièrement dans notre service un individu qui nous donnait le matin à jeun jusqu'à 700 c. c. de suc gastrique à 0,18 0/0 d'acide libre, sans acide combiné, et qui, après le repas d'épreuve, en fournissait jusqu'à 2 litres, contenant de 0,25 à 0,30 0/0 d'HCl libre et combiné, soit une quantité de 6 grammes d'acide chlorhydrique théorique (HCl) représentant une quantité de 18 grammes d'acide chlorhydrique concentré du commerce, de la densité 1.16.

Signalons aussi en passant un cas, qui parlerait en faveur de l'hérédité de la maladie de Reichmann.

Un de nos malades, âgé de 61 ans, est atteint de cette affection depuis des années. Il nous dit que son grand-père et son père ont souffert des mêmes symptômes, crampes suivies de vomissements abondants, et le fils âgé de 38 ans est actuellement atteint d'hypersécrétion intermittente.

Maintenant cet HCl du suc gastrique est-il le même que l'HCl du commerce?

Nous avons réussi à retirer du liquide gastrique environ 100 grammes d'un acide chlorhydrique, ayant une densité de 1,16, et nous n'avons pu lui trouver d'autres propriétés physiques et chimiques que celles de l'HCl fabriqué dans un laboratoire; de même qu'allié à la pepsine il n'a pas de propriétés digestives plus actives, le maximum de son pouvoir digestif paraît être obtenu avec des solutions à 0,30 0/0.

Pepsine. — La pepsine n'ayant jamais été préparée à l'état de pureté parfaite, on ne connaît pas encore sa constitution chimique, et on ne connaît pas davantage son mode d'action, qui semble tenir le milieu entre celle des ferments figurés et une action chimique; dans notre ignorance, nous appelons cette action catalytique. D'après Schutz, un suc gastrique renfermerait de 0,41 à 1,17 0/0 de pepsine, mais il n'y a pas de méthode exacte pour la doser; du reste en existerait-il une qu'elle n'aurait pas une grande importance clinique, puisque l'action de la pepsine ne paraît pas être proportionnelle à sa quantité.

Cependant pour constater la présence de la pepsine, on fait digérer dans les sucs à examiner soit de la fibrine, soit du blanc d'œuf coagulé; il faut de préférence choisir cette dernière substance, la fibrine est trop facilement dissoute, même par des quantités très minimes de pepsine.

Dans nos expériences nous nous sommes servi du blanc d'œuf cuit, et nos digestions ont été faites dans une étuve où les liquides digestifs étaient maintenus en mouvement, à 100 c. c. de suc gastrique nous avons ajouté 20 gr. d'albumine, le travail digestif était calculé d'après les peptones formées dans l'unité de temps.

Depuis plus de six ans que nous faisons pour ainsi dire journellement des digestions artificielles, nous n'avons jamais vu la pepsine manquer complètement dans un suc gastrique; sauf cependant dans deux cas d'atrophie de la muqueuse gastrique, et encore ces sucs étaient-ils incapables de digérer l'albumine cuite même après adjonction de pepsine du commerce et d'acide chlorhydrique en proportion normale.

Même à la dernière période du cancer de l'estomac, la quantité de pepsine contenue dans 100 c.c. de suc gastrique était toujours suffisante pour digérer 10 à 15 grammes d'albumine ou de fibrine en deux heures et demie. Dans les autres affections stomacales, la pepsine est toujours en quantité suffisante, et souvent on peut même diluer ces sucs avec cinq et dix fois leur volume d'eau, sans faire diminuer leur activité: ils continuent à digérer dans le même espace de temps la même quantité d'albumine que le suc concentré, à condition toutefois qu'on leur restitue la quantité d'HCl nécessaire. Examinons, en passant, si les pepsines du commerce ont le même pouvoir peptonisant que la pepsine humaine?

Pour éclaircir cette question, nous avons fait les mêmes expériences comparatives de digestions au moyen de sucs artificiels à 1 0/0 de pepsine et de sucs naturels, ayant tous deux la même proportion de HCl.

Ces deux sucs ont toujours digéré avec la même rapidité la même quantité de 10 gr. d'albumine.

Cependant il s'est produit quelques différences dans l'action des sucs artificiels suivant les pepsines employées.

Mais si, au lieu d'ajouter la pepsine dans un suc artificiel, on l'introduit dans un suc gastrique humain, la peptonisation des albumines est considérablement diminuée.

Prenons par exemple deux flacons de 100 c.c. de suc gastrique humain contenant une proportion de 0,2 0/0 d'HCl; si dans un des flacons nous ajoutons 0,50 de pepsine du commerce, nous verrons qu'après deux heures et demie de digestion, ce suc gastrique n'aura digéré que la moitié de l'albumine digérée par l'autre. Avec une proportion de 1 0/0 de pepsine la digestion est encore plus entravée. Ce n'est pas là un effet de la concentration, car nous obtenons le même résultat avec des sucs recueillis à jeun, et ne contenant pas encore de peptones.

Cette action empêchante de la pepsine du commerce est encore plus marquée lorsqu'on fait digérer des viandes par des sucs gastriques humains additionnés de pepsine. Ainsi avec le poisson, le poulet et le veau, après 3 heures, la digestion est quatre fois moindre, et avec le bœuf dix fois moindre, qu'avec un suc gastrique humain, de même acidité mais sans adjonction de pepsine.

La pepsine du suc gastrique humain conserve ses propriétés digestives pendant de nombreuses années: nous conservons des sucs depuis plus de six ans, ils peptonisent encore l'albumine avec la même intensité qu'au premier jour.

Le ferment lab, recherché en faisant coaguler le lait par le suc gastrique neutralisé, a toujours été constaté dans les sucs gastriques qui contenaient de la pepsine.

Les acides organiques ont été dosés par la méthode Hehne et Seemann.

Acide lactique. — Autrefois, on admettait volontiers que l'acide lactique était l'acide nécessaire à la digestion, ou bien qu'il y jouait un rôle spécial. On en admettait une certaine proportion surtout pendant la première heure de digestion. Actuellement on pense plutôt que la présence de cet acide dans l'estomac est due à la fermentation, ou bien qu'il provient de l'acide sarcolactique de la viande.

Dans nos expériences, nous n'avons jamais trouvé d'acide lactique, lorsque nous avions pris la précaution de laver l'estomac avec une solution d'HCl à 0,2 0/0, quelques heures avant de faire digérer de l'albumine et du pain. Mais cet acide se forme avec une très grande rapidité chaque fois que des aliments séjournent trop longtemps dans l'estomac; principalement dans les cas de carcinome du pylore, lorque l'HCl libre a disparu et que l'HCl combiné a beaucoup diminué; dans ces cas on en retrouve parfois des quantités assez considérables.

L'*acide butyrique* se forme dans les mêmes conditions, mais toujours en petite quantité, de même que l'*acide acétique;* ce dernier se rencontre le plus souvent dans la maladie de Reichmann, où le contenu stomacal est presque toujours le siège d'une fermentation alcoolique; certains saccharomyces pouvant très bien se développer dans un milieu contenant 0,2 0/0 d'HCl.

On est généralement frappé par l'odeur de vin en fermentation qui se dégage d'un tel suc gastrique fraîchement sorti de l'estomac; cette odeur seule peut déjà faire soupçonner une hypersécrétion gastrique.

Maintenant, Messieurs, quelle importance faut-il accorder à la digestion stomacale, et quelle est l'utilité de l'examen du suc gastrique pour le clinicien?

Avouons tout d'abord que nous ne pouvons comparer d'une manière absolue la digestion qui se fait dans l'estomac avec celle qui se fait dans nos flacons. Il manque à celle-ci trois facteurs importants: 1° la sécrétion permanente, c'est-à-dire le renouvellement du suc pendant toute la durée de la digestion; 2° l'absorption par la muqueuse; 3° l'évacuation continue ou périodique par le pylore. Aussi ne pousserons-nous pas trop loin nos déductions. Nous ferons cependant observer que ces expériences *in vitro* nous donnent de meilleurs résultats que les expériences faites au moyen de la fistule stomacale; en effet, nous avons pu nous rendre compte bien souvent que la moindre lésion des parois stomacales suffit pour changer complètement les fonctions chimiques et mécaniques de l'organe. Du reste, qu'est-il besoin de pratiquer une ouverture dans les parois de l'estomac, alors que nous pouvons si facilement retirer le suc gastrique avec la sonde par la voie naturelle?

Mais si au point de vue physiologique on doit faire quelques réserves, il n'en est plus tout à fait de même au point de vue clinique. Ces expériences *in vitro* nous font connaître un certain nombre de faits qui sont d'une grande importance, soit pour le diagnostic, soit pour le traitement des affections stomacales.

Dans nos digestions, nous avons évalué le travail de l'estomac en considérant la quantité d'albumine transformée en peptones dans un temps donné, mais cette peptonisation de l'albumine n'est certainement pas l'unique tâche de la digestion stomacale, qui nous paraît être beaucoup plus générale; il n'est donc pas très exact au point de vue pratique de calculer la valeur d'une digestion en ne se rapportant qu'à la quantité de peptones formées — quoique ce soit là un facteur important.

Il faut plutôt considérer la digestion stomacale comme une préparation à la digestion intestinale, de beaucoup plus importante. Dans l'estomac, les tissus albuminoïdes s'imprègnent en se gonflant de suc acide; il se forme ainsi des acides albumines qui rendent ces dernières plus facilement attaquables par les ferments solubles, non seulement par ceux qui agissent en solution acide, comme la pepsine, mais encore par ceux qui agissent dans un milieu neutre ou alcalin, comme la tripsine. Pour la viande, le suc gastrique agit en dissolvant ou gonflant les enveloppes aponévrotiques et jusqu'au sarcolemme enveloppant le disque de Bowman; permettant ainsi aux liquides intestinaux de transformer avec plus de facilité ces divers albuminoïdes. Les peptones formées dans l'estomac ne sont pas encore propres à être assimilées, elles doivent auparavant subir l'action des sucs intestinaux. Voici une expérience que je ne donne pas comme définitive, n'ayant encore pu suffisamment la répéter, mais je la cite cependant pour qu'elle soit contrôlée par l'un de nous si l'occasion s'en présentait. Des peptones gastriques même neutralisées par le carbonate de soude, injectées sous la peau ou dans une veine, sont éliminées par l'urine, après avoir produit quelquefois certains symptômes d'intoxication; tandis que si nous mélangeons de la bouillie gastrique et du suc intestinal en excès, que nous laissions digérer le tout pendant une ou deux heures, ces peptones filtrées pourront être injectées sans être éliminées par l'urine, elles seraient donc assimilables. Mais pour que cette transformation des peptones en triptones puisse avoir lieu, il faut que la bouillie alimentaire sortant de l'estomac soit neutralisée ou même rendue alcaline; or, pour neutraliser 100 c. c. de suc gastrique à 0,3 0/0 d'HCl, il faut environ 100 c. c. de suc intestinal (du mélange de bile, suc pancréatique et suc intestinal).

La sécrétion des différents sucs digestifs intestinaux semble être sollicitée par la sortie de l'estomac des matières alimentaires acides; en effet, nous voyons cette sécrétion commencer 2 ou 3 heures après le repas.

Dans les cas d'hypoacidité, les aliments sortant de l'estomac seront moins préparés à subir la digestion intestinale, mais celle-ci est suffisamment puissante pour se passer dans une certaine mesure du concours de l'estomac, ainsi que nous le voyons si souvent chez nos opérés de carcinomes, qui malgré une digestion stomacale nulle, arrivent à augmenter de plusieurs kilos en peu de temps. Le plus grand inconvénient réside dans une moins bonne désinfection des aliments, permettant ainsi une vie microbienne trop intense dans l'intestin, et favorisant donc une production exagérée d'indol et d'autres produits de décomposition des albumines par les micro-organismes.

Dans les cas d'hyperacidité, l'intestin sera d'autant plus violemment sollicité à sécréter les sucs alcalins que la proportion des acides sera plus grande, et c'est surtout dans l'hypersécrétion gastrique qu'une grande quantité de sucs intestinaux sera nécessaire pour neutraliser le suc gastrique en excès.

Si nous prenons l'exemple de quelques-uns de nos malades, dans l'estomac desquels nous avons trouvé jusqu'à 4, 5 et 6 grammes d'HCl théorique, nous voyons qu'il faudrait 1,300, 1,660 ou 2,000 c. c. de sucs intestinaux pour neutraliser cet acide chlorhydrique et permettre à la digestion intestinale de *commencer*. C'est là un travail excessif à exiger de l'intestin, qui n'y parvient

pas toujours, et il s'ensuit, à la longue, une sorte d'épuisement de la muqueuse suivie d'atrophie partielle. La digestion intestinale devient de plus en plus mauvaise; et c'est alors que nous voyons ces malades arriver à l'extrême limite de l'amaigrissement. Heureusement que bien souvent l'estomac se vide au dehors par le vomissement, l'intestin se refusant à recevoir un liquide qu'il ne peut neutraliser.

Au point de vue du diagnostic, l'analyse chimique du suc gastrique s'impose, mais il ne faut pas, je crois, trop vouloir exiger du résultat de cette analyse. Nous avons vu que la pepsine et le ferment lab se trouvent, pour ainsi dire, toujours dans la sécrétion stomacale, en plus ou moins grande quantité, ou possédant une activité plus ou moins forte. Ces variations de quantité ou de qualité, intéressantes au point de vue théorique, n'ont pas grande valeur au point de vue pratique, la digestion stomacale n'étant que peu ou pas influencée par elles.

Par contre, la plus grande importance doit être attribuée aux acides : leur dosage, soit à jeun, soit après le repas d'épreuve, nousindiquera s'il y a hypo- ou hyperacidité, hypochlorhydrie, hyperchlorhydrie, ou hypersécrétion; de même que nous serons renseignés sur le plus ou moins de stagnation des aliments dans l'estomac, par le dosage des acides organiques. Mais à part la maladie de Reichmann, nous ne pouvons pas, par le seul examen du suc gastrique, diagnostiquer telle ou telle affection stomacale; cet examen nous sera plus utile au point de vue du traitement que pour nous aider à classer les affections stomacales d'après le cadre nosologique actuellement admis. Si nous prenons par exemple l'ulcère rond, nous verrons que, le plus souvent, le pour cent et la quantité totale des acides sont augmentés, et que la muqueuse continue un peu à sécréter cet acide entre les repas; mais cette hyperacidité peut aussi manquer ou être sensiblement la même que dans un suc normal. Nous voyons assez souvent ce fait chez les jeunes anémiques, dont le suc hypoacide avant la formation d'un ulcère rond, prend à la suite de cette affection une acidité qui serait normale si on ne prenait en considération l'état antérieur.

Dans les affections appelées gastrites, le chimisme stomacal peut varier à l'infini; de même dans la dilatation stomacale, où l'organe peut fonctionner parfaitement bien, mécaniquement et chimiquement, tant que l'individu est dans de bonnes conditions d'hygiène ou de santé; mais qu'il survienne une cause d'affaiblissement par cause morale ou par maladie, et le tableau change immédiatement, non pas que la dilatation soit plus forte, mais il suffit que l'estomac se vide mal, par affaiblissement de la couche musculaire, pour qu'aussitôt le chimisme stomacal soit altéré.

Il en est de même dans la ptose stomacale où la digestion peut être parfaite, malgré la situation défectueuse de l'organe. Dans ces affections, on peut trouver toutes les modifications du suc, l'hypoacidité et l'hyperacidité, l'hypo et l'hyperchlorhydrie.

Nous avons vu que dans les tumeurs de l'estomac, on peut se trouver en présence des mêmes modifications.

Il ne nous semble donc pas possible de faire le diagnostic des maladies d'estomac, telles qu'elles sont classées actuellement, par le seul examen du suc gastrique; mais cette analyse peut y contribuer d'une manière plus ou moins efficace.

En outre, nous ne pensons pas, qu'en l'état actuel de la science, on puisse établir une nouvelle classification des maladies de l'estomac, basée sur la seule analyse chimique du suc gastrique; exception est faite cependant pour l'hypersécrétion permanente de Reichmann. Mais cet examen chimique est indispensable pour instituer le traitement, soit diététique, soit médicamenteux; lui seul peut nous dicter l'emploi et la dose de l'HCl ou des alcalins; rappelons en passant qu'il faut environ 3 grammes de bicarbonate de soude pour neutraliser 1 gramme d'HCl théorique. C'est là une donnée pratique qu'on passe trop souvent sous silence, mais je m'arrête sur cette indication. La tâche que vous m'aviez imposée étant terminée, permettez-moi de me répéter rapidement dans les conclusions suivantes :

1° La sécrétion gastrique varie en quantité et en qualité suivant l'alimentation ou suivant les conditions d'existence, de santé ou de maladie de l'individu.

2° La pepsine et le ferment lab, faisant très rarement défaut, la valeur digestive d'un suc gastrique paraît surtout dépendre de la sécrétion de l'acide chlorhydrique; cette sécrétion est très exposée aux variations quantitatives.

3° Le travail de la digestion stomacale n'est pas un travail définitif, c'est une sorte de préparation à la digestion intestinale ; cette préparation peut donc être plus ou moins complète, sans qu'il en résulte un préjudice grave pour le travail subséquent et pour l'individu, pourvu que le fonctionnement mécanique de l'estomac se fasse normalement.

4° Le fonctionnement mécanique de l'estomac a certainement, au point de vue des phénomènes digestifs généraux ou de l'ensemble de la digestion, une bien plus grande importance que le fonctionnement chimique.

5° Dans une même affection stomacale, le suc gastrique ne présentant pas toujours les mêmes anomalies, il en résulte que l'analyse chimique de ce suc gastrique ne peut servir, à elle seule, pour établir le diagnostic précis de telle ou telle maladie de l'estomac. Ainsi l'absence d'acide chlorhydrique ne suffit pas pour diagnostiquer une tumeur de l'estomac, pas plus que l'hyperacidité chlorhydrique n'est suffisante pour affirmer l'ulcère rond. Par contre, l'examen chimique du suc gastrique pourra concourir avec les autres moyens d'investigation à établir plus sûrement le diagnostic de certaines affections stomacales.

6° Seule l'hypersécrétion permanente (maladie de Reichmann) peut être diagnostiquée par la simple analyse chimique du suc gastrique recueilli à jeun et après un repas d'épreuve; mais pour cela, il faut avoir des données exactes sur l'acidité totale, sur le pour cent et la quantité totale de l'HCl libre ou combiné et sur la quantité des acides organiques en présence dans l'estomac.

7° Dans l'état actuel de la science, ignorant le mode de formation de l'HCl, ne connaissant pas davantage la manière d'agir de la pepsine, la simple analyse chimique d'un contenu stomacal ne nous paraît pas suffisante pour établir une nouvelle division des différentes affections stomacales.

8° Au point de vue thérapeutique, l'examen chimique du suc gastrique s'impose; lui seul peut nous donner des indications précises pour fixer le traitement diététique et médicamenteux.

(Nous publierons dans notre prochain numéro la discussion qui a suivi les deux rapports).

TRAVAUX ORIGINAUX

Transformation héréditaire des maladies diathésiques, par le Dr Crocq fils (de Bruxelles).

(Fin.)

p. En ce qui concerne les névroses, le fait paraît non moins irrécusable; nous avons fait une étude spéciale des rapports héréditaires reliant toutes les maladies diathésiques à l'aliénation mentale, celle-ci n'est souvent

qu'une névrose et ses rapports avec les névroses sont, comme nous l'avons d'ailleurs dit, acceptés par tout le monde. En vertu donc du principe que deux quantités égales à une troisième sont égales entre elles, on pourrait établir *a priori* que les névroses possèdent des parentés morbides semblables à celles de la folie. Nous préférons, ici encore, insister un peu et montrer par des faits la réalité de cette proposition. Dans les observations que nous avons rapportées plus haut, il y a de nombreux cas d'hystérie et d'épilepsie, alternant avec les autres maladies diathésiques; nous ne pouvons les rappeler ici, car il nous faudrait transcrire presque toutes les observations contenues dans ce travail; nous nous bornerons à donner quelques cas nouveaux.

Obs. XLI (personnelle). — Zoé, alitée depuis plusieurs années dans le service de M. Rommelaere, est atteinte d'*hystéro épilepsie*.

Son prère est mort à cinquante et un ans de *tuberculose pulmonaire*; sa mère est morte à quarante-trois ans de la fièvre typhoïde, jamais elle n'avait eu d'attaques; les grands-parents maternels sont morts à un âge très avancé, le grand-père paternel est mort jeune (?), la grand'mère a quatre-vingt-un ans. La malade a eu cinq frères et sœurs dont deux sont morts en bas âge; un de ses frères est mort à vingt et un ans de *tuberculose pulmonaire*, une sœur est également morte *tuberculeuse* à vingt-neuf ans; le frère de la malade, le seul survivant des cinq, est bien portant, mais il a tous les ans un *abcès à la gorge* qui nécessite la trachéotomie; un oncle de la malade est mort *fou*.

Obs. XLII (personnelle). — Anna M..., âgée de vingt-quatre ans, est alitée, salle 37, lit 10, dans le service de M. Rommelaere; elle est atteinte de *tremblement hystérique*; cette malade est énorme et pèse actuellement 117 *kilos*.

Les parents sont vivants : son père a soixante-dix ans et est bien portant; sa mère a eu un *rhumatisme articulaire* très intense pendant tout un hiver; après la guérison de ce rhumatisme, il lui survint une tumeur dans le ventre. Anna M... a eu sept frères et sœurs dont deux sont morts, l'un du croup, l'autre accidentellement; les autres sont, dit-elle, bien portants.

Obs. XLIII (personnelle). — Marie H..., âgée de vingt-quatre ans, se trouvait dans le service de M. Spehl, salle 45, lit 1; elle était atteinte d'*hystéro-épilepsie*; son père est mort à cinquante-trois ans d'un *cancer du foie*, sa mère est morte à quarante-trois ans de fièvre typhoïde; une tante paternelle avait une *maladie nerveuse* qui a débuté à l'âge de dix ans; un oncle paternel est mort d'un *rhumatisme articulaire aigu*.

La malade a eu cinq frères et sœurs dont deux sont morts, un de *méningite et convulsions*, l'autre de *convulsions*. Un frère de la malade a une forte *maladie du cœur*, les autres sont bien portants.

Elle-même a eu un *rhumatisme articulaire* à l'âge de treize ans, la première attaque est survenue à la suite d'une frayeur.

Obs. XLIV (personnelle). — Marie T..., âgée de vingt et un ans, se trouvait en novembre 1891, salle 7, lit 3, dans le service de M. Rommelaere. Sa planchette portait le diagnostic d'*hystérie*; son père est mort de *tuberculose pulmonaire* à quarante-six ans, sa mère est morte en couches à trente-six ans; de cinq enfants, quatre sont morts de *convulsions*.

Obs. XLV (personnelle). — Van den E. Constant, âgé de quarante-deux ans, entre le 24 octobre 1892 dans le service de M. Lavisé à l'hôpital Saint-Jean; il est atteint d'*épilepsie*; ses accès apparaissent surtout après des abus alcooliques. Sa mère est morte à soixante ans d'*hémorrhagie cérébrale*, elle avait la *goutte*; son père a toujours été bien portant, il est mort accidentellement à soixante-dix ans; ce malade parle difficilement, il est agité, mais ses mains ne présentent pas le tremblement alcoolique.

Il a eu trois sœurs et trois frères, un de ces derniers est mort d'une *affection cardiaque* accompagnée d'hydropisie, un autre a des *rhumatismes*, le troisième est bien portant; une de ses sœurs a la *goutte*, une autre est *hystérique*, la troisième est *tuberculeuse*.

Obs. XLVI (personnelle). — Louis F..., âgé de vingt-neuf ans, se trouvait en novembre 1891 dans le service de M. Destrée, salle 13, lit 15; il était atteint d'*épilepsie*.

Sa mère est âgée de soixante-huit ans, elle est *rhumatisante* et *asthmatique*, elle sait à peine marcher; son père est mort à soixante-cinq ans de *tuberculose pulmonaire*. Ce malade a eu neuf frères et sœurs qui *tous sont morts de convulsions*.

Obs. XLVII (personnelle). — Henri D..., âgé de seize ans, était alité, salle 8, lit 6, en novembre 1891, dans le service de M. Rommelaere; il est atteint d'*épilepsie*.

Son père est bien portant, sa mère a un *eczéma chronique*; il a eu six frères et sœurs dont quatre sont morts : un du typhus, un de la variole, un de *rhumatisme articulaire* et un d'*épilepsie*. Des survivants, un est *tuberculeux*, l'autre est bien portant.

Obs. XLVIII (personnelle). — Gérard C..., âgé de vingt-sept ans, se trouvait, en novembre 1891, salle 8, lit 4, dans le service de M. Rommelaere; il était atteint d'*épilepsie*.

Son père est mort à soixante et un ans d'un *carcinome gastrique*, sa mère est morte à cinquante ans accidentellement; de neuf enfants, il en reste trois : six sont morts de *convulsions*, son frère et sa sœur sont, dit-il, bien portants.

La chorée dépend, de l'avis de tous les auteurs, le plus souvent du rhumatisme; c'est G. Sée qui a surtout attiré l'attention sur ce fait : d'après cet auteur, le rhumatisme précède la chorée, la suit, ou bien ces deux maladies coïncident.

Sée a parfaitement reconnu que la chorée est très fréquente chez les rhumatisants, mais il n'a pas vu que le rhumatisme fait partie d'une grande famille morbide dont le lien est la cause commune : *la diathèse*. Une foule de choréiques n'ont jamais eu de rhumatismes. Sée peut nous répondre : « ils en auront », puisque d'après lui, dans certains cas, le rhumatisme apparaît postérieurement à la chorée. Il n'est pas nécessaire que les choréiques aient jamais de rhumatisme; nous connaissons de nombreux cas de cette maladie ayant affecté des jeunes filles diathésiques qui n'ont présenté plus tard aucune trace de rhumatisme.

Rappelons que nous avons antérieurement déjà attiré l'attention sur ce fait : « *La diathèse rhumatismale*, avons-nous dit, *peut héréditairement produire la chorée sans qu'il se soit manifesté et sans qu'il se manifeste jamais de douleurs articulaires* » (Un cas d'hemichorea major rhythmique épileptique; *Ann. Soc. Anat. Pathol.*, 1891).

Le rhumatisme fait partie de l'étiologie de la chorée au même titre que les autres maladies diathésiques, et la chorée fait partie de la grande famille morbide caractérisant *la diathèse*.

Obs. XLIX (personnelle). — Alice C., âgée de douze ans, vint à la consultation de M. Dantz, le 17 novembre 1891; elle était atteinte de *hemichorea major rhythmique épileptique*; nous avons longuement discuté ailleurs pourquoi nous avons posé ce diagnostic.

La mère de cette malade, fortement nerveuse, a été atteinte d'un *rhumatisme articulaire très intense*, son père est mort de *tuberculose pulmonaire*. De six enfants, trois sont morts de *convulsions*; l'aîné des survivants, âgé de quinze ans, est atteint d'un *tic rhythmique* du côté gauche de la face et d'une *affection de poitrine*, la seconde est la malade dont nous nous occupons dans cette observation; le troisième, âgé de dix ans, présente du *strabisme* et une *asymétrie faciale* très accentuée.

Rappelons que la maladie d'Alice C. a débuté à l'âge de dix mois, subitement, sans cause appréciable; *il y a donc onze ans qu'elle est choréique et jamais elle n'a eu de rhumatisme* (*loc. cit.*).

« Ce cas prouve, avons-nous dit alors, la dégénérescence à laquelle peuvent arriver les enfants nés de parents dont l'un possède la diathèse tuberculeuse, et

dont l'autre est atteint de la diathèse rhumatismale. »

Zoé, une des hystéro-épileptiques bien connues du service de M. Rommelaere, qui fait l'objet de l'obs. CLXXV, a été *choréique* dans sa jeunesse, elle a actuellement près de trente ans et *jamais elle n'a eu la moindre douleur rhumatismale;* mais si nous consultons sa généalogie morbide nous trouvons que son père est mort *tuberculeux;* un de ses frères et une de ses sœurs sont également morts de *tuberculose pulmonaire;* un autre frère a tous les ans un *abcès dans la gorge* qui nécessite la trachéotomie; un oncle est mort *fou*.

q. Nous nous sommes suffisamment occupés des rapports de l'aliénation mentale avec les diverses maladies diathésiques, nous passons donc directement à l'étude des parentés morbides des maladies du cœur. Nous avons vu que Bouchard mentionne 12 fois sur 94 les affections cardiaques dans les antécédents héréditaires de l'obésité; il est d'autre part incontestable que le rhumatisme, dont l'action est si puissante dans la production des maladies du cœur chez l'individu même, peut aussi amener ces maladies en se transmettant des parents aux enfants; enfin nous avons montré les liens qui unissent la folie et les maladies du cœur. Ce n'est pas seulement avec l'obésité, le rhumatisme et l'aliénation mentale que les affections cardiaques sont en rapport, mais encore avec toutes les maladies diathésiques.

Marie Vanden B..., de l'obs. CXXVIII (*la folie diathésique*), est atteinte d'*affection cardiaque*, son père est mort *aliéné*, une tante paternelle était *goutteuse;* un oncle *alcoolique;* quatre frères et sœurs de la malade sont morts de *convulsions*, le survivant est *épileptique*, elle-même a des *hémorrhoïdes* et des *rhumatismes*.

Elise B..., de l'obs. CXXIX (*la folie diathésique*), est atteinte d'*insuffisance mitrale;* son père est *fou*, un oncle paternel a des *hémorrhoïdes*, un autre est *rhumatisant*, une tante paternelle est *hystérique;* un frère de la malade est mort de convulsions, un autre est *alcoolique*, sa sœur *épileptique*.

Edouard P..., de l'obs. CXXX (*la folie diathésique*), est atteint d'*affection cardiaque;* sa mère est *migraineuse*, un oncle maternel est mort *aliéné*, un autre était *goutteux;* ce malade a eu quatre frères et sœurs dont trois sont morts de *convulsions*, sa sœur est morte *tuberculeuse*.

Marie S..., de l'obs. I, est atteinte d'*ulcères variqueux*, son père était *goutteux*, un oncle paternel a des *coliques hépatiques*, un autre a un *eczéma chronique;* un frère de la malade a une *maladie du cœur*, l'autre est *buveur*, sa sœur *hystérique*.

Pauline S..., de l'obs. XXII, est atteinte de *rhumatisme articulaire*, avec *affection organique du cœur;* son père est mort de tuberculose pulmonaire; trois frères et sœurs du malade sont morts de *convulsions;* un de ses frères a une *affection cardiaque*, un autre est *épileptique*, sa sœur est *goutteuse*.

Prosper Br..., de l'obs. XXIII, est atteint de *rhumatisme articulaire*, il a des *hémorrhoïdes;* son père est mort de *tuberculose pulmonaire*, deux de ses frères et sœurs sont morts de *convulsions*, un frère est *buveur*, un autre *épileptique*, une sœur est *goutteuse*, une autre sœur a eu une petite fille qui mourut d'une *affection cardiaque*.

Obs. L (personnelle). — Jean B. D..., âgé de quarante-quatre ans, était alité, en novembre 1891, salle 12, lit *1*, dans le service de M. Destrée: sa planchette portait: catarrhe bronchique — *affection cardiaque*. Sa mère est morte d'*affection cardiaque* à soixante et onze ans. Le malade a eu sept sœurs et frères dont trois sont morts de *convulsions*, un autre est mort à cinquante ans de *tuberculose pulmonaire;* un de ses frères est *rhumatisant*, une sœur *hystérique*.

Obs. LI (personnelle). — François V., âgé de cinquante-huit ans, se trouvait en novembre 1891, salle 19, lit 5, dans le service de M. Rommelaere: il était atteint d'*insuffisance mitrale*.

Son père est mort de *tuberculose pulmonaire* à soixante-six ans, après avoir été malade pendant trois ans; sa mère a succombé *phthisique* à quarante-quatre ans après deux années de souffrances. Le malade a eu sept frères et sœurs dont trois seulement sont encore vivants: deux sont morts en bas âge de *méningite*, un frère est mort d'*alcoolisme*, une sœur de *cancer du sein;* les trois survivants sont, paraît-il, bien portants.

Obs. LII (personnelle). — Jean J..., âgé de quarante-deux ans, était alité en novembre 1891, salle 19, lit 3, dans le service de M. Rommelaere, il était atteint de *tuberculose pulmonaire;* son père est mort à soixante-dix ans de l'*eau* (?), sa mère est morte à quarante-deux ans d'une *affection cardiaque*: de cinq enfants il en reste trois: deux sont morts en bas âge de *convulsions*, une fille est morte à seize ans d'*anémie;* la sœur de ce malade est *hystérique*, son frère *buveur*. Un oncle maternel est mort d'*apoplexie* cérébrale.

r. « Il est certaines circonstances, dit Mordret, qui prédisposent plus particulièrement aux affections chlorotiques, et nous devons ici mentionner, avec tous les auteurs, le sexe féminin et l'âge de la puberté; *mais pour que ces circonstances aient toute leur activité comme cause de chloro-anémie, il faut qu'elles s'accompagnent d'une certaine susceptibilité du système nerveux*... Il y a dans la chloro-anémie quelque chose qui donne à cette affection son cachet, et ce serait une erreur que de la comprendre avec toutes les cachexies, comme l'ont fait les anciens. Ce quelque chose nous est inconnu, il tient à l'idiosyncrasie du sujet. *Telle personne ne sera jamais chloro-anémique, telle autre le deviendra sous l'influence de la cause la plus légère*... On peut en effet produire à volonté l'anémie proprement dite. On ne produit pas de toutes pièces la chlorose. » Ce passage indique bien qu'il faut pour devenir chlorotique une prédisposition spéciale, une faiblesse du système nerveux; ces conditions sont réalisées par l'état diathésique; ce que Mordret appelle idiosyncrasie n'est en vérité que la *diathèse*.

Obs. LIII (personnelle). — M. H... est mort de *tuberculose pulmonaire* à quarante-sept ans, son père était goutteux; M. H... eut deux filles, la première est *tuberculeuse, goutteuse, hystérique;* la seconde a été profondément *chlorotique* à dix-sept ans, à tel point qu'elle faillit en mourir; plus tard elle fut atteinte de *tuberculose pulmonaire* qui est aujourd'hui complètement arrêtée, mais elle a des douleurs violentes dans les petites articulations des mains.

Marguerite A... est *chlorotique*, son père est mort *aliéné*, un oncle paternel est mort d'*apoplexie* cérébrale, une tante paternelle de *tuberculose pulmonaire*. Le frère de la malade est *alcoolique*, sa sœur est *hystérique*.

s. L'asthme rentre également dans la grande famille des maladies diathésiques: Duclos (de Tours) a établi que chez presque tous les asthmatiques il y a une diathèse herpétique. « L'asthme est une affection nerveuse, dit Trousseau, c'est une névrose et j'ajouterai, pour mieux définir son espèce, c'est une névrose diathésique, c'est-à-dire qu'il est rare que cette affection ne se lie pas à l'existence d'une diathèse... Dartres, rhumatisme, goutte, hémorroïdes, j'ajouterai gravelle, sont des affections que l'asthme peut remplacer et qui réciproquement peuvent remplacer l'asthme; ce sont des expressions différentes d'une même diathèse. Il en est encore une autre que je ne dois pas omettre, c'est la migraine... » « Il est encore une autre diathèse, dit encore Trousseau, différente de celle dont je viens de vous entretenir, dont l'asthme peut être aussi la manifestation: c'est la diathèse tuberculeuse. »

Bouchard admet l'asthme des dartreux et des rhumatisants: « Je sais d'autre part, dit-il, que sur cent goutteux, neuf sont asthmatiques et que dix-neuf comptent des asthmatiques dans leur famille; que sur cent diabétiques, deux sont asthmatiques et onze ont des asthmatiques dans leur famille; que, sur cent obèses,

deux sont asthmatiques et que vingt-cinq comptent des asthmatiques dans leur famille. Je conclus de ces résultats statistiques que l'asthme n'est pas strictement une maladie des rhumatisants, mais que, d'une façon plus générale, il est une maladie des arthritiques. » Nous devons ajouter encore à ces maladies, pour compléter la famille morbide de l'asthme, l'hémophilie, les varices, les anévrysmes, la scrofule, la tuberculose, le cancer, l'apoplexie, les névroses, l'aliénation mentale, les maladies du cœur, la chlorose, la migraine et les névralgies, le fibrome, le lymphadénome et le sarcome, l'artério-sclérose et les convulsions. L'asthme est une des manifestations de la diathèse et à ce titre il doit avoir les parentés morbides communes à toutes les maladies diathésiques.

Léonard C..., de l'obs. VII, est atteint d'*asthme*, son père est mort de la *rupture d'un anévrysme*, un oncle paternel était *goutteux*, un autre *rhumatisant;* sept frères et sœurs du malade sont morts en bas âge, un frère est mort d'*apoplexie cérébrale*, un autre de *tuberculose pulmonaire*.

Obs. LIV (personnelle). — Jacques V., âgé de quarante-cinq ans, se présenta, en décembre 1891, à la consultation de M. Dantz; il était *asthmatique* au plus haut degré.

Son père est mort à trente-quatre ans de *tuberculose pulmonaire*, sa mère vit encore, elle est bien portante; un oncle paternel est mort d'*apoplexie* cérébrale, une tante paternelle était *épileptique*. Le malade a eu quatre frères et sœurs, dont deux sont morts, en bas âge, de *convulsions;* son frère est *alcoolique*, sa sœur *tuberculeuse*.

t. Les rapports de la migraine et des névralgies avec certaines maladies diathésiques ont été signalés déjà par Stoll, Barthez, Bretonneau, Récamier, Trousseau, mais c'est surtout Bouchard qui a formulé positivement ce principe : « Cette prédisposition à la migraine se traduit d'ailleurs par d'autres maladies, et ces maladies, que l'on observe chez les parents du migraineux, ce sont encore l'asthme, la goutte, la gravelle, la lithiase, l'obésité, le diabète, le rhumatisme aigu, les rhumatismes chroniques, les névralgies, les hémorrhoïdes, les dermatoses. »

Nous avons fréquemment rencontré la migraine dans les familles diathésiques dont nous avons rapporté l'histoire; nous passerons sous silence les rapports de la migraine avec la folie, car nous avons suffisamment insisté sur ce sujet.

Marguerite D., de l'obs. LXXI (*la folie diathésique*), est *migraineuse*, *anémique*, *hystérique* et atteinte de *délire des persécutions*, elle s'adonne aux *boissons alcooliques*: trois de ses enfants sont morts de *convulsions*, sa fille est *rachitique*.

Léocadie C., de l'obs. II, est atteinte de *varices*, son père est mort d'un *rhumatisme articulaire aigu;* un oncle paternel était *diabétique*, une tante *migraineuse;* un de ses frères a la *goutte*, une sœur est morte d'un *cancer à l'estomac*.

Obs. LV (personnelle). — M. F... est mort d'une *maladie du cœur*, sa femme était parfaitement bien portante, elle est morte à quatre-vingt-huit ans; leur fille unique a une *maladie du cœur*, des *névralgies*, des *migraines*, des *varices* et des *coliques hépatiques;* elle a été de plus atteinte de *tuberculose pulmonaire* et a failli en mourir. La fille de cette dernière est *hystérique*, sa petite-fille *rachitique*.

u. Le fibrome, le lymphadénome et le sarcome se rencontrent également dans les familles diathésiques : de nombreuses femmes atteintes de fibromes utérins appartiennent à des familles entachées de la diathèse. Quant au sarcome et au lymphadénome, ils constituent une dégénérescence plus profonde encore : les auteurs ont le tort de ne pas approfondir suffisamment les antécédents héréditaires de leurs malades, nous avons recueilli quelques faits qui confirment l'opinion que nous avons émise.

Obs. LVI (personnelle). — Mme H... est atteinte d'un *sarcome généralisé*, des tumeurs apparaissent successivement sur toutes les régions du corps et de la face; l'une d'elles, étant devenue trop gênante, fut enlevée, et l'examen microscopique révéla en toute évidence la nature sarcomateuse des tumeurs.

Les parents de cette personne sont morts de *tuberculose pulmonaire;* son frère est mort du *cancer* des fumeurs, une sœur était *hydrocéphale* et *idiote*, la dernière est morte de la syphilis qu'elle avait contractée de sa nourrice.

Obs. LVII. — Jules S., dont nous avons rapporté l'histoire à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, est atteinte d'*adénie*.

Sa mère est très bien portante, son père a eu une *carie du frontal* qui a nécessité une intervention chirurgicale; de six enfants, trois sont morts : l'un du *typhus*, l'autre d'un affaiblissement progressif dont la cause resta indéterminée, le dernier du *croup;* lui-même a eu la fièvre *typhoïde* à dix ans et demi, à quinze ans il a eu la *variole*, puis l'*adénie*.

Remarquons combien cette famille est décimée par les maladies infectieuses; ce caractère est commun à toutes les familles diathésiques; dans ce cas-ci cependant il semble y avoir une prédisposition particulière de tous les enfants à se laisser atteindre par les diverses maladies infectieuses; nous voyons l'adénie survenir à côté du croup, de la fièvre typhoïde, de la variole, ce qui parle en faveur de la nature microbienne de l'adénie.

Obs. LVIII (personnelle). — Mme X., âgée de quarante-cinq ans, est atteinte d'un engorgement ganglionnaire limité au côté droit du cou. M. le professeur Stiénon a diagnostiqué une *adénie* et M. le docteur Lavisé a été appelé à procéder à une intervention chirurgicale en vue d'extirper les ganglions malades.

Le père de cette malade est mort à quarante ans, d'une *carie des os*, sa mère est morte d'une pneumonie à soixante-treize ans. Mme X... a douze frères et sœurs, deux sont morts de *tuberculose pulmonaire*, une sœur est morte de *myélite*, une autre sœur a des *migraines;* les autres sont, au dire de la malade, tous bien portants.

v. L'artério-sclérose est également une manifestation de la diathèse, nous ne parlons évidemment pas de l'athérome qui existe presque constamment dans la vieillesse, nous parlons de l'artério-sclérose se développant à un âge où normalement elle ne se montre pas.

« Dans un très grand nombre de cas, dit Maurice Raynaud, l'athérome se développe sous l'influence des diathèses rhumatismale et goutteuse. Il n'est pas rare, pendant le cours même du rhumatisme articulaire, de voir les artères subir la modification organique qui caractérise le premier degré de l'athérome. L'immense majorité des cas d'athérome, observés chez des individus encore jeunes, s'est rencontrée chez des individus qui avaient subi antérieurement des attaques de goutte ou de rhumatisme, ou dont les ascendants avaient été atteints par ces affections diathésiques. » Huchard, qui a fait sur les maladies du cœur et des vaisseaux de si remarquables travaux, a également signalé l'influence de certaines maladies diathésiques sur le développement de l'artério-sclérose :

« C'est le rhumatisme chronique, dit Huchard, qui donne lieu le plus ordinairement aux indurations artérielles. Quant au rhumatisme articulaire aigu, il est moins souvent accompagné ou suivi de manifestations artérielles. Cependant, vous verrez des cas où des malades ayant été atteints de plusieurs attaques de rhumatisme articulaire franchement aigu, sont devenus artério-scléreux à la longue... D'autres fois encore, vous ne trouverez dans les antécédents personnels ou héréditaires des malades que des manifestations abarticulaires de la diathèse rhumatismale, telles que des migraines, des névralgies erratiques et très rebelles, des affections cutanées ou des attaques d'asthme... »

« L'influence de la diathèse goutteuse, dit encore Huchard, sur le développement de l'artério-sclérose et de l'athérome artériel est si bien établie qu'il me semble inutile d'y insister davantage. C'est ainsi que vous voyez souvent chez les goutteux héréditaires, avant même l'apparition des symptômes articulaires, se développer lentement les lésions de l'artério-sclérose. Celle-ci dérive nettement de l'arthritis, ce tronc commun de l'arbre pathologique, dont la goutte et le rhumatisme sont les principales branches. »

Nous avons dit précédemment qu'il fallait comprendre dans l'artério-sclérose non seulement l'athérome artériel, mais encore toutes les scléroses viscérales; l'artério-sclérose comprise de cette manière est une maladie diathésique; nous avons recueilli des observations concluantes à ce sujet : en partant de ces données nous devons élargir considérablement le cadre des parentés morbides de l'artério-sclérose comme nous l'avons fait du reste pour toutes les maladies qui se développent sous la dépendance de la *diathèse*.

Obs. LIX (personnelle). — L..., âgé de quarante-trois ans, se trouvait en novembre 1891, salle 13, lit 15, dans le service de M. Destrée; il était atteint d'*artério-sclérose généralisée.*

Son père est mort accidentellement à quarante-trois ans, sa mère est morte à cinquante-six ans de *cancer hépatique;* de sept frères et sœurs, quatre sont morts : un en bas âge de *convulsions*, un autre de *saturnisme*, un troisième de *tuberculose pulmonaire*, le quatrième d'*apoplexie*. La sœur de ce malade a un *rhumatisme articulaire* très intense, son frère est *alcoolique*.

Obs. LX (personnelle). — Martin R..., âgé de soixante-cinq ans, était alité en novembre 1891, salle 19, lit 4, dans le service de M. Rommelaere; il était atteint de *rétrécissement aortique et d'artério-sclérose.*

Son père est mort à soixante-quatre ans de *tuberculose pulmonaire*, sa mère à soixante ans du choléra; de cinq frères et sœurs quatre sont morts en bas âge, de *convulsions*, la survivante est *hystérique*.

Obs. LXI (personnelle). — Henri S..., âgé de quarante-huit ans, était en traitement, le 20 novembre 1891, à l'hôpital Molenbeck-Saint-Jean; il était atteint de *myélite chronique*.

Son père est mort à quarante-trois ans d'une attaque d'*apoplexie*, sa mère est morte en couches; un oncle paternel avait une *affection cardiaque* accompagnée d'hydropisie, un autre était *rhumatisant*, deux tantes paternelles sont *hystériques;* une sœur du malade est morte de *maladie de la moelle épinière;* un frère en est également atteint, il ne peut plus marcher depuis deux ans.

Obs. LXII (personnelle). — M..., âgé de soixante-deux ans, se trouvait, le 1er novembre 1891, dans le service de M. Stiénon. Il était atteint de *sclérose en plaques et de rhumatisme articulaire*. Son père est mort accidentellement à cinquante-quatre ans, sa mère a vécu jusqu'à quatre-vingts ans, elle avait des *rhumatismes articulaires* tellement intenses que dès l'âge de trente ans elle ne put plus marcher. Une sœur du malade est morte d'une attaque d'*apoplexie*, son frère est bien portant. M... a eu quatre enfants, dont deux sont morts de *convulsions*, un de marasme, le dernier est mort-né.

Obs. LXIII (personnelle). — B... se trouvait à la même époque dans le service de M. Stiénon; il était atteint de *sclérose en plaques*.

Son père est mort accidentellement, sa mère est atteinte de *rhumatisme articulaire*, un oncle maternel est mort subitement d'une attaque d'*apoplexie* à quarante-quatre ans, un autre est *rhumatisant*, un troisième est *goutteux*. Une sœur du malade est également atteinte d'une *maladie de la moelle* épinière; un cousin germain souffre tous les ans trois mois de *douleurs articulaires* aux pieds.

Obs. LXIV (personnelle). — Jeanne V..., âgée de quarante-trois ans, se trouvait en novembre 1891, salle 7, lit 3, à l'hôpital de Molenbeck Saint-Jean; elle était atteinte de *myélite postérieure*.

Son père est mort à quarante ans d'*aliénation mentale*, sa mère est vivante et bien portante; deux frères et sœurs de la malade sont morts de *convulsions*, un autre est *alcoolique*, une sœur est *goutteuse*.

Obs. LXV (personnelle). — Albine S..., âgée de trente-sept ans, était alitée à la même époque, salle 7, lit 15, à l'hôpital de Molenbeck Saint-Jean; sa planchette portait le diagnostic de *myélite*.

Les parents sont morts à un âge avancé, sa mère était très *rhumatisante;* ils eurent huit enfants dont quatre sont morts de *convulsions*, un autre est mort d'une *congestion cérébrale*, Le frère de la malade crache du sang et est *tuberculeux*, sa sœur se plaint de *migraines*.

Obs. LXVI (personnelle). — Auguste D..., âgé de quarante et un ans, est alité, salle 7, lit 18, dans le service de M. Rommelaere; il est atteint de *myélite postérieure*.

Son père est mort de *tuberculose pulmonaire*, il était sujet à des *rhumatismes articulaires* très prononcés; sa mère est bien portante, elle a soixante-seize ans.

Obs. LXVII (personnelle). — Louis L..., âgé de cinquante et un ans, se trouve salle 7, lit 16, dans le service de M. Rommelaere; il est atteint de *myélite*.

Son père est mort à soixante-huit ans de cause indéterminée, sa mère à quarante-six ans de *tuberculose pulmonaire*: ils ont eu onze enfants dont trois seulement vivent encore; une sœur est morte de suites de couches, une autre de *tuberculose pulmonaire*, un frère est mort à vingt ans d'*abcès à la gorge*, une sœur a succombé pendant un accouchement. La sœur du malade est bien portante, son frère a la *fièvre intermittente*.

Obs. LXVIII (résumé). — M. B..., âgé de soixante ans, est atteint d'*angine de poitrine*. Son père est mort accidentellement à cinquante et un ans; sa mère est morte d'*apoplexie cérébrale;* son grand-père maternel est mort d'*affection cardiaque*. Le frère de ce malade est mort d'*angine de poitrine*, un autre d'une affection cardiaque, une sœur d'hémiplégie.

M. B... a eu trois enfants : l'un d'eux a succombé à une entérite, le second a souffert du *cœur*, le troisième est mort *tuberculeux* (Huchard, *Maladies du cœur et des vaisseaux*, 1889).

w. Les convulsions infantiles se retrouvent presque constamment dans les familles diathésiques; nous avons vu combien souvent elles se sont manifestées dans les observations que nous avons recueillies, il nous semble inutile de rapporter de nouveaux faits à l'appui d'une donnée qui se trouve contenue si clairement dans ce qui précède. Les convulsions sont une des manifestations les plus habituelles de la diathèse, elles constituent une des causes les plus puissantes de l'extinction des familles diathésiques.

Nous terminons cet important chapitre de la transformation des maladies diathésiques, nous nous sommes efforcé de prouver par les faits plutôt que par les théories et nous croyons avoir suffisamment montré combien est fréquente la transformation réciproque des différentes manifestations de la diathèse.

Nous avons insisté jusqu'ici sur l'hérédité de la diathèse, nous avons montré les formes diverses sous lesquelles elle se manifeste.

L'étiologie de la diathèse doit certes comprendre au premier rang l'hérédité morbide, il arrive cependant quelquefois que l'état diathésique, la dégénérescence du système nerveux soit acquise. Baumnes déjà signale ce fait : « certaines diathèses, dit-il, peuvent aussi, mais rarement, être véritablement acquises, c'est-à-dire, se développer après la naissance, sous l'influence de causes externes plus ou moins appréciables, et sans que les individus affectés aient une prédisposition héréditaire à les contracter. »

Grisolle signale le même fait : « Toutes peuvent être acquises, dit-il, et elles naissent presque toujours lentement, le plus souvent sans cause appréciable, au milieu des conditions extérieures les plus diverses, quelquefois

manifestement sous l'influence de modifications hygiéniques déterminées. »

« Tout d'abord, dit Castan, nous ferons remarquer qu'il ne faut chercher les causes de la diathèse que parmi les conditions qui exercent une influence lente et continue : on comprend en effet que la modification du tempérament hygide, la création d'un tempérament morbide, ne peut se faire que peu à peu. »

Toutes les maladies diathésiques peuvent être acquises, et les facteurs étiologiques, loin d'être souvent inappréciables comme le dit Baumnes, sont dans ce cas très puissants : il faut en effet, pour modifier aussi profondément un système nerveux normal, des agents dont l'action puissante et prolongée atteint directement les centres nerveux.

La diathèse acquise est rare relativement au nombre considérable de diathésiques héréditaires; les causes les plus habituelles de son apparition sont : les mauvaises conditions hygiéniques dont l'action est puissante sur le système nerveux, et les intoxications qui retentissent non moins énergiquement sur les centres nerveux.

C'est ici que nous devons faire intervenir l'impaludisme, la syphilis, l'hydrargirisme, le saturnisme, l'arsénicisme, etc., comme facteurs capables de créer des familles diathésiques. Certains auteurs ont placé la syphilis et l'impaludisme parmi les diathèses; nous ne pouvons les considérer comme résultant de la diathèse, car elles ne sont jamais produites que par leur microbe, mais ces intoxications créent la diathèse, la dégénérescence, chez les descendants de ceux qui en ont été atteints. La même remarque s'applique aux autres intoxications qui, bien que résultant de particules inorganiques, agissent non moins puissamment sur les centres nerveux que les infections chroniques.

C'est ici que doivent être rapportés les nombreux cas de saturnisme et de syphilis qui sont le point de départ de l'établissement de la diathèse.

CONCLUSIONS

1° Les maladies diathésiques se transforment mutuellement l'une dans l'autre en passant des parents aux enfants. Ces maladies constituent donc une grande famille morbide dont les parentés sont étroites.

2° La diathèse peut s'acquérir, les facteurs qui la produisent agissent puissamment sur le système nerveux de manière à en modifier insensiblement les fonctions : une mauvaise hygiène et les intoxications diverses doivent figurer au premier rang parmi les agents étiologiques de la diathèse.

CORRESPONDANCE

Monsieur le rédacteur en chef,

Je viens peut-être un peu tard remettre sur le tapis une question qui a été débattue, il y a quelques mois déjà, dans la *Gazette* : je veux parler de la *cystotomie sus-pubienne chez les prostatiques*, à propos de laquelle M. le prof. Poncet, de Lyon, a développé des considérations si intéressantes, dans son article du 16 juin dernier (1). Je ne tiens nullement à soulever une question de priorité, mais je veux seulement mettre au point une partie de la bibliographie ayant trait à ce sujet.

Je suis étonné que M. Poncet, ayant feuilleté les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, n'y ait pas trouvé la relation d'une des premières opérations de cystotomie sus-pubienne pratiquée chez un prostatique, pour les mêmes indications que celles qui se sont présentées chez son malade; j'ai publié cette observation dans les *Annales des organes génito-urinaires* de 1885, avec les réflexions que m'a suggérées le cas. La question de priorité en ma faveur m'importe tellement peu, que j'indique comme ayant pratiqué avant moi cette opération, M. E. Bœckel en 1882, alors que son maître Sédillot l'avait déjà recommandée en 1856.

Audry (1) va donc un peu loin, quand, à la fin de son article il parle de « l'opération de Poncet »; cette intervention devrait plutôt porter le nom de l'un de nos maîtres de Strasbourg.

Je termine en citant les conclusions de mon article de 1885 :

1° La cystotomie sus-pubienne peut être d'un grand secours chez les prostatiques, non seulement comme intervention d'urgence, mais mieux comme opération curative, dans les cas de rétention d'urine absolue et invincible par tous les autres moyens.

2° Pour être efficace dans ces cas, d'une façon immédiate aussi bien qu'ultérieure, l'intervention doit être pratiquée à temps, c'est-à-dire avant que les lésions profondes des organes urinaires (vessie, reins) se soient définitivement établies ou devenues inguérissables.

J'accorde bien volontiers que M. Poncet a eu le mérite de poser des indications plus larges à la cystotomie sus-pubienne chez les prostatiques : il n'a pas seulement la prétention de prévenir les accidents d'empoisonnement chez ceux atteints de rétention pour une cause quelconque, mais encore d'arrêter et de guérir les phénomènes généraux fâcheux quand ils ont déjà éclaté.

Veuillez agréer, monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Dr Rohmer,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

(1) Indications de la cystotomie sus-pubienne, etc. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 24, 16 juin 1894.

(1) Note sur l'autopsie d'un malade cystotomisé, etc., par Ch. Audry (de Toulouse), *Mercredi médical*, n° 27, juillet 1894.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Démence paralytique dans la race nègre (Dementia paralytica in the negro race), par H. Berckley (*The John Hopkins Hospital Reports*, 1894, vol. IV, nos 4 et 5, p. 3). — Ce travail est fondé d'une part sur des recherches statistiques qui établissent que le nombre des aliénés et surtout des paralytiques généraux croît dans des proportions considérables en Amérique, d'autre part sur des observations au nombre de 5 pratiquées sur des nègres, dont 4 accompagnées d'autopsies. Il résulte de ces documents qu'en réalité les différences qui existent entre les signes et les lésions de la méningo-encéphalite diffuse dans la race blanche et dans la race noire, sont peu accusées; en ce qui concerne les symptômes, la démence est beaucoup plus rapide et plus précoce chez le nègre que chez le blanc. Pour ce qui est des altérations, les lésions vasculaires seraient toujours, chez eux aussi, extrêmement intenses.

Amnésie rétro-antérograde à type continu et progressif par choc moral, par E. Toulouse (*Archives de Neurologie*, septembre 1894, n° 91, p. 167). Le nombre des observations, encore exceptionnelles, d'amnésie rétro-antérograde, est restreint à une dizaine de cas, dans notre pays, tout au moins; ce qui rend intéressant celle que rapporte l'auteur. Il existe chez la malade, âgée de 57 ans, à son entrée à l'asile, un état d'amnésie et d'aboulie survenu à la suite de la frayeur causée par un incendie, qui la fait ressembler à une aliénée. L'examen somatique ne révèle rien de particulier, quant à la motilité (légère faiblesse dynamométrique de la pression des mains); la sensibilité, les réflexes, les organes des sens, n'offrent rien de très spécial, et en particulier les stigmates hystériques ne sont pas constatables. La mémoire de l'accident est imparfaitement conservée : les souvenirs en sont peu nombreux. Ceux des dernières années, depuis 1887, époque de l'incendie, sont presque tous oubliés, même les plus récents. Seuls les événements anciens qui ont précédé de longtemps peuvent être évoqués. Il lui reste ce qu'on appelle la mémoire organique et ses souvenirs de jeunesse; toutefois elle lit, écrit, et sait calculer; elle par-

vint à se remémorer des airs et à chanter; elle cause, marche, mange en se servant avec une certaine adresse des ustentiles de table, coud, et danse même des pas divers. Toutefois les images verbales qu'on évoque chez elle ne persistent pas dans sa mémoire. Elle manifeste de plus certaines idées délirantes, disant que certains vêtements qu'elle voit porter par d'autres malades lui ont été volés. L'auteur croit devoir ranger ce cas en dehors de l'hystérie.

GYNÉCOLOGIE

Symphyséotomie. — Solovij (Zur Symphyseotomie, *Centr. f. Gynækol.*, 1894, n° 36, p. 863) conclut d'une étude sur la valeur respective de divers modes d'intervention dans les bassins rétrécis : 1° que dans les bassins rétrécis à conjugué vrai de 9 à 11 cm., l'enfant à terme de grosseur moyenne naît le plus souvent spontanément ; 2° que dans les bassins rétrécis, dont le conjugué vrai varie entre 7 centim. et demi et 9 centim., il faut pratiquer l'accouchement avant terme entre la 32e et la 34e semaine ; 3° que dans les bassins rétrécis avec un conjugué vrai de 6 à 7 cent. et demi, il faut pratiquer la craniectomie quand même il s'agit d'un enfant vivant.

L'auteur est donc un adversaire de la symphyséotomie. Il appartient à une catégorie d'accoucheurs qui se font rares, heureusement pour les enfants.

Ainsi Schwarz (Symphyseotomie bei allgemein verengtem Becken mit 7 cm. conj. vera, *Centr. f. Gynækol.*, 1894, n° 36, p. 877) relate l'histoire d'une primipare de 27 ans, avec un bassin dont le conjugué vrai mesure 7 cm. Albuminurie et anasarque avec température de 38°. Membranes intactes qui se rompent pendant l'exploration. Essai infructueux de forceps après lequel la température monte à 39°. Symphyséotomie vingt heures après l'arrivée de la malade à l'hôpital et extraction avec le forceps d'un enfant vivant. Guérison sans complications.

Dans un travail de Bussemaker (Eine Symphyseotomie ohne Knochennaht, etc., *Centr. f. Gyn.*, 1894, n° 37, p. 896), on trouvera d'abord la relation d'un cas de symphyséotomie chez une primipare de 19 ans à bassin rétréci, guérie dans des conditions excellentes sans la suture des pubis.

Dans une seconde partie, l'auteur montre que la proposition de Fénoménoff et Katchetkoff, de compléter la symphyséotomie par une pubioplastie afin d'obtenir une dilatation permanente de l'anneau pelvien, présente des difficultés considérables, expose à l'infection, à l'hémorrhagie, etc.

Ensuite, l'auteur se préoccupe de l'avenir des opérés. C'est là, en effet, une question importante à étudier, quoique l'on possède déjà des matériaux permettant de porter un jugement motivé.

On s'est d'abord demandé si, pour permettre à ces femmes des accouchements ultérieurs naturels, on ne pourrait pas, par une pubioplastie, obtenir une dilatation permanente du bassin. De là des essais de Fénoménoff et Katchetkoff. Mais Bussemaker pense que cette intervention présente des difficultés considérables, expose à l'infection, à l'hémorrhagie.

R. Braun (Die Dauererfolge der Symphyseotomien, *Centr. f. Gyn.*, 1894, n° 37, p. 88) s'occupe de la question à un autre point de vue, pour la solidité ultérieure du bassin, et il rapporte une petite statistique de douze symphyseotomies faites à la clinique de G. Braun et ayant donné quatre morts. Les trois premiers cas de mort ont déjà été publiés l'année dernière. Le quatrième cas, survenu récemment, a trait à une femme de 23 ans, symphyséotomisée en pleine infection, à laquelle elle succomba vingt jours après l'opération. L'auteur en conclut que, contrairement à ce que soutenait Fritsch, l'infection est une contre-indication de la symphyséotomie.

Chez les huit autres cas, les résultats fonctionnels (marche, capacité au travail) furent excellents, aussi bien chez celles auxquelles on a fait la suture des pubis au fil d'argent ou la suture du périoste au fil de soie, que chez celles auxquelles la suture n'a pas tenu ou n'a pas été faite. L'auteur croit donc que la suture est une complication inutile de la symphyséotomie.

Cette dernière conclusion, il est vrai, est nettement en contradiction avec ce qu'a observé H. v. Woerz (Die Enderfolge der Symphyseotomie, *Centr. f. Gyn.*, 1894, n° 36, p. 865), dont le travail est basé sur l'étude de dix symphyséotomies faites à la clinique de Schauta et suivies pendant plus d'un an. Les résultats fonctionnels furent excellents dans tous les cas. Seulement on a pu constater une certaine différence entre les femmes auxquelles on avait fait la suture au fil d'argent des pubis, et celles chez lesquelles cette suture n'a pas été faite ou n'a pas tenu. En résumant l'étude détaillée de chaque observation, l'auteur montre que :

1° Dans les cinq cas où la suture a réussi, l'opération a été suivie d'une réunion complète, solide et très rapide, et en quittant le lit les malades ont pu reprendre leurs occupations sans se ressentir de l'opération dont les résultats ne furent pas démentis plus tard.

2° Dans les quatre cas où la suture n'a pas tenu ou a été insuffisante, il existait, au moment où les malades quittèrent l'hôpital, une diastase de la symphyse et des troubles fonctionnels qui, tous les deux, ont définitivement disparu au bout d'un certain temps.

3° Les lésions des parties molles, produites pendant l'opération, n'ont pas été graves ni suivies de complications.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

De l'ectopie de la rate, par Emile Lieffring.

La mobilité dans les déplacements de la rate, congénitaux et acquis, n'étant pas un phénomène constant, nous proposons de substituer aux dénominations habituelles celle d'*ectopie splénique*.

L'ectopie de la rate est une affection passée dans le domaine de la chirurgie.

Elle est une maladie presque exclusivement du sexe féminin. On la rencontre par exception chez l'homme.

Elle peut être congénitale ou acquise ; dans les deux cas, à une certaine période de son évolution, elle détermine les mêmes accidents ; au point de vue clinique et thérapeutique, il n'y a point de distinction à établir.

Elle se caractérise par des symptômes fonctionnels et physiques qui permettent d'affirmer son existence et de la différencier des maladies qui peuvent la simuler.

Son pronostic est en général bénin et n'est aggravé que par l'intercurrence de complications.

Le traitement médical est insuffisant pour obtenir la guérison.

La splénectomie, justifiée par les recherches expérimentales et par ses succès chez l'homme, est le seul traitement rationnel et curatif.

Traitement des cystites chroniques rebelles chez la femme par le curettage vésical pratiqué par la voie uréthrale, par Henri Coursier.

Le curettage de la vessie et de l'urèthre pratiqué chez la femme par la voie uréthrale et appliqué au traitement des cystites chroniques rebelles (tuberculeuse ou non) est une opération facile, non dangereuse et efficace.

On n'aura recours à cette intervention que quand les moyens ordinaires de traitement (tels que les instillations de nitrate d'argent et de sublimé) seront restés sans résultat.

Certaines observations semblent permettre d'espérer une cure radicale, quand les lésions vésicales sont bien localisées et que les reins sont indemnes.

Le curettage par l'urèthre apporte presque toujours un soulagement prononcé, même quand les lésions vésicales sont étendues et que les reins sont malades.

Le curettage par l'urèthre ne pouvant cependant permettre d'atteindre, d'une façon certaine, toute la surface interne de la vessie, il est des cas qui restent réservés à la cystotomie.

VARIÉTÉS

Le monument de Claude Bernard a été inauguré dimanche à Lyon. Des discours ont été prononcés par MM. Gailleton, maire de Lyon; Chauveau, membre de l'Institut; Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon; Kelsch, membre de l'Académie de médecine; Morat, professeur de physiologie à la Faculté de Lyon; Laborde, membre de la Société de biologie; Brunetière, membre de l'Académie française.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

QUARANTE ET UNIÈME ANNÉE — N° 45 — 10 NOVEMBRE 1894

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Des aphasies, rapport lu au Congrès de médecine interne de Lyon, par M. le professeur BERNHEIM, de Nancy.

Il y a aphasie, lorsque l'idéation étant conservée ainsi que les organes extrinsèques de la phonation ou de l'écriture, à partir des noyaux spino-bulbaires, le mécanisme cérébral de la parole est lésé. Les nerfs et muscles phonateurs et graphiques fonctionnent; c'est le rapport entre la pensée et les nerfs qui réalisent la parole, symbole de cette pensée, qui fait défaut.

La question des aphasies commença à se dégager de l'obscurité avec la découverte mémorable de Broca, préparée par Dax et Bouillaud, sur le rôle que joue dans l'acte de la parole le pied de la 3e circonvolution frontale gauche : le fil conducteur était trouvé. Les découvertes de Kussmaul et de Wernicke sur les aphasies sensorielles constituent une seconde étape dans le développement de la doctrine qui fut construite sur ces données cliniques et anatomo-pathologiques et systématisée, en France, surtout par notre regretté maître Charcot.

Voici l'exposé succinct de cette doctrine :

Le langage phonétique se fait à l'aide de mots agencés en phrases. Les mots, symboles acoustiques de la pensée, ont pénétré dans l'entendement par l'organe auditif. L'enfant, dans les premiers temps de la vie, entend ce qu'on dit, mais il ne comprend pas. Les mots représentent pour lui des bruits sans signification, bruits transmis par le nerf acoustique jusqu'au centre cortical de l'ouïe qui les perçoit, qui en a consience, mais sans les interpréter. L'éducation du premier âge vient et établit dans le cerveau de l'enfant l'association entre le mot, impression acoustique, et l'objet ou l'idée que cette impression représente : l'enfant apprend peu à peu la signification des mots et leur agencement en phrases. Les mots et les phrases perçus par le cerveau à l'état brut deviennent des symboles d'idées; il se développe une *mémoire auditive* qui retient la signification des diverses impressions acoustiques, qui emmagasine ce qu'on appelle, par un abus de mot, les images acoustiques; cet emmagasinement se fait dans un centre spécial, *centre de la mémoire auditive*. Ce centre, les faits anatomo-pathologiques tendent à le localiser dans la *première circonvolution temporo-sphénoïdale gauche*. Il existe donc un *centre cortical des perceptions auditives à l'état brut*, si je puis dire, et *un centre de la mémoire auditive*. Lorsque ce dernier seul est lésé, la mémoire auditive est affaiblie ou abolie; le malade entend, mais il a perdu la mémoire de ce que signifient les impressions perçues, il ne comprend plus ce qu'il entend. Il peut parler, écrire, lire; il ne peut répondre à ce qu'il ne comprend pas; il est dans la situation d'un homme à qui l'on parle une langue inconnue. C'est ce qu'on a appelé la *surdité des mots* ou *surdité psychique*. C'est une *aphasie sensorielle* (Wernicke). De même le langage graphique se fait à l'aide de signes ou images visuelles, tracés par l'écriture ou l'imprimerie. Les signes ont pénétré dans l'entendement par l'organe visuel. L'enfant voit ces signes transmis par le nerf optique jusqu'au centre cortical de la vision qui les perçoit à l'état brut sans les interpréter. Ils représentent un tracé sans signification. L'apprentissage vient établir dans le cerveau une association entre le signe perçu et la chose ou l'idée que ce signe doit conventionnellement représenter. Il se développe ainsi une *mémoire visuelle* qui retient la signification des symboles du langage graphique. Cette mémoire est emmagasinée dans un centre spécial; à côté du *centre de la vision brute*, existe un *centre de la mémoire visuelle*, centre que les faits anatomo-pathologiques tendent à localiser dans la *partie postérieure du lobule pariétal inférieur*, avec ou sans participation du pli courbe. Lorsque ce centre est lésé, la mémoire des mots écrits ou imprimés est affaiblie ou perdue; le malade voit, si le centre cortical de la vision brute est conservé; mais il a perdu le souvenir de ce que signifient les images visuelles des mots. Il peut parler, quelquefois écrire, à l'aide du centre moteur de coordination graphique; il comprend ce qu'il entend; mais il ne peut pas lire; il est dans la situation d'un homme qui n'a pas appris à lire ou qui a devant lui le graphique inconnu d'une langue étrangère. C'est ce qu'on a appelé la *cécité des mots* ou *cécité psychique*; c'est aussi une *aphasie sensorielle*.

Dans ces deux variétés, c'est la formation du *langage intérieur*, phonétique ou graphique qui est altérée.

Dans une autre série d'aphasies, ce langage intérieur existe; les centres de mémoires auditive et visuelle fonctionnent; la première circonvolution temporale et le lobule pariétal inférieur ne sont pas lésés. C'est la *projection au dehors du langage* par la parole articulée ou phonétique qui fait défaut.

La parole articulée se fait par un centre moteur qui coordonne les mouvements nécessaires à l'articulation

des mots : cette faculté de coordination n'est pas innée, mais développée et assimilée par l'éducation : le cerveau retient comme par une mémoire inconsciente la notion des mouvements complexes que les organes musculaires doivent réaliser; et cette mémoire est emmagasinée dans un centre artificiellement créé; ce centre, les faits anatomo-pathologiques le démontrent, est précisément *le pied de la 3e circonvolution frontale gauche.* Cette région commande une des variétés de l'aphasie, *l'aphasie motrice.* Le malade qui en est affecté comprend ce qu'il entend et ce qu'il voit, mais il ne peut réaliser le mécanisme moteur qui doit aboutir à les exprimer oralement; il ne peut transmettre au dehors la parole phonétique intérieure.

De même le *pied de la 2e circonvolution frontale gauche* constituerait un autre coordinateur pour les mouvements de l'écriture; il a retenu la mémoire de la coordination motrice qui aboutit au langage graphique; il commande l'*agraphie motrice.* Le malade qui en est affecté, les autres circonvolutions étant indemnes, comprend ce qu'il entend, peut parler, peut lire, mais ne peut pas écrire; il ne peut transmettre au dehors les signes du langage graphique intérieur. Ainsi quatre centres, affectés aux mémoires sensorielles (auditive et visuelle) et motrices (phonétique et graphique), président au mécanisme cérébral de la parole.

Ces mémoires peuvent être conservées, ces centres peuvent être intacts, mais isolés par des lésions de voisinage, et, par suite, entravés dans leur fonctionnement.

Exemples : 1° Le centre phonétique moteur de Broca n'est pas lésé; mais les fibres nerveuses sous-jacentes aux cellules corticales du pied de la 3e circonvolution frontale gauche sont détruites. La mémoire de la coordination motrice phonétique existe; mais elle ne peut plus actionner les nerfs périphériques qui la réalisent. C'est l'*aphasie motrice sous-corticale.*

2° Les centres de la mémoire phonétique et auditive sont intacts; mais l'association entre les deux est rompue par une lésion qui occupe, par exemple, le lobule de l'insula. Qu'arrive-t-il? Le mot existe dans le cerveau comme l'image acoustique, mais il n'est pas transmis au centre phonétique. Le sujet comprend ce qu'on dit, il peut articuler les mots, mais ceux-ci n'arrivent pas ou arrivent mal.

3° Les centres sont intacts; mais l'association entre celui de la mémoire visuelle et celui de la mémoire auditive est rompue par une lésion qui occupe par exemple le lobe pariétal. Le malade peut parler; il comprend ce qu'il voit et ce qu'il entend, mais il ne peut lire, parce que l'image visuelle du mot ne révèle plus son image auditive.

L'aphasie peut donc résulter de lésions qui, sans détruire les centres, affectent les commissures entre les divers centres (*aphasies transcorticales*), ou les fibres nerveuses qui portent l'activité des centres aux nerfs périphériques (*aphasies sous-corticales*); ce sont des aphasies de conductibilité.

En résumé :

A. *Aphasies dues aux lésions des centres par effacement complet ou incomplet.*

Des images motrices	phonétique :	1° *aphasie motrice.*
	graphique :	2° *agraphie motrice.*
Des images sensorielles	auditive :	3° *surdité des mots.*
	visuelle :	4° *cécité des mots.*

Aphasies sans lésion des centres, mais par lésion de voisinage, les images étant conservées, mais isolées par rupture des connexions.

5° *Aphasies de conductibilité.*

Telle est, envisagée dans ses gros traits, la conception actuelle de la doctrine des aphasies.

Cette systématisation ingénieuse, bien qu'utile au point de vue des recherches cliniques, n'est cependant pas une vérité scientifique établie.

Parmi les quatre localisations motrices et sensorielles formulées, une seule est démontrée, c'est celle du pied de la 3e circonvolution frontale gauche, dont la destruction entraîne à coup sûr la perte de la parole articulée. Faut-il conclure que cette région est un centre pour la coordination motrice du langage? Question que nous examinerons plus loin.

Le centre graphique localisé par Exner au pied de la 2e circonvolution frontale gauche est contesté par beaucoup d'auteurs, récemment par M. Déjerine. Il n'y a pas, que je sache, de fait bien observé d'agraphie motrice pure avec lésion isolée de la 2e frontale. Les observations publiées relatent des lésions concomitantes d'autres régions, notamment de la 3e frontale ou du lobe pariétal. Le symptôme agraphie est presque toujours associé à d'autres troubles aphasiques. On conçoit que lorsque l'image visuelle du mot n'existe plus, il y ait des troubles de l'écriture; et même lorsque l'image visuelle existe, mais que la voie de conduction entre le centre optique et le centre moteur de la main est détruite, celle-ci n'est plus actionnée par l'image visuelle du mot et ne peut plus écrire.

Donc, l'*existence d'un centre pour la mémoire motrice graphique* n'est pas *démontrée suffisamment.*

Le centre de la mémoire auditive des mots est localisé, dit-on, dans la première circonvolution temporo-sphénoïdale gauche. La destruction complète de ce centre devrait donc produire l'effacement complet de ces images : le sujet ne comprendrait plus les paroles prononcées devant lui. J'ai deux observations dans lesquelles la première circonvolution temporale gauche était complètement détruite. Dans les deux, il y avait de l'amnésie auditive des mots, il y avait des lacunes notables dans la mémoire acoustique, mais ce n'était pas une surdité verbale complète. Une phrase ou un mot non compris un jour était compris le lendemain; et en suivant ces malades pendant un certain temps, j'ai pu constater avec évidence que les images acoustiques, parfois difficiles ou impossibles à évoquer, n'avaient cependant pas disparu; aucun mot n'était effacé du sensorium.

Dans une troisième observation, tout le lobe temporal était détruit avec le lobule pariétal inférieur gauche; l'aphasie était complexe; la malade ne pouvait parler et ne paraissait presque rien comprendre; il y avait aussi déchéance intellectuelle très prononcée. Elle restait indifférente, quand, par exemple, on l'appelait voleuse. Toutefois cette surdité psychique n'était pas complète, elle comprenait certains mots. Quand on lui disait (sans geste) : « Donnez la main », elle levait la main sans la donner. Le mot *main* était compris.

Dans la thèse de Bernard, je trouve une observation de ramollissement étendu qui détruisait le cap et le pied de la troisième circonvolution frontale, tout l'insula, toute la première temporo-sphénoïdale. L'aphasie motrice, malgré cette lésion, guérit au bout d'un an. Au début, la malade avait des symptômes de surdité psychique. « Elle ne comprenait que *par moments* la parole qu'on lui adressait. » Je souligne qu'elle comprenait par moments. Plus tard, ces symptômes de surdité psychique se dissipèrent; la malade comprenait facilement toutes les questions et répondait avec correction.

Tous les faits que j'ai observés, presque tous ceux que j'ai lus dans les auteurs, ne relatent que les troubles plus ou moins persistants, plus ou moins complets de la mémoire des mots. Je ne sais s'il existe une observation démontrant d'une façon irréfutable que les images des mots peuvent être totalement et définitivement effacées.

Je conclus que *tout le mécanisme des représentations auditives n'est pas localisé dans la première circonvolution temporale*. Elle joue un rôle considérable dans ce mécanisme; sa suppression entraîne des imperfections graves dans la mémoire auditive; elle ne supprime pas les images. *Cette circonvolution ne représente pas un centre pour la mémoire acoustique*. Celui de la mémoire visuelle est localisé par les auteurs dans la partie postérieure du lobe pariétal inférieur avec ou sans participation du pli courbe. La cécité des mots, due à cette lésion, produit l'impossibilité de lire. De plus, d'après Charcot, elle peut amener l'aphasie chez les visuels, c'est-à-dire chez les personnes qui ont contracté l'habitude d'actionner leur centre phonétique par l'image visuelle, qui, quand elles veulent parler, ne cherchent pas le mot dans l'oreille, mais dans l'œil, lisant l'image graphique mentalement évoquée. Je ne pense pas qu'il y ait des sujets exclusivement visuels; le premier apprentissage de la parole chez l'enfant se fait toujours par l'oreille, et jusqu'à l'âge où l'enfant sait écrire, il ne peut être, au point de vue de la formation du langage intérieur, qu'un auditif; et il ne me paraît pas que le centre visuel des mots puisse devenir prédominant au point d'effacer l'aptitude à en évoquer les images acoustiques. Si la cécité verbale entraîne des symptômes d'aphasie, c'est qu'elle s'accompagne toujours de cécité des choses, les tracés graphiques sont des images visuelles comme celles des choses. Le malade ne comprend plus la signification de certains objets, et ne trouve plus les noms correspondants.

Cela posé, d'ailleurs, les observations sur lesquelles s'appuie la localisation formulée, ne sont pas très nombreuses. Elles sont complexes comme lésions et comme symptômes. Dans aucune la lésion n'est exactement circonscrite au siège indiqué; dans aucune la cécité des mots n'est isolée. De même que la destruction du lobe temporal n'abolit pas les images auditives, de même, je conclus de mes observations que celle du lobule pariétal inférieur ne détruit pas les images visuelles.

Le lobule pariétal inférieur joue un rôle important dans le mécanisme de l'évocation des images visuelles; sa suppression entraîne des lacunes. *Mais cette région n'est pas un centre pour la mémoire optique*.

Je pose la question d'une façon générale. Y a-t-il des centres pour les mémoires sensorielles? Faut-il admettre qu'à côté de chaque centre, visuel (première circonvolution occipitale et lobule cunéiforme), auditif (première circonvolution temporale), gustatif, olfactif, tactile, existe un magasin de souvenirs sensoriels? Qu'est-ce d'ailleurs que ce souvenir visuel, auditif et emmagasiné? Qu'est-ce, par exemple, que la mémoire acoustique des mots qui serait localisée dans la première temporale? Il faut spécifier, car mémoire acoustique peut avoir diverses significations. Quand l'enfant entend pour la première fois le mot « pomme », ce mot reçu par le centre sensoriel est perçu comme un bruit : c'est la *perception brute*. Si ce mot, plusieurs fois prononcé devant lui, est répété plus tard, il sera perçu comme une impression déjà connue, déjà classée, sans signification, mais à laquelle est attaché un souvenir. C'est la *perception avec souvenir du mot*. Si ensuite, en même temps que je prononce le mot pomme, je montre la pomme à l'enfant et que je la lui fasse goûter, j'établis une association entre l'image auditive du mot et les images visuelle et gustative de la chose. Cette association ainsi artificiellement créée, si je prononce le mot pomme devant l'enfant, ce mot perçu réveillera immédiatement les images visuelle et gustative associées, ainsi le mot sera interprété. Il y a *perception auditive avec souvenir du mot et interprétation des mots*.

Cela posé, il est évident que si un centre de la mémoire auditive existe à côté du centre auditif, il ne contient que la représentation acoustique du mot, en tant que mot, et non sa signification, car celle-ci ne peut s'établir que par association du mot avec les images optiques et gustatives. Si cette association n'existe pas, si le centre de l'image acoustique du mot est isolé par une lésion des sphères cérébrales qui font les autres représentations mentales sensorielles, alors le souvenir du mot existe seul, perçu par le sujet comme une impression déjà connue, mais à laquelle ne se rattache plus aucun sens.

Le même raisonnement s'applique à la mémoire visuelle. Le sujet, réduit à ce centre sans connexion avec les autres images, verrait la pomme, la reconnaîtrait pour l'avoir déjà vue, mais sans en connaître l'usage.

Si le centre du souvenir auditif du mot ou le centre des souvenirs visuels sont eux-mêmes détruits, le mot entendu, l'objet vu ne sont même plus perçus comme souvenirs, la mémoire auditive, la mémoire visuelle sont complètement abolies; le mot est comme s'il était entendu pour la première fois, l'objet comme s'il était vu pour la première fois.

Etant admis que les centres des mémoires auditive et visuelle sont affectés à la simple image acoustique du mot, ou visuelle de la chose, abstraction faite de leur signification, est-il nécessaire que ces centres existent à côté des centres sensoriels?

L'impression reçue par le centre cortical auditif ne peut-elle se propager plus loin jusqu'à la sphère psychique, par exemple dans les cellules des lobes frontaux? C'est là que la perception deviendrait consciente; c'est là que le souvenir auditif du mot se crée et s'associe aux autres représentations mentales sensorielles, qu'il évoque; c'est dans les centres psychiques, à un étage supérieur, si je puis dire, et non à côté des centres sensoriels que résideraient les images et leur association. On comprend que si la connexion anatomique entre ces centres sensoriels de perception brute, et la sphère psychique qui interprète est entravée, l'impression reçue par ces centres ne lui arrive plus; il y a audition brute, sans élaboration psychique, sans interprétation.

Nous avons dit que le lobe temporal et le lobule pariétal inférieur ne sont pas des centres, parce que leur destruction n'entraîne pas un effacement total des images visuelles et acoustiques. Et alors même que cet effacement serait total, faudrait-il conclure que ces régions sont des centres? Ne peuvent-elles être des lieux de passage pour les fibres nerveuses qui des centres sensoriels vont aux centres psychiques? Ce seraient des carrefours sensoriels, comme le tiers postérieur de la capsule blanche interne est un carrefour sensitif. Les aphasies sensorielles produites par leurs lésions ne seraient donc en réalité que des aphasies de conductibilité.

A l'appui de ces idées vient ce fait singulier que je relève dans beaucoup d'observations de surdité psychique et qui n'a pas frappé les observateurs: les malades ne comprennent pas les questions qu'on leur fait; ils répondent de travers, mais ils *répondent* et *parlent*. Exemples : La malade observée par M. Giraudeau (1) comprenait certaines questions; d'autres fois elle ne comprenait pas et faisait des réponses sans rapport avec ce qui était demandé. Parfois elle répondait invariablement: « Que me dites-vous? Je ne comprends pas. Guérissez-moi? »

Une malade de M. Paul Sérieux (2), atteinte de sur-

(1) *Revue de médecine*, 1882, p. 446.
(2) *Revue de médecine*, 1893, p. 733.

dité verbale pure, « parlait avec volubilité, se plaignait de faiblesse, de rhumatisme chronique; de douleurs très vives qui la forcent à s'arrêter et qui la font quelquefois tomber. » On lui demande : « En quelle année sommes-nous? » — R. Somme? « Quelle somme ? » — D. Prenez le chapeau qui se trouve « sur la table. » — R. « Chapeau. C'est ce qu'on met sur la tête ». (L'ordre n'est pas exécuté). — D. Même question. — R. « Table? Vous voulez savoir ce que j'ai à la maison ? » — D. « La mémoire est-elle bonne ? » — R. « Armoire? je n'ai pas d'armoire. J'entends bien tout ce que vous me dites, mais je ne comprends pas. Depuis neuf ans, j'ai oublié bien des noms; auparavant je connaissais les noms de toutes les tisanes, mais maintenant je les ai oubliés. »

Ainsi ces malades ne comprennent pas souvent les phrases les plus simples; ils saisissent un mot par-ci, par-là, mais ne paraissent pas suivre l'agencement des mots en phrases; et cependant ils font eux-même des phrases plus compliquées avec des mots moins usuels que n'en contiennent les demandes faites. Il est certain que les mêmes phrases qu'ils prononcent, ils ne les comprendraient pas si elles étaient prononcées par une autre personne. Comment expliquer ce fait contradictoire?

Quand ils entendent parler, l'impression arrive au centre sensoriel, mais la transmission aux centres psychiques qui l'interprètent en l'associant aux autres images n'a pas lieu; la perception reste brute; ils ne comprennent pas.

Quand ils parlent spontanément, c'est l'idée elle-même qui actionne les cellules psychiques, évoquant les divers souvenirs. La voie de conductibilité entre le centre cortical de l'ouïe et les cellules psychiques n'est pas nécessaire; tout se passe dans la sphère psychique dont le mécanisme est normal. Voilà pourquoi les malades comprennent les images acoustiques des mots trouvés par eux-mêmes dans leur entendement, mais ne comprennent pas celles qui leur viennent du dehors.

Ainsi se trouve appuyée notre conclusion, que *les souvenirs auditifs ne sont pas localisés dans le lobe temporal, à côté du centre cortical de l'ouïe, mais ils sont élaborés dans le domaine psychique*. L'aphasie par destruction du lobe temporal est une aphasie de conductibilité.

Avec cette conception faut-il admettre que les centres de souvenirs sensoriels existent, mais dans la sphère psychique, loin des centres sensoriels avec lesquels ils communiquent par des connexions nerveuses? Existe-t-il dans cette sphère des zones particulièrement dévolues à l'image acoustique des mots, à l'image visuelle des choses? Et comme la cécité psychique peut être limitée à certains mots, à certaines lettres, à certains objets, comme la surdité verbale aussi peut n'affecter que certains mots, faut-il admettre que chaque mot, chaque lettre, chaque impression visuelle ou acoustique, susceptible d'être réveillée par un souvenir, a laissé une empreinte dans une cellule cérébrale de chaque objet dont la connaissance est acquise par le cerveau et dont le souvenir est conservé et peut être évoqué, a-t-il différencié un élément biologique spécial, a-t-il produit une localisation dans la couche corticale?

Il faudrait étendre cette localisation non seulement aux perceptions sensorielles et sensitives, mais aux sensations internes viscérales, aux impressions morales, aux sentiments émotifs, à tous les dynamismes qui sont perçus par le cerveau et sont susceptibles de représentation mentale par le souvenir. Tout resterait inscrit à sa place. Ce serait la localisation à outrance.

Je serais plus disposé à penser que la spécialisation n'est pas dans la cellule affectée, mais dans l'impression produite, que la même cellule peut recevoir des impressions diverses, visuelles, auditives, et autres. Le mot pomme, par exemple, actionne le centre auditif, l'action se propage aux cellules psychiques qui sont impressionnées d'une certaine façon; le mot plume produira sur elles une impression autre. Chacun de ces mots prononcé de nouveau répétera sur les cellules psychiques la même impression qu'il a déterminée la première fois. L'identité d'impression produit chaque fois le même phénomène de conscience. Le souvenir résulte non de la revivification d'une empreinte laissée dans une cellule déterminée, mais de la répétition d'une même impression, d'un même mouvement moléculaire dans les cellules psychiques. Il en est de même des impressions visuelles, gustatives, olfactives et autres, dont chacune, réagissant à sa façon sur les centres sensoriels et psychiques, pourra, avec les mêmes cellules actionnées d'une façon différente, former des images diverses dont le souvenir renaît avec la même impression

Si j'associe au mot pomme la vue de l'objet pomme, je produis dans certaines cellules psychiques un mouvement moléculaire correspondant à l'image acoustique du mot, dans d'autres un mouvement moléculaire correspondant à l'image visuelle de la chose. La coexistence répétée des deux modalités finit par établir entre elles une solidarité automatique, si bien que l'une entraîne l'autre; la modalité cellulaire qui fait le mot pomme évoque la modalité cellulaire qui fait l'image visuelle de la pomme, et réciproquement.

Sans doute, certaines impressions sensorielles fréquemment produites aboutiront peut-être chaque fois au même groupe cellulaire du sensorium qu'elles ont l'habitude d'actionner par le trajet le plus facile, frayé par elles, mais ce n'est pas là une localisation fonctionnelle nécessaire; d'autres cellules peuvent remplir la même fonction.

En résumé, les images-souvenirs diverses ne résulteraient pas d'empreintes localisées dans un point du cerveau, mais de modalités cellulaires spéciales déterminées par chaque impression et susceptibles de se reproduire. Ainsi que le même instrument donne lieu à des modulations sonores et phénomènes acoustiques très nombreux, suivant le mode vibratoire de la colonne d'air ou de la corde impressionnée, ainsi la même cellule cérébrale peut donner lieu à des perceptions sensorielles et psychiques très variables suivant l'impression spéciale, spécifique, qui s'y répercute.

Donc, l'existence des localisations cérébrales pour les mémoires sensorielles n'est démontrée ni par la clinique, ni par l'anatomie pathologique, ni par la psychologie.

Existe-t-il un centre pour la mémoire phonétique, mémoire de la coordination motrice qui préside à l'articulation des mots? Si le pied de la troisième circonvolution frontale gauche est nécessaire à la parole articulée, cela peut tenir, non à ce que cette région est un centre des souvenirs phonétiques, mais à ce qu'elle est un carrefour par lequel passent les impressions émanant des cellules psychiques qui créent par leur modalité l'image auditive du mot pour aboutir aux noyaux bulbaires des nerfs des lèvres, de la langue, de la bouche et du larynx dont l'association fait la parole articulée. Ce serait donc en réalité une aphasie de conductibilité. Il y a rupture entre le mot et le centre bulbaire qui doit l'articuler.

Si on admet une mémoire cérébrale phonétique, pourquoi ne pas admettre aussi une mémoire cérébrale pour tous les mouvements combinés dont le mécanisme est assimilé par l'apprentissage, pour la préhension, la marche, la danse, la musique, pour les arts manuels, tricoter, broder, etc.? De tous ces actes musculaires coordonnés, on admet que la coordination motrice est réglée par la moelle : le cerveau donne l'impulsion aux

actes médullaires; ceux-ci exécutent, grâce à l'association de certains noyaux moteurs automatisés par l'éducation. N'en est-il pas de même pour le langage que la moelle a appris à réaliser, à condition que l'impression spéciale qui, dans les cellules psychiques, a créé l'image acoustique des mots, lui arrive et ne soit pas arrêtée dans son passage à travers la circonvolution de Broca?

Les considérations que je viens d'exposer nous portent à conclure que l'existence des centres de mémoires motrices ou sensorielles de la parole n'est pas démontrée. La plupart des aphasies ne sont dues peut-être qu'à des troubles dans la conductibilité.

Il est une variété qui ne figure pas dans la classification mentionnée et qui est cependant la plus fréquente : c'est *l'amnésie verbale.* Souvent nous ne trouvons pas un mot, bien que le mot existe dans notre cerveau; nous le reconnaissons quand il est prononcé devant nous; nous le comprenons; il surgit parfois dans l'entendement, quand nous ne le cherchons plus. Avec les progrès de l'âge, cette difficulté à trouver les mots s'accentue. L'image auditive du mot n'est pas effacée; mais le mécanisme psychique de la transmission entre la cellule siège de l'idée et les cellules qui réalisent cette image sensorielle est organiquement ou dynamiquement entravé.

Ainsi : 1° l'idée ne passe pas, ou passe difficilement, au mot : c'est *l'aphasie par amnésie verbale.*

2° Le mot est évoqué ou perçu par les cellules cérébrales; mais il ne passe pas ou passe difficilement aux centres de l'idéation qui l'interprètent par association aux autres images-souvenirs; il n'est pas compris; c'est la *surdité verbale.*

3° Le mot existe; mais les cellules dont la modalité fait son image acoustique n'actionnent plus celles dont la modalité fait son image graphique. Le sujet ne trouve plus les signes du langage écrit. Le mot ne passe plus ou passe difficilement au signe graphique. C'est l'*agraphie amnésique.*

4° Le signe graphique existe dans le cerveau; mais il n'est pas transmis au dehors; il ne passe plus ou passe difficilement aux cellules nerveuses qui président à la coordination motrice graphique. C'est l'*agraphie motrice.*

5° Les images graphiques et les autres images visuelles sont perçues ou évoquées par les cellules cérébrales; mais elles ne passent pas ou passent difficilement aux centres d'idéation qui les interprètent par association aux autres images-souvenirs; elles ne sont pas comprises; c'est la *cécité psychique.*

Si on consulte les observations, on constate que tous les symptômes d'aphasie relatés s'expliquent mieux par des défauts de transmission que par la destruction de centres.

Voici trois faits, comme exemples, que j'extrais de mes observations :

1° Une femme de 45 ans est atteinte d'hémiplégie droite incomplète avec exagération des réflexes tendineux; cette hémiplégie datant de huit jours s'est greffée sur un ramollissement chronique avec déchéance intellectuelle datant de 5 à 6 ans. Cette malade présente les symptômes aphasiques suivants : Quand elle veut parler, elle ne trouve pas la plupart des mots. Si on l'invite, par exemple, à dire les jours de la semaine, elle dit : Dimanche, mardi, mardi... et ne peut trouver plus; elle ne trouve le nom d'aucun des mois de l'année. Elle peut répéter tous les mots qu'on prononce devant elle, avec une certaine difficulté d'articulation. Elle comprend tout, accomplit les actes commandés, comme mettre la main sur la tête, le doigt sur l'œil gauche, etc. Elle reconnaît et montre les divers objets placés devant elle, qu'on lui désigne. Cependant au bout d'un certain temps, si on continue l'interrogatoire elle ne comprend plus. Si alors on place une série d'objets devant elle et qu'on lui demande d'en donner un, elle répète machinalement la question posée, sans répondre, sans comprendre.

Dans ce cas, le centre phonétique cérébral ou spinal fonctionne, puisque la malade répète tous les mots; il n'y a pas d'aphasie motrice. Les mots existent dans le cerveau; leurs images acoustiques ne sont pas détruites, puisque la malade comprend quand on lui parle. Mais elle ne peut trouver cette image; l'idée ne passe pas au mot. C'est une aphasie par amnésie.

De plus, quand le cerveau est fatigué, elle ne comprend plus les questions; il y a alors surdité psychique. Cependant les images acoustiques ne sont pas effacées, puisqu'elles réapparaissent à d'autres moments; la malade comprend alors les questions. C'est seulement quand il y a fatigue cérébrale que le mot perçu par le centre auditif n'actionne plus les centres de l'idéation qui l'interprètent en l'associant aux autres images-souvenirs; la voie de transmission qui, anatomiquement lésée, livrait encore passage aux impressions acoustiques jusqu'aux centres de l'idéation, ne livre plus passage, quand la faiblesse dynamique du cerveau s'ajoute à la lésion. Ainsi toutes les images existent; tous les centres (en acceptant ce mot) sont susceptibles de fonctionner. C'est la conductibilité seule qui est entravée.

2° Une femme R..., âgée de 47 ans, est dans mon service clinique depuis novembre 1893, atteinte d'hémiplégie droite avec contracture. Au premier abord, elle paraît affectée d'aphasie motrice; car elle ne peut exprimer ses idées, prononce toujours les mêmes mots, comme « merci donc, oui »; quelques bouts de phrases que d'autres malades lui ont appris, et qu'elle répète par pur automatisme, sont venus enrichir son vocabulaire. Elle répète très difficilement les mots prononcés devant elle; parfois, après quelques efforts, elle parvient à les répéter. Depuis un an qu'elle est au service, elle a fait des progrès sous ce rapport.

Elle comprend tout ce qu'on dit, reconnaît tous les objets, en montre l'usage, mais ne peut en dire le nom. Elle a souvent oublié ce nom; d'autres fois elle l'a dans la tête et ne peut le dire. Chose singulière! cette malade qui articule si difficilement, souvent impuissante à le faire, chante très bien la « Marseillaise », l'air de Marlborough et d'autres airs connus, elle récite très bien le « Notre père » ou « Je vous salue, Marie », trouvant et articulant chaque syllabe à la perfection, sans la moindre difficulté. L'arrête-t-on subitement au milieu de sa chanson et de sa prière, elle ne peut, malgré ses efforts, répéter le dernier mot qu'elle vient de très bien articuler.

Quelle est la nature de cette aphasie? Il y a d'abord un certain degré d'amnésie verbale. La malade ne trouve pas quelquefois les mots, bien que ces mots existent dans le cerveau, car elle comprend tout ce qu'on dit.

Y a-t-il aphasie motrice? Le centre phonétique fonctionne et l'image acoustique du mot peut l'actionner, puisque la malade articule très bien en chantant ou en récitant ses prières. Mais ce centre est difficilement actionné par la volonté, car quand elle veut prononcer un mot, elle ne peut le faire, ou seulement avec effort. C'est que la parole volontaire implique un travail cérébral, une élaboration psychique complexe : la volonté, ou la cellule cérébrale volitive, doit chercher le mot, c'est-à-dire réveiller son image acoustique, puis transférer cette image au centre phonétique. Ce travail cérébral n'est pas impossible chez notre malade, puisqu'il s'accomplit parfois, mais il est très laborieux, puisque, très souvent, il ne peut se faire.

Le centre phonétique, difficilement actionné par la volonté, l'est plus facilement par l'automatisme. Car

alors le travail cérébral est moindre, l'élaboration psychique est moins complexe. Lorsqu'on chante un air familier, lorsqu'on récite une prière journalière, l'initiative cérébrale n'a presque pas à intervenir, une association automatique est établie entre l'image acoustique de la chanson, celles des mots et le centre phonétique, qui fait que la chanson ou la prière s'échappent spontanément sans effort intellectuel.

On voit combien le dynamisme cérébral joue un rôle dans le mécanisme de cette aphasie. Tous les centres existent, même les voies de communication existent, plus difficiles à frayer : le passage est laborieux de l'idée au mot et du mot au centre phonétique.

3° M. N..., âgé de 68 ans, est, depuis 3 ans, dans mon service clinique. Il présente une hémiplégie droite incomplète sans contracture, mais avec hémianesthésie, un certain degré d'hémianalgésie et de l'hémianopsie latérale droite. A un examen rapide, il paraît atteint de toutes les variétés d'aphasie : amnésie verbale, aphasie motrice, agraphie, cécité et surdité psychiques.

Il répond très difficilement aux questions, ne trouve pas la plupart des mots et ne peut les articuler. Je lui demande, par exemple : « Depuis combien de temps êtes-vous malade? » — Réponse : « Deux ans. Je suis... suis... je sais bien là... je suis... sais bien... ah! ah! (Il laisse tomber sa tête, découragé), pouf! Comment ce que l'appelez? Je sais... sais bien! Comment ce que l'appelez? »

Quelquefois il ne trouve pas les mots (amnésie verbale). D'autres fois, il fait signe qu'il a les mots, mais ne peut pas les dire. Il répète avec un certain effort les mots prononcés devant lui. « Je vais bien. Je ne suis plus malade. » Il en estropie quelques-uns ; il dit 3,000, mais ne peut dire 3,333. Pour écrivain, il dit crivain. Il ne peut dire « citoyen, campagne ». A d'autres moments, il peut le dire.

Comme le sujet de la précédente observation, il chante très bien la Marseillaise en articulant tous les mots qu'il ne peut pas ou très difficilement articuler sans chanter : il lui serait impossible de la réciter, même de la répéter, si on la récitait devant lui.

Donc, le centre phonétique fonctionne; mais il est difficilement actionné par la volonté; il l'est par association automatique avec l'image acoustique du chant; celle-ci réveille aussi l'image du mot que la volonté seule ne peut souvent réveiller.

Il a de l'agraphie. Certains jours, il ne peut écrire que son nom; il écrit plus ou moins bien certaines lettres, mais cherche en vain les autres, ne sait pas comment elles sont construites (amnésie graphique). Cependant il y avait des jours, au début de l'observation, où il écrivait toutes les lettres, des mots et des phrases, d'autres jours où il ne pouvait écrire. Actuellement l'amnésie ou l'agraphie ne porte pas toujours sur les mêmes voyelles. Donc, le centre graphique fonctionne; l'image graphique n'est pas effacée; elle est souvent évoquée difficilement, et même quand elle existe, au dire du malade, elle n'est pas toujours transmise au centre graphique (agraphie motrice).

Il a de la cécité psychique. On lui présente divers objets : clef, brosse, montre, allumette, etc. Il en reconnaît quelques-uns, en dit le nom; mais ne reconnaît pas les autres et ne peut en montrer l'usage; il tourne, par exemple, l'allumette dans la main, la met dans sa bouche, fait un geste de dénégation qui veut dire : ce n'est pas cela; mais cherche en vain ce que cela peut être.

Il ne peut lire spontanément, mais il trouve les mots écrits qu'on le prie de montrer et les indique du doigt. Il lit certaines voyelles et ne lit pas certaines autres. Tel jour, il reconnaît tous les objets, dit leur nom, en montre l'usage. La cécité psychique porte un jour sur tel objet, un jour sur tel autre. On constate par l'étude suivie du malade que les souvenirs visuels de l'écriture et des choses ne sont pas abolis; ils sont plus ou moins difficiles à retrouver : c'est la transmission des impressions visuelles aux centres de l'idéation et leur association aux autres images qui est souvent entravée. Les signes graphiques existent dans le cerveau, puisqu'il montre les lettres qu'on lui désigne par la parole; ils sont actionnés par l'image auditive; mais il ne peut les actionner spontanément.

Il a de la surdité psychique. Exemple : je dis : « Prenez votre mouchoir, essuyez vos yeux ». Il cherche en vain à comprendre. Je lui dis « de mettre la main sur la tête »; il comprend et le fait; « sur les yeux »; il ne comprend pas et cherche sans trouver ce que signifie ce mot. « Sur les genoux », il cherche en vain. Quand je lui montre ensuite les genoux et les yeux, il reconnaît bien que c'est cela.

Ici encore, par une étude suivie, on s'assure que ces lacunes dans la mémoire acoustique sont passagères et variables, qu'aucun mot n'est effacé dans le sensorium, qu'il en connaît la signification, mais ne sait pas toujours la retrouver. Donc, c'est l'association de l'image auditive du mot avec les autres images par les centres psychiques qui est troublée.

Le malade a d'ailleurs conservé son intelligence, il calcule bien, connaît sa table de multiplication et montre par une mimique très expressive que toutes ses facultés existent. Il a conservé toutes ses images motrices et sensorielles; rien ne manque; seulement, il ne peut pas toujours les évoquer ni les associer. La volonté lutte souvent en vain pour réaliser ce travail psychique destiné à réveiller et à associer les souvenirs sensoriels. Il peut arriver que, au début de l'examen, s'il est bien reposé, tout fonctionne convenablement. Puis, après quelque temps d'examen, le cerveau fatigué ne fonctionne plus, les symptômes de cécité et de surdité psychiques se manifestent alors ou s'accentuent davantage.

Ces exemples que je pourrais multiplier, si je n'étais obligé d'imposer des limites à ce travail, montrent que chez presque tous les aphasiques, pour ne pas dire chez tous, il n'y a pas destruction de centres, il n'y a pas suppression de facultés, il y a entrave apportée par une lésion au travail psychique qui doit évoquer les diverses images, les associer les unes aux autres, transmettre aux cellules phonétiques ou graphiques le signe vocal ou écrit du langage; ce sont les voies de conductibilité qui sont organiquement ou dynamiquement affectées par la cause morbide. A la suite d'une attaque d'apoplexie, le malade revenu à lui, j'ai constaté souvent, en même temps que de l'aphasie motrice, des symptômes très accentués de cécité et de surdité psychiques; les mémoires visuelles et auditives paraissent détruites, alors cependant que l'intelligence est revenue. Au bout de quelques jours, les effets du choc cérébral se dissipant, les voies de transmission dynamiquement entravées redeviennent libres; l'idée actionne de nouveau les cellules psychiques qui font les images et les mémoires sensorielles reparaissent. Les troubles purement dynamiques se résolvent; seul, ce qui est organique persiste. La cécité et la surdité psychiques n'existent plus; l'amnésie verbale ou l'aphasie motrice, si elle est commandée par la lésion, continue à se manifester.

Dans cette étude d'ensemble, je n'ai eu en vue que la conception générale des aphasies; j'ai laissé dans l'ombre bien des questions, je n'ai pas cité les nombreux et intéressants travaux publiés dans ces dernières années; je n'ai voulu apporter que ma note personnelle.

Voici les conclusions de cette étude :

1° La seule localisation anatomique bien démontrée pour l'aphasie est celle du pied de la 3e circonvolution frontale gauche dont la destruction produit l'aphasie motrice. Ce fait démontré par la clinique et l'anatomie pathologique n'implique pas que cette région soit le centre des images motrices d'articulation. Elle peut n'être qu'un lieu de passage pour les fibres nerveuses qui transportent l'image acoustique du mot aux noyaux bulbaires des nerfs qui réalisent la parole articulée.

2° La localisation de l'agraphie au pied de la 2e circonvolution frontale gauche n'est pas démontrée suffisamment.

3° La première circonvolution temporale peut n'être qu'un lieu de passage pour les impressions allant du centre auditif aux centres de l'idéation; elle joue un rôle dans le mécanisme de l'évocation des images auditives, mais elle ne représente pas un centre; sa destruction totale ne supprime pas ces images.

4° Le lobule pariétal inférieur avec le pli courbe et le lobe occipital peuvent être des lieux de passage pour les impressions allant du centre visuel aux centres de l'idéation. Ces régions ne représentent pas un centre.

5° L'existence des centres affectés aux mémoires sensorielles à côté des centres sensoriels, ou plus loin dans le sphère psychique, n'est pas démontrée. Il n'est pas nécessaire pour l'explication des faits que les souvenirs sensoriels et autres soient localisés comme des empreintes dans certains groupes de cellules. La spécificité de chaque représentation mentale peut être due, non à une localisation cellulaire, mais à la spécialité de l'impression qui l'a créée. Les mêmes cellules cérébrales pourraient donner lieu à des perceptions sensorielles, visuelles, auditives, gustatives et autres, variables suivant chaque impression particulière qui s'y répercute et leur imprime une modalité moléculaire spécifique.

6° A côté des symptômes aphasie motrice, agraphie motrice, cécité et surdité des mots, il faut conserver l'aphasie amnésique et l'agraphie amnésique, dues non à la perte de l'image vocale ou graphique du mot, mais à la difficulté de les évoquer. Ces images existent; mais la volonté peut difficilement ou ne peut pas les réveiller.

7° La conductibilité joue le plus grand rôle dans le mécanisme des aphasies. L'idée ne conduit pas à l'image acoustique ou visuelle du mot : *aphasie* ou *agraphie amnésique*. L'image acoustique du mot n'actionne plus les autres images-souvenirs : *surdité des mots*. L'image graphique et les images visuelles en général n'actionnent plus les autres images sensorielles : *cécité psychique*. La parole intérieure écrite ou vocale n'actionne plus les cellules motrices phonétiques : *aphasie motrice*. Elle n'actionne plus les cellules motrices graphiques : *agraphie motrice*.

Ces diverses voies de conductibilité peuvent être affectées organiquement par lésion directe, ou dynamiquement, par lésion de voisinage, choc cérébral, affaiblissement fonctionnel sénile.

REVUE DES CONGRÈS

PREMIER CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Lyon du 25 au 29 octobre 1894.

Discussion sur le chimisme stomacal
et communications relatives à la pathologie de l'estomac (1).

M. Linossier (Vichy). — La détermination du chimisme stomacal n'est pas, comme on le croit généralement, une opération précise. Elle ne donne que des résultats grossiers.

En dehors des cas de gastrosacchorée, ce n'est pas sur la sécrétion gastrique elle-même que porte l'analyse, mais sur le chyme stomacal, c'est-à-dire sur un mélange de cette sécrétion avec les résidus, plus ou moins abondants, plus ou moins digérés, du repas d'épreuve.

La quantité et la qualité de la sécrétion varient avec la nature des aliments, leur température (Linossier), l'heure à laquelle a lieu le repas d'épreuve (Linossier et Lemoine), l'heure de l'extraction.

Toutes ces conditions de variabilité peuvent bien être rendues identiques, mais non comparables.

Il y a d'ailleurs une variabilité spontanée du chimisme chez certains dyspeptiques. J'en ai publié une observation avec M. Lemoine en 1893. J'en ai observé d'autres cas depuis. M. Hayem, tout en admettant la fixité du type chimique, base de sa classification et de sa théorie anatomo-pathologique des dyspepsies, reconnaît que, chez les nerveux, cette fixité est moindre. On ne peut donc, sans s'exposer à de graves erreurs, conclure d'une analyse unique à un état habituel de la muqueuse.

En soumettant à l'analyse le chyme recueilli, et en nous plaçant sur le terrain chimique, allons-nous trouver un terrain plus solide? Non.

Pour ne parler que de l'élément le plus important, l'acide chlorhydrique, on peut en doser assez facilement, par divers procédés, la totalité (chlorhydrie d'Hayem, acide chlorhydrique total des Allemands). Mais, dans cette totalité, entrent des facteurs très peu comparables, tels que des combinaisons neutres ou très peu acides, sans valeur digestive, très mal définies d'ailleurs, de cet acide chlorhydrique avec les peptones, albumines, acides amidés, etc., du chyme et, au contraire, des portions énergiquement acides, capables d'un travail digestif : on a donc dû chercher à faire une distinction et on a séparé l'acide chlorhydrique *libre* de l'acide chlorhydrique *combiné* (composés chloro-organiques d'Hayem).

Qu'est-ce que l'acide chlorhydrique libre?

Voilà plusieurs années que ce facteur figure dans tous les tableaux d'analyse, et aucun de ceux qui le dosent, au milligramme près, ne pourrait prouver qu'il existe. Il y a même de bonnes raisons de croire qu'il n'existe pas. M. Arthus, qui les a fait valoir, a notamment fait la remarque que, distillé dans le vide à 40°, le suc gastrique ne fournit pas traces d'acide chlorhydrique à la distillation, tandis qu'une solution, même très diluée, de cet acide, en fournit.

Ce qu'on appelle acide chlorhydrique libre, c'est une portion de l'acide chlorhydrique total définie par une réaction différente suivant l'auteur. Pour M. Hayem, c'est l'acide volatil à 100°; pour Mintz, celui qui réagit sur la phloroglucine vanilline, etc.

Pratique-t-on l'analyse du suc gastrique à l'aide des procédés prônés par ces divers auteurs, on arrive à des résultats différents.

La valeur qu'on désigne sous les expressions de chlore organique, acide chlorhydrique combiné, n'est pas mieux définie.

L'analyse terminée, nouvelle difficulté.

Il faut en comparer les résultats avec ceux que fournit l'état normal.

Quels sont ces derniers? On peut facilement déterminer des moyennes d'état normal relatives à un repas d'épreuve et à un procédé d'analyse déterminés. Il est plus difficile d'établir dans quelles limites les résultats de l'analyse peuvent s'éloigner de cette moyenne sans qu'il y ait état pathologique.

Il me semble que les auteurs ont admis des limites plus étroites qu'elles ne sont en réalité. On est amené à considérer presque tout le monde comme dyspeptique.

Pour conclure : les procédés d'étude du chimisme stomacal ne fournissent que des résultats grossiers. Il serait imprudent d'en faire la base exclusive de l'état des affections de l'estomac. Les classifications fondées exclusivement sur le chimisme stomacal doivent être rejetées ainsi que la thérapeutique qui n'aurait pour base que les troubles chimiques.

Le chimisme doit-il donc être abandonné? Non! En étudiant sa précision absolue, j'ai été amené à rabaisser sa valeur. Il est un moyen de la relever, c'est de le comparer avec d'autres procédés d'investigation que nous avons dans les maladies de l'estomac.

(1) Voy. p. 513 et 525 les rapports *in extenso* de MM. Hayem (Paris) et Bourget (Lausanne).

La palpation nous donne des renseignements, mais ils sont complémentaires de ceux de l'analyse et ne peuvent leur être substitués. Quant à la série banale des symptômes, tels que vomissements, éructations, douleurs, gonflement, pesanteur, on me concédera que, si peu de précision que puisse avoir le chimisme, il en a plus que cette confuse symptomatologie.

Les renseignements du chimisme stomacal doivent donc être recueillis, mais comme un symptôme à discuter, à rapprocher des autres, à rejeter parfois comme infidèle.

Il faut se garder de considérer le trouble sécrétoire comme la maladie même, ce qui reviendrait à faire faire le diagnostic au chimiste de son laboratoire; il faut en chercher la cause en interrogeant l'organisme tout entier, et ne le considérer comme protopathique que quand on n'aura trouvé aucun état général, aucune lésion d'un autre organe (foie, intestins, etc.), capable de l'expliquer.

La même prudence doit guider le thérapeute. Traiter le trouble sécrétoire lui-même, c'est de la thérapeutique symptomatique, c'est-à-dire celle à laquelle on recourt faute de mieux. Il faut remonter aux causes pour établir un traitement fondé sur la pathogénie, seul vraiment scientifique et utile.

C'est en exagérant l'infaillibilité du chimisme stomacal qu'on lui a nui dans l'esprit de bien des cliniciens. Il est temps de revenir à une notion plus exacte de sa valeur. Demandons-lui moins, et il nous donnera davantage.

M. Coutaret (Roanne) envisage principalement la valeur du chimisme stomacal dans la dyspepsie, et ne pense pas que ses données puissent servir au diagnostic ou même comme base du traitement. Depuis 25 ans les Allemands soutiennent que la dyspepsie tient à un état d'hypochlorhydrie, et traitent les dyspeptiques par les acides. C'est également la pratique des médecins anglais et américains. En France, par contre, on admet que les dyspeptiques sont des hyperchlorhydriques et on les traite par des alcalins.

C'est une erreur que de limiter les troubles digestifs des dyspeptiques à l'estomac. La digestion s'opère dans toute la longueur du tube digestif, et quand on veut l'étudier à l'état normal ou pathologique, il ne faut pas limiter l'étude à des segments isolés du tube gastro-intestinal. Si la pathologie stomacale a accaparé d'une façon presque exclusive l'attention des cliniciens, c'est pour la seule raison que l'estomac crie haut. Mais quand on va au fond des choses, quand on prend en considération les faits relevés par les chirurgiens et les physiologistes, on voit que le suc gastrique n'est pas plus utile à la digestion que la salive. Et l'on sait que l'on peut fort bien vivre et digérer sans son estomac. La clinique chirurgicale a réalisé cette expérience bien des fois.

La véritable digestion s'opère dans le duodénum et l'intestin grêle. Le chimisme stomacal n'a donc pas de valeur absolue tant diagnostique que thérapeutique. Et si l'on veut faire une thérapeutique rationnelle, il faut remonter aux causes étiologiques de la dyspepsie et instituer une thérapeutique basée sur la pathogénie. Sous ce rapport, les dyspepsies peuvent être divisées en plusieurs groupes.

Le premier groupe est constitué par les dyspepsies qui relèvent d'une auto-intoxication par les produits toxiques élaborés dans l'intestin et qui, à côté d'une action locale sur le foie, provoquent une série de troubles fonctionnels du côté du foie, des reins. L'étiologie de ces dyspepsies commande le traitement.

Dans le second groupe, on trouve des dyspepsies commandées par un catarrhe gastrique avec hypersécrétion muqueuse et hypochlorhydrie. C'est la dyspepsie des rhumatisants. C'est dans cette forme qu'à côté de la médication causale sont indiqués des acides forts, tels que les emploient les Anglais et les Américains.

Le troisième groupe comprend les dyspepsies banales relevant des causes ordinaires, telles que l'infraction au régime diététique. A côté de ces trois groupes principaux, on peut citer la gastrite sans dyspepsie, mais avec entérite inflammatoire, et les dyspepsies d'origine traumatique, rares toutes les deux.

M. Hayem n'a jamais soutenu que les modifications des sécrétions gastriques constituent à elles seules la maladie. Au contraire, comme ces modifications se rencontrent dans un grand nombre d'affections, elles constituent seulement un symptôme, d'une importance capitale et une manifestation des modifications anatomiques de l'appareil glandulaire. Or comme ces modifications anatomiques existent toujours et sont définitives, il s'ensuit que la variabilité des résultats que donne l'examen du chimisme stomacal n'existe pas. Du moins M. Hayem, qui possède plus de 1000 examens de suc gastrique, ne l'a constatée qu'une seule fois, chez une hystérique atteinte d'anorexie.

On comprend également qu'en raison des lésions anatomiques définitives, le traitement puisse faire diminuer ou disparaître les troubles dyspeptiques, sans amener la guérison de la gastropathie. Le bicarbonate de soude et les eaux de Vichy améliorent l'état de certains malades; mais l'action de ces agents est le plus souvent temporaire.

M. Linossier tient à déclarer que la critique qu'il a adressée au chimisme stomacal ne s'applique pas spécialement au procédé Hayem-Winter. Il a voulu seulement montrer que les expressions de HCl libre ou combiné ne correspondent pas à une réalité chimique, mais à une convention.

Quant à la variabilité du chimisme stomacal chez le même dyspeptique, elle existe très réellement et n'est pas rare. M. Linossier en a vu des cas, et elle a été signalée par Robin, Mathieu et autres.

M. Mathieu (Paris) préfère le repas d'Ewald et la méthode de Winter qui est commode, facile et permet de doser, entre autres choses, le chlore total. Mais ils ne doivent pas être les seuls employés.

Pour M. Hayem, tout se réduit à diagnostiquer l'état gastrique et non la dyspepsie. Mais il y a encore autre chose que l'état glandulaire. M. Hayem prétend qu'il n'y a pour ainsi dire pas d'estomacs normaux. C'est possible, et pourtant tout le monde n'est pas dyspeptique. Il faut donc faire intervenir encore l'innervation. Ainsi donc, quand il s'agit des sécrétions, on doit préférer la méthode de Winter, mais elle n'est pas suffisante.

Avec le repas d'Ewald on ne trouve pas beaucoup d'acides organiques, et quand M. Mathieu tient à les doser, il donne de la viande.

M. Mathieu estime d'ailleurs que le chimisme stomacal n'a toute sa valeur que si l'on tient compte en même temps des manifestations de la sensibilité et de la motricité gastriques. Sans cela on ne recueille qu'un ensemble de faits chimiques insuffisants pour établir un diagnostic complet dans un cas particulier ou une classification réellement logique et utile de l'ensemble des états de dyspepsie gastrique.

Il ne faut pas s'en tenir aux données de l'analyse chimique qui donne des résultats pour 1,000 ou 100 cm. cubes; il faut s'efforcer d'évaluer la quantité réelle de la sécrétion stomacale et l'intensité du transit des liquides dans l'estomac.

Le traitement des dyspepsies est presque entièrement basé sur la physiologie pathologique de l'estomac; il faut donc savoir tenir compte également des divers facteurs physiologiques et ne pas se baser exclusivement sur le chimisme qui ne donne des renseignements que sur la façon d'être de la sécrétion glandulaire de la muqueuse stomacale.

M. Mathieu, pour élucider ces divers points, a continué avec son élève M. Hallot les recherches qu'il a commencées avec MM. Mathieu et Laboulais (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 juillet 1894). Il a ainsi étudié encore l'action du bicarbonate de soude pris avant le repas. MM. Mathieu et Laboulais avaient trouvé le bicarbonate de soude sans action, soit sur la motilité, soit sur la sécrétion lorsqu'on la donnait à des doses inférieures à 3 grammes. A cette dose il y avait excitation de la motricité et évacuation plus rapide de l'estomac.

MM. Mathieu et Hallot ont sur un nouveau sujet constaté de même l'excitation de la motricité avec 3 gr. de bicarbonate donnés une heure avant le repas; avec 5 gr. il y avait excitation notable de la motricité et de la sécrétion chlorhydrique. Ces résultats confirment ceux qu'ont obtenus MM. Lemoine et Linossier d'une part, MM. Gilbert et Modiano de l'autre. Ces derniers toutefois chez un hypochlorhydriaque ont constaté une excitation sécrétoire manifeste avec 1 gr. de bicarbonate donné une demi-heure avant le repas.

Enfin MM. A. Mathieu et G. Hallot, pour mesurer cliniquement *la motricité gastrique et le transit des liquides dans l'estomac*, font ingérer un repas d'épreuve représenté par 60 gr. de pain et 25 cm. c. d'un liquide composé de 10 gr.

d'huile d'amandes douces, de 5 gr. de gomme arabique, de 30 gr. de sirop simple et de thé léger quantité suffisante pour faire 250 cm. c.

A l'aide de l'éther ou du chloroforme on extrait et on pèse l'huile que renferme un échantillon de liquide stomacal extrait par le tubage. Comme on a au préalable déterminé le volume total du liquide contenu dans l'estomac par la méthode indiquée autrefois par MM. Mathieu et Rémond (de Metz), on peut savoir quelle quantité d'huile est restée encore dans l'estomac et quelle quantité a déjà été évacuée. On peut savoir aussi quelle est la quantité du liquide primitivement ingérée qui a été évacuée et celle qui existe encore dans l'estomac. On a donc ainsi le moyen de mesurer la motricité stomacale et d'apprécier le transit de liquide dans l'estomac. Ces données complètent celles que fournit l'examen chimique sur la qualité de la sécrétion glandulaire. On peut donc arriver à déterminer d'une façon plus complète quelle est la physiologie pathologique de l'estomac malade.

M. Bourget (Lausanne) ne pense pas que la méthode de Winter soit destinée à devenir de pratique courante. D'un autre côté, il ne croit pas à l'incurabilité de la dyspepsie, dont il a vu des guérisons radicales.

M. Renaut (Lyon) reproche à M. Hayem d'effacer de la pathologie gastrique les troubles fonctionnels, et proteste contre l'incurabilité des gastropathies soutenue par M. Hayem.

Quant à la fréquence des lésions anatomiques chez les gastropathes, on en trouve chez des vieux dyspeptiques. Mais M. Renaut ne connaît pas de méthode qui permette de trouver sur le cadavre des lésions de l'estomac, à cause de la rapidité avec laquelle la muqueuse gastrique subit les altérations cadavériques.

M. Hayem se défend de ne pas reconnaître les troubles fonctionnels. Il les admet parfaitement, car la dyspepsie n'est en somme qu'une réaction individuelle : on devient dyspeptique le jour où l'on se plaint de l'estomac.

Quant à la fréquence des lésions stomacales, M. Hayem affirme n'avoir jamais rencontré d'estomac sain chez l'adulte. Il ne s'agit pas d'altérations cadavériques, mais de lésions vitales souvent profondes et étendues.

M. Gautru (Paris). — L'analyse du suc gastrique faite d'après la méthode de M. Winter est souvent indispensable pour établir un diagnostic certain et par conséquent un traitement raisonné des dyspepsies.

M. Hayem a depuis longtemps insisté sur les dyspepsies latentes qui ne se manifestent par aucun symptôme gastrique grave, mais qui, dans un certain nombre de cas, peuvent aboutir à l'ulcère rond, dans d'autres occasionnent des troubles réflexes tels que : palpitations, fausse angine de poitrine intermittentes, cardiaques, céphalée, vertiges, insomnies, crises nerveuses, neurasthénie chez les prédisposés, etc., dans d'autres enfin, des troubles organiques consécutifs, tels que : la diarrhée ou la constipation, le foie dyspeptique.

Dans nos observations, deux surtout nous paraissent intéressantes.

La première montre bien l'intérêt des dyspepsies latentes, c'est celle d'un jeune homme neurasthénique accompli depuis 3 ans, qui n'avait commencé à souffrir de l'estomac que depuis un an environ. Les symptômes gastriques débutèrent par une envie de vomir presque continuelle provoquée par la moindre mauvaise odeur d'abord, puis par l'ingestion d'un repas copieux, un léger excès de tabac, etc. ; de temps en temps, la nausée allait jusqu'au vomissement ; deux heures environ après les repas : brûlures au creux épigastrique, sensations de colonnes de feu le long de l'œsophage, soif excessive ; — appétit conservé, selles régulières ; — estomac légèrement dilaté. Comme type chimique : hyperpepsie chloro-organique, peptone abond. syntonine.

Voici maintenant, d'après nous, où siège surtout l'intérêt de cette observation. Le malade était accompagné de son frère atteint de légers troubles neurasthéniques, mais paraissant jouir d'une excellente santé. Joyeux viveur ; il n'avait jamais eu comme symptôme gastrique que quelques indigestions dues à de grands écarts de régime ; malgré cela, nous le priâmes de vouloir bien se soumettre à l'analyse de son suc gastrique, ce qu'il fit volontiers. Nous trouvâmes le même type chimique, mais un peu moins accentué, que celui de son frère.

Or le père de ces deux jeunes gens était mort de gastrite ulcéreuse, variété de gastrite précisément en rapport avec le type chimique trouvé chez nos deux malades.

Le second cas a trait à un malade âgé de 65 ans qui vint nous trouver en mars dernier. Il se plaignait d'éprouver une vive douleur dans le ventre, cinq à six heures après les repas. Cette douleur qui, autrefois, revenait deux ou trois fois par an, car l'affection remonte à trente ans environ, se reproduisait, dans ces derniers temps, de plus en plus souvent. Elle était précédée et accompagnée, d'abord d'une sensation générale de froid intense et d'un grand frisson, puis d'une sensation de chaleur à la figure. La crise durait 3 à 4 minutes environ et tout était fini. Quelquefois, la crise se compliquait d'une hypersécrétion salivaire réflexe, la bouche se remplissant d'eau au dire du malade. Celui-ci comparait la douleur à la sensation du passage d'un « trousseau de clés sur une plaie interne à vif ». — Constipation opiniâtre ; — amaigrissement.

On aurait pu penser à de l'hyperchlorhydrie avec légère exulcération au niveau du pylore.

L'analyse gastrique démontra qu'il s'agissait d'un cas de gastrite hyperpeptique (hyperchlorhydrie des auteurs) avec fermentations anormales.

Le régime, quelques lavages d'estomac, l'emploi du bicarbonate de soude à l'heure où se produisaient habituellement les crises, firent disparaître la douleur ; le massage de l'intestin, la constipation. Aujourd'hui le malade se porte très bien pourvu qu'il observe son régime.

A côté de cette classe de dyspepsies latentes il s'en trouve une autre catégorie à symptômes gastriques nets, mais communs à tous les types chimiques ou quelquefois à chimisme contradictoire avec les symptômes cliniques.

Nous n'aurions que l'embarras du choix pour citer des exemples d'hypopeptiques et même d'apeptiques cancéreux ou non et ayant tous les symptômes de l'hyperchlorhydrie la plus intense, et chez lesquels l'étude chimique conduit au bon diagnostic.

La variété du type chimique peut encore aider le diagnostic de certaines maladies générales en évolution. Entre autres, citons la tuberculose pulmonaire pour laquelle M. Hayem a démontré que l'hyperpepsie et particulièrement la variété chloro-organique coïncidait avec cette affection au début, l'hypopepsie avec cette affection dans sa phase avancée : « Quand on constate, dit M. le Dr Hayem, chez des jeunes gens l'hyperchlorhydrie chloro-organique sans en trouver d'explication plausible, il faut redouter la tuberculose. Elle doit être considérée comme un avertissement. Il y a donc une grande importance à s'inquiéter de l'état gastrique des jeunes gens prédisposés ou héréditaires. Un signe qui mettra sur la voie, c'est la dilatation stomacale ; la meilleure façon d'enrayer le mal, c'est de traiter la dyspepsie.

Disons encore que l'analyse du suc gastrique, même dans les cas typiques où la chimie et la clinique sont d'accord, donne parfois, lorsqu'elle est faite d'après la méthode de Winter, des renseignements utiles en indiquant par exemple les variations de la valeur alpha (fermentations stomacales) et celles du rapport T : F (phase dans laquelle se trouve la digestion.

Le traitement sera donc basé, au moins dans les cas douteux, sur l'analyse du suc gastrique et l'on devra prescrire, chimisme en main, les indications du régime, des médicaments et en particulier du bicarbonate de soude, les règles de l'hygiène, la station thermo-minérale et les applications des agents physiques, c'est-à-dire du massage.

M. P. Sollier (Paris) pense qu'on néglige presque complètement aujourd'hui le *rôle de la sensibilité propre de l'estomac dans l'acte de la digestion*. En s'appuyant sur des considérations physiologiques, cliniques, expérimentales et chimiques' on peut mettre ce rôle en évidence et montrer que les modifications de la sensibilité gastrique peuvent à elles seules modifier le chimisme stomacal et troubler la digestion. La sensibilité de l'estomac étant sous la dépendance du grand sympathique, ses troubles sont en même temps des troubles vaso-moteurs.

Après avoir rappelé quelle est physiologiquement la sensibilité propre de l'estomac et comment sans elle l'estomac ne peut répondre par sa sécrétion ni par ses mouvements à l'excitation que lui apportent les aliments, M. Sollier étudie

au point de vue spécial de la sensibilité gastrique, l'anorexie hystérique prise comme type de dyspepsie nerveuse. Dans cette affection, comme d'ailleurs dans les autres dyspepsies qui accompagnent les états neurasthéniques, mélancoliques et hypochondriaques, on constate que la fonction sécrétoire et la fonction motrice sont en rapport avec l'anesthésie plus ou moins profonde de l'estomac, d'où les troubles d'assimilation très marqués qu'on y rencontre et qui cessent dès que la sensibilité de l'estomac est revenue, caractérisée surtout par le retour du sentiment de la faim.

Expérimentalement, on peut reproduire l'anesthésie et le réveil de la sensibilité de l'estomac. En plongeant une hystérique dans l'hypnose, on constate qu'elle a conscience de l'état de tous ses viscères et qu'il est facile par simple injonction de lui enlever la sensibilité de tel ou tel viscère et de la rappeler. Ces deux expériences s'accompagnent de signes subjectifs et objectifs très spéciaux, apparaissant dans un ordre déterminé, constant pour tous les malades, les phénomènes moteurs précédant toujours les phénomènes sensitifs, et dont l'un des plus importants pour l'estomac est l'apparition et la disparition d'une zone d'anesthésie cutanée correspondant à l'estomac, suivant qu'on supprime ou qu'on réveille la sensibilité de cet organe. En appliquant ce procédé à des anorexiques pendant l'hypnose, on constate que le retour de la sensibilité de l'estomac s'accompagne des mêmes réactions que dans les expériences précédentes. De plus, chez les anorexiques dont le retour de la sensibilité se fait spontanément sous la seule influence du régime psychique et de l'isolement sans hypnotisation, ces recherches sont encore identiques. Or, chez ces sujets on constate des troubles du chimisme stomacal variables suivant le degré d'anesthésie et disparaissant avec elle, et de plus une aggravation manifeste des troubles digestifs si l'on traite l'élément gastrique et non l'élément nerveux seul. Donc :

1° Les dyspepsies purement nerveuses s'accompagnent de modifications du chimisme stomacal.

2° Ces modifications tiennent à des troubles sécrétoires et moteurs de l'estomac, dus eux-mêmes à une diminution ou une abolition de la sensibilité de l'organe.

3° Le traitement des dyspepsies nerveuses ne doit pas être basé sur les seules données du chimisme stomacal, mais sur la pathogénie des modifications de ce chimisme.

MM. Paul Sollier et *E. Parmentier*, pour compléter ces recherches, ont étudié les rapports de la sensibilité de l'estomac avec le chimisme stomacal. Pour y parvenir, ils ont employé la méthode en série continue telle qu'elle a été indiquée pour la première fois par M. Winter en 1893. En se servant du procédé de M. Sollier pour supprimer ou rétablir la sensibilité de l'estomac, ils ont étudié ainsi l'évolution de la digestion chez deux sujets hystériques en instituant une série d'expériences pour chacune. La première série a eu pour but d'étudier le chimisme stomacal après s'être assuré que le sujet était dans son état normal et que la sensibilité de l'estomac n'était pas modifiée. Dans la deuxième, l'anesthésie de l'estomac a été provoquée à la trentième minute et la sensibilité a été rendue à la soixantième minute. Enfin, dans la troisième série, l'anesthésie de l'estomac n'a été provoquée qu'une heure ou deux heures après le début du repas. Pour chaque série, de nombreuses extractions de liquide ont été pratiquées, et les analyses ont été faites par M. Winter lui-même.

L'examen des graphiques des différents éléments chimiques montre : 1° qu'on peut intervenir dans la marche de la digestion en modifiant la sensibilité de l'estomac ; 2° que cette intervention se produit par des phénomènes chimiques ; 3° que l'anesthésie de l'estomac ralentit et modère l'évolution générale du chimisme stomacal.

M. Glénard. — En admettant que le chimisme donnât une idée exacte de l'état des sécrétions gastriques, il n'aurait qu'une valeur relative en ce qui concerne la pathogénie des dyspepsies parce que, dans un grand nombre de cas, la fonction sécrétoire est sous la dépendance de la fonction motrice, parce que le trouble de l'estomac lui-même peut dépendre d'un trouble de l'intestin, ou enfin parce que la perturbation gastro-intestinale reconnaît pour cause première une déviation fonctionnelle du foie. Cette subordination des organes de l'appareil digestif est celle qui est le plus conforme à ce que nous savons de leur rôle respectif dans la nutrition. Celui de l'estomac est surtout mécanique, la fonction intestinale exerce sur la fonction gastrique une influence capitale que connaissent bien les dyspeptiques eux-mêmes. Je ne saurais trop rappeler la fréquence, sous le syndrome dyspeptique, de l'entéroptose qui, lorsque la gastroptose n'est pas compensée, lorsqu'il y a sténose de l'intestin avec l'atonie et la rétention qui l'accompagnent, se traduit par une dyspepsie grave. Avant que l'on connût la notion de splanchnoptose, cette dyspepsie était considérée comme essentielle. Ici les indications du chimisme conduiraient à une thérapeutique à peu près vaine, si l'on ne combattait, en même temps que le trouble de sécrétion, la perturbation mécanique et que l'on ne tînt pas compte du rôle capital de la statique abdominale et de la fonction de l'intestin. De même dirai-je pour ces prétendues dyspepsies localisées dans l'estomac et pourtant dans lesquelles, à l'aide du procédé du pouce, on trouve des signes anormaux du côté du foie, depuis les plus légers, comme la douleur épigastrique à la pression, que je démontre avoir pour siège le lobe épigastrique du foie, jusqu'à ces formes apparemment sérieuses de foie induré que révèle la fouille de l'hypochondre. Dans 70 0/0 des cas de dyspepsie on trouve le foie anormal. Dans des cas pareils, les indications tirées du chimisme ne répondent qu'à un des symptômes du processus morbide. Avant de formuler le diagnostic de dyspepsie chimique, il faut avoir éliminé celui d'entéroptose et celui de dyspepsie hépatique. Alors le praticien, que ses occupations obligent à réserver la recherche du chimisme pour les cas où elle est nécessaire, pourra encore, avant d'y recourir, éliminer les dyspepsies dans lesquelles il y a anorexie et diarrhée, cas qui indiquent les acides, et enfin les cas, de tous les plus fréquents, où l'on rencontre constipation et conservation de l'appétit; chez ces derniers, il donnera le bicarbonate de soude, que je crois n'être jamais nuisible et qui combat en même temps l'acidité et, par le brusque développement gazeux qu'il produit, l'atonie gastrique; il assurera les fonctions intestinales; enfin, il éprouvera la capacité de digérer par des repas composés exclusivement de viande et d'œufs peu cuits ou même crus, et d'eau; en trois jours, le malade doit être dans la bonne voie; dès le premier repas, on sera fixé; s'il en est autrement, c'est alors qu'on fera intervenir le chimisme.

La cure de Vichy dont a parlé M. Hayem diffère du bicarbonate de soude en ce que, outre l'action de ce médicament, elle seule possède celle d'exercer une action substitutive, qui peut être réduite à son minimum par une direction expérimentée, mais qu'il ne faut pas éviter, car le bénéfice de la cure est durable à cette condition. La dyspepsie est curable comme dyspepsie, mais c'est la phase gastrique d'une maladie de la nutrition et le principe morbide persiste à l'état latent après la guérison de la dyspepsie. Ce n'est pas une maladie primitive de l'estomac, ce n'est donc pas en traitant l'estomac ni surtout en se bornant à remplir les indications données par le chimisme qu'on guérit la dyspepsie.

M. Sigaud (Lyon) attribue à la palpation abdominale une réelle importance au point de vue de l'étude des dyspepsies. Elle permet d'établir la connexion étroite qui existe entre le côlon et l'estomac au point de vue clinique. La dyspepsie est un syndrome dont l'origine est surtout mécanique. Sans nier les troubles des fonctions chimiques, il semble que les symptômes essentiels résultent d'un trouble du péristaltisme intestinal ; c'est du côté du côlon qu'il faut rechercher les prodromes des modifications gastriques.

Au point de vue thérapeutique, il faut surtout tenir compte de la stase cæcale et prescrire une alimentation excito-motrice.

M. L. Vincent (Lyon) pense que les dyspeptiques présentent tous à une certaine période de leur affection un degré plus ou moins accusé de dépressibilité abdominale. Cette hypotension constitue un signe clinique important qui peut être la source d'indications diagnostiques et thérapeutiques. Elle joue un rôle dans la pathogénie des prolapsus viscéraux. Une tension abdominale normale est l'expression physiologique d'une bonne tonicité digestive, elle implique un péristaltisme normal. A l'état pathologique, sous l'influence de la stase cæcale, la péristaltique digestive subit un arrêt, la circulation des gaz se trouve gênée, la musculature digestive faiblit et l'épuisement de la tonicité entraîne comme corollaire l'abaissement de la tension gazeuse intra-abdominale, qui se traduit objectivement par la dépressibilité de l'abdomen.

MM. Linossier (Vichy) et *Lemoine* (Paris) ont fait une étude expérimentale et clinique de *l'action du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique* et ils donnent les conclusions suivantes :

1° L'action immédiate du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique est, quelle que soit la dose, une action excitante. Le premier effet de l'excitation sécrétoire est la saturation de l'alcalinité; si la dose du médicament est modérée, l'excitation se poursuit après cette saturation, et provoque une augmentation de la richesse du chyme en acide chlorhydrique. Si la dose est forte, la saturation peut être le seul résultat de l'excitation de la muqueuse. Elle s'est épuisée à lutter contre l'alcalinité, et la proportion normale d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique peut ne pas être atteinte quand les aliments quittent l'estomac.

2° L'action éloignée du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique se traduit d'abord par l'excitation, puis par la dépression de cette sécrétion. L'excitation est le résultat de l'action immédiate du bicarbonate de soude sur l'estomac. La dépression semble au contraire devoir être rattachée à l'action générale du médicament.

3° Dans la pratique, pour ne pas dépasser l'action excitante, il faudra recourir aux doses faibles, données pour le mieux avant les repas, et aux traitements courts ; pour aboutir à l'action sédative, on devra employer des doses fortes, pour le mieux pendant ou après le repas, et en prolonger l'application.

4° Il n'existe pas d'une manière absolue de doses fortes ou faibles de bicarbonate de soude. Elles ne le sont que relativement à l'état de la sécrétion. L'estomac est d'autant plus sensible au bicarbonate de soude que la sécrétion est moins riche en acide chlorhydrique.

5° Les conclusions ci-dessus s'appliquent aux eaux de Vichy et probablement aux autres eaux bicarbonatées sodiques, dont l'action ne diffère de celle du bicarbonate de soude que par plus d'intensité et de durée.

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

De la chorée gravidique, par V. Bué (*Semaine médicale*, 1er septembre 1894, p. 279). — L'auteur publie dans ce travail trois cas de chorée gravidique recueillis à la clinique obstétricale de Lille. — C'est au septième mois d'une seconde grossesse que la malade de la première observation a été prise, à la suite d'une querelle maritale suivie de violences, de mouvements désordonnés. L'affection se poursuivit, diminuant d'abord, pour s'accuser plus au moment du travail et disparaissant presque complètement 10 jours après l'accouchement. Primipare âgée de 23 ans, la seconde choréique a été prise au 3e mois de sa grossesse; la chorée, relativement très intense, persiste jusqu'à l'accouchement. L'enfant, venu prématurément, est atteint de convulsions et il succombe 3 semaines après. Guérison de la chorée en 10 jours, à la suite des couches. Une nouvelle grossesse ultérieure ne fut pas accompagnée de récidive. La troisième malade, âgée de 20 ans, a présenté les symptômes de la chorée dès le 4e mois de la grossesse. Elle accouche prématurément d'un enfant vivant. La chorée disparait 3 jours après.

Cas de maladie de Friedreich non héréditaire (A case of non hereditary Friedreich's disease), par C. E. Nammack ; (*Medical Record*, 11 août 1894, n° 1240, p. 161). — La malade, âgée de 14 ans, souffre de troubles de la marche survenus depuis 9 ans. Elle se plaint de maux de tête et de douleurs dans les jambes. Elle offre depuis l'enfance de l'incontinence nocturne d'urine. On ne trouve aucun antécédent héréditaire, ni nerveux, ni pathologique, dans la famille, dont les grands-parents paternels, la grand'mère maternelle, le père, la mère, 1 frère et 3 sœurs sont actuellement bien portants. Les symptômes de l'affection sont les suivants : la marche est instable, la station debout impossible les yeux fermés. La puissance musculaire est indemne dans les membres inférieurs. Les réflexes tendineux absents des deux côtés. Il existe de l'incoordination des membres supérieurs. Le langage est monotone, mais pas scandé. Nystagmus latéral. Pas de troubles oculaires autres, ni de désordres du côté de la sensibilité générale.

MÉDECINE

Glycogène dans le sang des individus sains et malades (Untersuchungen über die Schwankungen des Glycogengehaltes ins Blut gesunder und kranker Individuen), par Livierato (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, vol. LIII, p. 303). — Les recherches de l'auteur faites sur des individus bien portants et dans un grand nombre de maladies aboutissent aux conclusions suivantes :

1° Le sang des individus bien portants présente la réaction du glycogène qui se trouve en très petite quantité en dehors des cellules. L'alimentation n'exerce aucune influence sur la proportion de glycogène.

2° Chez les individus malades la réaction du glycogène existe d'une façon plus ou moins accusée. Le glycogène se trouve tantôt dans les masses extra-cellulaires, tantôt dans le protoplasma des cellules. La réaction intra-cellulaire de glycogène indique que la proportion de glycogène du sang se trouve augmentée.

3° Parmi les maladies aiguës, la pneumonie est celle où la réaction de glycogène dans les leucocytes est le plus accusée. L'augmentation de la proportion de glycogène dans le sang est dans cette maladie en rapport direct avec l'extension du processus pulmonaire et la hauteur de la fièvre. Cette proportion augmente encore dans les cas compliqués d'albuminurie et de peptonurie.

4° Dans la fièvre typhoïde la proportion de glycogène extracellulaire augmente pendant la période d'état, en rapport avec l'élévation de la température, de l'intensité de l'infection. En cas de complications pulmonaires, on trouve une réaction intracellulaire très accusée.

5° Dans la tuberculose pulmonaire, la réaction de glycogène se comporte comme dans la pneumonie, mais son accroissement est moins marqué que dans cette dernière.

6° Dans les exanthèmes aigus la proportion de glycogène augmente avec la fièvre. Il en est de même des suppurations.

7° La réaction de glycogène fait défaut, ou est à peine accusée dans le rhumatisme articulaire, les inflammations des séreuses (péritonite, pleurésie, etc.), les affections du foie, les cardiopathies avec ou sans œdèmes et hydropisies, accompagnées ou non de fièvre.

8° Dans un cas de diabète la proportion de glycogène extra-cellulaire était minime.

9° Chez les femmes enceintes on trouve du glycogène intra-cellulaire seulement à partir de la seconde moitié du neuvième mois, en rapport avec la leucocytose plus ou moins accusée. La réaction de glycogène persiste encore quatre ou cinq jours après l'accouchement et disparaît ensuite progressivement.

10° L'ingestion de sirop et de peptone était dans ces cas sans influence sur le glycogène du sang. L'injection sous-cutanée de 50 centigr. de peptone provoquait une élévation de la température et une augmentation de la proportion de glycogène dans le sang.

Les hypothermies (Ueber subnormale Korpertemperatur), par Janssen (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, t. LIII, p. 247). — En analysant les 400 observations des malades qui depuis 14 ans ont passé à la clinique de Kiel, l'auteur a trouvé que les hypothermies au cours des maladies et même à l'état de santé sont plus fréquentes qu'on ne le pense, et que leur pronostic est moins défavorable qu'on ne le croit ordinairement.

L'hypothermie s'observe dans 1° les soustractions directes de chaleur; 2° les déperditions considérables de liquide ; 3° les anémies chroniques, la cachexie, les états d'inanition ; 4° les troubles circulatoires graves ; 5° les affections du système nerveux central; 6° l'irritation des nerfs sensibles ; 7° les dermatoses étendues; 8° les affections fébriles pendant la fièvre ou après sa chute ; 9° les intoxications et auto-intoxications.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine publié sous la direction de MM. CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. T. VI. Paris, G. MASSON. Prix : 25 francs.

Le premier volume du *Traité de médecine* était presque tout entier consacré à exposer les doctrines de M. Bouchard et la part prépondérante que ce maître éminent a prise à la direction du mouvement scientifique contemporain. Le dernier volume, écrit par les élèves de Charcot, est un nouvel hommage rendu à la mémoire du chef si regretté de l'Ecole de la Salpêtrière. Son nom revient presque à chaque page de ce magistral exposé de la neuropathologie. Devenus maîtres à leur tour, quelques-uns des disciples de cette école n'admettent pas sans réserves tous les faits, toutes les interprétations pathogéniques que l'œuvre de Charcot a rendus classiques. On peut s'en assurer en étudiant l'article consacré par M. Pierre Marie à la classification des myélites.

Mais il en devait être ainsi pour donner au *Traité de médecine* le caractère qu'il prétend garder et qui le différencie des manuels et des ouvrages élémentaires; c'est aussi ce caractère qui a fait son succès.

La simple énumération des principaux chapitres et des noms de leurs auteurs suffit à montrer ce que vaut l'œuvre et à permettre de lui prédire un légitime succès. M. Brissaud a décrit les maladies de l'hémisphère cérébral et du cervelet; M. G. Guinon, les maladies de la protubérance annulaire, des pédoncules cérébraux et du bulbe rachidien ; M. P. Marie, les maladies intrinsèques de la moelle épinière ; M. G. Guinon, les maladies extrinsèques de la moelle et les maladies des méninges; M. Lamy, la syphilis des centres nerveux; M. Babinski, les névrites; M. Hallion, les maladies des muscles et des nerfs ; M. E. Boix, la myopathie primitive progressive; M. Souques, l'acromégalie et le myxœdème ; MM. Gilbert Ballet et P. Blocq, la paralysie générale ; M. Gilbert Ballet, les psychoses; M. Paul Blocq, les chorées; M. Lamy, la paralysie agitante; M. Hallion, la maladie de Thomsen ; M. Dutil, la neurasthénie, l'épilepsie et l'hystérie.

Terminé en un petit nombre d'années, de telle sorte qu'il reste au courant des progrès de la science, le *Traité de médecine* fait le plus grand honneur à ceux qui l'ont écrit.

L. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LE CONSEILLER DE LA JEUNE FEMME (MÈRES ET NOURRICES), par le Dr L. CASSINE (de St-Quentin), Paris, 1894, *Soc. d'Edit. Scientif.*, volume de la petite Encyclopédie médicale.

Ce petit volume ne s'adresse pas aux médecins, mais aux mères, qui seront heureuses d'y trouver des conseils donnés par un médecin, et cependant dépouillés de ces termes techniques qui, dans les ouvrages dits scientifiques, les empêchent trop souvent de les comprendre. Elles sauront gré à M. Cassine d'avoir déposé un instant la plume du docteur pour prendre celle du père de famille.

VARIÉTÉS

Les vœux du Congrès universitaire de Lyon. — Plusieurs journaux ont paru ignorer, en faisant connaître les vœux émis à Lyon, qu'à maintes reprises déjà une organisation à peu près semblable à celle qui vient d'être votée avait été proposée ou recommandée dans les conseils de l'Université. Nous avons si souvent exposé nos vues à cet égard qu'il nous semble inutile de redire que, puisqu'on n'a pu modifier radicalement le statut de l'agrégation, mieux vaut encore supprimer le concours qui y donne accès, et laisser aux Facultés la responsabilité des choix qu'elles seront appelées à faire.

Voici les vœux adoptés pour les Facultés de médecine :

1° Le concours pour l'agrégation médicale est supprimé;

2° Chaque Faculté s'adjoint le nombre d'agrégés qu'elle croit utile;

3° Les cours libres faits par les agrégés ne donnent lieu à aucun traitement de l'Etat, mais à une rétribution résultant d'une taxation scolaire fixée par la Faculté;

4° Des règlements détermineront les rétributions accordées aux agrégés pour les examens, les suppléances et les enseignements imposés;

5° Un nouveau titre, par exemple, celui de « docteur ès sciences biologiques » pourra être créé et exigé des candidats à l'agrégation;

6° Les agrégés sont nommés pour une période de trois ans, renouvelable sur l'avis de la Faculté;

7° Les professeurs adjoints seront nommés pour une période de six ans, avec traitement sur la proposition de la Faculté. (On entrevoit ici le système allemand des *privat-docent* (agrégés) et des professeurs extraordinaires (professeurs adjoints);

La présentation pour la nomination des professeurs titulaires se fera sur une liste unique dressée par la Faculté et soumise au conseil général des Facultés. Les professeurs titulaires pourront toucher une rétribution scolaire suivant une taxation fixée par la Faculté.

Le correspondant du *Temps*, M. A. Sabatier (et non M. Albert Sorel, comme l'a dit par erreur le *Progrès médical*), ajoute :

« La section de médecine qui a élaboré ces conclusions n'a vu qu'un nombre trop restreint des intéressés prendre part à la discussion : douze titulaires et seulement quatre agrégés. On ne peut donc en conclure que ces modifications projetées représentent exactement l'opinion de la majorité du corps enseignant des Facultés et écoles de médecine. »

Nous croyons cependant qu'après avoir reconnu qu'il est impossible de maintenir le *statu quo*, les Facultés provinciales accepteront toute mesure qui consacrera leur autonomie et réalisera le vœu depuis si longtemps présenté par le directeur de l'enseignement supérieur : la création d'universités régionales.

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.
16e *liste.*

Société des Médecins Finlandais, comité constitué par MM. Runeberg, Holniberg et Homen, 550 fr.

Souscriptions de Roumanie. — Ephorie des hôpitaux civils de Bucarest, 500 fr. — Société des Etudiants en médecine de Bucarest, 200 fr. — Club de la jeunesse de Bucarest, 200 fr. — Epitropie Saint-Spividion de Jassy, 100 fr. — M. F. Maïoresco, recteur de l'Université de Bucarest, 100 fr. — Dr N. Maldaresco, doyen de la Faculté de Médecine, 50 fr.

Les Professeurs de la Faculté de médecine : Dr Al. Obregia, 50 fr. — Dr G. Grigoresco, 20 fr. — Dr Es. Sihleano, 20 fr. — Dr N. Athanasesco, 20 fr. — Dr Presesco, 10 fr. — Dr Draghiesco, 10 fr. — Dr Démosthène, 20 fr. — Dr Pétrini-Galatz, 20 fr. — Dr G. Stoïcesco, 50 fr. — Dr Pétrini Paul, 20 fr. — Dr N. Manolesco, 10 fr. — Dr Félix, 40 fr. — Dr Théodori, 50 fr. — Dr A. Soutzo, 40 fr. — Dr N. Kalindéro, 100 fr. — Dr V. Babès, 85 fr. — Dr J. Radiano, 5 fr.

Les Etudiants en médecine : B. Marculescu, N. Burghele, J. Velan, G. Rusovici, F. Codreanu, C. Gruescu, Charles Laugier, T. Penescu, V. S. Chirilov, V. Boemchio, G. Popescu, Mlle E. Manicatide, G. Soin, Gribescu, E. Dimitriu, G. Christescu, F. Dona, N. Alexandroff, A. Brill, chacun 2 fr. : 38 fr. — D. Jurescu, P. Visoianu, A. Stern, H. Mihail, R. Dona, H. Steuerman, I. Boemchio, E. Mendelsohn, G. Sculi, C. Marinescu, D. Bozini, P. Eliad, G. Danielescu, F. Constantinescu, A. Grunberg, D. Cuziner, I. Seidman, I. Radulescu, P. Dulgherescu, M. Goldeing, Fr. Grinfeld, G. Barzanescu, M. Goldenstein, chacun 1 fr. : 23 fr. — P. Nedelcu, C. Parhon, P. Cazac, A. Fodirascu, C. Livadite, Mlle Iscovescu, chacun, 0 fr. 50 : 3 fr. — Th. Jonescu, 5 fr. — A. Babes, 3 fr. — Sf. Isvoranu, 3 fr. — G. Géani, 4 fr. — N. Minovici, 1 fr. 50. — D. Tatusescu, 5 fr. — A. Feldeanu, 4 fr. — MM. les Drs N. Albescu, V. Calabb, Varnali, Gr. Petrescu, Stein, chacun 5 fr. ; 25 fr. — Dr Duma, 10 fr. — Dr Al. Athanasiu, 20 fr. — A. Trausch, pharmacien, 10 fr. — Dr Vines, 2 fr. — Dr P. Popovici, 2 fr. — Georges Dimcin, 2 fr. — Dr N. Georgescu, Dr Al. Racoviceanu, Dr M. Kristodorescu, Dr N. Morinescu, Dr Drugescu, Dr A. C. Dimitriu, Dr St. Besnea, Dr M. Mirinescu, Dr I. Urlatzeanu, chacun 5 fr. : 45 fr.

(*A suivre.*)

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.
COMITÉ DE RÉDACTION
MM. E. BRISSAUD, G. DIEULAFOY, DREYFUS-BRISAC, FRANÇOIS-FRANCK, A. GILBERT, A. HÉNOCQUE, A.-J. MARTIN, A. PETIT, P. RECLUS

REVUE GÉNÉRALE

Les aphasies, rapport lu au Congrès de médecine interne de Lyon, par le professeur A. PITRES.

La question des aphasies est si complexe, elle s'est dans ces dernières années tellement agrandie et transformée, elle a suscité un nombre si considérable de travaux, que, pour la traiter dans son ensemble, il faudrait lui consacrer de très longs développements. Ne pouvant, dans un rapport dont les limites doivent nécessairement être fort restreintes, analyser sous ses multiples aspects une question aussi démesurément étendue, j'ai résolu de me borner à vous soumettre quelques brèves considérations sur deux points de son histoire : l'*agraphie* et l'*aphasie sous-corticale*.

I. — L'AGRAPHIE.

L'agraphie a été très heureusement définie par Charcot : l'aphasie de la main. Elle est, en effet, par rapport à l'écriture ce que l'aphasie est par rapport à la parole. L'aphasique a perdu la faculté de parler, l'agraphique celle d'écrire.

Cliniquement, l'agraphie et l'aphasie marchent habituellement de pair. Naguère, à l'époque où régnait la doctrine de l'*amnésie verbale*, on expliquait la coexistence très fréquente de ces deux symptômes en disant que, le concept du mot étant primitivement altéré ou aboli dans l'aphasie, toutes les formes du langage devaient être simultanément et parallèlement altérées ou abolies.

W.-T. Gairdner, Hughlings Jackson, professaient cette opinion que Trousseau résuma dans une formule célèbre : « Les aphasiques écrivent aussi mal qu'ils parlent, et ceux qui ne parlent pas du tout sont absolument incapables d'écrire. »

Cependant, Marcé avait, dès 1856, essayé de montrer que l'alliance des troubles de la parole et de l'écriture n'est pas nécessaire. L'aphasie, disait-il en substance, peut être absolue chez des sujets qui ont conservé la faculté d'écrire, tandis qu'inversement, certains malades, qui peuvent parler librement, ont absolument perdu la faculté d'exprimer leur pensée par l'écriture. « Il y a donc, ajoutait-il, un principe coordinateur de la parole et un autre principe indépendant du premier, dont le rôle est de coordonner les mouvements nécessaires à l'écriture. » A la place du mot *principe*, dont la signification peut prêter à des discussions métaphysiques, mettons le mot *centre* ou *organe*, et nous aurons l'expression d'une idée doctrinale très précise, basée sur des observations cliniques, et dont beaucoup d'auteurs modernes pensent qu'il est indispensable de tenir compte dans l'édification des théories destinées à expliquer les phénomènes de l'aphasie.

Pour ces auteurs, dont mon regretté maître J.-M. Charcot est le plus illustre, il y a, en dehors de la circonvolution de Broca, centre des images motrices d'articulation et organe de l'aphasie vulgaire, un autre point du cerveau dans lequel s'accumulent les images motrices graphiques, lentement acquises par l'éducation et duquel partent, plus tard, quand l'écriture est devenue par suite d'un long exercice quasiment automatique, les incitations sub-conscientes présidant aux mouvements spécialisés des doigts et de la main qui font l'écriture courante.

Ce centre psycho-moteur de l'écriture serait situé, d'après les recherches d'Exner et de Charcot, dans le pied de la deuxième circonvolution frontale gauche.

Or, le pied de la deuxième et le pied de la troisième circonvolution frontale gauches sont au voisinage immédiat l'un de l'autre ; ils se touchent. Leur solidarité est rendue encore plus étroite par cette circonstance que les rameaux artériels qui les irriguent proviennent d'une même branche de la sylvienne. Aussi, les lésions qui atteignent le premier de ces points de l'écorce cérébrale laissent-elles rarement le second absolument intact. C'est pourquoi les troubles aphasiques et agraphiques se montrent habituellement en même temps. Mais leur coexistence n'est pas fatale et il y a des cas d'aphasie motrice pure (sans agraphie concomitante), comme il y a des cas d'agraphie motrice pure (sans aphasie concomitante).

Cette conception de deux centres moteurs corticaux autonomes, présidant l'un aux mouvements d'articulation, l'autre aux mouvements d'écriture, a été vivement attaquée, en Allemagne par M. Wernicke, en France par M. Déjerine, et, comme les opinions de ces deux savants ont ébranlé les convictions d'un grand nombre de personnes, il importe, ce me semble, d'examiner de très près les raisons sur lesquelles repose leur opposition.

Disons, tout d'abord, que tous les troubles de l'écriture qui s'observent chez les aphasiques ne sont pas dus

à la destruction du pied de la deuxième circonvolution frontale gauche. Il y a des agraphies sensorielles, comme il y a des aphasies sensorielles; les lésions du pli courbe, du lobule pariétal inférieur, des première et deuxième circonvolutions temporales, du lobule de l'insula, peuvent jeter des perturbations profondes dans le mécanisme de l'écriture, tout comme elles en apportent dans le mécanisme du langage parlé. Des observations très précises, dues à MM. Banti, Sérieux, Cramer, Berkhan, Déjerine, Souques, Bianchi, démontrent notamment, jusqu'à l'évidence, que les lésions destructives de la région du pli courbe peuvent donner lieu, en même temps qu'à des phénomènes de cécité verbale et d'aphasie ou de paraphasie, à des symptômes agraphiques non douteux. Sur ce point spécial, les travaux de M. Déjerine sont concluants et défient toute contestation.

Mais là n'est pas le véritable débat. Il gît dans le fait de savoir s'il faut ou non admettre une agraphie motrice pure au même titre qu'on admet une aphasie motrice pure.

Par définition, l'agraphie motrice pure est le résultat de la perte isolée du souvenir des associations musculaires présidant aux mouvements de la main dans l'acte d'écrire. L'agraphique de cette variété doit donc ne présenter aucun trouble sérieux de l'intelligence ni de la motilité des membres, particulièrement du membre supérieur droit. Il doit comprendre ce qu'on lui dit (absence de surdité verbale), lire mentalement (absence de cécité verbale), parler librement et lire à haute voix (absence d'aphémie). En revanche, il doit être incapable d'exprimer ses pensées par l'écriture et d'écrire sous dictée. Tout au plus lui restera-t-il, pour des raisons que nous développerons plus loin, la faculté de copier.

Les faits cliniques répondant à ce tableau symptomatique ne sont pas communs, mais il en existe quelques-uns, et, parmi eux, il en est qui sont accompagnés de détails très précis. Charcot en a rapporté un dans ses belles leçons de 1883 et un second en 1888. J'en ai publié moi-même un autre en 1884. Mon malade n'avait ni troubles de l'intelligence ni paralysie marquée des membres du côté droit. Il n'avait trace ni de surdité ni de cécité verbales. Cependant, il était totalement incapable d'exprimer ses pensées par l'écriture ou d'écrire sous dictée de la *main droite;* il pouvait seulement copier. De la *main gauche*, il pouvait écrire spontanément. Je puis ajouter qu'ayant revu tout récemment ce malade, je l'ai trouvé exactement dans le même état qu'en 1884. Voilà donc plus de dix ans que l'agraphie est l'unique symptôme de sa maladie. N'est-il pas vraisemblable que ce symptôme, persistant sans variation depuis un temps aussi long, résulte de la destruction d'une région du cerveau ne servant ni à la vision mentale, ni à l'audition mentale, ni à l'articulation phonétique, mais présidant uniquement à l'excitation motrice de l'écriture? MM. Wernicke et Déjerine se refusent cependant à accepter cette interprétation. Ils lui font des objections de principe que nous devons exposer avant de chercher à les réfuter.

L'écriture, d'après eux, est une simple copie des images visuelles des lettres et des mots. Tant qu'on possède ces images visuelles et qu'on peut les évoquer volontairement, on conserve la faculté d'écrire; quand on les a perdues ou qu'on ne peut plus les évoquer, on devient, par cela même, incapable d'écrire. Il n'y aurait donc pas d'agraphie motrice, mais seulement des agraphies sensorielles. On ne saurait, d'ailleurs, ajoutent-ils, admettre l'existence d'un centre distinct pour l'écriture, car l'écriture n'est pas fonction de la main droite. On peut écrire sur le sable avec le bout du pied droit ou gauche. On peut écrire avec le coude, avec un crayon tenu entre les dents. Il faudrait donc supposer que le centre graphique occupe toute l'aire motrice de l'écorce cérébrale, non seulement de l'hémisphère gauche, mais encore de l'hémisphère droit. Enfin, certains agraphiques qui ne peuvent plus écrire spontanément ni sous dictée sont encore capables de copier. Comment concevoir que la faculté de copier soit conservée, s'il existe un centre graphique? Si ce centre est détruit, toutes les modalités de l'écriture doivent être abolies ensemble, de même que la destruction de la circonvolution de Broca amène la perte de toutes les modalités de la parole articulée (parole spontanée, répétition des mots, chant).

Telles sont les objections. Elles sont loin d'être sans répliques.

Et d'abord est-il bien vrai que l'écriture soit une simple copie des images optiques des lettres et des mots? Il est fort possible qu'il en soit ainsi chez l'enfant, dans la période pendant laquelle il apprend à écrire. Il est même très vraisemblable que l'éducation graphique se fait sous le contrôle immédiat et avec le concours direct des images visuelles, tout comme l'éducation de la parole se fait sous le contrôle et avec le concours des images auditives. Mais l'adulte lettré, habitué à se servir de la plume pour exprimer couramment sa pensée, n'a plus besoin de suivre sur le papier l'image des lettres ou des mots gravée dans son esprit. Le centre graphique s'est affranchi par l'exercice de la tutelle qui était primitivement nécessaire à son fonctionnement. Son activité peut être directement sollicitée par la pensée. Il est devenu indépendant de l'intermédiaire sensoriel. S'il en était autrement, tous les malades atteints de cécité verbale devraient perdre, avec le souvenir des images littérales, la faculté d'écrire. Or, nous savons d'une façon positive que beaucoup de malades de ce genre, quoique absolument incapables de lire et d'évoquer le souvenir de la forme des lettres et des mots, peuvent cependant prendre la plume et exprimer couramment et correctement leur pensée par l'écriture. Inversement, tous les agraphiques devraient avoir perdu la représentation mentale des lettres et des mots qu'ils ne peuvent plus tracer sur le papier. Or, l'observation nous apprend que les agraphiques vrais, les agraphiques moteurs, n'ont pas perdu le souvenir des images visuelles des mots et des lettres et cependant ils ne peuvent les écrire. Quand je disais à mon malade d'écrire le mot *Bordeaux*, il se rendait parfaitement compte mentalement des caractères qu'il faudrait tracer pour écrire ce mot; il épelait les lettres qui entrent dans sa composition, mais il lui était impossible de les écrire. « Je sais très bien, disait-il, comment s'écrit le mot *Bordeaux*, mais quand je veux écrire de la main droite, je ne sais plus rien faire. » De même, la malade de M. Marie. Elle ne pouvait écrire quoiqu'elle « sût très bien ce qu'elle voulait écrire et eût même conservé nettement la notion visuelle de l'orthographe des mots; mais l'idée motrice graphique des lettres ne lui revenait pas; elle ne se rappelait plus la forme qu'il fallait donner aux lettres. »

Les choses se passent tout autrement dans l'agraphie sensorielle. Dans ce cas, les malades ne sont pas plus capables d'écrire de la main gauche que de la main droite (1). Il y a même, sans doute, là un élément de diagnostic différentiel qui n'a pas encore, à ma connaissance, été signalé et qui pourrait permettre, en clinique, de distinguer l'agraphie motrice vraie de l'agraphie sensorielle par cécité verbale. La conservation des images visuelles dans le premier cas, leur abolition dans le

(1) Voyez la première observation d'agraphie sensorielle avec cécité verbale de M. Paul Sérieux (*Mém. de la Soc. de Biol.*, 28 nov. 1891). Dans les autres observations l'expérience n'a pas été tentée.

second, rend parfaitement compte de cette différence symptomatique.

En somme, les sujets atteints d'agraphie motrice ne diffèrent des sujets sains que parce qu'ils ne peuvent plus écrire de la *main droite*. Tout le bénéfice des longs efforts qu'ils ont faits dans leur jeunesse pour apprendre à écrire est perdu. Mais si on place un modèle sous leurs yeux, ils peuvent le copier. Copier, en effet, est tout autre chose qu'écrire couramment. C'est un acte de motilité générale qui n'a pas de centre d'exécution spécialisé, pas plus d'ailleurs que l'acte de tracer sur le sol avec le bout de sa canne ou avec le pied des traits ayant la forme de lettres. Ces actes-là impliquent une attention soutenue, une surveillance constante de l'esprit, qui manque absolument dans l'écriture courante. C'est pourquoi l'agraphique dont les membres supérieurs ne sont pas paralysés peut encore copier, bien qu'il ne soit plus capable d'écrire spontanément; c'est pourquoi il peut tracer au tableau ou sur le papier des figures géométriques, des paraphes et des dessins variés, alors qu'il ne peut plus écrire son nom ou son adresse. On peut même dire que la conservation de la faculté de copier appartient en propre à l'agraphie motrice.

Dans l'agraphie sensorielle, au contraire, les trois modes de l'écriture sont également perdus ou altérés. Parfois même l'écriture d'après un modèle est notablement plus difficile que l'écriture spontanée.

Aux objections de principe, dont il vient d'être question, M. Déjerine ajoute deux objections de fait.

La première est tirée d'une observation clinique (sans autopsie) : Un homme, très intelligent, gaucher pour tout excepté pour l'écriture, étant devenu hémiplégique gauche et aphasique, devint en même temps agraphique complet, c'est-à-dire incapable d'écrire spontanément, d'écrire sous dictée ou de copier. En l'absence d'autopsie, je ne vois rien qui permette d'utiliser ce cas pour ou contre la doctrine de la spécialisation d'un centre graphique moteur. Le malade était agraphique, dit M. Déjerine, parce que, sa troisième circonvolution frontale (droite) étant détruite, il n'avait plus la notion du mot et ne pouvait pas plus parler qu'il ne pouvait écrire. Mais s'il n'avait plus la notion du mot, il avait des lésions dépassant l'aire du centre de Broca, car tout le monde admet aujourd'hui que la compréhension des mots est conservée dans l'aphasie motrice corticale pure. Il y avait donc une lésion dépassant l'aire du champ de Broca et par conséquent une aphasie complexe. De plus, le malade était incapable de copier, aussi bien que d'écrire spontanément et sous dictée. Or, nous venons de voir que les agraphiques moteurs purs conservent la faculté de copier. Il est donc probable que l'agraphie était, dans ce cas particulier, d'origine sensorielle.

La seconde objection a une portée plus générale. M. Déjerine affirme, dans plusieurs passages de ses travaux sur la question qui nous occupe, que l'aphasie motrice est toujours accompagnée d'agraphie concomitante et qu'il n'existe pas une seule observation d'aphasie motrice par lésion destructive du centre de Broca dans laquelle l'écriture ait été intégralement conservée. Cette affirmation, qui aurait une grande importance si elle était fondée, n'est pas exacte. Parmi les faits qui la contredisent, je n'en citerai qu'un qui me paraît à l'abri de toute critique. Il a été publié par M. Guido Banti dans dans un très remarquable mémoire paru en 1886. En voici le résumé : « Un homme de trente-six ans, droitier, sachant lire et écrire correctement, est subitement frappé dans la rue, en décembre 1877, d'un ictus apoplectique avec perte de connaissance. Il revient à lui quelques instants après, mais il était paralysé du bras et de la jambe du côté droit et aphasique. Transporté chez lui, la paralysie des membres disparut presque complètement dès la nuit suivante, mais l'impossibilité de parler persista. Le lendemain, il fut admis à l'hôpital de S. Maria Nuova, auquel M. Guido Banti était attaché en qualité d'assistant. Ici, je traduis textuellement les résultats de l'examen : « La motilité des membres du côté droit était redevenue normale. Il n'y avait pas trace de paralysie de la face ni de la langue. Le malade s'efforçait inutilement de parler; il ne pouvait pas articuler un seul mot, pas même des syllabes isolées. Il paraissait désespéré de ce mutisme et cherchait à se faire comprendre par des gestes. Je lui demandai s'il savait écrire et après qu'il eut fait un geste affirmatif, je lui donnai ce qu'il faut pour cela et lui dis d'écrire son nom, ce qu'il fit immédiatement. Je lui posai diverses autres questions auxquelles il répondit également par écrit. Je lui dis de faire le récit de sa maladie et il écrivit sans hésitation les détails rapportés plus haut. Je lui montrai divers objets, des pièces de monnaie, etc., en lui disant d'en écrire le nom; il exécuta l'ordre sans se tromper. Alors, au lieu de lui faire les demandes de vive voix, je les lui écrivis, afin de m'assurer s'il était en état de comprendre l'écriture; il y répondit avec une précision parfaite. Il écrivait toujours très rapidement et ne semblait pas hésiter pour chercher les mots. Il ne commettait pas de fautes de syntaxe ni d'orthographe. Il comprenait également bien l'écriture cursive et l'imprimé, et quand on lui parlait, il saisissait très bien le sens des questions qu'il ne faisait jamais répéter. Cela fait, j'écrivis quelques mots des plus simples, tels que *pain*, *vin*, etc., et l'incitai inutilement à les lire à haute voix. Je prononçai moi-même quelques-uns de ces mots en lui ordonnant de les répéter. Il paraissait observer avec grande attention les mouvements de mes lèvres pendant que je parlais; il faisait des efforts indicibles pour obéir; mais il n'arrivait jamais à prononcer aucun mot. »

Le malade étant mort en février 1882, d'un anévrysme de l'aorte, on trouva une plaque de ramollissement jaune, siégeant sur le tiers postérieur de la troisième circonvolution frontale gauche et s'enfonçant de quelques millimètres seulement dans la substance médullaire.

Cette observation prouve aussi clairement que possible que l'aphasie motrice peut exister sans agraphie concomitante.

Il ressort, si je ne me trompe, des considérations précédentes, que les objections théoriques ou cliniques invoquées pour démontrer la non-existence d'un centre graphique spécialisé n'ont pas la valeur démonstrative que leur attribuent leurs auteurs ; qu'à côté des agraphies sensorielles, il faut admettre des agraphies motrices pures ; que ces agraphies motrices pures peuvent se montrer isolément sans aphasie concomitante, et qu'inversement, l'aphasie motrice peut se montrer isolément sans agraphie concomitante ; que, par conséquent, chacun de ces deux symptômes relève d'un centre distinct.

L'organe de l'aphasie motrice est situé, cela est aujourd'hui surabondamment démontré, dans le pied de la troisième circonvolution frontale gauche. L'organe de l'agraphie motrice siège probablement dans le pied de la deuxième circonvolution frontale gauche. Nous disons *probablement*, parce qu'il n'existe pas encore dans la science une seule observation dans laquelle l'agraphie motrice ayant été le seul symptôme noté du vivant du malade, une destruction limitée du pied de la deuxième circonvolution frontale gauche ait été la seule lésion révélée par l'autopsie. Mais il en existe un certain nombre dans lesquelles, l'agraphie coexistant avec d'autres symptômes, on trouva à l'autopsie, en outre des lésions susceptibles d'expliquer les symptômes coexistants, des altérations grossières du pied de la deuxième

circonvolution frontale gauche. Telles sont les observations bien connues de Bar, Balzer, A. Shaw, Henschen, J.-B. Charcot et Dutil.

Ces deux dernières sont tout particulièrement intéressantes. Dans celle de M. Henschen, la malade présentait à la fois des symptômes de cécité verbale et d'agraphie motrice. Je dis *motrice* et non pas sensorielle, parce que, tandis que les écritures spontanées et sous dictée étaient profondément altérées, la faculté de copier était assez bien conservée. L'autopsie fit découvrir, sur l'hémisphère gauche, deux foyers de ramollissement, l'un siégeant sur le pli courbe et expliquant la cécité verbale, l'autre sur le pied de la deuxième circonvolution frontale et rendant compte de l'agraphie.

L'observation de MM. J.-B. Charcot et A. Dutil se rapporte à une femme de 64 ans qui, dans les vingt dernières années de sa vie, eut quatre attaques d'apoplexie. La première la laissa complètement agraphique. A ce symptôme s'ajoutèrent ultérieurement, à la suite des autres ictus, de l'embarras de la parole, de l'hémiplégie gauche et finalement des troubles de la déglutition (paralysie labio-glosso-pharyngo-laryngée pseudo-bulbaire). L'agraphie, qui persista vingt-neuf ans sans atténuation appréciable, avait bien les caractères cliniques de l'agraphie motrice. La malade avait conservé les images visuelles des lettres et des mots. Elle pouvait copier, tant bien que mal, les caractères et les chiffres, mais elle était absolument incapable d'écrire spontanément. Elle n'avait, d'ailleurs, aucun symptôme de cécité ni de surdité verbales ou psychiques. A son autopsie, on trouva sur l'hémisphère droit cinq petits foyers de ramollissement et dans l'hémisphère gauche deux, dont l'un, de forme arrondie, ayant à peu près les dimensions d'une pièce de vingt centimes, occupait exactement le pied de la deuxième circonvolution frontale.

Tout en regrettant que nous ne possédions pas encore l'observation typique qui dissiperait tous les doutes, il est impossible de ne pas reconnaître que les deux faits de Henschen et de J.-B. Charcot et Dutil ont une valeur assez grande pour rendre, sinon absolument certaine, du moins très vraisemblable la localisation du centre de l'agraphie motrice dans le pied de la deuxième circonvolution frontale gauche.

Les conclusions suivantes résument les considérations que nous venons de développer :

1° Il y a lieu de penser qu'il existe, chez les adultes habitués à se servir de la plume pour exprimer leur pensée, un centre cortical spécialisé dans lequel se conservent les images motrices graphiques et qui assure l'exécution de l'écriture courante.

2° Ce centre est vraisemblablement situé dans le pied de la deuxième circonvolution frontale gauche (Exner-Charcot). Sa destruction isolée produit l'agraphie motrice pure.

3° En clinique, l'agraphie motrice est fréquemment associée à l'aphasie motrice. Cela s'explique par le voisinage des deux centres corticaux de la parole (troisième circonvolution frontale) et de l'écriture (deuxième circonvolution frontale). Mais la coexistence de ces deux symptômes n'est pas nécessaire. Quand le centre de Broca est seul atteint, il y a de l'aphasie motrice pure, sans agraphie; quand le centre d'Exner-Charcot est seul altéré, il y a de l'agraphie motrice pure, sans aphasie.

4° Il existe des agraphies sensorielles, tout comme il existe des aphasies sensorielles. Les agraphies de cette espèce sont sous la dépendance de lésions de la région du pli courbe (centre des images visuelles des mots) et sont associées à des symptômes plus ou moins marqués de cécité verbale (Déjerine).

5° Dans les agraphies sensorielles, la faculté d'écrire est atteinte ou abolie dans toutes ses modalités (écriture spontanée, sous dictée et d'après modèle) aussi bien pour la main gauche que pour la droite). Dans l'agraphie motrice pure, la faculté de copier est habituellement conservée, bien que les écritures spontanées et sous dictée soient perdues. De plus, les malades peuvent encore écrire de la main gauche.

II. — L'Aphasie sous-corticale.

Lorsque, en 1877, je m'appliquai à étudier les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux, je fus conduit à rechercher les réactions pathologiques provoquées par la destruction du faisceau de substance blanche sous-jacent à la circonvolution de Broca. J'arrivai à cette conclusion, que les lésions du faisceau pédiculo-frontal inférieur du côté gauche déterminent de l'aphasie tout aussi sûrement que la destruction de l'écorce elle-même de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche. Mais la comparaison des documents anatomo-cliniques dont je disposais ne m'ayant permis de reconnaître aucune différence symptomatique appréciable entre les troubles du langage consécutifs aux altérations du champ de Broca et ceux résultant des lésions du faisceau blanc sous-jacent, je pensai qu'il était impossible de distinguer cliniquement les aphasies corticales des aphasies centre-ovalaires. Cette dernière particularité paraissait d'ailleurs facilement explicable. On croyait encore à ce moment que la substance grise du pied de la troisième circonvolution frontale gauche était le centre de la notion idéale des mots et l'organe unique de l'aphasie. On supposait, en outre, que cet organe, contenu tout entier dans l'écorce de la circonvolution de Broca, transmettait son influence aux centres bulbo-médullaires participant à l'exécution de la parole par l'intermédiaire des seuls faisceaux de fibres blanches se détachant de sa face profonde. Il était dès lors logique de supposer que l'interruption de ses communications l'empêchait de manifester son activité et que la section des conducteurs équivalait cliniquement à la destruction de l'organe lui-même.

Depuis cette époque, des idées nouvelles se sont introduites dans la science. Le centre de Broca n'est plus considéré comme l'organe unique de l'aphasie. Le mécanisme cérébral du langage se compose de centres psycho-sensoriels et de centres psycho-moteurs, réunis les uns aux autres par d'innombrables fibres commissurales, dont un grand nombre sont intra-corticales. Le pied de la troisième circonvolution frontale gauche renferme un de ces centres psycho-moteurs, celui dans lequel s'accumulent et se conservent les images motrices phonétiques. Quand il est détruit, ces images sont effacées et la faculté de parler est, par cela même, abolie. Quand il est simplement séparé de ses connexions avec les organes bulbo-médullaires par la section des faisceaux blancs qui le relient à ces organes, il y a bien encore des troubles de l'articulation, mais le centre verbal n'est pas privé pour cela de toutes ses relations avec les autres centres du langage, les images motrices phonétiques sont conservées et l'aphasie *sous-corticale* a une physionomie clinique un peu différente de celle de l'aphasie motrice *corticale*.

Les caractères cliniques qui permettent de les distinguer ne sont pas absolument les mêmes d'après tous les auteurs qui se sont occupés de la question. M. Lichteim et M. Wernicke, qui les ont indiqués d'après des vues purement théoriques, sont arrivés à des résultats qui sont loin d'être concordants. D'après le premier, l'aphasie sous-corticale serait caractérisée par la perte de la parole volontaire, de la répétition des mots et de la lecture à haute

voix, avec conservation de la compréhension du langage parlé et écrit et de la faculté d'écrire volontairement ou sous dictée et de copier; d'après Wernicke, par la conservation parfaite de l'idée des mots avec impossibilité de parler et possibilité d'indiquer le nombre des syllabes contenues dans les mots et pensées.

On voit que les deux schémas sont sensiblement différents l'un de l'autre. Néanmoins, la notion des aphasies sous-corticales a pénétré dans l'esprit public et on admet généralement aujourd'hui qu'elles diffèrent surtout des aphasies corticales vraies, parce que le trouble du langage est moins profond, moins radical, dans les premières que dans les secondes.

« Les mots, dit M. Brissaud, soit simplement bredouillés, soit tout à fait méconnaissables, revêtent dans leur ensemble la physionomie générale et, si je puis ainsi dire, l'allure de la pensée qu'ils expriment. La phrase, incompréhensible si l'on ne s'en tient qu'à l'articulation même, garde certains vestiges de sa contexture; on la reconnaît, on la soupçonne à l'agencement particulier des émissions syllabiques, au rhythme des sons, à leur nombre, à leur enchaînement. » De plus, les malades, ayant conservé la notion idéale des mots, savent exactement, bien qu'ils soient incapables de le prononcer correctement, le nom des objets qu'on leur présente. On en peut acquérir la certitude en leur faisant indiquer par divers artifices le nombre des lettres ou des syllabes contenues dans un mot déterminé. Si, par exemple, on montre à un sujet atteint d'aphasie corticale une *carafe*, il ne pourra pas dire le mot *carafe*, mais il lui sera possible en vous pressant trois fois la main de vous indiquer que ce mot contient trois syllabes, ou en vous la pressant six fois que six lettres entrent dans sa composition. C'est là ce qu'on a pris l'habitude d'appeler l'*expérience de Lichteim*.

Permettez-moi de vous dire, en passant, que cette expérience n'a pas été inventée par Lichteim. Elle se trouve nettement décrite dans des observations bien antérieures à la publication du mémoire du professeur de Berne. On la trouve notamment exposée avec des détails très précis dans le travail bien connu de M. Proust, qui date de 1872.

Lichteim n'est donc pas l'inventeur de l'expérience qui porte son nom. Il ne l'a même pas appliquée à la distinction des aphasies sous-corticales. Elle permettrait, d'après lui, de reconnaître une forme d'aphasie transcorticale déterminée par des lésions de la région de l'insula de Reil, ce qui est très contestable et très contesté. L'idée d'en tirer un élément du diagnostic différentiel entre les aphasies motrices corticales et les aphasies motrices sous-corticales appartient à Wernicke, et le mérite d'avoir fourni des observations précises de nature à confirmer cette hypothèse, à M. Déjerine.

Mais il faut bien avouer que si l'expérience de Proust-Lichteim donne quelquefois des résultats utilisables, il est fort rare qu'on la puisse exécuter dans des conditions où elle soit réellement démonstrative. La plupart de nos malades des hôpitaux sont trop peu lettrés ou ont trop peu l'habitude de l'auto-observation pour saisir exactement le sens de la question qu'on leur pose quand on leur demande d'indiquer combien il y a de lettres ou de syllabes dans un mot. Dans la pratique, cette expérience ne saurait donc avoir une très grande importance. Elle comporte, dans tous les cas, beaucoup trop de causes d'erreurs pour qu'on la puisse considérer comme pathognomonique.

Mais revenons à l'aphasie motrice sous-corticale et admettons, avec les auteurs les plus autorisés, qu'elle se distingue de l'aphasie corticale par un trouble de la parole consistant en un bredouillement plus ou moins indistinct et par la conservation intégrale de la notion idéale des mots et des images motrices d'articulation.

Il n'est pas rare, en clinique, de rencontrer des malades présentant cet ensemble de symptômes. Il ne s'agit donc plus que de savoir, dans les cas de ce genre où l'autopsie a pu être pratiquée, quel était le siège exact des lésions provocatrices. Sur ce point spécial, les documents anatomo-cliniques paraissent être très concordants. Toujours les lésions étaient sous-corticales, si on prend ce mot dans son sens le plus général. Mais elles ne siégeaient pas indifféremment dans un point quelconque du coin de substance blanche qui s'étend, au-dessous du champ de Broca, de l'écorce à la capsule interne. Elles étaient invariablement situées au niveau ou au voisinage immédiat de la capsule interne, jamais dans la portion du faisceau pédiculo-frontal inférieur confinant à la substance grise corticale. Si bien qu'il paraît ressortir de leur comparaison :

1° Que les lésions destructives de la substance blanche sous-jacente au pied de la troisième circonvolution frontale gauche déterminent des aphasies ne différant pas des aphasies corticales pures;

2° Que les symptômes de l'aphasie dite *sous-corticale* correspondent à des lésions profondément situées dans les parties centrales des hémisphères cérébraux et atteignent la capsule interne.

Sans entreprendre la démonstration complète de ces propositions, je voudrais cependant indiquer brièvement quelques-uns des faits sur lesquels elles sont fondées.

Pour ce qui concerne la première, j'ai rapporté jadis, dans ma thèse de doctorat, un groupe d'observations dans lesquelles des lésions destructives, limitées à la substance blanche sous-jacente au champ de Broca, ont donné lieu à des aphasies totales, absolues. Des observations analogues ont été publiées depuis par divers auteurs. Dans un cas de MM. Juhel-Rénoy et Revilliod, « l'aphasie est des plus nettes, le malade exprime par sa mimique qu'il comprend les questions qu'on lui adresse. Il s'efforce d'y répondre et remue les lèvres, mais ne peut prononcer aucune parole; on ne saisit qu'un murmure parfaitement inintelligible. » Dans un autre de M. Garcia Lavin, l'aphasie complète de l'ictus initial persista jusqu'à la mort (un an) sans aucune modification. Dans un troisième, dû à M. L. Edinger, le langage était totalement aboli; le malade pouvait seulement émettre un son plaintif ressemblant à la syllabe *ja*, etc. Il est très regrettable que dans aucun de ces cas l'expérience de Proust-Lichteim n'ait été pratiquée; mais, si l'on s'en tient aux troubles de la parole, il est évident qu'ils sont identiques à ceux de l'aphasie motrice corticale.

Le tableau clinique est tout autre quand la lésion est capsulaire. Alors l'aphasie est incomplète, le langage est bredouillé, indistinct parfois jusqu'au point de ne plus être intelligible; on reconnaît néanmoins dans les sons qu'émet le malade quelque chose qui rappelle, de près ou de loin, la structure des mots qu'il s'efforce de prononcer.

Un des meilleurs exemples de ces cas a été publié par M. Guido Banti, dans le remarquable mémoire que j'ai déjà eu l'occasion de citer. En voici le résumé: Un homme de soixante-deux ans, ne sachant ni lire ni écrire, devient subitement, après une attaque d'apoplexie, hémiplégique du côté droit et incapable de parler. Il comprenait les questions qu'on lui posait, mais quand il voulait y répondre, il ne parvenait à émettre qu'un bruit confus, inintelligible, qu'on pourrait représenter par *tiitiitii*. Néanmoins, il répétait bien les lettres et les syllabes qu'on prononçait devant lui, et quand on le priait de parler lentement, sans « manger ses paroles », on arrivait à comprendre, au moins en

partie, ce qu'il disait. Il mourut en 1884, cinq ans après l'ictus initial, sans que son état se fût sensiblement modifié. A l'autopsie, on trouva une cicatrice apoplectique de couleur brunâtre, siégeant dans la capsule interne gauche, entre le noyau lenticulaire et la couche optique, c'est-à-dire dans la partie antérieure du segment postérieur de la capsule.

La première observation du mémoire de M. Déjerine se rapproche beaucoup de celle de M. Banti. Elle se rapporte à un homme de soixante-sept ans, hémiplégique droit et aphasique depuis 1879, mort en 1890, qui présentait une impossibilité absolue de parler à haute voix; il pouvait, au contraire, prononcer à voix basse, en chuchotant, des mots reconnaissables. Il pouvait aussi, et c'est un des points les plus intéressants de son histoire clinique, indiquer très bien avec les doigts le nombre des syllabes contenues dans les mots qu'il était incapable de prononcer. Pas d'agraphie ni de paragraphie. A l'autopsie, on trouva trois petits foyers de ramollissement siégeant dans le centre de la masse hémisphérique, l'un dans le tiers moyen de la capsule interne, l'autre en avant du noyau caudé, le troisième à la pointe du faisceau de substance blanche sous-jacente, au pied de la troisième circonvolution frontale, à un centimètre au-dessous de la face profonde de la substance grise de cette circonvolution.

Dans la seconde observation du même mémoire, les symptômes étaient à peu près les mêmes : hémiplégie droite incomplète; pas de signes de cécité ni de surdité verbales. Le malade comprenait très bien tout ce qu'on disait. Il ne pouvait prononcer spontanément un seul mot, ni lire à haute voix, ni répéter les paroles prononcées devant lui. Les images motrices verbales étaient cependant intactes, car, lorsqu'il tentait de parler, il faisait autant d'efforts d'expiration que le mot qu'il voulait prononcer contenait de syllabes. Il écrivait très facilement de la main gauche. A l'autopsie, sur une coupe horizontale passant par le pied de la troisième frontale et n'intéressant que le noyau caudé, ramollissement ancien, de forme ovalaire, de trois centimètres de long sur deux de large, occupant le pied de la troisième frontale, ainsi que la substance blanche sous-jacente, à l'extrémité tout à fait inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendante. Il n'est pas dit, dans le texte, à quelle distance de la substance corticale se trouvait ce foyer. Il est d'ailleurs assez malaisé de se rendre compte sur des coupes horizontales de la topographie exacte des lésions centre-ovalaires; néanmoins, il semble ressortir de la description donnée par M. Déjerine, que le foyer se trouvait immédiatement au-dessus et en dehors du point où les faisceaux capsulaires se divisent en éventail pour aller se perdre dans les circonvolutions. La lésion était donc plus voisine de la capsule que de la périphérie. Aussi, les symptômes étaient-ils ceux de l'aphasie sous-corticale.

En résumé, il semble légitime d'admettre l'existence du syndrome aphasie motrice sous-corticale. Mais il faut bien savoir que ce syndrome ne survient pas à la suite de toutes les lésions de la substance blanche sous-jacente à la circonvolution de Broca. Il ne se montre que lorsque ces lésions siègent au niveau de la capsule interne ou à l'origine des irradiations capsulaires. Les altérations immédiatement sous-corticales, celles qui confinent à la face profonde de la substance grise de la troisième circonvolution frontale gauche, provoquent des troubles du langage identiques à ceux qui caractérisent la destruction de la substance grise elle-même; il n'est pas possible, en l'état actuel de nos connaissances, d'en faire le diagnostic clinique. Il est possible, au contraire, ainsi que le démontrent les faits publiés par M. Déjerine, de reconnaître, du vivant des malades, l'aphasie sous-corticale capsulaire.

Ce diagnostic, si l'on veut examiner les choses de près, repose sur l'existence d'un seul signe positif: le trouble de l'articulation. Pour tout le reste, la symptomatologie est négative. Les malades comprennent parfaitement le langage parlé et écrit; ils possèdent intactes les images motrices verbales; ils ont conservé la notion précise des mois et de leur signification; ils peuvent indiquer combien il y a de syllabes ou de lettres dans le nom des objets qu'on leur montre; ils sont capables d'écrire spontanément, sous dictée ou d'après copie; mais, en tout cela, ils ne diffèrent pas des gens normaux. Ils ne s'en distinguent que parce que, lorsqu'ils veulent parler, ils articulent d'une façon plus ou moins indistincte. Or, ce trouble de l'articulation, c'est de la dysarthrie ou de l'anarthrie, ce n'est pas de l'aphasie véritable. Si bien, qu'après avoir été conduits par l'étude des faits à admettre que le syndrome désigné sous le nom d'*aphasie motrice sous-corticale* a une existence réelle et qu'il correspond à des lésions de la région capsulaire, nous sommes forcés de déclarer, qu'en bonne nosographie, il faut le détacher du groupe des aphasies pour le classer dans celui des paralysies pseudo-bulbaires. En réalité, il n'y a d'autre aphasie motrice que celle qui résulte de la destruction du centre de Broca ou de la substance blanche immédiatement sous-jacente. C'est par un abus de langage ou une erreur de nosologie qu'on confond avec l'aphasie véritable les troubles de l'articulation provoqués par les lésions en foyer siégeant dans les parties profondes des hémisphères cérébraux. Il n'y a pas d'aphasies capsulaires.

Je crains fort que ces propositions ne paraissent, à beaucoup de personnes, exprimer une hérésie scientifique. Elles sont en opposition formelle avec la façon dont on conçoit généralement les rapports des circonvolutions avec les centres sous-jacents. On s'imagine, à tort, selon moi, que toutes les circonvolutions sont nécessairement reliées à ces centres par des faisceaux de fibres blanches, continues dans leur trajet et passant toutes par la capsule interne. Cela est certainement vrai pour les fibres du faisceau pyramidal et pour une partie des fibres du faisceau sensitif. Cela est probablement exact aussi pour les fibres du lobe préfrontal dont M. Brissaud a étudié les dégénérations secondaires dans le segment antérieur de la capsule interne et sur le bord interne du pédoncule. Mais parce qu'un des faisceaux capsulaires provient du lobe préfrontal, un autre de la région rolandique et un troisième du lobe temporo-occipital, il ne s'ensuit pas nécessairement que toutes les circonvolutions, tous les points de l'écorce soient représentés dans la capsule par des fibres de projection directes.

Plusieurs raisons permettent de penser que le centre de Broca est surtout en relation, par les prolongements de ses cellules aussi bien que par les fibres sous-jacentes qui en partent, avec les autres centres corticaux. Il est probable que l'immense majorité des fibres qui se détachent de sa face profonde va se terminer dans des circonvolutions voisines ou éloignées et qu'une infime minorité seulement traverse la capsule interne.

Le centre de Broca ne constitue pas par lui-même un organe moteur, puisque ses lésions destructives, lorsqu'elles sont exactement limitées à son aire et ne dépassent pas en arrière le sillon préfrontal, ne sont suivies d'aucune paralysie de la langue, des lèvres, du larynx, ni d'aucun autre muscle. Tout ce que nous savons de ses fonctions tend à le faire considérer comme un organe d'élaboration psychique agissant indirectement sur les mouvements des organes phonateurs, mais empruntant

pour l'exécution de ces mouvements le secours des centres moteurs communs et des voies conductrices qui en dépendent. Cela explique comment ses altérations organiques donnent lieu à des phénomènes purement psychiques (perte des images phonétiques des mots; absence de l'incitation psycho-motrice; inertie consécutive, sans paralysie vraie, des organes phonateurs), tandis que les lésions en foyer de la lésion capsulaire déterminent des phénomènes de motricité pure (paralysie glosso-laryngée pseudo-bulbaire), sans porter aucune atteinte au mécanisme psychique ou psycho-sensoriel du langage.

Il se passe quelque chose de très analogue pour les aphasies sensorielles. Les lésions de l'écorce ou des parties blanches immédiatement sous-jacentes du lobe sphénoïdal ou du lobe pariétal provoquent des phénomènes psycho-sensoriels qui n'accompagnent jamais les lésions de la partie postérieure de la capsule interne. Celles-ci déterminent l'hémi-anesthésie banale et non pas la cécité ou la surdité verbales, comme cela devrait avoir lieu si les centres psycho-sensoriels contenus dans le pli courbe et la première circonvolution temporo-sphénoïdale étaient réunis aux organes sensitifs de la protubérance et du bulbe par des fibres de projection directes, partant de l'écorce et traversant la capsule interne.

Je termine en résumant sous forme de conclusions les principaux points sur lesquels je viens d'appeler l'attention :

1° On a décrit, sous le nom d'*aphasie sous-corticale*, un syndrome clinique différant de l'aphasie motrice vulgaire par la conservation intégrale de la notion idéale et de l'image phonétique motrice des mots, et par un trouble de l'articulation ayant pour effet de rendre la parole bredouillée, indistincte, parfois même tout à fait inintelligible.

2° Pour s'assurer de la conservation de l'image phonétique des mots, on se sert d'une expérience imaginée par Proust, vulgarisée par Lichteim, donnée théoriquement par Wernicke comme un élément de diagnostic différentiel entre les aphasies motrices corticales et sous-corticales, et appliquée par Déjerine à ce diagnostic. Cette expérience, qui consiste à faire indiquer par le malade, à l'aide de gestes ou de pression des mains, combien il y a de syllabes ou de lettres dans le nom d'un objet à lui connu qu'on place sous ses yeux, paraît prêter à de graves causes d'erreurs. Elle n'a cependant pas encore été suffisamment étudiée pour qu'on soit en mesure de fixer d'ores et déjà sa véritable valeur séméiologique.

3° Les cas cliniques présentant la symptomatologie attribuée à l'aphasie sous-corticale sont loin d'être rares. Ils coïncident avec des lésions de la partie moyenne de la capsule interne ou tout au moins de la région capsulaire. Aucune observation ne démontre que les lésions centre-ovalaires, siégeant dans la portion éloignée du cône de substance blanche sous-jacent à la circonvolution de Broca, puissent déterminer le syndrome aphasie sous-corticale, même quand la lésion épargne complètement la substance grise. Les lésions de ce genre donnent lieu à l'aphasie motrice vulgaire, corticale.

4° Au point de vue nosographique, l'aphasie dite *sous-corticale*, dont les symptômes positifs sont, en somme, uniquement représentés par des troubles dysarthriques ou anarthriques, doit être détachée du groupe des aphasies vraies pour être rapprochée de celui des paralysies pseudo-bulbaires.

5° En réalité, les lésions de la partie moyenne de la capsule interne ne donnent pas plus lieu à de l'aphasie véritable que celles de sa partie postérieure à de la cécité verbale ou de la surdité verbale. Les premiers provoquent des phénomènes purement moteurs (anarthrie ou dysarthrie, hémiplégie); les seconds des phénomènes purement sensitifs (hémi-anesthésie). Cela provient vraisemblablement de ce que les centres spécialisés du langage n'ont pas de fibres propres les reliant directement aux centres d'exécution bulbo-médullaire. Ils empruntent, pour leurs communications avec la périphérie, le concours des centres moteurs et sensitifs communs, lesquels étant seuls représentés dans la capsule interne par des fibres de projection directe, sont seuls atteints par les lésions de la région capsulaire.

M. Tessier (Lyon) a observé il y huit ans une femme atteinte d'agraphie grave sans troubles d'idéation et ayant conservé l'intégrité de la mémoire auditive et visuelle. A l'autopsie on trouva chez elle un ramollissement jaune superficiel du pied de la deuxième circonvolution frontale gauche.

M. Brissaud (Paris) pense aujourd'hui qu'il n'est plus possible d'admettre les aphasies proprement dites par lésion du faisceau antérieur de projection.

Un point qu'il importe d'analyser chez les aphasiques, c'est la faculté d'épeler. M. Brissaud a la conviction que les enfants ne savent pas épeler parce qu'ils ne se font pas des lettres ajoutées une image d'ensemble. Dans l'épellation le mot ne constitue pas une image visuelle, mais une image auditive.

M. Grasset (Montpellier) pense que dans les aphasies il s'agit de la perte d'une association physiologique fonctionnelle comparable, par exemple, à l'astasie-abasie et non à la paralysie. Il désirerait donc savoir quelle est, pour cette raison, la signification que M. Bernheim ajoute à la dénomination d'aphasies de conductibilité.

M. Bernheim (Nancy) pense que la coordination motrice de la parole articulée, seule paralysée, dans l'aphasie, se fait dans le bulbe et la moelle. Il y a association automatique des noyaux bulbaires qui président à cette fonction. Le cerveau ne fait que transférer à cet appareil bulbo-médullaire de coordination motrice l'image du mot. Il y a donc là un trouble de conductibilité, destruction de la connexion des commissures entre l'image acoustique et le centre de coordination motrice, ce qui justifie le terme d'aphasie de conductibilité.

M. Raugé (Challes). — On peut subdiviser encore les quatre centres corticaux où l'on a déjà réparti les grands éléments de la fonction du langage. Ainsi si l'on analyse le phénomène physique de la parole, on constate qu'il comporte trois actes simultanés mais indépendants : production par les organes respiratoires d'un courant aérien méthodique et rhythmé; modulation de la voix par le larynx; articulation de la parole dans les cavités sus-laryngées. Or le centre classique de la parole ne répond actuellement qu'au dernier de ces actes moteurs, à l'articulation proprement dite. Il faut donc adjoindre au centre de Broca d'abord le centre laryngé récemment découvert, et un centre encore inconnu dont la fonction consisterait à diriger les organes respiratoires dans leur participation à l'acte vocal.

Certaines aphasies motrices ne s'expliquent que par cette dissociation physiologique, tels les cas d'aphonie d'articulation pure et d'aphonie hystérique et enfin les cas où les malades n'ont conservé que le rhythme du mot, qui est traduit au dehors par des expirations aphones. Pour ce dernier ordre de faits on peut admettre une lésion dissociée des centres phonétiques, qui supprime deux éléments de la parole, l'intonation et l'articulation.

M. Onimus (Monaco). — Dans l'aphasie on observe d'une façon très nette la production d'actes réflexes. Il ne faut pas limiter la production de l'acte réflexe aux mouvements que la moelle peut déterminer sans intervention du cerveau, mais, d'une manière générale, on peut considérer comme acte réflexe toute transformation d'une impression centripète et une réaction centrifuge, que cette impression soit périphérique ou centrale, qu'elle provienne des nerfs sensitifs spinaux, des cellules nerveuses ou des centres présidant aux phénomènes psychologiques.

M. Donadieu (Lamalou) a observé quelquefois de l'aphasie

transitoire dans la paralysie générale. Dans certains cas les troubles graphiques ont précédé de longtemps les conceptions délirantes.

M. Mouisset (Lyon) a observé un homme de 25 ans atteint de pneumonie lobaire de la base gauche qui au 7e jour, quelques heures avant la défervescence, fut pris d'une aphasie motrice qui dura près de deux heures. Le malade guérit.

Ces aphasies au cours de la pneumonie ne sont pas très rares. Elles accompagnent ordinairement une hémiplégie droite, mais quelquefois elles existent seules.

L'étiologie de ces aphasies est variable. Quelquefois on trouve à l'autopsie une plaque de méningite. Dans d'autres cas elle est produite par l'hystérie. Dans le cas de M. Mouisset, ces deux cas n'existaient pas et, comme Chantemesse, qui a observé un cas analogue, il admet chez son malade l'action des toxines microbiennes soit directement sur les centres nerveux, soit sur la contractilité des vaisseaux cérébraux par l'intermédiaire des vaso-moteurs, et sur la circulation qui en dépend.

On connaît depuis longtemps l'influence de la pneumonie sur les vaso-moteurs de la pommette. Il est possible que les toxines microbiennes influencent, par l'intermédiaire des vaso-moteurs, le calibre de la sylvienne et de ses branches au point de compromettre les fonctions des centres nerveux qu'elles nourrissent, sans entraîner leur complète désorganisation.

M. E. Dupré (Paris) a eu l'occasion d'observer deux cas d'aphasie nerveuse au cours de l'urémie. Dans le premier il s'agissait d'un enfant de 9 ans atteint de néphrite post-scarlatineuse qui, après une anurie complète de 24 heures, fut pris d'aphasie motrice complète avec agraphie incomplète concomitante et parésie du membre supérieur droit, sans aphasie sensorielle. Les accidents ont persisté pendant deux jours et cessèrent en quelques heures après le rétablissement de la fonction urinaire.

Le second cas est celui d'un vieillard athéromateux, bronchitique, atteint de sclérose rénale, qui, au cours d'une grippe assez intense, fut pris, au milieu d'une crise urémique très nette, d'aphasie motrice et d'agraphie incomplète, sans paralysie des membres. Les accidents cessèrent au bout de 36 heures.

Pour M. Dupré, la pathogénie de l'aphasie urémique peut être rapprochée des aphasies transitoires toxiques qu'on observe dans l'intoxication par la nicotine, la santonine, etc.

Les faits d'aphasie urémique jusqu'à présent publiés sont rares. On peut citer ceux de Raymond, Jocqs, L. Monod.

M. Chervin (Paris). — Le cadre des peurs maladives s'élargit tous les jours. M. Chervin a communiqué diverses observations de phobies verbales observées particulièrement chez les bègues. Ces phobies sont caractérisées, à l'inverse des onomatomanies, par la crainte de ne pouvoir prononcer certaines lettres, certains mots et même certaines phases entières.

Le traitement de ces phobies verbales doit se faire en même temps que le traitement du bégaiement dont elles sont un épiphénomène. Mais, à côté du traitement purement fonctionnel des organes de la parole, il faut y joindre un traitement psychique spécial.

TRAVAUX ORIGINAUX

Résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques (*Opération de Poncet*). Etude critique basée sur 63 cystostomies,

par M. E. Lagoutte, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Depuis que M. le professeur Poncet a attiré l'attention du monde chirurgical sur la cystostomie sus-pubienne comme méthode de traitement des accidents d'origine prostatique, de nombreux travaux ont été publiés, dans lesquels la question est envisagée sous ses différentes faces.

Les observations rapportées dans les journaux périodiques sont multiples, les indications, le manuel opératoire de cette intervention ont été discutés à maintes reprises (1), aussi ne nous proposons-nous pas dans ce mémoire de traiter la question d'une façon générale et à tous ses points de vue. Nous voulons simplement, en nous basant sur un nombre de faits déjà considérable, chercher à nous faire une idée de la valeur de cette opération d'après les résultats qu'elle a donnés.

Près de 60 prostatiques ont été opérés à la clinique de M. le professeur Poncet. Plusieurs observations nous ont été fournies par d'autres chirurgiens. Parmi ces faits, les uns remontent à 5 ou 6 ans déjà (la première cystostomie de M. Poncet a été exécutée en 1888). La plupart de nos malades ont été suivis, de telle sorte qu'aujourd'hui il est possible de juger à distance les résultats obtenus.

Dans une pareille question, on ne saurait parler de chiffres bruts et se prononcer en faveur ou contre l'opération en comparant la somme des morts à celle des survies. La plupart du temps, les prostatiques opérés étaient dans un état très grave, fatal à brève échéance. Beaucoup d'entre eux ont été cystostomisés *in extremis*, alors qu'on ne se faisait aucune espèce d'illusion sur le résultat final, et cela uniquement pour calmer des souffrances parfois atroces, pour donner à ces malheureux l'unique chance de salut qui pût leur rester.

Chaque fait n'est instructif que s'il est possible de comparer l'état du patient avant et après l'intervention. Il s'agit là, en somme, d'une opération souvent palliative, et dont les résultats ne peuvent être que relatifs. Pour certains malades en état d'empoisonnement urinaire grave, la survie si courte soit-elle, la suppression seule des douleurs, est un succès, quel que soit le résultat définitif. Voici, au contraire, un homme jeune encore, atteint pour la première fois de rétention complète aiguë; le cathétérisme est, pour une raison ou pour une autre, impossible ou très difficile (fausse route antérieure, uréthrorrhagies abondantes, douleurs extrêmes, etc.), la vessie est ouverte, les accidents se dissipent, mais le nouvel urèthre est incontinent. — Assurément, les conditions nouvelles dans lesquelles le malade va vivre dorénavant le mettent dans un état d'infériorité sociale avec lequel il est nécessaire de compter.

C'est pourquoi nous ne voulons pas nous borner à faire une simple stastistique n'ayant à nos yeux aucune valeur, mais bien interpréter chaque fait ou plutôt chaque groupe de faits analogues pour en tirer des conclusions valables.

La cystostomie ne saurait s'adresser naturellement qu'à des prostatiques déjà parvenus à une période avancée de leur affection, malades présentant des accidents graves, pour lesquels les autres méthodes de traitement demeurent insuffisantes. Il nous paraît donc indispensable d'étudier dans un premier chapitre ces accidents du prostatisme qui rendent les malades justiciables de l'intervention sanglante. Nous verrons qu'il est possible d'établir entre eux des catégories bien nettes, pour lesquelles les indications, quoique différentes, dictent pourtant la même conduite chirurgicale. Ces distinctions sont des plus importantes au point de vue de la discussion des résultats, qui ne sauraient être comparés dans un cas ou dans l'autre. Il faut, en effet, demander autre chose à la cystostomie chez un prostatique simplement atteint d'accidents de rétention aiguë, que chez un autre malade en état de septicémie urinaire.

Après avoir classifié, si nous pouvons ainsi parler, les sujets pour lesquels on peut avoir recours à la cystostomie

(1) A. Poncet, Manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne, *Semaine médicale*, 1893, p. 561. — A. Poncet, Indications de la cystostomie sus-pubienne, *Gazette hebdomadaire*, juin 1894.

sus-pubienne, nous étudierons (chapitre II) les résultats obtenus au point de vue de l'état général (questions de mortalité, de survie, etc.) chez ces divers groupes de malades, puis nous nous occuperons (chapitre III) de l'état fonctionnel des voies urinaires, surtout de la vessie, du nouveau méat hypogastrique, de l'ancien urèthre chez les uns comme chez les autres.

Le chapitre IV sera réservé à certains points du manuel opératoire se rapportant plus spécialement à notre sujet, nous voulons parler des différentes techniques qui ont été proposées pour rendre l'urèthre hypogastrique continent dans les cas où la fonction ne se rétablit pas par la voie naturelle. C'est, on le comprend, un point important, la situation du malade changeant du tout au tout, fonctionnellement parlant, quand il perd ses urines en totalité, ou, au contraire, quand il est capable de les garder plus ou moins longtemps.

Si, le méat sus-pubien est incontinent, il est nécessaire d'obvier à l'infirmité qui en résulte pour rendre au patient la vie supportable. Aussi dirons-nous quelques mots des appareils prothétiques proposés pour remédier à l'incontinence et permettre au sujet de reprendre sa vie ordinaire, ses occupations dans la mesure du possible (chapitre V).

Enfin, dans la dernière partie de ce travail, nous nous proposons de discuter les résultats et d'en tirer des conclusions au point de vue de la valeur de l'opération dans tel ou tel cas.

I

Nous n'avons pas à faire ici une étude de la symptomatologie de l'affection prostatique. Aussi bien, tous les malades sont-ils loin d'avoir pour nous le même intérêt. A la période prémonitoire, ils ne sont justiciables naturellement que d'un traitement hygiénique et prophylactique. A une période plus avancée, quand la vessie se vide déjà avec peine, mais qu'il n'existe aucun symptôme grave, et alors surtout que le passage de la sonde se fait sans difficulté, c'est encore au traitement médical et au cathétérisme sagement conduit suivant les préceptes de M. le professeur Guyon qu'auront recours tous les chirurgiens. Au point de vue de notre sujet, nous intéressent seuls les prostatiques qui présentent des accidents mettant la vie en danger soit immédiatement, soit à brève échéance. Toutes les observations que nous rapportons ont trait à des faits de cet ordre.

Quelles sont donc ces complications sévères du prostatisme pouvant légitimer l'intervention sanglante? Dans un article récent (1), notre maître M. le professeur Poncet les a mises en relief en cherchant à préciser les indications de l'opération. D'après lui, il convient de diviser les prostatiques parvenus à la période des accidents en deux catégories :

1° Ceux qui sont indemnes de toute manifestation d'empoisonnement urinaire, mais chez qui il existe un obstacle plus ou moins insurmontable à la miction. Il s'agit de « *prostatiques mécaniques* ».

2° Ceux qui offrent des signes d'urinémie, de septicémie urinaire, les « *empoisonnés urinaires* » au sens le plus large du mot.

Laissant, pour le moment, de côté la question des indications, nous nous contenterons de garder les grands traits de cette classification pour étudier les résultats chez ces diverses catégories de malades.

Essayons pourtant de préciser davantage. Nos cystostomisés, avons-nous dit, sont ou des prostatiques mécaniques ou des prostatiques empoisonnés.

(1) A. Poncet, *Gaz. hebd.*, juin 1894.

Voyons d'abord les premiers, rétentionnistes sans infection. Tous ne se présentent pas au chirurgien dans le même état. Le plus souvent il s'agit d'un accès de rétention aiguë.

Tantôt, c'est une première attaque, tantôt, au contraire, le malade a déjà vu deux ou trois fois pareil accident se reproduire et céder soit spontanément, soit à la suite d'une thérapeutique appropriée ou au cathétérisme.

On connaît trop le complexus symptomatique chez de tels malades pour que nous y insistions. Depuis 24 ou 36 heures la miction est impossible, la vessie distendue remonte jusqu'à l'ombilic, les douleurs sont intolérables et le patient demande un soulagement immédiat. Mais, fait capital, il n'y a pas de fièvre, ni de signes d'intoxication urinaire. Les urines extraites par quelque moyen que ce soit sont claires et sans pus.

Assurément, devant semblable éventualité la première pensée du médecin est de passer une sonde avec les précautions voulues et le plus souvent la rétention est conjurée. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et en particulier pour les malades que nous voyons à l'hôpital. Le cathétérisme a été difficile, des tentatives répétées ont été faites, des fausses routes existent déjà et le malade arrive avec de l'uréthrorrhagie se renouvelant à chaque nouvel essai de sondage. D'autres fois on a bien pu passer une fois, deux fois, mais la rétention persiste et demande un cathétérisme journalier et régulier, — ce qui ne se fait souvent qu'au prix de tâtonnements répétés et de douleurs quelquefois intolérables pour le patient. — Sans vouloir discuter pour le moment l'opportunité de la cystostomie dans ces cas, contentons-nous de signaler cette première catégorie de malades non infectés chez qui on a pratiqué l'incision vésicale, « *rétentionnistes aigus aseptiques* », en faisant bien remarquer, du reste, que l'opération a été faite alors seulement que le cathétérisme était impossible, particulièrement difficile, dangereux ou encore simplement très douloureux et souvent répété.

A côté de ces rétentionnistes aigus, qui n'en sont encore qu'à leur premier, à leur second accès, nous devons placer une seconde catégorie de malades que nous pourrions désigner sous le nom de : *rétentionnistes chroniques aseptiques*. Nous voulons parler de ces vieillards qui ont franchi par degrés et insidieusement les étapes du prostatisme au point d'en arriver presque, sans s'en être aperçus jusque-là, à la période de rétention avec distension vésicale. Quelquefois ils ne se présentent au chirurgien qu'au moment où ils ont de l'incontinence par regorgement. C'est le premier phénomène qui attire leur attention et qui les décide à venir demander des soins. Seulement leur vessie est restée vierge jusque-là de toute tentative de cathétérisme. Par cette voie ou par une autre, l'infection n'a pas encore envahi les voies urinaires et l'urine que l'on peut retirer par la sonde est absolument claire. Ils n'ont pas encore de fièvre et de symptômes généraux. A vrai dire, il s'agit là d'une catégorie de malades extrêmement restreinte, ce dont on se rend compte facilement. Leur vessie est distendue, congestionnée, l'appareil urinaire tout entier est préparé pour ainsi dire à l'évolution rapide des accidents infectieux. Ce sont des malades qui vivent, comme le dit M. le professeur Guyon, dans une sorte d'équilibre instable, vite troublé, aussitôt que l'élément infectieux vient se surajouter à la rétention chronique — et cela d'autant plus que la plupart du temps la fonction rénale est déjà défectueuse. — Les urines peuvent être aseptiques, mais la dépuration urinaire se fait mal. Les malades ne sont pas encore des *infectés* proprement dits, mais ce sont déjà des *empoisonnés*, et s'il n'y a pas de fièvre, on peut constater le début des symptômes généraux, en particulier des troubles digestifs. Théorique-

ment, cette classe de malades devrait comprendre les prostatiques avec distension vésicale, mais sans infection et avec intégrité de la fonction rénale. En réalité, ces faits sont exceptionnels, et ce que l'on observe en clinique le plus souvent, ce sont des rétentionnistes chroniques avec des troubles généraux imputables soit à un léger degré d'infection, soit à l'insuffisance rénale, sans qu'on puisse faire la part de l'une et l'autre de ces deux causes. C'est dire, en un mot, qu'il existe tous les degrés entre ces rétentionnistes chroniques aseptiques et les empoisonnés urinaires chroniques que nous retrouverons plus loin. Nous leur assignons une place à part, car la physionomie de leur affection change du tout au tout, du jour où l'infection vient se surajouter à la rétention. Jusqu'alors ils étaient simplement des intoxiqués partiels. Suivant l'état fonctionnel de leur rein, ils deviennent de véritables infectés atteints de septicémie urinaire. L'équilibre est rompu et l'échéance fatale est proche. C'est précisément pour éviter les multiples chances de contamination par un cathétérisme répété que M. Poncet cystostomise ces malades, quand bien même le passage de la sonde est encore facile.

Un mot, maintenant, sur une variété exceptionnelle de rétention aiguë. Dans une observation publiée par M. le Dr Tussau, de Mâcon (1), nous voyons un prostatique, n'ayant jamais eu d'accidents antérieurs, pris brusquement d'un accès de rétention. La sonde passe facilement, mais rien ne s'écoule, sinon quelques caillots. On pense à une hématurie abondante. La vessie est ouverte : elle est remplie par une masse de sang coagulé. Il s'agissait d'une véritable hématocèle vésicale. Assurément, ces faits d'hématurie spontanée abondante au début de la maladie sont exceptionnels. Généralement, c'est un accident qui s'observe à une période plus avancée, très souvent à l'occasion de cathétérisme, et alors surtout que la vessie infectée a une muqueuse malade et prédisposée aux hémorrhagies. L'excellent résultat obtenu dans le cas précédent par la cystostomie sus-pubienne nous oblige à signaler ces faits.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Crise de spasme pharyngé chez les tabétiques, par F. COURMONT (*Revue de médecine*, septembre 1894, n° 9, p. 802). — De véritables crises spasmodiques toniques du pharynx, absolument analogues à celles qu'on a décrites au niveau du larynx, et méritant seules le titre de *crises pharyngées*, peuvent s'observer chez le tabétique. Tel le cas rapporté ayant trait à un homme âgé de 62 ans qui, dès l'âge de 42 ans, a ressenti des douleurs fulgurantes et offre actuellement la plupart des signes de la maladie de Duchenne. Il souffre en plus des *sensations de picotements au niveau du pharynx*. Il sort amélioré après 8 séances de suspension et rentre quelques jours après dans un état grave, n'ayant pris aucun aliment depuis trois jours, en raison de spasmes du pharynx, douloureux, et se produisant au moindre contact; la seule déglutition d'une goutte d'eau suffisait à déterminer le spasme. Le larynx ne prend aucune part à ces accidents; l'exploration par la sonde œsophagienne ne démontre aucune altération de l'œsophage ni de l'estomac. Après une seule séance de suspension, le spasme se termine brusquement. Pas de stigmate hystérique.

Délire suivi de mort après une opération de cataracte, par DUJARDIN (*Journal des sciences médicales de Lille*, 13 octobre 1894, n° 41, p. 329). — Il est tout à fait exceptionnel que les symptômes cérébraux, qui sont susceptibles d'intervenir à la suite de la cataracte chez les opérés, entraînent la mort. Dans le cas actuel l'intervention fut tentée sur l'œil gauche. Après avoir présenté du délire dès le second jour, délire nocturne, avec agitation et hallucinations, le malade succomba dans le coma le quatrième jour. L'auteur tend à rattacher l'origine de ce délire, du moins dans la très grande majorité des cas, à l'alcoolisme plutôt qu'aux causes secondaires que l'on fait encore valoir. Il a opéré plusieurs fois de véritables aliénés sans que cela ait jamais été pour eux une cause de délire aigu.

Polynévrite de forme mixte dans un cas d'ictère bénin, par MONS (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, octobre 1894, n° 10, p. 321). — Après un séjour à l'infirmerie, où il présente à son entrée une légère teinte subictérique des sclérotiques et des urines ictériques, le malade entre à l'hôpital sans fièvre ni troubles gastriques. Toutefois, on constate alors des phénomènes nerveux : impotence fonctionnelle des membres inférieurs atteignant même les supérieurs et en particulier le côté droit. La démarche est titubante, sans steppage. Les réflexes rotuliens sont abolis; pas de paralysie des muscles droits antérieurs. Ni douleurs spontanées, ni douleurs à la pression, ni troubles de la sensibilité objective cutanée et des réactions électriques. Les muscles de l'œil et les sphincters sont indemnes, il n'existe pas d'insomnie, d'amnésie non plus que tout autre trouble intellectuel. Trois mois après, le malade marche sans peine et peut être considéré comme guéri. Il se serait agi, dans ce cas, d'une polynévrite toxique d'origine infectieuse, analogue à celles qu'on a signalées à la suite d'autres affections : fièvre typhoïde, grippe, érysipèle, et reconnaissant ici comme cause spéciale l'ictère infectieux bénin.

MÉDECINE

Bactériologie du sang (Bacterioscopische Untersuchungen), par SITTMANN (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, vol. LIII, p. 323). — Le travail de l'auteur est basé sur l'examen bactériologique du sang de 53 individus atteints de septicémie primitive ou secondaire et consécutive à des affections dites médicales (pneumonie, fièvre typhoïde, tuberculose, etc.). Sur ces 53 cas, les résultats furent positifs chez 23. Onze fois on trouva dans le sang pris pendant la vie des staphylocoques, 4 fois des streptocoques, 6 fois des pneumocoques et 2 fois des streptocoques, des staphylocoques et des colibacilles. Dans tous ces cas, les malades ont présenté les phénomènes cliniques de septicémie.

Sur ces 23 malades, 18 ont succombé : 6 sur les 11 dont le sang contenait des staphylocoques, 4 sur les 6 pneumoniques, les 4 dans le sang desquels on trouva des streptocoques et les 4 dont le sang renfermait des streptocoques, des staphylocoques et des coli-bacilles.

Pour voir les conditions dans lesquelles se fait l'élimination des micro-organismes du sang, l'auteur infectait des lapins avec des staphylocoques injectés dans les veines et examinait ensuite les urines à des intervalles variables après l'infection. Dans ces conditions, il a pu constater qu'en cas d'infection grave les micro-organismes apparaissent dans l'urine au bout de 8 heures et au bout de 5 heures dans les infections légères. Dans les cas mortels, l'élimination se continue jusqu'à la mort de l'animal; dans les cas légers qui se terminent par la guérison, les micro-organismes disparaissent de l'urine au bout de 14 à 46 heures.

Proportion d'eau et d'albumine du sang dans les maladies (Untersuchungen über den Wasser und Eiweisgehalt des Blutes beim kranken Menschen), par MAXON (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, vol. LIII, p. 398). — Les recherches faites sur le sang des cardiaques, des chlorotiques et anémiques, des néphritiques et des malades atteints de maladies infectieuses aiguës ont montré à l'auteur que dans ces cas la proportion d'albumine et d'hémoglobine diminue ou augmente dans les mêmes proportions, de sorte que des modifications de l'une de ces substances il est possible de conclure à une modification correspondante de l'autre.

Chez les cardiaques, la proportion d'eau est diminuée. Chez les anémiques, la proportion d'eau est augmentée, tandis que celle d'albumine est diminuée.

(1) Note sur un cas d'hématocèle vésicale. Cystostomie sus-pubienne. Guérison, par le Dr J. Tussau. *Lyon médical*, 1892.

Leucémie aiguë (Ueber acute Leukæmie und ihre Beziehung zur geschwürigen Prozessen in Verdauungs-Kanal), par Askanazy (*Virchow's Arch.*, 1894, vol. CXXXVII, p. 1). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à une VIII-pare de 37 ans, qui succomba au 8e mois de sa grossesse, 2 mois après le début de l'affection. Les particularités cliniques du cas en question ont été constituées par l'apparition, au cours de la maladie, d'ulcérations sur les gencives, la langue et le voile du palais.

L'examen du sang, qui montra que la plupart des cellules leucémiques se composaient de leucocytes mononucléaires qu'on trouvait également en abondance dans la moelle osseuse, montra que la leucémie était d'origine myélogène. L'examen histologique des ulcérations montra une infiltration lymphomateuse des parties molles avec desquamation épithéliale, nécrose et ulcération secondaires.

Le fœtus macéré, expulsé 10 heures environ avant la mort de la malade, ne présentait pas de lésions leucémiques. L'examen du placenta montra que les espaces inter-villeux étaient remplis de sang leucémique, tandis que les vaisseaux des villosités du chorion contenaient presque exclusivement des hématies.

GYNÉCOLOGIE

Pyosalpinx ayant donné lieu à une septicémie générale (Septico-Pyæmie ausgehend von Pyosalpinx), par Durck (*Münch. med. Woch*, 1894, n° 37, p. 721). — Une femme de 19 ans entre à l'hôpital pour une arthrite de l'épaule droite que l'on prend pour une manifestation de rhumatisme articulaire aigu et que l'on traite par le salicylate. Trois jours après, l'état général s'aggrave, la fièvre devient très vive et l'on constate tous les signes de la suppuration de l'article. L'épaule est ouverte après une ponction exploratrice qui montre la présence du pus et la plaie drainée Mort trois jours après l'opération, avec des phénomènes de septicémie générale.

A l'autopsie on trouva un pyosalpinx à gauche, une périostite suppurée de l'omoplate droite, une endocardite ulcéreuse, une pleurésie et une péricardite séro-purulentes, une néphrite parenchymateuse aiguë avec abcès miliaires, une tuméfaction trouble du foie.

L'ensemencement du pus de la périostite, du sang de la veine iliaque commune, de l'exsudat du péricarde et du contenu du pyosalpinx donna naissance à des staphylocoques pyogènes dorés qui furent également trouvés, à l'examen microscopique, dans les reins, le myocarde et le péricarde.

L'auteur admet que dans ce cas l'infection est partie du pyosalpinx.

Obstruction intestinale après laparotomies faites avec l'asepsie sèche (Ueber Darmobstruktion nach Kœliotomien, etc.), par Schiffer (*Centr. f. Gyn.*, 1894, n° 38, p. 913). — L'auteur rapporte cinq cas d'obstruction intestinale, terminés par la mort, chez des femmes laparotomisées à la clinique de Sænger pour diverses affections des annexes. Le tableau clinique de cette obstruction intestinale était celui d'arrêt des matières fécales avec, à la fin, dans trois cas, des phénomènes de péritonite septique comme cela s'observe dans les hernies étranglées. A l'autopsie, on trouva que la cause de l'obstruction était dans tous ces cas une péritonite exsudative récente.

Pour l'auteur, la péritonite en question et les phénomènes d'obstruction tenaient à l'emploi de l'asepsie sèche, c'est-à-dire à l'action irritante que les compresses stérilisées sèches exercent sur la séreuse intestinale quand elles sont placées à l'abdomen. On a du reste remarqué à la clinique que depuis l'introduction de cette antisepsie sèche on avait très souvent, après les laparotomies, des phénomènes de parésie intestinale grave qui ne cédaient qu'à des moyens assez énergiques.

On a donc renoncé à l'asepsie sèche et on l'a remplacée par l'asepsie humide (compresses trempées dans la solution de Tavel et fréquemment mouillées). Or, depuis ce changement, la parésie intestinale disparut chez les laparotomisées et de plus, sur 76 laparotomies, on n'eut pas un seul cas d'obstruction intestinale, tandis que les 5 cas d'obstruction intestinale ont été observés sur un total de 132 laparotomies faites avec l'asepsie sèche.

La narcose par l'éther en gynécologie (Die Aethernarcose in der Gynækologie), par Amann (*Münch. med. Woch.*, 1894, nos 33 et 34). — L'auteur a essayé, à sa clinique gynécologique de Munich, la narcose par l'éther dans une centaine d'opérations, tant laparotomies (au nombre de 43) qu'interventions sur les diverses portions du tractus génital de la femme.

Pour ce qui est des opérations qui ont porté sur le périnée, le vagin, le col de l'utérus et l'urèthre, l'auteur a constaté que l'éther amène plus rapidement l'analgésie que le chloroforme, mais que, par contre, le relâchement des muscles est plus tardif et moins complet qu'avec le chloroforme.

Ce relâchement musculaire incomplet, qui était un peu gênant dans les laparotomies, surtout pour les opérations sur les annexes, tiendrait, d'après l'auteur, à la respiration bruyante et un peu difficile que provoque l'éther, et qui fait entrer en jeu les muscles respiratoires supplémentaires, entre autres ceux de la paroi abdominale.

Sur les 37 laparotomies faites sous l'éther, l'auteur a observé trois fois la thrombose d'une veine fémorale, signalée pour la première fois par Strauch.

Parmi les autres accidents observés au cours de la narcose par l'éther, l'auteur note des tremblements musculaires et des contractions toniques pendant la période d'excitation; l'apparition des exanthèmes rubéoliformes tenant probablement à l'action vaso-dilatatrice de l'éther; une diminution de la température, surtout chez les femmes opérées en pleine fièvre. Parmi les suites, on a eu à noter une toux et même de la bronchite qui persistait quelquefois pendant trois ou quatre jours; dans plusieurs cas, il est survenu une coloration ictérique de la peau, qui persistait trois à six jours.

En comparant la narcose par l'éther à celle par le chloroforme, Amann se prononce en faveur de la première, en faisant valoir l'apparition rapide de la narcose quand on opère avec l'éther, l'inutilité de s'occuper du pouls de la malade, la possibilité d'opérer les cardiaques.

BIBLIOGRAPHIE

De l'infection gastro-intestinale chez le nourrisson (*pathogénie et traitement*), par le Dr E. Thiercelin. *Société d'éditions scientifiques*, Paris, 1894; prix : 4 francs.

L'hygiène et la pathologie du nourrisson ont fait dans ces dernières années l'objet de travaux très nombreux et très importants publiés en France par MM. Hutinel, Budin, Marfan, Comby, Le Gendre, Lesage, etc., et à l'étranger par Escherich, Epstein, Baginsky.

Si l'auteur s'est inspiré de tous ces travaux, il n'en a pas moins fait une œuvre bien personnelle et bien originale.

Sous le nom d'infection gastro intestinale, il réunit tous ces états morbides survenant chez le nourrisson et qui sont caractérisés par des troubles gastriques et intestinaux s'accompagnant de symptômes d'intoxication. Au point de vue clinique, il distingue l'infection gastro-intestinale aiguë et l'infection gastro-intestinale chronique: la première répondant aux entérites infectieuses aiguës et au choléra infantile des auteurs, la seconde répondant à cet état que Parrot a appelé l'athrepsie. A l'infection chronique se rattachent aussi les accidents d'auto-intoxication (eczéma, urticaire, etc...) survenant fréquemment chez les enfants dyspeptiques.

Les symptômes de ces deux formes aiguës et chroniques sont rapidement décrits, mais la pathogénie de ces états morbides et le traitement sont étudiés avec beaucoup de soins.

Les causes y sont rangées sous deux chefs :

Causes intrinsèques ou endogènes: altération de l'estomac ou du processus digestif appréciable par l'analyse du chimisme stomacal; l'auteur étudie l'estomac normal et pathologique de l'enfant, ainsi que le chimisme normal et pathologique.

Causes intrinsèques ou endogènes: altération ou administration défectueuse des aliments et absorption de microbes pathogènes. L'auteur étudie les différents microbes qui peuvent produire l'infection gastro-intestinale, leurs portes d'entrée dans l'organisme, et leurs rôles dans la production des accidents et complications, septicémie ou toxinémie; il cherche aussi à définir la part qui revient aux microbes intestinaux et aux espèces surajoutées dans la production de ces complications et des infections secondaires.

Partant de ces idées pathogéniques, il consacre un long chapitre au traitement le plus rationnel de ces états infectieux. Il étudie d'abord la *prophylaxie* : isolement, hygiène alimentaire ; question à laquelle se rattache l'étude comparative de la valeur des différents laits : femme, chèvre, ânesse, vache, lait bouilli, lait stérilisé, lait humanisé, lait pasteurisé, et celle du meilleur mode d'administration du lait ; puis, le traitement *curatif* par l'antisepsie du tube digestif, calomel, lavage de l'estomac, de l'intestin, et administration de médicaments antiseptiques et d'aliments spéciaux (Kephir), injections hypodermiques de sérum artificiel, etc. Après avoir étudié le traitement de l'infection aiguë pyrétique ou algide, puis celui de l'infection chronique, il reprend chaque partie du traitement et le manuel opératoire en est décrit avec soin, tel qu'il est journellement appliqué à l'hospice des Enfants-Assistés dans le service du Dr Hutinel.

Ce livre comprend donc deux parties, une surtout scientifique, exposé des recherches de laboratoire, l'autre absolument clinique, comprenant la prophylaxie et la médication la plus rationnelle et la plus nouvelle qui soit employée contre les infections du tube digestif si fréquentes chez le nourrisson.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire pratique de l'hypoderme, par les Drs Cancalon et Maurange. Paris, Rueff et Ce, 1894.

Elégant petit livre, très portatif, qui renferme une courte introduction et une partie technique dans laquelle se trouve indiquée la méthode à employer pour bien faire les injections hypodermiques, puis une série de formules empruntées pour la plupart au manuel de Bourneville et Bricon.

Thèses de Paris.

Relations pathologiques du foie et de l'estomac, par Emile Deguéret.

Nous n'insistons pas sur les moyens thérapeutiques destinés à combattre les troubles gastro-intestinaux hépatiques.

Les indications découlent des idées pathogéniques que nous avons développées.

Un des points essentiels est de s'enquérir au sujet de l'origine du processus et de saisir l'enchaînement des actes morbides, afin de ne pas faire fausse route et de ne pas soigner exclusivement une affection hépatique, quand celle-ci est entretenue par un désordre gastro-intestinal, ou réciproquement.

Il faut éviter de faire de la thérapeutique symptomatique et viser toujours à une intervention rationnelle, à un traitement pathogénique.

Lorsqu'une fonction est troublée, au lieu de chercher à la suppléer par des moyens artificiels, l'on doit s'efforcer de la restaurer.

Ainsi il est anti-physiologique de prescrire une solution chlorhydrique et de la pepsine au cours d'une dyspepsie hypothermique avec hypochlorhydrie. Agir ainsi, c'est pousser à l'inertie un organe déjà au-dessous de sa tâche. Le but doit être au contraire d'exciter l'organe par des médicaments appropriés : noix vomique, bicarbonate de soude.

Nous avons vu que dans les cas de congestion hépatique, il y avait tantôt suractivité, tantôt insuffisance fonctionnelle de l'organe.

Dans un cas, on fera usage de médicaments calmants ; dans l'autre, on administrera des purgatifs tels que l'aloès, le calomel, qui stimulent la fonction biliaire et par conséquent les autres fonctions.

Très fréquemment les fermentations gastro-intestinales sont consécutives à une atonie de l'estomac, de l'intestin et du foie. Il ne suffit pas de prescrire des antiseptiques, naphtol, salicylate de bismuth, etc. Il faut également faire de la prophylaxie. A l'aide de médicaments qui stimulent ces organes (aloès, rhubarbe, calomel), on aboutira à la restitution intégrale des fonctions ; on ne conjurera pas seulement des accidents passagers, on aboutira à la guérison réelle.

Nous pourrions multiplier les exemples. Nous jugeons inutile d'insister davantage. Si l'on admet les idées pathogéniques exposées dans ce travail, il deviendra facile dans chaque cas particulier de formuler un traitement qui leur soit conforme.

VARIÉTÉS

Collège de France. — L'assemblée des professeurs a présenté pour la chaire de médecine vacante par suite du décès de Brown-Séquard, en 1re ligne, M. le Dr d'Arsonval (de l'Institut) ; en 2e ligne, M. le Dr Charrin, prof. agrégé, médecin des hôpitaux.

Faculté de Lille. — M. le Dr Barrois, agrégé, est nommé professeur d'histoire naturelle des parasites à cette Faculté (chaire nouvelle).

Ecole de Limoges. — Une chaire d'histologie est créée à cette école en remplacement de la chaire d'hygiène et de thérapeutique qui est supprimée.

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.
17e *liste.*

Souscriptions de Roumanie (*Suite*). — Drs N. Thomescu, Leonte, M. Minovico, Schachman, chacun 20 fr. : 80 fr. — Joanide, Nanu, N. Duma, Stephanescu S. chacun 10 fr. : 40 fr. — Kiriac, 2 fr. — Mme Cratunescu-Cuzarida, docteur en médecine, 12 fr. — Marie Constantinidès, Al. J. Pilat, C. S. Motas, C. Michailescu, G. Jonescu, C. Starcovici, P. Constantinescu, C. N. Vasilescu, Dr Buran, N. Socolescu, Zissu Apotecker, Dr P. Stoenescu, Dr Hagiescu, J. Stephanescu, Sergni Storjescu, chacun 5 fr. : 75 fr. — Dr Paltineanu, Dr Leonescu, Dr Manassian, L. Bogdonas, Dr Hasnas, Dr Zuky et Dr Polichroniade, chacun 10 fr. : 70 fr. — Dr Soneriu, 6 fr. — Drs N. Urdareanu, Cicilianopol, Bolton, Chrisochefale, Gardareanu, chacun 20 fr. : 100 fr. — Drs C. A. Besteley, P. Manea, Degereseanu, Demetrescu-Braila, C. Constantinescu, Camenitza, chacun 10 fr. : 60 fr. — Indéchiffrable, 10 fr. — Drs Zissu, Vereanu, Anghel, Haqué, Rapotzeanu, Oltescu, Grunberg, Cacaletzeanu, chacun 5 fr. : 40 fr. — Valeanu, 1 fr. — C. Petras, 20 fr. — Vasilin, Oucescu, Libert, Kisselevki, Rossignon, Virginie Rossignon, chacun 10 fr. : 60 fr. — Dr Valerian Négrescu, 12 fr. — Dr Adam, J. G. Zonescu, Dr Erlich, Al. Sareani, Dr Isvoranu, J. Savini, Moscu, Dr Bernfeld, Anonyme, D. Jonescu, A. Popovici, Motas, chacun 5 fr. : 60 fr. — N. N. 15 fr. — Damian Cutcutache, Dr C. Goranescu, chacun 3 fr. : 6 fr. — Popescu, 2 fr. — D. Gherasie, Dr Rigani, D. Catargi, Dr Schwartz, Dr Silberman, Dr N. Penescu, chacun 10 fr. : 60 fr. — M. Crezulescu, Dr Apostoliadi, chacun 20 fr. : 40 fr. — F. Leanger, A. Bute, de Perrière, J. Kammer, Dr F. Kammer, A. Kammer, Lascar Vorel, Dr Valsanu, Dr Braescu, Dr G. Zissu, Dr Col. Sigismund, Dr Dragescu, Dr Danielopol, Dr Nicolau, Dr Mihaescu, Dr Starosescu, G. Jonescu, chacun 5 fr. : 85 fr. — Dr N. Héraru, 40 fr. — Dr St. Predescu, 20 fr. — Dr Susu, Dr Hanulescu, Dr C. Vasiliu, Dr Catulescu, Dr Grigorescu, St. Caracas, F. Dicescu, Dr Prejbeanu, chacun 10 fr. : 80 fr. — Al. Buse, A. Sfinter, A. Hintzescu, Dr J. Panea, Dr Jarki, chacun 5 fr. : 25 fr. — Dr Niculescu, 4 fr. — V. Fimus, G. Buse, chacun 1 fr. : 2 fr. — Dr G. Calabb, Dr Cerchez, Dr Dionisie, A. Goilav, chacun 20 fr. : 60 fr — Dr Alcaza, Dr D. Michailescu, Dr Bogliaco, Dr C. Balteanu, Dr D. Kercea, Dr Stoica Petrescu, chacun 10 fr. : 60 fr. — Dr M. Christofor, Dr Kaufman, D. Melinescu, Victor Zamfirescu, Dr F. Alexandrescu, J. Nagy, Dr N. Christescu, Dr J. Pitisteanu, Dr J. Aldescu, Zéros, chacun 5 fr. : 50 fr. — Lieutenant-colonel Draghicescu, Valasky August, chacun 3 fr. : 6 fr. — Le prêtre N. Casian, Brocher, L. Butristeanu, M. Frankel, chacun, 2 fr. : 8 fr. — Dr N. Evian, 50 fr. — Dr Savu Iliescu, 20 fr.

(*A suivre.*)

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Les concours d'agrégation et les règlements universitaires.

Le Conseil d'État, réuni en assemblée générale et siégeant au contentieux, vient de rejeter le pourvoi formé contre l'arrêté ministériel qui, le 2 mai 1892, refusait d'admettre le recours formé contre les résultats du dernier concours d'agrégation (section de pathologie interne).

Nous n'aurions eu qu'à enregistrer cette décision qui confirme explicitement ce que nous avons écrit, il y a deux ans, à ce sujet (*Gaz. hebd.*, 1892, p. 146 et 241), s'il ne nous paraissait nécessaire de faire ressortir une fois de plus les dangers d'une réglementation surannée dont nous avons si souvent déjà demandé la réforme.

Rappelons donc que l'article 24 du statut sur l'agrégation des Facultés (16 novembre 1874) permet aux concurrents de se pourvoir devant le ministre contre les résultats du concours, *mais seulement à raison de violation des formes prescrites.* Les articulations de fait portées contre le fond même du concours sont justiciables du Conseil Académique et, en appel, du Conseil supérieur de l'Instruction publique. On le comprend puisque seuls, en effet, les membres de l'Université sont en mesure d'apprécier, en matière d'examen, la compétence ou l'équité des juges.

En l'espèce, il n'avait été commis, lors du dernier concours, aucune violation des formes prescrites. La prorogation de la séance d'ouverture n'était pas illégale. Nous l'avons établi (p. 146) ; le ministre l'avait reconnu (p. 241), le Conseil d'État l'affirme.

« Considérant, dit l'arrêt, que le 4 janvier 1892, en l'absence d'un de ses membres, retenu au début de la séance par une indisposition passagère, mais annonçant son arrivée, le jury, au lieu de se compléter au moyen d'un tirage au sort, fait parmi les membres supplémentaires, a décidé de s'ajourner au lendemain pour commencer les opérations, il n'a été procédé le 4 janvier à aucun acte de concours, que c'est seulement le lendemain, alors que le jury désigné par le ministre a été institué au complet, que les juges ont été invités à indiquer les motifs de récusations qui pouvaient exister à leur connaissance ;

« Qu'il a été procédé à l'appel des candidats conformément à l'article 14 des statuts et que l'exclusion a été prononcée contre les absents ;

« Que dans ces circonstances les faits allégués dans le recours ne constituent pas une infraction aux dispositions de l'article 7 des statuts qui sont de nature à vicier les opérations auxquelles il a été procédé ;

« Que par suite c'est avec raison que par la décision attaquée le ministre de l'instruction publique a rejeté la protestation dont il a été saisi. »

La validation des épreuves du concours de 1892 est donc devenue définitive.

Mais supposons qu'au lieu d'étudier avec une aussi minutieuse attention les articles du règlement universitaire et de prendre toutes les précautions voulues pour éviter un vice de forme, le président du dernier concours ait involontairement commis une erreur. Le Conseil d'État, qui ne juge qu'au point de vue strictement légal et administratif, aurait dû casser les décisions prises en 1892 et, après deux ans et huit mois, briser la carrière des cinq agrégés nommés, ce qui conduisit à annuler tous les actes universitaires auxquels ils ont été appelés à prendre part.

Si l'on réfléchit un instant aux conséquences que peut entraîner une semblable jurisprudence, on est autorisé à en demander l'abrogation.

Les professeurs de nos Facultés ne sont pas tous des juristes ; ils n'ont pas été investis des hautes fonctions qu'ils remplissent pour s'attacher à étudier toutes les arguties à l'aide desquelles on pourra contester l'application d'un texte de loi ou d'un règlement universitaire Aujourd'hui qu'il leur est prouvé que la plus légère, la plus involontaire erreur peut entraîner les conséquences les plus graves, quel est celui d'entre eux qui voudra assumer les responsabilités de la présidence d'un jury de concours ? Et puisqu'il paraît démontré que, malgré les plus vives, les plus instantes protestations, les prochains concours vont s'ouvrir sans qu'une modification radicale ait été apportée au statut de l'agrégation, ne sommes-nous pas en droit de demander tout au moins que des mesures soient prises en vue d'éviter le retour des tristes incidents qui ont suivi le concours de 1892

Au point de vue du règlement, deux réformes pourraient être adoptées, toutes deux de nature à aplanir bien des difficultés. La première consisterait à supprimer l'article 24 du statut de l'agrégation et à n'attribuer qu'au Conseil Académique et au Conseil supérieur de l'Instruction publique la connaissance de tous les faits, (qu'il s'agisse du fond même des opérations du concours, ou de la violation des formes prescrites) qui pourraient motiver une protestation de la part des concurrents. La seconde consisterait à adjoindre au jury un administrateur délégué par le ministre de l'Instruction publique et spécialement chargé de faire observer, dans toute leur rigueur, les formalités réglementaires. Qu'il soit président ou secrétaire du jury, ce haut fonctionnaire n'aurait pas à voter sur le mérite de tel ou tel candidat ; il devrait seulement, sans prendre part à aucun vote, décharger les membres de l'enseignement d'une tâche qu'on se plaît à rendre inacceptable et imposer le respect des décisions prises à tous ceux qui aiment à parler de ces petites coteries qui, dans l'ombre de la salle des conférences, manigancent de savantes combinaisons.

Nous nous bornons d'ailleurs à émettre le vœu qu'il soit tenté quelque chose pour éviter le retour de procès qui, s'ils venaient à se multiplier, atteindraient gravement la dignité des maîtres de notre enseignement supérieur et provoqueraient sans doute de retentissantes protestations.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Le « typhoid-spine » et les névroses post-typhiques.

Dans la récente publication (1) que les médecins attachés à Johns Hopkin's Hospital viennent de faire paraître sur les 229 cas de fièvre typhoïde traités à cet hôpital, William Osler, le clinicien américain bien connu, rapporte plusieurs cas curieux de névroses post-typhiques et consacre tout un chapitre (2) au rachis typhique (typhoid-spine) que, contrairement à Gibney, il considère pour un grand nombre de cas, non pas comme une lésion organique, mais comme un trouble fonctionnel relevant de l'état nerveux des typhiques convalescents. Ces faits étant encore fort peu connus, il nous a semblé intéressant d'attirer sur eux l'attention de nos lecteurs.

I

En 1889, le docteur Gibney, de New-York, a décrit à l'Association orthopédique américaine, sous le nom de « typhoid-spine », comme complication tardive, comme suite de la fièvre typhoïde, une lésion particulière de la colonne vertébrale, une sorte de péri-spondylite produite par l'inflammation du périoste et des tissus fibreux qui entourent les vertèbres.

Cliniquement, le typhoid-spine serait caractérisé par une douleur aiguë survenant au moindre mouvement de la colonne vertébrale en avant ou de côté, et par l'absence de névralgie ou de fièvre. Personnellement, Gibney a observé trois cas de ce genre.

(1) Report on typhoïd fever. *The John's Hopkin's Hospital Report*, 1884, v. IV.

(2) *On the neurosis following enteric fever known as « the typhoid spine »*, p. 73.

Dans le premier, il s'agit d'un garçon de 14 ans qui vers la fin de sa convalescence d'une fièvre typhoïde, fut pris de douleurs très vives dans le dos, principalement dans la colonne lombaire, lesquelles douleurs survenaient au moindre mouvement que le malade imprimait à sa colonne vertébrale. Sous l'influence d'un corset plâtré emprisonnant tout le tronc, les douleurs devinrent moins vives, mais la guérison définitive ne fut obtenue qu'au bout d'un an, pendant lequel le malade n'a pas quitté son corset.

Le second cas se rapporte à un jeune homme de 24 ans qui, peu de temps après une fièvre typhoïde assez légère, fut pris de douleurs dans le dos, qui ne l'empêchaient pourtant pas de vaquer à ses occupations. Un jour il fait une chute et les douleurs deviennent tellement vives que le malade est obligé de garder le lit. A l'examen, on trouvait une sensibilité extrême de la région iliaque gauche à la pression profonde, et des douleurs très vives dans le dos qui s'exagéraient encore au moindre mouvement. Pas de fièvre ni de symptômes généraux. Les douleurs ont persisté trois mois, puis disparurent peu à peu.

La troisième observation se rapporte à un garçon de 18 ans qui contracte une fièvre typhoïde légère. Un mois après sa convalescence, il tombe, en patinant, sur la hanche gauche, et, huit jours plus tard, est pris de douleurs dans la colonne vertébrale. Les douleurs deviennent de plus en plus vives, en sorte que le malade est obligé de garder le lit. Un médecin appelé auprès du malade diagnostique un abcès du psoas. L'abcès ne s'ouvre pourtant pas, et l'enfant, qui à aucun moment n'a présenté de fièvre, guérit spontanément au bout de trois mois.

Comme nous l'avons dit pour Gibney, ces cas relèveraient d'une péri-spondylite. Mais à l'occasion d'une discussion sur la fièvre typhoïde qui eut lieu en 1890 à l'Association des médecins américains, Jacobi protesta contre ce nouveau terme de « typhoid spine », en disant qu'en l'absence de toute fièvre, il ne pouvait s'agir, dans les observations de Gibney, que d'une spondylite qui évolue souvent d'une façon très bénigne, ou encore d'une simple névrose.

Pepper, par contre, semble se rattacher à l'idée de Gibney, et il cite à l'appui deux cas où, après la fièvre typhoïde, il est survenu des douleurs dans la colonne vertébrale, douleurs particulièrement vives pendant les mouvements, et dont la localisation paraissait tenir à une lésion de la face antérieure de la colonne vertébrale.

II

Tels sont les quelques faits que William Osler dit avoir trouvés sur cette question. Personnellement, il a observé deux cas très analogues, pour ne pas dire identiques à ceux de Gibney.

La première observation se rapporte à un homme de 25 ans entré à l'hôpital pour des douleurs dans le dos, les hanches et l'estomac.

Pas d'antécédents héréditaires particuliers. Le malade a toujours joui d'une très bonne santé, lorsqu'en juillet 1892, il contracta une fièvre typhoïde grave qui l'a obligé de garder le lit pendant 3 mois. La convalescence fut longue et pénible, mais le malade finit par se rétablir complètement. Au bout de trois semaines, il fut pris de douleurs dans le dos et les cuisses. Ces douleurs très vives avaient un caractère intermittent, survenaient par paroxysmes plusieurs fois par jour, et étaient tellement violentes par moments, que le malade était obligé de garder le lit. Au bout de quelques mois, les douleurs se calmèrent un peu et le malade a pu reprendre ses occupations. Mais au commencement de cette année, il eut

une rechute et fut obligé d'interrompre tout travail. Les douleurs, qui auparavant occupaient exclusivement la colonne lombaire, ont maintenant envahi les cuisses et les jambes. L'appétit est resté bon, les digestions sont normales. Pas d'autres troubles.

Le malade, bien musclé, vigoureux, produisait à première vue l'impression d'un neurasthénique. L'examen des organes thoraciques et abdominaux ne révélait rien de particulier. Le ventre était souple et nullement douloureux.

L'exploration de la colonne vertébrale montra que seule la symphyse sacro-iliaque gauche était légèrement sensible à la pression; mais à la palpation du sacrum, des crêtes iliaques, de la colonne vertébrale, le malade n'éprouvait aucune douleur. L'examen au point de vue de l'existence du tabes fut négatif : le malade marchait normalement, se levait facilement et pouvait se tenir debout les yeux fermés. Les réflexes rotuliens étaient légèrement exagérés, mais le phénomène du pied faisait défaut. Les urines étaient normales.

Le malade resta huit jours à l'hôpital où il fut traité par la strychnine et la suggestion, en ce sens qu'on essayait de le convaincre qu'il n'avait aucune affection grave. Il fut ensuite perdu de vue.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 21 ans, architecte, sans antécédents héréditaires ni personnels particuliers. Il contracte en novembre une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, qui le tient au lit pendant plus d'un mois. En février il peut reprendre ses occupations, mais au bout de trois semaines il commence à éprouver des douleurs dans le dos et des engourdissements dans les membres lorsqu'il reste longtemps assis. A la suite d'une chute sur le dos, les douleurs s'exagèrent à tel point que le malade prend le lit et ne le quitte plus. L'appétit reste bon, le sommeil excellent et le malade a même engraissé de plusieurs livres, seulement il affirmait qu'à chaque mouvement il éprouvait des douleurs tellement violentes qu'elles lui arrachaient des cris. Ces douleurs étaient ordinairement localisées à la partie inférieure du dos, mais quelquefois elles remontaient le long de la colonne vertébrale et envahissaient la face antérieure des jambes.

A l'examen il fut facile de constater que le malade exagérait notablement l'intensité de ses douleurs. Le malade était couché sur le dos, immobile, et lorsqu'on rejeta les couvertures pour pouvoir l'examiner, il supplia de procéder avec la plus grande douceur à cause des douleurs qu'il éprouvait. A la palpation de l'abdomen, le malade accusa une douleur vive dans la région iliaque gauche, mais lorsque son attention fut attirée sur un autre point, on a pu appuyer sur les os iliaques sans provoquer la moindre manifestation de douleur. Les mêmes faits se reproduisirent quand le malade fut prié de fléchir un genou, de se lever un peu, etc.

Tous les muscles fonctionnaient en somme fort bien. La sensibilité était intacte, les réflexes rotuliens normaux, peut-être un peu exagérés. La colonne vertébrale n'était pas sensible à la pression, et la douleur à la palpation était très nettement limitée aux deux symphyses sacro-iliaques et au tiers postérieur des deux crêtes iliaques. — Aucun stigmate d'hystérie, aucun signe de mal de Pott ou de névrite.

On ordonna du massage, de l'électricité et des pointes de feu le long de la colonne vertébrale. Une amélioration très sensible se produisit au bout de quelques jours et le malade ne tarda pas à guérir définitivement.

III

William Osler trouve que ses cas, surtout le second, ressemblent beaucoup aux deux derniers de Gibney. Dans tous ces cas, les symptômes se sont développés après un traumatisme et ont été constitués essentiellement par des douleurs de la colonne vertébrale, en l'absence de toute lésion organique.

Mais comment expliquer la nature de ces accidents?

William Osler n'accepte pas l'explication de Gibney, et ne pense pas qu'il s'agisse, dans ses cas personnels du moins, d'une périspondylite. Il fait notamment observer que si la fièvre typhoïde peut être suivie de lésions articulaires et osseuses, ces lésions n'apparaissent jamais aussi longtemps après la convalescence que dans les cas désignés sous le nom de « typhoid spine ». D'un autre côté, s'il s'était réellement agi d'une affection inflammatoire péri-vertébrale, l'affection, qui dura pendant des mois, aurait dû aboutir à la suppuration, éventualité qui ne s'est pas encore présentée dans les cas publiés jusqu'à présent.

Pour lui, l'explication la plus plausible est de considérer le « typhoid spine » comme une simple névrose analogue au railway-spine, comme une manifestation de l'irritation spinale, d'un ébranlement du système nerveux comme on en observe après un grand nombre de maladies infectieuses. Ce qui viendrait à l'appui de cette façon de voir, c'est la disparition rapide des accidents, chez le second malade, sous l'influence d'un traitement tonique (massage, électricité) et destiné à frapper surtout l'imagination (pointes de feu).

A côté de ces deux cas de typhoid spine, William Osler a observé un autre qui, sans appartenir précisément à la même catégorie, présente néanmoins des analogies avec les deux cas précédents et montre la diversité des formes que peuvent revêtir les névroses post-typhiques.

Il s'agit en l'espèce d'un homme de 30 ans, venu consulter pour une affection de la moelle épinière. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Le malade était toujours nerveux et buvait de temps en temps, sans être précisément ce qu'on appelle un alcoolique.

En septembre 1891, il a eu une fièvre typhoïde grave avec délire, prostration complète, phénomènes ataxo-adynamiques, etc. La convalescence ne fut complète que vers le mois de janvier 1892. Vers cette époque, il fut pris de douleurs dans les jambes et les pieds, qui ont duré pendant huit mois sans l'empêcher de vaquer à ses occupations. Mais ces douleurs lui donnaient de telles appréhensions qu'il avait peur de sortir dans la rue. Dans le courant de l'année suivante, les douleurs devinrent plus vives et en même temps apparurent des contractions fibrillaires dans les muscles et une sensation d'engourdissement et de fourmillements dans les membres. De plus, le malade disait que lorsqu'il sortait, il ne sentait plus le sol et avait la sensation de quelque chose de mou interposé entre le sol et ses souliers. Un médecin consulté à cette époque diagnostiqua une affection de la moelle épinière.

A l'examen du malade on trouvait que tous les modes de sensibilité étaient conservés. Le malade marchait bien, pouvait se tenir debout les yeux fermés. Pas d'atrophie musculaire. Les réflexes étaient exagérés, surtout le réflexe rotulien du côté gauche, et il existait même un peu de clonus du pied. Les réflexes cutanés sont restés normaux. Rien du côté des pupilles. Pas de rétrécissement du champ visuel.

Le diagnostic présentait dans ce cas certaines difficultés, car il pouvait s'agir aussi bien d'une affection spinale au début que d'une névrite ou d'une névrose. Ce qui permettait d'éliminer toute idée d'affection spinale, c'est que les symptômes dataient déjà de 18 mois et que l'état du malade ne s'était pas pendant ce temps aggravé. L'examen détaillé du malade, l'absence de toute atrophie muscu-

laire, permettaient d'exclure également l'idée de névrite. W. Osler se rattacha donc à l'idée d'une névrose à laquelle on peut attribuer la paresthésie en question. Ces paresthésies compliquées de faiblesse des membres inférieurs, ont été du reste signalées, après la fièvre typhoïde, par Roos. Dans certains cas, elles revêtent la forme d'acroparesthésies et se localisent aux orteils. Dans les cas observés par William Osler et qu'il décrit sous le nom d'orteils sensibles (tender toes), tout se réduisait à des douleurs tellement vives dans les orteils et quelquefois dans la plante ou le dos des pieds que les malades ne supportaient pas le poids des couvertures et poussaient des cris quand on leur prenait les pieds. Pourtant, les parties douloureuses n'étaient ni rouges, ni tuméfiées et avaient conservé leur aspect normal. Aucun des traitements employés n'eut de prise sur les douleurs qui disparaissaient spontanément au bout de quelque temps.

Il existe encore d'autres cas intermédiaires entre le typhoid spine de Gibney et les névroses à paresthésies. Pour ces cas, William Osler est porté à admettre l'explication de Gibney. Ainsi, il a observé un homme qui, pendant sa convalescence d'une fièvre typhoïde grave, fut pris de douleurs très vives dans le dos, la nuque et la partie inférieure de l'occipital. Les vertèbres n'étaient pas douloureuses à la pression et les mouvements imprimés à la colonne vertébrale ne provoquaient pas de douleurs bien vives. L'exploration de la colonne cervicale, par le pharynx, fut également négative. Une application de pointes de feu amena une amélioration passagère. Les douleurs dans le dos revinrent accompagnées d'une raideur de toute la colonne vertébrale qui n'était pourtant pas douloureuse à la pression. Les réflexes n'étaient pas exagérés, et il n'y avait pas trace de douleurs fulgurantes. L'examen du malade au point de vue de la névrite fut négatif. Cet état persista pendant plusieurs mois et disparut ensuite progressivement.

R. ROMME.

TRAVAUX ORIGINAUX

Résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques (*Opération de Poncet*). Etude critique basée sur 63 cystostomies, par M. E. LAGOUTTE, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

(*Suite.*)

Le plus grand nombre de nos observations se rapporte à des prostatiques rentrant dans notre seconde catégorie. Ce sont, à un degré plus ou moins avancé, des empoisonnés urinaires. M. Poncet, dans le mémoire cité plus haut, s'est bien expliqué sur ce qu'il fallait entendre par ce terme un peu vague. Il s'agit de malades atteints d'accidents graves, dus tant à l'infection proprement dite qu'à l'insuffisance fonctionnelle des reins. Chez tous, ce sont les symptômes généraux, fièvre, toubles digestifs, etc., qui dominent la scène. L'élément mécanique est passé au second plan. Mais ces infectés, ou plutôt ces empoisonnés, se présentent à nous sous des aspects cliniques différents. C'est ainsi qu'on peut décrire trois formes :

1° *Une forme suraiguë.* — Telle est, par exemple, celle qui fait l'objet de l'observation 45. Le malade est pris d'un premier accès de rétention. On parvient à le sonder, mais, en raison des difficultés du cathétérisme, le médecin appelé laisse une sonde à demeure. Bientôt les accidents infectieux se déclarent et évoluent avec une rapidité foudroyante. La fièvre éclate, intense, avec des frissons. La température s'élève à 39°, 40°, 40°7. La dyspnée est extrême, la langue rôtie et le malade meurt, malgré la cystostomie, au bout de deux jours avec une température de 41°2. Il s'agit, en somme, d'une véritable septicémie urineuse suraiguë. Les phénomènes généraux, fièvre, agitation, délire, etc., appellent particulièrement l'attention. Localement, au contraire, il semble que les lésions n'aient pas le temps de se développer. Les urines sont louches, mais ne présentent pas cet aspect laiteux, cette odeur fétide qu'on observe dans les formes chroniques. Il se passe là ce qu'on voit dans les autres septicémies chirurgicales, où les formes graves, suraiguës, évoluent sans détermination locale ou du moins avec des lésions qui ne paraissent pas en rapport avec les phénomènes généraux.

2° *Une forme aiguë.* — Comme la précédente, on la rencontre surtout chez des malades restés jusqu'alors indemnes d'accidents de cette nature. Très fréquemment, les symptômes débutent à la suite d'un premier accès de rétention et des cathétérismes pratiqués à cette occasion. La vessie non habituée à ces manœuvres est alors particulièrement sensible et s'infecte à la moindre faute commise contre l'antisepsie. Mais c'est surtout chez les rétentionnistes chroniques, à vessie distendue, que ces phénomènes d'infection aiguë sont à redouter. Le terrain est tout préparé pour l'éclosion des complications.

D'autres fois, enfin, pour une raison ou pour une autre, les symptômes aigus viennent se greffer sur un état chronique préexistant et accélérer l'évolution de l'affection. Cette seconde forme répond, en somme, au second type clinique de fièvre urineuse décrit par M. le professeur Guyon. On sait quels en sont les symptômes: état fébrile constant oscillant entre 38° et 39°5 avec des exacerbations allant jusqu'à 40°, 40°5, phénomènes généraux graves et surtout troubles digestifs, langue rouge et sèche, quelquefois muguet, souvent vomissement et diarrhée. Dans cette catégorie se trouvent naturellement des cas disparates, la gravité de l'empoisonnement urineux étant fonction de plusieurs facteurs. Chez les uns, l'infection est limitée aux voies urinaires inférieures, fait rare, la cystite étant généralement incapable de retentir gravement sur l'état général.

Chez d'autres, la cystite s'ajoute à l'insuffisance rénale préexistante. Enfin bien souvent tous les éléments sont réunis, le rein déjà malade, sclérosé, est envahi par les infections surajoutées, parties des voies urinaires inférieures. Nous n'avons malheureusement pas de critérium pour juger de l'étendue des lésions.

3° *Une forme chronique.* — C'est la plus fréquente chez les anciens prostatiques. Fréquemment les malades se présentent avec des altérations de la santé générale : troubles digestifs, anorexie, diarrhée, amaigrissement, etc., et ces symptômes sont imputés à une toute autre cause, le patient ne s'étant jamais aperçu des modifications de ses fonctions urinaires.

On pense à une dégénérescence profonde, à un cancer de l'estomac ou d'un autre organe, alors que le chirurgien avisé trouve dans la vessie distendue et ne se vidant pas, la cause de tous les accidents. Quelquefois les malades sont apyrétiques, mais le plus souvent on est tout étonné, comme le fait remarquer M. Guyon, de leur trouver 38°, 38°5 et cela d'une façon constante.

Les urines sont épaisses, chargées de pus d'une odeur fétide, quelquefois ammoniacale.

Il est rare que, chez ces vieux malades, les lésions soient limitées à la vessie. Le plus souvent tout l'arbre urinaire est envahi. Mais, là encore, les éléments d'appréciation nous manquent. Pourtant, on connaît la valeur

du symptôme « polyurie trouble » au point de vue du diagnostic des lésions rénales.

En somme, et en tenant compte de tout ce qu'il existe nécessairement d'artificiel dans une pareille classification, nous croyons qu'il est possible de diviser ainsi les prostatiques, au point de vue des accidents graves qu'ils peuvent présenter :

1° *Prostatiques mécaniques.*

a) *Rétentionnistes aigus aseptiques.*

b) *Rétentionnistes chroniques aseptiques.*

c) *Rétentionnistes avec hémorrhagie vésicale abondante.*

2° *Prostatiques infectés ou empoisonnés.*

a) *Forme suraiguë.*

b) *Forme aiguë.*

c) *Forme chronique.*

II

Les observations sur lesquelles nous basons notre travail et que nous rapportons plus loin sont au nombre de 63. La plupart, avons-nous dit, ont trait à des malades opérés à la Clinique de M. le professeur Poncet. Un certain nombre sont dues à l'obligeance d'autres chirurgiens de Lyon et de Paris (1). Plusieurs de ces observations sont déjà relatées dans les thèses de MM. les docteurs Bonan (2) et Boutan (3).

A notre point de vue, ces 63 malades se répartissent ainsi.

Vingt et un ont été opérés pour des accidents de rétention sans infection urinaire. Afin de n'être pas trop absolu et de ne pas créer des limites nettes qui n'existent pas en clinique, nous devons dire que, chez eux, c'est le symptôme rétention qui a commandé la cystostomie. Quelques-uns, peut-être, n'avaient-ils pas leurs urines absolument normales. Mais nous pouvons cependant, pour la facilité de l'exposition, les considérer comme aseptiques.

Quarante-deux au contraire étaient en état d'empoisonnement urinaire plus ou moins grave. Le symptôme rétention passait au second plan. La cystite, la fièvre, les symptômes généraux, troubles digestifs en particulier, dominaient la scène et indiquaient l'opération.

Voyons d'abord les résultats généraux (questions de mortalité, de survie, etc.); plus loin nous reviendrons sur l'état fonctionnel des organes urinaires des malades qui ont survécu.

Les vingt et un opérés pour rétention, sans infection, se répartissent ainsi :

Douze en étaient à leur premier accès de rétention aiguë complète (obs. 1, 3, 5, 6, 25, 40, 42, 48, 49, 54, 62, 63).

Six avaient déjà eu plusieurs accès antérieurs, les troubles urinaires remontant déjà à plusieurs années (obs. 4, 15, 22, 23, 52, 56).

Un autre a été cystostomisé pour rétention aiguë avec hémorrhagie vésicale abondante (obs. 51).

Deux enfin ont été opérés ayant une distension vésicale considérable avec incontinence par regorgement (obs. 41 et 50).

Pour les dix-huit premiers, ce sont les difficultés du cathétérisme qui ont dicté l'intervention (impossibilité absolue de passer, manœuvres trop pénibles, déjà souvent répétées et douloureuses, uréthrorrhagies, fausses routes, etc.).

Dans l'observation 57, M. le Dr Tussau a ouvert la vessie, parce qu'il ne pouvait pas parvenir à évacuer les caillots avec la sonde.

(1) Nous remercions tout particulièrement M. le Dr Hartmann des deux intéressantes observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

(2) Thèse de Lyon, 1892.

(3) Thèse de Paris, 1893.

Enfin, M. Poncet a eu recours à la cystostomie dans les deux derniers cas, sans même tenter le cathétérisme, et cela en raison de la susceptibilité à l'infection de ces vessies distendues chroniquement, mais encore aseptiques.

Le tableau suivant permet de se faire une idée de la gravité de l'acte opératoire et de la survie chez ces malades.

MALADES NON INFECTÉS

Observat. N°	DATE de l'opération.	DATE de la mort.	Dernières nouvelles.	Survie minimum.
		Rétentions aiguës		
1	3 mai 1890		encore vivant	4 ans et 4 mois
3	6 juill. 1891	nov. 1892		1 an et demi.
4	1er mars 92		encore vivant	2 ans et demi.
5	6 sept. 1991		16 octob. 1892	2 ans.
6	9 mai 1891		encore vivant	3 ans et 4 mois.
15	19 avril 92		encore vivant	2 ans et 7 mois.
22	2 avril 1890		perdu de vue à sa sortie hôp.	3 semaines.
23	23 janv. 92	mars 1893		10 mois.
25	7 juin 1890	9 oct. 1890		4 mois.
40	1er juin 93		encore vivant	1 an et 3 mois.
42	13 juin 93		encore vivant	1 an et 3 mois.
48	28 déc. 1893	janv. 1894		3 semaines.
49	5 janv. 94		encore vivant	8 mois.
52	6 mars 94		encore vivant	6 mois.
54	28 avril 94		encore vivant	5 mois.
56	8 fév. 1893		12 mars 1893	1 mois.
62	18 déc. 92	13 janv. 94		1 mois.
63	8 août 1893		29 avril 1894	9 mois.
		Rétention aiguë avec hémorrhagie vésicale :		
57	28 avril 92		encore vivant	2 ans et 1 mois.
		Rétentions chroniques avec incontinence par regorgement :		
41	9 juin 1893		encore vivant	1 an et 3 mois.
50	26 janv. 94		encore vivant	8 mois.

Une première conclusion se dégage à un simple examen : *la mortalité opératoire proprement dite est nulle.* Pas un malade n'a succombé immédiatement après l'opération ou dans les deux ou trois premiers jours qui l'ont suivie.

Sur nos 21 sujets, 11 au moins sont actuellement encore vivants. La survie pour eux varie entre 4 ans et demi et 5 mois. La plupart jouissent d'une excellente santé générale.

Cinq autres opérés ont été suivis pendant un certain temps, puis perdus de vue. Les survies minima ont été pour ces malades de deux ans (obs. 5), deux ans et un mois (obs. 57), neuf mois (obs. 63), un mois (obs. 56), trois semaines (obs. 22). A leur sortie de l'hôpital ou quand nous avons eu pour la dernière fois de leurs nouvelles, leur état général était excellent, et tout fait supposer qu'il l'est encore, ou du moins que les cystostomisés ont eu une survie beaucoup plus longue que celle que nous indiquons.

Cinq sont morts. L'un (obs. 3), au bout d'un an et demi, a succombé à une pneumonie aiguë qui l'a emporté en 4 ou 5 jours.

Dans l'intervalle, son orifice hypogastrique s'était oblitéré et il avait subi une seconde cystostomie. Deux autres (obs. 23 et 25) ont survécu, l'un 10 mois, l'autre 4 mois. Ce dernier était un vieillard affaibli, âgé de 81 ans. Enfin les deux malades qui ont eu la survie la plus courte sont morts, l'un au bout de 3 semaines (ob. 48 — il a présenté pendant les derniers jours de son séjour à l'hôpital des accidents pulmonaires graves), l'autre au bout de 36 jours (obs. 62 — malade du Dr Guillemot,

Lyon médical, novembre 1893, nous n'avons pas de détails sur les circonstances qui ont précédé sa mort).

En somme, sur 21 prostatiques opérés pour des accidents de rétention aiguë ou chronique, mais sans infection grave, 4 seulement ont succombé moins d'un an après l'intervention; tous les autres ont eu une survie plus longue ou sont encore en bonne santé : les uns ayant vu leurs urines reprendre la voie naturelle, les autres continuant à uriner par leur urèthre contre nature, avec des différences au point de vue de la continence.

Remarquons que les deux opérés pour rétention chronique aseptique avec incontinence par regorgement sont actuellement vivants et bien portants (obs. 41 et 50).

Les résultats sont loin d'être aussi brillants dans notre seconde catégorie de malades, « les *infectés* ». Rien d'étonnant, du reste, qu'il en soit ainsi, l'état de ces prostatiques, avant l'opération, ayant une gravité qui n'est pas comparable. Nous avons dit plus haut qu'il était possible de distinguer plusieurs formes : suraiguë, aiguë, chronique. Dans le tableau suivant, nous nous sommes efforcé, en partant de cette idée, de rapprocher les uns des autres (autant que faire se pouvait) les cas dont nous possédons les observations.

MALADES INFECTÉS

N° de l'obs.	Date de l'opération.	Dernières nouvelles	Date de la mort.	Survie
		Formes suraiguës :		
12	11 juin 90		19 juin 90	8 jours.
16	7 mars 89		8 mars 1889	1 jour.
36	11 mars 93		23 mars 93	12 jours.
45	11 nov. 93		14 nov. 93	3 jours.
		Formes aiguës :		
2	23 déc. 91		8 janv. 94	2 ans.
20	1er juil. 89		7 juil. 1889	7 jours.
21	29 sept. 90		25 janv. 92	1 an et 4 mois.
30	26 mai 1892	encore vivant		2 ans et 4 mois.
35	6 déc. 1893		4 janv. 1894	1 mois.
37	4 avril 1893	encore vivant		1 an et 4 mois.
38	10 avril 92	encore vivant		2 ans et 4 mois.
39	2 mai 1893	encore vivant		1 an et 4 mois.
43	24 juin 93		10 juil. 1893	15 jours.
46	10 nov. 93		23 déc. 1893	43 jours.
58	24 sept. 92	15 oct. 1893		1 an.
59	25 oct. 92	15 oct. 1893		1 an.
60	7 sept. 1893	5 mai 1894		7 mois.
61	15 août 93	encore vivant		1 an.
		Formes chroniques :		
7	12 nov. 89		août 1890	9 mois.
8	4 avril 1892		?	plusieurs mois.
9	30 mai 1890		4 juin 1890	5 jours.
10	17 déc. 89		28 déc. 1889	30 heures.
11	2 mars 1893		21 mai 1890	2 mois et demi.
13	26 avril 92	mars 1894		2 ans.
14	10 mars 92	encore vivant		2 ans et demi.
17	2 avril 1890		4 avril 1890	2 jours.
18	15 avril 90		19 avril 90	4 jours.
19	24 janv. 92		28 janv. 92	2 jours.
24	avril 1888		janv. 1890	1 an et 8 mois.
26	25 déc. 90	sorti 15 j. après		15 jours.
27		sorti 3 sem. après		3 semaines.
28	29 avril 92	24 mai 1892		1 mois.
29	27 mai 1892	encore vivant		2 ans et 4 mois.
31	7 juin 1892		sept. 1892	3 mois.
32	2 nov. 1892		6 nov. 1893	3 jours.
33	25 nov. 92		3 déc. 1892	8 jours.
34	29 nov. 92		sept. 1893	10 mois.
44	29 juil. 93		4 août 1893	6 jours.
47	24 déc. 93		22 janv. 94	1 mois.
51	9 fév. 1894	encore vivant		7 mois.
53	8 mars 1894		3 avril 1894	1 mois.
55	28 mai 1893	12 juillet 1894		14 mois.

Un fait frappe immédiatement. La mortalité est beaucoup plus considérable surtout dans les premiers jours, alors qu'elle était nulle chez les malades non infectés. C'est ainsi que, sur 42 opérés, 15 ont succombé dans les 15 premiers jours et quelques-uns le lendemain même ou le surlendemain de l'intervention.

Dans les formes suraiguës d'empoisonnement (obs. 45), il semble que le bénéfice de l'opération, au point de vue de la survie, soit nul ou à peu près. Il s'agit alors de phénomènes septicémiques, suraigus, contre lesquels l'ouverture vésicale est impuissante.

Ce sont les cas aigus qui donnent les résultats les plus satisfaisants. Sur 14 malades opérés dans ces conditions, nous trouvons 4 morts au bout de 7, 15, 30 et 43 jours. Les autres ont déjà une survie variant entre 7 mois et deux ans et demi.

Les chroniques, au contraire, nous donnent les chiffres suivants : sur 24 opérés, 7 morts dans les 10 premiers jours, et, parmi les 17 autres, 10 survivant moins d'un an ; 7 seulement sont encore en bonne santé au bout d'un an à deux ans et demi.

L'explication de ces différences est toute simple. Aux malades cachectisés, infectés depuis longtemps, dont les reins sont envahis, ce n'est pas une cystostomie qu'il faudrait, mais bien un nouvel appareil sécréteur pour remplacer le leur, irrémédiablement compromis. Par contre, si l'on arrive encore à temps, les résultats sont surprenants. C'est alors qu'on assiste à de véritables résurrections. Tel malade (obs. 24) est envoyé par son médecin « dans le coma et n'ayant plus que quelques heures à vivre ». La vessie est ouverte et ce moribond peut survivre encore près de deux ans. Tel autre (obs. 55), condamné au cathétérisme, mûri par des accès de fièvre se répétant à chaque tentative pour pénétrer dans la vessie, condamné à rester étendu sur une chaise-longue avec une sonde à demeure plus ou moins bien supportée, recouvre une santé parfaite, peut reprendre le cours de ses occupations, sans jamais éprouver plus un seul frisson après la cystostomie. Ce sont là des succès de l'intervention sanglante inconnus avec toute autre méthode de traitement.

A ne regarder que les chiffres bruts de la statistique, naturellement très défavorable dans ces cas, on pourrait conclure au peu d'efficacité de l'opération. Mais, si l'on interprète les faits, si l'on réfléchit à l'état particulièrement grave des patients, au peu de ressources des autres moyens thérapeutiques, les résultats obtenus en paraissent encore plus satisfaisants.

De tout ce qui précède nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

La mortalité opératoire, proprement dite, de la cystostomie sus-pubienne est nulle.

Les survies les plus nombreuses et les plus longues s'observent chez les malades opérés pour rétention sans infection.

La mortalité post-opératoire est beaucoup plus grande chez les infectés. Les survies sont aussi moins nombreuses et plus courtes.

Dans les formes suraiguës, l'intervention paraît impuissante à prévenir un dénouement rapidement mortel. Les résultats sont tout différents dans les cas aigus. Quant aux formes chroniques, elles grèvent la statistique de nombreux cas de mort.

Mais les succès les plus manifestes de *l'opération de Poncet* s'observent surtout dans la catégorie des malades infectés. Les observations parlent moins par leur nombre que par leur importance individuelle.

III

Nous ne nous sommes occupé jusqu'à présent que

des résultats généraux. Nous avons dressé pour ainsi dire le bilan de l'opération. Il nous reste maintenant à étudier les conditions dans lesquelles se trouvent les malades survivants et en particulier l'état fonctionnel de leurs organes urinaires. C'est là un point important. La grave objection faite à la cystostomie par quelques chirurgiens qui semblent avoir trop facilement perdu de vue que, suivant la remarque de Diday : *pour que la fonction s'accomplisse, il faut, d'abord, que le fonctionnaire existe*, n'a-t-elle pas été de créer une infirmité, de placer les opérés dans un état d'infériorité sociale? Nous ne voulons pas discuter, pour le moment, s'il est préférable de vivre avec une infirmité quelle qu'elle soit, plutôt que de mourir. Nous nous bornerons simplement à laisser parler les faits.

Sur nos 63 opérés, 34 ont survécu plus de six mois et parmi eux la plupart vivent encore. Nous ne nous occuperons que de ceux-là, l'opération remontant déjà à une date suffisamment éloignée pour qu'on puisse envisager les résultats éloignés.

Quinze avaient des accidents de rétention sans infection grave et 19 étaient en état d'empoisonnement urinaire.

Comme M. Poncet l'a déjà indiqué, les cystostomisés peuvent se diviser en plusieurs catégories, suivant que le méat abdominal s'est maintenu ou s'est oblitéré, et suivant aussi l'état de continence du nouvel urèthre. A notre avis, il faut faire deux grandes parts parmi ces prostatiques :

1° *Les cystostomisés chez qui les fonctions se sont rétablies par la voie normale, avec oblitération de l'orifice abdominal* (*cystostomie temporaire*).

2° *Les cystostomisés qui, depuis l'opération, ont continué à uriner par l'abdomen, l'urèthre contre nature étant ou n'étant pas continent* (*cystostomie permanente*).

Les premiers sont au nombre de 12, les seconds au nombre de 22.

L'oblitération spontanée est bien plus fréquente chez les opérés pour simple rétention avec difficultés du cathétérisme, que chez les infectés. Dans le premier cas, nous avons une proportion de 7 sur 15 (près de la moitié) et dans le second, seulement de 5 sur 19 (un peu plus du quart). Ces résultats ne sont pas pour nous étonner, les prostatiques à leurs premiers accès étant dans les meilleures conditions pour reprendre leur ancienne fonction, une fois les accidents dissipés et les phénomènes de congestion prostatique disparus sous l'influence du repos, créé par la dérivation des urines.

Que sont devenus ces malades après l'oblitération de leur méat ? Sur les 7 non infectés au moment de la cystostomie, cinq ont repris leurs fonctions normales par l'urèthre. Jamais depuis ils n'ont eu de rétention, et leurs urines sont toujours restées claires (obs. 4, 15, 40, 41, 57). Chez les deux autres, un nouvel accès a nécessité, au bout de quelque temps, la réouverture du méat abdominal, qui, du reste, s'est refermé ou à peu près quelque temps après (obs. 3, 42). Quant aux 5 infectés à méat abdominal oblitéré secondairement, ils sont dans l'état suivant : 3 se portent actuellement très bien. Les mictions se font normalement par la verge, la fièvre n'a pas reparu. Tout au plus signalent-ils des mictions plus fréquentes et un peu pénibles comme tous les prostatiques en général (obs. 14, 30, 60). Un autre (obs. 37) est également bien portant, mais doit recourir de temps en temps à l'usage de la sonde. Enfin, un dernier (obs. 13) est revenu à l'Hôtel-Dieu, deux ans après. Son orifice sus-pubien s'était oblitéré après huit mois seulement, et il avait de nouveau été forcé depuis cette époque de recourir au cathétérisme (au dire de cet ancien cystotomisé, le passage de la sonde était plus facile qu'avant l'intervention). A nouveau, les phénomènes de cystite et d'empoisonnement urinaire ont reparu, du jour où l'écoulement ne s'est plus effectué d'une façon complète. Ce malade refusant une nouvelle cystostomie a quitté l'hôpital en assez mauvais état.

Tels sont les résultats fonctionnels chez les cystostomisés temporaires avec oblitération du méat hypogastrique. Nous devons ajouter quelques mots relativement à l'état de la cicatrice. Deux ou trois fois, il a persisté au niveau de l'ancien orifice une fistule très petite laissant suinter quelques gouttes d'urine, quand la vessie était très pleine et à l'occasion d'efforts violents. Chez les autres, la cicatrice est plus ou moins large, fermée, généralement un peu saillante au-dessus des téguments. Quand on a été obligé de recourir de nouveau à l'ouverture vésicale, l'opération s'est toujours faite avec la plus grande simplicité. L'oblitération de l'urèthre contre nature porte, en effet, surtout sur les parties superficielles, si bien qu'à un nouvel accès de rétention, on pouvait voir les téguments amincis, soulevés au niveau de la cicatrice et formant comme une petite ampoule sous-cutanée remplie d'urine. Il suffisait d'un coup de pointe de bistouri pour réouvrir le canal sus-pubien dans lequel on pénétrait alors facilement avec une sonde cannelée.

Une autre question se pose encore à propos de ces opérés. On doit se demander, en effet, si la fixation de la vessie à la paroi, si cette cystopexie antérieure n'est pas une cause de gêne, de douleur par suite des tiraillements qui peuvent en résulter. Nos malades interrogés à ce sujet n'ont jamais accusé, de ce fait, aucun malaise. La seule particularité que nous ayons observée, aussi bien du reste chez les cystostomisés avec oblitération, que chez ceux qui ont conservé un méat hypogastrique, c'est parfois l'existence d'une éventration plus ou moins marquée. Le malade de l'observation 4, qui se porte du reste admirablement, a une hernie médiane, qui l'oblige à porter un bandage, mais dont il ne souffre aucunement. D'ailleurs, il s'agit là d'un incident rare et qu'on peut prévenir en prenant quelques précautions pendant la pratique de l'opération, en suturant méthodiquement les bords de l'angle supérieur de la plaie abdominale.

Considérons maintenant les cystostomisés qui ont continué, depuis l'opération, à voir leurs urines sortir par l'orifice abdominal. Ils sont au nombre de 22 ayant une survie d'au moins six mois. Presque tous ont été vus par nous. Il en est pourtant deux ou trois sur lesquels nous n'avons pu nous procurer que des renseignements incomplets au point de vue des fonctions urinaires (obs. 21, 23, 39).

Nous les admettrons comme ayant une incontinence complète, c'est-à-dire le plus mauvais résultat fonctionnel que l'on puisse obtenir :

En effet, nous pouvons faire trois parts de ces cystostomisés :

1° *Ceux qui ont un méat continent et peuvent uriner à volonté par leur urèthre sus-pubien ;*

2° *Ceux qui ont une incontinence partielle ;*

3° *Ceux qui ont une incontinence totale.*

Les premiers sont au nombre de 7.

Les seconds au nombre de 3.

Les troisièmes au nombre de 12.

A. *Cystostomisés avec urèthre contre nature continent.* Les sept malades qui ont un semblable résultat ont été opérés, trois à la suite d'accidents de rétention sans infection (obs. 6, 49, 63), et quatre en état d'empoisonnement urinaire grave (obs. 2, 38, 52, 61). Les premiers ont continué depuis à uriner régulièrement par leur méat abdominal sans jamais avoir de la fièvre ou des accidents de nature infectieuse. Ils vivent tous actuellement au bout de trois ans et demi, huit et neuf mois.

Quant aux autres prostatiques qui étaient dans un état alarmant à l'époque de l'intervention avec amaigrissement, cachexie, fièvre intense, etc., en un mot qui étaient atteints de septicémie urinaire, ils ont tous recouvré la santé et se sont transformés à la suite de l'opération. Deux survivent encore (38 et 61) au bout de deux ans et demi et un an. Le troisième est M. Diday, qui, comme on le sait, succomba deux ans après sa cystostomie à une lésion néoplasique de la plèvre.

La fonction urinaire ne se fait pas de la même manière chez nos sept opérés. L'un d'eux (obs. 49) urine en partie par la verge. Il dilate son urèthre sus-pubien pour en empêcher la fermeture, craignant la reproduction des accidents, mais pas une goutte d'urine ne suinte par l'orifice dans l'intervalle des mictions. Chez deux autres cystostomisés (M. Diday et le malade de l'observation 63, due au Dr Guillemot de Thiers), la continence est également parfaite, les urines passent en totalité par le méat abdominal. Les malades sentent le besoin d'uriner qui se reproduit toutes les trois ou quatre heures. M. Diday, qui pouvait, à volonté, vider spontanément la vessie par le méat hypogastrique, se servait volontiers d'une petite sonde qu'il introduisait par cet orifice avec la plus grande facilité du reste. Le vieillard de l'observation 63 peut uriner sans sonde par son méat sus-pubien, mais il est forcé de faire des efforts et souffre, aussi préfère-t-il recourir également au cathétérisme de son urèthre contre-nature, cathétérisme qu'il ne peut pourtant pas pratiquer lui-même à cause de son obésité. Sa femme lui rend habituellement ce service. Enfin, nos quatre derniers cystostomisés continents (obs. 6, 38, 52, 61) gardent également la totalité de leurs urines, éprouvent des besoins, mais n'ont recours à aucun instrument. Le liquide s'écoule à volonté par l'orifice abdominal. Seulement, tandis que le malade de l'observation 38 est forcé de se baisser pour recueillir l'urine qui s'écoule en bavant le long du pubis et de la verge et ne pas mouiller ses vêtements, ceux qui font l'objet des observations 52 et 61 peuvent uriner debout, le jet étant projeté à distance en avant avec une grande force.

B. *Cystostomisés avec incontinence partielle.* — Ce sont les cas les plus rares (3). Généralement, leur situation n'est que transitoire. Ils gardent la plus grande partie de leurs urines, mais par moments, il s'en écoule plus ou moins à l'occasion de certains mouvements ou de certaines positions. L'observation 55 nous en donne le plus bel exemple. Le malade conserve complètement ses urines pendant la nuit quand il occupe la position horizontale. Les draps ne sont pas mouillés. Deux ou trois fois, il éprouve le besoin d'uriner, il est forcé de se lever. Le liquide est alors projeté en jet. Pendant le jour, au contraire, l'incontinence est complète. Les urines s'écoulent sans que le patient s'en aperçoive dans l'appareil qu'il porte constamment.

C. *Cystostomisés avec incontinence complète.* — Ces opérés sont, jusqu'à ce jour, les plus nombreux (12 cas). L'urine suinte constamment au niveau de l'orifice, ils sont porteurs d'une infirmité à laquelle on peut remédier, au moyen d'appareils appropriés que nous aurons bientôt à apprécier.

Tel est l'état fonctionnel de la miction chez nos cystostomisés observés au bout de 6 mois au moins.

Pourquoi de si grandes différences dans les résultats? A ce point de vue, deux questions sont à envisager :

1° *Pourquoi l'orifice abdominal se maintient-il dans certains cas et se ferme-t-il dans d'autres?*

2° *Quelles sont les raisons pour lesquelles le nouvel urèthre est continent ou incontinent?*

D'après les résultats énoncés plus haut, on peut voir que l'oblitération est beaucoup moins rare qu'on ne le croirait à un premier examen. Dans la thèse de Bonan, nous ne trouvons signalés que deux cas de fermeture du méat hypogastrique En fait, c'est une solution beaucoup plus commune, puisque sur 34 malades observés à distance, nous en avons 12 qui ont récupéré leur ancienne fonction uréthrale.

Le maintien de l'urèthre hypogastrique tient à deux causes :

1° L'obstacle prostatique qui obstrue plus ou moins la voie normale. L'urine accumulée dans la vessie avec une certaine pression passe là où le chemin est le plus facile. La prostate est-elle volumineuse créant une barrière presque infranchissable, le canal artificiel se maintient et indéfiniment. Si, au contraire, les phénomènes de rétention étaient dus à une augmentation momentanée de volume de la glande, la voie uréthrale redevient possible, et l'urèthre sus-pubien, par où le liquide ne tend plus à passer, s'oblitère à la longue. Rien d'étonnant dès lors à ce que nous observions aussi souvent la fermeture du méat, le rétablissement de la fonction normale chez les malades non infectés et opérés pour un premier ou un second accès de rétention, malades qui, en somme, en sont encore au début de leur affection prostatique.

2° L'état anatomique du canal hypogastrique dont le rôle a une grande importance. Théoriquement, si la réunion de la muqueuse vésicale à la peau était parfaite sur tout le pourtour du méat, l'oblitération serait impossible. En fait, les choses ne se passent ainsi. D'abord, chez tous les malades infectés, cette réunion exacte n'a pas lieu. L'effet principal de la suture est d'assurer immédiatement le libre écoulement de l'urine au dehors et de donner de la sécurité au point de vue de l'infiltration urineuse.

Quand il n'existe pas d'infection, quand les fils en sont pas constamment en conctact d'urines chargées de pus, les conditions de réunion sont meilleures, mais il suffit d'avoir fait une seule fois une cystostomie pour voir avec quelle difficulté on amène l'affrontement exact de la muqueuse et de la peau, surtout à la partie inférieure, quand on prend soin d'inciser la vessie, comme le recommande M. Poncet, aussi près que possible du col. On n'obtient le plus souvent qu'une réunion approximative, à moins de circonstances tout à fait favorables créées par la minceur de la paroi abdominale, son peu de tension, etc. Lorsque le méat hypogastrique est permanent, lorsqu'on trouve un revêtement muqueux continu, en continuation avec la peau du pourtour de l'orifice (c'est ce que M. Poncet a constaté à l'autopsie de M. Diday), la constitution du nouvel urèthre tient bien moins à la réunion exacte de la muqueuse et de la peau par suite de la suture, qu'à un travail lent de cicatrisation qui amène peu à peu la réunion des revêtements cutanés et muqueux.

C'est dire que la véritable cause du maintien du méat abdominal réside surtout dans l'obstacle prostatique. L'urine passe par cet orifice parce qu'elle ne peut pas trouver sa voie naturelle. D'où nous tirons cette conclusion que l'urèthre contre nature persiste et se constitue d'une manière de plus en plus parfaite, précisément chez les malades qui en ont le plus besoin. Dans le cas contraire, malgré les précautions opératoires, la voie artificielle cède la place à l'ancien urèthre, et les urines reprennent leur cours habituel.

Quant à la question de la continence des urèthres hypogastriques permanents, elle est beaucoup plus complexe.

Bonan dans sa thèse semble attacher une certaine influence à la forme du méat. Il distingue :

1° Le méat à fleur de peau, dans lequel l'orifice est au

même niveau que les téguments voisins ou bien fait au-dessus d'eux une légère saillie.

2° Le méat ombilical ou en entonnoir dans lequel la peau est inversée et plonge du côté du ventre.

3° Le méat à forme intermédiaire, où l'orifice est plus large et où parfois la muqueuse peut faire hernie.

Nous avons observé beaucoup de cystostomisés et, pour nous, rien dans la forme du méat n'est en rapport avec la fonction. Chez M. Diday, qui avait un urèthre sus-pubien continent, l'orifice était à fleur de peau, à peine visible. Au contraire, le malade de l'observation 38, qui conserve aussi toutes ses urines, a un méat infundibuliforme situé sur une saillie formée par les viscères à travers une éventration. Le malade de l'observation 61 présente, tout autour de son orifice, des bourgeons charnus qui le masquent en partie. Comme les précédents, il ne perd pas une goutte d'urine en dehors des mictions. Par conséquent, la forme apparente de l'orifice ne paraît pas influer sur la fonction. Tout au plus peut-on admettre que le méat est plus large et moins resserré chez les malades qui perdent constamment leurs urines.

La longueur et la direction du nouveau canal ont-elles un rôle plus important? Ce sont là des conditions qui vont habituellement ensemble.

M. Poncet a recommandé d'inciser la vessie aussi près que possible du col, de façon à créer un trajet oblique ayant une plus grande longueur. Dans toutes nos observations, on s'est conformé à cette règle opératoire autant que faire se pouvait. *A priori*, il est certain que l'urine filtre d'autant moins facilement que le trajet fistuleux est plus long et, en fait, on a trouvé à l'autopsie de M. Diday un urèthre artificiel long de 25 à 30 millimètres. De même le malade de l'observation 63 a un néo-canal de 40 à 45 millimètres. Chez l'opéré de M. Hartmann (obs. 55) qui a une continence partielle, il existe un trajet de 20 millimètres. Mais à côté de ces faits positifs, nous voyons M. B... (obs. 1) être atteint d'incontinence et pourtant, nous dit M. le Dr Lefebvre, son urèthre s'est très allongé, il est devenu sinueux et il faut toute l'habitude qu'en a acquise lentement le patient pour y faire pénétrer les deux obturateurs avec lesquels il essaye de combattre son infirmité. Ce n'est donc pas encore là la véritable et surtout l'unique raison de la continence du méat.

Faut-il la chercher dans la constitution anatomique du canal? Celui-ci est formé par une paroi muqueuse entourée par un anneau de tissu cicatriciel. C'est, du moins, ce qu'on a observé différentes fois, en particulier à l'autopsie de M. Diday. M. Boutan, dans sa thèse, rapporte une observation fort intéressante avec nécropsie. Le conduit artificiel qui reliait la vessie à la peau était constitué uniquement par la muqueuse. La musculeuse semblait s'être rétractée et avoir formé, à la naissance du nouvel urèthre dans la vessie, une sorte d'anneau musculaire qui aurait pu jouer, pour l'auteur, le rôle de sphincter lisse, tandis que superficiellement les deux muscles droits de l'abdomen auraient formé un second sphincter strié. Malheureusement, le malade est mort au bout de cinq jours et l'observation ne prouve rien. Nous verrons, du reste, plus loin que M. Curtillet, chef de la clinique chirurgicale, a pratiqué dans le service de M. Poncet plusieurs cystostomies idéales d'après le procédé de M. Wassilief (1), c'est-à-dire en décollant la musculeuse de la muqueuse et en ne suturant que cette dernière à la peau, de façon à réaliser le dispositif observé précédemment. Ces essais ne sont pas davantage concluants.

(1) Cystostomie idéale, par A. Wassilief. *Gazette des hôpitaux*, 17 avril 1894.

Si l'élément musculaire qui entre ou peut entrer dans la constitution de la paroi ne semble jouer qu'un rôle bien secondaire, il n'en est pas de même du tissu fibreux qui entoure tout ou partie du canal. M. Poncet l'a constaté très nettement chez M. Diday. Le Dr Guillemot, de Thiers, dit que sur son malade (obs. 63) on sent à l'orifice cutané une sorte d'anneau fibreux élastique qui fait obstacle quand on veut introduire un explorateur. Dans le reste du trajet, en particulier à l'orifice vésical, on ne trouve rien qui ressemble à un sphincter. Nous avons fait la même remarque chez d'autres malades. Le point le plus étroit paraît être à l'orifice ou près de l'orifice cutané du canal. Une fois l'obstacle vaincu, la sonde pénètre facilement. Aussi croyons-nous que le tissu de cicatrice qui se forme tout autour du trajet fistuleux, et en particulier au niveau de l'union de la peau et de la muqueuse, constitue un anneau qui, jusqu'à un certain point, s'oppose à l'expulsion de l'urine.

On peut penser enfin que les muscles droits qui forment deux sortes de sangles tendues au devant de l'abdomen concourent à la fermeture du méat abdominal. Il est impossible de nier leur rôle, mais il est secondaire. Nous n'en voulons comme preuves que les observations 4 et 38. L'urèthre contre nature du premier malade est oblitéré, mais avant sa fermeture complète, il est resté longtemps continent. Quant au second, il ne perd pas ses urines depuis plus de deux ans. Et pourtant l'un et l'autre ont une éventration assez considérable au niveau de la cicatrice et du méat hypogastrique. Les muscles droits ne sauraient donc contribuer dans ces cas à la continence des urèthres hypogastriques.

Enfin, l'état anatomique et physiologique du néo-canal n'est pas tout dans le problème. Il est évident qu'il faut tenir compte de la vessie. Celle-ci subit, en effet, du fait de la cystostomie des modifications notables. Plusieurs fois, nous avons pu le constater par la vue ou le toucher des muqueuses vésicales de malades opérés depuis longtemps. Tel est le cas du malade de l'observation 29.

Au moment de l'intervention, la vessie était remplie de pus, de détritus. C'était, dit M. Poncet, un véritable égout. Plus tard, on dut recourir à une réouverture ou plutôt à un élargissement du méat sus-pubien pour explorer la vessie où l'on pensait trouver des calculs, ce qui eut lieu en effet. Au lieu d'une surface fongueuse, saignant au moindre contact comme précédemment, on sentit une muqueuse lisse, saine, une vessie de jeune homme, pour employer l'expression de M. Poncet. Ce sont là des modifications dont rendent compte la mise au repos de l'organe et le libre écoulement donné aux produits septiques. Seulement, par le fait de la disparition de tout obstacle à l'émission de l'urine, la capacité du réservoir vésical diminue de plus en plus. Toutes les fois que nous avons pu examiner à l'autopsie une vessie de cystostomisé, nous l'avons trouvée petite, rétractée derrière le pubis, et plus l'incontinence est complète, plus l'organe tend à se supprimer en tant que réservoir pour ne devenir qu'un simple canal. Tel malade (obs. 1) qui, au début, pouvait garder plusieurs heures ses urines, a, au bout de plusieurs années, une vessie intolérante qui demande à se vider dès qu'elle renferme 100 grammes de liquide et même moins. Mais la tolérance vésicale est fonction du jeu du nouvel urèthre. C'est parce que celui-ci ne retient plus l'urine que la capacité du réservoir diminue de plus en plus. Cet état devient permanent et c'est une cause d'incontinence qui s'ajoute à toutes les autres.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

REVUE DE LA PRESSE RUSSE

Influence du réchauffement artificiel sur la morphologie du sang. — Guidé par la double considération : élucider d'une part l'étiologie de l'anémie des pays chauds, et se rendre mieux compte — d'autre part — de l'influence des bains chauds (solaires, de sable, de boue, etc.) sur la nutrition générale, le Dr *Messaroche* a entrepris à ce sujet une série d'expériences. Dix hommes robustes de 24 ans, prenaient tous les jours un bain romain à 65° (cgr.) d'une durée d'une heure. Le nombre de bains était de dix.

Ayant mis à profit les meilleures méthodes hématologiques et s'étant, autant que possible, mis à l'abri de toutes les erreurs, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Sous l'influence d'un réchauffement artificiel quotidien de peu de durée, le sang se rajeunit considérablement, dans ce sens que la quantité des formes « jeunes » augmente de beaucoup; celle des formes « mûres » diminue un peu et celle des formes « vieilles » diminue beaucoup.

2° Les transformations morphologiques du sang s'accélèrent, par conséquent, dans ce sens que les hématoblastes passent rapidement à leur forme la plus âgée et que la destruction des formes trop mûres est stimulée.

3° La production des leucocytes augmente simultanément, ce qui est prouvé par l'accroissement de leur nombre pendant la période post-balnéaire.

4° Un réchauffement artificiel de cette nature, répété tous les jours, peut, évidemment, affaiblir considérablement un homme sain, ce qui se manifeste également dans la composition « plus âgée » de son sang (*Vratch*, n° 43).

Association de l'érysipèle au choléra. — Le Dr *Blagoviestchenski* a eu l'occasion heureuse d'observer quatre faits de l'influence de l'érysipèle sur la marche du choléra. Malgré que l'épidémie fût très meurtrière (52 0/0 de mortalité) et que la complication se fût produite pendant la deuxième période de la maladie, elle a néanmoins communiqué immédiatement une tournure très favorable à sa marche, et la guérison est survenue dans tous les quatre cas dans un bref délai. Ces faits réellement curieux pourraient, peut-être, s'expliquer par les tendances pathologiques tout à fait opposées de ces deux affections, dont la deuxième, imprimant à l'organisme une réaction énergique et contraire à la première, lui permet de triompher.

En terminant, l'auteur exprime le vœu que l'étude de l'influence des microbes pathogènes sur l'organisme malade ne soit pas laissée de côté, ces recherches dans un but thérapeutique ayant d'autant plus d'importance, que jusqu'ici le traitement médicamenteux des maladies épidémiques n'a donné que des résultats fort peu encourageants. (*Rev. médic.*, n° 15).

Influence du cactus grandiflora sur les affections cardiaques. — A ce sujet le Dr *Mikhaïlov* a étudié sept malades: deux atteints de la maladie de Graves; deux de néphrite chronique et deux de maladies orificielles.

Voici ses conclusions :

Dans la maladie de Graves, la quantité d'urine augmente, mais reste sans modification dans les affections rénales.

Les palpitations et la dyspnée cèdent rapidement au cactus, mais il paraît qu'on est obligé d'augmenter rapidement les doses et de continuer longtemps le traitement.

Le mode d'emploi était le suivant :

Trois à quinze gouttes de décoction ou d'infusion des fleurs, trois ou quatre fois par jour (*Journal de médecine et d'hygiène*).

Régime alimentaire dans la goutte. — Bien que tous les auteurs soient actuellement, après les mémorables travaux de M. le prof. Bouchard, d'accord sur la pathogénie de la goutte, qui est produite, comme on le sait depuis, par l'accumulation dans l'organisme de l'acide urique en excès, on discute encore beaucoup sur le régime alimentaire le plus approprié à cette affection.

Est-ce à l'alimentation animale, végétale ou mixte qu'il faut donner la préférence ?

C'est pour élucider cette question que le docteur *Bogdanov* a entrepris quelques recherches dont voici les résultats :

Le poids de l'organisme augmente le plus avec le régime végétal, moins avec le mixte, et diminue avec l'animal.

L'alimentation animale, en provoquant de la constipation opiniâtre, déprime fortement le moral du patient ; le malade mange et boit peu ; la quantité d'urine est par conséquent diminuée.

Pensant avec raison que le régime des goutteux, tout en n'étant pas embarrassant, doit être fortifiant, l'auteur donne résolument la préférence au régime mixte (*Journ. de méd. et d'hygiène*, VI).

Traitement de la maladie de Basedow par l'émulsion de la glande thyroïde. — Pour le Dr *Bogrov*, le rôle physiologique de la glande thyroïde consiste dans la destruction de certains produits toxiques provenant des échanges organiques.

La maladie de Basedow est produite, pour lui, par l'accumulation dans l'organisme de ces produits toxiques qui ne sont plus détruits en totalité, soit à la suite de l'excès de leur fabrication, soit à la suite de l'insuffisance de la glande.

Les symptômes morbides généraux sont provoqués par l'accumulation dans les divers organes de ces toxines et le goître par l'irritation de la glande par le poison spécifique.

Fidèle à sa conception physiologique et pathologique de la glande thyroïde, M. Bogrov a fait plusieurs expériences de traitement de la maladie de Graves par l'émulsion thyroïde.

Cette émulsion, préparée avec toutes les précautions désirables, a été introduite dans l'organisme par la voie hypodermique en doses progressivement croissantes. Les résultats sont jusqu'ici assez satisfaisants. Non seulement l'état subjectif du malade s'est amélioré, mais des modifications favorables sont survenues du côté du cœur et des symptômes nerveux. La fréquence du pouls et le goître ont diminué. Le tremblement, les névralgies, les paresthésies se sont affaiblis. Certains symptômes secondaires ont également diminué d'intensité (*Gaz. méd. de la Russie mérid.*).

Le formaldéhyde dans la conservation des yeux cadavériques. — La chirurgie oculaire est une des plus délicates et demande par suite le plus de pratique dans les amphithéâtres. Mais à, ce point de vue, les oculistes sont, peut-être, les plus mal partagés, vu que les yeux du cadavre s'altèrent très rapidement et sont mis par conséquent hors d'usage.

Pour la pratique opératoire on emploie ordinairement des yeux de cochons, qui se conservent mieux que les autres et se rapprochent par quelques points des yeux humains. — Par contre, ils en diffèrent considérablement par beaucoup d'autres points et très souvent ne peuvent donner qu'une idée très relative des difficultés que rencontre l'oculiste opérant sur les yeux humains.

Pour remédier autant que possible à cet état de choses, le Dr *Andogski* a eu l'idée d'appliquer à la conservation des yeux cadavériques le formaldéhyde que les histologistes emploient couramment pour rendre transparents et plus denses les tissus organiques. Ses expériences ont été pleinement couronnées de succès et il est arrivé actuellement à conserver les yeux pendant plusieurs semaines dans un état se rapprochant le plus du physiologique (au point de vue opératoire).

Il emploie la solution au 0,05 0/0. La solution dans laquelle on a mis des globes oculaires se trouble fortement et doit être remplacée une demi-heure après par une couche fraîche dans laquelle ils restent pendant 5 à 7 jours. — Pour les conserver plus longtemps on les met alors dans une solution de thymol à 1 : 5000 où ils peuvent rester plusieurs semaines sans subir d'altérations considérables, surtout s'ils ont été enlevés au cadavre et mis dans la solution de formaldéhyde dans un état plus ou moins frais. (*Vratch*, n° 41.)

J. LITINSKI.

NEUROPATHOLOGIE

Scoliose de la sciatique (Ueber Ischias scoliotica), par GOSE (*Wiener Medizinische Presse*, 1894, nos 30, 31, 32, 33). — Il s'agit dans ce travail d'une monographie de la scoliose sciatique, publiée à propos d'une observation, et fondée sur des recherches bibliographiques. La discussion des

diverses théories pathogéniques émises par les auteurs sur cette déformation occupe la plus grande partie de l'article.

Paralysie générale progressive juvénile (Progressive Paralyse im Pubertætsalter), par Sacki (*Münchener med. Woch.*, 31 juillet 1894, n° 31, p. 617). — Après avoir rappelé la rareté de la paralysie générale juvénile — 17 cas publiés jusqu'ici, — l'auteur expose l'observation qu'il a recueillie. Jeune fille âgée de 15 ans, dont le père était nerveux. Elle fut prise l'année précédente d'une attaque d'aphasie transitoire, qui se répéta de la même façon trois mois après; l'un et l'autre avaient persisté pendant une demi-heure. A la suite de ces accès on constata que la parole demeurait embarrassée. Les règles ne sont pas encore établies. Il n'existe pas de troubles du fond de l'œil ni de nystagmus: les pupilles sont inégales et réagissent imparfaitement à la lumière. Il n'y a pas de tremblement de la langue. Les réflexes tendineux sont exagérés. L'embarras de la parole est typique. L'écriture est tremblée et inégale, l'orthographe est perdue. Au point de vue mental, la malade est restée enfant. Ultérieurement des contractions fibrillaires se montrèrent dans les muscles de la langue. Le traitement spécifique, mal toléré, fut abandonné.

Traitement de l'épilepsie (Some recent mesures in the treatment of epilepsy, with special reference to the use of opium), par J. Collins (*The medical Record*, 22 septembre 1894, n° 1246, p. 355). — Après un exposé critique des nombreux traitements qui ont été préconisés contre l'épilepsie, l'auteur rapporte les essais comparatifs qu'il a tentés, sur 36 malades, dont 16 hospitalisés et 20 de son dispensaire, pour contrôler les résultats annoncés par Flechsig sur les effets curatifs de l'opium dans le mal comitial. Les résultats consignés dans deux tableaux statistiques lui permettent de conclure: que la méthode opiacée — qui consiste à l'administrer sous forme d'extrait d'opium en pilules, à des doses progressives, pendant six semaines — n'est pas spécifique, dans le traitement de l'épilepsie. Dans tous les cas où ce procédé a été employé, des rechutes se sont produites dans un temps variable entre cinq semaines et cinq mois. Néanmoins dans les cas récents d'épilepsie essentielle il est possible de le recommander: l'opium alors paraît aider aux effets du bromure.

Contribution à la localisation du sens musculaire (A contribution to the localization of the muscular sense), par A. Starr et A. Mc Cosh (*The american Journal of the medical sciences*, nov. 1894, n° 27, p. 517). — Un homme, âgé de 21 ans, a reçu étant enfant un coup terrible sur la tête, suivi aussitôt de perte de connaissance prolongée; un choc au même endroit a déterminé, 11 ans après, le retour avec aggravation de mêmes accidents compliqués d'accès de manie. La trépanation ne permet de découvrir qu'un amas de veines distendues qu'on excise. L'opération est suivie de guérison au bout de dix jours. On constata après l'opération de l'incoordination motrice du membre supérieur et de la main droite, ainsi que la perte du sens musculaire dans les mêmes parties, troubles qui n'existaient nulle part ailleurs; l'auteur les croit en rapport avec les lésions déterminées par l'opération; le sens musculaire serait localisé à l'union de la pariétale supérieure avec la pariétale inférieure.

Sur l'acromégalie, par Kalenders (*Rev. intern. de méd. et de chir.*, 25 oct. 1894, n° 20. p. 357). — La première observation, celle d'un homme âgé de 40 ans, comme aussi la seconde qui concerne une femme, sont tout à fait conformes au type. Dans l'un et l'autre cas, l'affection aurait débuté par l'augmentation de volume des pieds.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie, par A. Manquat. Seconde édition, tome Ier, in-8°, Paris, J.-B. Baillière, éditeur, 1895.

Trop souvent la seconde édition d'un livre a de si frappantes ressemblances avec la première qu'on les pourrait confondre; on a même vu pour toute différence entre les deux un changement de millésime sur la couverture.

M. Manquat a su éviter cet écueil, et les modifications et additions abondent dans son traité élémentaire de thérapeutique: le premier volume compte, en effet, cent pages de plus que celui de la première édition. Néanmoins, l'idée directrice de l'ouvrage reste la même et la thérapeutique préconisée par l'auteur s'éloigne de plus en plus de l'empirisme.

Il y a deux ans, M. le Dr Thibierge a, dans la *Gazette* (1892, n° 1), fait un éloge mérité de ce livre; nous ne saurions que répéter ce qu'il a si bien dit. Insistons toutefois sur l'utilité du Traité élémentaire de thérapeutique autant pour l'élève que pour le praticien.

Les principales modifications portent sur l'antisepsie et les antiseptiques, le traitement des maladies de l'estomac, la thérapeutique de la diphthérie, l'utilisation des liquides organiques, etc. Cette simple énumération suffit pour justifier notre proposition du début: ce n'est pas une nouvelle édition, c'est un nouveau livre.

Catrin.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Etude critique sur les affections spasmo-paralytiques infantiles, par Marius Vassal.

Les autopsies pratiquées, de cas de rigidité généralisée et d'enfants ayant succombé à l'asphyxie, ont démontré l'existence d'une hémorrhagie méningée veineuse au niveau des centres moteurs du membre inférieur. Cette constatation peut faire supposer mais ne permet pas de conclure que la lésion soit la même dans les cas décrits par M. Marie sous le nom de tabes spasmodique infantile, aucune autopsie de ces cas n'ayant été faite.

L'hypothèse que ces cas ont pour lésion une absence primitive de développement du faisceau pyramidal, rend bien moins compte de la prédominance des symptômes aux membres inférieurs, de leur inégalité dans les deux moitiés du corps, de la présence possible de troubles intellectuels, de la constatation faite par Little de cas d'hémiplégie ayant son étiologie et sa distribution symptomatique.

L'étiologie nous apprend: 1° que l'accouchement prématuré, tout en étant la cause prédominante des formes légères de rigidité spasmodique, sans ou avec peu de troubles intellectuels, peut produire les formes généralisées compliquées de troubles psychiques; 2° de même, l'accouchement laborieux, l'asphyxie, tout en étant la cause prédominante des formes généralisées de la rigidité, peuvent produire les formes légères. Bref, il n'y a pas de rapport constant entre l'étiologie et la manifestation clinique. Les formes créées d'après les symptômes et l'étiologie n'ont qu'une valeur très relative; on peut observer toutes les combinaisons possibles dans l'association et l'intensité de leurs symptômes sans rapport fixe avec l'étiologie. Il y a lieu de faire intervenir les tares héréditaires ou acquises dans l'étiologie de la maladie de Little.

La pathogénie de la rigidité spasmodique basée sur la disposition anatomique du sinus longitudinal supérieur par rapport aux centres moteurs, disposition favorisant la production d'une hémorrhagie méningée ou réglant la topographie des lésions produites par des maladies diverses, infections, etc., explique complètement et mieux que tout autre les conditions anatomiques et étiologiques de la maladie de Little.

L'hémiplégie spasmodique infantile double (corticale) est une affection rare. Les cas où elle est assez généralisée pour perdre les caractères de l'hémiplégie spasmodique commune (prédominance aux membres supérieurs), semblent devoir être attribués en majorité à la maladie de Little. Quelques cas paraissent dus à des lésions cérébrales dont la pathogénie nous est inconnue et rien ne nous autorise à les rattacher à la maladie de Little.

D'autres fois l'hémiplégie cérébrale double a les caractères de l'hémiplégie spasmodique commune, prédominance aux membres supérieurs, absolument contraires à ceux de la maladie de Little. On peut observer dans l'hémiplégie spasmodique des mouvements de chorée et d'athétose.

Les mouvements de chorée et d'athétose observés dans les affections spasmo-paralytiques infantiles ne sont que des symptômes du groupe des spasmes, analogues à la contracture et ne peuvent par conséquent légitimer la création des entités morbides dites athétose double, chorée bilatérale à côté de la rigidité spasmodique et de l'hémiplégie spasmodique infantile double.

On les observe, également, dans la rigidité spasmodique infan-

tile et l'hémiplégie spasmodique bilatérale, et par conséquent leur constatation ne peut légitimer que la création d'une variété choréo-athétosique dans chacun de ces groupes morbides.

Il nous semble qu'on peut proposer une classification des affections spasmo-paralytiques infantiles dans le sens que nous indiquons.

VARIÉTÉS

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.

18e *liste.*

Souscriptions de Roumanie (*suite*). — Dr Ilfoveanu, 15 fr. — Dr Ratu, N.-D. Cucu, Sevastie Manca, J. Cerchez, A. Hoescu, chacun 10 fr. : 50 fr. — Dr C. Comaneanu, 6 fr. — Georges B. Georgescu, N. Gaspard, G. Dobriceanu, C. Selescu, le prêtre Rafael Zugravu, N. Grecescu, Al. Cameniza, C. Gorciu, Jonel Evrau, L. Max, Dr R. Chernbach, J. Rosenfeld, chacun 5 fr. : 60 fr. — Dr C. Bodescu, Dr Kolinsky, chacun 20 fr. : 40 fr. — Bernard Schönfeld, 15 fr. — A. Scemarof, J. Jonescu, J. J. Chihorcea, Dr D. Popescu, Dr Em. Florescu, Najor Ghiorghiu, Dr J. Soin, chacun 10 fr. : 70 fr. — E. Petrescu, Dr J. Erenica, chacun 6 fr. : 12 fr. — C. Balais, J. B. Kapri, Dr Adolph Klein, Dr D. Florescu, Jean Nestor, lieut. A. Vladescu, J. Mikale, Ernest Engel, chacun 5 fr. : 40 fr. — Gr. Raducanescu, Eracle Peisanos, Al. Sigmond, G. Gherasim, Masei Popovici, Al. Constantinescu, chacun 3 fr. : 18 fr. — Al. Raducanescu, frères Balos, C. Ghitzescu, G. Fatomir, N. N. C. Paraschivescu, C. Ballim, A. Popovici, chacun 2 fr. : 16 fr. — Dr S. Georgescu, 20 fr. — Dr Fellemac, Dr Cassasovici, Dr Calabb, Dr Georgescu, chacun 10 fr. : 40 fr. — Dr J. Corsin, Fabinu, Dr B. Mihail, Dr Dimitrescu, Dr L. Romasca, Dr Acontz, Dr Scursu, Dr Vernescu, Dr Miron, Dr Smeltz, Dr Cionac, chacun 5 fr. : 55 fr. — M. Fudoriu, 4 fr. — Fache Lazarescu, Georges Struseanu, Dr Zaremba, chacun 2 fr. : 6 fr. — J. Stefanescu, Costica Anghelescu, M. D. Cretzu, N. P. Michaescu, G. Velicu, chacun 1 fr. : 5 fr. — Dr Fotino, Dr Buiclin, chacun 40 fr. : 80 fr. — Dr V. Diémitrescu, 20 fr. — Dr Corvin, Dr Miclescu, Dr G. Corivan, chacun 10 fr. : 30 fr. — Dr Mihalcea, 6 fr. — Dr Crainiceanu, Dr Zigara, Dr Ziosu, Mihalescu, Barzanescu, V. Barsan, Dr Soin, Dr Oncoanu, J. Petrovici, Dr Chiritoiu, Dr M. Abramescu, Dr G. Beldiman, D. J. Vercescu, chacun 5 fr. : 65 fr. — Capitaine Bogdan, Israël Zon, E. Calyda, chacun 3 fr. : 9 fr. — Th. Coman, N. Russu, A. Bierniuschi, Dr V. Lazarescu, Georgescu, chacun 2 fr. : 10 fr. — Dr Obregia, 58 fr. — Dr Draghiescu, Dr G. Cosma, chacun 10 fr. : 20 fr. — Dr J. G. Nanu, Napoleon Stefanovici, Dr Besnea, D. Samandi, Dr A. Popovici, Sh. Colescu, Dr A. Atanasio, Dr G. Antipa, Dr Andronescu, Dr Hepites, Dr G. Scurea, chacun 5 fr. : 55 fr. — Dr Jurescu, N. Vintilescu, C. M. Constantinescu, chacun 3 fr. : 9 fr. — N. Sivescu, Z. Berman, E. Stervan, Dr Hristodorescu, F. Rasine, chacun 2 fr : 10 fr. — D. Cisadorm, G. Dimitrescu, Gr. J. Oprescu, chacun 1 fr. : 3 fr. — D. E. Pop, E. Proca, Dr Manicatide, chacun 5 fr. : 15 fr. — Dr C. Constantinescu, Dr J. Butarescu, Bassarabianu, K. P. Mavromichale, Elise G. Grossu, A. Marech, A. Embericos, Etienne N. Véron, chacun 20 fr. : 160 fr. — Dr Meculescu, 10 fr. — Capitaine N. J. Danescu, Léopold Weintraub, Herescu, G. Olanescu, A. Georgescu, N. Constantinescu, J. Brandus, Gr. C. Kierlescu, F. Lifft, Dr Muller, G. Schirkanyer, Dr Radulescu, chacun 5 fr. : 60 fr.

(*A suivre.*)

Déclaration obligatoire des maladies épidémiques. — L'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 relative à l'exercice de la médecine prescrit à tout docteur de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas épidémiques tombés sous son observation. Les conditions de cette déclaration ont été réglées par l'arrêté ministériel du 30 novembre 1893 et la circulaire du 1er décembre suivant.

Il était nécessaire de déterminer avec exactitude les obligations qui, du fait de cette loi, incombent aux médecins militaires. Après entente avec le ministre de l'intérieur, MM. les ministres de la guerre et de la marine ont décidé que ces médecins seraient astreints de faire à l'autorité civile la déclaration sus-indiquée lorsque les malades soignés par eux, officiers, sous-officiers, employés militaires et leur familles demeureraient en ville, mais qu'ils seraient tenu d'avertir seulement l'autorité militaire dont ils relèvent quand il s'agirait d'officiers ou d'hommes de troupe logé dans une caserne ou établissement militaire quelconque.

Dans ce dernier cas, c'est au commandant militaire qu'il appartient d'informer l'autorité civile des épidémies observées, de même que celle-ci doit, en vertu d'un accord intervenu depuis plusieurs années, prévenir les chefs militaires des faits pouvant intéresser la santé de l'armée parvenus à sa connaissance.

Ces dispositions ont été notifiées aux gouverneurs militaires de Paris et de Lyon et aux généraux commandant les corps d'armée par une lettre collective de M. le ministre de la guerre du 2 mai 1894, et aux préfets maritimes et chefs du service de la marine par la voie du bulletin officiel.

La déclaration des maladies épidémiques devant être faite aux autorités civiles, c'est à ces autorités qu'incombe le soin de délivrer aux médecins militaires, au même titre qu'aux médecins civils, le carnet nécessaire à cet effet. Le ministre de l'intérieur vient en conséquence d'inviter les préfets à prendre les mesures nécessaires pour que chaque médecin de l'anmée résidant dans leur département soit prochainement pourvu de ce carnet.

Les maires seront tenus de porter immédiatement à la connaissance de l'autorité militaire tous les faits épidémiques parvenus à leur connaissance tant dans les salles de garnison que dans les localités que la troupe doit occuper ou traverser pendant les marches ou les manœuvres.

Nécrologie. — Une foule nombreuse de médecins, d'artistes, de savants et d'écrivains accompagnait hier le convoi de M. le Dr Gérard Piogey, médecin en chef de l'asile de la Providence, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de 74 ans. Notre confrère était, en effet, non seulement un médecin très répandu, mais encore un homme de goût et un philanthrope. Comme secrétaire de la *Société centrale*, il a, durant de longues années, servi avec désintéressement les intérêts du corps médical parisien.

Nous avons aussi le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Bonnafous (de Salindres) qui vient de succomber aux suites d'une diphthérie.

Officiat. — Par arrêté en date du 20 novembre, les étudiants en médecine bacheliers ès lettres ou bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), régulièrement inscrits en vue du grade d'officier de santé, sont autorisés à se présenter à l'examen du baccalauréat ès sciences restreint pendant les sessions qui seront ouvertes à cet effet en mars-avril, et, une dernière fois, en juillet-août 1895.

Souscription pour élever un monument à Danielssen. — Le grand médecin et investigateur qui pendant plus de cinquante ans a déployé son activité à Bergen et a occupé sans contredit la première place parmi les auteurs qui ont fait connaître la lèpre, est mort à l'âge de 79 ans. Son livre *Om Spedalskhed*, fait en collaboration avec C. W. Bœck, est un patrimoine commun pour tous les médecins. Son action bienfaisante pour l'humanité dans l'hôpital de Lungegaarde et les grands services qu'il a rendus à tous les lépreux de son pays doivent nous servir d'exemple. Son souvenir vivra toujours dans le monde scientifique. Les médecins de toutes les nations en donneraient un témoignage en se groupant dans une action commune pour lui élever un monument.

On peut verser les souscriptions chez tous les membres du comité :

M. E. Besnier, 59, boulevard Malesherbes, Paris; Campana, Rome; Doyon, Lyon; Hallopeau, 91, boulevard Malesherbes; Haslund, Copenhague; N. Hyde, Chicago; Jullien, 12, Chaussée-d'Antin; Kromayer, Halle; G. Lewin, Berlin; Neumann, Vienne; v. H. Noman, Amsterdam; v. Petersen, Saint-Pétersbourg; Riehl, Vienne; Schwimmer, Buda-Pesth; Unna, Hambourg; Wolff, Strasbourg; C. Bœck, Christiania; Caspary, Kœnigsberg; v. During, Constantinople; A. Hansen, Bergen; V. Janowski, Prague; Kaposi, Vienne; Lassar, Berlin; Neisser, Breslau; Œdmansson, Stockholm; Pringle, Londres; Schiff, Vienne; Thibierge, 7, rue de Surène, Paris; Welander, Stockholm; Zeisler, Chicago.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT



REVUE GÉNÉRALE

Traitement chirurgical des tumeurs cérébrales, par Félix TERRIER, professeur de médecine opératoire à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Bichat. (Leçon recueillie par Marcel BAUDOUIN, préparateur du cours.)

Messieurs,

L'histoire du traitement chirurgical des tumeurs cérébrales peut se résumer en quelques mots. Elle date du Congrès international de médecine de Berlin en 1890, où s'est produite à ce sujet une discussion intéressante qui s'est continuée en 1893 à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg et au Congrès de la British medical Association à Newcastle.

Mais déjà, aux Etats-Unis, Allen Starr (de New-York) (1) et W. Keen (de Philadelphie) avaient donné à cette question une sérieuse impulsion, lorsque Bergmann (de Berlin), Mac Ewen (de Glasgow) et surtout Victor Horsley (de Londres) vinrent à s'en occuper d'une façon toute spéciale. En France, nous devons citer surtout les tentatives opératoires de M. Just Lucas-Championnière et le livre publié récemment par M. Chipault (2), où l'on trouvera rassemblés la plupart des éléments anciens du problème à résoudre.

Les tumeurs cérébrales sont d'espèces multiples et leur diagnostic reste, dans la majorité des cas, d'une grande obscurité. Assez fréquentes en Australie, sous forme de tumeurs kystiques dues au séjour et au développement intra-cérébral de vers spéciaux (Cœnures), elles sont relativement moins communes, mais encore assez fréquentes, dans nos pays. Leur nature varie beaucoup. D'après les statistiques d'Allen Starr, de Hale White (3), de Bernhardt, on peut en citer une vingtaine d'espèces déterminées, dont voici les plus communes : les tuberculomes, les gliomes, les sarcomes, les hydatides, les carcinomes, les kystes, les gommes, les glio-sarcomes, les myxomes. Les plus rares sont : les ostéomes, les névromes, les psammomes, les papillomes, les fibromes, les cholestéatomes, les lipomes, les angiomes, les kystes dermoïdes, les enchondromes, les lymphomes, etc., qui sont d'ordinaire des tumeurs semi-malignes.

Leur volume peut être assez considérable. J'ai eu l'occasion de voir à Londres M. Horsley enlever un fibrome du volume de la moitié de mon poing et je sais, d'autre part, qu'il a pu enlever un enchondrome encore plus gros.

Il me faudrait insister, dès maintenant, sur la nécessité de considérer comme tumeurs les syphilomes qu'un certain nombre de médecins ne veulent traiter que par les moyens médicaux ; mais je reviendrai sur ce point. Je préfère me borner à vous signaler ici leur siège le plus fréquent. D'après Allen Starr, on a compté pour le cervelet 96 tumeurs, dont 43 étaient multiples. On en a trouvé pour la protubérance annulaire et le pont de Varole, 38 ; pour le centre ovale et le corps calleux, 35 ; pour les ganglions centraux, 27 ; pour les tubercules quadrijumeaux, 11 ; pour la base du cerveau, 8 ; et pour le 4e ventricule, 5. Comme on le voit, la plupart ne ressortissent pas de la chirurgie. Il n'en a guère été vu, en effet, que 21 sur 300 pour l'*écorce cérébrale ;* et même, pour M. Gérard-Marchant, une fois sur quatorze seulement, la tumeur est accessible (1). La médecine opératoire n'a donc, en somme, à intervenir dans cette question de pathologie que dans des cas exceptionnels.

Les signes fournis par ces tumeurs sont de deux ordres : 1° les signes de *localisation* ; 2° les signes de *compression.* Nous sommes très heureux de posséder les premiers qui, généralement, nous fixent sur le siège précis du néoplasme. Mais il ne faut pas cependant s'y fier d'une manière absolue. Plusieurs médecins anglais, et en particulier Byrom Bramwell (2), ont montré que, dans nombre de circonstances, ces symptômes pouvaient induire le chirurgien en erreur ; et, en réalité, on s'est trompé plusieurs fois. S'appuyant sur ces signes, on arrive de la sorte à établir, par l'étude minutieuse des symptômes, de *fausses localisations* qui s'expliquent d'ailleurs très bien. On conçoit sans peine, en effet, qu'une tumeur placée, par exemple, sur le trajet des fibres sortant de l'écorce cérébrale, produise les mêmes effets que si elle s'était développée dans le point d'où partent ces tractus nerveux.

Il n'en reste pas moins acquis que dans tous les cas où il y a des phénomènes de localisation très nets, il faut voir ce qu'il y a, et, opérant dans ces conditions, on fera

(1) *Medical News*, 12 janvier 1889.
(2) *Chirurgie des centres nerveux.* Paris, 1894.
(3) *Guy's Hospital Report*, 1886.

(1) *Traité de chirurgie*, t. III, p. 638.
(2) BYROM BRAMWELL (Edimbourg). — *On intra cranial surgery ;* in *Edimb. Med. Journal*, n° CDLXVIII, juin 1894, p. 1067 (Communication à la *Med. Surg. Soc. of Edinburg*, 21 février 1894).

bien rarement une intervention inutile. A supposer même qu'on ne trouve rien, qu'on ne fasse qu'une trépanation exploratrice, on n'en soulagera pas moins considérablement le malade, comme l'ont bien montré W. Keen, V. Horsley et J. Lucas-Championnière.

C'est qu'on fait disparaître de la sorte ou tout au moins on diminue notablement les *symptômes de compression*, qui sont si importants dans nombre de cas de tumeurs cérébrales. Ce sont d'abord les douleurs atroces qui empêchent le patient de dormir et sont souvent localisées en un point du crâne; puis des vomissements incoercibles, incessants; des vertiges épileptiformes, etc. Or, ces symptômes si pénibles sont très fréquemment calmés par une intervention incomplète; et, somme toute, la trépanation sans ablation de la tumeur fournit encore des résultats relativement merveilleux.

Jusqu'à la névrite optique, cette complication si curieuse des néoplasmes cérébraux, qui s'est trouvée modifiée par l'opération.

On sait en quoi consiste cette *Stauungs-papille*, comme disent les Allemands, et à quoi on attribue cette saillie appréciable de la papille, ce gonflement qui n'est que la conséquence d'une dilatation des vaisseaux (1). C'est A. von Græfe qui, le premier, a signalé la relation de cette lésion avec une altération des centres nerveux et surtout avec les tumeurs du cerveau, et mentionné l'action de ces dernières sur les veines centrales de la rétine. Il en résulte une cécité progressive, qui devient totale et irrémédiable dès que l'atrophie papillaire est complète.

Or, on a constaté que la simple trépanation arrêtait la marche ascensionnelle de ces troubles oculaires, en diminuant la compression intra-cérébrale, et améliorait la vision. C'est là une constatation fort intéressante et jusqu'à présent peu connue, au moins dans notre pays, et évidemment un champ nouveau à explorer pour les chirurgiens.

La *thérapeutique* de cette affection est due presque tout entière aux recherches de W. Keen et de V. Horsley. Quelques-unes de ces tumeurs sont susceptibles d'être traitées par des moyens médicaux, en particulier les tubercules et les syphilomes. Mais il ne faut rien exagérer sur ce point. Certains médecins y insistent trop. Pendant de trop longs mois, ils abusent des médications, spécifiques ou non, et perdent ainsi un temps précieux. La structure du système nerveux central étant assez délicate, il se fait une altération rapide des éléments cellulaires, suivie d'une atrophie irrémédiable quand la cause de ces accidents persiste un certain temps. Ce qui se passe et se voit du côté de la rétine, qui n'est qu'un prolongement extra-crânien de ces centres, démontre bien d'ailleurs à quelles conséquences on est entraîné si l'intervention tarde trop. Des lésions, contre lesquelles on ne peut rien, s'installent à la longue; les éléments nerveux se rétractent, s'atrophient et dégénèrent à distance; ils perdent à jamais leurs fonctions.

On ne saurait donc trop protester, avec Gowers, Keen et surtout Horsley (2), contre l'abus du traitement spécifique dans les syphilomes en particulier. Le chirurgien anglais admet bien que l'on essaie l'iodure de potassium dès que le diagnostic est soupçonné; mais il a raison de dire qu'il faut y recourir pendant six semaines au plus. Passé ce temps, on doit songer de suite à l'opération, si l'amélioration des phénomènes de compression ne s'est pas manifestée d'une façon sensible. C'est, d'ailleurs, toujours la même question qui se pose, qu'il s'agisse d'une tumeur cérébrale ou d'un cancer de la langue, par exemple. Il ne faut jamais tergiverser; dès qu'une opération est indiquée, on doit l'exécuter sans trêve ni merci. C'est un axiome de chirurgie, qui s'applique aussi bien aux lésions intra-crâniennes qu'aux affections des autres organes.

Le fait se passe malheureusement trop fréquemment encore, non seulement pour le cerveau, mais pour l'intestin et l'estomac. On nous adresse trop tard les malades et souvent, dans ces conditions, nous sommes obligé de nous borner à des incisions exploratrices. Il est donc absolument indispensable que les praticiens n'oublient pas qu'il y a des limites à la médecine, comme il y en a à la chirurgie.

Le traitement *chirurgical* des tumeurs cérébrales est de deux ordres : il peut être soit radical et curatif, soit seulement palliatif. Cette distinction, un peu laissée dans l'ombre jusqu'à ces dernières années, est pourtant très importante à établir; et V. Horsley y a insisté avec raison. C'est qu'en effet le traitement palliatif produit, au dire des chirurgiens anglo-américains, des effets très réels. Non seulement il entrave la maladie dans sa marche; mais il amène une amélioration indiscutable dans l'état du patient. Tous les symptômes si pénibles, que nous avons précédemment énumérés, s'atténuent et même parfois disparaissent; les douleurs surtout — et on sait combien elles sont intenses et intolérables — diminuent au point de laisser quelque répit à l'opéré.

Ce traitement palliatif s'applique principalement aux tumeurs des parties centrales, aux tumeurs multiples ou diffuses, superficielles ou non, qui envoient à la périphérie ou dans le cerveau des prolongements impossibles à suivre; aux lésions malignes elles-mêmes. Dans ces cas, en ouvrant largement la cavité crânienne, on remédiera aux accidents douloureux de la tête, souvent si horribles; aux vomissements incoercibles; à la cécité même, en arrêtant la marche progressive du phénomène de la *Stauungs-papille*. Cette notion, véritablement neuve, a été bien posée par Victor Horsley, qui a eu le mérite de conseiller fermement l'intervention dans ces faits, en apparence désespérés. Elle a été de suite acceptée par beaucoup de chirurgiens anglais et chez nous par mon ami M. Gérard Marchant, dans son article du *Traité de Chirurgie* (1).

Le traitement curatif, il est à peine besoin d'y insister aujourd'hui, s'adresse au contraire aux lésions bénignes, aux tumeurs de l'écorce, et en particulier à celles qui sont nettement enkystées, facilement accessibles, commodément énucléables, sans que l'on s'expose à des dégâts opératoires importants; c'est-à-dire aux tumeurs semi-bénignes, aux fibromes, aux sarcomes, aux myxomes, etc.

Abordons maintenant la technique de l'opération elle-même. D'un commun accord, l'opération ne doit pas être faite en un seul temps. Dans une première intervention, on ouvre la boîte crânienne; puis on laisse ainsi l'opéré pendant quelques jours. Dans un deuxième temps, on intervient directement, quand faire se peut, sur la tumeur. C'est qu'en effet, pour Keen, pour Horsley, la lésion est trop sérieuse pour être attaquée en une seule opération, et ce n'est qu'en prenant la précaution de scinder en deux l'acte chirurgical qu'on évitera les morts par choc, qu'on obtiendra pour cette affection des résultats thérapeutiques dignes de la chirurgie moderne, c'est-à-dire d'excellentes statistiques. J'insiste, et vous

(1) D'après Schwalbe et Panas, cette turgescence de la papille serait la conséquence de la présence de liquide dans la gaine sous-vaginale du nerf optique. Pour M. Parinaud, il s'agirait d'un œdème lymphatique dans la gaine du nerf optique due à une hydropisie ventriculaire. Deutschmann a pensé qu'il n'y avait là qu'une infection de la lymphe; mais cette théorie microbienne est à rejeter.

(2) *Congrès de Berlin*, août 1890.

(1) *Loc. cit.*

comprendrez aisément pourquoi, sur cette remarque qui jusqu'à présent ne semble pas avoir frappé les opérateurs français.

L'ouverture du crâne peut se faire de bien des façons et en réalité varie suivant les pays. En France, on a surtout recours au trépan, qui n'est qu'une modification adaptée aux besoins de notre chirurgie actuelle de l'instrument de Bichat. On multiplie les couronnes de trépanation, fait sauter à la gouge ou mieux à la pince coupante la partie osseuse qui reste entre les pertes de substance, et agrandit ainsi suffisamment l'ouverture. Parfois, pour éviter l'emploi des pinces ou du maillet, on utilise le petit trépan de Farabeuf que vous connaissez tous, que je vous présente, mais que je ne puis décrire ici. Cette manière de faire a quelques inconvénients : On peut léser assez facilement la dure-mère ; l'opération dure longtemps, et l'hémorrhagie peut être assez abondante. D'un autre côté, la perte de substance osseuse n'est pas ordinairement réparable. Mais, ce qui est le plus néfaste dans ce procédé, c'est certainement la durée de l'ouverture du crâne, alors qu'il importe d'opérer le plus rapidement possible pour éviter le choc. Mon ami J. Lucas Championnière et moi-même y avons pourtant eu recours jusqu'ici ; mais je vous avoue qu'à cette époque je ne connaissais pas le manuel opératoire utilisé en Angleterre et en Amérique.

En Allemagne, on a recours aux larges lambeaux cutanés et ostéo-périostiques, taillés sur la surface du crâne, de façon à avoir un pédicule inférieur, et à l'aide de la gouge et du maillet. Cette manière de faire a été acceptée et défendue chez nous par MM. Poirier (1) et Chipault ; je la crois cependant inférieure au procédé anglo-américain, et même nuisible pour le malade. Le choc cérébral dans ces conditions doit être assez intense ; en tout cas, toute percussion sur la tête avec un lourd marteau me paraît mauvaise et je me dispense autant que possible de ce martellement. D'ailleurs je me rallie sur ce point à l'expérience des chirurgiens anglais, expérience qui est fort respectable.

Le seul inconvénient de leur manière de faire est qu'on ne peut pas réappliquer sur la brèche l'os émietté avec la scie ; mais cette restauration, si elle s'explique dans les lésions traumatiques, n'est nullement indispensable et souvent même est contre-indiquée, quand on désire à tout prix obtenir une diminution de pression dans l'intérieur de la cavité crânienne. En tout cas, voici comment les opérateurs d'outre-mer procèdent ; et les détails que je vais vous donner vous intéresseront peut-être, quand j'aurai ajouté que j'ai pu les étudier moi-même, au cours d'une récente visite dans le service de M. Victor Horsley, et suivre l'application de cette méthode pendant les opérations qu'a bien voulu exécuter devant moi l'habile chirurgien de Londres.

M. Horsley, qui a abandonné le trépan et les pinces coupantes, se sert aujourd'hui de plusieurs instruments, qui reposent tous sur le principe du tour des dentistes, appliqué, comme vous le savez, en France, à des appareils de chirurgie osseuse, appelés chez nous Polytritome de Péan (fig. 1) et Scie du professeur Ollier (2). Ce sont de petites scies fixes, actionnées par des appareils moteurs identiques à ceux des tours à fraiser.

L'un de ces modèles a été imaginé par M. le Dr M. H. Cryer (de Philadelphie), et il a été figuré dans un travail

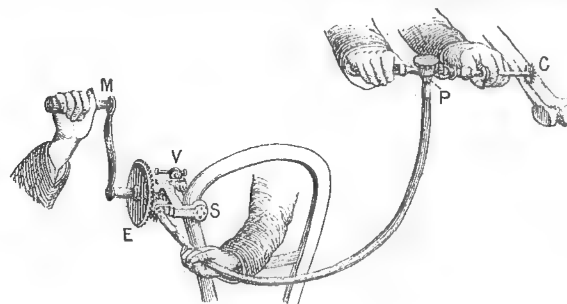


Fig. 1. — Polytritome de M. Péan.

qu'il a publié en commun avec MM. W. W. Keen et J. K. Mitchell (1). Le moteur, comme le montre la fig. 2,

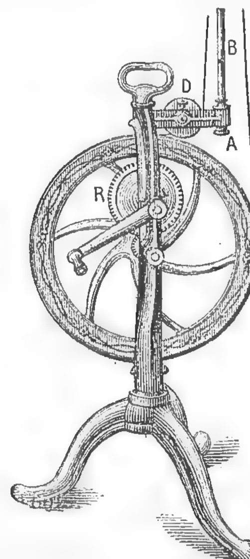


Fig. 2. — Moteur à main de la scie du Dr Cryer. — *Légende :* *R*, roue dentée ; *D*, poulie de réflexion pour le câble de transmission ; *B*, support du câble ; *A*, vis de réglage.

ressemble assez à un tour de dentiste ; mais ici la roue dentée (R), qui actionne le grand volant, régulateur du mouvement, est actionnée à l'aide d'une manivelle à main et non par l'intermédiaire d'une pédale. Ce tour peut actionner plusieurs sortes d'instruments et en particulier une scie circulaire (fig. 3) ou un ostéotome spiral

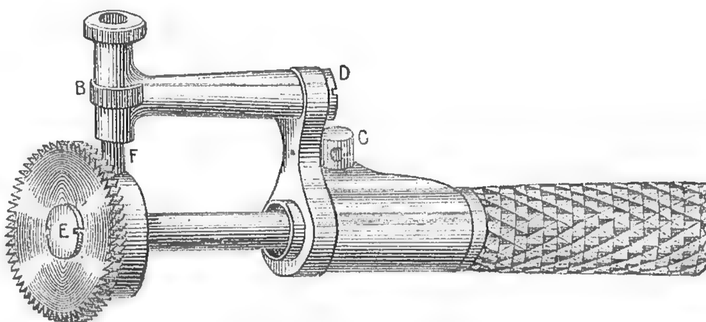


Fig 3. — Scie circulaire (*saw and guard*) du Dr Cryer.

(1) Poirier, *Topographie crânio-cérébrale*, 1890.

(2) Un médecin lyonnais, M. le Dr E. Destot, a présenté au dernier Congrès de Chirurgie à Lyon, un Polytritome de Péan, actionné, non plus par un volant à main, mais par une petite dynamo, mue par un puissant accumulateur. Cette ingénieuse application de l'électricité permet d'espérer que le nouvel instrument pourra être utilisé pour la trépanation ; l'ancien modèle en effet manquait de commodité, de régularité et de force (*Rev. des Instr. de Chir.*, 1er novembre 1894).

(1) W. W. Keen, J. K. Mitchell, M. H. Cryer, *Removal of Gasserian Ganglion as the last of fourteen operations in thirteen years for tic douloureux, with a description of the trephine employed.* Communication à la *Philad. County med. Soc.* (14 février 1894) ; in *International medical Magazine Advertiser*, mai 1894, n° 4, vol. III, p. 289.

(fig. 4), dont l'usage paraît très commode et à recommander.

Cette année même a paru (1) la description d'un autre instrument dû à M. Crosby M. Wright (de Philadelphie)

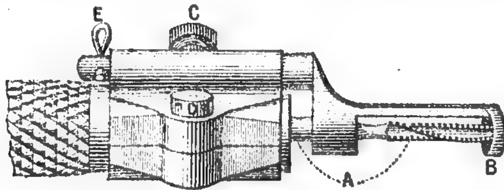


Fig. 4. — Ostéotome spiral (*Spiral ostéotome*) du Dr Cryer.

et assez analogue à l'ostéotome de Cryer. Il est mû par une double roue, c'est-à-dire par l'appareil appelé *Bicycle* en Amérique (mais qui n'a rien d'analogue à une bicyclette), ou bien par l'électricité. On peut y monter une tréphine, pour percer le crâne, ou une pièce pourvue de trois ou quatre rainures dentelées, représentée sur la fig. 5.

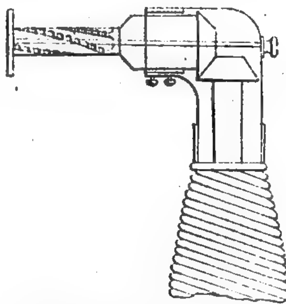


Fig. 5. — Instrument de M. C.-M. Wright (*Bone-cutter*).

En Angleterre, on a construit des scies analogues et, sur les indications d'opérateurs de ce pays, un fabricant de Londres a imaginé des modèles de scie rectiligne (fig. 6) et circulaire (fig. 7), dites scies de Hawskley,

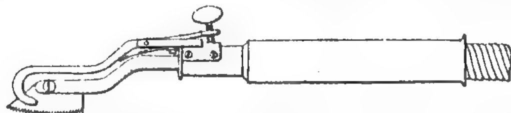


Fig. 6. — Scie rectiligne d'Hawskley, mue par l'électricité.

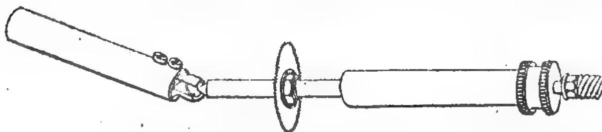


Fig. 7. — Scie circulaire d'Hawskley, mue par l'électricité.

qui sont actionnées par l'électricité. Les figures ci-jointes 6 et 7 montrent de quelle façon on doit s'en servir et je n'insiste pas. J'ajoute seulement que V. Horsley fait actuellement construire à Londres un nouveau type de scie de Cryer, dont, grâce à l'amabilité de ce chirurgien qui m'en a adressé un croquis ces jours derniers, je puis vous soumettre aujourd'hui le schéma (fig. 8).



Fig. 8. — Schéma de la scie d'Horsley, actuellement en construction à Londres.

Cet instrument représente une sorte de meule coupante en acier dur, qu'on presse contre l'os au moment où elle tourne avec une notable vitesse, une fois la première couronne de tréphine enlevée (1). On agrandit de la sorte la perte de substance osseuse; la plaie faite par cette scie spirale a un demi-centimètre de largeur. La tige active a environ cinq centimètres de haut et présente à sa partie inférieure un guide (*guard*) pour protéger la dure-mère. C'est en somme un perfectionnement des modèles de Cryer et de Wright, adopté désormais par Horsley, qui, au début, usait des scies droites et circulaires de Hawskley.

Grâce à l'emploi de ces appareils, on arrive à faire au crâne de vastes pertes de substance, sans déterminer la moindre commotion cérébrale; et j'ai vu Horsley enlever ainsi près de la moitié de la calotte crânienne d'un côté de la tête. On s'habitue vite au maniement de ces instruments, qui se fait d'ailleurs assez rapidement. Cette technique m'a beaucoup frappé lors de mon dernier voyage en Angleterre, et j'attire toute votre attention sur elle. De cette façon, on réduit au minimum possible le fracas à faire sur le cerveau, et diminue certainement dans une proportion très notable le choc opératoire.

Lors du premier temps de l'intervention, la dure-mère, non ouverte, est laissée absolument intacte; s'il se produit à ce moment une hémorrhagie osseuse, on appliquera sur le point qui saigne un peu de la pâte antiseptique (cire stérilisée et acide phénique), dont l'emploi a été vanté par Just Lucas-Championnière dans notre pays, et que j'ai utilisée moi-même à diverses reprises. Cela fait, à l'exemple des chirurgiens anglais, on rabattra le lambeau cutané sur la brèche faite au crâne; on suturera ce lambeau soit à l'aide de crins de cheval (Horsley), soit avec du crin de Florence, de la soie ou du catgut aseptique, et appliquera un pansement antiseptique ou aseptique.

Ce n'est que le deuxième ou le troisième jour qu'on passera au *deuxième temps* de l'opération, quand le malade sera remis du premier traumatisme. Au cours d'une seconde anesthésie, on désunit le lambeau cutané, le rabat, et attaque cette fois la tumeur elle-même. Si l'on s'aperçoit que la brèche n'est pas assez grande, on l'agrandit; mais, autant que possible, la première fois il faut faire une ouverture qui soit suffisante pour l'ablation ultérieure du néoplasme.

La voie étant largement préparée, on sectionne la dure-mère, soit circulairement, soit en X, soit par une incision cruciale, etc. On explore la cavité crânienne et la tumeur. C'est là un temps important. Il faut prendre tous les ménagements nécessaires, en sacrifiant, si besoin est, la dure-mère qui ne joue dans la réparation du crâne qu'un rôle contesté. On lie avec précaution et minutie tous les vaisseaux veineux ou artériels qui se trouvent au pourtour de la masse à enlever ou y pénètrent. Les veines sont surtout abondantes et il est indispensable de ne pas les déchirer en cherchant à isoler la tumeur avec une spatule mousse ou les doigts. On les lie avec de la soie ou du fin catgut. Pendant l'ablation, on peut employer provisoirement des pinces à pression. Pour l'énucléation, on peut inciser la pie-mère, voire même la substance cérébrale, mais à condition de se servir d'un tout petit bistouri, et d'agir bien perpendiculairement à la surface des circonvolutions pour léser le moins possible de fibres nerveuses.

Si la tumeur n'est pas énucléable facilement, si elle est diffuse ou présente des prolongements, on doit s'abstenir ou, à la rigueur, faire plutôt une sorte de curettage à l'aide d'une curette de von Volkmann. Mais cette opéra-

(1) Crosby M. Wright, *A new trephine and bone-cutter*, in *International medical Magazine Advertiser*, mai 1894, n° 4, vol. III, p. 263.

(1) En Angleterre, on se sert de préférence de la tréphine. L'usage du trépan français y est peu répandu.

tion n'a qu'une médiocre valeur. Il importe surtout de ne pas aller jusqu'aux ventricules, qu'il ne faut pas ouvrir. On peut enlever cependant de grosses tumeurs et, comme je vous l'ai dit, j'ai vu Horsley énucléer, sans trop de peine, à l'aide de spatules, un fibrome qui avait presque le volume du poing.

La tumeur enlevée, on lie les vaisseaux artériels profonds, on enlève les pinces qu'on a placées et on arrête l'hémorrhagie qui provient des veines périphériques. La zone dangereuse, au point de vue de la perte de sang, commence au voisinage de la scissure de Sylvius, près du sillon de Rolando, car là se trouvent de grosses artères superficielles, ou des vaisseaux importants logés dans le dédoublement des circonvolutions. Le néoplasme enlevé, les parties profondes font très rapidement saillie et la perte de substance produite est très vite comblée. Peu de temps après l'ablation, la concavité où était logée la tumeur n'existe plus. Cependant, pour éviter une hémorrhagie secondaire, il importe, au dire surtout de von Bergmann et de Bramann, de la tamponner; quant à Horsley, il use de bandes de gaze préparées à la manière de Lister, c'est-à-dire au cyanide de mercure et de zinc, qu'il applique directement sur le cerveau, de façon à établir une compression directe. Par-dessus ce tamponnement, on rabat le lambeau cutané et le réunit à la peau, sans drainage, après avoir placé ou non un ou deux points de suture sur la dure-mère, *abandonnant ainsi dans l'intérieur du crâne un corps étranger assez volumineux.* On recouvre le tout d'un pansement ordinaire.

On laisse en place ce tamponnement pendant vingt-quatre heures ; puis on détruit en un point la réunion par première intention et retire la masse de gaze chiffonnée.

Horsley tient personnellement assez peu à une réunion exacte de la dure-mère. Il ne replace pas de fragments osseux dans la brèche crânienne : ce qui se conçoit, puisqu'il cherche à maintenir la diminution de pression produite dans la cavité du crâne par l'ablation de la tumeur, et, ce qui serait assez difficile, étant donnés sa manière d'opérer et l'emploi exclusif de la scie.

Le principal accident opératoire est l'hémorrhagie, soit au niveau des téguments, soit au niveau des os, soit à la suite des lésions de la dure-mère ou des sinus. Quand on explore le cerveau et énuclée la tumeur, on peut avoir aussi un écoulement de sang en nappe. On pare à ces divers inconvénients par les procédés ordinaires : ligature, etc. ; ou à l'aide (1) d'injections de morphine (Horsley), d'ergotine (Keen) ou bien en recourant à l'antipyrine (Rosswel Park), à la cocaïne. W. Keen a une fois employé l'eau chaude à 115°-120° Fahrenheit; on en a conclu en France, — et la plupart de nos auteurs vont répétant cette hérésie, — que *l'eau bouillante* était un excellent hémostatique dans ces conditions. On a simplement confondu degrés Fahrenheit et degrés centigrades. C'est en réalité de *l'eau chaude* à 45° C. environ que W. Keen a utilisée avec profit. Il a obtenu aussi un succès avec le thermocautère, qui a moins réussi à Goodlee. On pourrait avoir recours aux pinces à forcipressure à demeure; mais il vaut mieux, en fait d'hémorrhagies secondaires, les éviter, autant que faire se peut, en recourant toujours à un tamponnement méthodique (Horsley). Pour diminuer cette tendance aux suintements sanguins, manifeste dans ces opérations, on a soin de recourir au chloroforme pour l'anesthésie : on sait, en effet, que l'éther congestionne fortement la face et les centres nerveux.

Les autres complications possibles sont la méningo-encéphalite, due à une infection opératoire, et la hernie

(1) Ferrari, *Académie de médecine de New-York,* 1889.

du cerveau, qui n'est que la conséquence d'une inoculation restant localisée. A ce point de vue, il ne s'agit donc que d'une question d'antisepsie ou d'asepsie. Quant à l'œdème aigu du cerveau, son existence même reste douteuse pour beaucoup de chirurgiens.

Les résultats thérapeutiques obtenus sont, on le comprend, variables avec les cas, avec le siège des lésions, etc. Quand la tumeur est opérée à temps et est énucléable, les résultats sont très bons : on obtient même des succès remarquables. Horsley, qui est un peu optimiste en ces matières, mais qui a sur ce sujet une expérience toute particulière, admet que la guérison est constante quand on intervient de bonne heure. Quand on attend trop longtemps et si la tumeur n'est pas énucléable, les résultats sont encore bons, car, en ouvrant seulement le crâne, on fait cesser la compression, amène la disparition des douleurs, du vertige, etc., et arrête les progrès de la cécité, quoique la tumeur continue à se développer.

Il en est, en somme, on le voit, pour les néoplasmes du cerveau comme pour ceux de tous les autres organes : les opérations précoces sont celles qui donnent les meilleurs résultats.

Jusqu'à présent, peu de statistiques importantes ont été publiées. Toutefois Knapp, sur 23 observations, a noté la guérison dans la moitié des cas ; et Horsley, au Congrès de Berlin en 1890, a cité plusieurs faits des plus encourageants.

On doit donc suivre l'exemple si convaincant de ce hardi chirurgien et, dès que le diagnostic est posé, recourir, dans la très grande majorité des cas, à une trépanation exploratrice. Si l'on a le malheur de tomber sur une tumeur impossible à enlever, on est certain du moins d'améliorer réellement l'état si pénible des pauvres malades.

TRAVAUX ORIGINAUX

Résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques (*Opération de Poncet*).
Etude critique basée sur 63 cystostomies, par M. E. Lagoutte, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

(*Suite.*)

En résumé, la continence de l'urèthre contre nature nous semble dépendre de plusieurs facteurs échappant, du reste, tous plus ou moins, à l'action du chirurgien. Longueur et direction du canal, tension des muscles droits, anneau cicatriciel rétractile autour du trajet et en particulier au point d'union de la muqueuse et de la peau, état de la capacité vésicale, tels sont les éléments qui ont chacun une part variable dans la production du phénomène.

Nous en aurons fini avec l'état de la fonction urinaire de nos anciens opérés, quand nous aurons parlé de quelques complications qui ont été observées.

Chemin faisant, nous avons déjà signalé l'éventration post-opératoire. Deux fois au moins (obs. 4 et 38), cette complication s'est produite. L'un des urèthres est actuellement oblitéré, l'autre a persisté, il est continent. Nous avons dit que les deux malades ne souffraient aucunement du fait de la hernie assez volumineuse qu'ils portent au niveau de la ligne blanche. C'est, en somme, une complication sans importance, qu'il est du reste facile d'éviter en prenant pendant l'opération quelques précautions que nous indiquerons plus loin.

On a accusé la cystostomie d'ouvrir une voie facile à

l'infection vésicale (Desnos). Au dire de certains auteurs, la cystite et à sa suite la pyélo-néphrite seraient fatales au bout d'un certain temps. Assurément, la brièveté du néo-canal est peut-être une cause d'introduction plus facile des germes, mais le terrain n'est pas propice à l'évolution de la lésion, une fois supprimées les causes de rétention. N'est-ce pas, dans une certaine mesure, le peu de longueur de l'urèthre de la femme qui explique la rareté plus grande chez elle de la cystite ?

En fait, voici ce que nous a appris à ce sujet l'observation de nos malades :

Ceux qui sont opérés pour des accidents mécaniques sans infection, conservent à la suite leurs urines claires. Assurément, nous ne nions pas la possibilité d'une telle complication. En particulier, les patients dont le méat hypogastrique est continent et qui sont forcés de se sonder par le nouvel urèthre, peuvent parfaitement infecter leur vessie. Mais il s'agit alors de cystites relativement bénignes, l'absence de rétention empêchant la propagation au rein. En outre, l'organe est sous la main, il peut être lavé et désinfecté avec la plus grande facilité.

Quant aux malades à vessie infectée au moment de l'intervention, beaucoup voient peu à peu les symptômes disparaître et les urines reprendre leur limpidité. Quelques-uns pourtant, dont les lésions sont plus anciennes ou plus profondes, conservent leur cystite plus ou moins marquée. Tel est le cas de M. Diday et d'un autre de nos prostatiques (obs. 29) dont les urines sont constamment restées louches et qui tous deux, comme nous le verrons plus loin, ont eu à plusieurs reprises des calculs dus à la persistance de ces phénomènes infectieux. Mais l'autopsie a prouvé chez M. Diday l'intégrité absolue des reins et M. G... (obs. 29), opéré depuis deux ans et demi, a une santé parfaite, un appétit excellent, à tel point que ce vieillard de 81 ans vient d'engraisser de plusieurs kilogrammes après un séjour de quelqes mois à la campagne. N'est-ce pas la meilleure preuve de l'absence de propagation de l'infection aux voies urinaires supérieures ? La cystite est donc exceptionnelle chez les cystostomisés dont la vessie était aseptique au moment de l'intervention. Existait-elle antérieurement ? sa disparition est fréquente, et si elle persiste, elle perd de sa gravité, le rein étant mieux gardé.

Nous sommes amené, maintenant, à dire quelques mots d'une complication liée du reste à la précédente, nous voulons parler de la production des calculs chez les cystostomisés. Ils sont, en effet, fréquents chez les prostatiques, et cela précisément en raison de l'état des urines qui, infectées, réalisent les conditions nécessaires à la production des phosphates et des carbonates. Il s'agit toujours, en effet, dans ces cas de calculs secondaires. Rien d'étonnant que le même phénomène s'observe chez les cystostomisés qui ont conservé de la cystite. Deux fois seulement nous l'avons constaté (obs. 2 et 29). Il s'agit, par conséquent, encore d'une complication rare et qui n'a pas pour cause l'ouverture vésicale. Du reste, rien de plus simple que de couper court aux accidents, puisqu'il suffit de dilater le méat abdominal pour explorer la cavité et extraire les productions calculeuses qui y ont pris naissance.

Toutefois, nous devons faire remarquer que la persistance de la cystite et la production secondaire des calculs s'observent surtout quand le méat abdominal est continent ou tend à le devenir. M. G... en est un exemple frappant. Par quatre fois déjà M. Poncet a dû élargir sa fistule et retirer des calculs. Au bout de quelque temps, quand la continence reparaît, les phénomènes douloureux ne tardent pas à revenir, eux aussi.

La moindre rétention exagère la cystite et provoque la reproduction des calculs. Ce qui nous amène à dire que, quelquefois, le mieux est l'ennemi du bien, et qu'il existe une catégorie de prostatiques avec cystite persistante, qu'il est préférable de rendre incontinents de parti pris.

Signalons encore, en terminant ce chapitre des complications, les légers phénomènes inflammatoires que l'on observe souvent au pourtour de la fistule, surtout quand les malades perdent toutes leurs urines. Le plus souvent il s'agit simplement d'érythème dû au contact irritant de l'urine. Quelquefois il se forme de petits abcès sous-cutanés. Rien de plus aisé, mais aussi rien de plus important que d'éviter ces accidents sans gravité en eux-mêmes, mais pouvant être l'origine de complications de nature infectieuse. Il suffit de soins de propreté réguliers et minutieux.

IV

Le manuel opératoire de la cystostomie est trop connu pour que nous voulions y insister. Nous sommes cependant obligé d'étudier les diverses tentatives faites en vue d'obtenir un urèthre hypogastrique continent.

Précédemment, nous avons vu que plusieurs éléments semblaient jouer un rôle dans la production du phénomène (longueur et direction du canal, tension des muscles droits, production d'un anneau cicatriciel fibro-élastique autour de l'orifice, etc.). Aussi s'est-on efforcé de réaliser ces conditions favorisantes par des modifications dans le manuel opératoire.

Pour ce qui est de l'incision et de sa direction, on s'est toujours borné au tracé vertical employé ordinairement dans la taille hypogastrique. Il ne saurait, en effet, être question de l'incision transversale suivant le procédé de Trendelenburg. Sur des sujets très musclés, à parois abdominales tendues, on pourra être conduit à pratiquer, de chaque côté, un léger débridement au niveau de l'insertion des droits, de façon à parvenir plus facilement sur la vessie. C'est une ressource dont il faut savoir se passer, afin de mieux conserver l'intégrité de la sangle constituée par les deux muscles (Poncet).

Où faut-il inciser la couche musculo-aponévrotique ? Dans la plupart des opérations pratiquées dans le service de M. Poncet, on a passé au niveau de la ligne blanche, entre les deux muscles. Pourtant, dans quelques cas, M. Jaboulay a pratiqué l'incision au milieu des fibres musculaires de l'un des droits, de façon à créer autour de l'orifice une sorte de boutonnière jouant le rôle de sphincter. Il ne semble pas qu'avec ce procédé les résultats fonctionnels aient été meilleurs.

L'incision de la ligne blanche doit conserver les dimensions les plus restreintes possibles. Il faut qu'elle soit suffisamment grande pour permettre de découvrir facilement la vessie et de manœuvrer à son aise, mais il est important de la restreindre afin d'éviter l'éventration consécutive observée chez deux malades. Au besoin, on mettrait quelques points de suture profonds qui iront diminuer l'étendue de la brèche créée dans la paroi musculo-aponévrotique de l'abdomen.

M. Poncet a insisté sur le point où l'on doit pratiquer la ponction de la vessie. D'après lui, il faut inciser aussi bas que possible, près du col, de façon à rendre oblique et plus long le trajet intra-pariétal du nouvel urèthre. Nous avons montré plus haut que les conditions de longueur et de direction du canal n'avaient qu'une importance relative dans la question de continence.

De plus, lorsqu'on incise très bas, il est très difficile de suturer exactement à la peau la partie inférieure de la plaie vésicale cachée derrière le pubis. Les fils tirent et coupent la paroi. C'est donc une condition défectueuse

au point de vue de la réunion et de la constitution définitive du canal (quand on tient absolument à ne pas voir se produire une oblitération secondaire). Enfin, dans l'observation que nous a communiquée M. Hartmann, il est dit qu'en voulant inciser bas on tomba sur la prostate très hypertrophiée, de telle sorte que l'on dut reporter plus haut l'incision vésicale. Le résultat fonctionnel obtenu dans ce cas particulier est pourtant relativement bon, puisque le malade garde ses urines au moins pendant la nuit, dans le décubitus dorsal. Pour toutes ces raisons, nous croyons qu'il n'est pas indispensable de reporter trop bas la ponction de la vessie, surtout si la pratique de l'opération en est rendue plus pénible. Toutefois, il ne faut pas oublier que l'incision basse met plus sûrement à l'abri de la blessure du cul-de-sac péritonéal et donne naturellement un urèthre plus long.

M. Poncet suture ordinairement la vessie à la paroi abdominale en prenant dans la suture tous les plans, muscles, aponévroses et peau. M. le Dr Guillemot, de Thiers (1), qui a pratiqué plusieurs cystostomies, pense qu'il y a avantage à suturer directement la vessie à la peau seule sans prendre les muscles. A notre avis, en se conformant à cette dernière manière de faire on rapproche plus exactement la peau de la muqueuse et la constitution du méat est plus parfaite. Cependant, au point de vue de la continence du canal, nous ne voyons pas qu'il y ait grand avantage et voici pourquoi. Lorsque l'obstacle prostatique est suffisant pour empêcher le retour de la fonction naturelle, le canal hypogastrique persiste, alors même que la juxta-position de la peau et de la muqueuse n'a pas été parfaite. Le trajet se recouvre fréquemment d'un revêtement cutanéo-muqueux. Il est plus long et de plus l'anneau fibreux qui se forme autour de lui est plus large et peut même jouer le rôle que nous avons indiqué précédemment.

On voit que toutes les modifications proposées à l'opération type de M. Poncet en vue de réaliser des conditions anatomiques favorables à la continence n'ont qu'une importance relative. Il fallait s'y attendre du reste, étant donnée la multiplicité des facteurs (longueur et direction du trajet, action des muscles droits, structure des parois, etc.).

Il n'existe pas de procédé opératoire assurant un fonctionnement sûr de l'urèthre abdominal des cystostomisés, tous les procédés qui ont été proposés n'ont pas donné de résultats constants.

Nous avons déjà signalé précédemment le procédé de M. Jaboulay, imité de celui de Witzel pour la gastrostomie et consistant à créer le trajet à travers le grand droit de l'abdomen. Plus récemment, M. Jaboulay (2) en a indiqué encore un autre, applicable aussi bien à la gastrostomie qu'à la cystostomie sus-pubienne. On crée aux dépens des parois vésicales un trajet oblique à travers la paroi abdominale.

Le nouvel urèthre se compose: d'un orifice cutané situé sur la ligne médiane d'une portion horizontale sous-cutanée, et enfin d'une portion antéro-postérieure à travers les fibres du grand droit de l'abdomen. De cette façon, la boutonnière musculaire joue le rôle de sphincter, et en outre, il serait possible de comprimer avec une pelote la partie horizontale sous-cutanée; on produirait ainsi une occlusion hermétique.

C'est fort bien, en théorie; malheureusement au bout d'un certain temps, les orifices profonds et superficiels arrivent à se superposer plus ou moins et l'on perd le bénéfice de la disposition opératoire primitive. En outre, il n'est pas toujours facile d'amener la vessie jusqu'à la peau, à travers ce chemin contourné. Nous avons pu voir dans le service de M. Poncet un malade opéré par M. Jaboulay d'après ce procédé. Le résultat obtenu ne fut pas meilleur que ceux auxquels nous sommes habitué par le procédé habituel.

(1) Guillemot, *Gazette hebdomadaire*, 1893.
(2) Jaboulay, *Gaz. hebd.*, 24 février 1894.

Il y a quelques mois, M. le Dr Wassilieff (1) exposait dans la *Gazette des hôpitaux*, sous le nom de « cystostomie idéale », une méthode séduisante au premier abord et qui méritait d'être mise en pratique. L'auteur se basait sur les résultats observés à la nécropsie d'un cystostomisé opéré dans le service de M. le professeur Tillaux. Le néo-canal était constitué uniquement par la muqueuse vésicale doublée d'une couche conjonctive sans éléments musculaires. Il semblait pourvu de deux sphincters, l'un à fibres lisses, résultant du glissement en arrière de la musculeuse sur la muqueuse, l'autre superficiel, strié, formé par les muscles droits. M. Wassilieff proposait alors de décoller la musculeuse de la muqueuse et de suturer simplement cette dernière à la peau, de manière à réaliser le dispositif observé. La manœuvre est possible: on peut, en repoussant avec l'index la musculeuse, en même temps que l'on maintient la muqueuse à l'aide d'une pince, arriver à séparer les deux couches de la paroi vésicale. Nous avons vu M. Curtillet, chef de clinique de M. Poncet, pratiquer la cystostomie ainsi comprise, sur deux malades (obs 51 et 54). Ces deux cas ont du reste été publiés dans la *Gazette des hôpitaux* (2). Une fois, la suture n'a pas tenu, le malade ayant des urines infectées. On ne peut donc rien en conclure. Dans la seconde observation, la réunion de la muqueuse et de la peau a été parfaite. Quinze jours après, à sa sortie, le cystostomisé avait une incontinence absolue. Depuis lors, le canal s'est constitué et le méat est devenu parfait. Pas une goutte d'urine ne s'écoule entre les mictions. Le malade se plaint même de l'étroitesse de son canal qui serait devenue telle que la vessie demanderait plus d'une demi-heure pour se vider complètement. Le seul conseil que l'on puisse donner à cet opéré, qui habite loin de Lyon, c'est de calibrer de temps à autre son nouvel urèthre, pour lui maintenir des dimensions rendant la miction facile. Le résultat fonctionnel deviendra ainsi excellent. Actuellement se trouve encore dans le service de M. le professeur Poncet un troisième malade opéré, il y a trois mois environ, d'après le même procédé. La réunion a également été parfaite, mais aujourd'hui les urines s'écoulent constamment et spontanément. Aussi avons-nous été forcé de faire construire à ce malade un urinal, pour lui rendre supportable son infirmité. De ces faits, se dégage cette conclusion déjà indiquée par M. Curtillet, c'est que la cystostomie idéale ne saurait s'adresser qu'à un nombre limité de cas, aux malades non infectés. Les résultats obtenus chez ceux-ci ne permettent pas de se prononcer jusqu'à présent. Peut-être une expérience plus prolongée sera-t-elle plus concluante.

En résumé, on voit que le chirurgien n'est pas maître de la fonction du canal qu'il crée. Il peut tout au plus la favoriser dans la mesure que nous avons indiquée.

V

La plus grosse objection que l'on puisse faire à la cystostomie, c'est de laisser souvent après elle une infirmité des plus pénibles pour le patient et pour son entourage. Nous avons vu, en effet, qu'un assez grand nombre d'opérés gardent un méat abdominal perméable et ont une incontinence plus ou moins complète. Il est donc de toute nécessité de rechercher les moyens les plus prati-

(1) Wassilieff, *Gaz. des hôpitaux*, 17 avril 1894.
(2) Curtillet, *Gaz. des hôpitaux*, 16 juillet 1894.

ques pour pallier cette infériorité physique. La question est de premier ordre, et nous sommes persuadé que le jour où l'on disposera d'un appareil parfait, applicable aux cystostomies incontinentes, les dernières objections contre l'opération disparaîtront tout à fait. Le problème est difficile et les nombreuses tentatives faites dans ce sens en sont la meilleure preuve.

Bonan, dans sa thèse, proposait, comme moyen d'obturation, des chevilles en ivoire, recourbées pour s'adapter à la forme du canal et terminées par une tête élargie, afin de mieux assurer l'occlusion et d'empêcher leur chute dans la vessie. Le tout était maintenu par un tampon de gaze appliqué sur l'abdomen et fixé par une sangle hypogastrique.

M. Martin a imaginé ainsi divers obturateurs. L'un d'eux, représenté schématiquement dans la thèse de Bonan, se compose d'une sonde en caoutchouc terminée par un robinet, et portant à son autre extrémité deux renflements excentriques pouvant être remplis avec de l'eau. L'un pénètre dans la vessie, l'autre reste à l'extérieur. La paroi est ainsi comprimée entre ces deux obturateurs élastiques au milieu desquels passe la sonde.

Dans une note additionnelle à sa thèse, Bonan décrit encore un autre appareil dû à M. Martin. C'est une sonde de Pezzer, dont l'extrémité renflée, introduite dans la vessie, joue le rôle d'obturateur interne. Sur une hau-

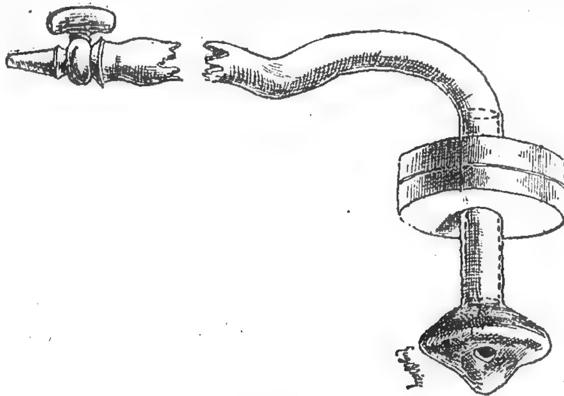


Fig. 1.

teur de 4 à 5 centimètres, la sonde molle est rendue rigide par un tube de caoutchouc durci, strié à son intérieur. Sur ce tube glissent à frottement deux rondelles de caoutchouc qui, poussées contre la peau, jouent le rôle d'obturateur externe. Bonan considère cet appareil comme le plus parfait. En fait, nous avons pu voir à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Nélaton, un cystostomisé porteur d'un appareil analogue, qui semblait remplir à peu près les conditions voulues.

Malheureusement, tous les obturateurs, quelle que soit leur forme, ont un défaut commun, c'est de laisser suinter l'urine entre eux et la paroi. Quand le malade reste constamment au lit, de tels appareils peuvent convenir à la rigueur et fonctionner à peu près. Mais quand le patient se lève, marche et surtout se livre à des efforts, l'urine s'échappe. En outre, ces chevilles obturatrices ou ces tubes rigides traversant la paroi sont souvent mal supportés. Ils déterminent des douleurs à l'occasion des mouvements. Enfin, et c'est là une considération importante, l'introduction de ces corps étrangers dans le trajet ou dans la vessie est une cause d'infection qu'il est préférable d'éviter. D'autant plus que lorsque ces appareils ont séjourné longtemps dans la cavité vésicale, ils s'incrustent de sels calcaires, d'où la nécessité de les enlever et de les réintroduire fréquemment.

Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'on ne doit pas avoir recours aux obturateurs. Il faut considérer la vessie comme supprimée en tant que réservoir et laisser les urines s'écouler spontanément, quitte à les recevoir dans un récipient adapté. Et cela est d'autant plus vrai que l'incontinence est plus marquée. Nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, la vessie diminue et se rétracte chez les cystostomisés incontinents. La capacité s'amoindrit de plus en plus, l'organe devient intolérant. On comprend alors que, dans ces conditions, il soit illusoire de chercher à adapter un appareil obturateur qu'il faudra enlever toutes les fois que la vessie contiendra 50 à 100 grammes de liquide.

L'urinal est donc, d'une façon générale, l'appareil de choix. La difficulté est de l'appliquer convenablement.

Au Congrès de chirurgie de 1893, M. Gangolphe a présenté un urinal composé d'une tige métallique droite, creuse et longue de 4 à 5 centimètres, pénétrant dans le trajet fistuleux, et à laquelle est adapté un réservoir en caoutchouc. La portion de la tige qui est en dehors du ventre, est entourée d'une petite pelote concentrique, également en caoutchouc, que l'on gonfle avec de l'air. Une sangle hypogastrique l'applique exactement sur la

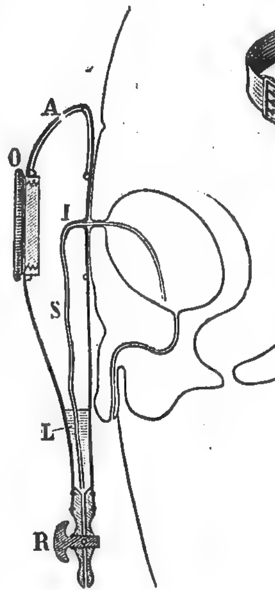


Fig. 2.

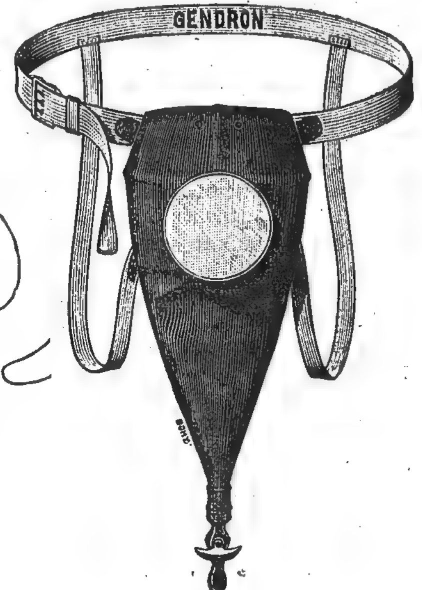


Fig. 3.

paroi, de façon à éviter le suintement de l'urine. Enfin, un petit tube ouvert placé à l'extrémité supérieure de l'urinal permet à l'air déplacé par l'urine de s'échapper. L'écoulement facile du liquide de la vessie dans le réservoir est ainsi assuré. Le malade de M. Gangolphe, qui avait, du reste, pris part lui-même au perfectionnement de son appareil, le porta quelque temps, puis l'orifice s'oblitéra et, aujourd'hui, la fonction se fait par la voie naturelle. Mais le même instrument a été appliqué par M. Gangolphe et par nous-même à une série d'autres malades qui ne l'ont pas supporté. La tige pénétrant dans le trajet détermine des douleurs, l'urine suinte toujours plus ou moins entre la pelote et la paroi.

M. le Dr Loumeau, de Bordeaux (1), a fait construire un urinal hypogastrique basé sur les mêmes principes. Il se compose d'un récipient en caoutchouc effilé à sa partie inférieure et ayant en haut une forme fixe due à la présence dans son intérieur d'une légère ossature métal-

(1) Communication au Congrès de Rome 1894 et au Congrès de chirurgie, Lyon, 1894.

lique. Sur la face postérieure existe un infundibulum dans lequel pénètre comme un doigt dans un gant l'extrémité périphérique d'une sonde de Pezzer placée dans la vessie. Une ouverture située en avant et fermée par un opercule métallique permet d'attirer la sonde et de la diriger vers le bas-fond de l'appareil. En même temps, cette fenêtre sert à verser dans l'urinal un liquide antiseptique, de telle façon que l'extrémité de la sonde y est toujours plongée. Un robinet situé à la partie inférieure sert à vider le réservoir.

M. Loumeau aurait été très satisfait de son urinal chez un malade qui l'a conservé plus de six mois. A notre avis, il est trop encombrant, difficile à appliquer par le patient lui-même. Enfin, il présente tous les inconvénients des appareils où une sonde est laissée à demeure dans le trajet et dans la vessie.

Beaucoup plus simple est l'appareil construit par M. Collin. Il se compose simplement d'une cupule métallique oblongue qui porte à son pourtour une garniture de caoutchouc. Au point déclive, se trouve un tube qui conduit l'urine dans un réservoir. La cupule est maintenue fixe sur l'abdomen au moyen d'un ressort en acier prenant son point d'appui au sommet et dont les extrémités sont rattachées à une ceinture abdominale.

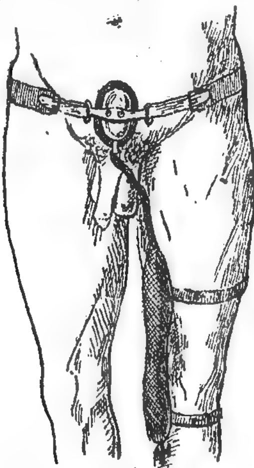


Fig. 4.

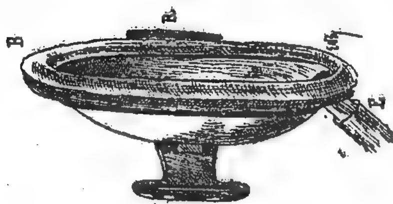


Fig. 5.

L'adaptation est parfaite. L'instrument est bien supporté. Avec lui, le malade opéré par M. Hartmann, et que nous avons pu voir, pouvait depuis des mois se livrer à ses occupations, sans être gêné par son infirmité. Nous-même en avons fait construire de semblables avec des modifications de peu d'importance qui nous ont donné dans le service de la clinique des résultats aussi satisfaisants. Petit volume, application très simple, pas de corps étrangers introduits dans la vessie, tels sont les avantages qui nous font préférer ce dernier appareil chez les cystostomisés incontinents.

Leur vie devient parfaitement supportable. Tout se réduit à des soins de propreté (laver l'orifice fistuleux, enduire le pourtour de vaseline pour empêcher l'action irritante de l'urine, etc.), précautions bien simples, mais très importantes pour qu'un appareil, quel qu'il soit, puisse être toléré et qu'un malade soigneux arrive rapidement à savoir prendre.

VI

Les indications de la cystostomie ont été nettement posées par M. le professeur Poncet. Dans le mémoire déjà cité (1), notre maître a indiqué les raisons qui légitimaient l'ouverture de la vessie dans tel ou tel cas. En quelques lignes, voici ses conclusions :

Il faut cystostomiser :

1° *Les prostatiques infectés avec fièvre et symptômes généraux graves d'empoisonnement urinaire.*

2° *Les prostatiques rétentionnistes aseptiques, lorsque le cathétérisme est :*

a) *Impossible.*

b) *Particulièrement difficile* (*fausses routes, uréthrorrhagies*, etc.).

c) *Très douloureux et devant être très souvent répété* (2).

d) *Enfin lorsque le cathétérisme est encore un danger, par les occasions répétées d'infection qu'il crée* (*rétention chronique aseptique avec distension vésicale*).

Les résultats que nous avons exposés et discutés dans ce mémoire justifient-ils une telle manière de faire ?

La question n'est pas douteuse pour la catégorie des infectés. Pour eux, c'est une question de vie ou de mort. Peu importe le résultat fonctionnel. La survie doit être considérée comme un succès, si courte soit-elle, et même quand elle ne s'obtient qu'au prix d'une infirmité définitive. Nous trouvons bien 15 morts dans les 15 premiers jours sur 42 cas. Assurément la cystostomie n'est pas une panacée qui guérit toujours et en toute circonstance. Qu'on nous montre du reste une autre méthode capable d'arracher à la mort ces vieillards arrivés aux périodes de la cachexie et de l'empoisonnement urinaire! Par contre, nous voyons que, 17 fois sur 52, la survie varie entre 6 mois et 2 ans et demi, et que dans la plupart des observations il s'est agi d'une véritable résurrection. Faisons remarquer, en outre, que ces chiffres sont des minima, puisque les 10 malades survivent, mais depuis moins de 6 mois sont presque tous en excellent état.

Ainsi, à notre avis, la discussion ne saurait porter sur cette catégorie d'opérés. Les nombreux succès déjà publiés dans des cas analogues en sont la meilleure preuve.

Seulement, en exposant plus haut nos résultats, nous avons montré que les meilleurs se rapportent aux formes aiguës d'infection. Dans les cas suraigus, la septicémie n'en continue pas moins son évolution rapide. Quant aux vieux prostatiques chroniquement infectés, ils élèvent considérablement le chiffre de la mortalité.

Faut-il donc s'abstenir chez de tels malades? Non, dit M. Poncet, parce qu'en présence d'un empoisonnement urinaire suraigu, c'est la seule chance de salut qui reste, si faible soit-elle. D'autant plus que la taille vésicale a au moins pour effet de supprimer les douleurs épouvantables qui tourmentent ces malheureux.

Quant aux formes chroniques, si elles donnent une mortalité plus considérable, la faute n'en est pas à la cystostomie, mais aux troubles profonds de l'appareil urinaire. Conclusion : ne laissez pas les malades arriver à cette période ultime de leur affection, opérez plus tôt et les résultats seront meilleurs (3).

La question de l'intervention est beaucoup plus dis-

(1) *Gazette hebdomadaire*, juin 1894.
(2) Il s'agit, presque toujours alors, de malade infecté.
(3) L'âge moyen des 68 cystostomisés était de 70 ans environ.

cutable chez les prostatiques en état de rétention aiguë ou chronique, mais sans infection. Là, en effet, il faut tenir compte du résultat fonctionnel ultérieur. Quand le cathétérisme est absolument impossible, l'opération s'impose, mais nous reconnaissons volontiers que c'est une éventualité rare. Avec des tâtonnements, de la patience, on finit presque toujours par arriver à passer. Il s'agit donc de savoir s'il vaut mieux continuer chaque jour ces manœuvres difficiles, délicates, souvent extrêmement douloureuses, exposant aux hémorrhagies et à l'infection, ou s'il est préférable d'inciser immédiatement la vessie (nous ne parlons pas, bien entendu, de la ponction capillaire, qui est une recource d'urgence, loin du reste d'être absolument inoffensive et qui ne saurait par conséquent être érigée en méthode). Dans ses publications antérieures, M. Poncet a longuement exposé les raisons qui le poussaient à adopter cette dernière manière de faire. Les résultats éloignés la justifient-ils? Nous avons vu plus haut que, dans ces conditions, quatre malades seulement ont succombé, moins d'un an après l'intervention. Tous les autres, en dehors d'un seul (obs. 3) mort au bout d'un an et demi de pneumonie aiguë, sont encore vivants aujourd'hui, et parmi eux 15 ont été suivis 6 mois au minimum. En ne nous occupant que de ces 15 derniers, nous constatons que 7 fois l'orifice abdominal s'est fermé et que 8 fois il est resté permanent. Sur ces 8 urèthres contre nature, 3 sont continents, 1 a une incontinence partielle et 4 perdent toutes leurs urines, c'est donc seulement un peu plus du quart.

Le résultat est, croyons-nous, suffisant pour faire préférer la cystostomie au cathétérisme particulièrement difficile, dangereux et même par trop douloureux chez les prostatiques non infectés, surtout si l'on réfléchit qu'il s'agit fréquemment d'une cystostomie temporaire et que, dans les cas où la cystostomie doit être permanente, il est possible de remédier à l'incontinence par le port d'un appareil bien simple qui rend l'infirmité parfaitement supportable. Enfin, il ne faut pas oublier que ces incontinents sont désormais à l'abri de tout accident de rétention et aussi d'infection grave.

De ce long exposé des résultats éloignés de la cystostomie et de leur discussion, nous devons conclure :

1° *Qu'il faut opérer les prostatiques atteints d'accidents urinaires graves. Les succès sont nombreux, incontestables, et nul autre mode de traitement ne peut sauver de tels malades ;*

2° *Que l'infirmité qui résulte, chez un assez grand nombre de cystostomisés, de l'incontinence partielle ou totale du méat abdominal, ne saurait être une contre-indication à l'opération qui vise, avant tout, des complications plus ou moins rapidement mortelles.*

L'incontinence, lorsqu'elle existe, est, du reste, rendue supportable par le port d'urinals récemment construits (Loumeau, Collin). Ces urinals, d'après plusieurs observations récentes, suppriment ou atténuent considérablement l'infirmité, en recueillant toutes les urines.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

NEUROPATHOLOGIE

Contribution à la pathologie des spasmes fonctionnels du cou, par Ch. Féré (*Revue de médecine*, septembre 1894, n° 9, p. 754). — A l'occasion de deux observations qu'il rapporte de spasmes fonctionnels du cou, l'auteur expose l'histoire de cette affection, encore peu connue, et à laquelle il a, dès longtemps avant, consacré (1883) un premier travail. A son avis, il s'agit plutôt d'une maladie spasmodique du cou et non d'un spasme limité à un muscle, ou au domaine d'un nerf, et non douloureux. Souvent, le muscle qui joue un rôle prépondérant dans le mouvement spasmodique paraît augmenté de volume, et l'on serait alors tenté de croire que la contraction actuelle est capable de faire méconnaître une altération des muscles antagonistes, qui n'est autre que l'atrophie; parfois, celle-ci est telle que le côté réputé sain est réduit à un mince ruban. Le spasme semble au contraire être la conséquence de l'impotence du muscle opposé. La faradisation, de même que la section des nerfs du muscle atrophié, a pu amener la guérison. La première observation concerne une jeune fille hystérique, âgée de 18 ans, atteinte de spasmes facial et cervical, avec phénomènes paralytiques du côté opposé. Dans le second cas, qui concerne une femme âgée de 34 ans, il s'agit d'une maladie de Parkinson, à début hémiplégique avec spasme du côté opposé. Dans ces deux cas, le spasme s'est développé consécutivement.

Existe-t-il un nystagmus hystérique? par Sabrazès (*Semaine médicale*, 26 septembre 1894, n° 54, p. 433). — Il ne semble pas qu'il existe en effet, jusqu'ici, aucun cas de nystagmus hystérique : l'auteur décrit des oscillations *vibratoires*, sous forme de crises, et au repos, provoqué par l'occlusion des paupières, et guérissant par la suggestion, aussi rapidement qu'il est apparu. La malade, âgée de 17 ans, est atteinte de deux syndromes : 1° un tremblement du membre supérieur droit persistant au repos, caractérisé par des oscillations pendulaires, de grande amplitude, se reproduisant rhythmiquement quatre fois à la seconde, lesquelles rapprochent et écartent alternativement le bras le long du corps. L'exécution des mouvements volontaires augmente leur nombre et leur amplitude : le sommeil les fait disparaître ; 2° les globes oculaires sont animés d'oscillations latérales extrêmement rapides survenant par crises, très brèves, comme le tremblement, qui se reproduisent aussi parfois au repos, sont provoquées par la lumière, et disparaissent par l'occlusion de la paupière. L'apparition de ces deux syndromes a eu lieu quelques jours avant son entrée, mais l'année précédente, elle avait déjà présenté des crises semblables de tremblement du même membre pendant un mois. L'examen très complet ne révèle rien d'autre que l'inversion de la formule des phosphates dans les urines, et du rétrécissement du champ visuel. Le traitement par la suggestion hypnotique fit disparaître tous les accidents, et, deux mois après, la guérison s'était maintenue.

Tabes et Maladie de Charcot (Case of locomotor ataxy with specimen of Charcot's disease), par Sergent (*The Dublin Journal of medical sciences*, oct. 1894, n° 274, p. 276). — Le cas rapporté a trait à un homme âgé de 49 ans, qui entra à l'hôpital en décembre 1892, se plaignant de gonflement du genou droit et de difficulté de la marche. Les phénomènes tabétiques ont débuté par des douleurs fulgurantes il y a 4 mois. A son entrée, on constate les principaux signes de l'ataxie locomotrice, et en particulier, une arthropathie du genou droit; à son niveau, les veines superficielles sont distendues, et le volume de l'articulation est considérable, sa circonférence dépassant celle du côté opposé de 4 à 5 pouces. Les extrémités du fémur et du tibia paraissent élargies. La mort étant survenue après 5 mois de séjour à l'hôpital, à la suite de complications urinaires, l'autopsie permit de constater exactement l'état du genou : la capsule articulaire est ramollie, le ligament latéral externe également. Les extrémités articulaires sont élargies, et à leur surface, on trouve des corps étrangers articulaires pédiculés. Les cartilages sont érodés : les mêmes altérations se retrouvent au niveau du tibia. La moelle, examinée par S. A. Scott, offrait les lésions ordinaires de dégénération des cordons postérieurs.

Sclérose latérale amyotrophique (Amyotrophic lateral sclerosis with report of cases), par Page Mackintosh (*The New-York medical Journal*, 15 septembre 1894, n° 324, p. 337). — M..., âgé de 41 ans, sans antécédents héréditaires nerveux ni personnels; alcoolique. S'étant livré à des excès il y a 2 ans, il fit une chute à la suite de laquelle les jambes et le bras droit furent parésiés avec perte des réflexes rotuliens et perte de la sensibilité. On pensa à une compression de

la moelle. Au bout de 6 semaines, pendant lesquelles on pratiqua l'électrisation, les phénomènes paraplégiques s'atténuèrent. Des troubles spasmodiques apparurent alors sous forme de contracture des muscles, des mains et des avant-bras. Pas d'autopsie.

Zona frontal et ptosis consécutif (Ptosis following herpes frontalis; recovery), par Howard (*The Lancet*, octobre 1894, p. 851). — Il s'agit d'un zona répondant à la distribution du nerf sus-orbitaire et frontal et s'accompagnant de douleurs très intenses, qui présente ce seul fait intéressant de l'apparition d'un ptosis du même côté vers le douzième jour, qui du reste fut transitoire. Un cas de ce genre aurait été déjà rapporté.

Zona frontal et intercostal (Herpes zoster affecting the frontal and dorsal regions simultaneously), par R. Bradshaw, (*The Lancet*, octobre 1894, p. 851). — Le zona frontal existait en même temps que le zona intercostal, tous deux du côté gauche du corps, celui-ci au niveau du troisième espace (troisième dorsal), l'éruption s'étendant à la moitié de l'avant-bras. Du côté de l'œil, la conjonctive et la cornée présentaient des altérations.

Zona causé par des troubles mentaux (Herpes zoster caused by mental disturbance), par A. Roche (*The Lancet*, octobre 1893, p. 851). — Cinq cas, dans lesquels des émotions subites; femme apprenant subitement le départ aux Indes de son mari: mère informée de la mort de son fils, furent presque immédiatement suivies de l'apparition de zona; celle-ci est attribuée à l'ébranlement psychique, en tant que trouble trophique.

Epilepsie (Epilepsy—at times a bladder reflex), par R. Aiken (*Medical Record*, 3 novembre 1894, p. 556). — Les causes de l'épilepsie sont l'hérédité nerveuse en premier lieu, en tant que prédisposition; les maladies infectieuses ensuite, la syphilis tertiaire, les impressions morales vives enfin. On y peut joindre l'influence de certains réflexes. Chez un homme âgé de 21 ans, 10 ans auparavant les accès survinrent, trois ans après un soudain besoin d'uriner lié à des troubles de la vessie, et dont la guérison fit disparaître les crises. Une jeune fille de 28 ans, atteinte de fièvre typhoïde, présenta de même des convulsions à la suite d'une distension passagère de la vessie. On a rapporté de même un cas d'épilepsie guéri par une intervention chirurgicale sur la vessie.

Etude de l'urine dans la paralysie générale, par Klippel et Serveaux (*Archives de Neurologie*, novembre 1894, n° 93). — Les urines des paralytiques généraux sont essentiellement variables, et leur examen ne permet pas de déterminer des caractères qui suffisent à établir un diagnostic. Elles sont aussi différentes d'un malade à l'autre sous le rapport du volume excrété que de la quantité des phosphates, chlorures, etc. Néanmoins on constaterait de la polyurie dans la seconde période, à ce moment les urines ont une faible densité, et il y a souvent de l'albumine, les chlorures augmentent. Il existe, enfin, de plus, des modifications lors des accidents de cette affection.

Deux cas de maladie de Grave traités par la thyroïdectomie (A brief review of the thyroid theory in Grave's disease. Report of two cases treated by thyroïdectomy), par J. Arthur Booth (*The Journal of Nervous and mental Diseases*, août 1894, n° 8, p. 486). — De ces deux cas, le premier est particulièrement intéressant en ce que le gonflement du cou, attribué pendant la vie chez le malade à l'hypertrophie du lobe thyroïde droit, fut reconnu, pendant l'opération, seulement légèrement congestionné, et qu'on découvrit un lobe supplémentaire appendu à son extrémité inférieure. Ce lobule comprimant la trachée, fut extirpé et la glande séparée de sa loge. Le second chez une femme âgée de 20 ans est comme le précédent un goître exophthalmique offrant les signes classiques: exophthalmie, élargissement du cou, palpitations, pouls très fréquent. Dans l'un et l'autre l'amélioration survint, assez accusée dans le premier où il persista un légère exophthalmie et un pouls assez rapide, équivalant presque à la guérison chez la femme. Le symptôme le plus persistant reste la fréquence du pouls.

Sur l'athétose (Ueber Athetose), par H. Eichhorst (*Arch. de Virchow*, 1894, Bd VIII, Hft 1, p. 100). — Deux observations sont relatées dans ce travail, dont l'une est suivie d'autopsie. La première est une hémiplégie spasmodique infantile avec hémi-athétose développée ultérieurement. La seconde concerne une femme âgée de 56 ans qui fut prise dans son enfance d'accidents encéphaliques à la suite desquels elle était restée avec hémiplégie droite. Elle présentait à son entrée des mouvements athétosiques du côté paralysé. On trouva à l'autopsie, en outre d'une réplétion anormale des ventricules latéraux du cerveau, un kyste situé dans le noyau lenticulaire gauche et empiétant légèrement sur la capsule interne.

Effets des suppurations abondantes et prolongées dans la paralysie générale progressive, avec applications thérapeutiques (Effetti di prolungata e abbondanti suppurazioni nella palisi progressiva, con applicazioni terapeutiche), par Ant. Marro et Albino Ruata (*Bol. dell'Acad. royale di medicina di Torino*, nos 7 et 8, 1894, p. 381). — Les conclusions des observations et des expériences des auteurs entreprises au Manicome R. sont les suivantes : la suppuration peut exercer une action notable thérapeutique sur la paralysie générale; cette action curative peut aussi être obtenue par des injections d'essence de térébenthine.

Sur les faisceaux névro-musculaires (Zur Kenntniss der Muskelspindel), par Laura Forster (*Arch. de Virchow*, 1894, vol. VII, fasc. I, p. 121). — L'auteur expose les résultats de ses recherches histologiques sur les faisceaux neuro-musculaires, découverts par Fraenkel et, décrits ensuite par Eisenlohr, Ranvier, Babinski, Blocq et Marinesco, von Hebner. Ses explorations ont été entreprises sur cinq sujets ayant succombé: à la tuberculose, à une néphrite, à une cardiopathie, à la cachexie sarcomateuse. Quant à leur nature, il serait confirmé par ses constatations qu'on les doit considérer comme représentant un appareil physiologique.

CHIRURGIE

Pincement latéral (Beitræge zur acutem Darmwandeinklemmung), par Sior (*Arch. f. klin. Chir.*, 1894, vol. XLVIII, p. 894). — A l'occasion de deux cas de pincement latéral dans des hernies crurales chez deux femmes de 59 et 80 ans guéries par la herniotomie, l'auteur a fait une série d'expériences (insufflation d'anses intestinales renfermées dans des sacs de toile pourvus d'orifice latéral) pour élucider le mécanisme de l'étranglement de ces hernies. Ces expériences lui ont montré que pour l'étranglement, la fixation préalable de la partie herniée n'est nullement nécessaire. L'étranglement peut avoir lieu aussi bien quand, sous l'influence d'un effort, les aliments s'engagent dans la partie herniée existant depuis un certain temps, qu'au moment même de la formation de la hernie quand, sous l'influence de l'effort, formation de la hernie et engagement des aliments ont lieu, pour ainsi dire, simultanément.

Troubles fonctionnels dans les hernies épigastriques (Ueber die Hernia epigastrica und ihre Folgenzustænde), par K. Bohland (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, p. 174). — Chez 40 malades atteints de hernies épigastriques ou de la ligne blanche, l'auteur a noté les troubles suivants :

La douleur locale. Rarement spontanée, elle apparaît quand le malade se penche en avant et quand il se redresse. Ce symptôme existe dans 50 0/0 des cas.

Dans 67 0/0 des cas, il existait des douleurs dans la région épigastrique, indépendantes du repas, apparaissant plutôt *après* l'ingestion des aliments solides. La perte d'appétit, les renvois, les nausées sont fréquents. Les vomissements ont été notés dans 50 0/0 des cas. La dilatation de l'estomac a été trouvée dans 10 0/0 des cas. 22 0/0 des malades étaient des hyperpeptiques. Les troubles fonctionnels du côté de l'intestin ont existé chez 30 0/0 des malades. Presque tous les malades étaient neurasthéniques.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire d'ophthalmologie, par H. NIMIER et F. DESPAGNET. (1 vol. avec figures et planches. Paris, Alcan, 1894).

Le traité d'ophthalmologie par MM. H. Nimier et F. Despagnet est un ouvrage complet et élémentaire à la fois, comme le disent les auteurs dans leur préface. C'est naturellement un ouvrage qu'il est difficile, sinon impossible, d'analyser complètement; aussi ne ferai-je qu'appeler l'attention sur certains chapitres qui m'ont paru mériter une mention spéciale en raison de leur développement intéressant ou à cause des vues personnelles qu'ils renferment.

Disons, par exemple, que les auteurs préconisent, à juste titre, un traitement des blépharites par le crayon de nitrate d'argent, dont nous avons vu maintes fois les heureux résultats à la clinique de notre maître commun.

Dans certains cas très rebelles, la glycérine contenant 1/25e de sublimé corrosif leur a rendu des services; ils préconisent de même, à l'encontre de toute autre médication, les cautérisations avec le sel argentique dans l'ophthalmie des nouveau-nés, n'admettant les autres antiseptiques qu'à titre d'adjudants et d'auxiliaires.

Dans le kératocone, MM. Nimier et Despagnet sont partisans, à côté des myotiques et de la compression, des cautérisations du conus, et ils pratiquent l'excision d'un lambeau de la cornée, quand les autres médications n'ont point produit d'amélioration. Dans les ulcères infectieux, ils font la kératotomie et même l'ignipuncture, telle que la recommandait déjà, il y a quelque vingt ans, un de nos maîtres, le professeur Gayet; le pansement occlusif permanent est parfois d'une efficacité supérieure à toute autre thérapeutique.

L'appareil nerveux optique a pris dans le traité de MM. Nimier et Despagnet une extension considérable tant dans son anatomie que dans sa physiologie et ses troubles fonctionnels :

La perception des couleurs, la sensibilité chromatique de la rétine sont l'objet d'un chapitre intéressant, en même temps que les centres distincts pour la vision périphérique, et la vision centrale paraît admise par eux, telle que Parinaud l'a déjà donnée.

Les affections de la rétine sont décrites en détail : leur classification nous paraît un peu schématique; nous ajouterons qu'en ce qui concerne l'embolie de l'artère centrale de la rétine liée parfois aux lésions valvulaires, soit mitrales, soit sigmoïdes, nous n'avons, personnellement, jamais trouvé de lésions cardiaques, bien que nous les ayons cherchées, de propos délibéré.

Les affections inflammatoires et atrophiques du nerf optique sont succinctement mais suffisamment bien décrites, ainsi que les diverses théories sur la pathogénie encore obscure de la névrite optique.

Les différents chapitres qui traitent de la réfraction sont clairs, faciles à lire; il nous a semblé, toutefois, que les auteurs ont évité, de parti pris, de citer différentes formules algébriques; selon nous, ils ont eu tort, car certaines équations nous rapppellent bien vite les relations qui peuvent exister entre la position relative d'un objet et celle de son image et nous aident à calculer la grandeur de ces images dans les différentes amétropies.

Nous avons vu aussi, avec satisfaction, que, à l'encontre de ce que professent encore des ophthalmologistes de valeur, le diagnostic des différentes amétropies, de l'astigmatisme simple ou composé et leur correction avec les verres cylindriques à l'image droite, n'est pas pour eux une pure conception théorique. Maintes fois nous avons reconnu la justesse des affirmations de notre collègue Parent. La méthode est simplement délicate, comparée à celle beaucoup plus facile et plus expéditive de la kératoscopie aujourd'hui généralement suivie.

Pour l'ophthalmie sympathique, MM. Nimier et Despagnet admettent deux variétés : la forme séreuse relativement bénigne et la forme plastique plus grave; ils pensent que l'énucléation de l'œil sympathisant s'impose quand sa vision est abolie; mais ils la jugent inutile quand cet œil a encore suffisamment de vision et qu'une irido-choroïdite plastique existe déjà dans l'œil sympathisé; en tout cas l'énucléation est leur méthode de choix et ils rejettent l'exentération et la névrotomie optico-ciliaire.

Dans le chapitre qui a trait aux maladies de l'appareil lacrymal, nous trouvons préconisé le curettage du sac, dans les dacryocystites ayant amené sa dilatation lorsque la canalisation a échoué.

L'ouvrage se termine par un appendice consacré à l'énoncé de l'instruction ministérielle du 13 mars 1894 sur l'aptitude physique au service militaire et qui diffère au point de vue du taux de la myopie de l'instruction officielle du 17 mars 1890.

D'après l'exposé que nous venons de faire, on a pu constater que les auteurs ont adopté un plan uniforme qu'on ne saurait trop louer.

Ce traité est écrit dans un style clair, précis; il n'est nullement encombré de théories ou de traitements surannés. Sa lecture est des plus profitables, même à des médecins très au courant de l'ophthalmologie. Elle sera plus utile encore à tous ceux qui veulent l'apprendre.

D. WUILLOMENET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ARTHRITES MÉTA-PNEUMONIQUES, par Arsène-Clovis JUVIGNY.

Toutes les arthrites suppurées méta-pneumoniques ne sont pas dues au pneumocoque de Talamon-Frænkel.

Chez un même malade atteint de polyarthrite, l'agent de la suppuration peut être pour une articulation le streptocoque pyogène, et pour une autre le pneumocoque.

Dans certains cas, les arthrites suppurées pneumococciques, au lieu de leur évolution aiguë habituelle, prennent une allure subaiguë; elles peuvent alors durer six semaines, deux mois.

Le peu d'intensité des phénomènes généraux, l'absence de troubles fonctionnels marqués tendent alors à faire méconnaître la suppuration intra-articulaire.

Dans ces conditions, les lésions anatomiques de l'articulation dépassent la synoviale, détruisent les cartilages, entament les extrémités osseuses.

La mort survient habituellement par le rein (Elimination de pneumocoques et de leur toxine).

Le diagnostic de ces arthropathies pneumococciques à marche subaiguë doit être aussi précoce que possible. Une intervention trop tardive ne peut plus sauver le malade.

Le traitement de choix est l'arthrotomie antiseptique. L'intensité des lésions articulaires observées dans les arthrites subaiguës doit faire craindre l'ankylose.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANGIOMES SOUS-CUTANÉS, par MATHEZ (Casimir-Auguste).

Il existe deux variétés principales d'angiomes sous-cutanés : l'angiome simple circonscrit (variété rare) et l'angiome caverneux (variété fréquente).

Ces tumeurs sont souvent confondues en clinique : la première avec un fibrome ou un fibro-lipome; la seconde avec un fibrome, un abcès froid.

L'angiome simple circonscrit est d'un pronostic bénin : l'angiome caverneux est plus grave : ordinairement limité et veineux, il peut revêtir la forme que Broca appelait tumeur artérielle et prendre rapidement un grand accroissement.

Le meilleur traitement de l'angiome simple est l'extirpation. Pour l'angiome caverneux, nous possédons trois bonnes méthodes de traitement qu'il faut choisir selon les cas : la cautérisation ou thermocautère, l'électrolyse et l'extirpation.

L'OPÉRATION DE LA CATARACTE SIMPLIFIÉE, (procédé du Dr A. TROUSSEAU), par Frédéric TENNANT.

La méthode d'extraction simple à grand lambeau, employée de nos jours par la majorité des oculistes, est la méthode de choix pour l'opération de la cataracte sénile simple.

Le procédé du Dr Trousseau, simplifiant considérablement cette méthode, peut et doit être pratiqué par un opérateur adroit et expérimenté.

Dans le cas où il trouve son application, l'appareil instrumental est réduit au simple couteau de De Graefe.

Par son exécution rapide et la suppression du blépharostat, de la pince et du kystitome, les dangers d'infection de l'œil se trouvent réduits au minimum.

Les accidents opératoires, qui peuvent se montrer, sont les mêmes que ceux que l'on observe dans le cours des autres procédés simples d'extraction. Ils sont souvent ici moins graves en ce que l'on peut leur opposer plus rapidement un traitement approprié.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Loi sur l'exercice de la pharmacie.

Il y a plus de 12 ans (*Gazette hebdomadaire*, 1882, p. 610 et 618), à l'occasion d'un projet de loi des plus singuliers, adopté par le Conseil d'Etat mais condamné par l'opinion publique, et de divers autres projets présentés par l'Association générale des pharmaciens de France et le Syndicat des pharmaciens, nous avons longuement discuté les lois et règlements qui régissent l'exercice de la pharmacie.

Nos idées ne s'étant guère modifiées à cet égard, nous pouvons très brièvement apprécier le texte de la loi nouvelle que le Sénat vient de voter en première lecture. Aussi bien la discussion qui a précédé ce vote en a-t-elle fait modifier le texte primitif de manière à donner satisfaction aux vœux exprimés par les représentants du corps médical. C'est ainsi que dans le dernier paragraphe de l'article 12 on a supprimé les mots « *directement et gratuitement* » qui empêchaient le médecin, autorisé à fournir, en cas d'urgence, les médicaments qu'il jugeait nécessaires, de se faire légitimement rémunérer de ses soins. De même, le paragraphe 2 de l'article 11 a mieux défini les limites dans lesquelles peut s'exercer l'action d'un médecin qui, vu l'éloignement du pharmacien, doit pouvoir délivrer à certains malades les médicaments qui leur sont indispensables.

Nous n'entrerons donc pas dans le détail des critiques que l'on peut adresser à la loi nouvelle. Nous ne voulons faire ici qu'une observation d'ordre général afin de bien justifier les quelques modifications que nous voudrions voir apporter au texte de la loi nouvelle.

Son rapporteur, M. Cornil, et le commissaire du gouvernement, M. Brouardel, l'ont explicitement déclaré, cette loi doit avoir pour objet essentiel de sauvegarder non seulement les intérêts réciproques et parfois contradictoires des médecins et des pharmaciens, mais encore et surtout l'intérêt des malades. Or, qu'arrive-t-il dans la pratique? Un malade ou un blessé se trouvent à la campagne assez éloignés du domicile du médecin qui doit les guérir ou du pharmacien qui est seul, dit-on, en mesure de leur fournir des médicaments bien préparés. S'il va d'abord chez le pharmacien — ce qui est très fréquent — et s'il lui conte ses misères, celui-ci n'hésitera jamais à lui conseiller tel ou tel remède et à le lui fournir séance tenante. Poursuivra-t-on jamais pour exercice illégal le pharmacien qui, dans les villes ou dans les campagnes, délivre sans ordonnance un cachet d'antipyrine ou de sulfate de quinine, un sirop contre la toux ou un emplâtre destiné à *faire mûrir* un furoncle ou un abcès? D'autre part, peut-on songer à interdire à un médecin de faire une piqûre d'ergotine, de sulfate de quinine, de chlorhydrate de morphine ou de toute autre substance à un malade à qui il juge nécessaire d'administrer par voie hypodermique un médicament actif? Lui défendra-t-on de faire un pansement et d'employer dans ce but tous les antiseptiques qu'il croit utiles? Pourra-t-on, dès lors, l'empêcher d'avoir chez lui et de fournir à ses clients la plupart des médicaments vraiment actifs?

Poser de semblables questions, c'est les résoudre! Et c'est pourquoi nous ne demandons à la loi nouvelle que deux modifications de texte. Nous voudrions qu'au dernier paragraphe de l'article 11, il fût dit : « Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins... sont autorisés à administrer soit chez eux, soit chez leurs malades, les remèdes qu'ils jugeront nécessaires » au lieu de « certains remèdes dont la liste sera donnée par un règlement d'administration publique ». Nous croyons en effet que, en cas d'urgence, la conscience du médecin doit être seule juge de son intervention, et nous pensons qu'un règlement d'administration publique ne saura jamais tout prévoir.

Par contre, nous demandons qu'au lieu de laisser à un règlement d'administration publique ou à la commission du Codex le soin de désigner les médicaments que le pharmacien *ne peut fournir* sans ordonnance, on spécifie, au contraire, dans un règlement spécial, tous ceux qu'il lui est loisible de délivrer sur la simple demande de l'acheteur. En renversant ainsi les termes de l'article 14 de la loi nouvelle, on éviterait bien des abus, et il ne

serait point aussi malaisé qu'on semble le penser de rendre ceux-ci moins fréquents.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons maintes fois dit au sujet des remèdes secrets et des spécialités pharmaceutiques. L'article 14 interdit la vente et l'annonce des remèdes secrets. Si son application est vraiment rigoureuse, si l'on arrive à empêcher les scandaleux abus qui se sont produits sous l'empire de l'ancienne loi, si l'on parvient à décider l'Académie de médecine à modifier ses anciens errements et à approuver ce qui est réellement utile ou tout au moins inoffensif, sauf à interdire formellement les remèdes dangereux ou notoirement inutiles, on aura réalisé non point une réforme, mais une révolution dans nos mœurs. Sans oser y croire, nous voudrions tout au moins espérer que le texte de la loi sur l'exercice de la pharmacie ne prêtera pas aux interprétations byzantines qui ont motivé à propos de la loi sur l'exercice de la médecine de si nombreuses et de si légitimes protestations.

L. Lereboullet.

REVUE GÉNÉRALE

Le pigment cutané.

On désigne sous le terme de *pigment* toute substance colorante d'origine organique, granulée ou liquide, observée dans les tissus vivants.

On voit de suite où nous pourrions être entraîné si notre intention était de nous occuper ici de tous les pigments de tous les organismes vivants. Mais nous désirons seulement étudier le pigment tégumentaire, et le pigment tégumentaire de l'homme. Les données que l'on possède à ce sujet sont encore assez incomplètes et peu connues, surtout dans notre pays. Au cours de quelques recherches personnelles, nous avons été amené à prendre connaissance d'un assez grand nombre de travaux allemands publiés pendant ces dernières années. La clarté et la précision sont loin d'en être toujours irréprochables; cependant, il n'est pas permis de les ignorer (1).

Nous nous proposons donc de résumer ici l'état actuel de la question et d'indiquer comment les recherches ultérieures pourront arriver à fixer nos connaissances.

(1) Je ne saurais trop remercier mon collègue et ami le docteur Brœmer qui m'a singulièrement facilité un travail de traduction souvent bien difficile et se charger de la rédaction de la note ci-jointe où il a résumé les connaissances des botanistes sur le pigment des végétaux.

Les pigments se présentent chez les végétaux sous trois formes principales :

1° Sous *forme figurée : chromatophores*.

2° *En dissolution* dans le suc cellulaire aqueux ou huileux (huiles grasses et huiles essentielles).

3° Imprégnant la *membrane* cellulaire.

1° *Chromatophores*. — Les pigments figurés sont les plus intéressants tant au point de vue histologique que sous le rapport physiologique. Contrairement à la terminologie zoologique, on donne en botanique le nom de *chromatophores* non à des *éléments* colorés tout entiers, mais à des *contenus* cellulaires, à des portions différenciées de protoplasma.

Chaque chromatophore, quelle que soit sa coloration, consiste en 2 parties : 1° le substratum protoplasmique; 2° la matière colorante qui l'imprègne et qui peut lui être enlevée par des dissolvants appropriés.

Dans les cellules jeunes, on observe fréquemment des organismes en tout semblables aux chromatophores, mais dépourvus de matière colorante.

Dans la terminologie créée par Schimper (2), ces corps, dont le rôle génétique est considérable, portent le nom de *leucoplastes*, que van Tieghem appelle plus brièvement *leucites* (*Traité de botanique*). Selon le pigment que ces leucites élaborent, on distingue ceux qui sont verts : *chloroplastes* (ou *chloroleucites*) ou *grains de chlorophylle*, et ceux qui ont toute autre couleur *chromoplastes* (ou *chromoleucites*).

Les premiers existent, à l'exception des champignons, chez tous les végétaux et chez un certain nombre d'animaux inférieurs (infusoires, vers). Leur rôle physiologique est des plus importants, car c'est eux qui, à l'aide de la lumière solaire, décomposent l'acide carbonique de l'air, dégagent de l'oxygène et absorbent du carbone. Ils constituent ainsi l'agent de la synthèse organique. Le premier produit figuré de cette synthèse est l'*amidon* (Sachs).

Les chloroplastes chlorophyllies se présentent non sous la forme de grains, mais de *disques* dans lesquels la matière colorante (chlorophylle) imprègne le substratum protoplasmique qui paraît de configuration spongieuse (*chlorophore*).

Pendant longtemps, on a voulu voir une analogie entre le pigment chlorophyllien et le pigment hématique. Cette analogie n'existe ni au point de vue physiologique, ni sous le rapport de la composition. Il y a quinze ans déjà que Huppe Seyler et A. Gautier ont démontré que la chlorophylle ne renfermait pas de fer. La chlorophylle se dissout dans l'alcool; quand on agite cette dissolution alcoolique avec la benzine, on en sépare une matière colorante qui paraît l'accompagner toujours, et à laquelle on a donné le nom de *phylloxanthine* (Frémy) ou *xanthophylle* (Kraus) et que les travaux de A. Arnaud ont identifiée avec l'hydrocarbure de couleur jaune connue depuis longtemps dans le suc de carotte sous le nom de *carottine*.

Dans les algues, le pigment chlorophyllaire est accompagné d'une matière colorante qui varie selon le groupe de ces végétaux aquatiques et qui masque entièrement la couleur verte du pigment essentiel. Ces matières colorantes accessoires sont ou rouge (phycoérythrine) ou brune (phycophéine) ou bleu verdâtre (phycocyanine).

Il résulte des travaux de Schimper que les chloroplastes ont une autonomie complète et qu'ils ne se produisent que par division d'un chromatophore antérieur.

Dans les feuilles qui prennent la *coloration autumnale*, la chlorophylle se résorbe et la xanthophylle (*carottine d'Arnaud*) persiste seule. Un phénomène analogue se produit dans la maturation des fruits, la couleur verte disparaît et à sa place apparaît une *matière rouge* dont les rapports génétiques avec la matière verte sont encore obscurs. C'est elle qui caractérise la plupart des *chromoplastes*; depuis longtemps, on lui a donné le nom d'*anthoxanthine*. Sa formation, ses modifications morphologiques ont surtout été étudiées par Courchet (1) qui a pu l'isoler sous forme cristalline comme A. Gautier avait obtenu la chlorophylle.

2° *Pigments dissous*. — Le plus important des pigments dissous dans le suc cellulaire aqueux est l'*anthocyanine* qui selon la réaction acide ou neutre du suc est *rouge* ou *bleue*. C'est à elle qu'un grand nombre de feuilles ou de pétales doivent leur belle coloration. L'œnocyanine ou matière colorante du raisin paraît s'y rattacher.

La matière colorante jaune qui dissoute dans les graisses, tant animales que végétales, leur donne leur coloration, a reçu le nom de *lipochrome*. Ce mot a été détourné par certains auteurs (Hausen) (2) de ce sens pour désigner une matière colorante jaune supposée de *nature graisseuse* : la *xanthine*, qui, unie à des chromophores colore en jaune un grand nombre de fleurs.

3° *Pigments de la membrane*. — La plupart des *bois de teinture* (campêche, santal, bois jaune) doivent leur coloration à des espèces chimiques connues depuis les travaux de Chevreul. Elles imprègnent la paroi des fibres du cœur ou duramen, tandis que l'aubier est généralement incolore.

Les écorces sont colorées en rouge brun par des matières colorantes qui imprègnent également les parois et auxquelles on a donné le nom de *phlobophènes*. Ces corps sont des dérivés insolubles du tannin dont ils procedent par déshydratation.

4° *Chromogènes*. — Un grand nombre de matières colorantes d'origine végétale n'existent pas préformées dans les plantes; elles résultent du dédoublement de substances chromogènes incolores, tel est le cas de l'indigotine, de l'alizarine, etc.

(2) *Unt. üb. Chlorophyllkœrper*, 1883.

(1) *Recherches sur les chromoleucites*, 1888.

(2) *Die Farbstoffe der Blüthen u. Frücht.*, 1884.

Nous étudierons successivement : *la matière pigmentaire; sa topographie dans la peau et les annexes de la peau; son origine; sa fin.*

I

Les naturalistes ont publié un grand nombre de travaux sur le pigment des plantes et des animaux. Tout le monde connaît les recherches de Brucke et de P. Bert sur l'anatomie et la physiologie du pigment du caméléon, de Vulpian sur la physiologie des chromatoblastes de la

grenouille. Je renvoie le lecteur au livre de Pouchet ou, simplement, à l'article que Retterer (en 1886) a consacré à l'étude du pigment dans le *Dictionnaire encyclopédique*.

En réalité, les pigments sont nombreux et souvent très différents les uns des autres. Ainsi Ehrmann en compte quatre espèces : 1° le pigment brun, mélanine de Kruckenberg, noir à la lumière incidente et réfléchie; 2° le pigment blanc de Leydig (guanine de Ewald et Kruckenberg), blanc à la lumière incidente, gris à la lumière transmise; 3° un pigment jaune et transparent (lipochrome de Kruckenberg) offrant les caractères essentiels des corps gras; 4° un pigment granuleux, dichroïque, le pigment irisé de Leydig. Mais cette liste est contestable, car la guanine n'est pas considérée comme un pigment.

Quoi qu'il en soit, nous ne nous occuperons guère que du pigment brun de la peau; on sait, du reste, qu'on retrouve ce pigment dans un grand nombre de tissus normaux ou pathologiques (foyers hémorrhagiques, tissu musculaire, cellule hépatique, etc.). Il serait sans doute plus profitable d'envisager la question des pigmentations à un point de vue tout à fait général, mais nous serions ainsi entraîné bien au delà des limites que nous nous sommes imposées, et nous ne ferons allusion aux pigments extra-cutanés qu'autant que nous ne pourrions l'éviter.

Le pigment est donc une substance dont la teinte va du brun clair à la couleur sépia foncée suivant la quantité et le volume sous lequel elle se présente. Il est tantôt en grains, tantôt en solution. Figuré, il affecte la forme de granulations irrégulières (il apparaîtrait sous forme de petits bâtonnets, d'après Post) de forme et de dimensions tout à fait variables; tantôt ce sont des particules très fines qui semblent arrondies; tantôt ce sont de gros blocs irréguliers; tantôt enfin, des masses relativement volumineuses, presque aussi grosses qu'une cellule géante, de forme étoilée ou rameuse (en ramure de cerf, dit Wyss, étudiant la mélanose arsénicale); en pareil cas, la figure est déterminée probablement par celle de la cellule qui le porte ou des interstices où il se loge.

En solution, le pigment communique une couleur jaune au protoplasma, ou injecte en brun plus ou moins foncé les espaces intercellulaires. D'après Boccardi et Arena (cheveux), le pigment granuleux résulterait de la déshydratation du pigment soluble.

Les chimistes ont étudié la composition du pigment. Ils appellent mélanine le pigment des cheveux et celui des tumeurs mélaniques. Or, cette mélanine ne contient pas de fer (Nencki et Siber, Hirschfeld cités par Armand Gautier).

Cependant des recherches récentes et du plus grand intérêt ont montré l'existence du pigment ferreux. Il y a déjà longtemps que Perls l'avait décrit, et il avait appris à le déceler en colorant la peau avec le ferrocyanure de potassium; mais cette réaction ne se produit que dans le derme; Nothnagel a confirmé les notions fournies par Perls; mais Stadeler et Rossbach n'ont pas été aussi heureux.

Les recherches récentes (1888) de Neumann, confirmées et étendues par les expériences de Martin Schmidt (1889) ont montré qu'on pouvait admettre l'existence d'un pigment ferreux se créant aux dépens de la matière colorante du sang. Au bout d'un certain temps, ce pigment se dépouille du fer qu'il contenait. On appelle hémosidérine (hémosidérose : Unna) le pigment ferreux; mélanine, ce même pigment dépourvu de fer. Il s'agit ici de pigment d'origine manifestement hématique. Nous aurons à revenir sur ce sujet, quand nous nous occuperons de l'origine première du pigment. Notons seulement que, chez les céphalopodes, Fréderiq a montré que l'hémoglobine contenait du cuivre (hémocyanine); or, dans les pigments de ces animaux, il existerait du fer.

Ce qui précède doit nous prévenir que la morphologie, la chimie et l'histochimie du pigment nous fourniront des renseignements intéressants, mais incomplets, incapables de préciser sa nature, son origine, sa signification.

II

Chez les animaux, depuis les céphalopodes jusqu'au caméléon, l'anatomie et la physiologie de la pigmentation offrent une complexité très grande. Ils sont contenus dans de vastes cellules munies de prolongements longs et dont la forme varie plus ou moins rapidement : ce sont les chromatoblastes ou chromatophores. On connaît les changements de formes de ces éléments et la manière dont ils se traduisent par des modifications de la couleur de l'épiderme de certains animaux. Nous savons que des filets nerveux riches y aboutissent. Vulpian, sur la grenouille, avait pu étudier les trajets des nerfs qui les commandaient : il existe un système contracteur des chromatoblastes, système qui suit les filets vaso-constricteurs sans se confondre avec lui, et un système qui les développe et y parvient en suivant les filets vaso-dilatateurs dont ils sont également distincts. Phisalix, Ballowitz insistaient encore récemment sur les nerfs des chromatoblastes; ce dernier auteur croit pouvoir ajouter (pour les poissons) que, en réalité, c'est le pigment qui se meut dans le chromatoblastes, et non les prolongements de la cellule porte-pigment. Je renvoie aux auteurs compétents le lecteur désireux de détails sur ce sujet. Je me borne à dire que je ne puis pas accepter d'assimilation entre les chromatoblastes des animaux et les cellules pigmentaires de l'homme. J'approuve Mayerson de s'être élevé contre l'appellation de chromatoblaste appliquée à l'homme et ne puis trouver autre chose qu'une hypothèse élégante et très improbable dans la manière de voir de M. Raymond. Je pense aussi que M. Lewin se trompe quand il croit, un peu sous l'influence des travaux d'Ehrmann, pouvoir définir la syphilide pigmentaire comme une lésion due à la paralysie des nerfs qui commandent les chromatophores. Il est possible que les faits à venir autorisent ces assimilations et ces dénominations; mais elles ne peuvent actuellement être considérées comme exactes ni même comme utiles.

Chez l'homme, nous étudierons le pigment dans l'épiderme et les poils, et dans le derme ; puis les rapports qui existent entre le pigment du derme et celui de l'épiderme.

Pigment épidermique. — On sait depuis longtemps que la matière pigmentaire occupe principalement l'assise ectodermique la plus profonde, celle qui repose sur la vitrée, la couche génératrice. Même chez les blancs, il est peu de régions du tégument (s'il en existe), qui soient complètement dépourvues de pigment; on s'en rend compte en examinant des coupes un peu épaisses; cependant, il peut être extrêmement peu abondant. Il faut donc étudier la pigmentation sur des fragments de peau naturellement colorés (scrotum, aréole du sein, aisselle, etc.) et mieux encore sur la peau des nègres ou de sujets à teint très foncé.

Le pigment de l'épiderme est presque toujours en granulations très fines, ou à l'état de diffusion dans le protoplasma des cellules. On le constate principalement dans les cellules de la couche profonde cylindrique; il y est manifestement intra-cellulaire. On le retrouve dans les assises moyennes du corps muqueux de Malpighi et jusque dans les couches épidermiques les plus superficielles, s'il faut en croire Blaschko. Mais il est évident qu'il devient beaucoup moins abondant à mesure qu'on s'éloigne de la couche génératrice, et qu'il est réelle-

ment rare et maigre en dehors de cette dernière: il cesse à peu près là où commence l'éléidine. Unna a eu parfaitement raison (1885) de distinguer la pigmentation vraie de la couleur de la couche cornée (« Hornfarbe »).

Le pigment épidermique est-il toujours intra-cellulaire? Mertsching le croit, et, en vérité, il est bien difficile d'affirmer le contraire, étant donnés les rapports étroits qui existent entre les cellules unies par leurs filaments protoplasmiques.

Dans la cellule, le pigment se réunit en calottes aux deux pôles de ces cellules (Aeby). D'après M. Nussbaum, quand une cellule pigmentée va se diviser, le pigment qui est diffus à l'état de repos prendrait cette disposition en calottes. Puis il revient se grouper autour de la plaque équatoriale qu'il cache: le disque pigmentaire peut comprendre alors un tiers du noyau. Ultérieurement enfin il arrive à constituer une plaque compacte qui se ramollira et laissera apparaître la chromatine du noyau de la nouvelle cellule.

En dehors des éléments habituels de l'épiderme plus ou moins chargés de pigment, on y retrouve des figures étoilées, rameuses, qui semblent répondre à des cellules interépithéliales et qui ont été signalées, étudiées et interprétées depuis longtemps (G. Simon 1841: embryon de cochon; Remak: embryon humain, etc., etc. — Cf. Halpern).

En 1860, Kœlliker (protopterus amidus) a décrit des éléments cellulaires étoilés, situés immédiatement au-dessous de l'épiderme dans lequel pénétraient les prolongements. Elles ont été retrouvées chez l'homme (Halpern: peau de nègre; Caspary: scrotum d'un addisonien; Ehrmann, etc.). Mais on peut les considérer comme appartenant bien plutôt au derme.

Au contraire, dans l'épiderme même, on voit qu'il peut exister des cellules pigmentées rameuses dont l'interprétation a soulevé bien des discussions. Actuellement la tendance est de considérer ces cellules comme dérivées des cellules épithéliales, et non comme des cellules pigmentifères immigrantes. Même (Kodis) on les a considérées comme des émigrantes chargées d'emporter le pigment créé dans l'épiderme. Mais, en admettant comme prouvé le fait avancé par Stricker que les cellules des corps muqueux conservent des mouvements amiboïdes, je pense que, chez l'homme du moins, l'hypothèse est inacceptable; d'autant plus que Kodis admet que les cellules vont s'établir dans le tissu connectif.

En dehors de ces cellules que je regarde (avec Kodis, Jarisch, Kromeyer et même Ehrmann) comme répondant à des cellules épithéliales ou d'origine épithéliale, je crois qu'on peut voir parfois dans l'épaisseur du stratum malpighien des leucocytes migrateurs portant du pigment: ils se présentent simplement sous la forme de petites cellules irrégulières, logées entre les cellules épineuses, et leur importance est minime.

Il n'y a pas lieu d'insister ici sur la structure et le développement des prolongements intra-épidermiques des cellules du chorion: nous y reviendrons quand il sera convenable.

Dans *les poils*, en particulier, dans *les cheveux*, le pigment offre des particularités d'un haut intérêt, et dont on se rend compte facilement sur les coupes longitudinales des bulbes. Les différentes dispositions que l'on note dans l'épiderme s'y retrouvent. Le pigment y est très abondant au niveau de la couche génératrice matricielle, mais il correspond à une épaisseur plus considérable; l'existence intercellulaire du pigment y est manifeste: il s'y présente en vastes figures rameuses allongées, dont Unna regarde la nature cellulaire comme douteuse. Waldeyer pense que le pigment du cheveu est intra-cellulaire, et il a raison en ce qui touche les zones externes de la phanère.

Pigment dermique. — On ne le voit guère dans les plans qui répondent aux couches conjonctives papillaires et sous-papillaires sus-jacentes du réseau anastomotique vasculaire superficiel. Je rappelle ici que Renaut a vu le pigment dans les capillaires de la peau (maladie d'Addison), Riehl dans les capillaires des muqueuses (maladie d'Addison); Mossé et Daunic ont fait les mêmes constatations sur le tégument d'un homme mort de diabète maigre mélanodermique.

Dans les tissus, on retrouve le pigment sous différentes formes, mais, en outre, on voit beaucoup mieux que dans l'épiderme des blocs pigmentaires, de forme, de volume très variables, parfois considérables. On l'observe à l'état libre, disséminé entre les faisceaux; en pareil cas, il est généralement situé dans l'axe de la papille, le long des vaisseaux. Demiéville, Cohn l'ont vu libre en plein tissu conjonctif (éphélides) et leur observation est exacte.

Le pigment intra-cellulaire du derme occupe les cellules migratrices ordinaires, plus ou moins arrondies ou irrégulières, situées suivant l'axe des fentes lymphatiques ou des capillaires. Mais on le rencontre aussi dans des cellules étoilées du derme; ces cellules sont probablement dans nombre de cas de véritables cellules fixes (et non des éléments en migration dont ils n'offrent aucun caractère, comme le remarque très bien Kromeyer); mais mon ami Lacroix et moi avons émis l'hypothèse qu'elles pourraient bien représenter non des cellules fixes ordinaires, mais bien des clasmatocytes, c'est-à-dire des cellules migratrices arrivées à l'état de cellules à demeure.

Dans la papille du cheveu, on constate les mêmes faits.

Nous avons signalé déjà l'existence des cellules rameuses juxtadermiques qui portent leurs prolongements dans l'ectoderme. Pour ma part, je n'ai jamais rien vu qui répondît à autre chose que des cellules migratrices ou à des cellules fixes ou clasmatocytaires; jamais je n'ai rencontré d'organisme qu'on pût à un titre quelconque rapprocher des chromatoblastes, à moins qu'on ne considère comme suffisante pour cela l'existence de cellules rameuses, irrégulières et pigmentées, susceptibles d'interprétations beaucoup plus simples.

Rapports entre le pigment du derme et celui de l'épiderme. — En général, toutes les fois qu'il y a des granulations pigmentaires dans le derme, on en retrouve dans l'épiderme.

Dans le plus grand nombre des cas, qu'il s'agisse de peau normale ou pathologique, on trouve à la fois le pigment dans le derme et l'épiderme; on ne peut du reste reconnaître aucune proportion déterminée, et il n'y a aucun rapport entre l'intensité de la pigmentation et la distribution du pigment: c'est du moins ce qui ressort des recherches de Leedham Green (nævi pigmentés), et de Post.

Depuis Kœlliker, ainsi qu'il a été dit, on a vu et décrit de grandes cellules rameuses douées de prolongements protoplasmiques qui seraient situés exactement au-dessous de l'épiderme. Ces prolongements traversent la vitrée, franchissent un certain nombre d'assises cellulaires, et vont se mettre en communication avec les prolongements protoplasmiques des cellules malpighiennes auxquelles elles cèdent le pigment qu'elles portent. C'est le mécanisme invoqué par Riehl pour la pigmentation du cheveu, celui qui fut accepté, développé et défendu par Ehrmann. Ces cellules, dont l'existence n'est pas d'ailleurs très facile à constater chez l'homme, ont été retrouvées par Halpern (nègre); par Caspary, une

seule fois dans le scrotum d'un addisonien; par Mayerson, dans un cas de sclérodermie, etc.

Mais il faut de suite rappeler ce fait signalé par Kœlliker, et très facile à vérifier, qu'il y a, en ce qui touche le cheveu, une disproportion évidente entre le nombre des cellules pigmentées et rameuses de la papille et celui des cellules, ou mieux des figures rameuses matricielles. Unna s'est appuyé là-dessus pour mettre en doute la nature cellulaire de ces dernières.

Enfin, et ces faits de connaissance assez récente sont d'une importance majeure : *on peut trouver du pigment dans la couche génératrice du corps muqueux, alors qu'il n'en existe pas dans le derme.* D'après Mortsching, Recklinghausen, Neelssen, Waldeyer ont admis de tels faits : mais je n'ai pas pu consulter leurs textes originaux. M. Retterer a très nettement indiqué (chez des fœtus de grands mammifères) l'existence du pigment dans l'épiderme seul. Mêmes constatations par Mertsching, par Post, par Nathusius (cheveu), etc. Enfin, je possède moi-même des coupes d'un mamelon supplémentaire excisé sur un homme vivant, et où j'ai pu voir du pigment diffus en assez grande quantité dans la couche génératrice, sans qu'il en existât dans le derme.

III

Nous pouvons maintenant aborder la question dans ce qu'elle a de plus intéressant et de plus problématique. *Quelle est l'origine du pigment cutané?*

Deux théories sont actuellement en présence : 1° la théorie classique de l'origine hématique de la matière pigmentaire apportée dans l'épiderme par des éléments migrateurs comparables aux chromatoblastes; 2° la théorie de l'origine autochtone du pigment, produit du noyau ou du protoplasma de la cellule épidermique.

On sait que, dès 1847, Virchow a émis, et depuis lors toujours soutenu, l'idée de l'origine sanguine du pigment. En 1864, il décrivait la topographie du pigment dans le chorion et l'épiderme des addisoniens.

Personne n'a exposé la théorie histologique de l'origine intra-vasculaire du pigment et son apport à l'épiderme par les leucocytes mieux que mon maître J. Renaut, en 1882, à propos de la maladie d'Addison. D'après lui, le pigment granuleux est apporté par les vaisseaux sanguins déjà tout formé; on l'y voit renfermé dans les globules blancs; ceux-ci émanés des capillaires traversent le chorion en laissant derrière eux des grains de pigment et viennent céder le reste à la couche génératrice de l'ectoderme.

Les premières recherches de Riehl (sur le cheveu, 1884), son travail de la même année sur la leucodermie syphilitique ne faisaient que confirmer et développer la théorie de Renaut. Il signalait l'existence des prolongements protoplasmiques intra-épithéliaux des cellules pigmentées, prolongements qui se mettaient en rapport avec ceux des cellules épithéliales qui se chargeaient du pigment. Les premiers mémoires de Ehrmann concluaient d'une manière analogue; ce dernier avait étudié le processus sur la peau des batraciens; il comparait les cellules étoilées du chorion aux chromatophores; et leurs prolongements pénétraient dans l'épiderme, comme l'indiquait Riehl. Vers le même temps, Aéby (1889), étudiant les mammifères, déclarait que le pigment tégumentaire était toujours d'origine sanguine.

Les recherches de Nothnagel sur la pigmentation addisonienne confirmaient celles de Renaut. Cependant, Démville signalait dans la maladie bronzée l'altération anatomique de la paroi vasculaire. Riehl (1886) les retrouvait, ainsi que de véritables petites hémorrhagies, retrouvées du reste tout récemment (1894), par M. Mertsching sur un malade de Ewald. Mais je dois ajouter que ces altérations vasculaires et ces hémorrhagies n'ont été rencontrées ni par von Kahlden, ni par Uxel Sœjstrœm, ni par moi-même. Enfin, les lésions vasculaires décrites souvent, et en particulier tout récemment par Maiew dans la syphilide pigmentaire, manquaient encore complètement sur les pièces que mon frère donnait à l'examen de Lacroix et moi; je dois ajouter que même en l'absence de ces lésions vasculaires, les anomalies pigmentaires constatées nous portaient à admettre comme évidente l'origine vasculaire du pigment aussi bien que les précédents observateurs : du reste, dans un cas de nævus noir monstrueux, nous avions pu constater des lésions vasculaires nettes.

En somme, avec Virchow, Kœlliker, Renaut, Aéby, Unna, etc., le plus grand nombre admet, sans grande contestation, l'origine hématique de la substance pigmentaire apportée à l'épiderme par des cellules migratrices ou des éléments étoilés. Les recherches ultérieures (1889) de Mayerson concluaient énergiquement dans le même sens, et c'était aussi l'avis de Karg dont les expériences ont été souvent citées, et sur lesquelles nous reviendrons. A partir de ce moment, les divergences se multiplient; tandis que Halpern étudie les cellules pigmentées dermo-épidermiques, Caspary, Kaposi se rallient à une opinion très éclectique. M. Wermann (1890) se demande s'il ne faut pas faire jouer un rôle aux *mastzellen* qu'il a trouvés dans un cas de vitiligo; mais très récemment (1894), S. Marc (de Tiflis) a montré qu'on ne pouvait guère attribuer à leur présence une signification autre que celle d'un processus inflammatoire (Mestchnikoff, etc.). Enfin, M. Ehrmann s'est constitué le champion de la théorie ancienne contre les partisans de l'origine autochtone du pigment épidermique. Que le sang, que la matière colorante du sang puisse donner naissance à du pigment, cela est actuellement hors de doute. J'ai rappelé au sujet de la peau les constatations de Perls. Cependant, le pigment ferreux est rare dans le tégument; à côté des observateurs qui n'ont pas obtenu la réaction par le ferro-cyanure, je cite Dixon Mann qui, examinant au spectroscope la peau d'addisoniens, n'a pas constaté la raie du fer. Des recherches fort intéressantes ont été faites au sujet de la transformation du sang en matière pigmentaire et au sujet du pigment ferreux, de l'hémosidérine, comme l'a nommée Neumann. Quincke avait obtenu de véritables sidéroses hématogènes expérimentales par des injections intra-veineuses pléthoriques de sang; Fleiner par des injections massives de sang dans la trachée, etc., etc.

Neumann, étudiant les hémorrhagies dans les tissus normaux et pathologiques, arrive à cette donnée que le sang extravasé dans les tissus se transforme en pigment là où il est en contact avec le protoplasma des cellules vivantes; s'il y a une trop grande quantité de sang pour qu'il en soit ainsi, le restant persiste à l'état d'hématoïdine. Neumann, donc, nomma hémosidérine ce pigment ferreux, en opposition avec la mélanine qui ne contient pas de fer. Mais les recherches de M. B. Schmidt ont montré que cette distinction n'est pas profonde : Schmidt introduisait dans le sac lymphatique de la grenouille des fragments de moelle de sureau imbibés du sang du cœur d'une autre grenouille. Il put ainsi constater les différents stades de transformation des globules rouges et de l'hémoglobine; enfin et surtout, il vit qu'à un moment donné le pigment ferreux résultant de la destruction de l'hémoglobine perd complètement et assez vite tout le fer qu'il renferme.

Il reste à se demander comment le pigment élaboré dans le sang arrive à l'épiderme. Les cellules migratrices ordinaires jouent évidemment le rôle principal. Mais

quelle est la signification des cellules étoilées que Ehrmann et M. Raymond comparent à de véritables chromatophores? Nous pensons qu'il faut y voir de simples cellules fixes, ou des cellules migratrices de forme complexe, mais non un élément spécial; et quant à la paralysie des chromatophores, invoquée pour expliquer quelques achromies, elle reste dans le domaine de la pure hypothèse.

On peut donc seulement admettre que la matière pigmentaire apportée jusqu'à l'épiderme par les cellules migratrices y pénètrent probablement par l'intermédiaire de longs prolongements qui vont, suivant le mécanisme indiqué, se mettre en rapport avec le protoplasma des cellules épithéliales. Il est évident que sur ce point-là les phénomènes n'apparaissent peut-être pas d'une clarté et d'une précision suffisantes. On ne s'étonnera donc pas si l'on a cherché des explications plus plausibles. Aussi a-t-on admis que le pigment, formé aux dépens du sang, peut ne pas l'être dans le sang, mais plutôt par les cellules conjonctives. Cohn insiste sur ce fait qu'il peut se constituer en réalité, en dehors des cellules, dans les tissus, et l'on arrive à cette notion que vraisemblablement, au moins dans un certain nombre de cas, le sang fournit tout simplement le substratum de la matière pigmentaire.

Au reste, cette origine hématique du pigment n'a pas été sans soulever des contestations. Je ne connais pas les textes de Recklinghausen, de Neelssen, de Waldeyer, cités par Mertsching et qui, d'après cet auteur, admettraient l'origine épidermique du pigment (en particulier les recherches de Waldeyer sur le cheveu). Mais il semble qu'on retrouve cette donnée, malheureusement bien obscure, dans l'article que Robin et Retterer ont consacré à la peau. Retterer, d'autre part, étudiant des fœtus de grands mammifères, affirme nettement que le pigment peut apparaître dans leur ectoderme à une époque où le derme en est complètement dépourvu, et admet donc très bien que ce pigment est né et peut naître dans les cellules épithéliales; j'ajoute que les histologistes allemands ont toujours oublié de citer ces recherches. M. List, sur l'embryon de truite, vit du pigment résultant de la segmentation du vitellus, ce qui exclut l'origine sanguine. Mertsching (1885), étudiant la kératohyaline, pense avoir montré que celle-ci est un produit du noyau de la cellule malpighienne. Pour ma part, je suis persuadé qu'il a raison en ce qui touche l'origine nucléaire de l'éléidine; mais je m'en sépare complètement quand il conclut à l'identité du pigment et de la kératohyaline. Nous pouvons retenir l'origine épidermique du pigment; j'ajouterai que tout récemment M. Mertsching (1894) semble admettre que le pigment peut, du reste, naître également aux dépens du globule rouge, et être produit par le noyau des cellules conjonctives et épithéliales. Nous avons déjà cité le travail de Kodis (1850) qui considérait, lui, que le pigment naissait dans le protoplasma des cellules épithéliales. M. Caspary semblait rester dans le doute et admettre l'origine hématique et épithéliale; M. Kaposi était encore plus franchement éclectique, en s'appuyant d'ailleurs sur des considérations principalement nosologiques. Enfin, pendant les années 1891-1892, M. Jahrisch a publié les résultats d'une série de recherches portant principalement sur la pigmentation des larves de batraciens, et sur la pigmentation du cheveu. De ses préparations, il concluait que chez les larves de têtard on pouvait observer du pigment avant l'apparition du système sanguin et des globules rouges; il montrait que le pigment procédait de dehors en dedans; que dans les élevures kératinisées qui constituent les dents des animaux examinés, il existait un pigment véritable (quoi qu'en dise Leydig) occupant les strates épithéliales les plus externes seules. Il exposa l'apparition du pigment au sein des cellules ectodermiques avec beaucoup de détails, mais, il faut l'avouer, en des termes qui nous ont paru bien obscurs (1). Quoi qu'il en soit, Jahrisch soutenait énergiquement l'origine épithéliale de la matière pigmentaire, et admettait qu'elle naissait par un processus de métabolisme du protoplasma. Bien entendu, les cellules étoilées pigmentées intra-épithéliales étaient d'origine ectodermique. Ehrmann semble se ranger à l'avis de Jahrisch sur ce dernier point, mais il conteste la valeur de ses constatations, en arguant que si l'on trouvait réellement du pigment chez les larves de grenouille avant l'apparition du sang, ce pigment existait normalement dans l'œuf même, et qu'il était d'origine maternelle; on n'en trouve pas chez la larve de salamandre dont l'œuf n'est pas pigmenté. Le pigment apparaît réellement après les vaisseaux; il manque là où manquent ces derniers, et procède de dedans en dehors; il semblait croire que les fibres d'Herxheimer devaient être regardées comme des ponts protoplasmiques entre les cellules épithéliales, ponts qui pouvaient servir de passage à la substance pigmentaire. Sur ce point, au moins, Ehrmann s'est assurément trompé, si, comme l'a dit Eddowes, les fibres d'Herxheimer sont simplement de la fibrine. La discussion est donc ouverte; Kromeyer a vivement défendu l'origine ectodermique du pigment chez les mammifères. Il a conclu à la nature ectodermique des cellules pigmentées étoilées intra-épidermiques, et fait remarquer que les éléments étoilés et pigmentés du tissu conjonctif étaient des cellules fixes, et non pas des cellules en migration. C'est un coup droit à la conception chromatophorique et il semble bien que cette simple observation soit irréfutable. Récemment, Post a conclu dans le même sens : il a vu que le derme sous-jacent à l'épiderme pigmenté pouvait ne point présenter de pigment. Pendant le renouvellement des cils du nouveau-né, on ne retrouve le pigment que dans le bulbe de l'ancien poil. Nathusius pense que le pigment du cheveu est né dans le cheveu : il a vu des cheveux dont le bulbe n'était pas pigmenté, tandis qu'ils l'étaient eux-mêmes. Enfin, je rappelle que je possède moi-même des coupes d'un mamelon supplémentaire excisé sur le vivant, et où la pigmentation épidermique n'est pas accompagnée de coloration du derme.

En résumé, je crois que l'on doit actuellement admettre les rôles chromatopoiétiques des cellules malpighiennes. Dans quelle mesure l'épiderme fait-il son pigment, ou recourt-il à l'élaboration sanguine? cela semble difficile à déterminer, à cause de l'impossibilité où nous sommes maintenant de caractériser l'un ou l'autre. Si je m'en rapporte à mes propres observations, je suis tenté d'admettre que, dans la grande majorité des cas, les pigmentations hyper-chromiques pathologiques acquises (nævi mélaniques, syphilides pigmentaires, maladie d'Addison, pigmentation marginale du lupus érythémateux) sont sous l'influence de troubles hématiques, et sont constituées par une substance d'origine sanguine); tandis que la substance normale serait d'origine autochtone. Il est clair qu'une telle hypothèse est encore imprécise et n'a rien d'arrêté : mais l'on voit encore combien il est difficile de se faire des phénomènes une notion certaine : il suffit pour cela de résumer ce que nous savons ou croyons savoir à propos de la disparition du pigment.

(1) Je dois ajouter qu'un compatriote de l'auteur, M. Cohn, se plaint également de cette obscurité : nous sommes donc excusable.

IV

Nous n'osons pas entrer dans des détails au sujet de l'utilité des pigmentations et de leur cause déterminante ou non : hérédité, influence chimique des rayons ultra-violets du spectre, etc., etc. Je renvoie le lecteur à un curieux article de R. Bowles dans le Monatsheft e de 1894. Nous viendrons sur le terrain anatomique afin d'examiner cette question bien circonscrite : Que devient le pigment?

D'après Ehrmann, le pigment parcourt trois stades. Pendant le premier, on trouve du pigment dans toute l'épaisseur de l'épiderme; dans un second temps, les cellules basales sont claires, et le pigment est localisé dans les couches superficielles; à ce moment, entre les couches colorées et non colorées, on voit de grandes cellules teintées qui poussent leurs prolongements vers l'extérieur; enfin, en troisième étape, le pigment a complètement quitté l'épiderme. Le chorion est coloré.

Ehrmann appliquait ces constatations faites sur les batraciens aux mammifères et à l'homme. Je ne reviens pas sur les discussions soulevées à ce propos : retenons seulement ce premier mode indiqué : que le pigment irait de dedans en dehors, et finirait, semble-t-il, par tomber à l'extérieur. Il est possible que ce mécanisme d'élimination du pigment soit réel : nous avons dit que Blaschko avait retrouvé du pigment dans les strates les plus superficielles; du moins peut-on assez facilement en retrouver dans toute l'épaisseur du réseau malpighien; mais il est difficile de le voir dans la couche cornée, et je pense que son élimination par desquamation est exceptionnelle.

Une seconde hypothèse admet que lorsque la cellule de plus en plus éloignée de la basale se modifie par la kératinisation, les prolongements, le protoplasma finissent par se dissoudre, par perdre leur existence active, et le pigment est ainsi comme détruit sur place : mais en pareil cas, on ne voit pas bien comment et pourquoi se produirait ce processus.

Il y a au contraire de nombreux faits qui permettent de se rallier à une troisième théorie : celle de la résorption du pigment épidermique par les cellules migratrices qui viennent le prendre (et non l'apporter) à l'épiderme et le remportent dans le torrent lymphatique. Déjà Riehl avait trouvé du pigment dans les ganglions lymphatiques : ainsi le pigment se comportait comme les grains de tatouage, suivant la vieille description de Virchow. Jadassohn a formellement renouvelé cette constatation et l'on ne peut douter de la résorption de la matière pigmentaire par la voie lymphatique ordinaire.

A l'appui de ce fait, notons que le pigment est retrouvé facilement autour des capillaires sanguins, mais aussi bien dans les traînées qui correspondent aux grandes fentes lymphatiques. Il n'y a aucune raison pour que les cellules juxta-épidermiques à prolongements intra-épithéliaux apportent le pigment plutôt qu'ils ne l'enlèvent. On connaît les expériences de Karg qui greffa de la peau de nègre sur un blanc et de la peau de blanc sur un nègre; les greffes prirent la couleur du porteur. Ses préparations lui firent voir que les leucocytes morcelaient et résorbaient la greffe et qu'on les retrouvait dans le chorion chargé de grains de pigment (il s'agissait de la greffe noire sur la peau blanche). Karg est d'ailleurs un partisan de l'origine hématique du pigment. Il faut noter de suite que ses expériences n'ont à mes yeux, qu'une valeur relative : elles prouvent une fois de plus et très éloquemment que l'hétéro-greffe ne donne jamais de tissus définitifs, mais que ces derniers sont ultérieurement résorbés par le porteur, et l'on sait depuis longtemps que les globules blancs jouent un rôle très actif dans les processus de ce genre. Quoi qu'il en soit, la résorption de l'épiderme et des produits de l'épiderme par les cellules migratrices est ainsi prise sur le fait, et il n'est pas besoin de recourir aux hypothèses un peu fantaisistes de M. Kodis. En suivant cet ordre d'idées, on arrive à penser que les cellules porte-pigment, les chromatophores d'Ehrmann sont des organismes de résorption. Mais on est alors en présence de cette objection que les cellules pigmentées étoilées du tissu conjonctif sous-épithélial sont purement et simplement des cellules fixes de ce tissu, et l'on peut enfin se demander par quelle suite de phénomènes le pigment arrive a s'y fixer, car elles semblent souvent assez loin de la route habituelle des cellules migratrices.

En 1892, à une époque où la question n'était pas tout à fait aussi avancée qu'à présent et où, surtout, elle nous était mal connue, mon ami Lacroix et moi avons été amenés à formuler une nouvelle théorie de la signification de ces cellules. Il s'agissait d'un monstrueux nævus noir de la face sur lequel la pigmentation avait pris un développement colossal et que nous examinions dans le laboratoire de J. Renaut. Dans ce cas, on notait un pigment très abondant dans la couche génératrice, les strates malpighiennes inférieures; de nombreuses cellules migratrices pigmentées pénétraient dans l'ectoderme. Dans les plans profonds, lésions vasculaires et pigment autour des vaisseaux, etc.

Voici ce que nous disions à propos du pigment de la couche conjonctive dermo-papillaire : « Les cellules pigmentaires ne présentent aucune ordonnance précise. L'intensité de leur coloration varie, ce qui permet de les distinguer en deux groupes. Les unes consistent dans des masses souvent volumineuses de substance granuleuse d'un noir d'encre de Chine : on n'y peut pas percevoir de noyaux et elles ne présentent pas de prolongements; mais de leurs bords semblent se détacher de fines granulations pigmentaires libres dans le tissu ambiant. Les autres, plus nombreuses, offrent une teinte sépia plus ou moins foncée; elles ont des formes très irrégulières; leurs noyaux sont bien apparents; leur protoplasma est, pour ainsi dire, teinté par le pigment qui n'est plus aussi granulé. Elles présentent des prolongements dans tous les sens et dans tous les plans; ces prolongements assez épais offrent des varicosités; par leurs extrémités, ils semblent s'effriter en petites bandes pigmentées rappelant la structure des *clasmatocytes* de Ranvier. Ces cellules ne nous ont jamais paru s'anastomoser, nouvel argument en faveur de l'assimilation avec les clasmatocytes... » (Examen de la tumeur publiée et figurée par Villard dans les *Archives Provinciales de chirurgie*, novembre 1892.) Depuis lors, ces dispositions vues d'abord par Lacroix et moi, je les ai signalées dans la peau d'addisoniens et j'ajouterai que je les ai également retrouvées dans leur muqueuse buccale (1), et je crois qu'elles caractérisent la majorité des cellules étoilées pigmentaires du derme.

Je renvoie aux notes originales de Ranvier ou au livre de Renaut (t. I, p. 960) le lecteur désireux de renseignements au sujet de la clasmatose et des clasmatocytes. Je rappelle seulement « que tout clasmatocyte procède d'une cellule lymphatique qui s'est immobilisée et fixée, puis dont le protoplasma s'est étendu et s'est chargé de granulations caractéristiques »; dans l'hypothèse de Lacroix et moi, il pourrait donc s'adjoindre la matière pigmentaire.

(1) Dans nos premiers examens de muqueuse, je n'avais guère vu que de la pigmentation de l'épiderme (et je l'ai dit); depuis lors, j'ai pu me convaincre que c'était une erreur : sur d'autres coupes, l'aspect est semblable à celui de la peau.

Ainsi, le cycle pigmentaire est complet; venu du sang dans l'épiderme ou né dans l'épiderme, le pigment n'y est point résorbé, il n'y desquame point; il y est repris par les cellules migratrices. De ces cellules migratrices pigmentifères, les unes rentrent dans la grande circulation lymphatique; les autres se perdent dans les interstices des vaisseaux conjonctifs et s'y arrêtent, s'y fixent, s'y transforment et deviennent des cellules étoilées dont la signification n'est pas celle d'une cellule fixe, mais bien celle d'un clasmatocyte.

Nous indiquerons seulement les textes que nous avons consultés : 1882. RENAUT, article : Dermatoses (anat. path.) in *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre (et son cours sur l'anatomie de la peau publié in *Annales de dermatologie*, le dernier fascicule paru du *Traité d'histologie* (Clasmatocytes, etc.). — 1886. RETTERER, article : Pigment, in même dictionnaire. — NEUMANN : Beitræge zur Kenntniss der path. Pigmente. *Arch. de Virchow*, 1888, t. 111. — M. B. SCHMIDT : Ueber die Verwandschaft der hæmatogenen und autochtonen Pigmente, id. 1889, t 115. — MERTSCHING : Histologische Studien über Keratohyalin und Pigment, id. 1889, t. 116. — MEYERSON : Zur Pigmentfrage, id. 1889, t. 118. — HALPERN : Ueber das Verhalten des Pigments in der Oberhaut des Menschen. *Arch. f Derm. und Syphilis*, 1891. — CASPARY : Ueber den Ort der Bildung des Hautpigments, id. — KAPOSI : Ueber Pathogenese der Pigmentirungen, id. — Les articles de Jahrisch et de Ehrmann se trouvent dans les années 1891 et 1892 de la même publication. — JADASSOHN : Ueber Pigmentsverschleppung aus der Haut (Pityriasis rubra pilaris). *Arch. f. Derm. und S.*, 1892. — RAYMOND, PHISALIX, *Arch. de physiologie*, 1892. — MULLER : Assenmelanose, id. 1893. — La revue générale de Cohn in *Monatshefte für prokt. Derm.* 1894. — UNNA : Histopathologie der Hautkrankeiten, Berlin, 1894, p. 968. — S. MARC : Vitiligo. *Arch. de Virchow*, 1894. — Résumés de Ballowitz, Nussbaum, Kromeyer, Nathusius, Post, Dixon, Mann, etc. : in Monatshefte. — Les comptes-rendus des congrès internationaux de 1889-90, etc.

Cf. en outre les examens de Lacroix et moi : in *Arch. Provinciales de chirurgie*, 1892, 1er décembre. — VILLARD : *Nævus monstrueux de la face*. — 1890. *Ann. de dermat. et syph.* — J. AUDRY : *Syphilides pigmentaires*, et mes notes dans la *Gazette hebdomadaire* de 1894 : Chromoblastose addisonienne, etc.

La thèse de Gonzalez Hernandez (*Montpellier*, 1892) laisse de côté le pigment cutané.

J'ajoute que la peau des nouveau-nés et des fœtus humains n'offre pas assez de pigment, même aux points d'élection, pour qu'on puisse le voir. Ainsi en était-il sur les scrotums et les mamelons que j'ai pu examiner dans ces conditions.

Il y aurait un grand avantage à pouvoir examiner des fragments de peau de nouveau-né nègre; mais je n'ai pas encore réussi à m'en procurer.

CH. AUDRY.

TRAVAUX ORIGINAUX

Résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques (*Opération de Poncet*). Etude critique basée sur 63 cystostomies,

par M. E. LAGOUTTE, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

(*Fin.*)

PIÈCES JUSTIFICATIVES (1).

OBSERVATION I. — M. B..., 72 ans. Accès aigu de rétention sans infection. Cathétérisme impossible. Cystostomie le 6 mai 1890. Actuellement santé parfaite. Incontinence du méat.

OBS. II. — M. Diday, 80 ans. Rétention et accidents aigus d'infection. Cathétérisme douloureux et difficile. Cystostomie le 23 décembre 1891. Mort le 23 décembre 1893, d'un cancer de la plèvre. Survie de deux ans avec bonne santé. Méat entièrement continent.

OBS. III. — S. F..., 65 ans. Premier accès de rétention aiguë. Cathétérisme difficile, fausses routes. Cystostomie le 6 juillet 1891. Oblitération du méat. Nouvel accès de rétention. Deuxième cystostomie le 17 juillet 1892. Mort de pneumonie aiguë en novembre 1892. Incontinence partielle pendant la survie.

OBS. IV. — M. D..., 71 ans. Premier accès de rétention aiguë. Cathétérisme difficile, uréthrorrhagie, fausses routes. Cystostomie le 1er mars 1892. Urèthre sus-pubien rapidement continent et actuellement oblitéré depuis six mois. Eventration au niveau de la cicatrice. Bonne santé. Fonctions urinaires parfaites.

OBS. V. — L..., 77 ans. Premier accès de rétention aiguë. Cathétérisme difficile, fausses routes. Uréthrorrhagie. Cystostomie le 7 décembre 1891. Malade revu deux ans après, le 16 octobre 1893, en bonne santé. Incontinence complète, palliée par le port d'un appareil.

OBS. VI. — A. G..., 60 ans. Troubles urinaires depuis plusieurs mois. Un accès de rétention complète antérieur. Depuis, cathétérismes répétés et laborieux. Deuxième accès de rétention complète, cathétérisme impossible, pas d'infection grave. Cystostomie le 9 mai 1891. Actuellement, septembre 1894, excellente santé. Urèthre contre nature continent.

OBS. VII. — M. F..., 79 ans. Accidents de rétention depuis neuf mois, nécessitant des cathétérismes de plus en plus fréquents. Etat général de plus en plus mauvais. Symptômes d'intoxication urinaire chronique. Cystostomie le 12 novembre 1889. Mort dix mois après Etat satisfaisant pendant la survie. Incontinence.

OBS. VIII. — J. Ch..., 72 ans. Accidents d'empoisonnement urinaire remontant à plusieurs années. Rétention complète à répétition. Cathétérisme très fréquent et douloureux. Cystostomie le 4 avril 1892. Mort quelques mois après de complications pulmonaires. Incontinence complète.

OBS. IX. — J. N..., 74 ans. — Troubles urinaires anciens. Cathétérismes depuis longtemps, miction par regorgement. Cachexie urinaire. Accidents suraigus de rétention. Sondage impossible. Cystostomie. Mort au bout de cinq jours.

OBS. X. — M. D..., 75 ans. Troubles de la miction depuis plusieurs années. Empoisonnement urinaire chronique. Cachexie extrême. Cathétérisme douloureux et mal supporté. Urine contenant, outre le pus, du sucre et de l'albumine. Cystostomie. Mort dans les 32 heures avec des symptômes d'urémie.

OBS. XI. — D. F..., 69 ans. Accidents urinaires remontant à plusieurs années. Cachexie. Cathétérisme toutes les demi-heures, mal supporté. Rétention aiguë. Cystostomie. Mort deux mois et demi après.

OBS. XII. — S. F..., 78 ans. Accidents répétés de rétention. Cathétérisme impossible. Ponctions hypogastriques aspiratrices. Infiltration d'urines septiques. Cystostomie. Mort au bout de huit jours.

OBS. XIII. — A. G..., 67 ans. Troubles urinaires remontant à plusieurs années. Accidents graves d'intoxication urinaire. Cathétérisme quotidien devenu intolérable, puis impossible. Cystostomie le 26 avril 1892. Rétablissement de la santé générale. Incontinence pendant huit mois, puis oblitération du méat hypogastrique. Malade revu en mars 1894, avec de nouveau des symptômes d'intoxication urinaire chronique. Refus d'une nouvelle intervention.

OBS. XIV. — A. S..., 66 ans. Accidents urinaires remontant à 12 ans. Rétention. Cystite ayant fait croire plusieurs fois à la présence de calculs. Cystostomie le 14 mars 1892. A la suite oblitération du méat, et actuellement (juin 1894) santé parfaite. Fonctions urinaires à peu près normales, sauf un peu plus de fréquence des mictions.

OBS. XV. — A. C..., 78 ans. Troubles urinaires anciens. accès de rétention antérieurs, mais pas de cathétérisme. Rétention brusque et complète le 7 avril 1892. Fausses routes, uréthrorrhagies. Cystostomie. Actuellement, septembre 1894, la fistule est à peu près cicatrisée. Léger suintement à l'occasion des efforts. Miction par les voies naturelles. Excellente santé.

OBS. XVI. — J. B..., 68 ans. — Rétention depuis quatre

(1) Pour plus de détails, se reporter à notre thèse dans laquelle les observations complètes des cystostomisés sont publiées. E. LAGOUTTE : *Des résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne*. (Thèse de Lyon, novembre 1894).

jours. Rupture spontanée de la vessie. Tentative de cystostomie. Mort de péritonite suraiguë.

Obs. XVII. — M..., 75 ans. Troubles urinaires remontant à de longues années. Cystite purulente. Cathétérisme toutes les demi-heures. Etat de cachexie avancée. Cystostomie. Mort deux jours après. Autopsie : pyélonéphrite suppurée.

Obs. XVIII. — C. Cl..., 73 ans. — Rétention et infection. Urines ammoniacales. Cystostomie; mort quatre jours après.

Obs. XIX. — T. B..., 79 ans. Vieux prostatique en état d'empoisonnement urinaire chronique. Cystostomie. Mort le lendemain. Autopsie : pyélo-néphrite.

Obs. XX. — M. X..., 75 ans. Rétention. Fausses routes multiples; uréthrorrhagies. Cystostomie, urines ammoniacales. Mort au bout de huit jours. Autopsie : profondes fausses routes et foyers septiques à leur niveau. Pyélo-néphrite.

Obs. XXI. — R. F..., 73 ans. Rétention. Cathétérisme devenu impossible. Fausses routes, uréthrorrhagies, ponctions vésicales répétées. Symptômes d'infection aiguë. Cystostomie le 16 septembre 1890. Pas de renseignements ultérieurs. Mort en janvier 1892.

Obs. XXII. — M. Z..., 69 ans. Rétention aiguë sans infection. Cystostosmie le 2 avril 1890. Malade perdu de vue à sa sortie trois semaines après l'opération.

Obs. XXIII. — L. N..., 67 ans. Troubles urinaires anciens. Rétention, fausses routes et uréthrorrhagies. Ponction capillaire. Urines claires. Cystostomie le 24 janvier 1892. Mort dans le mois de mars 1893. Pas de renseignements précis sur l'état des fonctions urinaires pendant la survie.

Obs. XXIV. — P..., 68 ans. Ancien protastique avec infection chronique, envoyé à l'Hôtel-Dieu avec une rétention aiguë; fausses routes, uréthrorrhagies dans un état comateux. Cystostomie (avril 1888). Mort en janvier 1890 avec de la cystite purulente. Incontinence complète pendant la survie.

Obs. XXV. — B. G..., 81 ans. Troubles urinaires depuis 15 mois ; pas de cathétérisme. Premier accès de rétention complète. Fausses routes, uréthrorrhagies. Cystostomie le 12 juin 1890. Suites mauvaises. Quatre mois après, le malade revenait à l'Hôtel-Dieu, où il mourait.

Obs. XXVI. — X..., 68 ans. Accidents urinaires remontant à plusieurs années et nécessitant le cathétérisme d'une façon régulière. Rétention. Frissons. Cystostomie. Perdu de vue à sa sortie 15 jours après l'intervention.

Obs. XXVII. — M. C..., Prostatisme ancien avec douleurs et envies fréquentes d'uriner, faisant croire à la présence d'un calcul. Cystostomie. Sorti en bon état (gardant ses urines entre 40 et 50 minutes) au bout de 3 semaines. Perdu de vue depuis.

Obs. XXVIII. — X..., 72 ans. Accidents prostatiques anciens. Infection urinaire chronique. Malade amené à l'hôpital avec une rétention complète et un état général excessivement grave. Cystostomie (29 avril 1892). Un mois après, le malade était dans un état satisfaisant. Pas de renseignements ultérieurs.

Obs. XXIX. — M. G... 78 ans. Accidents de prostatisme depuis 7 ou 8 ans. Infection urinaire chronique. Etat général extrêmement grave. Malade arrivé au dernier terme de la cachexie. Cystostomie le 27 mai 1892. Rétablissement graduel de la santé. Depuis, cystite persistante et à plusieurs reprises, formation de calculs facilement extraits après débridement de l'orifice. Incontinence partielle. Quand le méat se rétrécit et tend à devenir continent, les phénomènes de cystite reparaissent ainsi que les calculs. Excellente santé.

Obs. XXX. — M. F..., 62 ans. Rétention complète, cathérismes, ponction hypogastrique ayant déterminé un phlegmon prévésical. Empoisonnement urinaire aigu. Cystostomie le 26 mai 1892. Disparition des accidents. Oblitération du méat au bout d'un mois. Actuellement (juillet 1894), état général excellent. Mictions par la voie naturelle.

Obs. XXXI. — M. M..., 63 ans. Prostatique ancien, faisant usage depuis longtemps du cathétérisme. Accidents brusques de rétention. Cathétérisme impossible. Ponction hypogastrique. Infiltration urineuse sus-pubienne. Infection urinaire aiguë. Etat grave. Cystostomie (17 juin 1892). Disparition des accidents. Fistule hypogastrique d'abord continente, puis oblitérée. Rétablissement des fonctions par la verge. Mais de nouveau reparurent les phénomènes de cystite et d'infection. Cachexie progressive. Mort trois mois après de broncho-pneumonie.

Obs. XXXII. — M. B..., 75 ans. Prostatique avec empoisonnement urinaire chronique ayant fait penser à un cancer de l'estomac. Rétention et phénomènes aigus de cystite. Cystostomie. Mort au bout de 4 jours.

Obs. XXXIII. — Ph. S..., 78 ans. Vieux prostatique faisant usage depuis longtemps de la sonde. Diabétique. Infection urinaire chronique. Etat général très grave. Cystostomie. Mort d'érysipèle. Autopsie, cystite purulente, pyélo-néphrite suppurée.

Obs. XXXIV. — A. V..., 79 ans. Accidents prostatiques anciens nécessitant souvent l'usage de la sonde. Infection urinaire chronique. Cathétérisme difficile. Cystostomie (12 décembre 1892). Mort en septembre 1893. Incontinence pendant la survie.

Obs. XXXV. — M. C..., 78 ans... Vieux prostatique avec infection chronique. Envoyé avec rétention complète, troubles généraux graves, fièvre, délire, muguet. Cystostomie. Amélioration, puis mort 1 mois après, d'affaiblissement progressif.

Obs. XXXVI. — G. O..., 75 ans. Troubles urinaires depuis 18 mois. Rétention aiguë. Cathétérisme. Infection suraiguë, frissons, langue rôtie, etc. Cystostomie et mort quelques jours après.

Obs. XXXVII. — L. F..., 71 ans. Troubles urinaires anciens. Plusieurs accès de rétention antérieurs. Cathétérisme régulier, puis, celui-ci devenant impossible, ponctions hypogastriques. A l'entrée à l'hôpital, infection urinaire aiguë. Température 40°, état général grave. Rétention absolue. Cystostomie le 4 avril 1893. Disparition des accidents. Actuellement (7 septembre 1894), excellent état. Les urines passent par la verge et un peu par le méat hypogastrique.

Obs. XXXVIII. — M. L..., 75 ans. Troubles urinaires anciens ayant nécessité le cathétérisme fréquent. Rétention incomplète. Quelquefois incontinence par regorgement. Rétention complète. Cathétérisme. Infection grave (40°; langue rôtie, délire, etc.). Cystostomie le 10 avril 1892. Actuellement, 8 octobre 1894, malade entièrement guéri, avec un méat hypogastrique continent et des urines claires.

Obs. XXXIX. — L. Cl..., 75 ans. Troubles urinaires anciens. Accès de rétention antérieurs. Entré à l'Hôtel-Dieu avec une rétention complète et des symptômes d'infection aiguë (T. 39°3). Cathétérisme laborieux. Cystostomie le 2 mai 1893. Le malade quitte l'hôpital en meilleur état, mais perdant ses urines, le 21 mai.

Encore vivant actuellement (7 octobre 1894), mais en mauvais état.

Obs. XL. — J. G..., 71 ans. Troubles urinaires anciens. Rétention aiguë. Tentatives de cathétérisme ; fausses routes ; uréthrorrhagies. Cystostomie le 1er juin 1893. Actuellement, juin 1894, méat sus-pubien oblitéré; fonction rétablie par l'urèthre. Bonne santé générale.

Obs. XLI. — F. J..., 62 ans. Malade amené à l'hôpital avec de l'incontinence par regorgement existant depuis un mois. Jamais de cathétérisme. Cystostomie le 9 juin 1893. Actuellement, septembre 1894, méat hypogastrique oblitéré. Miction normale ; santé parfaite.

Obs. XLII. — Ch. F..., 57 ans. Troubles urinaires anciens. Premier accès de rétention complète. Cathétérisme laborieux. Cystostomie le 15 juin 1893. Le 23 novembre 1893, nouvel accès de rétention, l'orifice s'étant oblitéré. Seconde cystostomie et de nouveau fermeture de l'orifice hypogastrique.

Obs. XLIII. — G. Ch..., 70 ans. Troubles urinaires anciens exigeant le cathétérisme depuis longtemps. Infection urinaire aiguë (T. 40°7), frissons, langue rôtie, etc.). Cystostomie le 24 juin 1893. Amélioration, puis affaiblissement progressif et mort le 10 juillet. Autopsie : cystite purulente et pyélo-néphrite suppurée.

Obs. XLIV. — J. F..., 74 ans. Troubles urinaires depuis

plusieurs années. Accès de rétention antérieurs. Traitement longtemps continué par le cathétérisme et les lavages, la sonde à demeure, les ponctions. Finalement, état extrêmement grave d'infection urinaire chronique. Cystostomie et mort huit jours après. Autopsie : Cystite purulente, uretérite, pyélo-néphrite suppurée.

Obs. XLV. — M. P..., 70 ans. Premier accès de rétention aiguë. Cathétérisme. Sonde à demeure. Infection urinaire suraiguë. Cystostomie. Mort en trois jours avec 41°2.

Obs. XLVI. — M..., 67 ans. Troubles urinaires depuis un an. Accès de rétention antérieurs. Cathétérisme régulier depuis. Entré à l'hôpital avec des signes d'infection urinaire chronique. Cystostomie le 14 novembre. Mort le 15 décembre.

Obs. XLVII. — M. M..., 62 ans. Accidents prostatiques depuis plusieurs années. Rétention incomplète avec signes d'infection chronique (fièvre, troubles gastriques, etc.). Cystostomie à la suite d'un accès de rétention complète. Mort un mois après.

Obs. XLVIII. — B. L..., 73 ans. Troubles de la miction depuis un an environ. Accès aigu de rétention. Cathétérisme répété. Fausses routes. Cystostomie. Mort d'accidents pulmonaires quinze jours après l'opération.

Obs. XLIX. — G. H..., 66 ans. Quelques troubles antérieurs. Premier accès de rétention. Fausses routes et uréthrorrhagies. Cystostomie le 5 janvier 1894. Guérison absolue. Rétablissement des fonctions par la verge. Le malade maintient son méat hypogastrique par la dilatation.

Obs. L. — B. Ant..., 68 ans. Troubles urinaires depuis deux ans. Incontinence par regorgement sans infection. Cystostomie le 20 janvier 1894. Actuellement, septembre 1894, bonne santé. Incontinence complète, bien que la fistule tende de temps en temps à s'oblitérer.

Obs. LI. — S. L..., 57 ans. Accidents depuis plusieurs années. Rétention complète. Fausses routes. Symptômes d'infection chronique grave. Urines ammoniacales, fièvre, frissons, cachexie profonde. Cystostomie le 9 février 1894. Amélioration de l'état général. Incontinence complète.

Obs. LII. — D. L..., 67 ans. Troubles urinaires depuis sept ans, nécessitant l'usage presque régulier de la sonde. Rétention complète et symptômes d'infection chronique. Cathétérisme laborieux. Cystostomie le 7 mars 1894. Actuellement, septembre 1894, excellent état général, urines claires. Méat abdominal continent.

Obs. LIII. — J. R..., 76 ans. Accidents urinaires depuis deux ans. Malade amené à l'hôpital avec de l'incontinence par regorgement et un état d'empoisonnement urinaire chronique grave. Cachexie profonde. Cystotomie le 8 mars 1893. Mort un mois après. Autopsie : pyélo-néphrite suppurée.

Obs. LIV. — B. B..., 69 ans. Rétention complète sans infection. Cystostomie idéale. Cystostomie, en raison des difficultés du cathétérisme, le 30 avril 1894. Actuellement, octobre 1894, méat continent, excellent état général.

Obs. LV (due à l'obligeance de M. Hartmann). — M. M..., 71 ans. Accidents urinaires anciens. Malade longtemps soigné par les cathétérismes, la sonde à demeure, etc Infection urinaire grave. Violents frissons après chaque cathétérisme, qui est du reste extrêmement laborieux. Cystostomie le 28 mai 1893. Quatorze mois après (18 juillet 1894), la santé est parfaite, plus de fièvre ni de frissons. Le malade garde ses urines la nuit et pare le jour à son incontinence avec un appareil approprié.

Obs. LVI (due à l'obligeance de M. le Dr Hartmann). — L. R..., 74 ans. Troubles urinaires depuis quatre à cinq ans, plusieurs accès de rétention antérieurs. Rétention complète sans infection. Fausses routes. Ponctions vésicales, puis cystostomie suivie de cathétérisme rétrograde avec retour des fonctions et oblitération de la fistule hypogastrique.

Obs. LVII (due à l'obligeance de M. le Dr Tussau). — M. B..., 67 ans. Rétention complète due à une hémorrhagie vésicale extrêmement abondante. Guérison. Oblitération de la fistule au bout de quelques semaines.

Obs. LVIII. — B. Denis, 80 ans. Troubles de la miction depuis 6 ans. Rétention complète. Empoisonnement urinaire grave (T. 40°). Cystostomie le 24 septembre 1892. Disparition des accidents. Au 15 juin 1893, le malade était encore bien portant avec une incontinence partielle.

Obs. LIX. — J. G..., 58 ans. Accidents légers depuis 5 ans. Rétention aiguë. Cystite intense et extrêmement douloureuse. Cystostomie le 28 octobre 1892. Disparition des accidents. Un an après, le malade, après avoir porté un urinal, vit sa fistule s'oblitérer. Il est actuellement en excellent état.

Obs. LX. — M. M..., 70 ans. Troubles de la miction depuis quelques années. Plusieurs accès de rétention. Cathétérisme. Infection chronique. Cystite extrêmement douloureuse. Fièvre. Etat général mauvais. Cystostomie le 7 octobre 1893. Amélioration rapide.

Le 6 mai 1894, la santé était parfaite, l'orifice oblitéré, les mictions se faisant normalement par la verge.

Obs. LXI (due à l'obligeance de M. le Dr Orcel).

B. F..., 67 ans. Ancien prostatique. Rétention complète avec signes d'infection urinaire aiguë (T. 39°6, langue sèche, délire, etc.). Cystostomie le 15 août 1893. Actuellement, octobre 1894, excellent état. Méat abdominal continent. Urines normales.

Obs. LXII (due à l'obligeance du Dr Guillemot, de Thiers).

X..., 70 ans, atteint depuis longtemps de rétention incomplète. Accès aigu de rétention. Fausses routes. Cystostomie. Mort 36 jours après.

Obs. LXIII. — R. L..., 74 ans. Accidents prostatiques depuis plusieurs années. N'a jamais été sondé. Rétention aiguë Cathétérisme impossible. Cystostomie le 10 août 1893. Le 15 avril 1894, le malade était en excellent état avec un méat abdominal lui permettant de garder toutes ses urines.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Embolie de l'aorte abdominale (Ein Fall von Embolie der Aorta abdominalis), par Jurgens (*Münch. med. Woch.*, 1894, n° 43, p. 843). — Il s'agit d'un homme de 27 ans, atteint depuis son enfance d'une affection cardiaque d'origine rhumatismale. Il y a 15 jours, il fut pris de brûlure à l'épigastre avec faiblesse puis paralysie des membres inférieurs qui devinrent froids, livides. Sous l'influence du traitement institué par un médecin : le malade se rétablit complètement, lorsque 8 jours après, il fut repris des mêmes accidents et apporté à l'hôpital. L'examen montra une paralysie complète des deux membres inférieurs avec paralysie de la vessie et du rectum et anesthésie remontant jusqu'à l'ombilic. Les membres paralysés étaient livides, froids. Les fémorales et les tibiales ne battaient plus. A l'auscultation, souffle systolique au niveau de la mitrale. Le malade mourut 2 heures environ après son arrivée.

A l'autopsie, on trouva une thrombose de l'aorte abdominale et des vaisseaux périphériques, disposée de la façon suivante :

Un premier caillot déjà organisée long de 2 cm. et large de 1 cm , se trouvait dans l'aorte abdominale, dans la région comprise entre l'artère rénale gauche et l'artère mésentérique inférieures. A côté, obstruant complètement la lumière de l'aorte, se trouvait un second caillot plus récent. Au-dessous de ce second, se trouvait un troisième qui envoyait des prolongements dans l'artère iliaque droite, les deux hypogastriques, la première lombaire droite, les deuxièmes et troisièmes lombaires. D'autres caillots se trouvaient dans les deux artères rénales, les deux fémorales, la poplitée gauche et la tibiale postérieure gauche. Les veines étaient libres.

Comme la moelle était intacte, l'auteur attribue la paraplégie non pas à l'ischémie de la moelle, mais à l'interruption de la nutrition dans les muscles et dans les nerfs périphériques.

Syphilis et anévrysme de l'aorte (Ueber Syphilis und Aortenaneurysma), par Hampeln (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, n° 44, 45 et 47). — Travail basé sur une statistique de

50 cas d'anévrysme de l'aorte dont 17 de la clientèle privée et 33 de l'hôpital.

Sur les 17 premiers, 7 ont eu une syphilis très nette, 6 des chancres avec ou sans gonorrhée. Sur les 33 malades d'hôpital, les antécédents n'ont pu être élucidés 13 fois; 6 ont eu la syphilis, 2 la gonorrhée, 2 des chancres; 10 n'ont jamais eu d'affection vénérienne.

En prenant en considération les difficultés qu'on éprouve à faire avouer la syphilis et la fréquence de la syphilis passée inaperçue, l'auteur pense que l'existence des anévrysmes de l'aorte chez les syphilitiques ne repose pas sur une simple coïncidence.

Varices de l'œsophage (Ueber Varicen des Oesophagus), par Friedrich (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, vol. LIII, p. 487). — L'observation que publie l'auteur se rapporte à une petite fille qui à partir de 4 ans a présenté à plusieurs reprises des hémorrhagies stomacales violentes qui ont fait diagnostiquer un ulcère rond de l'estomac, malgré l'absence de tous les symptômes fonctionnels du côté de l'estomac. L'enfant succomba au cours d'une de ces hémorrhagies, et, à l'autopsie, on trouva, pour toute lésion, des varices extrêmement volumineuses de l'œsophage.

GYNÉCOLOGIE

Infarctus hémorrhagique de l'utérus (Zur Kenntniss der hæmorrhagischen Infarktus des Uterus), par Popoff (*Arch. f. Gynækol.*, 1894, vol. XLVII, p. 12). — Le travail comprend deux parties : une clinique où l'auteur rapporte deux observations personnelles, l'autre expérimentale ayant trait aux expériences faites sur des chiens.

Dans la première partie, consacrée principalement au côté anatomo-pathologique de la question, l'auteur montre que l'infarctus hémorrhagique de l'utérus est extrêmement rare et se produit par l'embolie ou la thrombose des vaisseaux utérins.

La bilatéralité, la simultanéité et la rapidité de l'obstruction vasculaire sont les conditions indispensables pour la formation de l'infarctus. Les modifications des vaisseaux utérins post-partum, sont les conditions qui favorisent la production de l'infarctus. La forme annulaire de l'infarctus a son explication dans la disposition des vaisseaux de l'utérus.

Les expériences faites sur des chiennes ont montré que la ligature des artères utérines, celle des rameaux viscéraux de l'hypogastrique, celle de l'aorte entre l'origine des fémorales et des hypogastriques, faite simultanément avec celle des spermatiques, ne donne pas lieu à la formation d'un infarctus, mais provoque dans l'utérus une série de troubles circulatoires sous forme d'œdème de la muqueuse et d'exsudats hémorrhagiques. Les troubles restent tantôt limités à l'utérus, tantôt se manifestent aussi du côté du rectum, de l'urèthre et de la vessie.

Dégénérescence sarcomateuse d'un kyste de l'ovaire (Sarcomatœse Degénération einer mit einem Teratom combinirten Ovariencyste), par Schwertassek (*Arch. f. Gynækol.*, 1894, vol. XLVII, p. 568). — Il s'agit d'une femme de 49 ans opérée pour un kyste de l'ovaire droit. Après l'ablation de la tumeur qui avait une circonférence de 80 centimètres et un diamètre de 25, on trouva dans le Douglas un second kyste de l'ovaire gauche des dimensions d'un œuf d'oie.

L'examen du gros kyste fit voir : 1° une dégénérescence sarcomateuse partielle de la paroi ; 2° l'existence de plusieurs autres kystes dermoïdes remplis de cheveux et de dents.

Antisepsie vaginale chez les femmes en couches (Vergleichende Untersuchungen über die Entbehrlichkeit der Scheidenausspülungen bei ganz normalen Geburten, etc.), par Léopold (*Arch. f. Gynækol.*, 1894, vol. XLVII, p. 580). — Travail contenant une trentaine de tables statistiques et aboutissant aux conclusions suivantes :

L'antisepsie vaginale est indiquée et utile dans tous les accouchements nécessitant une intervention. Elle est inutile et même directement nuisible dans les accouchements normaux, car les études comparées montrent que dans les accouchements normaux les résultats sont meilleurs quand on ne fait pas d'antisepsie vaginale. Cette proposition suppose une désinfection objective des parturientes et une désinfection subjective de l'accoucheur qui doit s'abstenir, autant que possible, de l'exploration interne. Il est, en effet, possible de se contenter de l'exploration externe non seulement dans les présentations de l'occiput, mais encore dans les présentations du siège, de la face même en cas de bassin rétréci.

La fièvre puerpérale relève d'une infection extérieure, autrement dit, l'auto-infection n'existe pas.

La prophylaxie des suites de couches pathologiques (Zur Prophylaxis der Wochenbetterkrankungen), par Hofmeier (*Münch. med. Woch.*, 1894, n° 42, p. 821). — Les conclusions de ce travail sont tout à fait opposées à celles de Leopold.

1° En prenant les précautions antiseptiques nécessaires, on peut procéder au toucher de la parturiente sans risquer de provoquer des complications.

2° L'antisepsie vaginale de la femme avant et après l'accouchement n'est nullement dangereuse.

BIBLIOGRAPHIE

La lèpre; observations et expériences personnelles, par Jules Goldschmidt. Broch. in-8° de 56 pages, avec 10 planches photographiques. Paris, 1894. *Société d'éditions scientifiques.*

L'auteur a étudié la lèpre à Madère. Il est convaincu de sa contagion, favorisée par la misère et la malpropreté : ces deux causes, qui se rencontrent plus fréquemment chez les montagnards que chez les habitants de la plaine, expliquent pourquoi le nombre des cas augmente avec l'altitude. Il ne croit pas à l'hérédité de la lèpre, et pense que la lèpre des parents n'est qu'une cause prédisposante, leur maladie se transmettant à leurs enfants par contact. Les crachats desséchés des lépreux peuvent être inhalés par des personnes prédisposées et transmettre la maladie, qui débute souvent par le nez. D'après l'auteur, ce ne sont pas les conditions climatériques ou telluriques, mais les conditions sociales qui déterminent soit la décroissance, même la disparition, soit l'extension des endémies lépreuses : il y une corrélation constante entre l'intensité de la lèpre et le progrès ou la stagnation ou le recul de la civilisation humaine. L'auteur propose diverses mesures prophylactiques, de sévérité variable suivant la tendance de la lèpre à se répandre ou à disparaître dans un pays donné, mais dont la base est l'isolement des lépreux. Il a obtenu quelques résultats favorables dans le traitement de cette maladie par les injections d'huile contenant 1/20 d'europhène.

G. Thibierge.

Manuel de médecine, publiée sous la direction de MM. Debove et Achard, cinq volumes, Paris, Rueff et Cie, 1894.

Les étudiants en médecine contemporains ne se plaindront pas, comme nous étions en droit de le faire il y a quelque vingt-cinq ans, de la pénurie des ouvrages didactiques mis à leur disposition. Si la science a progressé et si les connaissances exigées d'un candidat à l'internat ou au bureau central sont plus vastes et plus laborieuses à acquérir qu'autrefois, que de facilités de travail, que de moyens d'étude sont offerts à ceux qui désirent en profiter! On en arrive même à se demander si, parmi les innombrables publications qui, par le journal ou par le livre, s'appliquent à vulgariser la science médicale, l'étudiant saura toujours choisir l'œuvre qui conviendra le mieux au but qu'il prétend atteindre. On se demande surtout comment il parviendra à acquérir et à loger tous les livres que l'index bibliographique des journaux scientifiques lui recommande.

Entre les manuels de médecine auxquels le livre, depuis longtemps et justement classique, de Dieulafoy peut toujours servir de modèle et le *Traité de médecine*, dont le brillant succès atteste la valeur, MM. Debove et Achard ont pensé qu'il y avait place pour un ouvrage d'un autre genre, et, sous le modeste vocable de *Manuel*, ils ont fait paraître un ouvrage d'enseignement qui, par son étendue et sa forme, par le nombre de ses collaborateurs et par l'esprit dans lequel il a été conçu, tient tout à la fois du manuel élémentaire et du

traité didactique. Ce livre s'adresse surtout aux étudiants déjà instruits, a ceux qui préparent les concours de l'internat ou des hôpitaux. Essentiellement clinique, il s'attache moins aux théories et aux doctrines médicales qu'aux faits d'observation admis sans conteste; enfin il ne néglige pas la thérapeutique. Cinq volumes de ce *Manuel de médecine* ont déjà paru. Leur étendue augmente au fur et à mesure que la publication s'avance. Le premier volume traite des maladies de l'appareil respiratoire; le deuxième, des maladies de l'appareil circulatoire et du sang; deux volumes sont consacrés à l'étude des maladies du système nerveux; le cinquième s'occupe des maladies du tube digestif et du péritoine auxquelles on a joint celles de la rate et du pancréas, mais dont on a séparé les maladies du foie qui feront sans doute l'objet du sixième volume.

On comprendra que l'on ne puisse analyser dans leurs détails les nombreux articles que contiennent ces cinq volumes. Ecrits par de jeunes médecins, presque tous ayant pris part à des concours et se préparant à en affronter d'autres, ils ne pouvaient avoir l'ampleur non plus que les qualités originales des articles du *Traité de médecine*; mais ils présentent le caractère de concision et de clarté qu'exigent les épreuves des concours; de plus la direction de MM. Debove et Achard leur a donné une grande homogénéité.

L. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Precis d'hygiène privée et sociale, par A. Lacassagne. 4e édition. Paris, G. Masson, 1895. Prix : 7 fr. 50.

Le succès rapide de ce manuel en affirme la valeur. Dans l'avertissement de cette quatrième édition, l'auteur, rappelant quelques paroles de Gambetta qui fut son ami, considère que la valeur du plan adopté a surtout contribué à faire adopter par le public médical cet ouvrage de vulgarisation.

Il nous sera permis d'ajouter que si la vigueur, l'originalité, la précision de ce plan méritent d'être louées, il convient aussi de rendre justice à la sagacité et au dévouement avec lesquels ont été résumés dans ce petit livre, tous les travaux relatifs à l'hygiène publique et à l'hygiène privée.

Thèses des Facultés.

Quelques considérations sur le curettage précoce dans l'infection puerpérale, par Frédéric Denis.

Les cas d'infection puerpérale (forme utérine) sont fréquents dans la pratique obstétricale des campagnes.

Les injections intra-utérines, intermittentes ou continues, *souvent* suffisantes dans les maternités, dans la clientèle aisée des villes, trouveront beaucoup plus rarement leur application *méthodique* dans la pratique rurale, où elles seront le plus ordinairement impraticables.

Dans cette dernière le curettage s'impose souvent comme un *procédé de nécessité*.

On ne devra cependant y recourir qu'après un diagnostic bien raisonné de l'infection utérine cause des accidents.

Il pourra être pratiqué, le plus habituellement, sans anesthésie chloroformique, sans dilatation préalable du col utérin. Très efficace, en général, surtout s'il est précoce, il sera toujours inoffensif à la condition d'être exécuté avec toutes les précautions d'une sévère antisepsie et asepsie.

VARIÉTÉS

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.

19e *liste.*

Souscriptions de Roumanie (*suite*). — C. Radulescu, lieut. D. Bosez, Plesoianu, Dr Popovici, chacun 3 fr. : 12 fr. — Ilie Gheorghiu, C. Negoescu, A. F. Nagy, C. Nicolau, J. Radescu, chacun 2 fr. : 10 fr. — Lascar Lupascu, N. Beraru, chacun 1 fr. : 2 fr. — Dr M. Serfiotté, 40 fr. — Dr Bianu, Dr Casavian, Dr Augustin, chacun 20 fr. : 60 fr. — Eugénie Perlea, D. Negreanu, N. V. Perlea, M. Soloireff, D. P. Inotescu, Dr Nicosim, Dr D. Jovitzu, chacun 10 fr. : 70 fr. — Maior, M. Ionescu, chacun 6 fr. : 12 fr. — R. Furtunescu, Capitain Pana, D. Butarescu, Dr Ornsein, Dr Vico, Dr Poseski, Dr Kanner, Dr Gr. Christescu, Ed. Segman, C. Nicolaescu, N. Buineanu, chacun 5 fr. : 55 fr. — Dr V. Michailescu, 40 fr. — Dr F. Demitrescu Braila, 20 fr. — Dr G. Miletici, Dr J. Jonescu, Dr Jonescu Anghel, Dr Jugureanu, Dr Al. Stancescu, Hortense Stancescu, Al. Iliescu, chacun 10 fr. : 70 fr. — Dr J. Jacobson, Dr M. Nissescu, P. Lazareanu, F. C. Moa, Dr Culcer, Dr Pellissier, J. Poenaru, lieut. Murgulescu, St. Negulescu, G. Capelleanu, Boïnches, Dr Ilariu, Al. Bute, N. Dutu, chacun 5 fr. : 60 fr. — Dr P. Iliescu, Dr N. Popescu, Dr J. Suciu, chacun 20 fr. : 60 fr. — Dr Popovici Suceveanu, 15 fr. — A. Popp, C. Slavescu, Dr Paul Horowitz, Toma Hircu, C. P. Jorgulescu, Blumen, J. Alexandrescu, F. Aninos, J. Barbuceanu, G. M. Chintescu, Al. Guïnfeld, Alter Frinen, C. Stefanovici, Lupu Costaché, J. Friedman, Dr Carasiani, chacun 5 fr. : 80 fr.

Érection d'un monument sur une place publique de Briey à la mémoire du Dr Maillot. — Dans un appel adressé à la presse par un Comité composé de MM. A. Mézières (de l'Académie française), député de Briey, général Gérard, le sous-préfet de Briey; A. Lebrun, maire de Briey; Dr A. Laurent, conseiller municipal; J. Launay et H. Schwartz, on résume la vie et l'œuvre de Maillot. Nous avons trop souvent proclamé les mérites de l'éminent médecin en chef de l'hôpital de Bône pour qu'il nous semble nécessaire d'insister encore à cet égard. Rappelons que, en 1881, sur la proposition de M. Verneuil, le village de Soukel Tleta prit le nom de Maillot et lui éleva un monument, que des rues de Bône, d'Alger et de Briey portent également le nom de Maillot à qui, en 1883, l'Académie des sciences décerna un prix Montyon et à qui, en 1888, sur la proposition de Liouville, le Parlement vota une pension viagère de 6,000 francs.

Les souscriptions destinées à l'érection du monument de Briey sont reçues à Briey par M. Schwartz, trésorier du Comité, et à Paris, 4, rue de l'Odéon, aux bureaux de la *Gazette des hôpitaux*.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Hopital Saint-Louis, *service de M. le professeur Fournier*. Le Dr Louis Wickham, chef de clinique, fera, le jeudi 13 décembre, à 2 heures, dans l'amphithéâtre de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis, à l'occasion de l'enseignement clinique annexe des stagiaires, des démonstrations élémentaires pratiques (présentation des malades, diagnostic, traitement), et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Académie des sciences morales et politiques. *Prix Audiffred décerné au* Dr Roux. — Voici dans quels termes M. Dareste, président de l'Académie, a justifié la décision qui accorde exceptionnellement un prix de 12,000 francs à notre confrère le Dr Roux :

Le généreux fondateur du prix qui vient d'être décerné, M. Joseph Audiffred, n'est plus, mais le sentiment qui l'avait inspiré ne s'est pas éteint avec lui. Sa veuve a pensé que, pour accomplir les intentions de son mari, il restait encore quelque chose à faire et elle a donné à notre Académie la somme nécessaire pour créer un prix annuel de 15,000 francs, destiné à récompenser les grands dévouements. Il y a quelques jours à peine que l'Académie a été autorisée à accepter cette magnifique donation, et presque au même instant, elle en a trouvé l'emploi. Est-il en effet un plus beau dévouement que celui des hommes qui ont entrepris de mettre la vie humaine à l'abri des fléaux les plus terribles? Un des élèves de l'illustre Pasteur, marchant sur les traces de son vénéré maître, est enfin parvenu, après de longues et pénibles recherches, à découvrir le remède de la diphthérie. Pour remporter sur la mort cette nouvelle victoire, combien n'a-t-il pas fallu de courage et d'abnégation, quel mépris du danger, quelle foi dans la science! et comment récompenser un pareil service? A vrai dire, la plus précieuse de toutes les récompenses est la satisfaction de la conscience, elle est dans cette voix intérieure qui dit à l'homme : « Tu n'as pas travaillé en vain, tu as bien mérité de tes semblables. » Mais si la vertu ne demande pas d'autre salaire, nous autres qui recevons ses bienfaits, nous ne sommes pas quittes envers elle. En décernant à M. le docteur Roux le prix de 12,000 francs, c'est-à-dire la somme entière dont elle peut déjà disposer sur la donation Audiffred, l'Académie n'ajoute rien ni au bonheur ni à la gloire de celui qu'elle couronne. Elle s'honore elle-même, et se félicite de servir en ce moment d'interprète à la reconnaissance du monde entier.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr L. LEREBOULLET. — SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : Dr A. BROCA.

BULLETIN

Académie de médecine.

Séance annuelle.

On n'accusera pas l'Académie de médecine d'aimer la réclame. Tandis que les diverses classes de l'Institut s'efforcent de rehausser l'éclat des séances annuelles, et, pour y réunir un auditoire nombreux et élégant, multiplient, en les variant, les lectures et les discours, le bureau de l'Académie de médecine n'offre à ses invités que la lecture de documents officiels.

J'ai hâte d'ajouter que le rapport sur les prix de M. Cadet de Gassicourt a été, comme les années précédentes, un petit chef-d'œuvre d'élégance, de goût et de tact; qu'il était difficile de mieux remplir la tâche ingrate qui s'impose annuellement au secrétaire de la Compagnie.

J'applaudis également à l'initiative de M. le président Rochard qui a voulu lire, en séance solennelle, le rapport qui apprécie les actes et les votes de l'Académie durant l'année qui vient de finir. Jusqu'à ce jour, on n'avait donné lecture de ce compte-rendu qu'à la séance où le président sortant cédait la place à son successeur. En procédant autrement désormais, on espère sans doute que le désir d'entendre leurs noms et leurs communications proclamés publiquement après ceux des lauréats qu'ils ont couronnés encouragera les académiciens à multiplier leurs travaux et à enrichir les bulletins de l'Académie.

Toutefois, avec M. Rochard lui-même, il convient de regretter que les traditions se perdent. Dans toutes les académies, le jour de la séance annuelle, on fait l'éloge public d'un savant dont la vie ou les travaux semblent mériter cette consécration solennelle. Et quand on lit la collection des éloges prononcés à l'Académie de médecine on est heureux de reconnaître qu'ils ne le cèdent en rien à ceux qui attirent la foule au palais Mazarin. M. le secrétaire perpétuel Bergeron aurait certainement trouvé, si son excessive modestie ne lui imposait trop fréquemment une réserve qui nous attriste, l'occasion d'écrire un discours qui eût éternisé la mémoire d'un de ses collègues. Quand on pense que Lasègue, pour ne citer que ce nom, attend encore son éloge académique, on regrette le silence de la tribune de la rue des Saints-Pères. Il fut un temps où il n'en était pas ainsi. On a même vu des ministres — et non des moins qualifiés — venir présider la séance annuelle de l'Académie de médecine. Il est vrai que c'était pour lui annoncer le don d'un local plus digne d'elle et des services réels qu'elle peut rendre. Les dernières paroles du compte rendu de M. Rochard font allusion à un nouveau, sinon prochain, déménagement. Espérons que l'Etat et la municipalité de Paris finiront par se mettre d'accord pour le rendre possible et que, dans son nouveau palais, l'Académie de médecine saura offrir, à ceux qu'elle conviera à entendre ses orateurs, non seulement une salle de séances plus hospitalière, mais encore des lectures moins techniques et plus attrayantes.

L. L.

REVUE GÉNÉRALE

Hémophilie rénale et hémorrhagies rénales sans lésion connue.

On observe, à titre de rareté, des malades chez lesquels un rein fournit des hématuries abondantes, inquiétantes même, qui surviennent sans cause connue et cessent parfois à la suite d'interventions chirurgicales sur la diversité desquelles j'aurai à attirer l'attention. Les faits de cet ordre sont encore assez exceptionnels et assez peu expliqués pour mériter d'être publiés, mais ce qui manque dans quelques-unes des observations déjà connues, c'est l'étude des résultats éloignés. Aussi ai-je attendu jusqu'à ce jour pour relater l'histoire d'une femme que j'ai étudiée depuis le mois de novembre 1891, que j'ai opérée en décembre, et depuis j'ai examinée à diverses reprises.

I

Cette femme, âgée de 28 ans, a de bons antécédents personnels et héréditaires : rien en particulier qui y ressemble à l'hémophilie ou à la tuberculose. Elle a été

réglée à 18 ans, avec des retards de huit à douze jours, jusqu'au moment de sa grossesse; quelques pertes blanches peu abondantes avant et après les règles, pas de métrorrhagies.

A 26 ans, grossesse terminée par un accouchement normal, à la suite duquel, en novembre 1889, la malade s'est placée comme nourrice; elle a nourri pendant dix-neuf mois, sans aucun accident, sans aucun trouble de la santé; les règles ont reparu au bout de neuf mois.

La première hématurie a eu lieu un mois après le sevrage, en juillet 1891. Au moment de ses règles, la malade s'est sentie fatiguée, a éprouvé des douleurs à droite dans la région lombaire et dans l'hypochondre, au-dessous du foie; et quelques jours après la cessation des règles, elle a vu dans son urine du sang, intimement mélangé comme actuellement, mais moins abondant. Depuis, l'hématurie n'a jamais cessé, et, sans que l'on puisse avoir sur ce point spécial des renseignements absolument précis, il semble qu'elle se soit aggravée d'une façon graduelle et continue; jamais, en tout cas, il n'y a eu depuis cette époque une seule émission d'urine normale. Les douleurs rénales ont également toujours persisté, bilatérales, mais toujours légères et passagères à gauche, tandis qu'à droite elles étaient très marquées. Continues, modérément intenses, elles existaient même la nuit; elles consistaient en une pesanteur sourde et jamais elles n'ont revêtu les allures d'une colique néphrétique; en outre, jamais il n'y a eu ni oligurie, ni élimination de calculs, ni même dépôt d'acide urique dans le vase.

La malade s'accommoda assez bien de son état jusqu'en septembre 1891 et elle put remplir ses fonctions de bonne d'enfant. Mais en septembre elle subit des fatigues en raison de l'accouchement de sa maîtresse et il en résulta une aggravation de l'hématurie et des douleurs, si bien qu'elle dut s'arrêter.

A ce moment, le Dr de Crésantignes ne trouva aucun autre signe local qu'un abaissement léger, douteux même du rein droit, conseilla le port d'une ceinture pour néphroptose et, voyant que le résultat était nul, m'adressa la patiente parce qu'il soupçonnait une lésion organique, tuberculose ou cancer.

Le 21 novembre, je constatai que le rein droit n'était ni hypertrophié, ni abaissé, mais il était très nettement douloureux à la pression dans l'angle costo-vertébral, moins en avant sous le rebord costal, contre le bord externe du muscle droit. Rien de semblable à gauche. L'urine était rendue très foncée par du sang qui lui était intimement mélangé, et en faisant diviser la miction dans des verres successifs, il me fut facile de constater que la portion terminale n'était pas plus teintée que la portion initiale. Les mictions étaient fréquentes, mais indolentes. L'hématurie n'était pas rendue plus abondante par les secousses de voiture. La malade avait bon appétit, n'avait pas maigri, avait bonne mine; tous les autres organes étaient en bon état. Par le toucher vaginal, rien d'anormal n'est senti du côté de la vessie.

En présence de ces symptômes, il me parut évident que l'hématurie était rénale, et qu'elle venait du rein droit. Vu l'indifférence des mouvements et des secousses, vu l'absence de toute crise ressemblant à une colique néphrétique, j'admis qu'il existait probablement un début de tuberculose ou de néoplasme, à une période où la palpation ne permettait encore de rien sentir. Mais avant de proposer une néphrectomie je voulus voir quel serait l'effet du repos au lit absolu: il n'en résulta qu'une aggravation très nette de l'hématurie et des douleurs, si bien que le 27 novembre je fis entrer la malade à l'hôpital Bichat, dans le service de mon maître M. Terrier.

Les urines avaient été examinées par mon ami le Dr Vaquez, qui me remit la note suivante: « Urine sanglante avec une quantité notable de globules rouges et blancs, sans pus. Cylindres de diverse nature, surtout épithéliaux, granuleux; pas de cylindres colloïdes; quelques blocs épithéliaux d'origine rénale; cristaux en petit nombre. Pas de bacilles de Koch. En somme, rien ne prouvant soit tuberculose, soit cancer; l'urine ressemble à celle d'une néphrite aiguë. »

Une fois reçue à l'hôpital, la malade fut mise au régime lacté intégral, on lui administra du borate de soude à l'intérieur. L'observation attentive ne permit de découvrir aucun nouveau symptôme physique ou fonctionnel. Par le repos absolu, l'hématurie ne diminua en rien. Les douleurs s'amendèrent, surtout à la pression en avant de l'hypochondre; mais en arrière elles persistèrent avec netteté. Au commencement de décembre les règles vinrent, normales, et à ce moment l'hématurie sembla s'atténuer, mais elle ne tarda pas à reprendre de plus belle et enfin, le 17 décembre, je me décidai à entreprendre une opération exploratrice, que je craignais bien d'avoir à terminer par la néphrectomie.

Une incision longea donc le bord de la masse sacro-lombaire et fut recourbée en bas parallèlement à la crête iliaque. Sous le muscle carré lombaire, que je fendis, je trouvai le rein, dont j'ouvris la capsule adipeuse sur toute la longueur du bord convexe. Je dénudai alors l'organe sur toute sa surface, je l'attirai dans la plaie, je le vis et je le palpai: partout la coloration me parut normale, nulle part je ne sentis de point induré ou adhérent; je palpai de même le bassinet, puis la partie lombaire de l'uretère, et là encore je ne sentis rien. Cette exploration fut répétée par M. Hartmann, puis par M. Terrier: entre leurs mains également elle resta tout à fait infructueuse. Cela étant, je crus inutile de faire la néphrotomie exploratrice, je ne jugeai pas opportun d'enlever un rein qui paraissait normal, et je me bornai à suturer la plaie, après drainage (suture du carré des lombes à la soie; suture de la peau au crin de Florence).

Les suites opératoires furent absolument régulières. La température ne dépassa pas 37°,3 et, au 8e jour, la réunion par première intention étant obtenue, fils et drain furent retirés.

La première miction qui suivit l'opération fut sanglante, mais ce fut la dernière de cette espèce. A partir de ce moment, l'urine fut normale à tous égards: pas trace de sang, pas d'albumine, ni polyurie, ni oligurie. La malade se leva le 21e jour, et il n'en résulta aucun symptôme anormal. Elle sortit de l'hôpital le 22 janvier et reprit peu à peu ses occupations.

Je l'ai revue d'abord le 28 mai 1891, en excellent état local et général; sommeil et appétit bons; pas trace d'hématurie; ni métrorrhagie, ni leucorrhée. Le rein droit est inaccessible à la palpation; il est indolent spontanément et à la pression. Les règles sont régulières, mais s'accompagnent de douleurs lombaires notables.

Depuis, j'ai vu mon opérée plusieurs fois, j'ai eu de ses nouvelles à tout instant et je crois pouvoir dire, après trois ans d'observation, qu'elle est absolument guérie.

II

Je crois inutile d'insister sur les constatations cliniques qui m'ont conduit, sans que j'aie cru utile de pratiquer l'examen endoscopique, à localiser dans le rein droit la source de l'hémorrhagie. Je ne pourrais que répéter ce que tout le monde sait, grâce surtout à l'enseignement de M. Guyon.

Mais à quelle lésion rénale convenait-il d'attribuer l'hématurie? Là commençait la difficulté, et l'évolution de la maladie présentait quelques irrégularités embarrassantes.

En présence d'une hématurie rénale unilatérale, on devait songer tout d'abord à la lithiase, au cancer, à la tuberculose. D'après la note que m'avait remise mon ami le docteur Vaquez, les urines avaient sans doute les caractères de celles d'une néphrite aiguë; mais on ne pouvait s'arrêter à cette hypothèse : il y avait contre elle, outre l'unilatéralité des souffrances, la persistance du symptôme pendant plusieurs mois, son début et son évolution sans aucune fièvre, l'absence de tout œdème, etc.

Mais qu'il s'agît de lithiase, de cancer ou de tuberculose, je n'arrivais pas à poser un diagnostic qui me satisfît complètement. Ne parlons pas des caractères négatifs fournis par l'examen de l'urine : l'absence de gravier, de sable ou d'incrustation urique, aussi bien que celle de bacilles de Koch ou de cellules cancéreuses, sont trop fréquentes pour qu'on puisse en tirer une conclusion précise. Si la recherche est positive, elle permet d'affirmer un diagnostic; si elle est infructueuse, elle ne tranche en rien la difficulté.

Mais prenons les caractères propres de l'hématurie. Ce n'étaient pas ceux de l'hématurie calculeuse, qui ne nous a pas habitués à une telle continuité, à une telle abondance, à une telle indifférence vis-à-vis des mouvements et des secousses. La spontanéité apparente aurait été plus en faveur de la tuberculose : mais il est bien rare que cette lésion, même dans sa forme hématurique, cause une hémorrhagie aussi intense et aussi persistante. Etait-ce donc une tumeur? Ici, la continuité devenait le caractère discordant. Les malades atteints de tumeur maligne du rein saignent souvent beaucoup et sans cause connue : mais presque toujours par intermittences leur urine redevient d'une limpidité parfaite et je ne sache pas qu'on ait publié beaucoup d'observations où le pissement de sang ait duré pendant cinq mois sans la plus petite interruption, avec une aggravation progressive et continuelle.

J'avais bien lu, lorsque j'examinai ma malade, le mémoire de Senator sur l'hémophilie rénale, ceux de Ralfe, de Malécot sur les névralgies rénales quelquefois accompagnées d'hématurie : mais l'hémophilie rénale me laissait volontiers sceptique, et quant aux névralgies avec hématurie, outre que l'on pouvait soutenir, avec Malécot, qu'il s'agissait peut-être de petits calculs méconnus, il était certain qu'elles ne ressemblaient pas à l'hémorrhagie continue et peu douloureuse en présence de laquelle je me trouvais.

On ne sera donc pas surpris que le diagnostic fût resté en suspens, puisque, de quelque côté que l'on se tournât, on se heurtait à des obstacles. Pour ma part, malgré la petitesse du rein inaccessible à la palpation, malgré la conservation de l'état général et l'absence de toute autre manifestation morbide, je craignais l'existence d'un cancer au début, avec réserves sur la possibilité d'un noyau tuberculeux. Aussi, lorsque j'eus constaté l'échec du traitement médical, je proposai une incision exploratrice qui fut acceptée et dont on a vu plus haut les heureux résultats.

Après avoir vu et palpé le rein, après que mes sensations ont été contrôlées par celles de M. Terrier, de M. Hartmann, je crois pouvoir affirmer qu'il n'y avait dans le rein ni calcul, ni cancer, ni foyer tuberculeux ; la persistance de la guérison depuis trois ans, sans que jamais la malade ait rendu sable ou gravier, sans que le rein ait augmenté de volume, donne un grand poids à cette opinion.

D'ailleurs, ce fait n'est pas isolé, et si autrefois on devait rester dans le doute au sujet de ces hémorrhagies rénales sans lésions appréciables, les observations sont aujourd'hui assez nombreuses, elles ont été assez de fois contrôlées pièces en main, pour qu'on doive en tenir compte et chercher à les interpréter.

III

Par des recherches que j'ai faites pour un mémoire qui va paraître sous peu dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, j'ai pu réunir sept observations qui, par divers côtés, se rapprochent plus ou moins de la mienne. La similitude, en effet, n'est pas parfaite, et d'ailleurs il n'y a pas deux de ces observations qui soient réellement pareilles.

Sans soulever actuellement la question spéciale de l'hémophilie rénale, si l'on se borne à envisager les hémorrhagies rénales sans lésion déterminante connue, quelques réserves doivent être faites, avant de mettre dans la série les observations de Sabatier, d'Abbe. Dans le cas de R. Abbe, la néphrotomie a fait constater une légère incrustation sablonneuse d'une pyramide, et dès lors on ne peut éliminer à coup sûr la lithiase. Certes, c'est là une singulière hématurie calculeuse, qui dure pendant des années, et on peut être surpris qu'il ait suffi de gratter ce sable pour faire cesser à la fois le pissement de sang et les coliques. Mais, pour être minime, la lésion n'en est pas moins réelle, et elle est de celles qui, à un degré plus avancé, sont souvent l'origine de douleurs et d'hémorrhagies rénales.

Pour la malade de Sabatier, on n'en saurait dire tout à fait autant, car au moment de l'extirpation le rein a paru sain, sauf quelques traces insignifiantes de néphrite. Mais l'évolution clinique est bien différente de ce qu'elle est dans les autres observations. Dans le début, pendant plusieurs années, tout fait penser à une néphrite. Reste, il est vrai, à se demander l'explication des crises douloureuses et hématuriques qui se sont reproduites, pendant plusieurs années, pour céder enfin à l'extirpation du rein droit. Et c'est par là que cette observation, le mode de début des accidents étant mis à part, se rapproche des autres.

Ce qui est certain, c'est que chez cette malade, pièces en main, on n'a pas trouvé les lésions qui sont la cause de l'immense majorité des hématuries et des douleurs rénales. Il en était de même dans les reins que Senator et Sonnenburg, que Schede ont obtenus par néphrectomie, et cela nous permet d'ajouter créance aux observations où les investigations ont été poussées moins loin — ce qui n'est pas un mal pour les patients — et où le chirurgien, ne constatant aucune grosse lésion extérieurement appréciable, a cru devoir s'en tenir à la néphrotomie, ou à la simple palpation du rein mis à nu.

De tout ce qui précède résulte une conclusion : il existe des hémorrhagies rénales abondantes, persistantes, dangereuses même, fournies par un seul des reins et que n'explique, jusqu'à nouvel ordre, aucune lésion connue.

Comment donc interpréter ces faits?

Chez sa malade, Senator invoque l'hémophilie, et un argument puissant vient à l'appui de sa manière de voir : l'hérédité incontestable, très chargée même, en ligne paternelle, de cette malade chez laquelle les accidents ont débuté avant l'âge de 17 ans. Et, tout en considérant l'hémophilie comme une maladie générale, il ne faut pas oublier qu'assez souvent ses hémorrhagies se produisent toujours au même organe : Senator rappelle, par exemple, que, d'après les relevés de Grandidier, il n'est pas rare que le sang vienne toujours de la pituitaire, quelquefois même d'une seule des fosses nasales.

Mais le rein en particulier donne rarement du sang chez les hémophiles, et surtout il est exceptionnel qu'il soit seul à en fournir : si bien même qu'actuellement le cas de Senator serait unique, abstraction faite de la litté-

rature ancienne relative à ces hémorrhagies rénales essentielles dont parle Rayer, par exemple, à une époque où on connaissait mal l'hémophilie, où l'on ne distinguait pas l'hématurie de l'hémoglobinurie, où la séméiologie des hématuries était loin d'être nettement fixée, où la pathologie chirurgicale du rein était encore à peu près ignorée.

Max Schede, sans doute, donne son observation pour un exemple d'une « hémophilie locale » particulière, qu'il compare à d'autres hémorrhagies qui se font probablement par diapédèse, comme certaines épistaxis ou comme les hémorrhagies menstruelles. Mais Senator objecte immédiatement à cette opinion que le malade n'avait aucun antécédent personnel ou héréditaire d'hémophilie et que la première manifestation a eu lieu à 50 ans, alors que d'après les relevés de Grandidier les sujets seraient toujours atteints avant l'âge de 22 ans.

La même argumentation s'applique aux autres observations que j'ai rassemblées, et à la mienne en particulier, en sorte que l'on arrive à admettre — le cas de Senator mis à part — qu'il s'agit quelquefois au moins de néphralgies hématuriques, comme l'a dit Sabatier, ou plutôt, selon la classification de Legueu, de névralgies rénales hématuriques.

Dans l'intéressant mémoire par lequel Legueu a cherché à mettre en évidence l'existence des névralgies rénales *sine materia*, on constate, en lisant les observations, que souvent le pissement de sang se joint aux douleurs. Il en était ainsi, par exemple, chez le malade que Legueu a étudié dans le service de Guyon. Mais les hématuries sont légères, irrégulières et le cas de Sabatier était le seul où l'hémorrhagie eût pris une importance réelle; et Legueu tire de là un élément de diagnostic entre les névralgies rénales et les calculs. Dans les névralgies, en effet, l'hématurie « n'est qu'un symptôme accessoire, surajouté à la douleur, et fait défaut dans plus d'un tiers des cas ». Les observations de Lauenstein, d'Abbe, montrent que l'hématurie peut marcher de pair avec la douleur, et dans la mienne elle a même nettement pris le pas sur elle.

Restent maintenant les faits, comme ceux de Passet, de Max Schede, où le rein saignait sans être le siège d'aucune souffrance, en sorte qu'il a fallu cathétériser les uretères pour savoir de quel côté venait le sang. La malade d'Israël, où l'hémorrhagie venait d'un rein gauche déplacé, mérite une place à part.

Même dans les cas où il n'y a pas de douleur, il est fort possible que l'on soit en droit d'invoquer des troubles nerveux vaso-moteurs — dont il resterait à déterminer l'origine — en sorte que nous serions en présence d'une variété de ces hémorrhagies névropathiques dont on trouvera la description dans des articles de Lancereaux, de J. Renaut.

Dans ces études générales, il est peu fait mention du rein et J. Renaut se borne à nommer, par exemple, les néphrorrhagies par abus du coït. On trouvera quelques renseignements dans l'article que Lancereaux a consacré aux maladies du rein; il y étudie l'hyperémie active du rein par action nerveuse et les hémorrhagies rénales par influence nerveuse. D'après lui, « les hémorrhagies rénales liées à une influence nerveuse, ou hémorrhagies essentielles, sont plus fréquentes que ne paraissent le croire la plupart des auteurs ». Elles surviennent surtout à l'âge moyen de la vie, chez les individus nerveux, à la suite d'une émotion vive, telle qu'un violent accès de colère, par l'action subite du froid; ou bien encore elles sont le résultat d'une fluxion périodique se déplaçant, d'où les hématuries supplémentaires du flux menstruel, hémorrhoïdal ou nasal que signalent quelques vieux auteurs.

Je ne voudrais pas attribuer trop de valeur à ces observations anciennes, où l'on ne distingue guère si l'hématurie est vésicale ou rénale; où, comme je l'ai déjà dit, il a dû se glisser plus d'une erreur de diagnostic. J'ai seulement voulu montrer qu'aux yeux d'un auteur aussi éminent que M. Lancereaux, il convient de faire jouer un rôle important au système nerveux dans la pathogénie de certaines hématuries rénales.

Les résultats thérapeutiques plaident en faveur de cette doctrine, car une action nerveuse peut seule expliquer les succès de diverses interventions chirurgicales, telles que l'incision lombaire simple, et surtout la taille hypogastrique.

IV

Il est en effet évident, puisque les huit malades dont j'ai étudié l'histoire ont guéri, quoiqu'ils fussent gravement menacés, que le chirurgien a le droit et le devoir d'agir, et il a le choix entre la néphrectomie, la néphrotomie, la simple incision lombaire exploratrice, enfin la taille hypogastrique. Toutes ces opérations ont été pratiquées et ont réussi : il convient de déterminer dans quelles circonstances.

Pour intervenir, il faut avant tout s'être assuré que l'hémorrhagie est fournie par un rein, et par quel rein.

Les caractères propres à l'hématurie rénale sont suffisamment connus pour que je n'aie pas à les énumérer ici : aussi bien Passet est-il le seul qui se soit trouvé en défaut à cet égard et il faut reconnaître que l'abondance plus grande du sang dans les dernières gouttes d'urine justifiait jusqu'à un certain point une erreur qui a été confirmée par le succès remarquable d'une injection de nitrate d'argent et plus tard par les renseignements bizarres qu'a fournis le toucher vésical. Passet croyait donc fermement à une ulcération tuberculeuse de la vessie, et c'est dans ces conditions qu'a été pratiquée la taille hypogastrique: or rien ne fut trouvé dans la vessie, et cependant l'hématurie cessa définitivement, à la grande surprise de l'opérateur. Mais il va sans dire qu'on ne saurait ériger cet accident en règle : lorsqu'on reconnaît que le sang vient d'un rein, il serait absurde de ne pas aller directement à la recherche de ce rein, dont on ne peut pas affirmer avec certitude l'intégrité anatomique. Et cela d'autant plus que dans le cas de Schede, la taille hypogastrique n'a nullement arrêté l'hématurie.

Si la taille hypogastrique a été employée par Max Schede, sur le conseil d'Axel Iversen, ce n'est d'ailleurs point pour guérir le patient, mais pour permettre de déterminer, par le cathétérisme des uretères, de quel rein venait le sang. Qu'il y ait des cas dans lesquels, quoiqu'un seul rein soit atteint, aucun signe local physique ou fonctionnel n'indique quel est le côté malade, les observations de Senator, de Passet, de Schede le prouvent, quoique chez la malade de Senator, on note dans les antécédents des douleurs à droite attribuées à une pérityphlite et peut-être en relation avec l'affection rénale; quoique chez celui de Schede il y eût une légère douleur au niveau du rein gauche. Mais qu'il faille dans cette occurrence ouvrir la vessie pour sonder les uretères, la chose est plus douteuse. Certes une hématurie abondante gêne la cystoscopie : mais elle n'a pas empêché Nitze de voir le sang sourdre par un uretère chez les malades de Senator, d'Israël; de même elle a réussi à Abbe et je crois qu'il est absolument indiqué de l'essayer avant de recourir à la cystotomie.

D'ailleurs, je le répète, par une analyse attentive des symptômes, de la douleur surtout, spontanée ou provoquée, il semble que dans la plupart des cas on doive arriver sans son secours à un bon diagnostic du siège de

l'hémorrhagie. Elle sera un complément utile, mais non point indispensable : Sabatier, Lauenstein et moi nous en sommes passés et n'avons pas eu à nous en repentir.

Avec ou sans le secours de la cystoscopie, nous savons de quel rein vient le sang : quelle doit être notre règle de conduite? A cela la réponse ne saurait être hésitante : nous ferons de la chirurgie exploratrice.

Dans un cas exceptionnel, Senator a pu, grâce à l'anamnèse héréditaire, diagnostiquer l'hémophilie, et de propos délibéré convier Sonnenburg à une néphrectomie. Mais, de toutes les observations que j'ai réunies, c'est la seule où les choses se soient passées de la sorte. Tous les autres chirurgiens ont, soit pensé à un calcul (R. Abbe, Lauenstein), soit hésité entre un calcul, un néoplasme, un foyer tuberculeux (Max Schede, Israel, A. Broca). Sans doute, il y avait, chez ces malades, des symptômes jusqu'à un certain point discordants.

En rédigeant mon observation personnelle, j'ai cherché à faire voir pourquoi je n'osais me prononcer avec netteté ni pour le calcul, ni pour la tumeur, ni pour la tuberculose : et l'événement m'a prouvé que cette réserve était sage. Mais jamais, en présence d'un fait de cette nature — et cela d'autant plus qu'il s'agit de raretés, sur lesquelles, à moins d'un hasard de série, on ne saurait prétendre à une expérience solidement assise — un chirurgien prudent ne devra nier la possibilité d'une lésion commandant une intervention opératoire. Il n'est pas permis, par exemple, de ne pas se méfier d'un néoplasme et de conclure à l'abstention jusqu'au moment où la tumeur, appréciable à la palpation, rendrait le diagnostic évident : pour éviter une incision lombaire exploratrice, dont la bénignité parfaite n'est plus à prouver, on aurait perdu la chance, malheureusement si rare, d'une néphrectomie précoce.

L'incision lombaire n'a aucun inconvénient, ai-je dit. Bien mieux, elle a permis de guérir le malade, même lorsqu'elle a fait constater que le rein paraissait sain et une fois de plus on arrive à cette conclusion que dans le doute le chirurgien ne doit pas s'abstenir.

Lorsque l'on ne trouve dans le rein, palpé avec grand soin selon des règles aujourd'hui bien connues, aucun calcul, aucune induration néoplasique, que faut-il faire? Senator, Sabatier, Max Schede se sont bien trouvés de la néphrectomie. Il est vrai que les deux premiers ont obéi à des indications un peu spéciales ; Senator voulait, de parti pris, supprimer l'organe qui saignait chez une hémophile ; quant à Sabatier, il a dû compléter par l'extirpation du rein une néphrectomie qui avait donné lieu à une hémorrhagie inquiétante. Mais aujourd'hui la néphrectomie est mieux réglée dans son manuel opératoire : si l'on fend le rein méthodiquement comme à l'autopsie, si à cela on ajoute au besoin la compression temporaire du hile, la perte de sang est insignifiante, et de plus par la suture il est facile de reconstituer le rein exploré. Aussi Lauenstein, R. Abbe, Israël en sont-ils restés à la néphrotomie exploratrice, et le rein ainsi traité a cessé de saigner.

Il semble même que l'on puisse aller plus loin dans la voie de la chirurgie conservatrice et mon observation prouve que la simple incision exploratrice suffit quelquefois. Suffira-t-elle toujours? Il serait imprudent de le dire, et, par exemple, elle a échoué dans un cas de névralgie rénale avec hématurie légère, où Dick Durham dut enlever secondairement le rein. Mais le succès que j'ai obtenu prouve que l'on est autorisé à en rester là, si la perte de sang n'a pas mis le malade dans un état d'anémie tel que l'on juge opportun de faire cesser l'hémorrhagie immédiatement et à coup sûr.

Quelle part convient-il d'attribuer, dans l'hémostase rénale, à l'incision lombaire, à la saignée locale, à la malaxation du rein? La question reste en suspens, mais il est certain que nous sommes en droit d'ajouter un paragraphe à ce chapitre si curieux des opérations exploratrices devenant curatrices, et par là ces hématuries rénales, où l'élément névralgique est quelquefois si atténué, entrent en série avec les névralgies rénales si bien étudiées par Legueu.

A. Broca.

TRAVAUX ORIGINAUX

Pleuro-pneumonie suppurée causée par le bacille encapsulé de Friedlænder, par le docteur A. Rispal, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

Les observations de pleurésie purulente causée par le bacille encapsulé de Friedlænder sont rares ; nous n'en connaissons, en effet, que deux rapportées en 1890 par MM. Letulle et Netter devant la Société médicale des hôpitaux.

Déjà, en 1888, M. Netter avait eu l'occasion de rencontrer une fois le bacille encapsulé dans un épanchement purulent de la plèvre, mais il s'agissait dans ce cas d'un pyo-pneumo-thorax consécutif à la rupture d'une caverne tuberculeuse. De plus, ce microbe était associé à d'autres espèces bactériennes jouissant de propriétés pyogènes (staphylocoques blanc et doré, bacilles de Koch), aussi était-il impossible d'affirmer que le pneumobacille pût suffire à engendrer une pleurésie purulente. Il n'en est pas de même des deux faits de MM. Letulle et Netter concernant l'un et l'autre une pleurésie purulente circonscrite guérie par vomiques et causée par le bacille encapsulé de Frienlænder à l'état de pureté.

Nous avons eu la bonne fortune de recueillir une nouvelle observation de ce genre qui nous a paru présenter quelque intérêt non seulement à cause de la rareté même du cas, mais aussi en raison de considérations variées que son étude semble mériter.

Il s'agit d'une femme B..., Marie, âgée de 44 ans, entrée le 31 janvier 1894 à l'Hôtel-Dieu de Toulouse dans le service de clinique médicale du professeur Caubet. Cette femme, de santé délicate, n'avait jamais eu cependant de maladie sérieuse ; depuis son dernier accouchement seulement, qui remonte déjà à vingt ans, elle éprouva des douleurs abdominales avec pertes blanches abondantes causées par une endométrite avec rétroversion. Elle subit en 1889 le curettage utérin, puis en 1890 une amputation du col avec hystéropexie abdominale pratiquée par le professeur Jeannel. Ces diverses opérations n'ont pas été suivies de complications autres qu'un petit abcès de la paroi abdominale développé autour d'un fil et terminé par une fistule qui a légèrement suppuré pendant quelques mois, puis s'est oblitérée.

Les troubles utérins avaient complètement disparu lorsqu'en 1892 survinrent des accidents d'un autre genre consistant en frissons avec fièvre, céphalalgie, fatigue générale ; une analyse d'urines pratiquée à cette époque permit de constater la présence d'une grande quantité d'albumine. On lui conseilla alors le régime lacté qu'elle ne put d'ailleurs supporter longtemps par suite d'intolérance gastrique. Depuis ce moment la faiblesse n'a fait qu'augmenter en même temps qu'apparaissaient une céphalée persistante avec bourdonnements d'oreilles insupportables, des épistaxis répétées, de l'oppression, des crises de vomissements et de diarrhée. Elle entre alors à l'hôpital.

C'est une femme amaigrie, au teint pâle et terreux, à la face bouffie surtout au niveau des paupières, avec un très léger œdème des malléoles. Elle se plaint de céphalée avec tendance invincible à la somnolence, de bourdonnements d'oreilles, d'épistaxis, d'affaiblissement de la vue. L'appétit

est diminué, la bouche sèche et pâteuse; très souvent surviennent des vomissements opiniâtres et une diarrhée abondante. Bien que la toux et l'expectoration soient médiocres, elle est en proie à une dyspnée presque continuelle.

A l'examen de la poitrine on constate seulement quelques râles de bronchite diffuse avec de légers frottements pleuraux. Le cœur ne paraît guère augmenté de volume, le rhythme et les bruits en sont normaux, le pouls est faible et régulier.

Les urines émises dépassent plutôt la quantité normale (de 1,600 à 1,800 grammes en 24 heures); elles sont troubles et louches dans toute leur masse et laissent déposer un sédiment jaunâtre d'aspect purulent; de plus, elles subissent très rapidement la fermentation ammoniacale. Le dosage de l'albumine indique une quantité de 2 à 3 grammes par litre; le taux de l'urée n'a jamais dépassé 3 ou 4 grammes. A l'examen microscopique, globules de pus très nombreux, cylindres granuleux, cellules épithéliales aplaties provenant du bassinet; enfin, quantité considérable de micro-organismes dans lesquels on distingue surtout des formes bacillaires et des chaînettes de streptocoques. La malade assure n'avoir jamais éprouvé aucun symptôme de cystite, mais elle a été soumise à des cathétérismes répétés lors des opérations qu'elle a subies.

La palpation de l'abdomen et des fosses lombaires, le toucher vaginal ne font percevoir rien d'anormal.

Le diagnostic de pyélo néphrite avec phénomènes d'urémie lente chronique n'est pas douteux, mais on ne peut découvrir la cause et l'origine de cette infection des voies urinaires.

En conséquence on prescrit le régime lacté et on essaye de réaliser l'antisepsie des voies urinaires par l'administration quotidienne de 4 grammes de salol. Mais on est bien vite obligé de renoncer à cette médication, car des phénomènes assez graves d'intoxication se manifestent aussitôt et il est facile de constater que le médicament ne s'élimine pas par les urines, car on ne réussit pas à déceler avec le perchlorure de fer la moindre trace d'acide salicylique. Ce premier essai thérapeutique ayant démontré un degré d'insuffisance rénale des plus marqués; on se borne à faire le traitement ordinaire de l'urémie consistant en tisane de lactose, purgatifs répétés, quelques légères doses de benzonaphtol et inhalations d'oxygène.

Pendant les mois de février et de mars on assiste à des alternatives d'amélioration et d'aggravation des phénomènes urémiques; en même temps que les vomissements et la diarrhée presque incoercibles se montrent des crises dyspnéiques violentes ainsi que de la torpeur et de l'obnubilation intellectuelles. Le taux des urines de même que celui de l'albumine et de l'urée n'a guère varié, mais la quantité de pus reste toujours très abondante.

Tel était l'état de la malade lorsque, dans la journée du 22 mars, elle fut prise brusquement d'un point de côté très violent sous le sein droit, de toux quinteuse, la dyspnée devient beaucoup plus intense et le thermomètre s'élève dans l'aisselle à 39°5.

Le lendemain 23 mars, le point de côté persiste, arrachant des cris à la malade, et on est obligé d'avoir recours deux fois dans la journée à une injection sous-cutanée de morphine.

A l'examen de la poitrine il existe de la submatité au sommet du poumon droit en arrière dans la fosse sus-épineuse, en avant sous la clavicule; on perçoit à ce niveau par l'auscultation un foyer de râles fins mêlés de quelques frottements pleuraux. Il n'y a pas cependant de crachats rouillés; la température du matin s'élève à 38°5, celle du soir à 39°7.

Le 24 mars, l'agitation de la veille a fait place à une prostration complète; le facies est cyanosé, la respiration bruyante et difficile; on remarque de temps en temps quelques mouvements convulsifs dans les muscles du bras et de l'avant-bras. Les urines se sont absolument supprimées; la température est à 38°9 le matin et à 39°2 le soir. Les signes physiques du côté de la poitrine n'ont guère changé.

En présence de ces signes de pneumonie surajoutés aux accidents urémiques qu'ils viennent aggraver en provoquant une anurie complète, on songe un moment à pratiquer une saignée, mais le pouls est tellement faible qu'on préfère s'en tenir à une application immédiate de plusieurs ventouses scarifiées sur la région lombaire. On pratique dans la journée plusieurs injections sous-cutanées de caféine, mais l'anurie persiste, la dyspnée et la cyanose augmentent, et la mort survient le 25 mars à 8 heures du matin, sans que de nouveaux phénomènes se soient produits.

Autopsie le 26 mars, 24 heures après la mort.

A l'ouverture du thorax, on voit s'écouler de la partie supérieure de la cavité pleurale droite une assez grande quantité de pus blanchâtre et visqueux. On constate alors qu'il s'agit d'une pleurésie purulente enkystée autour du lobe supérieur du poumon droit; des adhérences, les unes fibreuses et paraissant assez anciennes, les autres fibrineuses plus récentes retiennent la collection purulente qui forme comme une nappe étendue à la surface du lobe supérieur. La partie inférieure de la cavité pleurale est absolument libre et saine. En détachant ensuite le sommet du poumon baignant dans le pus quoique légèrement adhérent à la paroi costale, on s'aperçoit que le parenchyme est augmenté de consistance.

La surface de section de l'organe est granuleuse, de couleur blanc jaunâtre et laisse écouler du pus blanchâtre et visqueux comme celui contenu dans la plèvre. Cette hépatisation grise comprend exclusivement le lobe supérieur de l'organe; en effet, les lobes moyen et inférieur sont intacts; le poumon gauche est légèrement adhérent à la paroi, mais absolument sain.

Le péricarde est normal; le cœur vidé des caillots qu'il contient pèse 355 grammes, ne présente pas de lésions des orifices ou des valvules, mais seulement une légère hypertrophie des parois ventriculaires gauches.

Le foie, un peu gras à la coupe, pèse 1,550 grammes; la vésicule biliaire ne contient pas de calculs.

A part un certain degré de dilatation de l'estomac, le tube digestif ne présente pas d'altérations appréciables.

Les reins, entourés d'une grande quantité de graisse qui leur adhère intimement, sont tellement réduits de volume qu'ils sont à peine visibles dans cette atmosphère; en effet, l'un pèse seulement 35 grammes et l'autre 45 grammes. Leur surface est irrégulière, chagrinée, de couleur rouge, mais ne présente pas de kystes; la capsule propre se laisse décortiquer assez facilement. A la coupe, il est impossible de distinguer les deux substances corticale et médullaire, car le parenchyme se réduit à une bande d'un centimètre d'épaisseur environ, de couleur brunâtre et de consistance dure. Les calices et le bassinet contenant une urine trouble semblent un peu dilatés, la muqueuse est blanche et ne paraît pas très altérée.

Les uretères de calibre normal, la vessie, les trompes et les ovaires ne présentent rien d'anormal.

Le corps de l'utérus est fixé à la paroi abdominale et maintenu en antéversion par une bride fibreuse résultant de l'opération de l'hystéropexie. Dès qu'on incise ces adhérences, l'utérus très mobile tombe immédiatement en arrière dans le cul-de sac postérieur où il est entraîné par son poids. Sur une coupe verticale de l'organe, on voit la cavité du corps se continuer directement et s'ouvrir sans rétrécissement dans la cavité vaginale. En somme, les résultats éloignés de l'amputation du col et de l'hystéropexie qu'on a rarement l'occasion de vérifier à l'autopsie, paraissent excellents dans ce cas.

Examen bactériologique. — Le pus de la cavité pleurale, recueilli en pipette stérilisée et examiné sur lamelles, a montré une quantité considérable de bâtonnets plus ou moins longs, entourés d'une capsule très large et se décolorant facilement par la méthode de Gram. Ces bacilles encapsulés existaient à l'exclusion de tout autre micro-organisme. On pratiqua des ensemencements de ce pus sur divers milieux nutritifs (bouillons, gélatine, gélose, pomme de terre, gélose lactosée au tournesol).

On inocula sous la peau à un lapin 1 centim. cube de pus dilué dans du bouillon, un demi-centimètre cube à un cobaye et quelques gouttes à une souris.

Dès le lendemain les bouillons étaient troubles, la gélose montrait des traînées épaisses et visqueuses le long des stries d'ensemencement, la pomme de terre était recouverte d'une épaisse couche gluante; la gélose lactosée au tournesol, qui avait d'abord fortement rougi pendant les premiers jours, est ensuite redevenue bleuâtre.

Des trois animaux inoculés avec le pus, un est mort, deux ont survécu : la souris a succombé 24 heures après l'inoculation. La rate et le sang du cœur contenaient une grande quantité de bacilles encapsulés et pas de pneumocoques, comme on a pu s'en assurer par la décoloration complète avec

la méthode de Gram et par les cultures qui ont donné uniquement des colonies de pneumo-bacilles. Le cobaye et le lapin ont résisté, mais présentèrent au niveau du point d'inoculation sous-cutané un volumineux abcès dont le pus renfermait encore des bacilles encapsulés.

Quelques jours plus tard, on a inoculé un lapin, sous la peau de l'abdomen, avec 1 centimètre cube de culture en bouillon et un cobaye avec un demi-centimètre cube de la même culture. Ces deux animaux sont morts en moins de 24 heures avec un tympanisme abdominal considérable. A l'autopsie du lapin, les anses intestinales très distendues contenaient un liquide diarrhéique hémorrhagique, avec gonflement des plaques de Peyer et des taches hémorrhagiques disséminées non seulement sur toute la longueur de la muqueuse intestinale, mais à la surface des deux poumons. A l'autopsie du cobaye, on trouva une péritonite aiguë avec des fausses membranes fibrineuses et un épanchement de sérosité. La rate et le sang de ces animaux contenaient aussi à l'état de pureté le bacille encapsulé de Friedlænder.

Examen anatomo-pathologique. — Les coupes histologiques du poumon montrent les lésions ordinaires de la pneumonie : tous les alvéoles sont remplis par un exsudat fibrino-leucocytaire avec quelques cellules épithéliales en voie de destruction. L'exsudat fibrineux est assez peu marqué, excepté autour des vaisseaux d'un certain volume dont la dilatation et la congestion sont d'ailleurs médiocres. Les leucocytes sont au contraire en nombre considérable, la plupart présentent d'ailleurs la fragmentation du noyau et des traces de dégénérescence du protoplasma, c'est dire qu'ils paraissent frappés de mort. Les cloisons alvéolaires ont subi une destruction à peu près complète, c'est à peine s'il en subsiste quelques fragments dissociés par l'infiltration leucocytaire. Il en est de même des bronches dont la paroi conjonctivo-élastique a complètement disparu, tandis que l'épithélium cylindrique de revêtement desquamé occupe le centre de la cavité bronchique mêlé à de nombreux leucocytes.

Dans les coupes colorées avec le bleu phéniqué de Kühne et traitées par le tannin (procédé de Nicolle), on aperçoit une quantité considérable de bacilles remplissant la plus grande partie des alvéoles pulmonaires. Ces bacilles, de longueurs diverses, ressemblent de tous points à ceux trouvés dans le pus de la plèvre, sauf qu'ils ne sont point entourés d'une capsule colorable. Ils paraissent siéger autour et en dehors des leucocytes, nous n'avons pu en apercevoir dans l'intérieur même des leucocytes.

Si on examine au contraire des coupes colorées par les méthodes de Gram ou de Weigert, il n'est plus possible de déceler un seul bacille, leur décoloration est complète. Ce même procédé permet en outre de reconnaître l'absence du pneumocoque de Talamon-Frænkel ou de tout autre micro-organisme colorable par la méthode de Gram.

L'étude histologique des reins montre que ces organes sont atteints de lésions très avancées de sclérose interstitielle ; la plupart des glomérules et des tubes urinifères sont à peu près détruits par la prolifération du tissu conjonctif qui les a étouffés. On aperçoit encore quelques glomérules à capsule très épaissie dont le bouquet vasculaire a subi une transformation fibreuse presque complète. Les tubes contournés présentent des altérations dégénératives du protoplasma cellulaire et les tubes excréteurs sont remplis pour la plupart de cylindres albumineux.

On aperçoit autour d'un certain nombre de tubes des foyers d'infiltration leucocytaire témoignant d'une inflammation assez récente. Les artères sont atteintes d'endo-péri-artérite très marquée, on remarque même dans la lumière d'une des grosses artères de la substance médullaire la présence d'un thrombus en voie d'organisation conjonctive. L'examen de coupes colorées par la méthode de Kühne permet de constater dans l'intérieur des tubes qui sont entourés de foyers leucocytaires la présence de volumineux amas de bacilles présentant les mêmes caractères que ceux rencontrés dans les coupes du poumon ; l'épithélium de revêtement des tubes est détruit à ce niveau. On remarque encore l'existence de quelques bacilles analogues dans les vaisseaux artériels et veineux du voisinage.

En résumé, au point de vue clinique, nous avons assisté à l'évolution d'une affection aiguë du poumon ayant les apparences de la pneumonie chez une malade atteinte de pyélo-néphrite chronique et présentant depuis longtemps déjà des accidents d'urémie lente et prolongée. Cette complication a eu une marche particulièrement rapide, puisqu'elle a pu en trois jours amener la terminaison fatale. L'explication de ce fait nous a été fournie par l'autopsie qui a révélé non seulement une pneumonie arrivée au stade d'hépatisation grise, mais encore une pleurésie purulente enkystée dont l'existence n'avait pu être soupçonnée. C'était là en effet un exemple de ces cas relativement rares où la pleurésie purulente est concomitante et contemporaine de la pneumonie au lieu d'être comme d'ordinaire méta-pneumonique, c'est-à-dire n'apparaissant qu'après la défervescence de la pneumonie. Bien qu'on connaisse, depuis les travaux d'Andral et les recherches plus récentes de Maragliano, l'importance et la constance des altérations inflammatoires de la plèvre pendant le cours de la pneumonie, il est rare cependant de rencontrer la suppuration de la séreuse au cours même de la phlegmasie pulmonaire. Peut-être pourrait-on expliquer la précocité de cette suppuration non seulement de la plèvre, mais aussi du poumon, par l'altération profonde du sang et des humeurs qu'avait déjà produite l'intoxication urémique.

L'examen bactériologique devait nous conduire à des constatations encore plus inattendues en nous permettant de déceler dans le pus pleural et dans l'exsudat pneumonique la présence du bacille encapsulé de Friedlænder à l'état de pureté.

L'inoculation du pus à divers animaux a fourni également quelques résultats intéressants; la souris inoculée a succombé rapidement, tandis que le lapin et le cobaye ont résisté en présentant seulement une manifestation locale, un abcès. En revanche, l'inoculation d'une culture en bouillon faite avec ce même pus à d'autres animaux a produit la mort très rapide non seulement de la souris, mais du cobaye et du lapin. Il semble donc que la virulence du pneumo-bacille atténuée dans le pus ait été exaltée après une première culture.

Quoi qu'il en soit, cette expérience a prouvé encore que le bacille encapsulé de Friedlænder est pathogène non seulement pour la souris et le cobaye mais aussi pour le lapin. On admettait en effet généralement jusque dans ces derniers temps que cet animal se montrait presque toujours absolument réfractaire aux inoculations de pneumo-bacilles, on attachait même une si grande importance à ce caractère négatif qu'il avait suffi pour établir des espèces particulières. M. Roger a montré, dans une communication récente à la Société de biologie, combien cette opinion était inexacte. Nous avons pu comme lui, par l'inoculation sous-cutanée, provoquer chez le lapin une septicémie hémorrhagique avec infarctus des plaques de Peyer et démontrer ainsi que ce caractère ne peut plus servir à différencier le pneumo-bacille de Friedlænder d'autres espèces bactériennes plus ou moins voisines.

Cette différenciation avait cependant, dans notre cas particulier, une importance considérable, et nous avions cru d'abord pouvoir compter sur ce caractère distinctif. On pouvait en effet se demander si la suppuration pleurale était due réellement au bacille encapsulé agissant comme cause première et exclusive ou s'il ne figurait dans le pus qu'à titre d'infection secondaire. Bien que l'examen sur lamelles et les cultures n'aient révélé que sa seule présence, il était permis de penser que le pneumocoque de Talamon-Frænkel n'était peut-être pas étranger à la production du pus. On conçoit que dans le cas présent, l'inoculation au lapin eût été d'un grand secours et eût dû servir en quelque sorte de critérium, puisque cet animal serait d'une part réfractaire au

pneumo-bacille, et d'autre part très sensible au pneumocoque. Nous avons dû renoncer à ce moyen de diagnostic pour les raisons exposées plus haut; quoi qu'il en soit, l'examen et les cultures du sang des animaux inoculés soit avec le pus en nature, soit avec les cultures de ce pus ont constamment permis de constater la présence exclusive du pneumo-bacille.

C'est donc uniquement à ce micro-organisme qu'il faut attribuer la production de la pleurésie purulente.

Nous serons un peu moins affirmatifs en ce qui concerne la pathogénie de l'hépatisation et de la suppuration du parenchyme pulmonaire. On a négligé, en effet, de faire des cultures et de pratiquer des inoculations avec l'exsudat pneumonique et nous pouvons invoquer seulement l'examen des coupes histologiques de l'organe. Malgré des essais multiples et avec divers procédés de coloration, les recherches les plus minutieuses n'ont montré l'existence que du seul pneumo-bacille à l'exclusion de tout autre micro-organisme. Peut-on conclure d'une pareille constatation que le pneumo-bacille a été la cause de l'hépatisation pulmonaire comme il l'a été de la pleurésie purulente? C'est revenir alors à la pluralité des causes de la pneumonie lobaire. Weichselbaum, Juergensen, Finkler ont trouvé, en effet, dans certains cas de pneumonie divers microbes tels que le pneumobacille, les streptocoque et staphylocoque pyogènes à l'exclusion du pneumocoque de Talamon-Frænkel. Telle n'est pas, au contraire, l'opinion de M. Netter qui affirme que la pneumonie vraie ne peut être produite que par le pneumocoque, aussi a-t-il critiqué ces diverses observations et apporté plusieurs objections.

Dans un certain nombre de cas, dit-il, l'examen bactériologique aurait été incomplet ou imparfait; nous croyons nous être mis à l'abri de toute erreur en étudiant le pus de la plèvre.

L'examen de l'exsudat pneumonique pratiqué seulement à l'aide du microscope paraîtra peut-être insuffisant, mais nous estimons cependant que la présence du pneumocoque dans le poumon n'eût pas manqué d'entraîner son irruption dans la plèvre où il végète si souvent et si facilement.

Dans d'autres observations, les recherches auraient été faites à une phase avancée de la pneumonie, à un moment où les pneumocoques pouvaient déjà être morts et remplacés par les agents d'infection secondaires. Rappelons seulement que dans notre cas l'inflammation pleuro-pulmonaire s'est terminée par la mort dès le troisième jour de la maladie.

Enfin, un dernier ordre de faits ne se rapporterait pas à la vraie pneumonie lobaire, mais à des broncho-pneumonies pseudo-lobaires, à des pseudo-pneumonies. Or, dans ces cas, l'intervention de microbes variés n'est pas contestable, ainsi que l'a prouvé M. Netter lui-même. C'est ici le lieu de se demander si la lésion pulmonaire que nous avons observée ne doit pas être considérée comme une broncho-pneumonie pseudo-lobaire, ce qui cadrerait mieux avec les idées exprimées par M. Netter.

L'étude macroscopique a démontré qu'il s'agissait d'une hépatisation exactement limitée à un lobe de l'organe sans qu'on ait pu découvrir dans l'un ou l'autre poumon un seul noyau de broncho-pneumonie, ni même la moindre trace d'inflammation. Néanmoins, l'examen histologique a fait reconnaître des lésions bronchiques très intenses qu'on ne rencontre jamais dans la pneumonie vraie, aussi est-on en droit d'hésiter entre la broncho-pneumonie pseudo-lobaire et la pneumonie. Peut-être pourrait-on expliquer l'existence des lésions bronchiques par l'intensité même et la rapidité du processus inflammatoire qui a ravagé les alvéoles pulmonaires entourant les bronches.

Nous voulons également rappeler ici les caractères propres assignés par M. Netter aux broncho-pneumonies dues au bacille encapsulé de Friedlænder. L'exsudat présenterait une viscosité très marquée; les parties enflammées seraient tuméfiées, turgescentes, de couleur grisâtre; ces broncho-pneumonies seraient presque toutes pseudo-lobaires ou à gros noyaux; enfin elles surviendraient très souvent au cours des maladies des reins. Ce sont là autant de particularités signalées dans notre observation, néanmoins nous n'avons osé trancher la question de pneumonie ou de pseudo-pneumonie et la désignation de pleuro-pneumonie que nous avons adoptée devra être prise dans son acception la plus large.

Nous désirons insister en terminant sur cette constatation intéressante faite par M. Netter que les broncho-pneumonies survenant au cours des maladies des reins sont fréquemment causées par le bacille encapsulé, puisque sur 6 cas il a été rencontré 4 fois, dont 3 fois à l'état de pureté. De même dans notre observation, c'est au cours d'une pyélo-néphrite chronique qu'est survenue une inflammation pleuro-pulmonaire causée par ce même agent pathogène. Comment expliquer de pareils faits? M. Netter se demande si l'altération des humeurs crée des conditions plus favorables au développement de cet agent pathogène. On sait d'ailleurs, grâce aux recherches de M. Netter, que ce micro-organisme se trouve dans 4,5 pour 100 des cas dans la cavité bucco-pharyngée des sujets sains; aussi peut-il facilement, dans certaines conditions, infecter l'appareil respiratoire par l'intermédiaire de l'arbre bronchique. En examinant les coupes histologiques du rein de notre malade, nous avons pu constater dans l'intérieur de certains tubes et dans les vaisseaux sanguins la présence de bacilles analogues à ceux rencontrés dans le poumon. Aussi nous sommes-nous demandé si l'infection du poumon ne pourrait pas s'effectuer aussi par la voie sanguine; un pareil mécanisme expliquerait d'une façon plus satisfaisante les rapports qui semblent exister entre les affections rénales et les broncho-pneumonies dues au bacille encapsulé. Il semble en effet, d'après des recherches récentes, que des liens de parenté très étroits unissent certains agents pathogènes considérés jusqu'ici comme faisant partie d'espèces différentes, ces agents pathogènes ne sont autres que la bactérie pyogène qui joue un rôle si important dans les infections urinaires, le bacterium coli et le bacille encapsulé lui-même. Peut-être dans ces conditions particulières ne s'agit-il que de transformations d'un même micro-organisme, qui, ayant produit d'abord l'infection des voies urinaires, pénètre dans la circulation sanguine à la faveur des lésions rénales pour aller coloniser ensuite dans l'appareil respiratoire. Ce n'est là d'ailleurs qu'une hypothèse demandant encore le contrôle de l'observation clinique et de l'expérimentation.

Traitement de la diphthérie par les antitoxines préparées en dehors de l'organisme animal, par G. A. Smirnoff (travail du laboratoire de l'Institut de médecine expérimentale de Saint-Pétersbourg).

Les recherches de ces dernières années relatives aux propriétés antitoxiques des animaux vaccinés ont laissé ouverte la question des modifications que subit le sérum dans ces conditions On pouvait notamment se demander si l'élaboration des toxines s'effectue d'après les lois chimiques ordinaires et peut, par conséquent, être réalisée en dehors de l'organisme animal, ou s'il s'agit là d'un phénomène strictement biologique dont la reproduction

en dehors de l'organisme animal serait impossible. Tandis que la plupart des auteurs croient à un processus strictement biologique, Emmerich, Tsuboi et Loew ont trouvé que les propriétés bactéricides du sérum des animaux vaccinés résident dans l'albumine et non dans la globuline, et que pour ce qui est plus particulièrement du choléra des porcs, on peut constater une diminution de la proportion de globuline de sérum. Tizzoni et Cattani ont également trouvé que les propriétés du sérum anti-tétanique résidaient dans l'albumine et non pas dans la globuline du sérum antitoxique. Ces faits ne peuvent naturellement servir que de point de départ pour les recherches ayant pour but d'étudier les modifications que subit le sérum des animaux vaccinés. Et comme d'une façon générale les processus de chimie biologique sont soumis aux mêmes lois d'oxydation, de décomposition et de reconstitution, j'ai entrepris, sur la proposition du professeur Nencki, une série de recherches pour voir s'il n'était pas possible de conférer des propriétés thérapeutiques à un sérum ordinaire en le soumettant à l'action d'une série de corps chimiques.

Mes premières expériences qui consistaient à soumettre le sérum à un processus d'oxydation (en le traitant par l'eau oxygénée, l'oxyde de baryum, l'acide chlorhydrique, etc.) et à l'injecter ensuite à des animaux ont donné des résultats nettement négatifs. L'injection de ce sérum ne provoquait chez les lapins aucune réaction générale, aucune élévation de la température. Abandonnant alors la voie d'oxydation du sérum par des corps chimiques, j'ai fait une série d'expériences avec du sérum soumis à l'électrolyse et j'obtins des résultats plus encourageants.

Lorsqu'on soumet à l'électrolyse une certaine quantité de sérum de chien, le premier phénomène que l'on constate est la formation de gaz autour des deux pôles. Mais tandis que dans le tube qui renferme le pôle négatif il se forme des flocons d'albumine et tout le liquide devient trouble, le sérum dans lequel est plongé le pôle positif reste clair, transparent et l'albumine ne se précipite pas. Puis à mesure qu'on continue l'électrolyse, les flocons d'albumine qui se sont formés autour du pôle négatif se dissolvent; si l'on examine à ce moment la réaction du liquide, on trouve qu'elle est fortement acide autour du pôle négatif et fortement alcaline autour du pôle positif.

L'injection de ce sérum électrolysé, de sérum alcalin ou de sérum acide, ne provoque chez les lapins aucune réaction. Mais si l'on neutralise le sérum acide de façon à lui donner une réaction faiblement alcaline, ou si dans le même but l'on additionne le sérum alcalin d'une petite quantité d'acide, on constate que les deux provoquent déjà en injection sous-cutanée une réaction très manifeste : à la dose de 1 cm. c. le sérum alcalinisé de même que le sérum acidulé produisent chez les lapins une élévation de la température, qui commence deux ou trois heures après l'injection et atteint son maximum, 40°5, cinq ou six heures plus tard. Les animaux injectés avec ce sérum ne présentent aucun autre phénomène morbide.

Le sérum de bœuf traité de la même façon produit les mêmes phénomènes que le sérum de chien, seulement l'élévation de la température qu'il provoque chez les animaux est moins accusée.

Pour voir à quelle partie du sérum revenait l'action thermogène, j'ai fait une série d'expériences avec du sérum de bœuf, débarrassé, à l'aide de la dialyse, de sa globuline. Comme le liquide qui passait et qui contenait l'albumine était privé de ces sels, je l'additionnais d'une solution de chlorure de sodium de façon à ce que le liquide en renfermât 1/2 0/0, et le soumettais ensuite à l'électrolyse. Le sérum acide était ensuite alcalinisé et le sérum alcalin acidulé, et chacun d'eux injecté à des lapins. L'action de ce sérum déglobulinisé a été la même que celle du sérum de chien simplement électrolysé. Les expériences de contrôle faites avec une solution de globuline soumise à l'électrolyse ont donné des résultats complètement négatifs. Ce fait montrait donc que les propriétés thermogènes du sérum soumis à l'électrolyse tenaient aux modifications que subissait l'albumine, ce qui confirmait l'opinion d'Emmerich, de Tsuboi, de Cattani et Tizzoni, citée plus haut.

Il restait maintenant à voir si le sérum électrolysé possédait en même temps des propriétés vaccinantes ou curatives contre certaines infections expérimentales. Les recherches faites dans cette direction sur des animaux infectés de charbon, de diphthérie et de rage ont donné des résultats complètement négatifs. Mais comme les expériences précédentes m'ont montré que l'électrolyse agit surtout sur les substances albuminoïdes, je me suis demandé si par le même procédé il n'était pas possible de transformer en anti-toxines les toxines développées dans du sérum.

Pour vérifier ce point, j'ai fait une série de recherches avec des cultures diphthéritiques ensemencées sur du sérum, sur une solution d'albumine et sur une solution de globuline. J'ai pu constater tout d'abord que les bacilles se développaient fort bien sur le sérum et formaient des toxines extrêmement actives, de sorte que 5 cent. cubes d'une culture vieille de quinze jours suffisaient pour tuer un cobaye en 25 à 30 heures. Les toxines des cultures sur albumine étaient moins actives; enfin, les cultures sur globuline paraissaient entièrement privées de toxines, et les bacilles eux-mêmes y perdaient, au bout de quelque temps, toute leur virulence.

Les expériences ont donc été faites seulement avec les cultures sur sérum et sur albumine, que l'on soumettait à l'électrolyse, de la même façon que le sérum ; le liquide autour de chaque pôle était amené à une réaction faiblement alcaline comme dans les expériences précédentes, puis filtré, et le liquide filtré injecté à des animaux.

Dès le début, on a pu constater que sous l'influence de l'électrolyse les cultures perdaient une grande partie de leurs toxines. Ainsi, un lapin injecté avec 5 cent. cubes d'une culture vieille d'un mois a succombé au bout de 72 heures, tandis qu'un autre lapin injecté avec la même quantité de même culture, mais préalablement soumise à l'électrolyse pendant six heures, a survécu après avoir présenté une gangrène locale de la peau au point d'injection.

Les expériences sur des lapins infectés avec des cultures virulentes et traités par les injections de cultures dialysées, faites immédiatement ou 2 à 3 heures après l'infection, ont montré que les cultures dialysées possédaient des propriétés curatives très marquées, tandis que les animaux témoins succombaient régulièrement à l'infection diphthéritique. Les animaux traités par les cultures électrolysées survivaient ou succombaient bien plus tard que les animaux témoins.

Je me suis demandé si l'inconstance des résultats ne tenait pas à ce que les toxines des cultures sur sérum et albumine, et par conséquent les antitoxines auxquelles elles donnaient naissance sous l'influence de l'électrolyse, étaient moins actives que les toxines des cultures sur bouillon. J'ai donc fait une nouvelle série d'expériences avec des cultures sur bouillon soumises à l'électrolyse. Les lapins étaient infectés avec des cultures virulentes de diphthérie, puis quand au bout de 24 heures et quelquefois plus tard apparaissaient les premiers symptômes d'infection (fièvre, diarrhée), on leur faisait une injection de 8 à 10 cent. cubes de culture dialysée. Dans ces con-

ditions, une seule injection suffisait le plus souvent pour amener la guérison de l'animal au bout de quelques jours de maladie. D'une façon générale, on a pu constater qu'il valait mieux injecter d'emblée une forte dose de cultures électrolysées que de traiter l'animal infecté par des injections répétées de petites doses (1).

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Modifications des organes génitaux de la femme dans le choléra (Ueber die in Folge der Cholera auftretenden Veraenderungen in den weiblichen Generationsorganen), par Klautsch (*Münch. med. Woch.*, 1894, nos 45 et 46). — Le choléra provoque un état d'hyperémie ou d'inflammation du tractus génital de la femme. L'uterus peut présenter une endométrite interstitielle hémorrhagique, les ovaires une ovarite parenchymateuse du folliculaire, les trompes une salpingite catarrhale ou fibrineuse.

Des foyers hémorrhagiques peuvent être rencontrés dans la muqueuse utérine, dans les corps jaunes et le tissu sous-séreux des trompes.

Sur le diagnostic de l'endocardite aiguë à la période préorganique, par Boisson (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1894, n° 11, p. 391). — L'observation se rapporte à un soldat ancien rhumatisant qui a succombé à une congestions pulmonaire avec endocardite aiguë. Or pendant la vie, la seule modification des bruits cardiaques était constituée par l'obscurité du claquement valvulaire de la mitrale, qui était sourd, mal frappé. A l'autopsie on trouva que l'endocarde ventriculaire gauche ainsi que l'endartère aortique, sur une étendue de plusieurs centimètres, présentaient une coloration rouge et un épaississement œdémateux avec maximum d'intensité sur les valvules mitrales dont les bords libres étaient épaissis et couverts de saillies mamelonnées.

L'auteur en conclut que l'endocardite aiguë se manifeste au début non pas par un bruit de souffle, mais par une altération du timbre des claquements valvulaires.

Athérome circulaire de l'aorte ascendante (Ein Fall von ringformiger Atheromatose der Aorta ascendens), par Aufrecht (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1894, vol. LIII, p. 562). — L'observation de l'auteur se rapporte à un homme de 44 ans, chez lequel l'examen fit diagnostiquer, d'après l'ensemble des symptômes (auscultation, hypertrophie du cœur, courbe sphygmographique), un rétrécissement et une insuffisance aortique. A l'autopsie on trouva les valvules normales, mais juste au-dessous de l'insertion des valvules aortiques existait sur l'aorte une plaque athéromateuse circulaire d'une largeur de 1 cm. 5.

D'après l'auteur, la disposition toute particulière de la plaque permettait le reflux du sang dans le ventricule pendant la diastole et expliquait le double souffle qui se produisait malgré l'intégrité anatomique des valvules.

Contribution à l'étude expérimentale des artérites infectieuses, par Crocq fils (*Arch. de médec. expérim.* juillet 1894, p. 583). — Le bacille de l'endocardite découvert par Gilbert et Lion est le seul qui paraisse capable de produire expérimentalement, dans des circonstances exceptionnelles (2 fois sur 38 expériences), l'aortite aiguë, infectieuse, sans altération préalable des vaisseaux. Le traumatisme est incapable à lui seul de produire l'artérite aiguë. Pour que l'artérite infectieuse se produise, il faut l'infection et une diminution de la résistance produite expérimentalement par le traumatisme, cliniquement par une lésion artérielle antérieure ou par un trouble nutritif de la paroi vasculaire. L'artérite infectieuse peut résulter de l'implantation du microbe sur un vaisseau préparé à le recevoir, ou de l'action toxique des poisons microbiens sur l'endartère préalablement altéré.

(1) D'après le *Vratch*, 1894, n° 27.

CHIRURGIE

Hernies de la ligne blanche (Ueber ein dem Hydatidenschwirre ähnliches Spritzphaenomen bei Hernien der Linea alba), par K. Lenhoff (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, n° 31, p. 715). — L'auteur attire l'attention sur un phénomène qui existe toujours dans les hernies de la ligne blanche, si petites qu'elles soient, à savoir l'existence d'un frémissement analogue à celui qu'on trouve dans les kystes hydatiques. Lorsque, le malade étant couché sur le dos, on met les extrémités des doigts sur le siège présumé de la hernie, on sent, quand le malade tousse, une sorte d'impulsion de liquide, donnant exactement la même sensation que le frémissement hydatique. Comme le diagnostic de ces hernies est parfois fort difficile, le signe en question peut être utilisé dans les cas obscurs.

Sténose du duodénum par calcul biliaire (Ueber einen Fall von Duodenalstenose durch einen Gallenstein), par Schüle (*Berlin. klin. Woch.*, 1894, n° 45, p. 1015). — Une femme de 35 ans, sujette à des douleurs épigastriques, entre à l'hôpital où après examen on fait le diagnostic de dilatation avec insuffisance motrice de l'estomac. Deux jours après, elle est prise de vomissements avec douleurs abdominales, faisant craindre une péritonite par perforation, et d'un état comateux avec hypothermie (35°,5) et ralentissement du pouls et de la respiration. Les lavages de l'estomac, pendant lesquels on constate que l'estomac se remplit rapidement de bile, n'arrivent pas à arrêter les vomissements. Les selles restent normales et l'urine ne renferme ni sucre ni albumine. L'état comateux persiste pendant quatre jours, puis disparaît brusquement après expulsion avec les selles d'un calcul biliaire mesurant 2,7 cm. de longueur et 9 de circonférence.

D'après l'auteur, le calcul qui se trouvait dans la vésicule a dû passer dans le duodénum. Comme il n'était pas assez volumineux pour obstruer l'intestin, il est possible qu'il ait été emprisonné par le duodénum qui s'est contracté spasmodiquement sur lui. D'où les phénomènes de sténose duodénale avec reflux de la bile dans l'estomac.

Nouveau procédé pour l'anus contre nature (Zur Frage der Anlegung und Funktion des kunstlichen Afters), par Lauenstein (*Centralb. f. Chir.*, 1894, n° 45). — Le procédé fort ingénieux que propose l'auteur consiste en ceci : Etablir comme d'habitude un anus iliaque, mais, au lieu de suturer l'orifice intestinal à l'incision, attirer au dehors 5-6 cm. d'intestin, suturer au ras de la peau et laisser le bout au dehors. Il se forme un canal, une sorte de pénis, que le malade peut surveiller, mettre pour la défécation dans un vase, fermer plus commodément par un obturateur. Si l'intestin ne se laisse pas attirer facilement au dehors, on peut au besoin réséquer une partie du mésentère. Lauenstein l'a fait dans un cas sans qu'il s'ensuivît une gangrène du bout laissé au dehors.

Fracture du deuxième cartilage costal du côté gauche (Ueber eine Fractur des zweiten linken Rippenknorpels, etc.) (*Arch. f. klin. Chir*, 1894, vol. XLVIII, p. 908). — Il s'agit d'un homme de 27 ans, très vigoureux, qui, au moment où il portait une charge sur l'épaule gauche, éprouve une douleur violente dans la poitrine et est obligé de lâcher le poids. Il est amené à la maison, et un médecin, appelé auprès de lui, trouve de la dyspnée, une tuméfaction assez douloureuse de la région précordiale à gauche, de la cyanose de la face, à l'auscultation un souffle râpeux couvrant les deux bruits du cœur, et diagnostique une déchirure traumatique des valvules.

L'examen du malade pratiqué un mois plus tard par l'auteur, fit constater un épaississement considérable du cartilage de la deuxième côte gauche avec douleur à la pression des parties voisines. A l'auscultation, un souffle systolique râpeux s'entendant partout, sauf à la pointe.

Pour l'auteur, les phénomènes du début (oppression, dyspnée, angoisse précordiale) et l'existence du souffle étaient dus à l'accumulation du sang, venant du foyer de fracture, dans le médiastin antérieur et à la compression de gros vaisseaux par l'épanchement.

BIBLIOGRAPHIE

Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies, par le Dr A. Mathieu, médecin des hôpitaux. Paris, A. Rueff, 1894.

Les travaux scientifiques déjà nombreux que l'on doit à M. le Dr Mathieu, l'étude toute spéciale qu'il a faite des maladies de l'estomac et l'esprit critique avec lequel il apprécie les doctrines nouvelles du chimisme stomacal donnent à ce nouveau livre un intérêt tout spécial. Il est incontestable, en effet, que le régime joue dans les maladies du tube digestif une influence prépondérante. Les préparations médicamenteuses ne viennent qu'en deuxième ligne. D'autre part, nous persistons à penser que les formules mathématiques ne conviennent guère alors qu'il s'agit de clinique médicale. Les analyses du suc gastrique donnent sans doute des renseignements précieux au point de vue du mécanisme intime de la digestion stomacale. Au point de vue pratique, elles sont le plus souvent inutiles. Avec un peu d'expérience et quelques tâtonnements qui ne nuisent guère au malade, on arrive, dans la plupart des états dyspeptiques, à reconnaître quel est le régime et quels sont les médicaments qui conviennent le mieux. A ce point de vue, le livre que nous recommandons sera d'une grande utilité à tous les médecins. Il fourmille en indications pratiques. Il étudie avec soin d'abord la composition des aliments d'usage et les modifications que leur fait subir la préparation culinaire, puis les régimes le plus souvent conseillés aux dyspeptiques, enfin l'application aux dyspepsies primitives et aux dyspepsies secondaires des préceptes diététiques qu'une sérieuse étude clinique permet de formuler aujourd'hui.

Nous ne saurions trop louer M. Mathieu de n'avoir pas craint, dans le développement de ces diverses questions, d'entrer dans les détails culinaires les plus minutieux et les plus précis. Nous le louerons aussi de la sagesse avec laquelle il apprécie les travaux relatifs à la dilatation de l'estomac et à l'entéroptose, si fréquemment observées, mais devant presque toujours être considérées non comme une maladie primitive, mais bien comme le degré ultime d'états morbides d'une pathogénie différente. Son livre est de ceux qu'on lira avec plaisir et que l'on aimera souvent à consulter.

L. L.

De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, par S. Tarnier, professeur de clinique obstétricale, ancien chirurgien en chef de la Maternité. (Leçons recueillies par le docteur J. Potock). 1 vol. in-8°, 840 p. avec 37 figures dans le texte et 3 planches en chromo-lithographie.

Je suis chirurgien, et non point accoucheur, et cependant je vais rendre compte d'un livre où il est question d'obstétrique. C'est que cette obstétrique n'est pas celle qui est hors de la portée du chirurgien, celle qui concerne toute la partie mécanique des accouchements, c'est celle qui a trait à l'asepsie et à l'antisepsie, et dès lors il y a identité à peu près parfaite avec ce que nous ont appris nos opérations modernes.

L'ensemble des précautions grâce auxquelles la mortalité des femmes en couches est devenue à peu près nulle du fait des accidents septiques, dans les services hospitaliers qu'autrefois décimait la fièvre puerpérale, méritait les magistrales leçons que M. le professeur Tarnier vient de leur consacrer.

Le volume est gros, sans doute, et ceux qu'intéressent les seuls aphorismes de pratique trouveront qu'on aurait pu le réduire. Mais ceux-là ne seront point de cet avis, qui s'intéressent aux questions scientifiques, qui sont heureux de connaître les recherches sur lesquelles sont fondés ces aphorismes, qui veulent non seulement se brosser les ongles, mais savoir pourquoi ils se les brossent. Ceux-là liront avec intérêt les pages relatives à la contagion de la fièvre puerpérale pour laquelle depuis 1857 M. Tarnier combat du bon côté; ceux-là s'instruiront en apprenant comment un maître si autorisé conçoit l'installation matérielle d'une Maternité; ceux-là, enfin, étudieront avec plaisir les pages où M. Tarnier résume ses recherches, faites en collaboration avec le regretté Vignal, pour déterminer expérimentalement quel est le meilleur antiseptique. Aussi bien la connaissance approfondie de ce dernier chapitre est-elle indispensable pour bien comprendre de quelle manière il faut employer et associer les divers antiseptiques : sublimé, naphtolate de soude, quelquefois acide phénique, permanganate de potasse, telles sont les principales substances dont M. Tarnier recommande l'usage, en montrant bien les indications spéciales à chacune d'elles.

Après ces études générales, sont passés successivement en revue les soins antiseptiques qui conviennent spécialement à la femme enceinte, à l'accouchement et à la délivrance, à la rétention du placenta et des membranes, à l'avortement, aux opérations obstétricales, aux suites de couches, à la nourrice, au nouveau-né.

Deux chapitres fort utiles pour le praticien sont ceux qui concernent la manière de réaliser l'antisepsie en clientèle civile, pour les médecins et pour les sages-femmes.

Ce volume est d'une lecture facile et attrayante. De plus, les indications bibliographiques y sont remarquablement complètes et précises : ce n'est pas un éloge banal, et les livres qui le méritent sont rares. En outre, la partie typographique est soignée, et pour les notes en particulier on ne trouve pas de ces fautes d'orthographe dans les noms propres et les langues étrangères, de ces erreurs de caractère qui trop souvent déparent de belles publications.

A. Broca.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses des Facultés.

Des lésions intestinales consécutives a la thrombose de la veine porte ou de ses branches d'origine, par Henri-Dieudonné Boucly.

Les lésions intestinales qui suivent la thrombo-phlébite du tronc porte ou de ses branches d'origine sont de deux ordres :

Les unes sont des hémorrhagies intra-pariétales interstitielles;

Les autres sont de vraies nécroses de l'intestin.

Dans ce dernier cas, des accidents secondaires, consécutifs à la thrombo-phlébite : thrombose artérielle, grands épanchements sanguins du mésentère, sont la cause de la gangrène.

Il existe dans cette seconde catégorie de faits des lésions péritonéales qui manquent dans la première.

Les infections microbiennes, d'origine intestinale, favorisent l'évolution des accidents.

Lorsqu'elles surviennent chez un individu non cachectique, les lésions intestinales consécutives à la thrombo-phlébite porte simulent la péritonite suraiguë ou l'occlusion intestinale. Elles peuvent être alors l'occasion d'une laparotomie exploratrice. Il importe au chirurgien de faire le diagnostic de leur nature au cours de l'opération, pour éviter une résection intestinale contre-indiquée par l'étendue des lésions vasculaires primitives.

De la cystite aiguë comme cause de rétention d'urine en particulier dans le cours des rétrécissements de l'urèthre, par Paul Condamy.

La rétention d'urine aiguë reconnaît souvent pour cause unique la cystite. Celle-ci agit en paralysant la tunique musculaire sous-jacente à la muqueuse enflammée, suivant la loi de Chopart-Stokes.

La paralysie passagère de la vessie, sous l'influence de la cystite, peut seule expliquer la rétention d'urine aiguë dans certains cas de rétrécissements larges.

La rétention aiguë qui survient dans le cours du rétrécissement de l'urèthre est due, le plus souvent, à cette même cause.

Les causes qui déterminent la rétention aiguë agissent précisément en réveillant ou provoquant la cystite. La vessie cède la première, la congestion au niveau du rétrécissement n'est que secondaire.

Certains des moyens destinés à permettre l'évacuation de l'urine (cathétérisme appuyé, bougie fine à demeure) agissent en déterminant par action réflexe la contraction de la vessie.

De la cholédocotomie, par Paul Lepetit.

L'auteur publie dans sa thèse vingt observations détaillées : ces vingt cas donnent quatre morts et seize guérisons.

Il a pu trouver, en outre, les cas suivants dont il ne connaît que le résultat, sans en avoir les observations ; Hans Kerh, 3 cas : 3 guérisons. Kœrte, 1 cas : 1 guérison. Riedel, 10 cas : 8 guérisons. 2 morts. Hartmann, 1 cas : 1 guérison.

Ainsi, sur 35 cas, nous trouvons 6 morts et 29 guérisons, ce qui nous donne seulement 17 p. 100 de morts et 83 p. 100 de guérisons.

Ces statistiques n'ont qu'une valeur très relative, mais néanmoins, comme celle-ci porte sur un nombre de cas relativement important, on peut lui attribuer une certaine confiance.

Elle nous prouve que la cholédocotomie, si on la fait seulement quand elle est formellement indiquée, est une bonne opération qui peut rendre d'immenses services à des malades pour lesquels nous ne pourrions rien, si nous ne l'avions pas à notre service.

VARIÉTÉS

Monument Charcot.

Listes communiquées par le Trésorier.

20e liste.

Souscription de Roumanie (*Suite et fin*). — Dr M. Dobrescu, D. C. Balacescu, Dr Fallon, Dr Antonin, Dr Schönsal, Dr Tzonciu, J. Melinescu, Dr Viauu, Dr Ed. Mayer, chacun 10 fr. : 90 fr. — A. Helberling, Dr Foulquier, Dr Feinblat, Dr Flacs, Dr Davidoglo, Cadri Bei, Dr Tebinca, Gr. Vasiliu, Dr Peride, Al. Vasiliu, Dr Popescu, chacun 5 fr. : 60 fr. — A. Rusescu, Ernest Miclescu, Louis R. Smettau, chacun 4 fr. : 12 fr. — Sevin Buteanu, Dr Turbure, Dr Savini, Dr Atanasiu, P. Bucolita, Carol Jacob, chacun 2 fr. : 12 fr. — Dr Jorgandopol, Dr Anghelescu, Frid. Schuller, Dr Christescu, Dr Almogen, Dr Milloteanu, chacun 20 fr. : 120 fr. — Dr R. Jonescu, Dr Mancash, Eug. Sturdza, Dr Panteli, Diamandi, Dr Stamati, Dr Jules Constantinescu, Dr Sapealni, Dr Dobriceanu, Dr Papadopol, Dr Gherman, Al. Botez, N. Christeuu, Dr Stavridi, Dr Irescu, Dr Antonini, Dr Pastia, Dr Philipescu, Dr N. Georgescu, G. Capeleanu, Dr Zuchesen, C. Bomches, chacun 10 fr. : 220 fr. — G. Schirkanyer, T. Lifft, Dr Fischler, E. Racoviza, Dr Catu, Dr Popescu, Dr Marcovici, Dr Nestorian, Dr Abele, chacun 5 fr. : 45 fr. — G. C. Radianu, M. Gane, Dr Hilariu, chacun 4 fr. : 12 fr. — J. P. Brosteanu, 3 fr. — Dr Anastasescu, Logaridis, Dr Galin, Dr Em. Galescu, Dr Ettinger, Dr Milos, Dr Papavicol, Dr Moscovici, Dr Vitzu, Dr Monferato, Dr Nebuneli, Dr Jovitz, D. Nicolaid, Dr Elia, Capitaine Manolescu, Dr Juliano, Dr Biucli, Dr Komp, Dr Bejan, D. Imerval, Dr Pastia, Dr Orleanu, S. Mr Giorghiu, Georgescu, chacun 5 fr. : 120 fr. — Dr Beldiman, 6 fr. — Dr A. Bardescu, 15 fr. — J. Stefarescu, N. Belloi, Lieut. Runeu, I. Diwoki, chacun 1 fr. : 4 fr. — Souscriptions diverses, 1,064 fr. 35.

Sur l'application du tarif d'expertises médico-légales.

(Circulaire adressée par le garde des sceaux, le 31 juillet 1894.)

MONSIEUR LE PROCUREUR GÉNÉRAL,

La vérification de plusieurs mémoires de médecins m'a permis de constater que l'application du nouveau tarif des opérations médico-légales avait donné lieu à des erreurs d'interprétation dont les conséquences sont particulièrement préjudiciables aux intérêts du Trésor.

§ 1er. Quelques médecins-experts, s'inspirant de l'article 17 du règlement général du 18 juin 1811 qui allouait pour toute ouverture de cadavres, ou autopsie, en sus du prix de cette opération, le prix d'une visite, continuent de réclamer pour une autopsie, indépendamment du prix de cette autopsie, le prix d'une visite.

Sur ce point, le décret de 1893 diffère de celui de 1811 : supprimant la division des médecins en trois classes, le nouveau règlement leur applique d'une manière uniforme un seul et même tarif, assez élevé pour rémunérer séparément chacune de leurs diverses opérations : c'est ainsi que les autopsies, divisées en quatre catégories, reçoivent un salaire qui varie de 15 francs à 35 francs, tandis que le règlement de 1811 n'accordait pour les ouvertures de cadavres qu'une indemnité totale de 15 francs, 12 francs ou 8 francs, suivant la classe des médecins. Le nouveau règlement institue en outre pour tout rapport écrit, si peu développé qu'il soit, un salaire spécial que n'accordait pas l'ancien et qui ne peut être inférieur à 5 francs. (Art. 4 et 5.)

Dans ces conditions, si une autopsie a été précédée, soit d'une visite antérieure et distincte, soit d'une opération plus difficile, on doit cumuler le prix de l'autopsie avec le prix de la visite ou de l'opération plus difficile. Mais si l'autopsie a été pratiquée au cours d'une visite unique, la visite n'est que l'accessoire de l'opération chirurgicale avec laquelle elle se confond et, dans ce cas, le prix de la visite n'est pas dû.

§ 2. En ce qui concerne le prix du rapport, l'article 4 du décret de 1893 dispose qu'il ne pourra pas être inférieur au montant d'une vacation de 5 francs.

Toute vacation représentant trois heures de travail, il ne doit être accordé qu'une seule vacation pour tout rapport dont la rédaction ne semble pas avoir exigé un temps plus long. En conséquence, toutes les fois qu'un mémoire compte de ce chef plus d'une vacation, les magistrats taxateurs doivent vérifier quel est le développement inusité du rapport avant d'admettre la dépense en taxe. Ma Chancellerie veillera à empêcher tout abus à cet égard.

§ 3. Aux termes de l'article 5 du décret de 1893, les fournitures nécessaires pour les opérations sont remboursées sur la production des pièces justificatives de la dépense. Le règlement de 1811 contient une disposition analogue dans son article 19, et l'instruction du 30 septembre 1826 explique, en commentant cet article, que le remboursement est subordonné à la production d'un état détaillé des fournitures, quittancé par le vendeur.

La plupart des médecins, se conformant à une jurisprudence constante en cette matière, ne réclament que le coût des objets qui sont d'une utilité incontestée pour l'opérateur et que l'opération a mis hors d'usage, tels que les désinfectants, les verres ou bocaux brisés, etc. Mais quelques-uns de leurs confrères présentent parfois des factures s'élevant à des sommes élevées et comprenant des objets dont le prix n'est pas remboursable, tels que leurs instruments professionnels, etc., etc.

Mon administration ne saurait être astreinte à payer la totalité des objets dont le médecin s'est servi au cours de l'opération ; le remboursement des frais de fournitures doit être réglé d'après la quantité des liquides employés et d'après la valeur des objets mis réellement hors d'usage.

§ 4. Je ne crois pas inutile de vous rappeler que l'article 22 du décret de 1811, qui fixe le montant des vacations de jour et de nuit dues aux experts (médecins ou autres) n'a pas été abrogé par le décret de 1893. En conséquence, il doit être appliqué en matière d'expertise médicale proprement dite, quand il s'agit de l'examen *de l'état mental des prévenus*, d'analyses chimiques, etc.

§ 5. Je ne saurais trop vivement vous recommander, Monsieur le Procureur général, d'inviter vos substituts à exercer le contrôle le plus vigilant sur les mémoires qui leur sont présentés. Le décret du 31 novembre 1893 a relevé dans des proportions considérables le tarif des opérations médico-légales. Il est d'autant plus nécessaire d'en surveiller rigoureusement l'application de manière à restreindre, dans de justes limites, l'aggravation de frais qui doit en résulter pour le Trésor.

Syndicats médicaux. — Dimanche dernier a eu lieu à l'hôtel des Sociétés savantes une réunion des délégués des syndicats médicaux de France ; une cinquantaine de départements y étaient représentés.

Le docteur Porson, de Nantes, président de l'Union des syndicats, présidait.

La discussion a porté sur les rapports des sociétés de secours mutuels avec les médecins. Les délégués ont demandé que le conseil supérieur des sociétés de secours mutuels qui doit être prochainement créé par une loi comprenne plusieurs membres du bureau de l'Union des syndicats.

Relativement au service médical gratuit, ils ont demandé que les malades aient la facilité de choisir leur médecin et que celui-ci soit payé par visite, non par abonnement.

Les délégués ont réclamé que, comme sanction à la déclaration des maladies contagieuses imposée aux médecins, des services de désinfection soient régulièrement organisés.

Les délégués ont généralement approuvé la loi récemment votée par le Sénat, d'accord avec le gouvernement, sur l'exercice de la pharmacie dans les campagnes.

La réunion a émis en outre le vœu que les étudiants en médecine fassent leur année de service militaire dans les hôpitaux ou dans des services en rapport avec leurs études professionnelles.

L'Union des syndicats médicaux a ensuite renouvelé son bureau :

M. Porson, de Nantes, a été maintenu à la présidence. MM. Albert Leblond, de Paris, Cellier, de Laval, Pouillot, de Poitiers, et Jubiot, de Marseille, ont été nommés vice-présidents. M. Ozenne, de Paris, a été maintenu secrétaire ; M. Maurat, de Chantilly, a été nommé trésorier ; MM. Blaiziot, de Nantes, et Barette, de Caen, ont été nommés secrétaires.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PARAISSANT TOUS LES SAMEDIS ET PUBLIANT TOUS LES MERCREDIS
LE MERCREDI MÉDICAL
JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

REVUE GÉNÉRALE

Troubles fonctionnels du foie.

3e et dernier article.

Troubles dans l'élaboration des substances alimentaires, dans l'arrêt et la destruction des poisons, dans la glycogénie.

Dans nos précédents articles, nous nous sommes attachés à synthétiser les troubles fonctionnels du foie en ce qui concerne la fonction biliaire, en considérant celle-ci, un peu schématiquement peut-être, comme une simple fonction d'élaboration pigmentaire. Nous avons essayé de montrer par quel enchaînement pathologique les phénomènes hépatiques dus à l'infection ou à l'intoxication s'unissaient à d'autres phénomènes toxiques, ceux-ci d'origine autochtone, et n'ayant plus rien de la spécificité des premiers. Nous allons retrouver dans ce qui va suivre des considérations du même ordre, mais qui s'appliquent aux autres fonctions de la cellule hépatique.

Ce qu'il faut retenir dès à présent, pour ne pas garder en l'esprit quelque confusion sur ces phénomènes forcément complexes, c'est que les troubles des différentes fonctions de la cellule hépatique qui nous restent à passer en revue, ne sont pas indissolublement liés aux troubles de la fonction biliaire, et en particulier au syndrome ictère, bénin ou grave. Le mécanisme des troubles fonctionnels pigmentaires est d'un ordre spécial, il s'exerce dans des conditions particulières sur lesquelles nous n'avons plus à revenir, et aux dépens de matériaux de déchet d'une nature propre. Sans doute, ces troubles hépatiques sont souvent réunis : car ils ont une raison d'être univoque, c'est l'altération de fonction de la cellule hépatique. Mais ce qui est variable, ce sont les matériaux, aux dépens desquels chacune de ces fonctions s'exerce, et la nature des causes pathologiques, infections ou intoxications aiguës ou chroniques, irritatives ou destructives des cellules hépatiques, et vraisemblablement aussi l'action de ces causes sur les autres viscères et sur la composition du liquide sanguin.

ÉLABORATION DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES

L'action du foie s'exerce d'une façon particulière sur les matières albuminoïdes alimentaires. Il reçoit celles qui lui sont apportées par la veine porte et qui proviennent de l'absorption intestinale, et il exerce vraisemblablement sur elle une *action assimilatrice*, sur laquelle nous reviendrons à propos des troubles de la fonction glycogénique. D'un autre côté, le sang lui rapporte des substances albuminoïdes diverses, modifiées déjà par l'usage qu'en ont fait les parenchymes ou les tissus, et que, de substances colloïdes qu'elles sont encore, le foie transforme en une substance cristalloïde éminemment propre à l'élimination rénale : c'est-à-dire l'urée. Ce sont les troubles de *cette fonction désassimilatrice qui sont le plus connus*. Ils se caractérisent cliniquement par des modifications dans la composition chimique des urines. Les unes tiennent *au défaut ou à l'excès* d'urée dans ce liquide; les autres, peut-être plus importantes au point de vue du retentissement des troubles hépatiques sur l'état général et sur le rein, sont caractérisées par l'*hypertoxicité urinaire*.

Les causes de celle-ci sont, en réalité, complexes : retenons, pour l'instant, ce seul fait, en rapport avec le sujet qui nous occupe, que la présence de matières extractives en quantité anormale y entre pour une bonne part. Ces matières, d'où viennent-elles?

Nous savons, ainsi que nous l'avons vu plus haut, que les matières albuminoïdes usées arrivent au foie pour y subir un dernier dédoublement qui les transforme en urée (Brouardel). Or, entre ce dernier produit de transformation et les matières albuminoïdes primitives, il existe une série de corps intermédiaires (1) : leucine, tyrosine, xanthine, hypoxanthine, qui, sous le nom de matières extractives qu'on leur a donné, s'accumulent dans le sang et dans les tissus, et sont éliminées en nature par les urines. On y retrouve également, d'après M. Bouchard, et toujours dans le même ordre d'idées, des albumines à point de coagulation variable, et dont les propriétés chimiques sont altérées vis-à-vis des réactifs ordinaires de ces corps. Ces corps ne sont pas toxiques à la façon des poisons violents, nerveux ou autres. On a, en effet, montré qu'ils ne jouaient aucun rôle dans l'urémie. Mais ils ont une action sur le rein qui n'est pas préparé à leur élimination. M. Gaucher, dans sa thèse, a montré qu'ils étaient capables de provoquer des néphrites avec toutes les conséquences pathologiques que comportent celles-ci. Voilà donc une troi-

(1) Il s'agit plutôt réellement de la dissociation de la molécule albuminoïde en un certain nombre de radicaux de la série grasse ou aromatique et qui vraisemblablement entraient dans la composition chimique.

sième étape pathologique, qui n'a pas de rapport immédiat avec la cause première du trouble hépatique mais qui est lié directement à celui-ci : redoutable enchaînement du malfonctionnement de nos organes.

Enfin, sans que nous sachions exactement si dans l'organisme l'acide urique est un intermédiaire entre les substances albuminoïdes et l'urée (1), il est un fait, c'est que l'augmentation de cette substance dans les urines est un signe souvent précoce des altérations fonctionnelles du foie, et qu'elle va parallèlement à la diminution de l'urée excrétée.

Tous ces troubles, qui rentrent dans le cadre de ce qu'on a appelé à juste titre l'*insuffisance hépatique*, ne s'observent que dans les cas où la cellule hépatique est altérée, et à ce point de vue ils ont une grande valeur pronostique.

Ils sont l'équivalent des troubles de la fonction biliaire que nous avons étudiés dans notre précédent article, et qui sont dus à une élaboration vicieuse des pigments sanguins destinés à devenir des éléments excrémentitiels dans l'aspect des pigments biliaires. Les accidents qui en découlent sont d'ordre toxique, et c'est au rein qu'il est réservé dans ces cas de sauvegarder l'organisme en éliminant les substances mal élaborées, qui malheureusement se prêtent mal à cette élimination, et ne tardent pas à leur tour à retentir sur l'intégrité de cet organe. Ceci est un phénomène capital dans l'enchaînement des accidents.

Il y a également dans ces faits matière à méditations thérapeutiques ; et celles-ci nous amènent, chose remarquable, à nous expliquer les règles que la médecine de tradition et d'observation avait fixées en les entourant d'une pharmacopée luxuriante : c'est-à-dire le *repos du foie désassimilateur* par la diète et par le repos absolu du malade, l'*élimination des substances malformées* par la prescription de boissons abondantes — les tisanes.

La pathogénie de ces troubles fonctionnels est des plus simples quand on la formule théoriquement : comme le résultat d'une action infectieuse ou toxique sur la cellule hépatique. Mais nous n'en connaissons pas en réalité le mécanisme dans tous ses détails, car si l'on passe de l'ensemble des faits établis à l'examen de quelques-uns en particulier, on se heurte à des contradictions singulières. C'est qu'il y a à tenir compte de bien des éléments variables : la nature de la cause nocive, sa masse, sa virulence, le degré de résistance de chaque organisme, la manière dont il se défend, les phénomènes vasomoteurs ou nerveux consécutifs, la solidité ou la fragilité des molécules albuminoïdes, etc... Toutes ces conditions sont essentiellement variables, et expliquent les contradictions relevées par les observateurs au sujet du taux de l'urée excrétée dans certaines infections hépatiques, telles que l'*ictère bénin* au moment de son début ou de sa période d'état. On a trouvé en effet ou bien l'urée augmentée, ou l'urée normale, ou l'urée diminuée : mais les contradictions ne sont qu'apparentes, elles offrent simplement à notre étude la complexité des phénomènes observés chez des individus différents par des causes perturbatrices qui semblent les mêmes pour tous ; et montrent l'impossibilité de schématiser ces faits dans les limites étroites d'une formule forcément incomplète. Cependant MM. Kelsch et Chauffard ont relevé un fait bien intéressant, c'est la crise urinaire qui *juge* la maladie : polyurie, azoturie (urée en excès). Nous en comprenons maintenant toute la valeur pronostique : c'est le retour au fonctionnement normal des cellules hépatiques, c'est la résistance de celle-ci qui l'emporte après une torpeur passagère, c'est la convalescence.

Ces mêmes phénomènes s'observent également dans le syndrome ictère grave. Mais la disparition de l'urée n'est complète et absolue que dans la forme connue depuis Frerichs sous le nom d'atrophie jaune aiguë du foie où la lésion des cellules est irrémédiable. Dans les autres formes d'ictère grave, cette hypoazoturie peut cesser, et être remplacée par les mêmes phénomènes critiques que tout à l'heure ; elle a alors la même importance de diagnostic anatomique et de pronostic.

En somme, ces phénomènes d'*insuffisance hépatique* sont liés intimement à l'état de la cellule, ils lui sont ce que la tension artérielle, le pouls, est au muscle cardiaque — cellule contractile. C'est pourquoi ils accompgnent au plus haut degré les affections diffuses du foie où la cellule hépatique est surtout atteinte — cirrhose graisseuse, cirrhoses atrophiques graisseuses, foie amyloïde — pourquoi ils existent à des degrés variables dans les cirrhoses atrophiques, dans les lésions nécrosiscentes, dans le cancer — pourquoi on ne les rencontre pas dans les cirrhoses hypertrophiques, type biliaire Hanot.

A côté de ces types avec hypoazoturie, il nous faut maintenant mettre en regard, ceux dans lesquels il y a production en excès d'urée, passagère ou permanente.

Nous venons de voir un aspect particulier de cette hyperproduction d'urée à la suite des infections hépatiques ; on peut observer également cette *azoturie critique* dans un certain nombre d'infections au moment où la convalescence s'établit : elle a la même signification que celle que nous lui avons attribuée plus haut à propos de l'ictère bénin.

Dans un autre ordre d'idées, on peut également observer des *azoturies hépatiques passagères* au début de certaines injections ou intoxications, alors même que celles-ci doivent être suivies à bref délai de la mort cellulaire : il y a auparavant une phase d'excitation cellulaire qui se traduit par un excès d'urée dans les urines, par exemple certains ictères, l'intoxication par le phosphore au début (1).

L'action de ces substances nocives peut s'exercer également par l'intermédiaire du système nerveux et de la circulation. On peut penser même, qu'en dehors d'elles l'influence de la circulation hépatique plus ou moins active, et les actions nerveuses vaso-motrices ou sécrétoires, puissent agir par elles seules pour amener des troubles uropoiétiques.

L'étude des influences qui amènent ce qu'on a appelé e diabète azoturique, avec ou sans polyurie, en donne encore une preuve péremptoire.

On connaît en effet, à côté de ces azoturies critiques ou passagères, des *azoturies permanentes*, se chiffrant par un taux considérable d'urée par 24 heures et s'accompagnant d'autres troubles hépatiques ou nerveux ou de la nutrition générale, et qui sont intimement liés à ce qu'on appelle le diabète, diabète avec ou sans glycosurie. L'étude de ces azoturies est loin d'être encore élucidée, elle nous entraînerait à des digressions hors du cadre que comporte le titre de cette revue.

En résumé, si on essaie de schématiser en dehors du diabète quel qu'il soit comme nous l'avons fait pour la

(1) Chimiquement l'acide urique est relié aux matières albuminoïdes par des produits moins oxygénés que lui. C'est ainsi que si l'on part de la sarcine à l'hypoxanthine [$C^5H^4Az^4O$] qui est déjà un produit de dédoublement des albuminoïdes, on trouve par oxygénation successive :

La xanthine [$C^5H^4Az^4O^2$], puis l'acide urique [$C^5H^4Az^4O^3$] ; à partir de ce moment le phénomène de désassimilation est plus complexe. L'acide urique s'oxygénant et s'hydratant à la fois donne avec dégagement de CO^2 un corps, l'allantoïne [$C^3H^6Az^4O^3$] qui par la même opération donne de l'urée [CH^4Az^2O] et de l'acide oxalique [$C^2H^2O^4$]. Celui-ci + O donne HO^2 + 2 C^2O. (Voir *Chimie physiologique* de M. Gautier, T. I.

(1) Les faits expérimentaux de Cl. Bernard et de Brouardel ne laissent aucun doute sur ce point.

sécrétion biliaire, les troubles par excès de l'uropoiée, on peut admettre que l'azoturie peut se montrer dans deux conditions :

1° Lorsqu'il y a apport en excès au foie de molécules albuminoïdes modifiées par les tissus, et utilisables directement par le foie pour être transformées en urée;

2° Lorsqu'il y a une excitation quelconque de la cellule hépatique, qui active ses fonctions, et lui permet peut-être de transformer en urée des molécules albuminoïdes directement empruntées à l'alimentation, et n'ayant pas servi à la nutrition des tissus. Dans ce cas, le foie agirait sur les *aliments de réserve* au lieu d'agir sur les *aliments de déchet*.

Dans tous les cas, comme il semble démontré que toute l'urée formée normalement ne vient pas du foie, il est certain que cette azoturie hépatique ne se rencontre pas dans tous les cas d'excrétion exagérée de l'urée, mais que c'est un des modes pathogéniques certain de celle-ci.

TROUBLES DE LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE

Les troubles de la fonction glycogénique peuvent se montrer dans deux circonstances bien différentes.

Bien qu'ils se manifestent par un symptôme commun, le passage du sucre dans les urines, *la glycosurie*, le mécanisme de celle-ci, l'origine du sucre éliminé, sont bien distincts dans les deux cas. Dans l'un, il y a *altération fonctionnelle en moins*, de la cellule hépatique : celle-ci est incapable de fixer en totalité ou en partie le sucre alimentaire qui lui est apporté par la veine porte, et ce sucre passe en nature dans les urines. Ceci rentre dans ce que nous appelons *l'insuffisance hépatique*, et constitue *la glycosurie alimentaire*. Le mécanisme en est simple et bien connu. A cette forme de glycosurie est lié le trouble correspondant avec *de l'arrêt des poisons*.

Il n'en est plus de même dans les cas où il y *a excitations fonctionnelle en plus* de la cellule hépatique. Il s'ensuit dans ces cas une hyperglycosurie et une glycosurie permanente, due à la formation du glycogène en excès d'après les uns qui sont restés fidèles aux conceptions fondamentales de Cl. Bernard, à une exagération dans les phénomènes de dédoublement qu'exercent les cellules hépatiques sur les matières albuminoïdes ou sur les graisses, pour ceux qui avec Seegen pensent que c'est en cela que consiste la glycogénie hépatique. La pathogénie de ces troubles hépatiques est beaucoup plus controversée et leur mécanisme beaucoup moins connu. Ils sont intimement unis à certaines formes de diabètes, dont les récentes conquêtes sur la pathologie du pancréas ont commencé à élucider la nature.

I

La glycosurie alimentaire est liée à l'arrêt ou à la diminution des fonctions de la cellule hépatique, qui devient insuffisante pour arrêter au passage et emmagasiner le sucre provenant de l'alimentation. C'est donc une glycosurie *intermittente*, coïncidant avec la période digestive, et qu'on provoque artificiellement en faisant ingérer au malade le matin à jeun de 100 à 150 gr. de sirop de sucre ordinaire. L'urine recueillie dans les quatre ou cinq heures qui suivent, devient sucrée et donne les réactions de l'urine diabétique.

Tel est le phénomène dans toute sa simplicité, abstraction faite des conditions qui peuvent augmenter, chez l'individu, la consommation du sucre, la fièvre par exemple. C'est là parfois la cause d'un échec dans l'épreuve clinique de la glycosurie alimentaire. Il faut mettre également à part les cas où cette insuffisance hépatique est incomplète, où il n'y a qu'une diminution du pouvoir glycogénique du foie. M. Bouchaud ayant également montré que, dans ces circonstances, les tissus sont capables de brûler l'excès de sucre qui passe dans la circulation générale, sous réserve que la quantité de sucre en excès ne dépassera pas une certaine dose : — 0 gr. 175 de glycose par minute pour un homme de 70 kilog.

Ces conditions de réalisation un peu complexes de la glycosurie alimentaire permettent de nous expliquer, jusqu'à un certain point, pourquoi celle ci est un phénomène infidèle des affections hépatiques ou des maladies générales qui s'accompagnent de localisations cellulaires hépatiques indiscutables, et chez lesquelles cependant on trouve les autres syndromes de l'insuffisance cellulaire, l'urobilinurie par exemple ou l'hypoazoturie.

En somme, on peut en schématiser le mécanisme en disant que la glycosurie alimentaire dépend de causes multiples qui sont :

1° La dose du sucre administré;

2° Le degré de l'insuffisance hépatique, en rapport avec les lésions du foie, et surtout avec leur diffusion et avec leur localisation aux cellules;

3° L'utilisation en plus ou en moins du sucre non retenu par les différents tissus de l'organisme.

Dans l'étude des lésions hépatiques qui s'accompagnent de ce symptôme, nous allons retrouver les mêmes lésions cellulaires dont nous avons déjà parlé ailleurs, et sur lesquelles nous ne saurions nous étendre sans faire de redites. Mais il est des désordres anatomiques véritablement spéciaux à ce syndrome, et qui en dehors de toute lésion hépatique peuvent lui donner naissance. Ce sont ceux qui ont pour conséquence d'empêcher le sang de la veine porte, c'est-à-dire le sang qui charrie les sucres alimentaires puisés dans l'intestin, de passer par le foie, et qui les conduisent par des voies de dérivation directement dans la circulation générale.

Les oblitérations de la veine porte, les pyléphlébites rentrent dans cette catégorie de faits, à côté desquels il faut ranger, comme maladie de transition avec les autres lésions hépatiques : la cirrhose atrophique. La gêne de la circulation porte dans cette maladie est bien connue, elle se traduit en particulier par l'ascite et par le développement de la circulation collatérale. Or, c'est dans cette affection que Colrat, Couturier, Lépine, Quincke, Robineaud, Roger ont démontré pour la première fois l'existence de la glycosurie alimentaire. Seulement, elle y est inconstante, du moins tant que les cellules ne sont pas touchées, comme dans la cirrhose à marche rapide de Hanot. Elle n'est pas liée en tout cas exclusivement au développement de la circulation collatérale, ainsi que M. Roger l'a montré (*Rev. de méd.*, 1886). Mais la gêne circulatoire y contribue certainement, étant donnée dans ces cas la présence du glucose dans le liquide acétique (Bock, Arnozan, Roger, Quincke).

Abstraction faite de ces cas, c'est surtout dans les hépatites diffuses qu'on rencontre la glycosurie alimentaire : infections hépatiques, avec ou sans ictère grave, intoxications hépatiques. Parmi celles-ci, il faut citer les intoxications expérimentales par le mercure, le phosphore et l'arsenic. Parmi les infections hépatiques, il faut également mettre au premier rang celles qui ont une action nécrosique sur la cellule hépatique, les infections intestinales, les ictères graves, la cirrhose tuberculeuse : il y a de ce chef dans les péritonites tuberculeuses un bon élément de pronostic sur l'état du foie. Les dégénérescences massives graisseuses, cancéreuses. Les lésions localisées, cancer limité, kystes hydatiques, etc., ne s'en accompagnent pas.

Par contre, on ne la rencontre pas dans les maladies hépatiques où les éléments cellulaires sont ou conservés,

ou hypertrophiés : par exemple, dans la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. La glycosurie des paludéens, beaucoup plus rare d'ailleurs qu'on l'a dit, relève plutôt de l'hyperfonction hépatique (1).

Dans le foie infectieux, la glycosurie alimentaire est inconstante. Roger l'avait inutilement cherchée dans la fièvre typhoïde, dans l'érysipèle de la face, dans la tuberculose aiguë. La thèse de Gastou (Du foie infectieux, Paris, 1893) ne donne pas d'indications précises sur ce point dans les différentes maladies. Le fait tient aux causes multiples qui influent sur la production, ou non, de la glycosurie alimentaire, et que nous avons schématisées plus haut. La façon plus ou moins grave dont le foie est touché d'une part, l'utilisation plus active du sucre par les tissus sous l'influence de l'état fébrile, sont, entre autres, des causes qu'on peut invoquer pour expliquer cette inconstance.

En résumé, ce qu'il faut bien mettre en relief dans la glycosurie alimentaire, c'est son mécanisme bien différent de celui des glycosuries par excitation hépatique, c'est l'origine du sucre puisé au niveau de l'intestin, et passant directement dans la circulation générale. On peut alors s'expliquer la contradiction apparente qu'il y a à rencontrer ce même symptôme : la glycosurie, aux deux termes extrêmes de la vie cellulaire hépatique : l'hyperfonction et la mort. L'expérience de von Wittich est sous une autre forme, bien démonstrative : chez les animaux à qui on a lié le canal cholédoque, la piqûre du 4e ventricule ne provoque plus la glycosurie — mort fonctionnelle des cellules — et pour la même raison, on observe chez eux de la glycosurie alimentaire.

ARRÊT DES POISONS (2)

La perte de la fonction glycogénique du foie s'accompagne d'un autre mode d'insuffisance hépatique sur lequel M. Bouchard et ses élèves ont appelé l'attention. Elle consiste dans ce fait que le foie a perdu en même temps la propriété d'arrêter ou de détruire les poisons normaux de l'organisme et en particulier ceux qui proviennent des putréfactions intestinales. Il en résulte des troubles variés d'auto-intoxication, et du côté du rein, l'*hypertoxicité des urines* d'abord, et plus tard, si la lésion hépatique tend à subsister, des lésions d'irritation du filtre rénal, suivies naturellement de troubles parallèles dans l'excrétion dépurative du sang, aboutissant en fin de compte à des phénomènes d'accumulation toxique dont le mécanisme est celui de l'urémie. C'est donc là, pour ainsi dire, la troisième étape de la maladie qui a causé d'abord la lésion du foie ; celle-ci la lésion du rein, celle-ci enfin les phénomènes toxiques terminaux qui peuvent accélérer ou amener la mort. Voilà donc, dégagée de toute influence autre pouvant agir dans le même sens, encore une preuve de l'enchaînement pathologique qui crée la maladie, et de l'influence d'un trouble de nos organes sur le fonctionnement des autres !

Roger dans sa thèse (1888) a bien étudié ces rapports de la glycosurie alimentaire avec l'hypertoxicité des urines. A vrai dire, il semblerait acquis que ces deux symptômes ne vont pas l'un sans l'autre. Or, il n'en est rien. En premier lieu il existe des cas où l'hypertoxicité des urines d'origine hépatique ne s'accompagne pas de glycosurie alimentaire. Ces faits, en apparence contradictoires, s'expliquent quand on se reporte à ce que nous avons dit plus haut des causes qui font de la glycosurie alimentaire un symptôme variable et inconstant, et dont l'existence ne dépend pas seulement d'influences hépatiques.

Plus difficiles à expliquer sont les cas où la glycosurie alimentaire existe sans hypertoxicité urinaire ou avec une hypertoxicité faible. Ces faits sont dus vraisemblablement à des variations individuelles dans la somme des poisons fabriqués par l'organisme dans l'unité de temps ; à la nature de l'alimentation, ou à des causes de rétention des poisons dans les tissus et de non-élimination par le rein, causes que nous ignorons. Ce qui établit le bien fondé de cette hypothèse, c'est que dans ce cas, ainsi que bon nombre d'observateurs l'ont montré, il existe à un certain moment, sous forme de crise terminale, une phase d'hypertoxicité urinaire qui s'accompagne également très souvent d'azoturie et de polyurie. Il est vraisemblable, nous le répétons, que le rein joue, par son imperméabilité passagère sous l'influence morbide, un rôle dans ces phénomènes, et que le retour à la convalescence soit signalé par la réapparition réactionnelle des fonctions *hépatiques*, — azoturie, — et *rénales*, polyurie, hypertoxicité des urines.

Ces choses étant connues, et en dehors des influences infectieuses ou toxiques qui peuvent les provoquer en agissant sur l'intégrité de la cellule hépatique, est-il permis de supposer que des perturbations nerveuses, que des troubles circulatoires congestifs puissent y conduire par un simple trouble dynamique et fonctionnel ? L'hypothèse n'a rien d'irréalisable en soi, elle a pour elle des faits bien connus en physiologie expérimentale, démontrant l'influence des troubles circulatoires et nerveux sur les fonctions de la cellule hépatique (1).

Ne peut-on de même penser que certains foies y sont *congénitalement* prédisposés de préférence à d'autres, leurs fonctions se trouvant ainsi *au-dessous* de leur tâche lors de perturbations, incapables d'amener chez un autre sujet des troubles du même genre ? Ce fait, s'il était démontré, expliquerait bien des variations de résistance contre une même infection chez des sujets différents ; il mériterait une place toute particulière dans les conditions multiples qui créent l'*immunité* ou non dans une race ou dans une espèce. Cette insuffisance congénitale du foie a été d'ailleurs signalée à un autre point de vue par M. Bouchard chez des malades *peptonuriques* chez qui on ne pouvait constater qu'une hypertrophie du foie, sans autre tare pathologique (Charrin, *Sem. méd.*, 1894, p. 73).

Quoi qu'il en soit, on admet en effet qu'en dehors de toute lésion hépatique, ces troubles puissent se montrer fonctionnellement, par exemple sous l'influence de l'élévation de température seule dans les états fébriles. Malheureusement, il est très difficile dans ces cas de faire la part qui revient d'un côté à la température, et de l'autre à l'action des poisons microbiens sur la cellule, sur les vaisseaux, sur les nerfs. Les recherches de Siredey n'ont-elles pas montré la précocité des lésions cellulaires hépatiques dans les infections ?

Et en réalité, la perte des fonctions protectrices du foie contre les poisons se rencontre précisément dans les maladies qui atteignent la cellule hépatique et que nous avons passées en revue à propos de la glycosurie alimentaire. Nous n'y reviendrons pas.

Nous insisterons cependant sur l'importance toute particulière que cette perte de fonctions acquiert dans les infections gastro-intestinales, et en particulier dans celles de l'enfant. Quel que soit le microbe en jeu, quelle que

(1) Voir Massé, Recherches sur l'excrétion urinaire après les accès de fièvre intermittente. *Revue de médecine*, 1888. — Voir également les *Archives cliniques de Bordeaux*, 1894, n° 11, citées plus loin en note.

(2) Voir thèse de M. Fiévet. Lille, 1893. Le volume de M. Roger. *Encyclopédie Léauté.*

(1) Voir en particulier les travaux de MM. Dastre, Arthus, Arthaud, Butte. *Arch. de physiol.*, 1889, 1891. La thèse de Maginelle, Lyon, 1893, les travaux de Strasser, de Guinon, *Arch. de neurologie*, 1892. M. Marat et Dufour. *Arch de physiologie*, 1894. Les C. R. de la *Société de biologie*.

soit la nature des fermentations anormales dont l'intestin est le siège, un fait subsiste, c'est la formation en excès dans la cavité intestinale de poisons dont la résorption entraîne des accidents généraux et la mort : poisons microbiens, poisons provenant de fermentations anormales, putrides ou autres, acides ou alcalines, l'alcalinité est dans ces cas le plus souvent due à des produits ammoniacaux. On peut dire que dans ces cas l'intégrité du foie est la sauvegarde de l'organisme : la maladie est dans l'intestin et son pronostic est au foie. L'insuffisance aiguë du foie peut amener la mort rapide, et dans ces cas, ainsi que l'autopsie le montre, ce n'est pas dans les tuniques de l'intestin, c'est dans le foie que sont les lésions ; lésions précisément produites, dans le cas particulier, par les poisons que cet organe doit détruire. Il n'y a donc pas seulement *insuffisance hépatique relative* par excès de poison, mais bien *insuffisance absolue*, par perte des fonctions cellulaires du foie, conséquence des lésions qu'on y rencontre.

Mais il y a plus. Il semble que dans les troubles cachectiques qui suivent les désordres intestinaux de l'enfance, et qu'on a dénommés à tort athrepsie (α privatif ; θρεπσις nourriture), la maladie n'est plus intestinale, mais hépatique. Parrot et A. Robin ont trouvé dans le tiers des cas de ce genre la glycosurie alimentaire chez les athrepsiques, et M. Landouzy a insisté sur l'importance des lésions hépatiques et rénales. Cette conception, qui rattacherait l'athrepsie non uniquement à des troubles digestifs prolongés, mais en ferait un chapitre des insuffisances hépatiques, est séduisante. Elle expliquerait cette anomalie qui consiste à voir certains athrepsiques, jamais rassasiés, manger gloutonnement, digérer passablement, et cependant malgré cette hyperalimentation tomber dans la cachexie et mourir dans le marasme.

Cette importance du foie dans la résistance de l'organisme aux infections d'origine intestinale, a plus qu'une portée théorique et pronostique. La thérapeutique doit en faire son profit, et éliminer dans le traitement de ces maladies toutes les substances, employées à titre d'antiseptiques intestinaux, qui peuvent avoir une action nocive ou suspensive sur le foie.

***

Nous pouvons maintenant jeter un coup d'œil d'ensemble sur les conséquences de l'insuffisance hépatique, montrer les troubles d'assimilation et les multiples sources d'auto-intoxication qui en sont la suite, et esquisser les symptômes subjectifs qui peuvent être attribués à celle-ci. Cette étude est loin d'ailleurs d'avoir dit son dernier mot.

Les troubles dans les fonctions d'assimilation et de désassimilation dont le foie est le siège, se résument :

Dans la mauvaise élaboration des substances alimentaires de déchet, d'où la diminution de l'urée, l'augmentation de l'acide urique, la production d'albumines mal définies, de corps sulfurés, dans lesquelles le soufre est suffisamment oxydé, de substances extractives en quantité anormale, des sels ammoniacaux, de l'acide lactique (*Exp. de Minskowski sur les oies*), qui se présentent à l'émonctoire rénal et qui sont éliminées en nature, d'où une albuminurie d'origine hépatique, et un certain degré d'hypertoxicité urinaire, d'où, dans certains cas, une irritation du rein et la possibilité d'une néphrite toxique avec albuminurie vraie, d'origine rénale (voy. Charrin, Influence des maladies du foie sur les maladies du rein, *Sem. méd.*, 14 février 1894).

Dans une mauvaise élaboration de matières alimentaires de nutrition : le sucre alimentaire, les graisses, les peptones passent en nature dans le sang et dans les urines. Comme corollaire de cette propriété perdue, la fonction glycogénique disparaît, et, dans l'hypothèse de Seegen, les substances albuminoïdes et les graisses ne subissent plus la transformation dont le sucre est un des éléments.

Dans la perte du pouvoir destructeur des poisons organiques ou intestinaux, ceux-ci — ptomaïnes, alcaloïdes, produits putrides, sels ammoniacaux à base d'acide carbonique ou organique — passent dans le sang, déterminent des accidents variés d'auto intoxication, et concourent par leur élimination par le rein, si celle-ci se fait bien, à l'hypertoxicité des urines (1).

Lorsqu'à ces désordres se joignent les troubles de la sécrétion biliaire, on a une autre source d'intoxication : élaboration vicieuse et incomplète des matières pigmentaires de déchet, urobilinurie, présence de pigments biliaires ammoniacaux dans le sang et dans les urines ; action toxique des sels, des matières colorantes, biliaires, mise en liberté de la potasse de nos tissus : tous éléments qui concourent encore à l'auto-intoxication et à l'hypertoxicité des urines (2).

Celle-ci n'est d'ailleurs qu'un symptôme révélateur contingent de l'insuffisance hépatique, et dépend du degré de perméabilité du filtre rénal.

On comprend très bien que tous ces phénomènes se traduisent par des symptômes d'intoxication, qui compliquent singulièrement la physionomie clinique de l'infection primitive, et lui ajoutent bien des accidents. La courbature, la céphalée, le malaise général, les phénomènes cérébraux, le délire, les phénomènes typhiques même ont été attribués à l'insuffisance hépatique : et de fait, dans les maladies à crise hépatique terminale, — ictère bénin, — on relève (Roger) la cessation des symptômes nerveux pénibles au moment où les fonctions hépatiques se réveillent.

Mais ce n'est pas tout. Voici qu'on signale la coexistence de l'insuffisance hépatique et de certains troubles mentaux (1), ceux-ci apparaissant alors comme des accidents d'auto-intoxication. M. Charrin (*Soc. de biologie*, 30 juillet 1892) en rapporte au moins deux observations. M. Klippel (*Arch. gén. de méd.*, août 1892) et y revient dernièrement (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1894) à propos des délires alcooliques, leur consacre un long travail. Il montre la fréquence des symptômes révélateurs de l'insuffisance hépatique aussi bien chez les vésaniques que dans les délires toxiques, le délire alcoolique, par exemple, où ces symptômes existent en dehors de tout signe classique de cirrhose.

Il décrit une variété de délire hépatique, qu'on peut, dit-il, rapprocher des délires d'origine rénale ou gastrique.

Ces conceptions, qui semblent serrer de près les faits observés, sont séduisantes et consolantes. Elles sont fécondes, en effet, pour le thérapeute, et nous ne devons pas oublier que la thérapeutique est le but suprême de la médecine. Sans doute, nos moyens d'action directs sont limités, mais si nous ne pouvons agir directement sur l'état de torpeur des cellules hépatiques, du moins

(1) Au moment où je corrigeais les épreuves de cette revue, j'ai pris connaissance d'un travail de MM. Cassaet et Maucour dans les *Archives cliniques de Bordeaux*, 1894, n° 11. Ces observateurs ont recherché les signes de l'insuffisance hépatique dans plusieurs infections. Les résultats auxquels ils sont arrivés sont intéressants :

Embarras gastrique, 4 cas : *G.* Glycosurie alimentaire, 3 fois ; *B.* Augmentation des sels biliaires, 4 fois ; *U.* Diminuée, 4 fois.

Rhumatisme articulaire aigu, 3 cas : *Gl.* 1 cas ; *B.* 3 cas.

Impaludisme, 6 cas : *Gl.* 6 cas ; *B.* 6 cas ; *U.* 6 cas.

Tuberculeux avec foie sain : *Gl.* 0 ; *U.* Tous.

Avec dyspepsie : *Gl.* Tous ; *B.* Tous ; *U.* Tous.

Alcooliques. Tous.

(1) Voir *Congrès de la Rochelle*, 1893.

pouvons-nous, par une hygiène appropriée, mettre leur fonctionnement actuel au niveau de leur santé.

A. Diminuer les chances d'auto-intoxication par une alimentation convenable;

B. Empêcher les putréfactions intestinales, et l'absorption des poisons formés.

C. Diminuer les matériaux de déchet rapportés par le sang.

D. Favoriser l'excrétion rénale :

Telles sont les indications rationnelles à tirer de la connaissance des faits que nous venons d'étudier, et qui se trouvent, dans leurs grandes lignes, conformes aux données de la médecine traditionnelle.

Ces indications sont remplies :

A. Par la diète (1) ancienne, à laquelle on a substitué le régime lacté. Charrin et Roger ont montré que celui-ci diminuait dans de sensibles proportions la toxicité urinaire; de plus, il agit comme diurétique.

B. Par les antiseptiques intestinaux, les purgatifs, les médicaments comme l'eau de chaux qui forment avec les alcaloïdes des précipités calciques insolubles.

C. Par le repos physique et moral.

D. Par les boissons abondantes, — les tisanes des anciennes pharmacopées, — par le régime lacté.

L'insuffisance rénale est certainement l'accident le plus grave qui puisse arriver dans le cours de l'insuffisance hépatique, elle est le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, et elle entraîne un pronostic des plus graves. Nous avons suffisamment montré les relations pathogéniques qui unissent les troubles du rein à ceux du foie, pour n'y plus revenir ici.

H. BARBIER.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la résection à froid de l'appendice vermiculaire dans les appendicites chroniques à rechutes (6 opérations, 6 guérisons), par le professeur A. PONCET (2).

L'appendicite, trop connue encore sous le nom de typhlite, de pérityphlite, puisque ces premières dénominations entraînent une idée anatomo-pathologique fausse et par cela même préjudiciable au traitement qui doit être essentiellement chirurgical, se présente cliniquement sous des formes qui sont de jour en jour mieux connues.

Cependant, malgré les progrès réalisés au point de vue du siège de l'affection, de la pathogénie, de la marche des appendicites, beaucoup de points restent encore à élucider. L'accord surtout est loin d'être fait relativement à la conduite à tenir.

En présence d'une appendicite aiguë, faut-il, comme les chirurgiens américains nous l'ont plus particulièrement appris, intervenir d'emblée, dans les premiers jours qui suivent l'explosion des accidents, ou doit-on comptant sur l'issue généralement favorable de la maladie et cela après un temps parfois fort long, généralement traversé par des péripéties diverses, temporiser, attendre de nouvelles indications plus pressantes d'une intervention sanglante?

Je ne veux point ici envisager cette grosse question qui divise non seulement les médecins et les chirurgiens, mais les chirurgiens eux-mêmes. Je tiens à dire cependant, m'appuyant sur 56 laparotomies iliaques que j'ai faites ou qui ont été pratiquées dans mon service (Jaboulay) pour des accidents appendiculaires, que je suis partisan d'une intervention précoce. En présence de l'incertitude du pronostic, même dans les cas qui paraissent les plus simples, et de l'innocuité d'une laparotomie iliaque faite aseptiquement, je n'hésite pas à recourir à l'incision, lorsque ma responsabilité est seule engagée. Cette opération doit être considérée comme innocente.

Arrivé, en effet, sur le foyer infectieux qu'il est d'autant plus nécessaire d'ouvrir hâtivement qu'il est plus profond et en contact immédiat avec le péritoine, le chirurgien s'en tiendra souvent à ce débridement des plus utiles, car il est bien entendu que la résection de l'appendice ne sera pratiquée qu'autant que les recherches de cet organe ne seront pas dangereuses.

Dans cette note, comme l'indique le titre de ma communication : *De la résection à froid de l'appendice, dans les appendicites à rechutes*, je ne m'occuperai que de cette dernière variété d'appendicite, pour laquelle je suis intervenu 6 fois et qui m'a donné 6 guérisons rapides et définitives.

Voici les faits tels que nous les avons observés et les quelques considérations qu'ils m'ont suggérées.

OBSERVATION I. — *Appendicite chronique à rechutes avec rétrécissement d'un point de l'appendice et dilatation ampullosée sous-jacente* (3 *attaques*). *Pas de tumeur, pas d'adhérences; pas de corps étranger intra-appendiculaire. Résection à froid de l'appendice flottant. Guérison.*

Mlle L..., âgée de 15 ans, s'est toujours très bien portée jusqu'aux premiers jours de novembre 1893.

A cette époque elle présenta, sans cause appréciable, tous les signes d'une appendicite aiguë grave : orage péritonéal intense, vomissements répétés, fièvre, etc. Traitement médical, guérison apparente.

A la fin de décembre de la même année, rechute rappelant par ses symptômes un peu moins graves, m'a-t-on dit, la première attaque; puis nouvelle accalmie laissant supposer une guérison définitive, lorsque, dans les derniers jours de janvier 1894, survint une troisième crise comparable aux deux précédentes.

Lorsque j'examinai cette jeune fille, le 15 février, son état général était bon, mais elle était un peu pâle, amaigrie, elle accusait quelques troubles digestifs et se plaignait d'éprouver de temps à autre de la douleur dans le ventre, au niveau de la fosse iliaque droite.

L'exploration locale ne révélait pas grande particularité, *il n'existait pas de tumeur appréciable*, mais il me sembla percevoir, comme quelques jours plus tard sous l'éthérisation, avant l'opération, une sorte de tube allongé, du volume d'une grosse plume d'oie. Cette sensation était perçue immédiatement au-dessus de l'arcade crurale; à ce niveau la pression était douloureuse.

Opération sous l'éther le 25 février 1894 avec l'assistance de MM. les Drs Curtillet et Lagoutte. — Laparotomie iliaque suivant le procédé de Roux. (Incision d'emblée de 9 à 10 centimètres située à 12 à 15 millimètres au-dessus de l'arcade à laquelle elle est parallèle; le milieu de l'incision répond à l'épine iliaque antéro-supérieure.) L'index droit introduit dans la boutonnière péritonéale ne trouve ni tumeur ni adhérences.

J'attirai alors complètement au dehors le cæcum qui est reçu sur des serviettes stérilisées garnissant le pourtour de la plaie. L'appendice est ainsi amené facilement entre les lèvres de la boutonnière, on le maintient dans cette situation, tandis que le cæcum est réintégré dans la cavité abdominale. Pendant ces manœuvres, une cuillerée à café environ de liquide séreux s'écoule au dehors.

Des tampons stérilisés assurent l'occlusion de la plaie abdominale, l'appendice très manifestement malade et que l'on a complètement sous les yeux et sous les doigts est réséqué à 8 ou 10 millimètres au-dessous de son embouchure cæcale. Une ligature au catgut suffisamment serrée pour assurer l'occlusion de l'appendice avait été préalablement jetée sur lui

(1) La diète diminue le glycogène par absence de matériaux.

(2) Communication à l'Académie de médecine, le 13 novembre 1894.

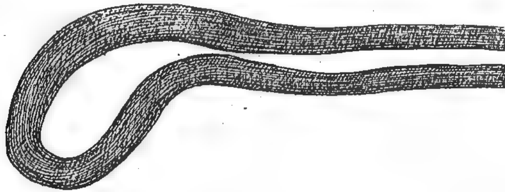
immédiatement au-dessous du cæcum et une pince hémostatique appliquée dans le même but au-dessous de l'endroit où devait être pratiquée l'excision.

Légère cautérisation, avec une aiguille de bas rougie au feu, du conduit appendiculaire restant; occlusion de son orifice par deux sutures de Lembert avec catgut fin; application d'une couche légère d'iodoforme sur le moignon appendiculaire.

Sutures profondes en étage de la séreuse et des muscles. Sutures métalliques des bords cutanés. Pas de drainage.

Suites opératoires très simples. La malade, qui avait été opérée le 25 février, quitta la maison de santé complètement guérie le 8 mars. Depuis lors, cette jeune fille, dont j'ai eu fréquemment des nouvelles, jouit d'une santé parfaite; elle a repris sa vie habituelle, elle n'éprouve ni douleur, ni malaise d'aucun genre dans la région opérée. Pas d'éventration.

Examen de l'appendice. — L'appendice enlevé, qui semblait mesurer, en place, 10 à 12 centim., n'a plus dans les doigts que 8 à 9 centim. par suite du retrait de ses tuniques. D'apparence rigide, d'une coloration gris rosée, il présente deux portions très distinctes. Dans son tiers inférieur, il est ovoïde, renflé en battant de cloche sur une longueur de 0,025



à 0,030 millim., l'extrémité distendue a sensiblement le volume du petit doigt. Dans le reste de son étendue, l'appendice est cylindrique, du volume d'une grosse plume d'oie. Un petit stylet introduit par l'extrémité appendiculaire est arrêté au niveau de la dilatation ampullaire. Il existe en ce point un rétrécissement annulaire très étroit, fibroïde, tout à fait comparable à un rétrécissement annulaire de l'urèthre. La muqueuse qui le recouvre est saine, tout au moins elle a les mêmes caractères que la muqueuse voisine.

A l'incision de l'ampoule il s'écoula une cuillère à café d'un pus épais, filant. *Nulle part de corps étranger : boulette stercorale ou autre.* Les parois appendiculaires sont épaissies, surtout au niveau de la dilatation; elles mesurent 3 à 4 millim. environ. La muqueuse, d'un rouge framboisé, est parsemée de petits foyers hémorrhagiques.

Obs. II. — *Appendicite chronique à rechutes simulant une coxalgie. Une première attaque remontant à trois mois, depuis lors poussées douloureuses, douleur permanente plus ou moins vive, entraînant de la claudication du membre inférieur correspondant. Pas de tumeur, pas d'adhérences appendiculaires. Petite concrétion stercorale occupant l'extrémité de l'appendice dilaté. Résection à froid de l'appendice flottant. Guérison.*

Mlle C..., âgée de 12 ans, m'est envoyée le 26 février 1894, avec le diagnostic de coxalgie.

Il s'agit d'une fillette d'aspect malingre. Elle est pâle, amaigrie, sans entrain. En dehors d'une claudication droite qui paraissait avoir, avant tout, préoccupé son médecin, elle est atteinte, me dit sa mère, de troubles gastro-intestinaux, d'inappétence, de constipation, de céphalée, etc.

Le début des accidents date du 8 décembre 1893. Après un refroidissement, l'enfant étant restée, le même jour, exposée à la pluie pendant deux heures, elle ressentit une douleur vive dans la fosse iliaque droite. Il n'y eut pas de réaction locale appréciable et, après quelques jours au lit, l'enfant parut devoir reprendre sa vie ordinaire.

Elle continuait cependant de souffrir dans la fosse iliaque droite. Certains mouvements, la pression à ce niveau provoquaient de la douleur, elle boitait et sa nutrition générale devenait chaque jour plus mauvaise.

A diverses reprises, il y avait eu, d'autre part, des poussées douloureuses, plus ou moins comparables à la première manifestation appendiculaire.

J'examinai cette malade le 26 février dernier. L'articulation de la hanche était indemne, l'exploration méthodique de la fosse iliaque à ce moment, et plus tard, sous l'éthérisation, ne me révéla rien de pathologique, mais la pression au-dessus de l'arcade crurale provoquait une douleur vive.

Opération le 10 mars 1894, avec l'assistance de MM. les Drs Curtillet, Tellier et Lagoutte.

Laparotomie iliaque. — Même procédé, même technique que dans l'observation I. Le cæcum amené au dehors, entraîne l'appendice qui est flottant, sans aucune adhérence; pas de signe d'épiploïte, de péritonite.

L'appendice mesure de 14 à 15 cent.; il ressemble à un gros lombric. Il est d'une coloration rosée, légèrement bleuâtre en quelques points, par transparence. Au toucher, il est dur, résistant, ses parois sont épaissies et au niveau de son extrémité, de forme conoïde, on sent, à la pression avec le pouce et l'index, une petite masse dure.

L'appendice enlevé offre tous les signes d'une appendicite pariétale; les tuniques sont épaissies; la muqueuse est rouge, boursouflée, avec un pointillé hémorrhagique en divers endroits. Au fond de l'extrémité appendiculaire se trouve une petite concrétion fécale, coquillisée, de la forme et à peine du volume d'un grain de blé. Cette boulette stercorale se brise assez facilement sous les doigts. Dans le reste de la cavité appendiculaire, liquide fécaloïde.



Opérée le 10 mars, la petite malade a quitté la maison de santé, le 23 mars, complètement guérie.

J'ai revu cette enfant trois fois depuis son opération. Deux mois après, elle était transformée, elle avait grandi de six centimètres, et augmenté en poids de 7 kilog.

Pas d'éventration. Aucun malaise local. Santé excellente depuis l'ablation de l'appendice.

Obs. III. — *Appendicite chronique à répétitions. Trois attaques à 2 ans d'intervalle chacune. Perforation ancienne de l'appendice dans un gâteau d'épiploïte et d'adhérences. Pas de corps étranger. Résection à froid de l'appendice emprisonné dans une masse indurée, adhérente au péritoine pariétal. Guérison.*

A. V..., cordonnier, âgé de 19 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans mon service (Saint-Philippe, n° 18), le 17 mai 1894.

L'histoire de ce malade est caractéristique.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, il avait été très bien portant, puis il tomba brusquement malade et fit, en 1890, un premier séjour à l'hôpital dans le service de mon collègue, le prof. Lépine. Il y fut soigné pour une pérityphlite.

En mars 1892, deuxième séjour à l'hôpital de la Croix-Rousse (service du Dr Garel) pour les mêmes accidents. Il y resta un mois. Au début, dit-il, de cette seconde attaque, sa maladie ressemblait à une fièvre typhoïde.

En avril 1894, troisième séjour à l'hôpital Saint-Pothin, dans le service du Dr Lannois, qui voulut bien l'envoyer dans le service de la clinique après avoir diagnostiqué une appendicite à répétitions, et, par cela même, justiciable d'une intervention. Les accidents étaient encore les mêmes que précédemment, ils exigèrent un repos au lit d'un mois.

A l'examen du malade, dont l'état général était satisfaisant, je constatai, au-dessus de l'arcade crurale droite, une petite tuméfaction profonde, allongée, du volume d'une amande. La pression à son niveau était douloureuse.

Entre ses crises appendiculaires, le malade se portait bien, il exécutait sa profession de cordonnier sans fatigue, mais il lui arrivait fréquemment d'avoir des pesanteurs d'estomac, des régurgitations immédiatement après ses repas, etc., il restait 4 à 5 jours sans aller à la selle.

Opération le 24 mai 1894. — Le malade éthérisé, on sent au-dessus de l'arcade crurale une petite tumeur dure, ovoïde, des dimensions d'une amande.

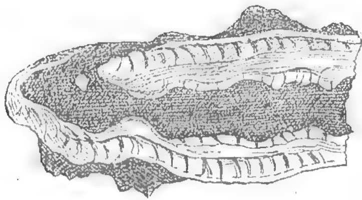
Laparotomie iliaque. — La paroi abdominale incisée, on aperçoit le cæcum qui contient quelques matières fécales. On ne peut par de légères tractions l'amener au dehors, il est fixé par la tumeur que le doigt contourne et qui est très adhérente au péritoine pariétal (comme dans les deux observations précédentes, signes de typhlite, de pérityphlite).

Agrandissement de la plaie par en bas. Avec l'extrémité de l'index, mobilisation, non sans peine, de la tumeur qui est dure, intra-péritonéale et qui forme un gâteau inflammatoire constitué à première vue par l'appendice et l'épiploon. Cette masse est amenée au dehors avec le cæcum. En la dilacérant avec douceur, à l'aide des doigts, on met au jour de petits abcès miliaires. On libère ainsi l'épiploon très adhérent et on aperçoit la portion de l'appendice la plus voisine du cæcum. L'appendice est dégagé des tissus enflammés, indurés qui l'enserrent. Libéré, il mesure tout au plus 25 à 30 millimètres de longueur. Pas traces de corps étrangers.

Résection : quatre ligatures, avec catgut, des franges épiploïques détachées. Suture en surjet à triple étage. Pas de drainage.

Le malade a quitté l'Hôtel-Dieu, le 13 juin 1894. Revu depuis, il est guéri sans éventration.

L'examen de l'appendice enlevé, pratiqué par mon chef de laboratoire, le docteur Dor, a révélé les particularités suivantes : la paroi musculaire est saine, elle est doublée d'une séreuse épaissie à laquelle adhère un tissu fibro-graisseux épiploïque. On trouve dans ce tissu deux ou trois petits ganglions du volume d'un pois qui présentent à la coupe de granulations blanchâtres, crémeuses, qui sont de petits abcès miliaires. La muqueuse de l'appendice est vascularisée et injectée. A 3 ou 4 millimètres de son extrémité se voit une perforation également de 3 à 4 millimètres de diamètre, de forme ovalaire, à bords épais, en bourrelets fongueux, vascularisés, se continuant en dedans avec la muqueuse dont le sphacèle est peu étendu et en dehors s'arrêtant sur la tranche de l'orifice, comme un ectropion de la muqueuse.



Obs. IV. — *Appendicite chronique à rechutes, datant de six ans. Quatre rechutes dans l'espace de quinze mois, trois ans et demi après la première attaque. Petite tumeur adhérente. Perforation ancienne de l'appendice. Perforation cicatrisée. Pas de corps étranger. Résection à froid. Guérison.*

J. M., ébéniste, âgé de 18 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu, dans mon service (salle Martin, 1), le 27 juin 1894. Il m'est envoyé par les Drs Féa et Vernay qui lui ont donné, à diverses reprises, des soins pour des accidents appendiculaires graves. Son histoire est non moins topique que celle du malade précédent.

La première attaque d'appendicite remonte à six ans, l'état du malade fut alarmant, mais il se rétablit complètement (Dr Féa).

Deuxième attaque au mois de janvier 1893. Tumeur dans la fosse iliaque droite. Vomissements continus pendant plusieurs jours. Temp. rect. au-dessus de 40°. Guérison apparente (Dr Vernay).

Troisième attaque au mois d'octobre 1893. Tumeur dans la fosse iliaque droite, très douloureuse. Vomissements, etc., retour à la santé.

Quatrième attaque le 15 janvier 1894. Douleur dans la même région. Vomissements, etc.

Cinquième attaque le 30 avril 1894. D'après le Dr Vernay qui donna des soins au malade, à chacune de ses rechutes, il constata chaque fois les signes d'une pérityphlite aiguë, avec une intensité légèrement décroissante des phénomènes locaux et généraux.

Lorsque j'examinai ce jeune homme le 18 juin 1894, son état de santé était meilleur. Je trouvai avec peine dans la fosse iliaque un noyau induré, du volume d'une petite amande, cette induration profonde était presque indolente.

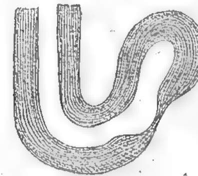
Opération le 3 juillet 1894. Laparotomie iliaque. Même technique que dans les opérations précédentes. Adhérences intimes de la masse indurée avec le péritoine pariétal, décollement laborieux avec les doigts, mais, somme toute, assez facile. L'appendice est noyé au milieu d'adhérences épaisses. Ablation. Réunion. Guérison par première intention, comme les autres opérés.

Le malade quitte l'Hôtel-Dieu guéri, le 22 juillet 1894.

Depuis l'opération, son état de santé est parfait, aucun malaise local, pas d'éventration.

L'examen de l'appendice a été fait par M. le Dr Dor, qui m'a remis la note suivante :

L'appendice enlevé mesure 2 cm. 1/2 de longueur et 5 à 6 millimètres d'épaisseur. Il est déformé, recourbé sur lui-même comme une apophyse coracoïde.



A la coupe on constate que la lumière centrale est un peu dilatée et qu'elle renferme une matière mucilagineuse. Pas de corps étrangers. La muqueuse est lisse sur une partie de son étendue, mais au milieu il existe une dépression de quelques millimètres. Cette dépression correspond à une dépression externe, de sorte qu'on a l'impression très nette qu'il a dû exister une perforation à ce niveau ; la paroi, qui a au moins 4 millimètres d'épaisseur dans le reste de l'appendice, n'a ici qu'un millimètre environ.

A l'examen microscopique on constate les lésions suivantes en allant de dedans en dehors : Les glandes sont un peu dilatées et renferment quelques cellules à leur intérieur. Tout autour d'elles le tissu est infiltré de nombreuses cellules jeunes.

Dans l'espace de 4 à 5 millimètres on trouve environ 6 ou 7 follicules clos atteints tous d'une dégénérescence telle que le carmin ne colore aucune cellule à leur intérieur. Les tuniques musculaires longitudinale et transversale sont complètement bouleversées, on ne peut saisir qu'avec peine l'orientation générale des fibres ; entre les faisceaux qui s'entre-croisent en tous sens, se trouvent de nombreuses cellules embryonnaires. Les vaisseaux sont tous atteints d'une endartérite très accentuée.

Enfin la tunique séreuse est épaissie notablement et contient beaucoup de vaisseaux.

Au niveau même du point où a dû se faire la perforation il n'existe plus ni glandes, ni follicules clos, ni cellules musculaires, il n'y a qu'un tissu cicatriciel infiltré. Tout autour on voit encore dans les tuniques musculaires des traces d'anciens abcès. Nulle part on ne trouve de cellules géantes ni de follicules tuberculeux.

Enfin, notons encore entre la muqueuse et la musculeuse l'existence dans les mailles du tissu conjonctif de cristaux d'acides gras en forme de disques striés par des rayons partant du centre.

A côté de ces quatre observations qui datent de neuf et de quatre mois méritent de prendre place deux observations similaires de résection à froid de l'appendice pour appendicite chronique à répétitions. Ces dernières remontent à plusieurs années. Elles sont consignées dans un mémoire sur les appendicites, paru en 1892 dans la *Revue de chirurgie* (*27 observations d'appendicites.* A. Poncet et Jaboulay). Je transcris ici ces deux faits.

Obs. V. — *Appendicite chronique avec poussées douloureuses. Résection. Guérison.* (*Poncet et Jaboulay*). — Appendicite chronique sèche observée chez un homme de 45 ans, qui souffrait depuis deux mois et demi de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. Elles avaient débuté brusquement. Depuis ce temps, il avait conservé des troubles digestifs, si bien qu'en tenant compte de l'amaigrissement considérable qui était sur-

venu et du facies terreux du malade, on pouvait songer à un néoplasme, d'autant plus que la tumeur, quoique arrondie dans sa forme générale, présentait des prolongements. Les anamnestiques seuls pouvaient fixer le diagnostic. Une incision au dessus de l'arcade crurale permet d'arriver sur une masse formée par des adhérences entre l'épiploon, une anse d'intestin grêle et le sommet de l'appendice, qui est retourné en haut et en avant. On sépare les adhérences et on résèque l'appendice. Il est hypertrophié et contient un calcul de la forme et de la grosseur d'un grain de blé. Il n'y a pas de pus. Guérison en trois semaines. (*Rev. de chir.*, 1892.)

Obs. VI. — *Appendicite chronique avec cinq rechutes. Résection à froid. Guérison.* (*A. Poncet et Jaboulay.*) — Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui en était à sa cinquième rechute d'appendicite six mois après le début de sa maladie. Elle était pâle, presque cachectique, condamnée à un repos absolu au lit. On constatait une tumeur de la fosse iliaque droite. A l'incision, la paroi abdominale est très vasculaire, les artérioles dilatées saignent beaucoup. Après avoir rompu avec les doigts de nombreuses adhérences, on trouve l'appendice qui est contourné et fixé aux tissus voisins : il est excisé. Épaissi, il a la forme d'un battant de cloche. Dans sa lumière, se trouvent trois petit calculs intestinaux. La muqueuse est fongueuse et la séreuse très épaisse. La poche fut tamponnée avec la gaze iodoformée qui faisait compression hémostatique. Mais cette dernière fut laissée par inadvertance pendant trois semaines au contact du cæcum. Lorsqu'on la retira, on constata une ulcération circulaire de celui-ci, par où les matières s'écoulaient. Suture, séreuse à séreuse, de la portion inférieure du cæcum renversé de bas en haut sur l'orifice artificiel. Guérison quelques mois après. Embonpoint considérable. (*Rev. de chir.*, 1892.)

Dans ces six observations, où la proportion des cas est la même dans l'un et l'autre sexe (3 filles, 3 garçons), cinq fois il s'agissait de sujets au-dessous de 20 ans et une fois d'un homme de 45 ans.

Quant à la nature de l'appendicite, quoique l'affection méritât le nom d'appendicite à rechutes, à répétitions, et alors qu'il s'agissait bien d'une maladie chronique avec poussées successives, à des dates parfois très éloignées (3 attaques chacune à 2 ans d'intervalle, obs. III), elle n'a point été la même chez nos six malades.

Dans les observations I et II, je me suis trouvé en présence d'une appendicite chronique sans corps étrangers (1) essentiellement caractérisée par une inflammation interstitielle des parois de l'appendice. Chez la première malade, il existait un rétrécissement fibroïde, étroit, situé à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'organe qui, ainsi que dans l'observation II, était complètement libre dans l'excavation pelvienne, sans aucune adhérence et, par conséquent, sans tumeur appréciable.

Quatre fois l'appendicite était diagnostiquée à la palpation par une masse indurée, du volume d'une amande. La tumeur était constituée trois fois par des fausses membranes seules, une fois par des fausses membranes et des adhérences épiploïques.

Deux fois (obs. III et IV) il y avait eu perforation appendiculaire, très probablement au milieu des fausses membranes.

L'organe déformé, notablement diminué de longueur (il ne mesurait plus que 0,025 à 0,030 dans les deux cas), à parois épaisses, était le siège d'une perforation cicatrisée (obs. IV), comme l'a établi l'examen histologique. Dans l'observation III, la perforation était des plus nettes.

Elle avait dû se produire au milieu des fausses membranes ambiantes. On ne trouvait cependant, au milieu d'elles, aucune trace de corps étranger.

Enfin, dans les deux derniers cas, l'appendicite à rechutes était de forme calculeuse.

Des concrétions stercorales pouvant jouer le rôle de bouchon, d'obturateur, se rencontraient dans ces deux appendices enflammés.

Le mécanisme des rechutes ne saurait donc être le même (1). Le plus souvent, la rechute nous paraît devoir s'expliquer par des poussées inflammatoires dans un foyer infectieux mal éteint.

Ces poussées surviennent sous l'influence de causes occasionnelles plus ou moins nettement appréciables.

En dehors des dangers de mort auxquels elles exposent les appendiculaires, elles prolongent pendant des mois, pendant des années une situation pleine d'aléa contre laquelle un traitement médical est impuissant. Il ne peut avoir, seul, une action vraiment curative.

Dans les appendicites à rechutes il faut donc recourir à une laparotomie. Comme Trèves l'a conseillé, on doit pratiquer l'opération à froid, entre deux crises, ce qui ne signifie pas le moins du monde qu'il ne faut pas opérer en pleine rechute (en attendant on courrait le risque de voir succomber le malade), mais seulement que, lorsqu'un appendiculaire est guéri d'une crise, on ne doit pas attendre la suivante. C'est là, tout au moins, la conduite que je crois la plus sage.

La résection de l'appendice est l'opération de choix. Lorsqu'il n'existe pas (appendices flottants) ou peu d'adhésion, elle est d'une grande simplicité d'exécution par la laparotomie iliaque qui est également le procédé de choix. Les adhésions sont-elles intestinales, vasculaires, etc., très résistantes, en un mot, y a-t-il danger à rechercher l'appendice et à vouloir l'enlever, le mieux est de s'en tenir à l'incision avec drainage, avec tamponnement à la gaze iodoformée, etc.

Ce serait une grave erreur de supposer que, dans toute laparotomie iliaque pour ancien phlegmon appendiculaire, si l'on veut obtenir la guérison, on doit nécessairement enlever l'appendice. J'ai vu chez plusieurs malades l'incision iliaque suivie seulement de la rupture des adhérences, amener la disparition des accidents et une guérison définitive alors précisément que l'ablation de l'appendice avait été jugée dangereuse, impossible. M. Quénu a publié une observation de ce genre des plus intéressantes. Appendicite à répétition. Intervention dans l'intervalle des crises. Libération du cæcum sans résection de l'appendice. Guérison. (*Mercredi médical*, n° 56, 1893.)

Chez nos six malades, la résection pouvant être exécutée aisément s'imposait.

Les six guérisons radicales obtenues témoignent en faveur de l'innocuité de la résection à froid de l'appendice dans les appendicites à rechutes, elles s'ajoutent à celles de Roux de Lausanne (*Congrès de chirurgie*, 1892), de Quenu, Reclus, Schwartz, Terrier, etc., communiquées pour la plupart à la Société de chirurgie.

(1) Relativement au mécanisme des accidents, on ne saurait, en effet, considérer comme tel le petit grain stercoral situé à l'extrémité de l'appendice dilaté (obs. II) dans le canal duquel il flottait librement.

(1) Lafforgue (Thèse de Lyon 1893 : Des tumeurs primitives de l'appendice vermiculaire) n'a-t-il dans ses recherches sur le cadavre, rencontré le plus souvent, des fèces dans la cavité de l'appendice (88 0/0) soit mélangées à du mucus (48/100), soit seules (40 0/0). Ces matières étaient de consistance variable, elles étaient parfois très fluides, tandis que dans d'autres appendices elles avaient presque la dureté de concrétions stercorales.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Etude d'une nouvelle mucédinée pyogène parasite de l'homme (variété de botrytis), par B. AUCHÉ et LE DANTEC (*Arch. de méd. expériment.*, novembre 1894 p. 853). — Les auteurs ont retiré de deux abcès, survenus chez un diabétique à la suite d'une lymphangite, une mucédinée qui existait à l'état de culture pure dans le pus blanchâtre, d'apparence colloïde. Cette mucédinée, qui, au moins dans les premières cultures, avait une prédilection très prononcée pour les milieux sucrés, est pathogène pour le lapin et susceptible de déterminer chez lui la formation de collections purulentes. Elle paraît se rattacher à une espèce inconnue jusqu'ici, appartenant au groupe des botrytis.

Du passage des substances étrangères à l'organisme à travers le placenta, par PORAK (*Arch. de méd. expériment.*, mars 1894, p. 192). — L'auteur a constaté, par des expériences sur des cobayes, que le placenta constitue pour le cuivre et surtout pour le mercure un véritable lieu d'accumulation élective; le plomb ne s'y fixe pas; il se rapproche du foie par son rôle de fixateur des poisons et du glycogène. Dans l'empoisonnement par le plomb et par le cuivre, l'accumulation du poison dans les tissus est plus grande chez les petits que chez la mère; le mercure, en raison de sa grande affinité pour le placenta, n'a pas été retrouvé dans le fœtus; l'arsenic, l'atropine et très probablement le phosphore traversent le placenta.

Les poisons s'accumulent fréquemment dans la peau du fœtus; cette localisation n'a probablement pas d'influence très marquée sur sa santé; mais l'accumulation dans le placenta et dans les centres nerveux explique la pathogénie de l'avortement, de la morti-natalité et de la polymortalité des jeunes.

Recherches sur l'étiologie et la pathogénie des angines aiguës non diphthéritiques, par A. VEILLON (*Arch. de méd. expériment.*, mars 1894, p. 161). — On trouve, dans la gorge des sujets atteints d'angines aiguës non diphthéritiques, des microbes pathogènes: le streptocoque pyogène virulent (22 fois sur 22), le pneumocoque plus ou moins virulent et plus rarement le staphylocoque pyogène. Les micro-organismes sont les mêmes dans les diverses angines, catarrhales, pseudo-membraneuses et phlegmoneuses. Les différences cliniques tiennent à la localisation du microbe pyogène sur la muqueuse, dans la muqueuse ou dans le tissu cellulaire sous-jacent, à la virulence du microbe et à la réceptivité du sujet. Le streptocoque des angines est identique au streptocoque pyogène ou de l'érysipèle et diffère du streptocoque de la salive avec lequel il a dû être souvent confondu. Il est possible que certaines angines soient dues exclusivement au pneumocoque ou à d'autres microbes, mais elles doivent être rares.

Action de quelques poisons du sang sur la rate, par PILLIET (*Arch. de médec. expériment.*, novembre 1894, p. 906). — L'action des toxiques sur la rate produit d'une part des lésions de la pulpe et des corpuscules qui manquent dans l'état sénile parce que alors les corpuscules sont atrophiés et les cellules de la pulpe dépourvues d'activité, d'autre part, dans les intoxications prolongées, des lésions aboutissant à l'usure fonctionnelle comme dans la sénilité. Les lésions du sang déterminent dans la rate des troubles qui se répercutent sur le sang lui-même et dont chacun n'est au fond que l'exagération d'un processus physiologique.

Parotidite à staphylocoques dans un cas de typhus exanthématique, par HAUSHALTER et ETIENNE (*Revue médicale de l'Est*, 1er octobre 1894, p. 577). — Un homme de 50 ans, atteint d'un typhus exanthématique à forme ataxo-adynamique, compliqué de collapsus cardiaque, fut pris, le 12e jour de la maladie, d'une énorme tuméfaction de la parotide gauche qui persista jusqu'à la mort. Des ensemencements pratiqués avec le suc parotidien ont donné des cultures pures de staphylocoque doré.

CHIRURGIE

Occlusion intestinale par accumulation fécale associée au rein flottant (Intestinal obstruction due to fœcal accumulation, associated with displaced kidney), par KIDD (*Lancet*, 21 juillet 1894, p. 131). — L'auteur, qui a observé quatre cas d'occlusion intestinale par accumulation chez des individus qui avaient un rein flottant, pense que dans ces cas le rein était la cause de l'accumulation stercorale. Dans tous ces cas, c'est le rein droit qui exerçait la compression.

Invagination traitée par la laparotomie (Laparotomy for relief of intussusception; with report of a case occurring in a child æt. nine months), par ROBERTS (*The med. and surg. Reporter*, 29 septembre 1894, p. 428). — Observation d'une petite fille de 9 mois prise brusquement des symptômes ordinaires de l'invagination intestinale, avec tumeur du côté gauche allant jusqu'à l'anus et subit la laparotomie qui permet de réduire seulement l'invagination. L'enfant mourut quelques heures après l'opération.

Otite avec abcès du cou (Perforative otorrhea), par GOSSE (*Lancet*, 28 avril 1894, p. 1064). — Un garçon de dix-neuf ans, sujet, depuis son enfance, à un écoulement de l'oreille, est pris de fièvre avec frissons, maux de tête, torticolis réflexe avec œdème de la région mastoïdienne. Trépanation de la mastoïde et évacuation d'un foyer purulent. Amélioration passagère, puis la tuméfaction du cou qui existait au moment de l'opération s'accuse davantage, devient fluctuante et aboutit à la formation de deux abcès: un entre l'apophyse mastoïde et la crête de l'occipital, l'autre sur les parties latérales du cou. Ouverture des deux abcès; disparition des phénomènes septicémiques et guérison.

Transformation des nævi en tumeurs malignes (Sulla trasformabilità dei nei in tumori maligni), par REPIGHI (*Giornale ital. delle malattie veneree e d. pelle*, 1894, I, p. 18). — L'auteur considère les lésions des nævi pigmentaires comme d'origine conjonctive, contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs. Cette origine explique comment les tumeurs malignes consécutives aux nævi revêtent très rarement le type du carcinome et fréquemment celui du sarcome. Pour lui, la transformation des nævi en tumeurs malignes est plus rare qu'on ne le pense généralement; le nombre des tumeurs malignes consécutives à des nævi est à peu près égal à celui des tumeurs pigmentaires primitives de la peau normale. Les traumatismes, les irritations, les congestions répétées d'origine génitale y prédisposent; on observe cette transformation à peu près également chez l'homme qui peut la présenter avant 30 ans et chez la femme, où elle est plus fréquente de 40 à 50 ans. La rareté de cette transformation ne doit pas faire pratiquer l'ablation préventive des nævi; mais on doit les enlever dès qu'on soupçonne le début de la transformation et les enlever au bistouri, la cautérisation ne faisant que favoriser le développement des tumeurs et l'envahissement ganglionnaire. Les nævi vasculaires purs ne se transforment pas en tumeurs malignes, mais peuvent provoquer des troubles locaux qui obligent à les traiter.

Contribution expérimentale à la chirurgie des artères, par E. FORGUE et P. BOTHÉZAT (*Arch. de médec expériment.*, juillet 1894, p. 473). — Dans la ligature aseptique des artères, le caillot n'est pas un élément favorable ni surtout une condition obligée de l'oblitération artérielle; c'est une complication, qui fait obstacle à la réunion immédiate des parois. Le chirurgien n'a plus à craindre que le voisinage d'une artère collatérale empêche la formation d'un caillot; il peut lier au voisinage de son origine et n'a plus à s'inquiéter de cette condition anatomique qui jadis tenait une place importante dans les traités de médecine opératoire.

Sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de la tuberculose mammaire de la femme, par J. SABRAZÈS et W. BINAUD (*Arch. de médec. expériment.*, 1894, p. 838). — Les cas de tuberculose mammaire chez la femme se divisent en deux catégories: dans la première, l'invasion se fait de proche en proche, par continuité d'une

lésion tuberculeuse quelconque de voisinage, ulcère, abcès froid, carie costale ou sternale; dans la deuxième, le contage réside dans un organe plus ou moins éloigné et est amené au sein par les voies circulatoires, sanguines ou lymphatiques.

Comment il faut interpréter l'action antiseptique de l'iodoforme, par Stchégoleff (*Arch. de médec. expériment.*, novembre 1894, p. 813). — L'iodoforme doit être considéré comme une substance antiseptique: il exerce une action antiseptique directe *in vitro* sur les cultures de la tuberculose humaine et aviaire; introduit dans l'organisme avec des bacilles tuberculeux vivants et virulents, il diminue leur virulence sans s'opposer à leur développement. A l'égard des micro-organismes pyogènes, il n'est pas antiseptique dans le sens propre du mot, c'est-à-dire qu'il n'a pas la propriété de les tuer, mais il exerce sur eux une action indirecte, agit sur leurs toxines en les détruisant ou en formant avec elles de nouvelles combinaisons chimiques, qui leur font perdre leurs propriétés pyogènes et les rendent inoffensives pour l'organisme.

Thrombose du sinus latéral gauche, par Mussat (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, septembre 1894, p. 210). — Un homme de 22 ans entre à l'hôpital avec de la fièvre et de la courbature; il a une céphalée intense, de la dilatation des pupilles, puis les douleurs se localisent dans la région pariétale et dans l'oreille du côté gauche. Un écoulement purulent se fait par le conduit auditif et des injections boriquées dans l'oreille amènent l'expulsion du corps macéré d'une mouche. Pendant quelques jours encore, l'otorrhée augmente, puis elle cesse. La surdité est complète. Puis survient une amygdalite du côté gauche, avec gêne de la déglutition, et de l'œdème de la joue et de la paupière inférieure du côté gauche Douleurs violentes de tête et de la région latérale gauche du cou, où l'on sent des ganglions tuméfiés. Ces symptômes disparaissent, la fièvre tombe et tout semble rentrer dans l'ordre, lorsque brusquement, dans la nuit, le malade est pris de suffocation et meurt presque subitement.

A l'autopsie, on trouva dans le sinus latéral gauche un caillot fibrineux s'étendant du sinus longitudinal supérieur au golfe de la veine jugulaire. Ce caillot ne remplissait pas complètement le vaisseau.

Exophthalmie pulsatile et glaucome consécutifs à l'accouchement (Case of pulsating exophthalmos following labour, and complicated with glaucoma, cured by ligature of the common carotid artery), par Knaggs (*Lancet*, 7 avril 1894, p, 857). — Femme de 24 ans, sans antécédents syphilitiques, qui, 29 heures après un accouchement normal, est prise de vives douleurs dans la partie supérieure de l'orbite gauche et de bourdonnements d'oreilles. Le lendemain, exophthalmie gauche avec œdème des paupières et immobilité de l'œil dirigé en bas, en avant et en dehors. La pupille réagissait à la lumière et à l'accommodation; la vision de l'œil gauche était restée très bonne. Les bourdonnements continuaient dans l'oreille gauche. Bien qu'il n'y eût pas de thrill, on pratiqua, dans l'idée d'un anévrysme artério-veineux, la ligature de la carotide primitive gauche. Les douleurs, les bruits que percevait la malade, les pulsations, les vomissements cessèrent aussitôt. Les mouvements reparurent dans l'œil malade. Mais la vue fut perdue de ce côté et l'œil présenta tous les signes du glaucome.

Traitement du lupus (The radical treatment of lupus), par Bidwell (*Lancet*, 21 juillet 1894, p. 130). — Le seul traitement convenable du lupus consiste dans l'excision; aujourd'hui ce traitement peut être appliqué à tous les lupus quelles que soient leurs dimensions, grâce à la greffe de Thiersch. On doit procéder avec une antisepsie rigoureuse et enlever toute la peau dans l'étendue du lupus. Pour la greffe, il faut choisir la peau de la partie antérieure de la cuisse. L'auteur cite ensuite brièvement 8 cas, où le traitement en question lui a donné d'excellents résultats.

Tumeur blanche du genou et myélite, par Specker et Renard (*Revue médicale de l'Est*, 15 août 1894, p. 494). — L'observation se rapporte à un homme de 20 ans, entré à l'hôpital avec une tumeur blanche du genou droit datant de trois ou quatre mois et le syndrome complet de la myélite transverse. Il meurt deux mois après son entrée à l'hôpital, et à l'autopsie on constate que la moelle est complètement ramollie et détruite dans une étendue de 5 cent. au-dessus de la queue de cheval. D'après les auteurs, il ne s'agissait pas là d'une localisation du bacille de Koch dans la moelle, ce qui est très rare, mais d'une myélite septique, due à la suppuration prolongée qui a existé au niveau du genou.

Empyème chez les enfants (Empyema in childhood), par Morison (*Lancet*, 29 septembre 1894, p. 738). — Pour l'auteur, la pleuro-pneumonie est la cause la plus fréquente de l'empyème qui est rarement produit par la suppuration d'une pleurésie exsudative. Le diagnostic est souvent difficile, de sorte que dans un certain nombre de cas on ne l'assure que par une ponction exploratrice, qui, proprement faite, n'offre aucun danger. Le pronostic immédiat d'un empyème non compliqué traité par l'incision et le drainage est bon; le pronostic éloigné est également excellent. Mais pour cela, il faut pouvoir faire une opération antiseptique et maintenir après un pansement antiseptique. La ponction n'est pas un moyen curatif sur lequel on puisse compter. Les irrigations de la cavité pleurale après l'opération sont inutiles et dangereuses. La résection des côtes est utile dans certains cas anciens, mais n'est pas indiquée en général.

Calcul du rein et pyohémie (Renal calculus; lumbar nephrolithotomy; pyœmia, nephrectomy six months afterwards; recovery), par Dendy et Eagles (*Lancet*, 25 septembre 1894, p. 742). — Il s'agit d'un homme de 38 ans entré à l'hôpital pour une douleur siégeant dans la région lombaire du côté gauche et accompagnée d'hématuries. La douleur, qui était intermittente, existait depuis neuf mois et s'accompagnait de nausées, de vomissements et d'accès d'anurie plus ou moins complète. Tous ces symptômes se calmaient par le repos. Le diagnostic de calcul rénal paraissant certain, on pratiqua la néphrolithotomie lombaire qui permit d'extraire un calcul mûriforme pris dans le bassinet. Quelques jours après l'opération, le malade fut pris de fièvre avec frissons et phénomènes de pyohémie, de sorte qu'on ouvrit la plaie : il n'y avait pas de suppuration, mais le rein opéré présentait une hydronéphrose volumineuse qu'on ouvrit et d'où sortit une grande quantité d'urine sanglante. Le malade tomba dans une sorte de collapsus, dont il sortit le surlendemain. Les jours suivants, la fièvre et les sueurs persistèrent, et finalement apparut un abcès à la partie externe et supérieure de l'avant-bras gauche. L'ouverture de l'abcès amena une amélioration passagère. Plus tard, formation d'un second abcès et en dernier lieu, pour mettre fin à la suppuration, néphrectomie qui amena la guérison définitive.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique et thérapeutique infantiles, par R. Blache, 2 vol. de la bibliothèque Charcot-Debove. Paris, Rueff et Cie, 1894.

C'est moins un traité didactique ou un manuel de thérapeutique infantile qu'un dictionnaire usuel pratique et portatif qu'a prétendu écrire le Dr R. Blache. En procédant ainsi, il a pu déduire les préceptes thérapeutiques de considérations cliniques succinctes faisant connaître la maladie et ses diverses formes et permettant dès lors de mieux indiquer les médicaments qui conviennent à chacune d'elles. Dans la pathologie infantile plus encore que dans toutes les autres circonstances où doit intervenir le médecin, il convient de savoir s'abstenir aussi longtemps qu'il n'y a pas d'indications précises et agir énergiquement et rapidement lorsqu'il y a danger réel. Trop souvent, on abuse de médications ou de médicaments au moins inutiles; trop souvent, on oublie qu'une hygiène attentive suffit dans l'immense majorité des cas pour prévenir les maladies ou même, lorsqu'elles se sont développées, pour assister à leur guérison. Dans les cas, au contraire, où une médication active s'impose, il faut tenir compte des répugnances individuelles et des difficultés d'administration que présentent certaines formes médicamenteuses. On trouvera à cet égard, dans le livre de M. R. Blache, bien des renseignements pratiques, et c'est pourquoi les jeunes médecins feront bien de le consulter dans les cas difficiles.

L. L.

Leçons cliniques de chirurgie orthopédique, par le Dr PHOCAS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. Paris, J.-B. Baillière, 1895, 1 vol. in-8° de 524 pages, 8 francs.

Depuis plusieurs années, M. Phocas s'est voué à l'étude de la pédiatrie en général et de l'orthopédie en particulier, et il a cru le moment venu de réunir en un volume — en leur adjoignant quelques leçons inédites — les principales publications qu'il a faites sur ce sujet. Les sujets traités dans ce livre sont peu nombreux : torticolis, scoliose, luxations congénitales de la hanche, difformités rachitiques des membres inférieurs, malformations du genou, pied-bot, amputations congénitales, main-bote, greffes d'Ollier-Thiersch. Chaque affection est donc étudiée avec de longs développements, et l'auteur donne de nombreux renseignements bibliographiques (dont la précision n'est pas toujours suffisante). Je ne partage certes pas toutes les opinions de M. Phocas, et en particulier je suis loin d'être de son avis au sujet de l'ostéoclasie manuelle dans le traitement du genu valgum. Mais ces divergences, qu'elles soient d'ordre pratique ou d'ordre scientifique, ne m'empêchent nullement de reconnaître l'intérêt réel de l'ouvrage, pour tous ceux qui s'occupent de chirurgie infantile. Il est regrettable que les éditeurs n'aient pas jugé ce livre digne d'une typographie élégante et correcte.

A. BROCA.

Les trichophyties humaines, par R. SABOURAUD, 1 vol. in-8° de 239 pages avec 1 atlas de 134 figures. Paris, 1894. Rueff et Cie, éditeurs.

Cet ouvrage, dont le volume de texte est la reproduction de la thèse de doctorat de l'auteur, résume les belles recherches de M. Sabouraud sur les trichophyties. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de ces laborieuses recherches et de leurs importants résultats; nous nous proposons d'y revenir sous peu dans une Revue générale sur la question des trichophyties, dans laquelle une large part sera faite à l'exposé des données établies par M. Sabouraud.

L'atlas que l'auteur a joint à son texte reproduit les préparations microscopiques et les cultures des principaux types de trichophyton; les planches, exécutées en glyptographie d'après des épreuves photographiques, ont toutes les qualités d'exactitude de ce mode de figuration, mais ce serait trop demander à la photographie d'être sans défaut : les conditions physiques elles-mêmes de la reproduction photographique des préparations histologiques font que le cliché donne de ces préparations une idée beaucoup moins exacte et d'une lecture plus laborieuse qu'un dessin même médiocre.

GEORGES THIBIERGE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PRÉCIS ICONOGRAPHIQUE D'ANATOMIE NORMALE DE L'ŒIL (globe oculaire et nerf optique), par le Dr ROCHON-DUVIGNEAUD, chef de clinique ophthalmologique de la Faculté. *Société d'éditions scientifiques*, Paris, 1894. In-8° raisin de 136 pages, 23 figures. Prix : 5 fr. broché; 6 fr. cartonné à l'anglaise; 7 fr. 50 reliure souple, peau pleine, cuir vert.

Ce petit volume n'est à aucun degré une copie, une répétition, des nombreux ouvrages parus sur l'anatomie de l'œil. Ce n'est pas davantage une compilation, une œuvre d'érudition.

C'est l'anatomie de l'œil telle que l'on peut la démontrer dans un laboratoire au moyen de préparations nombreuses et bien faites.

Son titre de *Précis iconographique* se trouve justifié par sa méthode qui est de *faire voir*, au moyen de figures originales dessinées à la chambre claire, chaque région de l'œil, avant de la décrire en quelques mots et de passer à des considérations générales et pratiques.

L'ouvrage ne saurait mieux se comparer qu'à une collection de préparations choisies, mises sous les yeux du lecteur dans un ordre méthodique et expliquées par des légendes détaillées placées en regard de la figure. Les descriptions ennuyeuses et peu claires sont ainsi en grande partie évitées et le texte a pu être réservé à des développements d'un intérêt plus général.

Le débutant trouvera dans ce petit volume des figures vraies et précises accompagnées de légendes détaillées qui lui éviteront la lecture de bien des descriptions assommantes, lui permettront de rectifier certaines erreurs encore répandues. Le clinicien ne le lira pas sans intérêt, grâce aux nombreux rapprochements qui y sont établis entre l'anatomie et la clinique; il pourra y puiser ou y revoir des renseignements d'anatomie topographique utiles en chirurgie oculaire.

Enfin, les quelques figures d'embryologie, les notions d'anatomie comparée et de physiologie que renferme l'ouvrage nous paraissent de nature à mériter l'attention au point de vue scientifique proprement dit.

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus (opération de Péan), par le Dr Emile BAUDRON, ancien interne, lauréat des Hôpitaux de Paris, avec une préface du Dr Paul SEGOND et 38 figures dont 12 hors texte. *Société d'éditions scientifiques*. Prix : 10 fr.

Il est peu de questions chirurgicales qui aient soulevé autant de discussions passionnées que l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions annexielles bilatérales. Le livre du Dr Baudron est un chaud plaidoyer en faveur de cette méthode.

Après un historique complet de la question, l'auteur étudie avec détail, dans un deuxième chapitre, le manuel opératoire. Les divers procédés de Péan, de Segond, de Quénu, de Doyen, y sont successivement décrits. Douze figures originales, hors texte, reproduisent avec fidélité les différents temps de l'opération exécutés d'après le procédé de Segond.

Le chapitre III contient l'exposé des résultats immédiats et des résultats éloignés. Ces résultats, comme l'auteur a pris soin de l'indiquer, ont pour base exclusive les 200 premières observations du Dr Segond dont 138 opérées ont été retrouvées après un temps variant de 3 ans 1/2 à 3 mois.

Le chapitre IV est consacré au parallèle de l'hystérectomie avec les diverses interventions appliquées aux lésions des annexes. La plus grosse part est faite à la laparotomie, contre laquelle l'auteur se prononce.

Le chapitre V, celui des indications et des contre-indications, est la conclusion naturelle des deux chapitres précédents. L'auteur conclut à l'indication de l'hystérectomie vaginale dans tous les cas de lésions annexielles bilatérales pour lesquelles l'intervention est formellement indiquée.

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Lille. — Sont proclamés lauréats de ladite Faculté :

Première année ; Prix, M. Le Lorier ; mention honorable, M. Drugbert.

Deuxième année : Prix, M. Jouvenel ; mention honorable, M. Chrétien.

Troisième année : Prix, M. Potel ; mention honorable, M. Biérent.

Quatrième année : Prix, M. Laurent.

Prix de la Société des amis de l'Université de Lille : M. Coez.

Prix de thèses : Premier prix, M. Crépin ; deuxième prix, M. Marivint ; première mention honorable, M. Doisy ; deuxième mention honorable, M. Guibert ; troisième mention honorable, M. Hermand.

Thèses désignées par la Faculté ; MM. Caron, Deroubaix et Mizon.

Prix Parise : M. Lambert.

Ecole de médecine de Nantes. — Ont été proclamés lauréats de ladite Ecole :

Première année : Premier prix, M. Rabalant ; deuxième prix *ex æquo*, MM. Joïson et Rochard ; accessits, MM. Chauvin et Paquier ; mention honorable, M. Simon.

Deuxième année : Prix *ex æquo*, MM. Frappier et Schmitt ; accessit, M. Montfort.

Troisième année : Premier prix, M. Fillion ; deuxième prix, M. Rouger ; accessits, MM. Pelletier et Caillaud.

Quatrième année : Prix, M. Mouillé.

Prix de clinique : Premier prix, M. Aubineau.

Prix Marcé : M. Aubineau.

Prix de clinique ophthalmologique : M. Sourisse.

Prix Guépin : M. Sourisse.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

TABLE DES MATIÈRES

DE LA *GAZETTE HEBDOMADAIRE* ET DU *MERCREDI MÉDICAL*[1]

(Année 1894)

A

---

[1] [...]e seule. Les articles où le mot est suivi d'un G renvoient à la paginat[...]

B

C

D

E

F

G

J

K

L

M

T

U

V

W

X

Y

Z

TABLE DES FIGURES

FIN DES TABLES

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel. L. Maretheux, directeur, 1, rue Cassette.

N° 1 — 3 JANVIER 1894 110011 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Congrès français de chirurgie. — Dans sa dernière réunion, le comité du congrès français de chirurgie a nommé M. Picqué secrétaire général en remplacement de M. Pozzi, démissionnaire. M. Guinard a été désigné pour remplir les fonctions de secrétaire général adjoint, qu'occupait M. Picqué. Mais le comité, dans un élan de reconnaissance très largement légitimé par les services rendus, n'a pas voulu que celui qui, après avoir organisé le Congrès, s'est pendant plusieurs années dépensé pour lui, se retirât sans avoir reçu de ses collègues une marque particulière de gratitude. M. Pozzi a été nommé secrétaire général honoraire du Congrès français de chirurgie.

Ecole du service de santé militaire. — MM. Boisson, Rioblanc et Ferrier, médecins-majors de 2e classe, ont été nommés répétiteurs à l'Ecole du service de santé militaire.

Collège de France. — M. L. Hallion, ancien interne des hôpitaux, est nommé chef des travaux du laboratoire de physiologie pathologique des Hautes Etudes, dirigé par M. François-Franck.

M. Ch. Comte est nommé préparateur du laboratoire de physiologie de l'Ecole des Hautes Etudes, dirigé par M. Marey (1er décembre 1893).

Légion d'honneur (armée). — Sont promus et nommés aux grades de :

Grand officier, M. Collin (armée).

Commandeur, M. Mathis.

Officiers, MM. Claudot, Jeunehomme, Carayon, Grouillé, Cazalas, Bobin.

Chevaliers, MM. Vinsac, Lamps, Monart, Maria, Passabosc, Marmonier, Dionis du Séjour, Ebstein, Favier, Lèques, Louis, Redon, Chavier, Gazin, Cristau, Hugues, Ribes, Augé, Biéchy, Génin, Merz, Catrin.

M. le Dr Trousseau (Paris), M. Goubeau, M. Gatiniol (du Grand Fougeray), sont nommés chevaliers.

Corps de santé militaire. — Sont promus :

~~*Inspecteurs*, MM. Kelsch, Chauvel.~~

Principaux de 1re classe, MM. Gavoy, Fournier,

Principaux de 2e classe, MM. Moty, Belleau,

Majors de 1re classe, MM. Chavier, Mignon, Adam, Cruzel, Sudour, Alleau, Troché,

Majors de 2e classe, MM. Sabatier, Foubert, Simonin, Lairac, Sébillon, Leroy, Bérard, Langlé, Guillabert, Renard, Rocheblanc.

Concours de l'internat. — Lecture de la composition écrite du 26 décembre au 3 janvier :

23. Pasteau.
22. Long, Pouquet, Bureau, Barozzi.
21. Imbert, Lenoble, Terrien, Mettetal, Weil, Jay.
20. Herbet, Piaget, Bruyère, Tariel.
18. Renon, Roger.
17. Jacob (Lucien), Wessberge.

Hôtel-Dieu. — *Clinique chirurgicale du professeur Duplay.* — Travaux d'otologie et de rhinologie dirigés par A. Chipault, ancien interne du service, ancien aide d'anatomie. *Mercredi* et *samedi*, consultation externe, à 9 h. 1/4 dans la salle précédant l'amphithéâtre Chomel. *Dimanche*, opérations de petite chirurgie otologique et rhinologique, à 9 h. 1/4.

Après les opérations, conférences (amphithéâtre Chomel).

Les consultations commenceront le mercredi 3 janvier; les conférences, le dimanche 7 janvier. Elles porteront, cette année, sur les complications crânio-cérébrales des otites, au point de vue opératoire.

Préparateur des conférences : Juvara, externe de service. Examens et traitements électriques : Dr Krouchkol. Aide de la consultation : Dr Ribell. Dessinateur : Dr E. Daleine.

Un général docteur en médecine. — Le docteur Canonge, colonel du 139e d'infanterie, vient d'être nommé général de brigade.

Au Conseil général du département de la Seine, vote du budget de 1894. Le prix de la journée à l'asile de Villejuif est fixé à 2 fr. 50 pour les hommes et à 2 fr. 30 pour les femmes. De plus l'administration est invitée à porter le point terminus du tramway de Villejuif jusque devant la porte dudit asile.

Le prix de la journée à payer par la département dans l'asile de Ville-Evrard est fixé à 2 fr. 35 pour les hommes et à 2 fr. 15 pour les femmes. Le budget de l'asile est fixé à 1,401,460 fr. 03 pour les recettes et à 1,401,052 f. 89 pour les dépenses, avec 407 fr. 14 d'excédent de recettes.

Un crédit de 113,650 francs a été voté pour l'entretien des malades séniles de la colonie familiale de Dun-sur-Auron. Cette colonie a donné des résultats tellement satisfaisants que son effectif va être porté de 100 à 200 pensionnaires.

UN COMITÉ COMPOSÉ DE HAUTES NOTABILITÉS DANS LE DOMAINE DES SCIENCES, DES LETTRES ET DES ARTS, VIENT DE SE CONSTITUER, SOUS LA PRÉSIDENCE D'HONNEUR DE M. PASTEUR, POUR OUVRIR UNE SOUSCRIPTION A L'EFFET D'ÉLEVER A PARIS UN MONUMENT A LA

MÉMOIRE DE J.-M. CHARCOT

NOUS EN PUBLIERONS PROCHAINEMENT LA LISTE.

LES SOUSCRIPTIONS SONT DÈS A PRÉSENT REÇUES A LA LIBRAIRIE DE M. G. MASSON, 120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, TRÉSORIER DE LA SOUSCRIPTION.

MM. les abonnés sont prévenus qu'à moins d'avis contraire de leur part, une quittance leur sera présentée par la poste, dans le courant du mois de janvier, pour le renouvellement de leur abonnement.

☞ RÉCENTES PUBLICATIONS

Manuel de pathologie interne, par le docteur DIEULAFOY, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. *Septième édition*, publiée en *trois volumes* et augmentée de 500 pages. 3 volumes in-8° diamant, cartonnés à l'anglaise, tranches rouges. 20 fr.

Précis d'Obstétrique, par MM. A. RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital Beaujon, et G. LEPAGE, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine. 1 fort volume in-8° de 1300 pages, avec 480 figures dans le texte, dessinées par RIBEMONT-DESSAIGNES. 30 f

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En flacons de 30 et de 60 grammes fermés à la lampe,



ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le **CHLOROFORME ADRIAN** est d'une conservation indéfinie
VENTE EN GROS : **9 et 11, Rue de la Perle, PARIS**

ATONIE, DYSPEPSIE, CHLOROSE, DÉBILITÉ GÉNÉRALE

GRANULES	DRAGÉES
de 2 milligrammes	de 25 milligrammes
Quassine cristallisée	Quassine amorphe

QUASSINE ADRIAN

La **QUASSINE ADRIAN**, essentiellement différente de toutes celles du commerce, est **la seule** dont les effets réguliers aient été constatés. Elle excite **l'appétit**, développe les **forces**, combat efficacement les **dyspepsies atoniques**, les **coliques hépatiques et néphrétiques**.

GROS : 11, RUE DE LA PERLE, PARIS

Maladies DES VOIES URINAIRES — CYSTITES DÉCOMP^ns AMMON^iales

CAPSULES DE SANTAL BRETONNEAU

Ces Capsules contiennent 0.40 d'Essence de Santal authentique et pure. — Elles méritent toute la confiance des médecins par leur efficacité certaine et l'absence de tout inconvénient. Elles ne donnent jamais ni diarrhée ni maux d'estomac. C'est avec ces Capsules qu'ont été faits les premiers essais d'application du Santal par les Drs PANAS, DOLBEAU. *Société de Chirurgie*, 20 Septembre 1866.

Pharmacie CADET-GASSICOURT, 6, Rue Marengo, PARIS.

Décret d'intérêt public. Approb. de l'Acad. de Médecine

ROYAT

EAU MINÉRALE NATURELLE

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR, Anémie, Chlorose, Voies respiratoires. (FERRO ARSENIC^le)
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES

Caisses de 30 à 50 bout. **20 fr.** et **30 fr.** *franco* Gare ROYAT
Notice et Renseignements, 5, rue Drouot, PARIS

Dyspepsies **ELIXIR GREZ** CHLORHYDRO-PEPSIQUE
1 verre à liqueur à chaque repas

Apiol de Joret & Homolle

L'observation médicale a depuis longtemps démontré que l'**APIOL**, principe actif de la graine de persil, découvert par **JORET & HOMOLLE**, est le plus sûr des *emménagogues* et que son emploi est sans danger, même en cas de grossesse.

MARROTTE (Bulletin génal de thérapque, octbre 1863), BOSSU (Petit dictre de pathologie), BOUCHUT et DESPRÉS (Dictre de thérapque), VALLEIX (Guide du médcin pratcien), DECHAMBRE (Dictre encyclopque des sciences médles), JACCOUD (Dictre de médecne et de chirurgie pratiques), etc., tous ont constaté les propriétés vraiment spécifiques de l'**APIOL** contre l'*Aménorrhée* et la *Dysménorrhée*, surtout quand elles se rattachent à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. Il est non moins efficace contre les *Métrorrhagies* dues à l'atonie ou à une congestion passive de ces mêmes organes.

Mais il faut dire que l'**APIOL** qui a servi aux expériences de ces savants praticiens est celui de **JORET & HOMOLLE**, produit bien défini, d'une densité constante et d'une action autrement connue et certaine que celle des préparations similaires que sa vogue a fait naître.

DOSE : 1 caps. (20 centigres matin et soir, pendt 5 à 6 jours, à l'époque présumée des règles).

MÉDAILLES aux Exposons Universlles : LONDRES 1862 — PARIS 1889

Dépôt Génal, Phie BRIANT, 150, Rue Rivoli.

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN

PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

SOLVEOL

Solution forte 2 % — Solution faible 1 %

Antiseptique neutre soluble dans l'eau, plus énergique et moins caustique que le Phénol.

Dépôt : Phcie LACROIX, 76, R. du Château-d'Eau, PARIS ET TOUTES PHARMACIES.

Le SACCHAROLÉ de QUINQUINA CHARLARD-VIGIER

Renferme les principes toniques et tous les alcaloïdes de l'écorce et remplace avantageusement les autres préparations de ce médicament. — **VIGIER**, Pharmacien, **12, Boulᵈ Bonne-Nouvelle, PARIS.**

PAPAÏNE TROUETTE-PERRET

(Le plus puissant digestif connu)

Un verre à liqueur d'ELIXIR, SIROP ou VIN de *Papaïne de Trouette-Perret* après chaque repas.

E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

POUDRE DE VIANDE de TROUETTE-PERRET

La plus agréable à prendre sans odeur ni saveur.

E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

EAU RECONSTITUANTE et DIGESTIVE de

RENLAIGUE

(PUY-DE-DOME)

ANÉMIE-CHLOROSE-DYSPEPSIE

CLINIQUE MÉDICALE

Traitement de l'angine diphthéritique par le sublimé en solution dans la glycérine, par le Dr A. Goubeau, médecin à Ecueillé (Indre).

Frappé du peu de causticité du sublimé dans la glycérine même en solution concentrée, à propos du traitement de la blépharite préconisé par le Dr Despagnet, j'ai eu l'idée d'en tenter l'application dans l'angine diphthéritique.

J'habite une contrée où le champ d'expérience pour le traitement de la diphthérie est presque toujours ouvert. Cette maladie y règne en effet à l'état endémique et le bacille de Klebs-Lœffler y exalte fréquemment sa virulence pour créer des épidémies plus ou moins étendues.

Du 16 mars jusqu'à aujourd'hui, j'ai eu l'occasion de traiter 21 angines diphthéritiques dont 9 extrêmement graves, sans un décès. Parmi ces 9 cas graves, 4 auraient très probablement eu un dénouement fatal, avec tout autre traitement, autant que l'intuition médicale permet d'avancer un pareil fait, à cause du milieu infecté et malpropre dans lequel ils évoluaient et de mon intervention tardive.

Dans les angines que j'ai traitées au début, je me suis servi d'une solution de sublimé dans la glycérine à 1/30, et dans celles pour lesquelles je n'ai été appelé que le deuxième ou le troisième jour d'une solution à 1/20.

Je touche largement les fausses membranes avec un petit pinceau d'ouate hydrophile trempé dans la solution, et, sans abandonner l'abaisse-langue, j'essuie légèrement avec un pinceau sec, de façon à enlever l'excès de liquide, l'endroit que je viens de toucher.

Pour les cas de moyenne intensité, une application toutes les douze heures suffit; dans les cas graves on doit la répéter toutes les six heures.

Presque immédiatement après l'attouchement, les fausses membranes se recoquillent et deviennent moins adhérentes. Je ne les enlève pas; j'attends qu'elles tombent d'elles-mêmes. Devenues pour ainsi dire inoffensives par suite de l'action du sublimé qui retarde et empêche même la pullulation du bacille, elles forment sur la muqueuse dénudée une sorte d'enduit protecteur et rendent l'application de la solution moins douloureuse.

Quand elles ont disparu, il se forme quelquefois sur les piliers un dépôt blanchâtre, opalin, constitué par des albumines coagulées, avec lequel M. Hulot, interne des hôpitaux de Paris, qui a bien voulu faire quelques recherches à ce sujet, n'a pu obtenir de cultures du bacille de Klebs.

Les cinq ou six premières applications ne sont pas douloureuses même avec la solution à 1/20; elles laissent seulement dans la bouche pendant environ une heure un goût métallique. Au delà elles déterminent une sensation de brûlure légère qu'un lavage à l'eau fraîche calme presque immédiatement.

Sauf pour trois enfants, les adjuvants de tout traitement diphthéritique : irrigations nasales, attouchements fréquents avec toute autre substance moins énergique que le sublimé, ont fait complètement défaut. Le traitement général a beaucoup laissé à désirer, étant donnée la pauvreté du milieu où j'opérais. De sorte qu'il me paraît juste de rapporter au sublimé seul les résultats que j'ai obtenus. Dès le début je faisais les attouchements moi-même, plus tard je les ai confiés à l'entourage et je n'ai jamais eu ni ulcérations à la suite de cautérisations trop vives ni accidents d'intoxication. Deux de mes malades, les deux sœurs, âgées l'une de quatorze ans, l'autre de douze, ont eu de la néphrite : la première quinze jours après la disparition des fausses membranes; la seconde trois semaines après, celle-ci suivie d'une paraplégie qui n'est pas encore guérie. Mais je n'avais été appelé pour ces deux enfants que trois jours après le début de la maladie. Le bacille diphthérique avait donc eu le temps d'élaborer ses toxines, bien que la solution à 1/20 que j'employai n'ait mis que deux jours à faire disparaître les fausses membranes. Ces deux néphrites ne peuvent être imputées au sublimé, j'en avais cessé l'application depuis trop longtemps. D'ailleurs, la paraplégie qui accompagnait la seconde prouvait bien que la diphthérie était seule en cause.

Sans doute, dans ces vingt et un cas, l'examen bactériologique eût été très utile pour un diagnostic complet; cliniquement, je crois qu'il ne pouvait y avoir de doutes. D'ailleurs, M. Hulot vient de me communiquer sept autres observations dans lesquelles l'examen bactériologique a montré qu'il s'agissait bien de diphthérie et pour lesquelles le traitement au sublimé à 1/20 a donné les mêmes résultats. De plus, nous avons commencé à ce sujet des expériences que nous publierons ultérieurement.

Ce qui m'a surpris dans ce traitement, c'est moins la guérison de mes vingt et un diphthériques, car dans cette affection plus que dans toute autre, il faut toujours compter avec les séries heureuses, c'est moins, dis-je, la guérison que la rapidité avec laquelle disparaissent, pour ne plus se reproduire, les fausses membranes et le retour presque immédiat à la santé après cette disparition.

Il m'a semblé que le sublimé ne laissait pas au bacille le temps de fabriquer ses toxines, ni aux autres microbes de s'associer à lui pour produire des infections secondaires.

Aucune de nos diphthéries pharyngées, prises au début, n'a duré plus de trois jours. Les diphthéries naso-pharyngées ont mis plus longtemps à guérir parce que je n'osais pas porter ma solution dans les fosses nasales. Mais aujourd'hui, je n'hésiterais pas à l'y introduire et à faire suivre le tampon sec d'une irrigation nasale d'eau bouillie pour prévenir toute douleur. Il est probable que j'obtiendrais dans cette région les mêmes résultats que dans l'arrière-gorge.

En résumé, on peut dire que ce traitement a l'avantage :

1° De faire disparaître rapidement les fausses membranes;

2° De ne pas exiger d'interventions trop fréquentes;

3° De ne pas être douloureux;

4° De pouvoir être appliqué par l'entourage du malade;

5° D'être d'une innocuité absolue.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer du testicule, communication faite à la Société de médecine de Lyon, par M. le professeur A. Poncet.

Pendant le premier trimestre de 1893, j'ai reçu dans mon service de l'Hôtel-Dieu deux malades porteurs d'une tumeur maligne du testicule, qui s'était accompagnée dans les deux cas, d'une adénite sous-claviculaire gauche de même nature. Cette infection ganglionnaire à distance, sans lien apparent avec la néoplasie primitive, peut paraître de prime abord bizarre; il n'en existe pas

moins, comme nous le verrons, une relation de cause à effet entre ces deux lésions pathologiques si éloignées l'une de l'autre.

Dans une leçon clinique que je fis au mois d'avril dernier, je n'hésitai pas à les rattacher entre elles et à indiquer l'intérêt d'une semblable constatation, soit au point de vue de la pathogénie de l'adénopathie sus-claviculaire dans le cancer du testicule, soit au point de vue du pronostic et du traitement de la lésion initiale.

L'important mémoire de M. Troisier (1) avait facilité mon diagnostic, mais je ne connaissais aucun fait semblable d'adénite sus-claviculaire symptomatique d'un cancer du testicule. Depuis lors, dans un nouveau mémoire, M. Troisier, qui a attaché son nom à l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen (2), a rapporté une observation du même ordre que lui avait envoyée M. le Dr Godin (Andelys). Je citerai encore comme ayant trait à la même question : *Adénopathie sus-claviculaire et cancers abdominaux*, un intéressant mémoire de Spinelli (*Revista clinica e terapetica*, août 1893, et *Gazette hebdomadaire*, n° 47, 25 novembre 1893). L'auteur rapporte 4 observations personnelles d'adénopathie sus-claviculaire dans le cours de cancers abdominaux et pelviens (vagin, rectum, col de l'utérus) et résume 30 observations déjà connues, mais il n'est pas question des tumeurs du testicule.

Le fait de M. le médecin-major Godin et les deux observations que je vais vous communiquer sont les seuls trois cas connus. Mes recherches à ce sujet dans la littérature chirurgicale sont restées infructueuses, et je suis d'autant plus porté à croire que d'autres cas semblables n'ont pas été publiés, qu'un de mes élèves, M. Lesnés, qui a fait de ce sujet l'objet de sa thèse, n'en a pas rencontré d'autres.

Elève distingué de l'Ecole du service de santé militaire, M. Lesnés a consacré à l'adénopathie sus-claviculaire, dans le cancer du testicule, une étude fort intéressante (Thèse de Lyon, décembre 1893). Je lui emprunterai le mécanisme et la pathogénie de l'adénite sus-claviculaire.

Voici d'abord les deux observations recueillies dans mon service, je les place par rang de date.

Le premier de ces malades avait été envoyé à la clinique chirurgicale par mon éminent collègue le professeur Lépine.

Observation I. — *Adénopathie sus-claviculaire gauche de nature chondro-sarcomateuse. — Polyadénite du volume d'une moitié d'orange. — Chondro-sarcome du testicule droit. — Mort de généralisation cancéreuse.*

F. L..., âgé de 37 ans, exerçant le profession d'employé de commerce, est entré à la clinique (salle Saint-Philippe, n° 3), le 11 février 1893.

Le père de ce malade aurait succombé à une attaque d'apoplexie, sa mère serait morte d'une affection thoracique aiguë.

Il y a une huitaine de mois cet homme, qui jusqu'alors s'était bien porté, s'aperçut d'une légère tuméfaction du testicule droit.

Ce gonflement indolent, apparu sans cause appréciable, s'accrut d'abord progressivement. Depuis le mois de janvier, l'accroissement a été notablement plus marqué. Dans les derniers mois de 1892, le malade aurait eu quelques petites hémoptysies. Enfin au mois de janvier 1893 serait survenue une pleurésie droite qui guérit sans ponctions, dans le service de M. le professeur Lépine. Mais c'est au commmencement de décembre 1892, c'est-à-dire deux mois et demi avant son entrée dans le service de la clinique chirurgicale, qu'il s'aperçut, au niveau de la région claviculaire gauche, d'une petite tumeur, du volume d'un gros pois, qui ne provoquait aucune douleur et qui déjà roulait difficilement sous la peau. Cette tumeur s'est également développée insensiblement pour atteindre le volume d'une orange aplatie, et depuis une quinzaine de jours elle serait stationnaire.

L'examen du malade révèle les particularités suivantes. C'est un homme un peu amaigri, mais d'assez bonne apparence. La tumeur scrotale ressemble à première vue à une grosse hydrocèle d'une contenance au moins de 7 à 800 grammes de liquide. Elle a la forme d'une gourde, bilobée, elle paraît nettement constituée par deux masses de consistance différente. L'une, située en avant, est molle, fluctuante ; l'autre est uniformément dure.

Il s'agit, à n'en pas douter, d'un néoplasme avec hydrocèle symptomatique.

L'exploration méthodique de la fosse iliaque correspondante, de la région inguino-crurale, ne permet pas de constater l'existence de masses ganglionnaires.

Quant à la tumeur sus-claviculaire gauche, qui aurait été ponctionnée deux fois dans le service de M. Lépine à un mois de distance, et alors que la ponction n'avait donné issue qu'à quelques gouttes de sang, elle est allongée transversalement, parallèlement à la clavicule. Elle n'est pas douloureuse au toucher et donne, dans la plus grande partie de sa masse, la sensation de fluctuation.

La peau qui la recouvre a une teinte légèrement rosée. Elle paraît en être indépendante. A première vue on croirait se trouver en présence d'un adéno-phlegmon infectieux de la région sus-claviculaire.

Nulle part, dans d'autres régions, on ne trouve de ganglions.

A l'examen de la poitrine, sonorité un peu diminuée du côté gauche, quelques râles sous-crépitants après la toux.

19 février 1893. — Castration droite. Tentative d'ablation de la tumeur sus-claviculaire.

On note dans le néoplasme enlevé une poche vaginale contenant 180 à 200 grammes d'un liquide séro-hématique (hydro-hématocèle) de coloration rosée n'empêchant pas la translucidité.

Testicule et épididyme sont complètement transformés en une masse sarcomateuse avec noyau de même nature du côté du cordon. A la coupe, malgré cette transformation, on distingue très nettement l'épididyme du testicule. La masse épididymaire est molle, un peu diffluente. La masse testiculaire est plus dure, résistante à la pression. Au centre, petits points jaunâtres, d'apparence caséeuse. Il ne reste aucun vestige de tissu sain. La tumeur a le volume d'une orange, elle n'a pas franchi l'albuginée.

Une incision parallèle à la clavicule gauche conduit sur la tumeur sus-claviculaire, qui est située au-dessous de l'aponévrose cervicale.

Elle est constituée par un tissu mou, vasculaire, manifestement encéphaloïde, qui se détache facilement sous le doigt, on le dirait encapsulé. On enlève, en même temps, *deux ganglions du volume d'une amande* présentant à la coupe les mêmes caractères que la tumeur voisine.

Les suites de ces deux interventions sanglantes furent d'abord simples, mais dès le sixième jour, sans que rien du côté des plaies, qui se réunissaient par première intention, justifiât l'élévation de la température, le thermomètre montait à 39°2. En même temps que la tempéra-

(1) Troisier, Adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen (*Arch. méd.*. 1893).
(2) Troisier, *ibid.*, 1893.

ture s'élevait et s'abaissait d'une façon insolite, pour donner lieu à une courbe irrégulière qui ne répondait à aucune infection déterminée, le malade perdait ses forces et se cachectisait rapidement.

Dès les premiers jours, il devenait évident que le malade était atteint d'une généralisation cancéreuse à marche aiguë. Il mourait le 11 mars, vingt jours après l'opération, avec une température de 40°5.

L'autopsie a été faite par mon chef de laboratoire, M. le Dr Dor, assisté de M. Collet, interne du service.

Ils m'ont remis la note suivante :

Autopsie. A l'ouverture de la cage thoracique, épanchement pleural sanguinolent à droite. Quelques adhérences à gauche. Les deux poumons présentent un grand nombre de noyaux de généralisation dont les plus gros ont au moins le volume d'un abricot. A la coupe on trouve une consistance de matière cérébrale ramollie. Tous les ganglions du hile sont pris et constituent une série de noyaux dont le dernier est en communication avec les ganglions sus-claviculaires gauches. Celui qui a été enlevé était le dernier de la chaîne.

Il y existe encore des noyaux de généralisation derrière la plèvre qui est soulevée par des masses arrondies du volume d'une noix.

Du côté de l'abdomen, il existe au-devant de la colonne vertébrale et dans la fosse iliaque droite une énorme masse pesant plus de 2 kilogr., constituée par du sarcome généralisé dans les ganglions iliaques et mésentériques.

Dans cette masse, le tissu néoplasique est un peu plus compact. A la coupe on voit nettement qu'il s'agit de cartilage embryonnaire. Au toucher on sent un tissu grumeleux.

Les reins sont volumineux (G = 210 gr.; D = 250 gr.), mous, blanchâtres. Compression de l'uretère droit, distension du bassinet. Rate grosse, diffluente, sans noyaux secondaires.

A l'examen microscopique : chondrome embryonnaire ou chondro-sarcome.

Observation II. — *Tumeur maligne ganglionnaire de la région sus-claviculaire gauche. — Polyadénite sarcomateuse des dimensions d'une mandarine aplatie, survenue 14 mois après l'ablation du testicule gauche atteint de sarcome globo-cellulaire.*

C. C..., employé de commerce, âgé de 20 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de la clinique chirurgicale (salle Saint-Philippe, n° 18), le 20 avril 1893.

Ce jeune homme, indemne de tout antécédent héréditaire, s'est bien porté jusqu'à l'âge de neuf ans.

A cette époque, il fut atteint d'une synovite fongueuse du genou droit qui, après quatre ans de révulsion et d'immobilisation, guérit par ankylose.

Au mois de novembre 1891, il entrait à la clinique pour une tumeur du testicule droit dont le début remontait à quelques semaines.

On porta le diagnostic de néoplasme malin et la castration fut pratiquée quelques jours après, le 27 novembre. L'examen histologique confirma ce diagnostic. Voici la note qui m'a été remise à ce sujet par M. le docteur L. Dor:

Examen histologique de la tumeur du testicule enlevée le 27 mars 1891. — « Les coupes ont porté sur une portion de la tumeur où l'évolution paraissait la plus active et où il n'y avait ni ramollissement, ni hémorrhagie.

» On constate que, dans toute l'étendue de la coupe, il n'existe pas d'autres éléments que des cellules rondes, volumineuses, pourvues de gros noyaux nucléolés. Certaines de ces cellules contiennent 3 et même 4 noyaux. Le protoplasma ne se colore absolument pas par le carmin. Les vaisseaux sont très abondants, mais ils n'ont pas toutes les tuniques qui constituent un vaisseau normal, ce sont des vaisseaux embryonnaires. Il s'agit d'une tumeur maligne, d'un *sarcome globo-cellulaire* ou peut-être d'un *chondrome fœtal.* »

Jusqu'au mois de janvier 1893, C. C... s'est bien porté; il se considérait depuis longtemps comme complètement guéri, lorsqu'il commença à éprouver quelques douleurs dans les reins. Ces douleurs se sont accrues au point de l'empêcher de dormir; en même temps l'état général était moins bon. Il dit avoir, depuis un mois, perdu l'appétit, et depuis quinze jours surtout, beaucoup maigri.

A peu près à la même époque que les douleurs lombaires, survenait immédiatement au-dessus de la clavicule gauche un ganglion d'abord indolent, très mobile, du volume d'une noisette. Ce ganglion s'est accru progressivement, en même temps il perdait de sa mobilité et devenait douloureux à la pression. Depuis vingt-quatre heures la tuméfaction sus-claviculaire aurait doublé de volume, à la suite des nombreuses explorations qui ont été faites dans le service.

L'examen de la région sus-claviculaire ne laisse aucun doute sur la nature de ce gonflement. La consistance, la dureté de la tumeur, ses adhérences profondes et cutanées, etc., permettent d'affirmer une néoplasie maligne d'autant plus intéressante à constater qu'un examen attentif ne révèle des ganglions dans aucune autre région. C'est ainsi que l'exploration de la région inguino-crurale gauche, de la fosse iliaque correspondante au testicule enlevé reste négative. A la percussion, à l'auscultation on ne trouve également aucun signe de lésions pulmonaires.

Ce jeune homme, chez lequel toute intervention chirurgicale était contre-indiquée, quitta le service trois jours après son entrée, le 23 avril. D'après les renseignements qui m'ont été communiqués par son médecin, le docteur Martel (de Belleville), il est mort le 2 juillet 1893, très probablement de généralisation.

En résumé :

Dans le premier cas : *Chondro-sarcome des plus malins du testicule droit, remontant à une huitaine de mois, chez un homme de 37 ans. Cinq à six mois après, sans autre manifestation néoplasique appréciable, en dehors de quelques accidents pleuro-pulmonaires mal définis, adénopathie sus-claviculaire gauche de même nature. Mort de généralisation trois mois et demi après l'apparition de l'adénite sus-claviculaire.*

Dans le deuxième cas : *Sarcome globo-cellulaire du testicule gauche chez un jeune homme de 18 ans ; adénite sarcomateuse sus-claviculaire gauche apparaissant sans aucune autre manifestation néoplasique, quatorze mois après l'ablation du testicule malade. Mort de généralisation quatre mois et demi après l'apparition de l'adénite sus-claviculaire.*

Ainsi qu'on peut en juger par ces deux observations, il existe une corrélation entre le néoplasme du testicule et l'adénopathie sus-claviculaire gauche, mais quel est le mécanisme, la pathogénie de cette adénite, qui semble se montrer avant tout autre signe de généralisation et qui est la première manifestation apparente d'infection ganglionnaire ?

Un premier point doit être mis en relief : *c'est l'existence constante de l'adénite à gauche, quel que soit le testicule atteint par le néoplasme.* Ce fait laisse supposer un mode de propagation unique pour les deux côtés.

Ce mode de transmission a certainement lieu par le canal thoracique servant de trait d'union entre les lymphatiques testiculaires et les ganglions sus-claviculaires gauches (1). Charriées par la lymphe, des cellules can-

(1) Troisier, *loc. cit.*

céreuses, véritables embolies, émigrent au loin et vont infecter des ganglions éloignés.

Je laisse de côté la disposition bien connue des lymphatiques du testicule et du canal thoracique pour rappeler simplement que ce dernier, au voisinage de sa terminaison, s'infléchit en arcade, en parcourant un demi-cercle autour de la veine jugulaire interne, dans laquelle il se jette à son confluent avec la veine sous-clavière gauche. C'est à ce niveau que le canal thoracique reçoit les lymphatiques afférents des ganglions sus-claviculaires. Il existe donc dans cette région, de par la coudure du canal thoracique, une certaine gêne au cours de la lymphe, et il ne paraît pas douteux qu'il puisse s'y produire un reflux de ce liquide capable de forcer l'entrée des vaisseaux lymphatiques afférents. Souvent, en effet, la valvule de forme variable qui existe à l'embouchure du canal thoracique dans la veine sous-clavière, est insuffisante, et, lors de l'expiration, le sang veineux peut refluer dans le canal, tout au moins refouler la colonne liquide qui s'y trouve et dont la migration est empêchée par d'autres valvules sous-jacentes. Dans les efforts, dans les phénomènes physiologiques habituels : expiration, rire, etc., le remous se produit et la pression peut être suffisante pour triompher de la résistance valvulaire des lymphatiques afférents qui ramènent la lymphe des ganglions sus-claviculaires.

M. Lesnes dans sa thèse établit le bien fondé de cette manière de voir, en s'appuyant sur des recherches anatomiques et physiologiques auxquelles, désireux de rester sur le terrain clinique, je ne puis que renvoyer.

L'extension du néoplasme aux ganglions sus-claviculaires par continuité d'une lymphangite cancéreuse du canal thoracique, n'est guère admissible. Cette lymphangite a, du reste, été très exceptionnellement constatée dans des généralisations de cancers abdominaux. M. Lesnes n'a pu en réunir que trois cas.

C'est donc le mécanisme de l'embole cancéreux, cheminant dans le canal thoracique pour s'arrêter dans une région où le cours de la lymphe est ralenti, modifié, qui paraît le plus vraisemblable.

Cette fixation à distance d'éléments cancéreux, infectant les ganglions sus-claviculaires gauches, répond d'autant mieux à la réalité des faits qu'il ne saurait être, dans ces cas, question de contamination des ganglions de proche en proche, et que l'adénite ne pouvait être attribuée à une généralisation cancéreuse pleuro-pulmonaire dont les signes faisaient défaut.

En m'appuyant sur les observations que je viens de relater, je crois devoir présenter les considérations suivantes :

Le cancer du testicule peut s'accompagner d'adénopathie sus-claviculaire gauche.

Cette adénite à distance, qui n'avait pas été signalée jusqu'ici, sera parfois la seule manifestation apparente d'une infection ganglionnaire d'origine testiculaire. Elle se présente à une époque plus ou moins éloignée du début de la tumeur primitive. Ses caractères sont variables suivant son ancienneté, suivant la malignité du néoplasme, etc., d'où la forme de *polyadénite sus-claviculaire diffuse*, que nous avons observée. Elle s'explique par la migration dans le canal thoracique de cellules cancéreuses. Leur localisation, leur greffage dans les ganglions sus-claviculaires gauches, paraît devoir être attribué dans certains mouvements physiologiques et autres au reflux de la lymphe dans les vaisseaux afférents de ces ganglions.

L'anatomie, la physiologie pathologique rendent compte de cette propagation rétrograde des tumeurs du testicule (1).

Dans les néoplasmes de cet organe, on devra dorénavant explorer avec soin le creux sus-claviculaire gauche.

Dans cette région on trouvera des éléments nouveaux de pronostic et certainement aussi des contre-indications opératoires.

(1) L'infection des ganglions, se produisant malgré les valvules des vaisseaux en sens inverse du cours de la lymphe, constitue, dans l'histoire de la diffusion des tumeurs, de leur propagation rérograde, un fait pathologique fort intéressant sur lequel l'attention a été à peine appelée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 janvier 1894.

Présidences successives de MM. Laboulbène et Rochard

Typhus exanthématique.

M. Proust communique un mémoire sur l'épidémie de typhus exanthématique qui a sévi en France en 1893. Après avoir rappelé le relevé statistique de cette épidémie, il démontre l'influence prépondérante des vagabonds sur sa propagation. Notamment, l'origine bretonne de cette dernière épidémie a nettement montré que la transmission a eu lieu de ville en ville par des gens venant demander asile dans les granges, les asiles de nuit, les hôpitaux ou hospices, les dépôts de mendicité, les prisons, etc. ; bientôt les personnes appelées à leur donner des soins ont contracté la maladie et formé comme autant de foyers qu'il n'a été possible d'éteindre que par des mesures énergiques de désinfection.

Au moment où quelques cas de typhus viennent de réapparaître dans plusieurs départements et même à Paris, il importe de ne recevoir aucun vagabond dans un établissement quelconque sans procéder tout d'abord à la désinfection de ses vêtements et au nettoyage de l'individu. A Paris, cela est facile, grâce aux établissements publics de désinfection, car l'on a vu quels services ils ont rendus dans l'extinction rapide de l'épidémie dernière. En province, de telles pratiques se multiplient heureusenent; il est de la plus grande importance de surveiller avec soin les lieux d'asile de toutes sortes et de les munir des installations nécessaires.

M. Proust rappelle enfin les symptômes qui permettent de ne pas confondre le typhus avec la rougeole ou la fièvre typhoïde, comme on aurait pu le faire longtemps cette année, sans l'initiative de M. le Dr Sapelier à la prison de Nanterre et la confirmation autorisée de M. Léon Colin.

Passage de substances étrangères à l'organisme à travers le placenta.

M. Porak. — L'arsenic, le cuivre, le plomb, l'atropine, le phosphore traversent ; le mercure, l'alizarine ne traversent pas le placenta. Cet organe est un lieu d'accumulation élective pour le cuivre et surtout pour le mercure. Le plomb ne s'y fixe pas.

La présence de substances étrangères à l'organisme dans le placenta démontre que c'est bien par cet organe que s'effectuent les échanges matériels entre la mère et le fœtus.

Les poisons s'accumulent en plus grande quantité dans les tissus du fœtus que dans ceux de la mère, en vertu probablement de leur puissance assimilatrice et de leur insuffisance désassimilatrice. Ils se diffusent davantage chez les petits où on les trouve dans le foie, dans le système nerveux central et dans la peau, que chez la mère où on les trouve presque exclusivement dans le foie. Cette circonstance permet de distinguer dans l'accumulation des poisons une affinité élective des tissus et une affinité de passage dans le foie.

Cette action toxique sur les petits permet de comprendre la pathogénie de l'avortement qui est dû ordinairement à une action directe sur la circulation placentaire ou à un retentissement de la santé de la mère sur la santé des petits. Elle explique la mortinatalité et la polymortalité des jeunes par l'accumulation du poison soit dans le placenta, soit dans le système nerveux central.

Ces recherches donnent la mesure de l'affinité des tissus pour le poison, difficile à apprécier chez l'adulte à cause de leur accumulation dans le foie due à leur passage à travers cet organe. Elles expliquent soit la symptomatologie de l'intoxication, soit l'action thérapeutique des poisons administrés à doses tolérables.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 décembre 1893.

Stabilité et conservation des solutions étendues de sublimé.

M. Léo Vignon. — Lorsqu'on abandonne à elle-même, à la température ambiante, une solution aqueuse de sublimé à 1 0/00, on constate qu'au début et dans les premières heures qui suivent sa préparation, elle demeure limpide. Mais, au bout d'un temps qui peut varier d'un à trois jours, elle donne naissance à un précipité blanc d'abord très faible, dont la quantité augmente avec le temps. Elle s'appauvrit ainsi, lentement si elle est contenue dans un récipient clos, très rapidement, au contraire, si elle est conservée en vase ouvert.

D'autre part, les substances colorantes avec lesquelles on colore fréquemment les solutions de sublimé, telles que la fuchsine ou le carmin d'indigo, diminuent la proportion de mercure insolubilisé pendant un temps donné. A ce point de vue, le carmin d'indigo donne de meilleurs résultats que la fuchsine. Enfin, si l'on associe aux solutions de sublimé de l'acide chlorhydrique ou des chlorures alcalins, on augmente dans de larges proportions leur conservation et, par suite, leur valeur antiseptique, celle-ci étant liée à la conservation de leur état initial.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 décembre 1893.

Présidence de M. Fernet.

Le ganglion de Troisier et sa valeur séméiologique. Un cas de carcinome pré-aortique.

M. Galliard présente un ganglion sus-claviculaire recueilli chez une femme morte d'un carcinome rétro-sternal et pré-aortique. Il existait de plus une pleurésie séreuse gauche. Le ganglion siégeait au dessus de la clavicule gauche, en arrière de l'insertion du sterno-mastoïdien, et était unique. Ce fait prouve encore une fois la valeur séméiologique de l'adénopathie signalée par M. Troisier.

M. Rendu lit le compte rendu des travaux de l'année et apprécie l'œuvre des membres décédés : MM. Desnos, Hardy, Ball, Marrotte, Delasiauve, Peter, Vidal, Lailler et Charcot.

Le Bureau de la Société est ainsi composé pour l'année 1894 : MM. Ferrand, *président ;* Hayem, *vice-président ;* Rendu, *secrétaire général.*

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 décembre 1893.

Accidents toxiques produits par le salicylate de soude.

M. Huchard. — Une femme d'une quarantaine d'années atteinte de névralgie rhumatismale avait déjà pris souvent du salicylate de soude qui lui avait bien réussi. Je lui ordonnai 6 grammes de salicylate en 5 prises dans la journée. Elle prit la solution d'une bouteille titrée qui avait été laissée depuis un certain temps. Le liquide s'était probablement concentré, car il renfermait des cristaux de sucre. Peut-être était-il altéré. En tout cas, deux heures après la dernière dose la malade ressentit une dyspnée considérable, sans aucun signe à l'auscultation. En même temps, elle éprouvait une angoisse et une anxiété considérables.

Et cependant, même en supposant le liquide concentré, la dose de 10 à 12 grammes n'est pas toxique. Certains de mes confrères ne craignent pas de l'ordonner. D'autre part le rein fonctionnait normalement. Néanmoins le médicament s'éliminа lentement; au bout de deux jours, on en observait encore des traces dans l'urine. Peut-être s'agit-il ici d'un fait d'idiosyncrasie.

M. C. Paul regrette qu'on n'ait pas fait l'analyse du contenu de la bouteille. Cette analyse était indispensable pour tirer une conclusion ferme. Sur sa demande M. Huchard affirme que sa malade avait des bourdonnements d'oreille intenses, signe d'intoxication par le salicylate.

M. Bardet rapporte un fait très positif d'idiosyncrasie pour le salicylate. Le malade après avoir pris 3 grammes fut pris de bourdonnements d'oreille, avec oppression pénible et délire inquiétant. Les urines étaient normales, le rein fonctionnait bien.

Les accidents par le salicylate arrivent presque toujours chez le vieillard. Aussi est-on en droit de se demander si l'élimination n'est pas moins active chez les personnes qui dépassent l'âge moyen.

M. Huchard demande à ce propos à quelle dose on peut employer le salicylate.

Pour lui 5 à 6 grammes par jour sont suffisants. Une dose inférieure, 3 à 4 grammes, ne produit aucun effet. M. Labbé fait prendre le salicylate avant de manger dans un verre d'eau de Vichy ou de Vals. Il rappelle que l'évêque d'Orléans, Mgr Dupanloup, est mort d'une attaque de goutte après avoir pris deux grammes de salicylate. Aussi, bien des personnes craignent-elles cette substance et il est nécessaire de les avertir qu'elles doivent ressentir des bourdonnements d'oreille, que ceci est nécessaire pour que le médicament agisse afin qu'elles ne s'effrayent pas.

Quatre grammes sont insuffisants, 5 douteux, 6 réussissent quelquefois, 8 presque toujours.

M. Créquy ordonne 5 grammes par jour en 10 cachets.

M. Constantin Paul trouve bien inutile d'administrer le salicylate de soude avec une solution de bicarbonate de soude. Celle-ci n'est utile que si on a recours à l'acide salicylique qu'on peut donner sous un plus petit volume.

L'acide salicylique se transforme alors en salicylate de soude grâce au bicarbonate de soude.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 décembre 1893.

Hernies et ruptures musculaires.

M. Berger, de la communication de M. Michaux, retient surtout l'observation d'ostéome, car il en a traité deux cas et veut en tirer quelques déductions pathogéniques. Le premier fait concerne un cavalier qui, dans un effort pour se maintenir sur un cheval difficile, sentit un craquement avec douleur très intense dans la masse des adducteurs. M. Berger vit le malade un mois plus tard et constata dans la partie supérieure du moyen adducteur, près du pubis, un noyau dur, mobile, fixé par la contraction des adducteurs. M. Berger conclut sans hésitation à une petite rupture et pensa qu'avec quelques mois de repos la guérison serait parfaite : c'est ce qui eut lieu, et le malade a pu depuis quelque temps joindre l'exercice de la bicyclette à celui du cheval.

Depuis, M. Berger a vu à l'hôpital Tenon un homme atteint d'une lésion semblable, dont le mécanisme est d'ailleurs resté obscur.

Dans les observations nombreuses publiées depuis quelques années sur l'ostéome des cavaliers, la lésion paraît se développer de deux façons différentes : 1° lente et progressive, elle survient sans accident brusque et c'est la gêne fonctionnelle qui provoque l'examen ; 2° il y a eu un accident brusque et au bout d'un temps variable on note la présence d'une tumeur dans la région qui a été douloureuse. Il s'agit presque toujours d'un accident de cheval (mouvement pour regarder en arrière, effort pour rester en selle, cheval difficile au montoir, etc.). La douleur alors est constante. Par la suite, la tumeur augmente, diminue ou reste stationnaire.

Pour expliquer ces faits, l'hypothèse courante (Favier, Schmidt) est celle d'une myosite ossifiante soit lente et consécutive aux frottements répétés, soit d'origine traumatique.

Il y a des cas où cette myosite est incontestable, et par exemple elle a été vérifiée histologiquement par Laveran sur une pièce de Demmler. Elle seule peut expliquer les cas où la lésion prend toute la hauteur d'un muscle (Schmidt), est symétrique (Labrevois, Schmidt), progressive et d'origine non traumatique.

Mais peut-on l'admettre quand l'ostéome, d'origine brusquement traumatique, est constaté au bout d'un mois 1/2 (Favier), d'un mois (Berger), de trois jours (Lalesque), d'un jour même (Thiriar)? Et Lalesque a trouvé une petite tumeur mobile fixée au pubis par un petit pédicule.

Pour ces cas, on peut émettre l'opinion qu'il s'agit d'un arrachement périostique au niveau du pubis, et, à propos d'un fait où il est intervenu, Orlow a soutenu cette hypothèse. En tout cas, il faut faire des réserves sur la pathogénie classique.

Le traitement opératoire n'a encore été jusqu'ici qu'assez rarement appliqué, et la question n'est pas définitivement jugée. Orlow a eu un bon résultat, mais l'opéré de Josefson a dû finir par être réformé. Espérons que M. Michaux aura réussi.

M. Delorme, à l'appui de l'opinion de M. Berger, présentera dans la prochaine séance une pièce où on voit un ostéome long de 19 cm., occuper l'extrémité inférieure (siège exceptionnel) du moyen adducteur et s'implanter largement sur le fémur.

Revenant sur la communication de M. Michaux, M. Delorme croit que M. Michaux a mal interprété l'opinion de Farabeuf, quand il attribue aux hernies le caractère de grossir et durcir pendant la contraction du muscle : Farabeuf dit juste le contraire, et ses assertions ont été vérifiées expérimentalement par Guinard, dont MM. Delorme et Mignon ont répété les expériences ce matin même avec succès.

Enfin M. Michaux n'admet pas les hernies progressives : c'est une erreur, une perforation traumatique de l'aponévrose expose parfaitement à la hernie, et M. Delorme en a vu tout récemment un exemple après une plaie de l'avant-bras par balle chez un colonel de cavalerie. On saura donc que si, en opérant, on coupe une aponévrose, une hernie musculaire est ultérieurement possible.

M. Gérard-Marchant a opéré à l'hôpital Laennec un écuyer qui avait déjà été opéré par Trélat. La première fois, l'aponévrose aurait été trouvée perforée; la seconde, elle était en dentelle; le muscle était sain. Le fait intéressant est que la tumeur, nulle au repos, durcissait pendant la contraction du muscle. Le diagnostic porté était donc rupture; or, il s'agissait indubitablement d'une hernie. Cette observation vient donc compliquer le débat. Après la seconde opération, il y a encore eu récidive.

M. Le Dentu. — Je comprends fort bien que le déchirement du périoste puisse, dans certains cas, donner lieu à des ossifications, mais je crois qu'il faudrait, dans les observations qui peuvent venir à l'appui de cette pathogénie, préciser davantage le siège des productions osseuses, attendu que le fait de l'apparition brusque et rapide de ces productions ne suffit pas à prouver qu'il s'agit d'un décollement périostique.

Je dois, d'autre part, faire observer à M. Berger que les ruptures musculaires peuvent donner en quelques jours des tumeurs extrêmement dures, qui sont de nature fibreuse et non pas de nature osseuse.

M. Berger. — Dans le cas sur lequel j'ai insisté tout à l'heure, la tumeur osseuse siégeait à un travers de doigt et demi au-dessous du pubis, et elle présentait une dureté tellement manifeste, qu'il ne m'a pas semblé qu'elle pût être constituée par du tissu fibreux.

M. Michaux. — D'après M. Farabeuf, les hernies musculaires disparaissent par l'épreuve de la distension passive, elles disparaissent également quand on fait l'épreuve de la contraction empêchée, mais, en revanche, elles augmentent de volume lorsqu'on commande au muscle de se contracter activement.

Les hernies musculaires proprement dites sont en réalité très rares, et ont été souvent confondues avec des ruptures musculaires, mais elles n'en existent pas moins et l'on ne saurait dire qu'il n'existe que des ruptures musculaires ; M. Guinard et M. Delorme lui-même ont, en effet, produit expérimentalement chez les animaux de véritables hernies musculaires sans la moindre rupture musculaire.

Rate déplacée de la fosse iliaque droite ; splénectomie.

M. Heurteaux (Nantes). — Il s'agit d'une jeune fille qui portait une tumeur dans la fosse iliaque droite au sujet de laquelle les diagnostics les plus divers ont été portés. La laparotomie nécessitée par des accès de péritonite répétés a montré qu'on avait affaire à la rate. Celle-ci avait subi en tombant une rotation de 3/4 de cercle, laissant sa face antérieure en arrière et transportant son bord droit à gauche. L'extrémité supérieure était devenue inférieure. La rate adhérait au pourtour de l'épiploon et à 2 anses d'intestin grêle.

La splénectomie fut pratiquée; la malade, fort débile, succomba et on ne trouva à l'autopsie qu'une péritonite très localisée.

M. Heurteaux fait suivre son observation de réflexions sur la rareté des cas. On aurait peut-être pu faire le diagnostic grâce à la sensation d'un bord mousse sur la tumeur.

Il compare la tumeur aux kystes ovariques dont les pédicules, dans leur torsion, amènent des symptômes analogues.

M. Picqué présente un malade de M. Gougenheim opéré pour une fistule consécutive à une trachéotomie.

Bureau pour 1894.

Président : M. Championnière.
Vice-président : M. Th. Anger.
Secrétaire général : M. Ch. Monod.
Secrétaires des séances : MM. Peyrot et Segond.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 29 décembre 1893.

Névrite parenchymateuse. — Rein unique.

M. Fresson présente une anomalie rénale, chez un homme mort dans le service de M. Bucquoy à l'Hôtel-Dieu. Les symptômes avaient été ceux de l'anémie, le malade ayant dans ses urines 6 à 9 grammes d'albumine. La pièce présentée montre qu'il s'agit d'un rein unique, assez irrégulier, multilobé, présentant deux uretères, dont un commun à deux calices. Le système artériel paraît normal quant aux origines. Le tissu rénal est congestionné; et il n'y avait rien de particulier dans les autres viscères.

Anévrysme du tronc brachio-céphalique.

M. Guinard a été appelé par M. Blum pour observer un malade atteint d'une tumeur siégeant à la partie antérieure et inférieure du cou, paraissant plonger dans le médiastin antérieur. Cette tumeur volumineuse présentait un point bosselé, mou, adhérent à la peau qui menaçait de s'ulcérer prochainement. On ne percevait rien d'anormal à l'auscultation du cœur ; les deux pouls radiaux étaient identiques. Comparant ce cas à un autre observé précédemment, M. Guinard diagnostiqua un anévrysme du tronc brachio-céphalique artériel et se proposa de faire la ligature de l'artère carotide et de l'artère sous-clavière droites ; l'opération se fit sans accident, mais difficilement pour ce dernier vaisseau. Le lien employé fut un fil de soie. Il n'y eut aucune suite opératoire, aucun trouble du côté du cerveau et du membre supérieur droit. La bosselure sous-cutanée de la tumeur s'effaça et il n'y eut plus de menace d'ouverture. Le malade eut une survie de deux mois ; la mort eut lieu par compression de la trachée.

L'autopsie montra que la tumeur avait un prolongement du volume du poing dans le médiastin antérieur, qu'elle était assez bien circonscrite, et que l'orifice du sac anévrysmal situé sur le trajet du tronc brachio-céphalique était petit et comme fait à l'emporte-pièce. Il existait un caillot dans l'artère carotide primitive, mais il n'y en avait pas dans la sous-clavière. Les branches de cette dernière étaient volumineuses et avaient facilement et immédiatement suppléé le tronc lui-même dans sa fonction de nutrition du membre supérieur droit; la vertébrale avait suppléé de même la carotide primitive dans son territoire intra-crânien, d'où absence de choc cérébral. On constata que le nerf récurrent droit n'était pas comprimé à cause d'une dépression de la tumeur à ce niveau.

M. Guinard fait observer que si la tumeur avait été moins volumineuse, les branches de la sous-clavière eussent été moins dilatées, et la circulation collatérale moins vite rétablie ;

il est donc préférable d'opérer par cette méthode de la ligature double, lorsque la tumeur anévrysmale est peu développée. M. Guinard fait, en outre, remarquer qu'un fil de soie avait disparu au bout de deux mois.

Mélanose généralisée.

M. Levy a observé une femme qui avait été opérée, trois ans auparavant, d'énucléation d'un globe oculaire pour sarcome de la choroïde. Peu à peu, son ventre avait augmenté de volume et, à son entrée, on constatait une tuméfaction très prononcée de l'hypochondre droit. Cette femme, qui était entrée à l'hôpital dans un état cachectique très avancé, n'avait pas d'ascite et présentait encore comme symptômes de la mélanine dans l'urine, décelée par l'eau bromée.

A l'autopsie, on trouva un foie qui pesait 15 livres, de couleur noirâtre; son hypertrophie porte surtout sur le lobe droit, et plutôt à la partie voisine du hile; on y voit à la coupe des noyaux de matière mélanique; par places on trouve des noyaux de matière jaunâtre. Le lobe gauche présente les mêmes lésions, mais il faut y joindre un peu de cirrhose. Sous le lobe gauche, il existait une masse du volume d'une tête de fœtus contenant une pulpe gélatineuse de couleur brun noirâtre. La rate présente un volume normal. Dans tous les viscères, il existe des noyaux (dure-mère, pie-mère, endocarde, poumon, plèvre, utérus, etc.).

Rupture du poumon.

M. Heresco présente le poumon d'un homme mort dans le service de M. Championnière à l'hôpital Saint-Louis. Il était entré en état de coma; on trouva à l'autopsie qu'il n'existait aucun épanchement dans les plèvres, mais un épanchement sanguin sous-pleural en arrière et du côté du médiastin.

Stéatose des glandes gastriques.

M. Pilliet présente des pièces histologiques de muqueuse stomacale de lapins morts 24 heures après injection sous-cutanée de sublimé au 1/10. Seules les glandes peptiques sont stéatosées. Ce procédé a la même explication pathogénique que celui employé par Wagner quand il empoisonnait ses animaux par le phosphore. Comme l'ont démontré Cl. Bernard et Bareswill, lorsque le rein est détruit expérimentalement, les glandes du tube digestif deviennent des émonctoires. On aurait, d'ailleurs, les mêmes lésions histologiques pour toutes les toxines microbiennes.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 décembre 1893.

Présidence de M. Chauveau.

Anatomie cérébrale.

M. Déjerine. — J'ai poursuivi depuis de longues années mes recherches sur l'anatomie des centres nerveux, étudiée à l'aide des dégénérescencee secondaires; je ne me suis pas contenté d'inspecter à l'œil nu l'écorce et les différents organes de la base. Mais j'ai pratiqué des coupes en série de la capsule interne et du pédoncule cérébral; ces coupes colorées par la méthode de Weigert ou de Pal fournissent des renseignements extrêmement précieux.

Les lésions du pédoncule cérébral ont été observées dans 26 cas de lésions corticales, et fixées plus spécialement dans l'étage inférieur ou pied du pédoncule. Dans un premier groupe de faits, il existait un ramollissement cortical de toute la face externe de l'hémisphère gauche, avec une zone ramollie en dedans de l'hémisphère opposé. Dans ces cas tout l'étage inférieur du pédoncule était dégénéré: ceci montre que les fibres correspondantes sont des fibres longues naissant de la corticalité.

J'ai étudié avec M. Vialet des lésions corticales plus limitées siégeant seulement sur les lobes occipitaux; ici le pied du pédoncule était intact, et l'on trouvait une dégénérescence dans le segment rétro-lenticulaire de la capsule interne. Il s'ensuit que le pied du pédoncule n'a pas de représentation corticale dans le lobe occipital. Les lésions de la pointe du lobe frontal prêtent aux mêmes considérations.

En cherchant à analyser encore plus étroitement l'anatomie de l'étage inférieur et de ses faisceaux composants, j'ai été amené à des constatations plus précises. Les fibres qui occupent dans le pied du pédoncule le cinquième interne naissent de l'opercule Rolandique et frontal et passent par le genou de la capsule interne. Le cinquième externe ou faisceau de Türck naîtrait du lobe occipital suivant Türck, Meynert, von Monakow, Ziegler et Zacher. Suivant mes recherches, il n'en est pas ainsi; et dans le cas, j'ai vu que ce faisceau prend naissance dans le lobe temporal, ou plus exactement vers le milieu de la 2e et de la 3e temporales.

Le faisceau moyen ou les trois autres cinquièmes de l'étage inférieur naîtraient chez le chien du gyrus sigmoïde. Charcot a bien montré qu'il correspond à la zone rolandique, mais il l'a examiné en masse. D'après mes études, sa partie interne correspond à la zone Rolandique moyenne, sa partie externe à la zone Rolandique supérieure et au lobule paracentral. Les lésions qui occupent toute la région Rolandique moins l'opercule entraînent la dégénération de toute la région moyenne de l'étage inférieur du pédoncule.

Il ressort de ces faits que toutes les fibres de cet étage sont des fibres longues qui, parties des circonvolutions, dépassent les noyaux gris et la capsule interne ainsi que le pédoncule pour se terminer dans la protubérance, le bulbe et la moelle.

Réaction aux injections organiques.

M. Daremberg. — La communication de M. Arloing et les remarques de MM. Bouchard et Charrin sur ce sujet m'ont remis en mémoire qu'au cours d'un traitement par le liquide testiculaire chez des tuberculeux, j'avais vu des phthisiques avancés et fébricitants ne rien présenter à la suite des injections, tandis que chez des tuberculeux au début et sans fièvre, il s'est produit une réaction et une élévation thermique caractérisée.

M. Capitan. — Le même liquide employé dans des conditions identiques chez d'autres malades, des ataxiques, par exemple, provoque parfois une réaction fébrile des plus manifestes.

Sur la pathogénie de la scarlatine.

M. Ricochon. — La communication faite par M. Bergé à la Société de biologie dans une de ses dernières séances (v. *Bulletin médical*, 1893, p. 1146) m'a remis en mémoire certains faits cliniques qui me semblent avoir quelque intérêt relativement aux rapports qui peuvent exister entre la scarlatine et l'érysipèle. Les voici, tels que je les ai observés, et à titre de simples documents:

Je fus appelé, le 24 mars, dans un village pour soigner un homme atteint de fièvre et de rougeur diffuse, sans tuméfaction, occupant la face entière, le cou, la région antérieure de la poitrine; sur sa limite se dessine nettement un piqueté plus rouge. Je m'arrête donc, comme diagnostic, à l'idée d'une scarlatine à son début, et je découvre encore quelques plaques rougeâtres de-ci de-là, sur le dos et le ventre.

Il n'y avait aucun cas de scarlatine dans le pays.

Je revois le malade tous les deux jours. Les choses restent en l'état, comme fièvre, comme rougeur; celle-ci ne s'étend pas; et dès ma deuxième visite, c'est-à-dire le sixième jour de la maladie, il y a par places des traces de desquamation furfuracée.

Le malade ne semble pourtant pas aller beaucoup mieux ce jour. Il attire particulièrement mon attention sur sa jambe gauche, où il a depuis longtemps un ulcère variqueux, qui depuis le premier jour de sa maladie était plus douloureux et plus enflammé que de coutume.

Cet ulcère devint le point de départ d'une lymphangite suppurée et le malade succomba deux mois plus tard.

Mais voici où la question prend de l'intérêt.

Le 6 avril, une femme qui avait visité le malade et qui n'avait jamais eu antérieurement d'érysipèle, fut prise d'un érisypèle de la face qui a évolué régulièrement.

Le 15 avril, son mari, qui s'était écorché un doigt, éprouve dans ce doigt une douleur vive, sans que d'ailleurs l'inflammation fût notablement augmentée.

Je le vis le surlendemain. Il n'y avait pas de traces de

lymphangite dans la longueur du bras; mais les ganglions de l'aisselle étaient empâtés, volumineux, fort douloureux. Le septième jour, j'en pratiquai l'incision; il s'écoula beaucoup de pus.

Le 17 avril, je fus appelé à visiter une jeune femme habitant le même village, qui était accouchée depuis cinq jours, et qui se plaignait d'un violent accès de fièvre. Le lendemain, je constatai chez elle une scarlatine typique, avec son efflorescence cutanée, sa courbe thermométrique, et tous les symptômes concomitants. Elle a guéri.

Entre temps, un jeune soldat qui revenait du Tonkin convalescent d'une dysenterie grave et complètement délabré, qui visitait souvent le premier malade, se présenta à moi dans ma tournée, avec une traînée de lymphangite dure, au bras. Je ne constatai comme porte d'entrée qu'un léger boursoufflement à la matrice unguéale de l'index. La résolution se fit d'elle-même, sans suppuration.

Le 19 avril, un homme d'un village voisin, et qui avait l'habitude de se rendre au village où résidaient les premiers malades, fut pris à la face d'un érysipèle grave, dont la convalescence fut pénible et s'accompagna de gonflement du foie et d'albuminurie.

Ainsi, voilà, selon leur ordre chronologique et d'après une filiation qu'il est facile de voir :

1° Une inflammation suppurative, à la suite d'une exacerbation subite d'un ulcère variqueux de la jambe, inflammation suivie de lymphangite de voisinage, d'éruption scarlatiniforme généralisée, puis, plus tard, d'abcès multiples sur le trajet des lymphatiques de la jambe et, finalement, de résorption purulente.

2° Un érysipèle de la face chez une femme.

3° Une adénite axillaire suppurée chez le mari.

4° Une scarlatine franche, chez une jeune voisine récemment accouchée.

5° Une lymphangite cordée de l'avant-bras chez un voisin profondément débilité.

6° Un érysipèle de la face, chez un visiteur de tous les malades précédents.

Ces faits cliniques m'ont paru assez intéressants.

Ils semblent bien établir une présomption de plus, en faveur de l'identité d'origine des différentes maladies précitées.

Un streptocoque pyogène.

MM. Doléris et **Bourges**. — Nous avons observé un abcès pelvien peuplé par un streptocoque à chaînettes courtes rappelant le streptocoque brevis de Lingelsheim. Ce microbe ne liquéfie pas la gélatine, ne trouble pas le bouillon, coagule le lait, et se décolore par le Gram. Il n'est pas pathogène pour le lapin.

Asynchronisme des deux cœurs.

M. Gley. — J'en ai observé des exemples sur un lapin et sur plusieurs chiens. Par exemple, dans certaines conditions où l'activité cardiaque est réduite à une sorte de trémulation, on peut voir celle-ci persister du côté gauche, tandis que le cœur droit reprend des battements rhythmiques. Chez d'autres animaux intoxiqués par la strophantine ou la nicotine, j'ai pu observer une dissociation des contractions ventriculaires, ou encore la persistance pour le seul ventricule droit de la réactivité au contact simple.

M. Phisalix. — J'ai observé, et M. Kaufmann l'avait déjà noté, que les animaux empoisonnés par le venin de vipère montrent des phénomènes cardiaques en tout semblables.

M. Chauveau. — J'ai fait dès longtemps un grand nombre d'expériences sur ce sujet, et constaté l'asynchronisme des oreillettes, et la persistance de battements dans la seule oreillette droite. Depuis, M. Arloing a observé et démontré rigoureusement par l'inscription graphique l'asynchronisme et la dissociation de la contraction des ventricules.

Cirrhose compliquée d'infection.

MM. Charrin et **Veillon.** — Un malade atteint d'une cirrhose de Laennec en voie d'amélioration a succombé à une péritonite aiguë intercurrente. Le pus péritonéal recueilli une heure après la mort ne contenait que du pneumocoque virulent. Le même pus à l'autopsie après 26 heures contenait beaucoup de coli bacilles, qui masquaient le pneumocoque. Ceci prouve combien sont sujettes à caution toutes les recherches bactériologiques faites sur des matériaux recueillis à l'autopsie.

M. Mathias Duval, étudiant le placenta des carnassiers, a constaté la persistance de l'endothélium des vaisseaux maternels, ou la ramescence des vaisseaux au sein même des formations épithéliales.

M. Ramon y Cajal a poursuivi des observations sur la structure des plexus nerveux de l'intestin. Il a examiné des embryons de mammifères, et vu que les ganglions comprennent des cellules multipolaires d'où émanent des fibres pour les muscles lisses et les épithéliums glandulaires; il y a aussi des fibres de passage qui se rendent directement dans les organes terminaux.

J. Girode.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 27 *décembre* 1893.

Présidence de M. Cordier.

Mycosis fongoïde ou sarcomatose cutanée.

M. Roux, interne des hôpitaux, présente au nom de M. Auguste Pollosson un malade porteur de tumeurs multiples dans la région de l'épaule, tumeurs développées sur une peau saine, ayant la plupart un petit volume, mais dont l'une atteint les dimensions d'une mandarine. Il se demande s'il s'agit d'un cas de mycosis fongoïde ou d'une sarcomatose cutanée à forme pseudo-mycosique. L'examen histologique a montré que ces tumeurs étaient constituées par des cellules analogues à celles du sarcome fuso-cellulaire, mais ce fait n'est pas suffisant pour éliminer l'hypothèse de mycosis fongoïde.

Hydronéphrose double, néphrotomie. — Hémorrhagie sous-corticale dans le rein du côté opposé.

M. Siraud, interne des hôpitaux, présente deux reins atteints d'hydronéphrose provenant d'une malade décédée dans le service de M. le professeur Poncet, à la suite d'une intervention qui avait consisté à inciser l'un de ces reins. A l'autopsie il y avait dans le rein opéré des caillots récents, mais le fait le plus intéressant a été la présence entre la capsule et la substance corticale de l'autre rein d'une vaste hémorrhagie, de sorte qu'à la coupe de ce rein celui-ci présentait une bordure noire de près de deux centimètres, constituée par du sang coagulé. Il n'y avait pas de caillots dans l'atmosphère cellulo-adipeuse, tout le sang était épanché sous la capsule propre du rein.

Au point de vue de la pathogénie de cette hydronéphrose double, M. Siraud a recherché des coudures ou des valvules dans les uretères, mais il n'a trouvé aucune cause pouvant expliquer la dilatation de ces reins. Ceux-ci n'étaient pas non plus déplacés ou mobiles.

M. Glénard dit que cette observation l'intéresse au point de vue de la pathogénie des hydronéphroses. On tend à admettre que la ptose du rein mobile est une cause fréquente d'hydronéphrose. Or, M. Glénard a examiné à l'heure actuelle environ 500 malades atteints de rein mobile et il n'a noté la coïncidence de l'hydronéphrose que deux fois.

Coexistence du cancer du cardia et du duodénum.

M. Paul Courmont, interne des hôpitaux, présente des pièces anatomiques provenant d'un malade du service de M. Lannois. Il s'agit d'un double cancer. L'une des tumeurs, située au niveau du cardia, paraît certainement primitive. L'autre, développée au niveau de l'ampoule de Vater, est probablement une greffe, à moins qu'il ne s'agisse d'une coexistence de deux cancers primitifs.

M. Bard dit que l'examen histologique peut seul trancher cette question. Il retient de la communication de M. Courmont un fait, c'est que le malade ne présentait pas de symptômes analogues à ceux du cancer primitif de la tête du pancréas. M. Bard a déjà signalé dans son mémoire fait en

collaboration avec M. Pic que les cancers secondaires de la tête du pancréas ne donnent pas les symptômes des cancers primitifs. Il est intéressant d'ajouter que les cancers primitifs du duodénum ne s'accompagnent pas non plus de ces symptômes.

Valeur séméiologique de la recherche des produits de la digestion dans le suc gastrique.

M. Linassier cherche à établir que l'on ne peut tirer aucune conclusion de la plus ou moins grande quantité de peptones ou de propeptones dans le suc gastrique relativement à la richesse de ce suc gastrique en acide chlorhydrique et en pepsine. En effet, la quantité de peptones que l'on trouve à un moment donné n'est pas la totalité de celles qui ont été produites, mais bien la différence entre cette quantité à celle qui a été éliminée soit par son absorption, soit par propulsion dans le duodénum.

Dr L. Dor.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

2e *semestre* 1893.

Eléphantiasis de la face.

Le malade présenté par **M. M. Pollosson** était porteur d'une énorme tumeur éléphantiasique de la face consécutive à un nævus et occupant toute une moitié de la face. Cette tumeur a été morcelée en différentes séances à l'aide du bistouri et des ciseaux. Ces ablations successives n'ont pas donné beaucoup de sang et les pertes de substance ont pu se réparer aisément.

Pied bot congénital.

M. Ollier. — Une jeune fille, porteur d'un pied bot varus équin avec enroulement de l'avant-pied, marchait sur le dos du pied, sur la face dorsale du cuboïde : à ce niveau s'était développée une grosse bourse séreuse qui s'était enflammée et avait produit un abcès resté fistuleux.

M. Ollier enleva d'abord cet hygroma accidentel à parois épaisses et indurées et, par la même incision et dans la même séance, extirpa l'astragale, le cuboïde, la partie antérieure du calcanéum, ainsi que l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien. L'opération fut complétée par la section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire interne. Le redressement fut complété ensuite avec la main, et le pied mis dans un appareil plâtré.

Il n'y eut aucune complication post-opératoire. Actuellement la malade marche bien d'aplomb sur la plante du pied ; il n'y a plus de varus non plus ni d'enroulement de l'avant-pied ; l'opérée marche sans douleur, avec un peu de claudication due au raccourcissement du membre en général.

M. Ollier fait remarquer la beauté des résultats et dit que dans ces cas invétérés et chez les adultes, il ne faut même pas discuter les procédés comme le massage forcé, etc. ; il n'y a que l'intervention sanglante qui puisse donner des résultats.

M. Delore fait remarquer, à propos de la malade de M. Ollier opérée par des résections multiples du tarse, que : 1° la guérison a demandé six mois pour se faire ; 2° le pied opéré est naturellement raccourci ; 3° il présente une grande raideur, voisine de l'ankylose, de toutes les articulations du pied ; 4° le pied a bien une bonne surface d'appui, mais il n'a plus d'élasticité, ce qui gênera beaucoup la marche dans laquelle le pied doit se mouler sur le sol, en quelque sorte, suivant les besoins.

Pouvait-on dans ce cas remplacer les résections multiples par la tarsoplasie? M. Delore *croit* que oui, M. Vincent, qui a vu le malade, *affirme* que oui. Du reste, M. Delore a tarsoplasié des sujets très adultes, ayant trente ans, et porteurs de déformations aussi accentuées que celles présentées par la malade de M. Ollier.

M. Ollier s'étonne beaucoup des réflexions que vient de faire M. Delore. On a l'air de l'accuser en certain milieu d'être résectionniste à outrance dans le cas de pied-bot. C'est une erreur absolue. C'est lui qui s'est élevé le premier contre l'abus des résections chez les enfants porteurs de pieds-bots et il soutient encore que chez eux il vaut mieux commencer par le massage forcé. Mais, dans le cas qu'il a présenté, il n'a jamais songé à faire autre chose que des résections, car on ne pouvait raisonnablement, étant donnée l'extrême déformation, penser à faire autre chose que des résections.

Sans doute le pied n'est pas parfait après ces résections. Le pied est plus bref, mais il y a une brièveté préexistante à l'opération par atrophie congénitale. Quant à la raideur du pied opéré, M. Ollier est heureux de pouvoir rassurer M. Delore à cet égard. Ces raideurs des néarthroses après les résections, après l'astragalectomie en particulier, disparaissent complètement au bout de quelques mois par l'exercice méthodique et progressif des nouvelles jointures.

Encore une fois, dit M. Ollier, pour les déformations extrêmement accusées chez les adultes, les résections valent mieux que le broiement brutal, aveugle des os du pied sous le tarsoplaste.

M. Delore répond que la tarsoplasie n'est pas du tout un broiement et que M. Ollier n'a pas l'air de se faire une idée juste de son mode d'action. C'est une opération qui se borne à écarter les articulations, à décoller tout au plus quelques lamelles périostiques. Les opérés de M. Delore n'ont jamais souffert après ces modelages forcés du tarse. Quant à l'importance de l'âge du sujet et du degré des déformations, elle n'est pas aussi considérable que M. Ollier veut bien le dire, M. Delore a opéré par la tarsoplasie des sujets très adultes, il le répète, et tout aussi déviés que la malade de M. Ollier.

Nécrose du maxillaire inférieur.

M. Vincent présente une petite fille atteinte de nécrose du maxillaire inférieur qui a été l'objet d'interventions multiples, pour l'extraction des nombreux séquestres, résultats de l'ostéite probablement syphilitique.

M. Vincent a temporisé le plus possible dans l'espoir que les séquestres exciteraient les propriétés ostéogènes du périoste. Il a fallu se résoudre cependant à les enlever avant qu'on pût constater la formation d'une coque périostique, parce que la suppuration, très abondante, déglutie en partie, malgré tous les soins de propreté, intoxiquait la malade.

Avec l'obligeant concours de M. Martin, le chirurgien de la Charité enleva donc les fragments nécrosés du maxillaire inférieur tout entier, sauf les apophyses des branches montantes, et plaça immédiatement un appareil de prothèse. Cet appareil, construit par M. Martin, ne pouvait avoir de point d'appui en arrière ; le dentiste en trouva un très ingénieusement sur les dents du maxillaire supérieur.

Malgré les lavages, malgré la perfection de l'appareil, la suppuration continua et l'appareil se déplaça ; son simple contact détermina la destruction d'une portion de la rigole périostéo-cutanée, dans laquelle il était placé. On voit sur la face externe, du côté droit, des cicatrices de ce travail destructeur de tissus enflammés, dépourvus de vitalité par pression.

Il faut ajouter que les portions restantes des branches montantes se sont détachées peu à peu et qu'il s'est effectué ainsi une nécrose totale du maxillaire inférieur. Après des essais multiples d'appareils de prothèse, M. Martin eut l'idée vraiment ingénieuse de placer, au niveau de l'arc membraneux, un arc en étain massif.

Il y a un an que cette pièce a été placée. Dans l'intervalle, l'enfant a été envoyée à Gien ; elle en revient avec une mine florissante et un embonpoint, preuve certaine, indéniable des services rendus par ce maxillaire artificiel pour la mastication des aliments de toute nature. Cet arc, très lourd, empêche par son poids le retrait en arrière du menton, et par conséquent l'avalement de la langue, accident que M. Vincent a vu se produire dans pareil cas chez un enfant de trois ans.

Par son poids il fournit encore un point d'appui aux muscles masticateurs, et par sa résistance il fournit la seconde branche nécessaire pour produire l'écrasement des aliments, soit contre les dents du maxillaire supérieur, soit contre la partie antérieure de la voûte osseuse du palais.

Indépendamment des avantages ci-dessus signalés, M. Vincent fait remarquer que sa malade peut s'exprimer d'une façon distincte. La nécrose, qui a été totale, n'a été suivie d'aucune régénération, sauf peut-être une légère bandelette au niveau

des apophyses geni. Est-ce du tissu osseux ? est-ce du tissu fibreux ? M. Vincent n'ose se prononcer.

M. Ollier croirait plutôt que cette induration, très limitée, médiane, est bien formée par du tissu osseux.

Exostoses multiples.

M. Vincent présente un second malade qui est un cas très curieux d'extostoses ostéogéniques. Dès l'âge de trois ans, il présentait des exostoses au niveau de certains cartilages de conjugaison. Il est venu pour la première fois en 1888, à la Charité, avec des renflements osseux énormes le long du bord interne de l'omoplate gauche et dans le creux poplité du même côté; M. Vincent en pratiqua l'ablation au mois de juin de la même année. Ces exostoses empêchaient presque les mouvements de l'épaule et du genou gauches. L'examen montre qu'aucune récidive de prolifération des parties enlevées ne s'est produite.

Cet enfant revient de nouveau à la Charité, avec des déformations du bras droit qui inquiètent les parents. Les bras ont une longueur égale ; mais l'avant bras droit, bien plus court que le gauche, est incurvé en dedans; le cubitus est de 4 à 5 centimètres plus court que le radius. On dirait que les proliférations ostéogéniques du cubitus se sont dépensées en largeur aux dépens de la longueur.

L'exostose a donc ici déterminé un arrêt d'accroissement du cubitus en longueur, fait intéressant à souligner. L'arrêt d'accroissement du cubitus a eu pour conséquence une incurvation du radius en dedans et une subluxation de l'extrémité supérieure radiale en arrière : la saillie formée par cette tête subluxée se combine avec une exostose épitrochléenne pour former une proéminence très disgracieuse. Nonobstant, les mouvements de flexion, de supination, d'extension, de pronation se font à peu près complètement; l'enfant n'est gêné dans aucun acte ordinaire de la vie.

M. Vincent fait remarquer à ses collègues la rareté de ce type pathologique, sur lequel on a compté plus de 153 exostoses ; on en trouve une partout où il y a un cartilage de conjugaison, un noyau d'ossification, même au niveau des os les plus petits.

Pour obvier à l'état du coude et de l'avant-bras droit, deux interventions sont possibles : on peut penser à exciter l'accroissement en longueur du cubitus, en implantant un clou au milieu de sa diaphyse ; ou bien à enrayer l'accroissement du radius en retranchant une partie de ses cartilages de conjugaison.

M. Vincent hésite à prendre l'un ou l'autre de ces partis, parce que ces interventions ne peuvent rationnellement dans un cas d'aberration ostéogénique donner le même résultat que dans un cas de croissance normale.

L'enfant se servant à peu près de son membre supérieur droit, M. Vincent croit devoir limiter ses interventions à l'excision de la tête radiale subluxée. Avant d'opérer, il demande l'opinion de ses collègues.

M. Ollier est absolument du même avis que M. Vincent.

Guérison radicale des hernies même chez les vieillards.

M. Poullet. — J'ai opéré vingt malades en m'inspirant des principes suivants;

1° A aucun moment de l'opération, la cavité péritonéale ne doit être ouverte.

2° L'orifice externe du canal doit être solidement obturé par des matériaux empruntés au tissu fibro-périostique qui adhère solidement à la face externe du pubis.

3° Il ne doit rester après quelques jours dans cet orifice obturé aucun fil ni corps étranger aux tissus de l'organisme.

4° Ma méthode guérit la hernie crurale aussi bien que la hernie inguinale, même chez le vieillard ayant encore assez de vitalité pour supporter une opération nécessitant une semaine de séjour au lit.

5° Enfin, chez aucun de mes vingt opérés je n'ai conseillé un seul moment le port d'un bandage.

Voici dans ses grandes lignes la technique de mon opération :

Premier temps. Incision verticale des téguments longue de 7 centimètres, passant sur l'épine du pubis. Dénuder le collet du sac et de l'orifice externe du canal. Si c'est une hernie inguinale chez l'homme, on sépare le collet du sac d'avec le canal déférent et ses vaisseaux. La hernie étant réduite, on passe un fil de catgut autour du collet du sac et on l'étreint.

La cavité péritonéale ainsi séparée du sac, on peut inciser celui-ci et vérifier qu'aucune portion de l'intestin n'a été serrée dans l'anse du catgut. Si on le juge utile, on peut couper le collet du sac entre des ligatures. Même enlever le sac comme la plupart des chirurgiens le conseillent; je ne l'ai pas fait pour la série de malades que je présente, et je viens de le faire pour un malade qui avait une volumineuse hernie épiploïque adhérente.

Quand la hernie est petite, je me borne à réduire la hernie et le sac intact sans y avoir mis aucune ligature.

Ces diverses façons de se comporter vis-à-vis du sac sont accessoires, elles ne changent rien aux points essentiels de ma méthode.

Deuxième temps. Dissection et séparation à la rugine d'un lambeau fibro-périostique situé en éventail au-dessous de l'épine du pubis sur la face antérieure de cet os. On laisse à ce lambeau un prolongement aponévrotique nacré qui fait partie de l'insertion du premier adducteur.

Ce lambeau et son prolongement tendineux doivent avoir une étendue en rapport, dans chaque cas particulier, avec l'étendue de l'orifice à obturer. La rugine détache même l'épine pubienne qui reste à la face profonde du lambeau. On relève celui-ci en haut pour la hernie inguinale, en dehors pour la hernie crurale, et l'on passe la partie libre de ce lambeau à travers le rebord fibreux de l'orifice de la hernie, comme on le ferait avec l'extrémité d'une courroie ou comme l'on ferme un portefeuille.

Troisième temps. Pour fixer le tout, je passe des fils métalliques dont les chefs sortent à travers la peau, car tous ces fils seront retirés le huitième jour. On suture enfin les téguments.

Dans cette première publication je n'ai voulu que faire connaître ces vingt opérations en montrant les résultats immédiats qu'elles donnent; j'espère que le temps confirmera plus tard la valeur de cette méthode. Je termine en insistant sur ces deux seules considérations : Je n'ai conseillé à aucun de mes malades de porter un bandage, et ayant toujours opéré hors de toute communication avec la cavité péritonéale, mes malades n'ont couru aucun danger de péritonite.

M. Maurice Pollosson. — Je tiens à bien établir que la cure radicale des hernies se pratique souvent, *journellement*, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans tous les services. Pour ma part, je l'ai exécutée des centaines de fois. Cette affirmation n'étonnera personne, quand j'aurai rappelé que, depuis l'application du procédé de Daniel Mollière à la kélotomie, toute opération de hernie étranglée est suivie des manœuvres de la cure radicale. Mais, en dehors de l'étranglement, l'opération de la cure radicale est passée dans les mœurs de la clientèle hospitalière : tel qui a vu un de ses camarades guéri de son infirmité, vient réclamer l'intervention.

Je ne crois pas que le procédé indiqué par M. Poullet soit nouveau dans ses traits essentiels, à savoir la non ouverture du sac et l'emprunt d'un bouchon organique à la cuisse ou au périoste du pubis. Je crois qu'un chirurgien aussi rompu à l'antisepsie que l'est M. Poullet reviendra à l'ouverture et à la fermeture du sac. Ce que je reproche à son procédé, c'est encore de ne boucher que l'orifice externe du trajet inguinal, alors que le *desideratum* est précisément de rétrécir tout le trajet, et même de supprimer l'*amorce*. Il y aura certainement des récidives de ce fait, et nous demandons à voir les résultats dans quelques mois ou quelques années.

Pour ma part, j'ai souvent réalisé le rétrécissement de tout tout le trajet et de l'orifice profond par le procédé suivant : Je dégage le bord inférieur du trajet jusqu'à l'anneau profond, et je suture (ce qui est souvent possible) le pilier supéro-interne de l'anneau superficiel au pilier inféro-externe de l'anneau profond; puis je double cette cloison en lui fixant par quelques points de suture interstitiels au catgut le pilier inféro-externe de l'anneau superficiel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANTES

2e *semestre* 1893.

Traitement de la teigne.

M. Hervouët signale les résultats qu'il a obtenus du traitement de la teigne par l'acide salicylique uni à la vaseline dans la proportion de 50 0/0. Ayant l'intention d'insister sur ce traitement, il se contente de signaler aujourd'hui le mode d'emploi : application de la pommade tous les deux jours, — pendant 24 heures on ne touche pas au cuir chevelu, — le second jour est employé en lotions antiseptiques.

Il faut songer, pour apprécier les résultats, à la tendance qu'a la teigne tondante, dont il s'agit, la trichophytie, à abandonner le cuir chevelu, à guérir spontanément de ce côté, quand l'enfant devient adolescent, et à descendre dans la barbe, où son séjour devient illimité, si le traitement n'intervient pas.

Pendant ce traitement, le perchlorure de fer donne à l'urine une couleur violacée qui indique le passage du remède dans les urines, dans les deux tiers des cas.

De l'emploi des pommades.

M. Saquet regarde toutes les pommades comme propres à faire pénétrer toute espèce de médicaments dans l'économie. Si des opinions diverses ont été émises sur ce point important de thérapeutique pratique, on en trouve l'explication dans les travaux de Aubert, de Lyon. Cet auteur a établi que les médicaments agissent différemment suivant la nature de la base ; ainsi la lanoline agit mieux que toute autre en frictions, plus lentement au contraire que les autres pommades en simple application. On a éprouvé quelque difficulté pour faire pénétrer la quinine : elle sera cependant absorbée si on l'incorpore dans un sirop ; mais, dans ce cas, il se produit de l'irritation de la peau. Au point de vue de l'acide salicylique et du salicylate de soude, il faut se rappeler que 0,30 à 0,40 centigrammes d'ergot de seigle suffisent pour atténuer fortement les bourdonnements qu'ils peuvent produire de façon à incommoder les malades. De même pour le sulfate de quinine.

Névrose toxique ou traumatique?

M. Olive présente un malade âgé de 26 ans, serrurier, qui, le 24 mai dernier, bascule sur son échafaudage, et reprend son travail au bout de huit jours, mais est bientôt atteint d'un érysipèle grave du cuir chevelu et de la face.

A la fin de juin, il se présente à M. Olive, titubant, avec un aspect immobile de la face, craignant de tomber en marchant, parlant confusément.

Il y a exagération du réflexe du genou. Il a pu reprendre son travail de serrurier, mais il se frappe facilement sur la main, l'outil lui échappe, bien qu'il prenne avec facilité les petits objets.

N'a pas eu de syphilis. N'a jamais bu. Actuellement, le sommeil est paisible ; mais il est plus morne, moins causeur, plus susceptible.

M. Hervouët estime qu'il n'y a aucun pronostic possible à établir de suite. Est-ce une paralysie agitante au début? Il n'y a pas de chaleur à la peau ; — c'est bien l'origine fréquente de cette affection. Est-ce une paralysie générale qui s'annonce? Pour M. Hervouët, la paralysie générale est toujours syphilitique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LA HAUTE-VIENNE

2e *semestre* 1893.

Etiologie de la tuberculose.

M. Boulland attire l'attention sur certaines portes d'entrée de la tuberculose que l'on paraît avoir méconnues jusqu'à présent. A la suite de l'avulsion ou de la chute d'une dent, l'alvéole présente une surface d'inoculation où se déposent les germes tuberculeux qui peuvent être contenus dans des aliments mal cuits. Il survient ensuite une adénopathie cervicale qui est l'indice de l'invasion tuberculeuse. Le processus débute par le ganglion sous-maxillaire le plus voisin de l'alvéole et se généralise plus ou moins rapidement aux ganglions voisins et au reste de l'organisme.

De même, les nouveau-nés, issus de mères tuberculeuses, peuvent contracter le germe tuberculeux dès leur naissance, non parce que ce germe a pu franchir la barrière placentaire, mais par suite d'un mécanisme qui n'est pas encore très connu. En effet, pendant la progression de la tête fœtale dans le conduit utéro-vaginal, le conduit auditif externe s'imprègne du sang de la mère et devient, bientôt après la naissance, le siège d'une otite suppurée de nature tuberculeuse.

Si ce foyer n'est pas rapidement éteint par un traitement approprié, on comprend que la généralisation tuberculeuse puisse se faire par la suite et aboutir à l'infection de l'organisme.

Il serait donc utile de pratiquer un lavage du conduit auditif aussitôt après la naissance chez les enfants issus d'une mère tuberculeuse.

Etiologie de la fièvre typhoïde.

M. Eymeri signale une épidémie de fièvre typhoïde qui sévit en ce moment sur le 21e régiment de chasseurs. Cette épidémie, dont le début remonte au commencement du mois de juillet, s'est localisée sur les deux régiments de cavalerie stationnés à Limoges. Mais tandis que le 20e dragons voyait la poussée épidémique, qui s'était déclarée sur les hommes du 1er escadron, être enrayée après le sixième cas, le 21e chasseurs, au contraire, subissait une atteinte sévère et évacuait sur les salles militaires soixante-trois malades. L'étiologie de l'affection semble jusqu'à présent assez obscure. L'origine hydrique doit être éliminée, puisque l'eau de la ville, consommée par toute la garnison, a été jugée excellente et que les régiments d'infanterie ont été indemnes. Il y a plutôt lieu d'incriminer, d'une part, les fatigues imposées aux hommes pendant la période des fortes chaleurs ; d'autre part, l'encombrement dans des locaux trop étroits et insuffisamment ventilés. A ces causes probables, il faut ajouter la réfection des planchers dans le corps de bâtiment habité par le 1er escadron du 20e dragons ; mais, tandis que pour ce dernier régiment la fin des travaux a été le signal de la fin de l'épidémie, le 21e chasseurs, au contraire, ne paraît avoir bénéficié, jusqu'à présent, ni de l'évacuation de sa caserne, à la suite de son départ pour les manœuvres, ni des améliorations récemment apportées dans l'alimentation et l'hygiène des hommes. Toutefois, depuis quelques jours, l'épidémie paraît entrer en voie de décroissance.

Sarcomes.

M. Delotte signale à Limoges, dans le même quartier, sur un espace de cinq cents mètres environ, trois cas de sarcome généralisé : le premier chez un adolescent de quinze ans, le deuxième chez une femme de quarante-cinq ans, le troisième chez un enfant de quatre ans dont le docteur Boulland lui a communiqué l'observation.

Il n'existait entre ces trois malades aucun lien de parenté, même très éloigné.

A quelle cause faut-il rattacher l'apparition simultanée de trois néoplasmes semblables dans le même groupe d'habitants?

L'auteur n'a trouvé dans les antécédents héréditaires de ses malades ni arthritisme, ni cette diathèse néoplasique qui serait la cause premiere de tous les néoplasmes (Verneuil).

Il n'a trouvé non plus, chez les deux premiers, ni chagrins prolongés, ni traumatisme, ni syphilis.

Faut-il incriminer les eaux potables? Sur les trois malades en question, un consommait des eaux de puits et deux des eaux de la ville. Toujours est-il que les tumeurs néoplasiques deviennent de plus en plus fréquentes, notamment à Limoges.

ÉTRANGER

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Transfusion de liquides salins dans les hémorrhagies graves.

M. Horrocks. — Une injection d'une solution saline dans les veines d'un animal saigné à blanc amène la guérison. Quand une hémorrhagie entraîne la mort apparente, il reste encore dans l'organisme une quantité de sang suffisante pour entretenir la vie, à la condition de faire circuler ce sang; théoriquement, la moitié du volume du sang peut produire le même effet que le volume total à la condition que sa vitesse de circulation soit double. La mort par hémorrhagie est due à un arrêt du cœur provoqué par l'abaissement de la pression; or la transfusion relève cette pression. J'ai traité par la transfusion six malades qui avaient eu des hémorrhagies si abondantes que les lèvres étaient blanches et le pouls de la radiale avait disparu. La transfusion sanguine est inutile; sinon dangereuse; il faut toujours se servir d'eau pure ou salée. Il faut en injecter une quantité suffisante pour rendre le pouls sensible au poignet. Il faut faire la transfusion dans tous les cas d'hémorrhagies graves, même les plus désespérés. Les cas les moins sérieux peuvent être traités par une injection d'eau dans le tissu cellulaire entre les deux épaules ou dans le rectum.

M. Spencer. — Je ne crois pas qu'il faille employer de l'eau pure; j'emploie toujours la solution saline normale; il faut injecter le liquide à la température du corps; une eau trop froide ou trop chaude amène une syncope.

M. Herman. — La transfusion du sang est dangereuse; les injections de solutions salines sont au contraire fort utiles; il faut rejeter les injections de lait ou de sang des animaux. Pour faire la solution, il suffit de mettre une cuillerée à café de sel dans un demi-litre d'eau environ. Il est évidemment bon de se servir d'eau stérilisée, mais cela n'est pas indispensable.

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET DE NEUROLOGIE DE BERLIN

Séance du 11 *décembre* 1893.

Tumeur du cervelet et tumeur des tubercules quadrijumeaux.

M. Bruns présente deux malades dont l'histoire permet d'établir quelques points relatifs au diagnostic différentiel entre les tumeurs du cervelet et celles des tubercules quadrijumeaux.

Dans le premier cas, il s'agit d'un garçon de 2 ans qui à l'âge de 9 mois fut pris d'ostéite post-scarlatineuse qui dura environ 6 mois, jusqu'au mois de mai 1892. En juillet il fut atteint un jour de ptosis. Il entra à l'hôpital au mois de novembre, et là on constata l'état suivant : ptosis double mais plus prononcée à gauche, paralysie des deux droits internes, pas de paralysie des pupilles ni de stase des pupilles. En mai de cette année, l'enfant revint avec les symptômes suivants : paralysie de tous les muscles de l'œil, sauf l'abducteur; ptosis double, kératite phlycténulaire ; ataxie des membres inférieurs; troubles moteurs du côté des membres supérieurs avec tremblement intense; parole scandée. Rien du côté de la tête ni des nerfs crâniens; réflexes tendineux un peu exagérés.

Dans les deux mois suivants, l'état s'aggrava encore davantage. Il survint des vomissements, de l'assoupissement, des troubles vaso-moteurs du côté de la peau, de l'aphasie, de l'élévation de la température. Quelques heures avant la mort, les sueurs devinrent sanglantes. A l'autopsie on trouva une tumeur des tubercules quadrijumeaux.

Dans le second cas, il s'agit d'un garçon de 11 ans qui en novembre de 1891 fut pris de maux de tête et de vomissements, et devint à la suite ataxique. Malgré son ataxie, il alla patiner et fit une chute sur la tête. Depuis cet accident, son état alla en s'aggravant. M. Bruns ne vit l'enfant qu'en février 1892. Il le trouva dans le coma, avec une respiration de Cheyne-Stokes, des contractions dans les bras. Le coma disparut le lendemain et il fut alors possible d'établir l'existence d'une ataxie cérébelleuse; quinze jours après, l'enfant fut repris de céphalalgie violente, de vomissements, de paralysie des abducteurs de l'œil, de ptosis, de raideur, de la nuque. Mort subite.

A l'autopsie on trouva une tumeur du cervelet et rien dans les tubercules quadrijumeaux.

Ainsi dans les deux cas, la symptomatologie fut à peu près la même, stase papillaire, vomissements, état comateux, ataxie et ophthalmoplégie. L'existence d'une ataxie avec ophthalmoplégie n'est donc pas pathognomonique d'une lésion des tubercules quadrijumeaux. Peut-être est-ce la succession des phénomènes qui permet de faire le diagnostic différentiel de ces deux affections : ainsi dans les cas qui débutent par l'ataxie on pensera à une lésion du cervelet, tandis que le début par l'ophthalmoplégie fera penser à une lésion des tubercules quadrijumeaux.

VARIÉTÉS

Inscriptions.

2e *trimestre de l'année scolaire* 1893-94.

Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 10 janvier 1894. Il sera clos le jeudi 8 février, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 10, jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19, samedi 20, mercredi 24 et jeudi 25 janvier.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les vendredi 26, samedi 27, mercredi 31 janvier, vendredi 2, samedi 3, mercredi 7 et jeudi 8 février.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle, aux dates ci-dessus indiquées.

La 14e inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la 2e partie du 2e examen (Physiologie).

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de doctorat et de 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du jeudi 25 janvier.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux.

MM. les étudiants, internes ou externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 1er trimestre 1893-94. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

MODE D'ADMINISTRATION DU CHLORAL

Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral; sa conservation est parfaite et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'estomac. (FORMULAIRE MAGISTRAL).

Le sirop de Follet se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche. La cuillerée à bouche contient exactement 1 gramme de chloral hydraté; la cuillerée à café 25 centigrammes.

Le sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait. Souvent il est préférable de donner les deux première cuillerées ensemble ; le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du sirop de Follet est fabriqué par la maison L. Frere, A. Champigny et Cie, Success. 19, rue Jacob, Paris, qui a obtenu les premières récompenses décernées aux produits pharmaceutiques : médaille d'or unique à l'*Exposition universelle* de Paris 1878 ; médaille d'or, Amsterdam, 1883 : médaille d'or, Sydney, 1888, Paris, 1889.

PERLES DU DOCTEUR CLERTAN

Procédé approuvé par l'Académie de médecine de Paris

Maladies de l'appareil respiratoire

a. *Perles de Créosote du Dr Clertan.* — 0.05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. — Prix : 2 fr le flacon de 30.
b. *Perles de Gaïacol de Clertan.* — 0 05 centigr. par perle. — Dose moyenne, 4 par jour. — Prix : 2 fr.
c. *Perles d'Iodoforme de Clertan.* — 0.05 centigr. par perle. — Dose moyenne, 4 par jour — Prix : 3 fr. 50.
d. *Perles de Terpinol de Clertan.* — 0.25 centigr. par perle. — Dose moyenne, 4 par jour. — Prix : 2 fr. le flac.
e. *Perles d'Eucalyptol de Clertan.* — 0.15 centigr. par perle. — Dose moyenne, 5 à 20 par jour.
f. *Perles de Créosote iodoformee de Clertan.* — 0,05 centig. de créosote d'un centig. d'iodoforme par perle.
g. *Perles de Gaïacol iodoformé de Clertan.* — 0.05 centig. de Gaïacol alpha et un centig. d'Iodoforme.
h. *Perles de créosote gaïacolée et iodoformée de Clertan* : 0.05 centig. de créosote 0.05 cent. de gaïacol, 0.01 cent. d'Iodoforme.
i *Perles de goudron créosoté.* — 0,05 centig. de créosote par perle. — Dose moyenne, 4 par jour. — Prix : 2 fr.

Maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs
19, rue Jacob, Paris.

N° 2 — 10 JANVIER 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 15 au 20 janvier 1894.

Mercredi 17. — M. Vergues. Contribution à l'étude de la résection de l'urèthre. — M. Crepel. Contribution à l'étude des plaies des nerfs. — Mlle Bielvousoff. Le diabète sucré chez les enfants. — M. Baillet. Résection de l'anse iléo-colique.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés aux grades de : *Commandeur*, M. Martialis (marine); *Officiers*, MM. Millard (Paris), Demons (Bordeaux), Mathis (marine).

Chevalier, MM. Christian (Charenton), Depasse, Faisans, Galippe, M. Moutard-Martin, Rendu, Garnier, La Vieille (Paris), Hervey (Troyes), Solles (Bordeaux), Ricci (La Terrasse, Isère), Attimont (Nantes), Dazin (Cambrai), Brullé (Hesdin), Augey (Biarritz), Paillasson (Lyon), Davril, Touchet, Esclangon, Baudon, Bahier, Mathé, Plagneux, Dedet (marine).

Conférence d'internat. — MM. Gasne, Mouchet et Philippe, commenceront leurs conférences d'internat, le samedi 13 janvier, à 2 heures et demie précises, à l'hôpital de la Charité, amphithéâtre Gosselin (2me étage), et les continueront les samedis suivants à la même heure.

La Société de chirurgie de Paris tiendra sa séance annuelle le mercredi 17 janvier à quatre heures.

Ordre du jour :

1° Allocution de M. Ch. Périer, président.
2° Compte-rendu des travaux de l'année 1892, par M. Kirmisson, secrétaire annuel.
3° Eloge du professeur Richet, par M. Ch. Monod, secrétaire général.
4° Proclamation des prix pour l'année 1893.

Concours de l'internat. — Lecture de la composition écrite du 2 au 9 janvier.
24. Salmon.
22. Chauveau, Le Damany, Bouchacourt, Brin, Sainton.
21. Estrabaut.
19. Weber, Haury.
18. Laugier, Ozanon.
17. Termet, Levillain.

Le VIIIe Congrès international d'hygiène et de démographie sera tenu, en 1894, dans la ville de Budapest. La soirée de réception aura lieu le 1er septembre 1894; le lendemain, 2 septembre, ouverture de l'assemblée; les 3, 4, 5, 7 et 8 septembre, séances des sections; le 9 septembre, clôture du Congrès. Le 6 septembre a été réservé pour quelques petites excursions à une courte distance de Budapest.

Le nom de notre très regretté confrère le docteur Blanche vient d'être donné à la rue des Fontis.

Hôpital Trousseau. — M. le professeur Lannelongue reprendra, le 10 janvier, ses cliniques du mercredi sur la chirurgie infantile, et les continuera les mercredis suivants à neuf heures.

Par arrêté ministériel, en date du 3 janvier 1894, un concours s'ouvrira le 9 juillet 1894, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Les droits du pharmacien. — Un pharmacien de Paris ayant jugé à propos de remplacer, dans une potion formulée par M. le docteur Le Baron, 50 centigrammes de musc par de la teinture de musc, le signataire de l'ordonnance a fait la preuve de la substitution et poursuivi le pharmacien responsable.

Voici les principaux considérants du jugement rendu par la huitième chambre du tribunal correctionnel de la Seine :

« Attendu qu'au mépris des règles les plus élémentaires de sa profession, X... a remplacé le musc par une teinture de musc n'ayant pas, et à beaucoup près, les mêmes propriétés;

« Qu'il a ainsi, arbitrairement, dénaturé l'élément principal du médicament ordonné, de manière à pouvoir le livrer à un prix beaucoup inférieur à celui qu'auraient pu demander d'autres pharmaciens;

« Qu'il est défendu aux pharmaciens, non seulement de délivrer un médicament sans ordonnance, mais qu'il leur est absolument interdit de substituer une drogue à une autre, ou même de modifier arbitrairement soit la nature, soit les proportions des éléments devant composer le médicament;

« Par ces motifs,

« Condamne R... (le pharmacien) et L. H... (l'élève), chacun à 500 francs d'amende.

« Les condamne en outre aux dépens. »

Nous venons de recevoir le dernier numéro de l'année 1893 de la **REVUE NEUROLOGIQUE** qui contient la table alphabétique du volume. Nous tenons à féliciter la rédaction de ce recueil du soin avec lequel cette table a été faite. Grâce à elle, ce journal, qui est avant tout un recueil d'analyses deviendra une source de renseignements où il sera facile de puiser et qui pourra être consulté utilement.

La **Revue Neurologique**, dirigée par MM. E. Brissaud et P. Marie, paraît le 15 et le 20 de chaque mois. Prix de l'abonnement : Paris et Départements, 25 fr.; Union postale, 27 francs.

VIENT DE PARAITRE :

☞ **La tuberculose chirurgicale**, par O. LANNELONGUE, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 volume petit in-8° de l'Encyclopédie des Aides-Mémoire.

Démontrer, d'après les recherches modernes, ce qui, dans la tuberculose, doit appartenir à la pratique chirurgicale, poser les principes du diagnostic précoce des tuberculoses osseuses, ganglionnaires, etc., principes indispensables pour arriver à un traitement rationnel, tel a été le but du professeur Lannelongue.

Etant un des savants qui ont le plus contribué à résoudre les problèmes de la tuberculose chirurgicale, il a voulu, tout en conservant une forme concise, n'omettre aucun détail; ainsi cet Aide-Mémoire est un véritable traité de la question. Au point de vue du traitement, nous signalerons spécialement la méthode de l'auteur, dite *méthode sclérogène*, dont les résultats, de plus en plus positifs, doivent attirer toute l'attention des praticiens.

DERMATOLOGIE

Réflexions sur les hyperkératoses passives. *A propos d'un cas de leucokératose linguale post-syphilitique*, par le Dr Audry, chargé de la Clinique de dermato-syphiligraphie de Toulouse.

X..., âgé de 45 ans, s'est présenté pour la première fois à la policlinique de l'Hôtel-Dieu en mars 1893. En 1868, une « maladie vénérienne » qui est probablement un chancre syphilitique, mais sur laquelle le malade ne donne pas de renseignements précis. Quoi qu'il en soit, il n'a constaté, dit-il, aucun accident jusqu'à l'année 1893. A ce moment, il éprouva un peu de douleur vers la face dorsale de la pointe de la langue. Le malade était d'ailleurs grand fumeur de cigarettes.

Quand nous le vîmes pour la première fois, nous trouvâmes que toute la face dorsale et les bords de la langue au devant du V étaient profondément altérés. La muqueuse était transformée en une surface inégale, vallonnée, papillaire, semée de saillies blanches, allongées, et de plaques lisses ou à peine villeuses, ces dernières occupant surtout le segment postérieur. Cette surface était dure, râpeuse; la couleur était d'un blanc sale surtout sur les bords; d'un blanc brillant ou d'un gris rosé. Il n'y avait rien d'anormal sur la muqueuse des joues et des lèvres. Pas d'adénopathie. Pas d'autres stigmates de syphilis : état général médiocre.

En un point seulement, sur le bord de l'organe, le revêtement semblait aminci et érodé.

Le diagnostic fut porté de leucokératose syphilitique, ou plutôt post-syphilitique; on donna de l'iodure de potassium à dose notable, et on prévint le malade de la nécessité possible d'une intervention, car on sait que l'iodure n'a qu'une faible action sur les lésions de ce genre, alors même que la syphilis joue un rôle primordial dans leur étiologie.

En fait, nos prévisions se réalisèrent. L'iodure donna une modification sensible en certains points, particulièrement au niveau du segment postérieur; mais le reste demeura invariable; nous recommandâmes alors énergiquement l'intervention; M. Jeannel lui excisa le tiers antérieur de la langue et le malade guérit parfaitement de l'intervention.

M. Jeannel eut l'obligeance de nous remettre le fragment enlevé, et grâce à ses dimensions nous fûmes à même d'en faire un examen histologique plus complet qu'on ne le peut d'ordinaire.

Les coupes portèrent sur 4 points différents. La peau avait été fixée soit par l'alcool, soit par l'osmium. L'examen a porté sur environ 60 coupes colorées avec le carmin aluné, l'éosine hématoxylique, les picro-carmins de Ranvier et de Orth, le bleu de méthyle, les méthodes de Weigert et de Nicolle. Nous avons constaté ce qui suit :

A. *Dans les couches profondes* qui répondent à la zone des muscles on trouve relativement peu de lésions; seulement, entre les faisceaux quelques traînées de cellules embryonnaires disposées suivant le trajet des lymphatiques et des artérioles. Les muscles mêmes sont sains et on ne découvre pas d'altération bien positive des vaisseaux.

B. *Le derme*, ou mieux, *toute la zone du tissu conjonctif entre les muscles et la muqueuse*, présente des lésions extrêmement considérables et bien caractérisées. On aperçoit, dispersées dans toute l'épaisseur de la couche en question, des infiltrations irrégulières de cellules embryonnaires. L'infiltration est modérée dans les parties profondes; on note l'apparition de capillaires très nombreux, manifestement dilatés, allongés; tous les vaisseaux semblent dilatés, mais on ne constate pas d'endartérite ou d'endophlébite bien accusée.

Quant au derme sous-papillaire, il est le siège d'une infiltration de cellules embryonnaires rondes, extraordinairement dense, serrée, souvent assez étroite et mince. Tantôt l'épiderme repose directement sur cette couche, tantôt au contraire il se trouve en contact avec des infiltrations plus épaisses, plus nodulaires, moins denses.

La disposition des papilles est des plus variées. En certains points, l'épiderme est presque planiforme, et les papilles sont espacées, rares et brusques. En d'autres régions elles présentent au contraire un développement extraordinaire et atteignent 5 millimètres de longueur; elles sont aiguës, sinueuses, remplies de cellules embryonnaires beaucoup moins abondantes que dans la zone d'infiltration; quelques-unes présentent leur vaisseau axial dilaté, gorgé de sang; enfin, elles sont parfois disposées en touffes régulières, gazonnées, acuminées, de telle sorte qu'on croirait avoir affaire à une véritable néoplasie papillomateuse, comparable à celle des végétations qui se développent sur les organes génitaux.

Nulle part nous n'avons pu saisir le rapport net entre l'intensité de l'infiltration dermique et le degré de développement des papilles.

C. *Epithélium*. — Il présente des aspects très variables. La couche génératrice est normale; elle apparaît plus ou moins nette suivant les incidences du rasoir et les orientations du fragment examiné. Çà et là, elle semble presque dissociée par les cellules migratrices qui ont franchi la vitrée, et qui pénètrent dans toute l'épaisseur du corps muqueux.

Dans les points où les papilles sont rares et peu prononcées, le corps muqueux de Malpighi est généralement fort épaissi. Les cellules épineuses qui le composent sont tout à fait semblables à celles de la peau normale; tout au plus note-t-on que les noyaux sont très pauvres en chromatine et que l'espace hyalin péri-nucléaire est fortement apparent. Les pointes de Schultze sont normales.

Au contraire, quand l'épithélium est relevé par des papilles acuminées et touffues, l'épaisseur du corps muqueux est plutôt diminuée.

Il existe une véritable et très belle couche granuleuse, riche en éléidine. Cette couche à éléidine ne diffère en rien de celle qu'on voit sur des coupes de peau saine, c'est-à-dire qu'elle est en général linéaire du côté correspondant à l'ensemble des couches cornées et, d'autre part, renforcée au niveau des colonnes interpapillaires.

Partout, ou à peu près partout, l'ensemble de la couche cornée est considérablement épaissi. Souvent, on retrouve facilement les noyaux ou les débris de chromatine jusque dans les feuillets de desquamation; mais cette persistance de la chromatine est beaucoup moins accentuée dans les endroits où la formation est papillomateuse : à ce niveau, il semble positivement qu'on se trouve en présence d'une série d'odontoïdes.

Sur aucune de mes préparations, je n'ai retrouvé les traces d'une seule glande.

Je n'ai pas l'intention d'insister ici sur les particularités cliniques de cette observation; c'est purement et simplement un cas de leucokératose linguale très développée, apparue chez un individu qui a eu vraisemblablement la syphilis. Les faits semblables ne sont pas très rares, et nous pourrions y ajouter d'autres observations semblables, mais sans intérêt parce qu'elles manquent d'examen histologique. Je me borne à dire que nous trouvons toujours des antécédents syphilitiques chez nos malades, sans affirmer positivement que la syphilis seule puisse engendrer (1).

Si nous considérons les lésions constatées précédemment, nous y retrouvons tous les désordres décrits par les auteurs antérieurs : les violentes infiltrations embryonnaires sous-épithéliales sur lesquelles ont tant insisté Schwimmer et Babes; les modifications épithéliales décrites avec une précision parfaite par Leloir. Seule manque l'endartérite indiquée par Kaposi (2). En ce qui touche la disposition des papilles, la majorité des auteurs a noté l'aplatissement des papilles (Debove, Vidal, Leloir, etc.); sur ce point, nos constatations sont très différentes, mais déjà, macroscopiquement, on a constaté ces formes papillomateuses de leucokératose du dos de la langue, et c'est elle qu'on voulait caractériser par le terme d'ichtyosis linguæ.

(1) Je me borne à renvoyer le lecteur à la note de la traduction française de Kaposi par Besnier et Dagron.

(2) Leloir, *Arch. de phys.*, 1887. — Perrin, Marfan, *Ann. de derm.*, 1889-1891.

Par-dessus tout, il faut considérer que le type même de la muqueuse atteinte a été complètement modifié. L'épithélium a pris complètement l'apparence d'un ectoderme cutané, grâce à l'apparition de l'éléidine et à une kératinisation inattendue ; même cette kératinisation est tout à fait extraordinaire dans son intensité. On sait qu'on n'a jamais mentionné d'éléidine dans la muqueuse normale de la langue normale, et pour ma part, je l'ai recherchée avec soin, soit sur de l'épithélium lingual normal, soit sur des pièces d'épithélioma, sans avoir jamais réussi à en découvrir.

Il est difficile de ne pas être porté à établir un rapport entre l'apparition de l'éléidine et du processus de kératinisation cutanée d'une part, et de l'autre, la constatation de cet infiltrat embryonnaire interne sous-épithélial.

Si nous rapprochons de tels faits ceux que nous avons étudiés en d'autres circonstances, nous sommes amené à nous souvenir des relations qui existent entre ces deux phénomènes connexes d'une part, et l'inflammation du derme cutané de l'autre. Nous avons émis l'hypothèse que, en pareil cas, l'hyperkératinisation pourrait bien n'être qu'un phénomène passif, secondaire à des congestions aseptiques (angiokératome) ou à des infiltrations nettement inflammatoires (pityriasis rubra pilaire). Nous avons essayé d'expliquer de la sorte les divergences des résultats obtenus par quelques histologistes étudiant des papules psoriasiques profondément modifiées par l'inflammation deutéropathique du derme papillaire, de telle sorte que, à la dyskératose essentielle de la maladie, pouvait ensuite se substituer une hyperkératose (1).

Actuellement, sans vouloir émettre une affirmation trop brutale, et en restant dans le domaine de l'hypothèse, je suis amené à considérer la constitution d'une couche colorée authentique, très considérable à la surface d'une muqueuse normalement privée d'éléidine et de kératinisation, comme un phénomène de nutrition anormale qui, ici comme en territoire cutané, est secondaire à l'inflammation sous-jacente. C'est d'ailleurs une opinion primitivement soutenue par Schwimmer et Babès. Elle reçoit une nouvelle confirmation des faits fournis par l'étude des uréthrites chroniques. L'altération pavimenteuse de Neelssen, qui modifie si profondément la structure de l'épithélium cylindrique de l'urèthre, peut aboutir à la constitution d'un épiderme à éléidine et kératinisé (Hallé et Wassermann). Là encore, on est bien tenté d'admettre que l'apparition inopinée de l'éléidine et de la kératose est subordonnée à une lésion inflammatoire sous-jacente. En sorte qu'après toutes ces constatations, on est peut-être autorisé à croire que *l'hyperéléidinisation et l'hyperkératose sont un phénomène passif des couches épithéliales épidermiques, secondaire à la dilatation vasculaire et à l'infiltration embryonnaire sous-épithéliale,* et on pourrait le comparer à l'hyperostose périostique qui succède aux inflammations plus profondes du système osseux.

(1) Ch. Audry, Critique anatomique des kératonoses : *Annales de dermatologie*, 1893 ; *Gaz. hebd.* de la même année, et Th. d'Escande (Toulouse, 1893).

SYPHILIGRAPHIE

De l'emploi du savon mou au calomel en frictions dans le traitement de la syphilis, par M. Monties, pharmacien-adjoint à la Clinique de dermatologie et syphiligraphie de Toulouse.

M. le docteur Wastraszewski (médecin à l'hôpital Saint-Lazare, Varsovie) fit l'essai, il y a quelque temps, d'un savon au calomel, dans le traitement de la syphilis (traitement par frictions (1)). D'après de nombreuses observations, il conclut que l'on pourrait substituer ce savon aux onguents et savons mercuriels employés aujourd'hui.

A l'instigation de M. le professeur Audry, de notre côté nous avons préparé un savon mou au calomel que nous avons expérimenté et nous pouvons confirmer que cette préparation est très avantageuse à plusieurs points de vue, car elle nous a donné d'excellents résultats. Le savon au calomel préparé par le Dr Wastraszewski diffère de notre formule que voici :

Lessive de soude caustique.......	100	grammes.
Lessive de potasse..............	50	—
Huile d'amandes douces..........	300	—

Réunir les deux liqueurs ; les verser dans l'huile d'amandes douces peu à peu et en agitant, afin de bien associer les molécules du mélange. Porter ce mélange à une température de 90 à 100° pendant 3 ou 4 heures (au bain-marie). Agiter fréquemment. Vers la fin, il se prend en une masse blanche, très molle, demi-fluide. Verser dans un grand mortier et laisser la préparation exposée à l'air à une température de 20 à 25° en ayant soin de battre la masse de temps en temps pour avoir un mélange exact. Peu à peu nous obtenons une pommade blanche prenant la consistance de l'axonge, consistance qui ne varie plus au bout d'un certain temps. C'est là le savon mou de potasse. Pour obtenir le savon de potasse au calomel, on incorpore Q. V. de calomel dans le savon. La formule se fait à 1 : 2 ; 1 : 3 ; 1 : 4. Celle que nous avons essayée a été faite à 1 : 2, puis à 1 : 3.

Savon de potasse mou.....	100 gr.	formule à 1 : 2.
Calomel..................	60 —	
Huile d'amandes douces...	20 —	

D'ailleurs on peut y incorporer plus ou moins de calomel. Nous avons eu de bons résultats avec celle qui a été faite à 1 : 3. Ce savon est blanc, mousse comme le savon ordinaire ; sa consistance est à peu près celle de la graisse.

La formule donnée par le Dr Wastraszewski est faite avec : liqueur de potasse caustique, huile d'olives ââ. Ce savon est gris blanc, mou et ne savonne pas autant que le précédent. Les quantités de calomel employées sont les mêmes.

Ce n'est pas tant pour sa valeur curative que le savon mou au calomel mérite d'être recommandé, puisque l'on obtient les mêmes effets que l'onguent napolitain, mais aussi pour les précieux avantages qu'il présente.

Au point de vue de la propreté. — Tandis que l'onguent napolitain de couleur grise salit et abîme tout ce qu'il touche, le savon au calomel, de couleur blanche, ne tache pas ; au contraire, il blanchit la peau. Un malade, s'il est en famille, ne se servira jamais de l'onguent napolitain et il ne répugnera pas d'user du savon au calomel que l'on peut employer sans que la maladie soit suspectée.

Au point de vue de la préparation. — Veut-on conserver à l'onguent napolitain sa valeur réelle, il faut pour cela bien des conditions. La préparation d'abord est très délicate à faire. Il faut que le mercure soit bien éteint, sinon l'onguent est rempli de fines gouttelettes de Hg qui certainement ne peuvent pas être absorbées. Il est facile de le voir. Entre deux feuillets de papier-filtre, on frotte une partie de l'onguent ; on doit n'apercevoir de gouttelettes de Hg, ni à l'œil nu, ni à la loupe. De plus, on doit l'employer à l'état frais ; c'est là un point important ; l'axonge rancit en peu de temps et on risque fort d'occasionner des accidents locaux : dermatite, eczéma, etc., qu'il convient d'éviter. On ne peut pas laisser au premier endroit venu un pot d'onguent Hg. On sait, en effet, que

(1) Comptes rendus de la *Société de Dermatologie*, mai 1893.

le Hg est volatil; dès lors si on le pose près de certains objets argentés, dorés, etc., ou près de certains instruments, ceux-ci ne tardent pas à être attaqués. La préparation au calomel ne comporte pas tant de précautions.

L'avantage du savon au calomel sur l'onguent Hg, consiste aussi à employer une quantité moindre de calomel que de Hg. Tandis que l'onguent Hg se prépare à parties égales d'axonge et de Hg, le savon au calomel est fait à 1 : 3 et même à 1 : 4. Ce serait une économie pour les hôpitaux où l'on emploie de grandes quantités d'onguent Hg, le Hg ayant une valeur commerciale à peu près égale à celle du calomel, mais qui devient plus élevée puisqu'on emploie le double de Hg que de calomel.

Recherche du Hg *dans les urines.* — Si nous avons été amenés à vanter le savon au calomel, c'est qu'en analysant les urines des malades traités par ce savon, nous avons trouvé du Hg, comme l'on en trouve lorsqu'on les traite par l'onguent napolitain.

Nous avons jusqu'ici fait l'essai du savon sur six sujets, quatre hommes et deux femmes; leurs urines ont été analysées tous les jours et graduellement. Tous étaient des syphilitiques n'ayant jamais pris de mercure; un seul en avait absorbé un an auparavant.

Pour la recherche du mercure, nous avons suivi plusieurs procédés. Nous pouvons en recommander un surtout, qui nous a permis de connaître un résultat dans un espace de temps très court, qui ne comporte pas de difficultés et qui nous a semblé le plus exact. Voici comme nous avons procédé :

On réduit d'abord l'urine par l'ébullition à moitié de son volume, après y avoir ajouté 10^{c3} de HCl + 5 gr. de ClO^3K. Laisser reposer une demi-heure environ et y ajouter encore 10^{c3} de HCl et 5 gr. de ClO^3K. Réduire l'urine à moitié de ce qu'il restait. L'urine étant claire, on remplace celle qui est évaporée par de l'eau distillée et on évapore un tiers du volume; les matières organiques étant détruites et le chlore ayant fini de se dégager, on recherche le Hg.

Dans un tube un peu long et étiré à l'une de ses extrémités, on met trois ou quatre petits morceaux de tournure de cuivre qui sont retenus par l'étranglement du tube fait à son extrémité. L'autre bout est relié à un entonnoir en verre par un tube en caoutchouc. On verse la liqueur par l'entonnoir et elle s'écoule lentement par le tube effilé, imprégnant ainsi la tournure de cuivre. On fait passer huit ou dix fois l'urine sur le cuivre; puis on sèche celui-ci au buvard. On aperçoit des taches blanches, grisâtres qui s'y sont déposées. Il est facile de savoir si c'est du Hg.

Dans un tube à essai on met deux ou trois morceaux de cuivre attaqué et on le plaque au fond. A 1 centimètre environ de la tournure de cuivre, nous mettons un peu d'iode sur les parois du tube. On chauffe le cuivre et on voit se former une coloration rouge bien caractérisée. Donc le Hg s'est déposé sur le cuivre (sous forme d'amalgame), s'est évaporé par la chaleur sur les parois du tube où, trouvant de l'iode, il s'est combiné à lui en donnant du biiodure et du bichlorure de Hg (c'est un iodochlorure de mercure). Cette réaction seule nous permet de constater que notre urine contient du Hg. Mais on peut aussi constater sa présence en chauffant le cuivre attaqué dans un tube et il se dépose sur les parois du tube une matière noire; on rejette le cuivre et on traite ces taches noires par l'eau régale; si elles se dissolvent, on fait avec cette liqueur les réactions du mercure par l'iodure de potassium, l'H^2S, etc.

Nous avons trouvé, dans la dernière urine d'un syphilitique analysée, une petite quantité de Hg, faible, il est vrai, après avoir donné un traitement de 48 heures, deux frictions sur les bras, deux autres sur les cuisses et les jambes. A chaque friction on employait 4 grammes de savon qui contenait, par conséquent, 1 gramme de calomel (1 : 3). Mais à la huitième friction, le Hg y était bien décelé. Nous avons également recherché ce métal dans les urines de deux malades : l'un traité par le savon au calomel; l'autre par l'onguent napolitain et tous deux frictionnés dans les mêmes conditions. Leur urine analysée recelait du Hg, et la différence de réaction n'était pas bien marquée.

On peut donc conclure que le savon au calomel peut être substitué à l'onguent napolitain du Codex et c'est, en effet, la conclusion à laquelle s'est arrêté M. le Dr Audry.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Quelques travaux sur la pathologie du corps thyroïde et le rôle de l'extrait thyroïdien.

Déjà, à plusieurs reprises, nous avons réuni divers travaux sur cette question qui continue à être à l'ordre du jour. Nous pouvons aujourd'hui en résumer plusieurs, ayant trait surtout au crétinisme sporadique et au goître exophthalmique. On se souvient que, jusqu'à présent, c'est surtout du myxœdème qu'il avait été question.

Signalons toutefois deux observations de Schotten (1) relatives à la guérison du *myxœdème* par l'administration interne des glandes thyroïdes crues de mouton. Il note la susceptibilité individuelle de ses malades envers les glandes thyroïdes qui, en cas de dose élevée (5 grammes), provoquent des troubles sérieux (faiblesse, vertiges, lipothymies, etc.). Il ne peut certainement être question dans ces cas de guérison radicale, par cette raison que la glande thyroïde atrophiée ne se remplace pas; aussi est-il indiqué que ces malades reprennent de temps en temps de l'extrait de glandes thyroïdiennes afin de prévenir le retour des symptômes myxœdémateux.

I. — Pour le crétinisme sporadique, plusieurs observations anglaises méritent d'être résumées. On les trouvera toutes dans la *Lancet* du 4 novembre 1893.

Dans celle de Paterson, un enfant ne présentant aucun antécédent héréditaire fâcheux (absence de consanguinité chez les parents), élevé au biberon depuis l'âge de 7 mois, présenta, dès lors, de la constipation; plus tard, les fontanelles ne se fermèrent pas. A 11 mois, l'enfant n'avait encore aucune dent. A 19 mois ses fontanelles n'étaient pas fermées, la tête était volumineuse; les cheveux étaient rares et courts les paupières étaient rouges et atteintes de blépharite; la langue était épaisse et continuellement pendait hors de la bouche. On ne trouvait aucune trace de corps thyroïde; il y avait une petite hernie ombilicale. Les pieds et les mains étaient hypertrophiés, œdémateux et froids. Le rachis présentait une cyphose; la transpiration manquait à peu près totalement; la voix était enrouée; le développement mental était nul. On donna alors à l'enfant de l'extrait du corps thyroïde. Il survint une amélioration progressive; au bout d'un mois, les dents commencèrent à apparaître, les forces revinrent, les fontanelles se fermèrent.

Le succès fut également obtenu par Hellier sur une petite fille de 2 ans, qui présentait des symptômes de crétinisme sporadique; elle n'avait pas de dents; les fontanelles ne se fermaient pas; les paupières et les joues étaient gonflées; il y avait des gonflements myxœdémateux sous-cutanés; les mains étaient enflées, ainsi que les pieds. Il y avait une hernie ombilicale; la peau était rugueuse et épaisse; les cheveux étaient gros. Il y avait un strabisme convergent et du nystagmus. Les extrémités étaient froides et bleues. La langue était épaisse. On donna à cette petite malade de

(1) Schotten, Ueber Myxœdem und seine Behandlung mit innerlicher Darreichung von Schilddrusen Substanz, *Münch. med. Woch.*, 1893, p. 51 et 52.

l'extrait thyroïdien. Il y eut une amélioration très grande et très rapide ; la hernie et le rachitisme disparurent, les fontanelles se fermèrent, les dents poussèrent et les tumeurs myœdémateuses disparurent.

Wallis, enfin, arrive avec quatre observations heureuses. 1° Une petite fille entra à l'hôpital en novembre 1890, présentant des symptômes bien marqués de crétinisme. En mars 1892, M. Clutton greffa sous son grand pectoral gauche un petit fragment de corps thyroïde humain frais provenant d'un cas d'hypertrophie parenchymateuse thyroïdienne chez un sujet chez lequel M. Clutton avait dû faire une thyroïdectomie partielle. L'enfant alla mieux, mais au bout de huit semaines, tout le corps thyroïde greffé avait été résorbé et l'amélioration cessa. La malade revint à l'hôpital en février 1893, étant alors âgée de six ans et demi ; cette enfant n'avait jamais pu marcher, elle présentait l'aspect d'un singe ; ses cheveux étaient rares ; son cou était épais et présentait des tuméfactions au-dessus des clavicules. On ne pouvait sentir aucune trace de corps thyroïde ; la peau était sèche et la malade était sujette à des accès de colère ; ses jambes étaient tordues comme dans le rachitisme ; les poignets étaient élargis ; l'intelligence était très peu développée. Pas d'albumine dans l'urine ; température inférieure à la normale. Le 1er mars, on commença à mélanger, à la nourriture de la malade, du corps thyroïde cru ; plus tard, on lui donna de la poudre de corps thyroïde comprimée en tablettes. Au bout d'une semaine, l'amélioration était déjà manifeste. Au bout de trois mois, elle put se tenir debout seule ; actuellement, elle peut marcher, son poids a augmenté, le chiffre de l'urée s'est élevé.

2° Un enfant de 3 ans entra à l'hôpital en février 1893 ; il présentait tous les symptômes du crétinisme. Le 24 février, on commença le traitement par l'ingestion de corps thyroïde cru ; on donna ensuite de la poudre de corps thyroïde. Cet enfant s'est plus rapidement amélioré que la petite malade précédente ; ce qui tient peut-être à ce qu'il était plus jeune ; l'intelligence en particulier s'est beaucoup développée.

3° Un enfant de 9 mois entra à l'hôpital pour une hypertrophie de la langue à croissance rapide. Il avait, en outre, l'aspect typique du crétin. Sous l'influence du traitement par les tablettes de corps thyroïde, la langue reprit en 15 jours ses dimensions primitives ; l'état général s'améliora vite et l'enfant manifesta quelques signes d'intelligence. Malheureusement l'enfant mourut de diphthérie.

4° Un enfant de 9 ans et demi entra à l'hôpital le 25 mai 1893 ; avant même qu'il eût 2 ans, ses parents avaient remarqué qu'il grandissait moins que les autres enfants de son âge ; en 1891, il présenta une difformité du dos due au poids de la tête et à la faiblesse des muscles spinaux ; on lui fit alors porter une sorte de minerve. L'enfant finit par présenter l'aspect caractéristique d'un crétin. Les jambes étaient incurvées ; les pieds et les mains étaient très gros. Température un peu inférieure à la normale. On le traita par les tablettes de corps thyroïde. L'amélioration fut moins marquée que dans les cas précédents.

Voilà donc 6 observations où cette thérapeutique fut heureuse. Pour une affection contre laquelle tout avait jusqu'à présent échoué, les résultats sont encourageants.

II. — Dans le *goître exophthalmique*, la question mérite un examen approfondi. La pathogénie de cette affection est en effet loin d'être élucidée, et, en particulier, au point de vue spécial du traitement par l'extrait thyroïdien, le rôle de la fonction thyroïdienne dans sa genèse n'est pas définitivement établi.

Murray (1), pourtant, l'admet sans hésitation et, d'après lui, c'est à tort qu'on a jusqu'à présent tenu peu compte de l'hypertrophie de la thyroïde dans la production de certains symptômes du goître exophthalmique. Pour Mœbius, il existe une toxhémie produite par l'hypertrophie glandulaire. Quant à Muller, bien qu'il regarde l'altération du corps thyroïde comme un facteur secondaire dans le goître exophthalmique, il admet que cette altération joue un rôle important dans la production des symptômes. Wette considère le goître comme constituant la cause principale de la maladie. Il attribue l'exophthalmie et les palpitations à la compression exercée par la glande hypertrophiée sur le système sympathique et, pour lui, les divers symptômes nerveux généraux sont dus à une intoxication générale par les produits que sécrète ce corps thyroïde malade. Arthur Maude ne manque pas non plus d'arguments pour rattacher les symptômes du goître exophthalmique à un poison du système nerveux, poison fourni probablement par le corps thyroïde. Murray ne croit pas que jusqu'ici on ait prouvé d'une façon évidente que le corps thyroïde joue le rôle principal dans le goître exophthalmique, mais il désire appeler l'attention sur certains faits qui démontrent que certains symptômes au moins peuvent être dus à l'absorption d'une sécrétion exagérée et peut-être modifiée du corps thyroïde.

Il est à peu près certain actuellement que le corps thyroïde est une glande dépourvue de conduit excréteur : King, Babes et autres ont démontré que la sécrétion passe par les lymphatiques dans la circulation générale et est ainsi distribuée dans tout le corps. Les effets de l'atrophie ou de l'ablation du corps thyroïde chez l'homme et chez beaucoup d'animaux inférieurs sont bien connus : on voit apparaître en effet les symptômes du myxœdème ou cachexie strumiprive. On peut faire disparaître, sinon complètement, du moins en grande partie, les symptômes consécutifs à la thyroïdectomie par des injections hypodermiques d'extrait de corps thyroïde. C'est ce qu'ont montré Vessale et Gley chez le chien. Murray a fait la même démonstration chez le singe. Chez l'homme, le traitement du myxœdème a également montré que dans les cas favorables les symptômes disparaissent complètement par les injections d'extrait thyroïdien.

Tout cela prouve que le corps thyroïde a une fonction de sécrétion. Dans le goître exophthalmique, la glande thyroïdienne est presque toujours hypertrophiée, ainsi que l'a montré Greenfield ; il y a en effet une énorme augmentation de la portion sécrétante de la glande et aussi une augmentation de la substance colloïde dans les espaces glandulaires. On peut raisonnablement déduire de cette augmentation de la substance sécrétante qu'il y a une augmentation de sécrétion. Cette augmentation de sécrétion existe peut-être même dans les cas où il n'y a pas d'hypertrophie apparente. Maude a observé, au cours de la maladie de Graves, des variations quotidiennes dans le volume de la thyroïde. Ces variations doivent être dues à des troubles vasculaires. On sait d'autre part que de fortes doses d'extrait thyroïdien produisent des symptômes analogues à ceux du goître exophthalmique ; et Murray a observé, dans ces cas d'administration de fortes doses, de l'accélération du pouls, du tremblement, de la céphalalgie, de la transpiration, une élévation de la température, tous signes qui se retrouvent dans le goître exophthalmique. Le symptôme le plus constant que produisent les fortes doses d'extrait thyroïdien consiste dans l'accélération du pouls. Murray a eu plusieurs fois l'occasion de constater le fait. Presque toujours chez les sujets atteints de myxœdème il se produit, sans aucune espèce de traitement, une amélioration en été. Cela tendrait à prouver qu'une moindre quantité de suc thyroïdien est nécessaire pendant l'été que pendant l'hiver pour maintenir la santé générale. L'élévation de la température sous l'influence de l'absorption de suc thyroïdien est un fait général qu'on retrouve aussi bien chez les animaux inférieurs que chez l'homme. Au contraire, quand la sécrétion thyroïdienne est supprimée, la température tombe au-dessous de la normale ; c'est ce qui arrive dans le myxœdème et la cachexie strumiprive.

Si on admet que certains symptômes du goître exophthalmique sont dus à une suractivité glandulaire, il en résultera que tout traitement amenant la diminution de volume de la glande hypertrophiée ou qui diminuera son activité sécrétante améliorera l'état du malade. C'est en effet ce qui a été vérifié. Le traitement opératoire conduit de manière à remplir cette indication a amené la guérison. Credé a vu ainsi l'extirpation totale du corps thyroïde amener la guérison d'un goître exophthalmique. Stierlin a réuni 29 cas de goître exophthalmique dans lesquels on a pratiqué la thyroïdectomie ; la guérison complète est survenue dans 22 de ces cas. Il faut aussi recourir à un traitement médical dirigé contre l'hypertrophie glandulaire.

Murray père, qui a soigné beaucoup de malades atteints de goître exophthalmique, trouve que les frictions à l'aide d'une

(1) MURRAY, Thyroïd secretion as a factor in exophthalmic goitre (*Lancet*, 11 nov. 1893, t. II, p. 1177).

pommade à l'iodure de mercure rouge rendent de grands services. D'après Gowers, la belladone est également utile, probablement parce qu'elle diminue la sécrétion du corps thyroïde comme celles des autres glandes. Wyss a démontré que les injections de pilocarpine activent la sécrétion du corps thyroïde. Dans le myxœdème la pilocarpine agit en excitant les sécrétions des portions sécrétantes qui subsistent encore dans le corps thyroïde atrophié.

Les relations du goître exophthalmique et du myxœdème jettent aussi un grand jour sur ce sujet. On a vu, en effet, dans certains cas, les symptômes du goître exophthalmique disparaître et faire place à ceux du myxœdème. Byron Bramwell a établi un tableau d'où ressort nettement le contraste qui existe entre certains symptômes du goître exophthalmique et du myxœdème :

Goître exophthalmique.	*Myxœdème.*
Hypertrophie du corps thyroïde.	Atrophie du corps thyroïde.
Accélération du pouls.	Ralentissement du pouls.
Augmentation de la respiration.	Diminution de la transpiration.
Diminution de la résistance électrique de la peau.	Augmentation de la résistance électrique de la peau.
Température normale ou au-dessus de la normale.	Température inférieure à la normale.
Tempérament excitable.	Tempérament lourd et stupide.

De tout cela on peut conclure que le traitement du goître exophthalmique doit être dirigé surtout contre la lésion du corps thyroïde.

Johnston (1), dans un ordre d'idées analogue, cite d'abord deux cas de goître exophthalmique avec symptômes de chlorose, dans lesquels on obtint la guérison par la belladone et les sulfates de fer et de magnésie. Il cite ensuite deux cas de goître exophthalmique ordinaire qui furent considérablement améliorés par le repos, la belladone, l'électricité. L'auteur fait observer qu'il est possible que cette maladie soit due à quelque poison déversé dans le sang, poison qu'à certains égards, on peut comparer aux azotites. On est frappé du contraste qu'il y a au point de vue des symptômes entre le goître exophthalmique et le myxœdème. On a souvent fait remarquer que, dans certains cas, le myxœdème a été précédé par la maladie de Graves. La belladone, la digitale et l'ergot de seigle sont les trois substances qui ont le plus d'action sur le goître exophthalmique; or, ce sont celles qui contractent le système vasculaire et arrêtent les sécrétions glandulaires. L'ablation de la glande a amené la guérison dans certains cas.

On conçoit que ces opérations aient dû conduire à traiter le goître exophthalmique par l'extrait thyroïdien, c'est ce que fait Owen (2).

Un homme de 46 ans présentait, depuis 20 ans, les symptômes du goître exophthalmique ; l'exophthalmie était très marquée et l'expression du visage était anxieuse ; il avait des battements artériels dans le cou ; le pouls présentait 126 pulsations par minute. La matité cardiaque était augmentée. Pas d'albumine dans l'urine. La quinine, le fer, la digitale, l'arsenic n'amenèrent aucune amélioration. On donna alors au malade des corps thyroïdes de mouton crus (1/4 de lobe par jour.). Par erreur, on lui en donna pendant deux jours 1/4 de livre par jour ; il survint de la dyspepsie, des nausées, des éructations, du vertige, de l'insomnie, du gonflement de la face et des mains, tous phénomènes qui disparurent après une semaine d'abandon du traitement, qui fut alors repris à la dose primitive. Sous son influence, le malade alla rapidement mieux ; l'exophthalmie a presque complètement disparu ; le pouls est à 76 : l'aire de matité cardiaque est restée la même, mais les battements artériels ont disparu. L'auteur ajoute avec prudence qu'on ne saurait affirmer que cette amélioration est due au traitement.

(1) Johnston, Clinical remarks on exophthalmic goitre with special reference to its etiology, *Lancet*, 4 nov. 1893, p. 1121.
(2) Owen, Thyroid feeding in exophthalmic goitre, *British medical Journ.*, 2 décembre 1893, p. 1211.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 janvier 1894.
Présidence de M. Rochard.

Lésions méningo-cérébrales dans leurs rapports avec la névralgie trifaciale.

M. A. Voisin communique l'observation d'une malade atteinte d'une névralgie trifaciale droite, qui intéressait surtout les rameaux du ganglion de Gasser, fournis à la dure-mère dans la sphère de l'artère méningée moyenne. La durée et l'intensité de cette névralgie avaient provoqué peu à peu des troubles mentaux de forme mélancolico-hypochondriaque, et l'autopsie a montré des lésions méningo-cérébrales dans le lobe fronto-pariétal droit, et une sorte de poche constituée par un confluent anormal du liquide céphalo-rachidien qui déprimait la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes droites.

Le point douloureux que la malade indiquait correspondait assez nettement au siège de la lésion pour qu'une craniotomie ait pu être tentée avec quelques chances de succès.

Ce fait montre les relations pathogéniques qui peuvent exister entre une lésion méningo-cérébrale et une névralgie trifaciale.

Chimie minérale des corps organisés.

M. Gaube (du Gers) lit un mémoire sur le microbe anaérobie du tétanos et la bactéridie aérobie du charbon. Il a constaté que la quantité d'azote fixé est en rapport avec la quantité de matière minérale utilisée par ces infiniment petits. De plus, la potasse est le dominante minérale propre du charbon et la soude la dominante minérale propre du tétanos.

Hygiène de l'enfance.

M. Carpentier, d'après un vœu de M. le Dr **Guyot** (de Calais), fait approuver par l'Académie la proposition de demander aux pouvoirs publics de réglementer les garderies d'enfants au point de vue de leur fonctionnement régulier et de leur hygiène.

De plus, il rend compte d'un important travail lu, il y a quelques mois, par M. le Dr **Ledé**, sur la mortalité des nouveau-nés en nourrice pendant les premiers mois et sur les fâcheuses conditions de leur transport par les chemins de fer.

Peaux de chèvre et pustules malignes.

M. Proust. — Je viens d'observer un cas de charbon développé chez un homme qui triait des peaux de chèvre venant de Chine. M. Mégnin a constaté la présence de dermites vulpinus vivants dans ces peaux. De plus, M. Landowski a trouvé dans leurs coques et leurs excréments une quantité considérable de bactéridies charbonneuses qui, inoculées par M. Nocard à des animaux, ont donné des résultats positifs.

De tels faits sont fréquents sans doute et ont été observés déjà de divers côtés, par M. Le Roy, de Barn, par M. Lancereaux, etc. Au point de vue pathologique, il importe d'inviter les patrons des ateliers où l'on bat et où l'on trie les peaux venant de Chine à fournir aux ouvriers un masque, des gants en caoutchouc et des pinces pour préserver la face, les avant-bras et les mains. Il sera défendu aux ouvriers de porter les peaux avec poils sur l'épaule ; ils devront se servir de brouettes. Une ventilation énergique, avec aspiration des poussières dans une chambre de chauffage où elles seront brûlées, devra exister au moment du triage et du battage des peaux. Des soins de propreté seront exigés des ouvriers, lavage de la figure et des mains avec une solution antiseptique ; ils devront changer de costume au sortir de l'atelier. Des affiches apposées dans l'intérieur de l'usine doivent appeler l'attention des ouvriers sur le danger des boutons ou des érosions de la peau. Une surveillance très attentive doit être exercée sur les ouvriers par une personne compétente, de façon à ce que tout bouton, toute érosion, toute écorchure de la peau, pouvant devenir dangereuse, soient immédiatement traités. De mesures de police sanitaire doivent être prises dans les pays d'origine, de façon à supprimer sur les peaux de Chine les germes charbonneux, les mouches et tout ce qui peut être dangereux. Si ces mesures n'étaient pas

exécutées, il y aurait lieu de fermer notre frontière aux peaux de Chine.

Pathogénie du glaucome.

M. Galezowski a trouvé dans tous les cas de glaucome qu'il a observés des altérations des voies lymphatiques de l'œil, en particulier du canal de Schlemm. Le glaucome simple lui-même est causé par une oblitération de ce canal et des voies lymphatiques sous-scléroticales; le nerf optique ne recevant plus de liquide nutritif s'excave et s'atrophie. Il en est de même dans toutes les formes du glaucome, simple, aigu, chronique, hémorrhagique. La différence entre ces formes tient uniquement au degré des altérations.

Dans certaines variétés d'excavation glaucomateuse du nerf optique, l'excavation est si peu prononcée que l'on diagnostique souvent une atrophie progressive de la pupille d'origine médullaire. Comme conséquence, la première indication du traitement est de déboucher les voies lymphatiques par la sclérotomie.

Résection du nerf maxillaire inférieur dans le crâne.

M. Quénu. — J'ai eu à soigner récemment un homme, déjà opéré par moi en février 1891 par le procédé extra-crânien de Horsley, pour un tic douloureux de la face. Le succès de la première opération avait été complet et immédiat, mais il ne se maintint que 14 mois; la seconde opération démontra que la résection première n'avait pas été totale, que plusieurs branches de ce nerf qui s'épanouit au sortir du trou ovale, avaient échappé. Il n'est pas douteux qu'au procédé long, laborieux et incertain d'Horsley il faut préférer les opérations qui permettent de sectionner le nerf maxillaire avant son entrée dans le trou ovale.

Or, pour y réussir, les chirurgiens ont suivi deux voies complètement différentes: les uns, avec ou sans le respect de la dure-mère, ont pénétré dans la boîte crânienne par une trépanation temporale; les autres ont abordé le trou ovale par la base du crâne à travers la profonde et étroite région zygomatique. Horsley et Krause représentent les premiers; les seconds n'ont fait que modifier la méthode même de Pancoast; tels sont Salzer, Kronlein et Rose. Pendant que Krause, ayant trépané le temporal, décolle la dure-mère et gagne le trou ovale en suivant la face interne du crâne, Rose longe la face externe qu'il dénude, découvre les nerfs dentaire et lingual qui lui servent de guides, le mènent jusqu'au trou ovale; il agrandit ensuite ce dernier à l'aide d'une tréphine de manière à en faire une voie de pénétration. Les deux méthodes opératoires donnent peu de jour : l'espace est donné dans la première par le décollement de la dure-mère et le refoulement du cerveau, dans la seconde par l'écartement du masséter et du ptérygoïdien externe.

Mon procédé opératoire repose tout entier sur l'idée d'additionner ces deux espaces et d'y ajouter l'épaisseur du crâne en réséquant la grande aile du sphénoïde jusqu'au trou ovale qui devient l'unique objectif. Il n'a pas fallu plus de cinq minutes pour charger le nerf à partir du moment où la couronne à trépaner s'est appliquée sur la fosse temporale préalablement mise à nu.

Dans un premier temps on dénude la fosse temporale jusqu'à la crête qui la sépare de la fosse zygomatique. Pour cela une incision courbe à convexité supérieure profonde jusqu'à l'os par derrière l'apophyse orbitaire externe aboutit au devant du conduit auditif; l'hémostase faite, l'arcade zygomatique est sciée et confiée au ciseau à ses deux extrémités et le lambeau qui comprend le temporal est rapidement détaché à coups de rugine et rejeté le plus bas possible.

Dans un deuxième temps, on ouvre le crâne à l'aide d'une couronne de trépan placée un peu au-dessous de la crête sus-indiquée, puis on agrandit l'orifice vers le bas en se servant de la pince-gouge de Lannelongue. Pour cela, on décolle au fur à mesure la dure-mère avec le doigt, tandis que parallèlement, du côté externe, on dénude la voûte de la fosse zygomatique avec la rugine. Point n'est besoin d'assécher la plaie pour y voir, le doigt est ici un meilleur guide que l'œil. Lorsque la pince-gouge s'est avancée environ d'un centimètre au delà de la crête, au lieu de rechercher les troncs nerveux, nous recherchons le trou ovale. Pour cela, j'utilise un petit crochet, sorte d'aiguille de Cooper raccourcie; l'index gauche étant enfoncé transversalement s'engage dans une petite vallée limitée en avant par le bord tranchant de l'apophyse ptérygoïde, en arrière par l'épine aiguë du sphénoïde; le trou ovale se trouve juste sur cette ligne, ainsi que le trou petit rond. L'aiguille introduite à plat sur le doigt, puis légèrement retournée, s'engage d'elle-même dans le trou ovale.

Dans un troisième temps, un large écarteur refoulant les ptérygoïdes externe et temporal, on peut au besoin poursuivre jusqu'au ganglion de Gasser ou tout au moins jusqu'à l'émergence de ses trois troncs.

Tous ces temps s'exécutent sans perte de sang, l'hémostase la plus longue est celle du muscle temporal; la plaie zygomatique n'a donné que du sang veineux dont la compression a eu facilement raison; la méningée moyenne a été entièrement respectée. L'opération a duré une heure; le soulagement a été immédiat et la disparition des spasmes douloureux absolue.

Traction rhythmée de la langue.

M. Lancereaux communique au nom de M. le D[r] **Vernet** (de Charley) deux nouveaux faits de mort apparente traités avec succès par le procédé de traction rhythmique de la langue.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 décembre 1893.

Influence de certaines causes sur la réceptivité; associations bactériennes.

M. V. Galtier donne les conclusions suivantes :

1° On peut donner au lapin la réceptivité vis-à-vis du charbon symptomatique, par la simple injection d'une certaine quantité d'eau ordinaire dans une veine;

2° Il peut l'acquérir à la suite de quelque maladie antérieure;

3° Il est possible de la faire naître par l'association de la bactéridie, même atténuée, avec le *bacillus Chauvœi*;

4° L'adjonction de la bactéridie atténuée précipite l'évolution et la terminaison fatale du charbon symptomatique chez le cobaye; il en est de même du *bacillus Chauvœi*, à l'égard du charbon bactéridien;

5° La bactéridie atténuée se renforce en pullulant dans l'organisme du cobaye inoculé en même temps du charbon symptomatique;

6° Dans les localités où se trouvent réunis les microbes des deux charbons plus ou moins atténués, la réceptivité des animaux peut être exaltée, vis-à-vis de l'une ou de l'autre maladie, par l'infection simultanée ou successive avec les deux agents pathogènes;

7° Grâce à cette association, des microbes, plus ou moins atténués et incapables de produire à eux seuls une maladie grave, peuvent récupérer tout ou partie de leur activité pathogène;

8° Il est indiqué de ne faire subir aux animaux qu'on veut immuniser contre les deux charbons les inoculations préventives afférentes à chaque maladie que successivement et en laissant entre elles un certain laps de temps;

9° Le rôle pathogène de la bactéridie, même atténuée, peut être favorisé par l'adjonction du *streptocoque pneumo-enteritis*, qui est revenu lui-même à l'état de microbe saprogène inoffensif; de même la bactéridie atténuée peut préparer l'organisme à subir l'action du streptocoque;

10° L'on peut de la sorte s'expliquer le retour ou la réapparition du charbon ou de la pneumo-entérite du cheval à la suite de pluies ou d'inondations ayant pour effet d'amener telle espèce microbienne vers telle autre et de favoriser, en les associant, l'action de l'une ou de l'autre, alors même que chacune d'elles était devenue plus ou moins inoffensive;

11° Certains microbes, ceux du choléra aviaire et de la pneumo-entérite infectieuse du porc, qui l'emportent sur la bactéridie charbonneuse quand ils sont associés avec elle, peuvent également être renforcés quand, ayant été préalablement atténués, ils sont inoculés avec des bactéridies atténuées;

12° Enfin, il y a lieu de tenir grand compte, pour expliquer le réveil de certaines enzooties ou épizooties et le retour de certaines maladies microbiennes, du rôle adjuvant que peuvent jouer d'autres microbes plus ou moins atténués ou simplement saprogènes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 janvier 1894.

Traitement du glaucome.

M. Delens lit un rapport sur un travail de M. Nicati (Marseille) relatif au traitement du glaucome par la *scléritomie nouvelle*. M. Nicati, qui depuis longtemps étudie le glaucome, admet qu'il est dû à la rétention de l'humeur aqueuse, et déjà il a conseillé de le traiter par la ponction sclérale (Voyez *Mercredi*, 1891, p. 490). Mais si cela suffit pour le glaucome secondaire, pour le glaucome primitif il faut que l'opération intéresse l'iris. De là l'opération suivante : 1° ponction de part en part, tranchant en bas, dans le segment inférieur de la chambre postérieure ; 2° retourner la lame à angle droit, tranchant en avant au contact de l'iris ; 3° ressortir dans ce sens, en coupant par conséquent l'iris et en faisant à la sclérotique un lambeau en V. L'iridectomie classique doit être réservée aux glaucomes avec occlusion pupillaire.

Prolapsus utérin.

M. Segond. — Dans son rapport, M. Quénu a abordé trois points : les indications thérapeutiques générales appliquées aux prolapsus génitaux, les indications spéciales de l'hystérectomie, un procédé opératoire particulier.

Pour les indications thérapeutiques générales, je souscris à ses opinions, conformes d'ailleurs à ce que tout le monde pense actuellement. Les lésions, en effet, sont de trois ordres et portent : 1° sur l'appareil de soutènement, d'où l'utilité de diverses opérations plastiques vagino-périnéales ; 2° sur l'appareil de suspension, d'où les opérations de fixation, parmi lesquelles seule l'hystéropexie survit à mon sens, car l'Alexander ne répond pas aux indications ; 3° sur l'utérus lui-même, d'où l'opération d'Huguier et l'hystérectomie totale.

L'opération d'Huguier m'inspirera une courte réflexion. Lorsqu'il y a hypertrophie de la partie sus-vaginale du col, cette opération est utile, mais non pas à mes yeux pour alléger l'utérus : elle a pour but de le raccourcir, de façon à pouvoir rentrer dans le bassin un organe qui était long de 15, 20 cm. au lieu de 7.

Une considération que Trélat a remarquablement mise en lumière est la rareté d'une lésion mono-organique unique. Rares sont les cas, par exemple, qui guérissent par la simple hystéropexie. Ce qui domine, c'est la complexité des lésions. Aussi, avant d'opérer faut-il examiner chaque cas en particulier et obéir à chaque indication en associant diverses interventions. Alors, seulement, on aura quelque chance d'arriver à un résultat définitif.

Si je passe aux indications spéciales de l'hystérectomie, je suis encore, en principe, d'accord avec M. Quénu. La première considération, c'est l'âge de la femme, qui ne doit plus avoir d'ambition à la procréation. Cependant, il y a peut-être quelques petites exceptions. Aussi, dans un article récent, ai-je groupé sous cinq chefs les indications thérapeutiques dans les prolapsus de l'utérus : dans quatre circonstances, l'âge perd toute importance, et l'hystérectomie s'impose. Ces conditions sont les suivantes : 1° Il y a néoplasie de l'utérus prolabé ; 2° il y a des lésions annexielles qui doivent être traitées par l'extirpation, cas auquel je repousse la laparotomie ayant pour but la castration et l'hystéropexie ; 3° l'utérus est irréductible, indication bien développée par M. Pozzi ; 4° il y a une tumeur des annexes refoulant l'utérus, cas auquel il faut tout enlever par la voie inférieure.

Ces cas, je le reconnais, sont la minorité et, la plupart du temps, on doit agir à la fois sur le périnée, l'utérus, la suspension. C'est alors que, vers 50 ans, intervient l'hystérectomie.

Trois fois j'ai pratiqué cette opération : le 20 avril dernier, chez une femme qui mourut de pneumonie en septembre, ayant un peu de cystocèle ; le 17 mai, chez une femme actuellement bien portante, sauf un peu de cystocèle pour laquelle je ferai dans quelque temps, je crois, une colporrhaphie ; le 22 novembre, chez une femme ayant en même temps un fibrome gros comme le poing. Et mes deux premières opérées avaient des lésions annexielles qui par elles seules légitimaient l'intervention.

Reste la question de manuel opératoire, qui est le point le plus original du mémoire de M. Quénu. Cette opération, je ne l'ai jamais faite, ni vu faire ; je suis prêt à la faire, après avoir été voir M. Quénu. Je ne veux donc pas porter un jugement, mais émettre avec réserve une opinion. Vous visez la formation d'une sangle merveilleuse, qui doit attirer le vagin en haut, et vous déclarez qu'à cet égard les pinces sont déplorables, parce que cela suppure. Le débat est jugé, je le sais, pour la solidité des cicatrices per primam et après suppuration, pour la cure radicale des hernies, par exemple. Mais en est-il de même pour l'hystérectomie vaginale ? J'ai fait un nombre considérable d'hystérectomies vaginales, j'ai revu et retouché nombre de mes anciennes opérées. Or, après les ablations de gros fibromes, quoiqu'on ait un trou énorme par lequel on a peur de voir les intestins saillir au dehors — ce qui, soit dit en passant, n'arrive jamais — il se fait au fond du vagin une cicatrice de moineau, où les ligaments larges et le vagin sont fusionnés. et qui a tous les caractères d'une cicatrice de première intention. Donc, avant de déclarer « déplorable » l'emploi des pinces, je crois qu'il faut attendre.

M. Richelot. — Je ferai plus de réserves que M. Segond aux conclusions de M. Quénu. Ma première opération, de 1886, m'a démontré la facilité et la bénignité de l'opération ; mais peu de temps après est survenue une chute du vagin, à laquelle j'ai dû remédier par le cloisonnement. Au total, j'avais conservé une opinion favorable à l'hystérectomie, comme opération préliminaire, mais je fus trois ans sans y recourir, parce que je réussissais par la colporrhaphie. Je ne recommençai qu'en 1889, chez une femme à laquelle j'avais fait la colporrhaphie en 1888 : à la récidive, je trouvai que l'utérus était fibromateux et saignait. Après l'hystérectomie, cette malade aussi eut encore un prolapsus vaginal, auquel je remédiai, avec succès définitif cette fois, par la colporrhaphie.

Puis je fus trois ans encore sans faire d'hystérectomie, lorsqu'en novembre 1892 je vis une femme en récidive après une colporrhaphie datant de juillet 1892, et qui portait, en outre, des lésions annexielles, à droite surtout. Cette femme guérit radicalement.

Le 4 février 1893, j'opérai une femme de 32 ans, ayant, en outre, de grandes crises douloureuses plusieurs fois par jour.

Le 25 juillet 1893, femme ayant un relâchement extrême ; elle a déjà un peu de cystocèle et je crois que je lui ferai une colporrhaphie.

Il y a 15 jours, enfin, femme de 48 ans, ayant une vaste déchirure périnéale et un segment inférieur énorme.

Au total, donc, j'ai 6 observations qui se réduisent à 4, car il y avait deux fois des lésions (fibromes, salpingites) qui commandaient l'intervention. C'est peu pour moi, qui suis très hystérectomiste. Oui, c'est une opération facile, bénigne, admissible chez les femmes dont l'utérus est devenu un meuble inutile. Mais presque toujours on s'en tire à moins de frais.

Pour mon compte, je pars du double principe suivant :

1° La colporrhaphie (que je fais par le procédé d'Hégar) est très efficace ;

2° La fixation vaginale est un procédé illusoire, et, par exemple, j'ai guéri par la colporrhaphie la femme sur laquelle M. Péan a apliqué le procédé spécial qu'il a publié il y a quelques années : la récidive n'avait pas tardé.

Je n'ai pas grande confiance, je l'avoue, dans le procédé spécial de M. Quénu. Les ligaments larges ne sont pas des lambeaux qui se rétractent vers leur base ; mous et flasques, ils se laissent entraîner par le vagin avec une docilité déplorable. Comme preuve de ce qu'a dit M. Segond, j'ai vu une femme qui est morte en 12 heures après une hystérectomie pour cancer ; les deux ligaments larges étaient soudés en Y au fond du vagin. M. Quénu répondra : mes malades sont guéries. Attendez un peu, elles ne sont pas encore bien vieilles.

Il est, d'après moi, un peu subtil de vouloir, dans chaque cas en particulier, analyser les indications tirées de l'état de chaque organe. Si on met à part les cas où une lésion concomitante justifie l'hystérectomie, je crois que la plupart des cas sont justiciables soit des opérations périnéales avec ou sans opération d'Hegar, soit de ces opérations combinées à l'hystéropexie, que je préfère à l'Alexander. Mais quand cela est insuffisant, faut-il enlever l'utérus ? Oui, s'il est volumineux, douloureux ; mais qu'on n'oublie pas que c'est l'utérus qui tombe de haut en bas et que l'utérus suit ; qu'on sache que l'hystéropexie n'est pas radicale, qu'elle doit le plus

souvent être suivie de la colporrhaphie immédiate, et c'est pour cela, pour avoir immédiatement le champ opératoire libre, que les ligatures sont préférables aux pinces.

De gré ou de force, nous arrivons toujours à la colporrhaphie.

M. Championnière. — Plus on opère pour prolapsus et plus on devient sceptique. Pour ce qui est de l'hystérectomie en particulier, c'est une idée qui a dû venir à tout le monde; pour ma part, j'en ai fait beaucoup, et je voulais même, l'an dernier, en entretenir le Congrès de chirurgie. Ma première opération m'avait donné, en effet, un résultat que je croyais bon; mais bientôt survint une récidive. Or, c'est ce qui se passe après toutes les opérations pour prolapsus: toutes donnent des succès temporaires, puis des récidives.

J'ai commencé par l'opération de Sims, et, en 1875, j'ai eu un bon résultat; mais depuis, j'ai été moins satisfait et je passai à l'opération de Le Fort. D'abord j'en fus content, mais je ne tardai pas à voir une récidive, ce qui me dégoûta un peu de cette intervention. J'ai été un des premiers à faire l'hystéropexie, mais j'ai ici encore vu des récidives où l'utérus ne pend pas, il est vrai, hors de la vulve, quoique la bride d'adhérence soit restée solide, comme j'ai pu m'en convaincre directement. M. Richelot me dira: Vous n'avez pas fait la colporrhaphie. Si, et c'est ce qui m'a donné les moins bons résultats, de sorte que j'y ai renoncé.

C'est dans cet état d'esprit que j'ai fait l'hystérectomie, et j'en ai actuellement huit cas, ce qui est assez fréquent, car le prolapsus pur ne se voit pas tous les jours. Or, même ainsi cela tend à récidiver; et je dirai à M. Quénu que ma première opération a été faite avec ligatures, sans que j'y aie vu de différence avec les pinces. Je crois que les deux procédés font la même chose.

J'ai en somme d'assez bons résultats. Mais mon expérience passée me met en défiance pour l'avenir, et les cas de M. Quénu sont encore plus récents que les miens.

Il semble que l'opération doive être particulièrement simple et rapide. Or, pour ma part, j'ai été frappé de la tendance de ces malades aux hémorrhagies graves, et même récemment j'en ai perdu une de ce chef; c'est une série qui m'inquiète, car dans mes autres hystérectomies je ne vois rien de semblable. Le décès concerne une femme que j'opérai pour une récidive de l'hystéropexie.

D'autre part, je pense comme M. Richelot que souvent l'hystérectomie seule ne sera pas suffisante et qu'il faudra y joindre la colporrhaphie.

M. Tuffier présente un malade, âgé de 23 ans, qu'il a opéré, le 22 octobre 1893, pour une péritonite aiguë généralisée, consécutive à une appendicite.

M. Moty montre un malade chez lequel il a fait, en 1890, une résection de la moitié droite du maxillaire pour un néoplasme.

M. Monod montre une énorme tumeur kystique de l'utérus enlevée chez une femme de 58 ans et qu'il avait prise pour un kyste de l'ovaire.

M. Berger présente un volumineux corps étranger articulaire du genou.

M. Demmler adresse une observation de laparotomie pour péritonite tuberculeuse avec fistule persistante et mort par cachexie tuberculeuse.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 5 janvier 1894.

Typhlite tuberculeuse.

M. Tissier rapporte l'observation d'une femme de 45 ans qui est entrée à l'hôpital avec des signes d'obstruction intestinale lente: il y avait de la constipation, du ballonnement du ventre. Au toucher vaginal, on constata qu'il y avait quelques nodosités dures au niveau du col. L'utérus était immobilisé. Bientôt les vomissements fécaloïdes apparurent, la constipation devint opiniâtre, l'amaigrissement fit des progrès rapides et la malade succombait avec du subdélirium.

A l'autopsie, on trouva l'utérus dur et fibreux; les ovaires, augmentés de volume, présentaient une consistance ligneuse. Les poumons étaient parsemés de tubercules fibreux. Il y avait des granulations tuberculeuses disséminées sur toute la séreuse péritonéale. Le lobe de Spiegel offrait une teinte jaune beaucoup plus pâle que le reste du foie: il semblait que la dégénérescence graisseuse fût plus marquée dans ce lobe. Mais le cæcum méritait surtout d'attirer l'attention. Ses parois étaient considérablement épaissies; la muqueuse n'était pas ulcérée, mais elle montrait des bosselures, des boursouflements rappelant absolument l'aspect des circonvolutions cérébrales. Cette typhlite tuberculeuse, qui est à rapprocher des faits publiés par Pilliet et Hartmann, aurait pu être prise au premier abord pour un cancer du cæcum.

Néphrite scarlatineuse. Sclérose pleuro-pulmonaire.

M. Gouget relate le cas d'une femme de 26 ans entrée, il y a trois mois, à la Charité pour une néphrite scarlatineuse datant de trois ans. Il y avait une insuffisance mitrale, de l'anasarque et un hydrothorax double. La malade est morte d'accidents urémiques à forme dyspnéique prédominante. A l'autopsie, on a trouvé de gros reins blancs, un foie muscade, de la tuberculose péritonéale, un hydrothorax double accusé surtout à droite. Le poumon de ce côté, refoulé en haut, est très atrophié et de plus il est déformé et présente quatre lobes à bords arrondis, offrant en moyenne le volume du poing. Ce poumon et la plèvre qui le recouvre semblent sclérosés. La morphologie de ce poumon est comparable à celle d'un poumon atteint de déformations analogues que M. Dufournier a présenté l'année dernière à la Société anatomique.

Abcès du foie.

M. Bezançon présente le foie et l'intestin d'un homme de 40 ans, entré au mois de mars dernier dans le service de M. Cornil avec des symptômes absolument nets de typhlite. Le malade est sorti du service très amélioré et il n'a eu depuis lors ni constipation, ni phénomène quelconque de dyspepsie gastro-intestinale. Il est revenu dans le service au mois de décembre, considérablement amaigri, avec un faciès terreux, de l'anorexie, mais toujours sans constipation. Au palper abdominal, il n'y avait plus aucun signe de typhlite, la région cæcale était souple, il n'y avait pas trace d'induration. Par contre, le foie était très volumineux et inégal. Aussi, le diagnostic porté fut-il celui de typhlite cancéreuse ancienne avec cancer secondaire du foie. Le malade eut une pleurésie droite séro-hémorrhagique qui nécessita une ponction; il mourut bientôt dans le marasme. Sauf dans les derniers jours, il n'avait pas eu de fièvre.

A l'autopsie, on trouva un volumineux abcès de la face supérieure du foie. Au niveau du cæcum et dans la partie inférieure du côlon ascendant, on voyait des ulcérations, les unes folliculaires, les autres plus volumineuses, à grand axe dirigé perpendiculairement à l'intestin. La nature de ces ulcérations n'a pu être déterminée jusqu'ici, l'examen histologique n'ayant pas encore été fait. Il n'y avait aucune lésion du rectum ni de l'intestin grêle.

Anévrysme du cœur et péricardite.

M. Trénel présente un anévrysme du cœur provenant d'un malade du service de M. Briand, à l'asile de Villejuif. Cet anévrysme, du volume d'une mandarine environ, siège presque exactement au niveau d'une plaque de péricardite adhésive. Il est cependant plus étendu que la symphyse péricardiaque. La paroi est dure; elle a la consistance et l'épaisseur d'une aorte athéromateuse. A sa face interne, on voit des vestiges de piliers représentés par des fibrilles minces. Le sac ne contenait que quelques petits caillots anciens. L'anévrysme est situé sur le ventricule gauche, au voisinage de la pointe.

T. Legry.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 30 décembre 1893 (Fin).

Présidence de M. Chauveau.

Résection expérimentale de l'estomac.

MM. Pachon et Carvallo. — Le chien gastrectomisé dont l'observation a été communiquée récemment à la Société (Voir *Mercredi*, 1893, p. 580) est mort accidentellement à la suite d'une nouvelle laparotomie faite le 4 décembre.

La pièce anatomique fournie par l'autopsie permet de constater que la portion du bout cardiaque de l'estomac, qui avait dû être nécessairement laissée pour faire les sutures, mesure 2 centim. et demi de long sur un diamètre de 4 centimètres de large. La partie réséquée de l'estomac mesure, de son côté, 22 centimètres de long (après un séjour de six mois dans l'alcool). Or, si l'on songe que les 22 centimètres enlevés correspondent à la grande courbure de l'estomac, d'un diamètre au moins deux fois plus large que le diamètre normal du bout cardiaque, on voit qu'ils représentent, chacun pris isolément, une surface bien plus grande que chacun des 2 centimètres et demi cardiaques restants, ce qui augmente d'autant encore la différence réelle à l'avantage de la partie enlevée. Il s'agissait donc, dans le cas présenté par les auteurs, d'une résection de l'estomac aussi parfaite qu'elle peut être matériellement réalisée chez le chien.

Voici la note que nous a remise M. Charrin, à propos de l'examen des pièces anatomiques :

Le foie, dont les cellules étaient granuleuses, les capillaires distendus, rompus par places, les éléments embryonnaires en prolifération, était rempli de vibrions septiques ; seules, les cultures sous huile se sont montrées fertiles ; celles qui ont été faites au contact de l'air, sur les divers milieux habituels, ont été stériles ; inversement, le liquide péritonéal n'a donné aucune espèce anaérobie ; il ne renfermait que le staphylococcus albus à l'état de pureté.

La déchéance du terrain, le manque de protection, d'antisepsie digestive, résultant de l'ablation de la rate et de l'estomac, mis à part, il est probable que ces deux germes se sont renforcés, car l'albus seul est ordinairement impuissant à créer chez le chien une péritonite mortelle.

Il est à croire, sans qu'on puisse l'affirmer, que ce vibrion septique a été introduit par les viandes gâtées données comme aliments à un point de vue spécial ; les sucs digestifs absents n'ont pas su atténuer ce germe.

Lésions digestives d'origine bactérienne.

M. Charrin. — Dans la dernière séance, MM. Hallion et Enriquez ont annoncé que l'on pouvait produire des ulcérations de l'estomac en injectant des toxines du bacille de la diphthérie, toxines qui provoquaient de l'artérite.

Je rappellerai à ce propos les expériences dont j'ai rendu témoin la Société à diverses reprises.

J'ai montré des pièces anatomiques, dont le professeur Bouchard a fait usage dans son cours dès 1887, prouvant que l'on pouvait expérimentalement déterminer des ulcérations, d'origine bactérienne, soit de l'estomac, soit de l'intestin. J'ai indiqué que l'on faisait apparaître des congestions, des hémorrhagies, des ulcérations. J'ai invoqué l'action des bacilles formant des embolies, les propriétés vaso-motrices des produits solubles, propriétés mises en évidence par M. Bouchard, par M. Gley et moi. Les désordres vaso-moteurs sont le plus souvent de courte durée ; mais, s'ils disparaissent, les altérations qui en sont la conséquence persistent et évoluent.

Je n'ai pas insisté particulièrement sur l'artérite. Cependant, le bacille pyocyanique est capable de créer de pareilles lésions ; je n'en veux pour preuve que les néphrites granuleuses, fibreuses, artério-scléreuses, accompagnées de myocardite hypertrophique qu'il engendre.

Plus récemment, je me suis assuré d'un autre mécanisme : l'élimination des produits solubles au travers de l'intestin, élimination provoquant l'inflammation.

Ainsi, l'expérimentation, suivant les cas, confirme différentes théories émises en pathologie humaine (théories embolique, vaso-motrice, artérielle, inflammatoire, etc.).

Assurément, il s'agit plutôt, dans ces faits expérimentaux, d'ulcérations que de l'ulcère simple de l'estomac. Mais il en est de même dans les travaux cités par MM. Enriquez et Hallion, travaux pour la plupart postérieurs à ceux que je rappelle.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2e *semestre* 1893.

Ectopie testiculaire.

M. Reibell. — Enfant de 11 ans, bien conformé : pas d'antécédents héréditaires. Dès la naissance, on constata la présence du testicule droit dans le scrotum et l'absence du testicule dans la partie gauche des bourses. Aucune tuméfaction inguinale gauche jusqu'il y a environ trois mois. A cette époque, le père, au moment de faire prendre un bain à l'enfant, remarqua une tumeur en forme de prune, obliquement placée dans le pli de l'aine gauche. Cette tuméfaction était indolente et n'empêcha pas l'enfant de courir et de se livrer sans aucune gêne aux jeux habituels de son âge jusqu'il y a environ un mois. Il éprouva alors au niveau de la grosseur une certaine sensation douloureuse augmentée par la marche et la course, mais pendant quelques jours seulement ; puis tout rentra dans l'ordre et aujourd'hui même on peut palper et presser assez fortement la tumeur sans provoquer même la douleur spéciale que produit d'habitude la pression de l'organe en question.

Comme état actuel, on constate que la tuméfaction qui, primitivement, était placée plus en dehors, occupe maintenant le tiers interne du pli de l'aine. — La variété d'ectopie est actuellement inguino-scrotale. — En quinze jours, la marche en dedans semble avoir progressé. Le testicule gauche est très mobile, mais ne saurait être rentré dans le canal inguinal, comme on fait d'une hernie. Il donne insertion à un cordon spermatique très nettement perceptible, qu'on peut faire rouler sous les doigts et qui est un peu sensible à la pression. Pas de hernie concomitante.

Lèpre tuberculeuse.

M. Bernheim. — La malade, des environs d'Epinal, ne présente aucun antécédent particulier à signaler. Son père est mort à 40 ans, sa mère impotente est âgée de 76 ans. Les grands parents sont morts à un âge avancé. Une sœur, mariée et de bonne santé, âgée de 37 ans. — Réglée à 17 ans, la malade s'est mariée, a toujours habité avec son mari et a eu trois enfants âgés de 18, 16 et 13 ans. Elle avait toujours été bien portante, lorsqu'en 1880 apparut à la face dorsale des doigts un bouton qui provoqua de très vives démangeaisons. Celles ci s'étendirent bientôt à toute la surface cutanée et s'accompagnèrent d'éruption et de desquamation. Un traitement à l'iodure de potassium institué à ce moment resta sans résultats. De nouvelles poussées se produisirent successivement en même temps que la peau devenait le siège d'une tuméfaction à marche lente, mais progressive. Tout le corps finit par se recouvrir de tubercules et en 1892, douze ans après le début, la généralisation était complète et l'affection, caractérisée par la présence de lépromes hypodermiques disséminés partout, avec engorgement des ganglions des aisselles et des aines, se présentait sous l'aspect classique de la lèpre tuberculeuse. Il n'existait pas trace de la forme anesthésique ou trophonévrotique et les nerfs cutanés sont absolument indemnes.

L'étiologie est tout à fait obscure. M. Bernheim, après avoir montré que la contagion ne saurait être invoquée au cas présent, est disposé à attribuer la maladie actuelle à un fait d'hérédité en retour. On sait, en effet, que la lèpre, ainsi que l'ont parfaitement élucidé les travaux de M. Hecht sur la question, était autrefois répandue en Lorraine où l'on comptait plus de 60 léproseries ; et il est impossible qu'un des ascendants de la malade, dont le souvenir s'est perdu, ait été atteint de cette affection. Comme exemple de phénomènes ataviques ne se manifestant qu'après un intervalle de plusieurs générations, M. Bernheim rapporte, entre autres, l'histoire dont parle Plutarque, concernant une femme grecque n'ayant jamais eu de relations sexuelles avec d'autres qu'avec des blancs et qui mit au monde un enfant noir. En recherchant

dans ses antécédents héréditaires, on constata qu'elle descendait en quatrième ligne d'un Éthiopien. — Un fait analogue a pu se passer ici et on a d'ailleurs constaté que des descendants directs de parents lépreux sont devenus lépreux à leur tour au moment de la puberté, à la quatrième ou cinquième génération.

M. Haushalter a examiné au microscope la peau de la malade et les lépromes sous-cutanés. Il n'a pas trouvé le microbe de la lèpre qui d'ailleurs manque souvent en dehors de l'époque des poussées. — Sur une coupe de la peau, les petits lépromes se composaient de cellules jeunes tassées les unes contre les autres et étaient parcourus par des vaisseaux atteints d'endartérite, ce qui différencie nettement ces productions des petits tubercules. En dehors de ces petits lépromes, il y avait infiltration diffuse de cellules jeunes. Les gros lépromes étaient constitués comme les petits et il n'existait d'ailleurs aucune autre lésion spéciale. — Au sujet de la lèpre, M. Haushalter rappelle un cas de panaris mutilant avec anesthésie qu'il eut occasion d'observer dans le service de M. Heydenreich chez une femme, ancienne fille publique, qui perdit ainsi ses doigts les uns après les autres.

Traitement abortif de l'érysipèle par la cautérisation.

M. Crussard (de Neufchâteau), se fondant sur treize observations personnelles, pense que la cautérisation ignée permet d'enrayer l'érysipèle, quelle que soit sa forme.

S'agit-il d'érysipèle simple, on emploiera une ligne de pointes de feu très serrées au dehors du bourrelet, doublée pour plus de sûreté d'une seconde ligne plus lâche à un centimètre au delà quand la marche est rapidement envahissante.

En cas d'érysipèle phlegmoneux traumatique, on suivra le même procédé en appuyant davantage. Si la marche est rapide, on pratiquera une tranchée ignée dans toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire.

Enfin si l'on a affaire à l'érysipèle gangréneux foudroyant, M. Crussard préconise des tranchées profondes au delà du bord et des raies de feu dans toutes les parties suspectes, mais non encore sphacélées.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 18 *décembre* 1893.

Le Choléra à Berlin.

M. Renvers, en analysant les cas qu'il a observés, arrive à conclure que dans la grande majorité des cas l'infection a lieu par l'eau. Cliniquement, sans le secours de la bactériologie il est impossible de différencier le choléra asiatique vrai, de la diarrhée cholériforme.

Les lésions qu'on trouve à l'autopsie ne permettent pas de faire le diagnostic anatomique du choléra. Au point de vue anatomo-pathologique, deux organes présentent des lésions peut-être caractéristiques : le cœur et les reins. Sur le cœur on trouve des pétéchies et des hémorrhagies intra-musculaires, notamment dans les muscles papillaires. La lésion rénale varie avec l'intensité de l'affection. La plupart des cholériques succombent à de l'anémie consécutive à des lésions rénales graves. Chez deux cholériques succombés au stade typhoïde, M. Renvers trouva une tuméfaction des cellules épithéliales dont les noyaux ne se coloraient plus, à côté d'une nécrose de coagulation très nette. Ces lésions n'occupaient pas tout le rein, mais certaines parties qui macroscopiquement formaient des sortes de taches.

Dans une autre série de cas on trouve toute la substance corticale à l'état de trouble diffus, puis de la glomérulite avec dilatation des tubes urinaires.

Quant au traitement, M. Renvers préconise l'emploi du calomel. Pendant le stade pré-algide, il faut combattre le refroidissement et les déperditions aqueuses par les lavements chauds au chlorure de sodium et au tannin et par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.

M. Leyden pense qu'il existe des cas de choléra asiatique vrai où l'examen des selles reste négatif, comme il en a observé plusieurs exemples. La paralysie cardiaque ne serait pas pour lui d'origine toxique, mais simplement produite par les mauvaises conditions de circulation. Quant aux lésions rénales, elles réalisent le type de la nécrose par coagulation et sont caractéristiques pour le choléra.

M. Fürbringer a trouvé, à l'autopsie de deux individus succombés à l'influenza, des lésions rénales identiques à celles qu'on trouve dans le choléra.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 20 *décembre* 1893.

Asepsie en accouchements.

M. Veit. — Quand on désire réaliser l'asepsie d'une parturiente, l'indication principale est de ne pas infecter le tractus génital de la femme. A cet effet, la première condition est la désinfection rigoureuse de l'accoucheur ou de la sage-femme, d'après les préceptes formulés par Fürbringer. Le second point est la désinfection de la parturiente, de la vulve, du vagin et du col.

La désinfection des organes génitaux externes est de rigueur dans tous les cas. Quant à la désinfection du vagin, les auteurs sont assez divisés sur l'opportunité de cette pratique. Dœderlin a notamment montré que les secrétions vaginales ne sont infectées que chez 40 0/0 des parturientes et que chez elles la morbidité n'est pas supérieure à celle d'autres femmes; aussi est-il d'avis de s'abstenir de la désinfection interne, vu qu'il est impossible d'obtenir l'asepsie complète du vagin et du col. D'un autre côté, Ahlfeld a montré que 17 0/0 seulement des femmes gonorrhéiques ont des suites de couches normales et que chez les autres la température monte ordinairement à 38° malgré la désinfection préalable du vagin.

Ces faits montrent, en somme, que les infections anciennes, tout en se manifestant par certains symptômes, ne sont en général pas graves. Par contre, les infections puerpérales graves, mortelles, relèvent presque toujours d'une infection récente, le plus souvent par le doigt de l'accoucheur ou par un instrument. Cette origine des infections graves montre jusqu'à quel point est importante la conduite de l'accouchement par l'exploration externe, seule, ce qui a pu être fait à la clinique de Dresde dans 40 0/0 des cas.

Mais une fois que l'exploration interne est jugée nécessaire, il faut prendre certaines précautions. Le doigt, rigoureusement désinfecté, doit être introduit dans le vagin tenu béant par la main gauche; de cette façon, le doigt ne cheminera pas sur le périnée et n'entraînera pas de micro-organismes dans le vagin, le plus souvent des coli-bacilles. Il en est de même pour les autres interventions obstétricales, comme par exemple le décollement du placenta en cas d'hémorrhagie.

M. Olshausen a soutenu depuis longtemps qu'il est inutile de faire la désinfection interne chez toutes les parturientes, et à sa clinique on se contente de la désinfection rigoureuse des organes génitaux externes. Mais il en est tout autrement quand il s'agit d'une intervention obstétricale tant soit peu sérieuse : dans ces cas il faut désinfecter rigoureusement le vagin. Mais après l'opération, quand tout a été conduit aseptiquement, on peut ne pas faire de l'antisepsie pendant les suites de couches. D'une façon générale, M. Olshausen trouve qu'on fait trop, beaucoup trop d'antisepsie en accouchements.

M. Dührssen trouve qu'on ne saurait le plus souvent conduire un accouchement par l'exploration externe seule, d'autant plus que le médecin n'est souvent appelé que s'il y a des complications. Il faut donc faire la désinfection du vagin et la faire encore après l'accouchement.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 11 décembre 1893.

Lithiase biliaire.

M. Bardeleben a rapporté trois cas de cholécystostomie pour lithiase biliaire. Les trois cas se rapportent à des femmes qui, depuis plusieurs années, étaient sujettes à des coliques hépatiques avec ictère passager. Chez toutes les trois l'opération a été faite en deux temps : suture de la vésicule à la plaie abdominale, puis au bout de quelques jours, incision après ponction et extraction des calculs. Chez la première on avait retiré 116 calculs, chez la seconde 10 seulement. Chez la troisième la ponction de la vésicule suturée donna issue à un liquide muqueux nullement biliaire. Dans ce cas, le cholédoque ne communiquait par conséquent plus avec la vésicule.

Trépanation pour traumatisme de la tête.

M. Albers. — Il s'agit d'un enfant de 9 ans qui, en jouant, tombe contre une pierre et se fait une plaie à la tête. L'enfant ne perd pas connaissance et retourne seul à la maison; mais là il commence à vomir, devient pâle, perd connaissance, est pris de convulsions, principalement dans les membres gauches. Il est transporté dans cet état à l'hôpital où l'on trouve une fracture pénétrante du pariétal droit. Trépanation, et la dure-mère ayant été trouvée intacte, on enlève simplement les esquilles et on applique un pansement antiseptique. Les convulsions cessèrent une demi-heure après l'opération, en même temps que le pouls, qui était de 160, tomba à 80. Guérison sans complications.

Greffe osseuse.

M. Gluck présente le genou disséqué d'un malade auquel il a, il y a trois ans, placé dans l'articulation tuberculeuse un appareil en ivoire. Comme l'appareil était mal supporté, il fut obligé de le retirer au bout de 13 semaines; seulement, à ce moment, la partie centrale était déjà tellement incorporée dans le canal médullaire du fémur qu'on fut obligé de le laisser en place. Plus tard, M. Bergmann fit à ce malade l'amputation de la cuisse pour une récidive de la tuberculose accompagnée de suppuration abondante.

Sur la préparation, on voit que la partie centrale de l'appareil est fixée à la substance corticale du fémur, sous forme de synostose. Cela montre, par conséquent, que les tiges et plaques en ivoire peuvent fort bien s'implanter ou s'incorporer.

M. Bergmann dit que le malade a été amputé non pas pour récidive de tuberculose, mais pour la suppuration qu'entretenait le corps étranger du genou. Il est même possible que, sans l'appareil en question, l'arthrite du genou se fût terminée par ankylose osseuse. M. Bergmann ne pense du reste pas que les plaques volumineuses puissent finir par s'incorporer à l'os.

Narcose par l'éther et le bromure d'éthyle.

M. Herhold a récemment perdu une malade, une cardiaque, sous l'éther au cours d'une opération pour hernie étranglée. Le pouls faiblit, puis disparut quand la malade avait absorbé 250 grammes d'éther environ.

A l'autopsie on trouva un rétrécissement de l'aorte avec endocardite et myocardite très avancée. Les poumons ne contenaient pas beaucoup de mucus.

M. Sonnenburg a observé un autre cas de mort sous l'éther, survenue avec des phénomènes d'asphyxie. Il s'agissait d'un malade auquel on donnait de l'éther chaque fois qu'il fallait le panser pour une fracture du bassin avec déchirure de l'urèthre. C'était le 4e pansement, et le malade avait à peine pris 50 grammes d'éther, lorsque la respiration s'arrêta. Comme il coulait par la bouche une forte quantité de mucus, on fit la trachéotomie afin d'éviter la pénétration de mucus dans les voies respiratoires. Malgré la respiration artificielle, le malade ne revint pas. A l'autopsie on ne trouva qu'un peu de congestion pulmonaire et le cœur flasque. On peut donc supposer qu'il s'agissait dans ces cas d'une paralysie primitive du centre respiratoire avec paralysie secondaire du cœur.

M. Bardeleben a l'habitude de faire pratiquer dans ces cas l'électrisation des pneumogastriques, qui est plus efficace que la compression du thorax.

M. Kœhler communique les résultats obtenus à la clinique de Bardeleben par le bromure d'éthyle employé dans 150 cas. Sur ce nombre on a eu un cas de mort chez un individu qui avait pris seulement 15 cm. c. de bromure d'éthyle. Après une très courte période d'excitation, survint un arrêt brusque du cœur, et le malade ne put être ranimé.

A l'autopsie on trouva un cœur tout à fait dégénéré; la couche musculaire ne mesurait pas plus de 1 mm. d'épaisseur; le reste était transformé en tissu adipeux.

Arrachement de la peau.

M. Albers. — Il s'agit d'un individu qui fut pris sous une voiture et eut presque toute la peau du bras arrachée. Quand il arriva à la clinique, la peau de la moitié inférieure du bras et des deux tiers supérieurs de l'avant-bras pendait au devant du poignet. Le lambeau fut redressé et suturé après quelques incisions libératrices du côté de la peau restée sur le bras. Guérison après gangrène d'une partie de lambeau comblée par la greffe de Thiersch.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 2 janvier 1894.

Sarcome de l'utérus.

M. Lee Dickinson montre l'utérus d'une femme de 48 ans qui sembla d'abord atteinte d'un myome, mais succomba en 12 mois avec des pertes et des symptômes de compression pelvienne, la tumeur ayant pris des allures malignes. Grosse comme un melon, s'étant dans les derniers temps accrue rapidement, elle siégeait dans la paroi antérieure de l'utérus. A l'œil nu et au microscope, elle a dans ses couches superficielles les caractères d'un myome, mais au centre elle elle est molle et jaune, et cette partie ramollie a ulcéré d'une part la cavité utérine, d'autre part la paroi postérieure et le cul-de-sac péritonéal, avec envahissement du bassin. La masse morbide s'étend jusque dans la fosse iliaque gauche, entourant et comprimant l'S iliaque. Ces parties extra-utérines sont formées de cellules fusiformes courtes, à noyaux énormes.

Cette question des transformations malignes des myomes utérins mérite toute notre attention.

M. Alban Doran admet que dans le cas de M. Dickinson, comme dans un qui lui est propre, la tumeur a pris des caractères de malignité. Mais bien des myomes grossissent vite sans acquérir ces caractères. Par contre, ils peuvent se résorber, et par exemple W. Duncan et von Mosetig, ayant dû refermer le ventre sans enlever des myomes trop adhérents, ont vu les tumeurs disparaître. Or, dans le cas de Duncan, le myome avait des allures de sarcome. C'est que dans les gros fibromes il se fait souvent un œdème considérable. D'autre part, certains fibromes restés petits peuvent devenir gros en causant de l'ascite, et même tuer les malades. D'ailleurs on peut actuellement comprendre assez bien l'évolution cancéreuse des myomes, car récemment Schottlæuder a démontré que des masses épithéliales peuvent y être incluses. Les foyers métastatiques de myome pur dans les poumons, comme Liebman en a fait voir, sont difficiles à expliquer.

Ostéo-arthrite syphilitique?

M. Davies Colley montre les os d'un genou qu'il a réséqué, il y a 13 ans, chez un matelot de 36 ans, qui avait contracté la syphilis 20 ans auparavant, avait souffert, depuis, d'angines, d'abcès sous-cutanés, et enfin, souffrait du genou depuis un mois, un mois après un traumatisme de cette jointure. A l'examen, genou volumineux, semi-fluctuant, avec

plusieurs altérations; craquements articulaires. Les pièces de résection ont montré la synoviale épaissie, contenant de la « lymphe caséeuse »; destruction des cartilages semi-lunaires et diarthrodiaux. Le sujet mourut au bout de huit jours de néphrite aiguë et d'abcès multiples dans les poumons et la rate. M. Davies Colley croit, d'après l'âge du malade, la rapidité du processus ulcéreux, l'indolence relative, l'état de la lésion, qu'il s'agit d'un de ces cas de chondro-arthrite syphilitique décrits par Virchow. Il ajoute que peut-être certains cas de « maladie de Charcot » ne sont que des cas avancés de cette affection.

M. W. G. Spencer pense que rien n'indique ici la nature syphilitique du mal, c'est bien plutôt une arthrite septique, comme on en voit assez souvent après le rhumatisme blennorrhagique. D'autre part, l'aspect des os suggère l'idée de tuberculose articulaire. Il est très rare de trouver des lésions articulaires associées à la syphilis tertiaire des os.

M. Jackson Clarke a vu s'améliorer rapidement sous l'influence de l'iodure de potassium un syphilitique ayant une lésion d'une articulation phalangino-phalangettienne.

M. Bowlby, au contraire, admet la nature syphilitique du mal; à son sens, d'ailleurs, on exagère la rareté de la syphilis articulaire.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 13 *décembre* 1893.

Méningo-myélite syphilitique.

M. Nobl. — Il s'agit d'un cocher qui a contracté la syphilis en 1870, pour laquelle il fut soigné dans un hôpital. Il n'eut pas d'accidents extérieurs, jusqu'il y a 4 ans, quand, à la suite d'un traumatisme, il présenta une gomme volumineuse de la jambe gauche, dont la guérison demanda près de 2 ans.

Il y a six ans, le malade fut pris de douleurs dans le dos et les jambes et de troubles de miction et de défécation en même temps que d'un affaiblissement de la puissance génitale.

Ce qu'il y a de remarquable chez ce malade, c'est sa marche, qui est celle d'un parétique spasmodique. Les réflexes patellaires sont exagérés, la sensibilité tactile diminuée, les dernières vertèbres dorsales douloureuses à la pression. La vessie et le rectum fonctionnent mal. Il existe donc là un complexus symptomatique qui, par certains de ses côtés, rappelle celui de tabes.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séance du 1er *décembre* 1893.

Traumatisme de l'intestin chez un aliéné.

M. Chiari. — Il s'agit d'un paralytique général entré à la clinique psychiatrique du professeur Pick pour un accès de démence compliqué d'attaques épileptiformes. Le malade succomba dix jours après son entrée, en état de mal épileptique.

Les convulsions étaient principalement localisées à la face et aux membres supérieurs, de sorte que le malade, couché, se frappait tout le temps avec les deux poings la paroi abdominale dans la région du côlon transverse et des deux fosses iliaques. Trois jours avant la mort du malade, on a constaté que le ventre est devenu ballonné.

A l'autopsie, on trouva tout d'abord une péritonite suppurée, généralisée, et les intestins étant déroulés, on trouva : 1° quatre déchirures sur le gros intestin fermé à ces endroits simplement par la muqueuse faisant hernie; 2° deux perforations complètes qui expliquaient suffisamment l'origine de la péritonite en question.

Anémie infantile pseudo-leucémique.

M. Fischl a rapporté un cas d'anémie infantile pseudo-leucémique dont le diagnostic présentait certaines difficultés.

Il s'agit d'un enfant âgé d'un an environ, mal nourri, rachitique, à l'examen duquel on trouva une hypertrophie considérable de la rate qui descendait dans le petit bassin et dépassait la ligne médiane. Le foie dépassait de deux travers de doigt environ le rebord des fausses côtes. De plus, adénopathie généralisée à ganglions gros comme des haricots, alternatives de diarrhée et de constipation. L'affection avait débuté par l'hypertrophie de la rate; l'adénopathie ne vint que plus tard après s'être manifestée, au commencement, dans les ganglions inguinaux.

L'examen du sang montra l'existence d'une leucocytose considérable avec prédominance de leucocytes monochromatophiles à gros noyaux, l'existence d'une poikilocytose et l'apparition d'un grand nombre d'érythroblastes de dimensions normales et à noyaux présentant nettement des phénomènes de mitose; la proportion d'hémoglobine était de 40.

Il est donc très difficile de faire le diagnostic différentiel de l'anémie. La leucocytose considérable, la tuméfaction du foie, les poussées successives d'adénopathie parlent en faveur d'une leucémie contre laquelle on ne peut pas invoquer les données de l'examen histologique du sang. D'un autre côté, la tuméfaction énorme et primitive de la rate, l'adénopathie à petits grains et l'hypertrophie relativement minime du foie évoquent l'idée d'une pseudoleucémie en faveur de laquelle on peut encore invoquer la présence d'un grand nombre d'érythroblastes et la pauvreté du sang en cellules éosinophiles.

La question ne pourra probablement être résolue qu'à l'autopsie, suivant l'absence ou la présence des lésions caractéristiques des organes et de la moelle épinière comme on en trouve dans la leucémie.

M. Raudnitz a observé plusieurs cas de ce genre. Dans une série, il trouva de la tuberculose des ganglions bronchiques et médiastinaux, de sorte que dans ces cas la pseudo-leucémie était la manifestation d'une tuberculose locale. Dans un cas il eut un succès thérapeutique éclatant par les lavements de sang.

M. Epstein croit qu'il est avant tout nécessaire d'établir si la pseudo-leucémie de v. Jaksch est une affection primitive, autonome du sang et non pas un état morbide secondaire. Dans la seconde théorie qui est la plus probable, M. Epstein est d'avis que le tableau de la pseudo-leucémie peut survenir à la suite d'un grand nombre de maladies infectieuses. Il a vu plusieurs fois la pseudo-leucémie faire suite chez des nourrissons à des accidents de septicémie chronique évoluant pendant des semaines et des mois et s'accompagnant de formation d'abcès et phlegmons multiples. Le même état peut être produit par la tuberculose latente des ganglions bronchiques.

Dans d'autres cas encore, on peut retrouver une relation manifeste entre la pseudo-leucémie et la syphilis congénitale. Enfin récemment, M. Epstein a observé une série de cas où tout porte à croire qu'il s'agit d'une manifestation de la maladie.

M. v. Jaksch est aussi d'avis que le tableau histologique du sang n'a rien de pathognomonique, mais maintient l'autonomie de sa pseudo-leucémie infantile qui ne se trouve en aucun rapport ni avec la tuberculose, ni avec le rachitisme, ni avec la syphilis, ni avec les infections diverses des nouveau-nés.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 3 — 17 JANVIER 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 22 au 27 janvier 1894.

Mercredi 24. — M. Danet. Des hémorrhagies du larynx. — M. Filleul. Traitement des brûlures superficielles par la solution saturée d'acide picrique. — M. Perruchet. Manuel opératoire de la laryngectomie sans trachéotomie préalable. — M. Delmas. Etude sur les mouvements de roue de l'œil pendant l'inclinaison latérale de la tête. — M. Altman. Contribution à l'étude de la rétention des règles par suite de l'oblitération congénitale du vagin, et de son traitement. — M. Chiron. De la position élevée du bassin en chirurgie abdominale.

Jeudi 25. — M. Cassoute. Rôle de l'eau dans la transmission du choléra. — M. Coulompis. Troubles respiratoires dans la neurasthénie. — M. Perceau. Etude sur le chancre syphilitique du rectum. — M. Bouisson. De l'aphasie pneumonique passagère. — M. Morestin. Opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. — M. Gagey. Traitement des pseudarthroses par les injections irritantes.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Ont été nommés chevaliers : MM. Guyon (Remiremont), Augros (Maisons-Laffitte), Mouraille (New-York), Henri et Rançon (Colonies), Duval (Saint-Louis).

Concours pour le clinicat chirurgical. — Un concours pour un emploi vacant de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 5 février 1894, à 9 heures du matin.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 29 janvier 1894. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures, guichet n° 2.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Concours de l'internat. — Lecture de la composition écrite du 9 au 16 janvier 1894.

23. Fournier (Edmond), Chevereau.
22. Camut, Dardel, Jolly (Justin).
21. Bize, Darin, Claisse, Reimet, Gosset (Pol), Jeanne.
20. Farabeuf, Cottet (Jules), Chastanel.
19. Baudré, Gentilhomme, Castaigne, De Gaulejac.
18. Guillemin, Argellier, Coville, Decloux, Manesse.
17. Durvillé.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté décerne les récompenses suivantes aux thèses soutenues pendant l'année scol. 1892-1893 :

Médailles d'argent : MM. Arrou, Artault, Claisse, Faure-Miller, Guillemain, Mauclaire, Rénon, de Saint-Germain, Soupault et Vialet.

Médailles de bronze : MM. Bernheim, Chavane, Decréquy, Delorde, Durand, Œttinger, Gaston, Janet, Leray, Loisel, Marois, Maupâté, de Mello Vianna, Ravé, Renault, Sonnié-Moret, Tchérépakhine, Terson, Thérèse et Trognon.

Mentions honorables : MM. Archawski, Benoît, Bonneau, Bouquet, Breton, Brion, Brodier, Bureau, Calbet, Déhu, Ducellier, Flandre, Gallet-Duplessis, Gotchaux, Hélary, Houdaille, Le Coquil, Leredde, Papillon, Pécharman, Pérignon, Sorel et Triboulet.

Le troisième congrès international d'hydrologie et de climatologie s'ouvrira à Rome le 29 mars 1894, parallèlement avec le congrès international de médecine.

On trouvera tous les renseignements chez le Dr Marcel Baudouin, 14, boulevard Saint-Germain.

☞ **Précis d'obstétrique**, par MM. A. RIBEMONT-DESSAIGNES, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital Beaujon, et G. LEPAGE, chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine. 1 fort vol. in-8° de 1,300 pages avec 480 figures dans le texte, dessinées par M. RIBEMONT-DESSAIGNES, 30 fr.

Quoi qu'en disent modestement les deux auteurs dans leur préface, ce livre est un véritable traité d'accouchements tout à fait au courant des derniers progrès de l'art obstétrical. Aussi s'explique-t-on avec quelle impatience il était attendu, et avec quel empressement il a été accueilli par les étudiants qui terminent leurs études et préparent l'examen spécial de clinique obstétrique.

Ce *Précis* reproduit dans ses grands traits, l'enseignement des deux professeurs de clinique obstétricale de la Faculté de Paris, ce qui n'empêche que, sur différentes questions, les auteurs formulent d'une manière précise leur opinion personnelle.

Parmi les chapitres dont la lecture nous a le plus intéressé, nous signalerons les *symptômes et diagnostics de la grossesse*, de l'*antisepsie obstétricale*, de l'accouchement *dans les présentations du sommet*, les *suites de couches pathologiques*, etc.

Les **Opérations obstétricales** y sont traitées d'une manière très pratique, tant au point de vue du manuel opératoire qu'à celui des indications. L'opération renaissante, la *symphyséotomie*, y est exposée complètement, c'est-à-dire que les praticiens, qui chaque jour se trouvent aux prises avec les difficultés de l'obstétrique, liront ce livre avec profit.

Les figures, si utiles pour faire comprendre certaines questions un peu ardues de l'obstétrique, sont nombreuses et présentent un caractère tout particulier d'originalité ; elles sont en effet toutes dues au crayon de l'un des auteurs, le Dr Ribemont-Dessaignes. Si quelques-unes sont schématiques, la plupart sont faites d'après nature, d'après des dessins ou des photographies.

La partie iconographique mérite donc une mention toute spéciale ; toutefois, le texte ne lui cède en rien au point de vue de la clarté et de la netteté. En lisant cet ouvrage, on sent que les auteurs sont tous deux rompus aux difficultés de l'enseignement théorique et pratique de l'obstétrique ; ils ont fait œuvre utile pour les étudiants et pour les femmes que ceux-ci devront plus tard assister.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin, par Paul Reclus.

J'ai pratiqué trois fois l'hystérectomie vaginale pour guérir le prolapsus total de l'utérus et, si j'en crois l'intéressant rapport de M. Quénu, deux de mes interventions seraient parmi les toutes premières qui ont été faites en France : l'une est du 17 mars 1892 et l'autre du 3 avril de la même année ; quant à la troisième, plus récente, elle est du 2 mars 1893.

Je serai bref sur le premier de mes cas : il s'agit d'une septuagénaire, affaiblie et cachectique, entrée à Broussais pour une chute de l'utérus; déjà, la surface de l'organe était ulcérée et donnait issue à une certaine quantité de pus et de sang ; la marche et même la simple station verticale étaient devenues fort difficiles; il y avait des troubles de la miction et une opération était indispensable. Comme je voulais réduire l'intervention au minimum, je pratiquai, sous l'analgésie cocaïnique, l'ablation de la matrice. Il ne survint, ni avant ni après l'acte opératoire, aucun accident ou même aucun incident. Je plaçais, sur les pédicules utéro-ovariens, des pinces à forcipressure que j'enlevais au troisième jour; au quinzième, l'opérée paraissait guérie. Mais elle voulut nous quitter trop tôt ; elle prit froid et mourut d'une affection cardio-pulmonaire dont elle était atteinte depuis longtemps.

Ce cas n'est d'aucun enseignement sur la valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin ; il n'en est pas de même pour le suivant qui me paraît intéressant à plusieurs points de vue. Une blanchisseuse de 59 ans entre à Broussais pour une chute de la matrice ; elle n'a eu cependant ni couches, ni fausses couches ; les règles ont cessé à 51 ans et c'est à 58 qu'elle a vu son utérus sortir peu à peu hors de la vulve ; elle souffre en même temps de cystite et de constipation ; aussi va-t-elle dans un hôpital où un de nos maîtres lui pratique une première opération le 15 janvier 1892, mais sans résultat appréciable, puisque le 15 février le chirurgien revenait à la charge et pratiquait une colpopérinéorrhaphie, si j'en crois les détails obscurs donnés par la malade. Mais le succès en fut nul, puisque le 15 mars elle venait à Broussais avec un utérus en chute complète. Aussi je me décidai à pratiquer l'ablation de la matrice.

Ici encore l'opération fut des plus simples : il me fut facile, à l'aide d'une injection de cocaïne, traçante circonférentielle, d'inciser les insertions vaginales, puis de détacher la vessie et d'ouvrir le cul-de-sac postérieur ; je mis une pince sur chacun des pédicules que je coupai et l'utérus tomba dans mes mains ; le lendemain j'enlevai les pinces et au bout de peu de jours la malade sortit guérie ; guérie en apparence, car deux semaines ne s'étaient pas écoulées qu'elle rentrait encore avec un moignon vaginal hors de la vulve et une cystocèle et une rectocèle des plus accentuées. Nous pratiquâmes alors, et toujours à la cocaïne, une colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure. Cette fois-ci, le succès fut remarquable ; nous venons de revoir notre opérée, plus de 21 mois après notre intervention : le vagin, la vessie et le rectum sont à leur place ; le périnée est solide et fort ; c'est un superbe résultat.

Ma troisième opération a trait à une femme de 52 ans chez qui le prolapsus utérin datait de plusieurs années ; il était complet et rendait insupportable la vie de la malade. Nous l'opérons à la cocaïne le 2 mars 1893, mais l'intervention ne fut pas aussi simple que dans les deux autres cas : ici le vagin, au niveau de ses insertions utérines, était épaissi, très vascularisé et comme transformé en un véritable tissu caverneux. L'incision circonférentielle donna une grande quantité de sang et de nombreuses pinces durent être placées sur la tranche de section pour tarir l'hémorrhagie. Néanmoins l'opération se termina pour le mieux ; les suites en furent simples et en quinze jours la guérison paraissait obtenue; je dis « paraissait », car, dès que la malade se fut levée, dès les premiers jours et sous nos yeux une tumeur nouvelle apparut à la vulve et nécessita une colpopérinéorrhaphie complémentaire. Plus de huit mois nous séparent de cette dernière intervention, qui a pleinement réussi : la réduction reste complète et le périnée est solide.

Que conclure de ces trois observations ? Il me semble en ressortir tout d'abord l'extrême simplicité et l'innocuité complète de l'hystérectomie vaginale dans le prolapsus utérin ; rien n'est plus facile que l'intervention et plus rapide que la guérison. Je sais bien que, une fois, des vaisseaux volumineux ont été ouverts en désinsérant le vagin hypertrophié, mais une telle hémorrhagie hors de la vulve, sous l'œil et sous la main de l'opérateur, peut être arrêtée sûrement. Aussi, tout en tenant compte de cette observation et des faits dont nous parlent M. Championnière, M. Schwartz et M. Routier, je m'imagine qu'il n'y a pas là de quoi s'inquiéter, car rien n'est plus aisé que de multiplier à loisir les ligatures et que de placer les pinces qui tariront l'écoulement. En vérité, cette intervention me paraît une des plus simples de la chirurgie, et c'est pour cela que j'eus recours à elle chez la vieille femme, cardiaque et cachectique, de ma première observation.

Voilà pour le succès opératoire, mais le succès thérapeutique a été peu brillant, et dans les deux cas où un examen ultérieur m'a permis d'assister aux suites de l'hystérectomie vaginale, j'ai vu la récidive survenir; dès le premier mois, le vagin, la vessie et le rectum pendaient de nouveau à la vulve. Il est vrai, me dira sans doute M. Quénu, que j'avais étreint les pédicules utéro-ovariens par des pinces à forcipressure et que je n'ai pas essayé de créer la sangle rétractile réalisée par le procédé ingénieux de notre collègue. Nous nous réservons d'y recourir dans la suite : si nous avons mis, dans nos trois cas, des pinces à demeure, c'est par habitude et par une sorte d'instinct simpliste qui nous pousse à unifier nos opérations, car, dans les cas de prolapsus utérin, il est aussi facile de lier le pédicule qu'il est malaisé de le faire dans les hystérectomies pour suppuration pelvienne.

Donc le mode de ligature et de suture imaginé par M. Quénu n'est pas une complication opératoire et doit être substitué aux pinces à demeure que, pour ma part, j'ai toujours appliquées. Aussi je me propose, le cas échéant, de recourir au procédé de notre collègue, mais sans grand espoir, je l'avoue, et je partage un peu le scepticisme qu'ont marqué, à cet endroit, mes collègues Paul Segond et Richelot. La récidive, dans nos cas, a été si rapide et si brutale, la chute des organes pelviens a été si complète, que, pour s'y opposer, il faut un obstacle plus puissant que le mince plancher ou mieux le plafond formé par la muqueuse vaginale, la séreuse et les vaisseaux du pédicule, et où l'on espère suspendre le vagin, la vessie et le rectum.

Aussi je pense que, du moins dans la majorité des cas, l'hystérectomie vaginale ne doit et ne peut être qu'une opération préliminaire et la colpopérinéorrhaphie la complétera le plus souvent. C'est ainsi que nous en avons agi dans nos cas et sous le coup de la nécessité la plus absolue. Mais une question se pose alors, et l'on peut se demander si l'hystérectomie préliminaire est toujours indispensable et si la colpopérinéorrhaphie complémentaire ne pourrait

pas suffire. Je répondrai volontiers par l'affirmative, du moins si j'en crois mes trois observations. En effet, la matrice était exceptionnellement petite; elle faisait encore quelque figure avant l'opération à cause de la chute concomitante de la vessie et du rectum dans nos deux premiers cas, et, dans notre troisième, grâce au vagin hypertrophié et très vasculaire, mais lorsque nous avons eu la matrice dans la main, son petit volume, sa véritable atrophie nous a frappé et nous affirmons qu'elle devait peser d'un très petit poids dans la chute des organes pelviens.

De telle sorte que nous en arrivons à considérer la colpopérinéorrhaphie complémentaire comme la partie essentielle, et l'hystérectomie vaginale préliminaire ne nous semble indiquée que dans des cas relativement rares, même chez les femmes qui ont atteint la ménopause et chez lesquelles l'utérus est « un meuble inutile ». Il nous a fallu des raisons spéciales pour y recourir dans nos trois cas; dans le premier l'utérus était ulcéré et nous aurions craint de réduire, au-dessus de nos avivements et de nos sutures vaginales, cet organe à surface suppurante; l'infection du champ opératoire eût été possible; aussi nous sembla-t-il plus simple et plus sûr d'extirper la matrice. Dans notre deuxième cas, deux interventions avaient été tentées dont l'une semblait être une colpopérinéorrhaphie qui avait échoué; l'hystérectomie préliminaire pouvait nous donner une chance de plus de succès. Enfin, dans le troisième, l'hypertrophie vaginale nous avait trompé sur le volume de l'utérus que nous croyions gros et lourd, et nous l'avons enlevé.

En définitive, voici, d'après nous, les cas où l'hystérectomie vaginale nous semble indiquée : on la pratiquera, quel que soit l'âge de la malade, lorsque l'utérus prolabé est le siège d'une néoplasie cancéreuse ou fibro-myomateuse; ou bien encore lorsque les annexes ont subi des altérations évidentes qui nécessitent leur extirpation. Ici tout le monde est d'accord ; mais, en vérité, s'agit-il bien d'une chute de la matrice et l'extirpation n'est-elle pas plutôt commandée par la dégénérescence des organes que par leur déplacement? C'était bien ainsi que l'entendaient Langenbeck, Gebhart et tous les précurseurs dont nous parlait M. Quénu dans son intéressant rapport. C'est le cancer, c'est la gangrène, c'est la dégénérescence des annexes que l'on combat et non le prolapsus utérin. Nous pouvons donc, dans cette discussion, faire abstraction complète de ces cas.

Hors ces faits, exceptionnels d'ailleurs, l'hystérectomie vaginale n'est plus admise que si les malades ont pour le moins atteint l'âge de la ménopause. Tous nous avons justement proclamé cette nécessité et, pour ma part, j'y ai obéi dans mes cas, puisque mes opérées avaient 52, 59 et 73 ans. Encore pensons-nous que même à ces âges l'hystérectomie est le plus souvent inutile et que les colporrhaphies et les périnéorrhaphies complémentaires constituent le facteur suffisant de l'intervention. Que voyons-nous dans les cas de M. Quénu ? Il pratique cinq hystérectomies vaginales; quatre fois il y ajoute la colporrhaphie ou la périnéorrhaphie qui peut-être, à elles seules, eussent assuré le succès. Une seule fois l'hystérectomie vaginale constitua la seule opération et justement, dans ce cas, on observa une saillie de la paroi antérieure du vagin, « très légère » il est vrai, mais enfin on l'observa.

Aussi disons-nous, et ce sera le résumé de ces quelques remarques, que l'hystérectomie vaginale est une opération exceptionnelle. Elle n'est permise qu'après la ménopause et, même à ce moment, elle vaut surtout par la colpopérinéorrhaphie qui la complète. Cette colpopérinéorrhaphie, pourvu qu'elle soit large, taillée en plein drap, suffira le plus souvent à guérir le prolapsus, et en définitive l'hystérectomie vaginale préliminaire ne nous paraît utile que dans les cas exceptionnels où la chute de la matrice est provoquée ou aggravée par une hypertrophie de l'organe. Hors cette indication qui nous semble rationnelle et à laquelle je suis tout disposé à obéir, je crois que l'hystérectomie vaginale n'est pas, en l'état actuel des choses, une opération de bien grand avenir dans le traitement du prolapsus utérin.

REVUE DES JOURNAUX

Gommes syphilitiques multiples de la langue (Ein Fall von multiplen syphilitischen Gummata der Zunge), par Philippson (*Berl. klin. Woch.*, 1893, n° 32, p. 772). — Il s'agit d'un homme de 50 ans, fort fumeur, dont la syphilis datait de 26 ans. En 1890, il s'aperçoit que sa langue se fendille et saigne sur le milieu, et peu de temps après il voit apparaître tout le cortège de la glossite scléreuse avec fentes multiples, se compliquant au bout de quelque temps de leucoplasie linguale avec ulcération occupant la partie postérieure de la base de la langue. La glossite scléreuse résiste pendant 18 mois à tout traitement et finit par se transformer en glossite gommeuse avec ulcérations et petites tumeurs multiples recouvrant toute la surface de la langue. En même temps, stomatite des plus intenses avec salivation, difficultés de la parole et de la déglutition, et apparition de gommes sur le plancher de la bouche et les piliers du voile du palais. Le diagnostic, très difficile à l'apparition des premières tumeurs et des ulcérations pour lesquelles on a même proposé l'ablation de la langue, était à ce moment certain. M. Unna, que le malade vit en dernier lieu, institua un traitement spécifique, et un traitement énergique dirigé contre la stomatite. Une amélioration considérable ne se fit sentir qu'au bout de quatre mois, et le malade quitta l'hôpital sans être complètement guéri.

Torticolis spasmodique (Case of spasmodic torticollis ; section of spinal accessory nerve; recovery), par Francis (*Lancet*, 11 novembre 1893, p. 1184). — Un homme de 29 ans était atteint de torticolis spasmodique ; les spasmes devinrent de plus en plus fréquents et de plus en plus intenses, troublant même le sommeil du malade; les divers traitements médicaux et électriques échouèrent. Il n'y avait aucun antécédent de goutte, rhumatisme, syphilis, malaria, traumatisme ou refroidissement. Mais le malade était un nerveux ayant eu des hallucinations. Il n'y avait absolument qu'un spasme du sterno-mastoïdien et du trapèze du côté droit. L'auteur sectionna le nerf spinal droit un peu avant son entrée dans le sterno-mastoïdien. Après avoir présenté plusieurs troubles nerveux, le malade finit par guérir complètement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 janvier 1894.

Présidence de M. Rochard.

Chauffage des voitures par les briquettes.

M. Brouardel. — Depuis longtemps déjà, on a signalé les dangers que présente l'emploi des briquettes pour le chauffage des voitures; le Conseil d'hygiène de la Seine, notamment sur le rapport de M. Armand Gontier, a maintes fois demandé la suppression de ce mode de chauffage, malheureusement en vain jusqu'ici.

Le 30 décembre dernier, un cocher resté dans sa voiture

pendant l'arrêt de son voyageur et ayant fermé les glaces afin de se garantir du froid, fut trouvé mort; l'autopsie, faite à la Morgue, ne laissa aucun doute sur l'intoxication par l'oxyde de carbone dégagé par la combustion de la briquette de la chaufferette.

Le même jour, un médecin fut gravement intoxiqué de la même façon dans une voiture et, après un court trajet, il eut tout juste la force d'ouvrir la fenêtre pour éviter des accidents mortels.

A l'égard de l'oxyde de carbone il existe une sorte de légende qui veut que l'air soit confiné pour que l'empoisonnement se fasse. De nombreux faits, et notamment ces deux derniers, montrent que cet accident peut se produire même en plein air, si la source d'oxyde de carbone est proche, intense et continue. C'est ce que l'on constate trop souvent dans les voitures chauffées intérieurement par les briquettes; plusieurs cas de mort sont dus chaque année à cette cause. Il y a lieu d'appeler l'attention sur ce grave danger.

M. Armand Gontier. — J'avais bien voulu ne pas entretenir encore l'Académie des faits analogues que j'ai observés, sur la promesse que l'administration ferait cesser cet état de choses. Il n'est pas douteux que les cas d'empoisonnement, souvent mortels, par l'oxyde de carbone, même dans un air non confiné, ne sont pas rares et que l'emploi des briquettes pour le chauffage des voitures en est une des causes principales. Je puis en citer de nombreux exemples. Aussi importe-t-il de demander au plus tôt la suppression de ce procédé.

M. Moisson. — L'Académie a fait autrefois, et avec succès, campagne contre les multiples causes de l'empoisonnement lent par le plomb et ses composés. Elle ferait œuvre non moins utile en protestant contre l'emploi de tous les appareils producteurs d'oxyde de carbone. On passe une partie de ses journées dans des salles où des appareils à air chaud vomissent par les joints toujours mal scellés des torrents d'oxyde de carbone; nous rentrons dans nos appartements où, soit par nous-mêmes, soit par nos voisins, nous respirons de l'air empesté, grâce aux appareils mobiles à combustion lente, puissants producteurs d'oxyde de carbone, sans compter que la voiture qui nous a amenés était chauffée par le procédé contre l'usage duquel il est indispensable que l'Académie s'élève aussi énergiquement que possible.

M. Proust propose à l'Académie le vœu suivant :

Considérant les accidents graves, quelquefois mortels, qui sont dus aux procédés de chauffage employés habituellement dans les voitures publiques, exprime le vœu que le mode de chauffage par les briquettes soit supprimé ou bien modifié de façon à ce qu'aucun gaz toxique ne puisse pénétrer à l'intérieur de la voiture.

M. Armand Gontier demande d'y ajouter la déclaration ci-après : Elle rappelle en même temps l'attention du public sur le danger de l'emploi des poêles mobiles à combustion lente et continue.

Ces deux propositions sont renvoyées à l'examen de la section d'hygiène publique.

Fièvre puerpérale.

M. le Dr Ribérolle (de St-Sauve, Puy-de-Dôme) communique une note sur plusieurs cas de fièvre puerpérale grave observés depuis plusieurs années dans les villages de toute une région des hauts plateaux de l'Auvergne. Cette affection paraît y régner à l'état endémique par suite de l'absence de mesures de prophylaxie et grâce à l'ignorance des pratiques de l'antisepsie.

Commission.

La Commission chargée d'examiner les titres des candidats à la place déclarée vacante parmi les associés libres est composée comme suit : MM. Laborde et Albert Robin, Le Dentu et Léon Labbé, Schutzenberger et Riche, de Lacaze-Duthiers et Monod.

Comité secret.

L'Académie entend en comité secret un rapport de M. Straus sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale. La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Landouzy, 2° M. Fernet, 3° M. Rendu, 4° *ex æquo* MM. Joffroy et Troisier.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 *janvier* 1894.

Sur le venin de la couleuvre.

MM. Phisalix et **G. Bertrand.** — Guidés par nos recherches sur la toxicité du sang du crapaud et de la vipère, nous nous sommes demandé si l'immunité des couleuvres pour le venin de la vipère ne tiendrait pas à une accoutumance résultant de la présence normale de l'échidnine dans leur organisme. Conformément à nos prévisions, nous avons reconnu que le sang des couleuvres de France est toxique et produit l'envenimation avec la même intensité et les mêmes symptômes que celui de la vipère. Comme chez cette dernière aussi, ce sont les glandes salivaires dites labiales supérieures qui élaborent le venin, seulement ce venin ne s'accumule pas dans des réservoirs en rapport avec des dents canaliculées : il passe dans le sang au fur et à mesure de sa production.

Ces faits, déjà très intéressants au point de vue de la physiologie comparée, démontrent que la sécrétion interne des glandes peut être tout à fait indépendante de leur sécrétion externe et complète les notions acquises dans cet ordre d'idées par les recherches faites avec le foie et le pancréas.

Séance du 26 *décembre* 1893.

Sur la stabilité à l'air d'une solution de sublimé au millième.

M. Tanret. — Dans une récente communication *Mercredi*, 1894, p. 5, M. Léo Vignon a annoncé que les solutions de sublimé à 1 0/00 dans l'eau distillée étaient très altérables à l'air, qu'elles s'y décomposaient si facilement que déjà, au bout de un à trois jours, elles déposaient un précipité blanc, d'abord très faible, mais augmentant avec le temps, et qu'elles n'arrivaient plus à contenir, après sept jours, à la température de 15° à 20°, que 0 gr. 57 centigrammes de sel dissous au lieu de 1 gramme.

Cette solution de sublimé étant depuis longtemps déjà d'un emploi courant comme antiseptique, la confirmation de ces résultats si inattendus les rendait gros de conséquences. Or, cette confirmation, je l'ai recherchée, mais n'ai pu l'obtenir; les expériences que j'ai entreprises dans ce but m'ont démontré que, dans les conditions ordinaires, l'air peut être considéré comme sans action sur la solution de sublimé à 1 0/00 dans l'eau distillée, tandis qu'il la décompose s'il est chargé de vapeurs ammoniacales.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 *janvier* 1894.

Présidence de M. Hallopeau.

Hygiène alimentaire des nourrices.

M. C. Paul fait une communication sur le régime alimentaire des nourrices. Après un court historique où il montre que cette question a été négligée par tous les auteurs de traités d'hygiène alimentaire, sauf peut-être par Desessart et MM. Tarnier, Chantreuil et Budin, M. C. Paul considère comme défectueux le régime du 4e degré donné aux nourrices dans les hôpitaux. Il démontre que le vin et la viande ne sont pas utiles aux nourrices, et cite à son appui le régime des nourrices de la Maternité de Moscou qui, suivant les principes de la religion orthodoxe, font maigre durant 184 jours en un an. Voici le régime qu'il fait suivre aux nourrices de sa crèche : le matin, lait : 125 grammes. A midi, soupe maigre, viandes et farineux. Le soir : soupe grasse, viandes et farineux. Il conseille la soupe de drèche avec de la farine de lentille maltée, et comme boisson, 500 grammes de bière à chaque repas, de l'eau d'orge et du coco au riz ou à l'avoine grillée. En un mot, ce régime se résume ainsi : pas de vin, peu de viandes, beaucoup de farineux. A son avis, cette alimentation n'est réellement utile qu'aux nourrices de la campagne transplantées à Paris.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *janvier* 1894.

Prolapsus utérin.

M. Schwartz. — Presque toutes les femmes que j'ai eues à soigner n'avaient pas encore atteint la ménopause et j'ai eu de bons résultats par la colpopérinéorrhaphie avec ou sans hystéropexie. Une fois seulement j'ai pratiqué l'hystérectomie, il y a trois mois; je ne parlerai donc pas du résultat thérapeutique, qui, jusqu'à présent, est bon. C'est chez une femme atteinte de récidive après une colporrhaphie avec élythrorrhaphie antérieure; l'utérus était long (17 centim.), fibromateux et saignant, en sorte que je crus devoir l'enlever. Or, le point sur lequel je veux insister est la difficulté de l'opération dans ce cas. Dès l'incision vaginale, j'eus une hémorrhagie profuse. Aussi je me hâtai de libérer la partie inférieure des ligaments larges et de placer deux pinces sur les artères utérines qui présentaient le volume d'une humérale. Cela fait, quand il me fallut morceler l'utérus, en raison de son volume, comme il ne présentait aucune consistance, malgré les fibromes dont il était bourré, et comme il adhérait à la vessie par des adhérences relativement solides, j'eus beaucoup de mal à libérer sa face antérieure. A chaque instant, je pénétrais dans le tissu utérin et chaque coup de doigt était suivi d'une hémorrhagie profuse. Je fus obligé de placer dix-neuf pinces sur des vaisseaux d'un volume considérable. Le vagin était trop peu spacieux pour les contenir, j'en remplaçai quinze par des ligatures, laissant en place les quatre inférieures. Puis, comme j'avais opéré pour prolapsus, je refoulai ces pinces fortement en haut par des tampons de gaze chiffonnée. Pendant les trois semaines où je tins cette malade alitée, j'appliquai constamment un tamponnement iodoformé, désireux de maintenir haut placées, pendant toute la durée de la cicatrisation, les parties profondes du vagin.

M. Routier n'a pratiqué que deux fois l'hystérectomie vaginale pour prolapsus. Ces opérations remontent à 1888 et 1889.

La première malade était une jeune infirmière dont l'utérus, descendu à la suite d'une chute que la malade avait faite, arrivait à la vulve. L'état s'était aggravé après deux grossesses. Cystocèle et rectocèle. Une opération d'Alexander, faite dans un autre service, avait échoué, de même qu'une élythrorrhaphie antérieure. C'est alors que M. Routier se décida à pratiquer l'hystérectomie totale, non sans avoir essayé au préalable, mais en vain, le port de pessaires d'abord, puis un cloisonnement du vagin. Les suites opératoires furent excellentes, mais la cystocèle ne fut pas complètement guérie.

La seconde opérée était une femme de 54 ans, souffrant du côte des annexes, ce qui décida M. Routier pour l'hystérectomie.

Or, depuis 1889, M. Routier a traité nombre de prolapsus sans jamais avoir songé à intervenir par l'hystérectomie, ce qui s'explique par ce fait que les opérations largement anaplastiques portant sur le vagin suffisent dans le plus grand nombre de cas pour obvier aux chutes de l'utérus. Il en a eu 19 bons résultats. Mais pour donner de bons résultats la colporrhaphie doit être antérieure et postérieure; elle doit de plus être complète, c'est-à-dire la restauration doit comprendre toute la longueur du vagin du col à l'entrée du vagin.

M. Routier, de même que M. Championnière et M. Schwartz, redoute les hémorrhagies dans les opérations pour prolapsus, le vagin au niveau de ses insertions sur l'utérus étant cutisé et présentant souvent une structure presque caverneuse.

M. Reclus. — Voyez p. 25.

M. Pozzi présente une malade qui était atteinte d'un prolapsus utérin complet et chez laquelle il a fait tout récemment une hystérectomie suivie de périnéorrhaphie et de colporrhaphie antérieure.

Plaies du crâne par arme à feu. Trépanation.

M. Chauvel fait un rapport sur les trois observations ci-dessous, envoyées par **M. Chupin.** Dans le premier cas, il s'agit d'un soldat qui reçoit une balle de revolver dans la région occipitale. Pas de perte de connaissance, pas de paralysie ni de contractures, et bon état général. Faut-il intervenir ou non en l'absence de tout symptôme fonctionnel? Telle est la question que se pose M. Chupin. Après réflexion, M. Chupin agrandit la plaie, résèque la table externe au niveau du point d'entrée de la balle et trouve la table interne brisée. Il enlève les esquilles et trouve alors, au-dessus de la dure-mère intacte, un foyer hémorrhagique rempli de caillots. Nettoyage du foyer, pansement antiseptique et guérison sans complications. M. Chauvel trouve que M. Chupin a eu parfaitement raison de faire la trépanation préventive. Il se rappelle notamment avoir observé à Versailles, en 1871, un cas tout à fait analogue, et le malade, un soldat qui avait une fracture avec enfoncement du crâne par balle de revolver, succomba faute d'être trépané en l'absence de tout symptôme fonctionnel. On ne saurait donc trop louer la conduite de M. Chupin dans le cas en question.

M. Gérard Marchant. — J'ai eu, il y a six mois environ, l'occasion d'intervenir dans des conditions semblables, chez un jeune homme de dix-neuf ans qui s'était tiré un coup de revolver dans la région frontale du côté gauche. Je ne constatai aucun trouble particulier, et, après avoir appliqué un pansement antiseptique, j'attendis. Le lendemain matin, la température s'était élevée à 38°1; il n'y avait aucune perte de connaissance, aucune douleur dans la région traumatisée. Je procédai à l'exploration de la plaie, et la sonde qui servait à cet examen s'engagea dans un orifice osseux. Je me décidai alors à intervenir: je rencontrai tout d'abord une moitié de la balle qui s'était arrêtée dans le trajet osseux, puis, ayant trouvé une plaie de la dure-mère, que j'agrandis notablement, je découvris la deuxième moitié du projectile, immédiatement au-dessus de la dure-mère.

Je dois ajouter que bien souvent les choses ne se passent pas aussi simplement et qu'il est fréquent de voir le projectile suivre un trajet plus compliqué; j'ai notamment le souvenir de deux opérations auxquelles j'ai assisté et dans lesquelles on a, dans ces conditions, cherché la balle dans l'intérieur de la substance cérébrale et occasionné des dégâts qui n'étaient pas motivés.

Je suis donc d'avis qu'il faut presque toujours pratiquer la trépanation, sans cependant aller trop loin dans l'exploration lorsque le projectile a pénétré profondément.

Abcès tuberculeux du biceps.

M. Chupin communique en outre une observation d'une tumeur du biceps, probablement de nature tuberculeuse. La tumeur était dure et volumineuse. Une simple incision donna issue à un liquide clair, mais montra de plus l'existence d'une masse ramollie, caséeuse, contenue dans une poche à parois tomenteuses. Dissection de la poche qui présentait une sorte de pédicule vers la partie supérieure du bras. La tumeur occupait bien le biceps. L'examen bactériologique ne put déceler l'existence de bacilles de Koch. M. Chupin se demande si cette tumeur est d'origine musculaire, ou si c'est une sorte d'abcès par congestion venant des côtes et ayant suivi le grand pectoral.

M. Chauvel trouve que l'auteur a eu tort de se prendre à trois reprises à la tumeur. Il valait mieux l'attaquer d'emblée par une bonne incision permettant de voir clair, et l'extirper ensuite.

Uréthrostomie périnéale.

Le troisième cas de **M. Chupin** est celui d'un individu, syphilitique et paludéen, qui un jour fut pris de gangrène complète de la verge, de cause inconnue. Il restait de la verge un petit moignon sus-pubien avec orifice central faisant office de méat urinaire. Comme il existait un certain degré de rétrécissement, M. Chupin fit une boutonnière périnéale et créa à ce niveau un méat artificiel. Les troubles urinaires disparurent. Mais M. Chauvel craint que le nouvel urèthre ne se rétrécisse à son tour un jour.

M. Delorme présente: 1° un malade auquel il a enlevé une chaîne de ganglions parotido-carotidiens; 2° une luxation incomplète de la dernière phalange du gros orteil en dedans.

M. Hartmann montre un utérus extirpé avec le vagin pour prolapsus, suivant la méthode de Fritsch. La malade est guérie.

Elections. — M. Mayor (de Genève) est nommé associé. — MM. Czerny (Heidelberg), Démosthène (Bucharest), Keen (Philadelphie) et Thornton (Londres) sont nommés correspondants étrangers ; MM. Choux, Hue, Ménard, Lecerf correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 janvier 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Abcès du foie à marche rapide avec pus stérile.

M. André Petit. — Un malade atteint d'une dysenterie chronique, consécutive à des accidents aigus nés dans les pays chauds, présenta brusquement des douleurs vives dans l'hypochondre droit avec température fort élevée. Quinze jours après le début de ces nouveaux accidents, on pouvait poser le diagnostic d'abcès du foie, et décider l'opération. Celle-ci fut pratiquée par M. Gérard-Marchant. Le pus de l'abcès recueilli pendant l'opération ne révéla la présence d'aucun micro-organisme, ni par les cultures ni par les inoculations.

Malheureusement il fut impossible de rien conclure relativement à la présence d'amibes, car le pus ne fut examiné que 48 heures après avoir été recueilli.

L'opération qui précède m'a paru intéressante, car elle établit que, contrairement aux assertions de Kartulis et à l'opinion de M. Laveran, l'absence de micro-organismes dans le pus des abcès hépatiques n'est pas spéciale aux abcès à marche lente. Nous voyons ici le même caractère appartenant à des suppurations à marche aiguë.

M. Laveran. — Je ne pense pas que l'on puisse évaluer d'une façon certaine l'âge d'un abcès du foie. Souvent l'abcès évolue déjà depuis longtemps dans la profondeur lorsqu'il donne des réactions vives dans le péritoine ; c'est alors que les accidents semblent débuter.

D'autre part, je n'ai pas dit que tous les abcès anciens fussent stériles, ni que tous les abcès récents fussent fertiles. Mais cela se passe ainsi dans la grande majorité des cas.

M. Rendu. — J'appuierai l'avis de M. Laveran et je dirai pour ma part que les abcès du foie remontent très fréquemment à une date éloignée alors que les accidents paraissent tout à fait aigus.

M. Petit. — La classification des abcès du foie peut dans ces conditions paraître fort difficile. En effet, si les abcès peuvent évoluer aussi sourdement sans donner lieu au moindre symptôme, on ne sera jamais autorisé à diagnostiquer un abcès aigu du foie.

De l'origine poliomyélitique d'un certain nombre de lésions qui frappent les faisceaux blancs médullaires dans la pellagre, la paralysie générale et différentes scléroses combinées.

M. Marie. — Dans une précédente séance (novembre 1893), j'ai parlé du mode de production des lésions du cordon latéral dans la sclérose latérale amyotrophique. D'après ma manière de voir, les lésions de ce cordon seraient dues, pour une part plus ou moins considérable, à l'altération de certaines cellules situées dans la région moyenne de la substance grise et connues sous le nom de « cellules du cordon latéral » ; en un mot, dans la production de ces lésions il faudrait tenir grand compte de la poliomyélite si intense qui caractérise la sclérose latérale amyotrophique.

Je crois que ce rôle de la poliomyélite peut être généralisé et donner la clef du mode de production d'un grand nombre de lésions des faisceaux blancs au cours d'affections diverses de la moelle.

C'est ainsi que dans la pellagre, où il existe le plus souvent des lésions combinées des cordons postérieur et latéral, on peut, sur les figures d'un récent travail de Tuczek, constater que la dégénération dans le cordon postérieur a une localisation tout autre que chez les tabétiques. En effet, il n'existe là, contrairement à ce qui a lieu pour le tabes, aucune lésion soit des racines postérieures, soit de leurs prolongements intra-médullaires (zone de Lissauer, réseau nerveux des colonnes de Clarke) ; la dégénération du cordon postérieur doit donc être attribuée à un mécanisme autre que celui du tabes. En effet, tandis que la dégénération du cordon postérieur dans le tabes est exogène, c'est-à-dire provient surtout de la lésion des racines postérieures, celle de la pellagre — du moins dans les cas typiques — est endogène, c'est-à-dire qu'elle prend naissance à la suite de l'altération de certaines cellules de la substance grise médullaire connues sous le nom de « cellules du cordon postérieur ». Cette altération serait produite par une poliomyélite surtout marquée dans la région dorsale supéro-moyenne, mais s'étendant à presque toute la hauteur de l'axe spinal. Quant à la dégénération du cordon latéral, elle serait due à cette poliomyélite agissant sur les « cellules du cordon latéral ».

La paralysie générale donne lieu à des considérations du même genre. S'il est vrai que dans la moelle de certains paralytiques généraux on constate quelquefois des lésions du cordon postérieur fort analogues à celles du tabes, il n'est pas moins évident que dans un assez grand nombre d'autres cas les lésions du cordon postérieur sont très différentes de celles du tabes et s'en distinguent, notamment, par leur localisation très nette dans le territoire connu sous le nom de bandelette en virgule, et par l'intégrité de la zone cornu-radiculaire. Il est donc vraisemblable que dans ce type il s'agit encore d'un processus endogène. Cette hypothèse se trouve confirmée par la coexistence de lésions du cordon latéro-pyramidal également endogènes. Dans le premier type, au contraire (type analogue au tabes), le processus serait exogène. Une combinaison de ces deux processus chez le même malade pourrait également s'observer.

Pour ce qui a trait à l'ergotisme, il est assez difficile de se prononcer d'une façon absolue, mais il semble bien qu'ici aussi le processus endogène joue un certain rôle, combiné ou non avec le processus endogène.

Si, partant de ces cas relativement simples, puisque les lésions siègent seulement sur le cordon latéral (pyramidal) et sur le cordon postérieur, on examine au même point de vue les scléroses combinées, on constate qu'elles sont sous la dépendance de processus du même genre, et que l'origine endogène d'une bonne partie des lésions qui les constituent semble évidente.

La preuve de cette origine endogène est facile à faire pour celles des lésions qui occupent le faisceau latéral (faisceau pyramidal croisé, faisceau cérébelleux direct de Gowers).

A. *Faisceau pyramidal croisé.* — Les raisons de l'origine intra-médullaire de la plupart de ces lésions se trouvent dans l'absence de dégénération pyramidale dans le bulbe et la protubérance, l'extension des lésions au delà du territoire pyramidal croisé proprement dit, l'absence de dégénération du faisceau pyramidal direct.

B. *Faisceau cérébelleux direct.* — La dégénération de ce faisceau est secondaire à l'altération des cellules des colonnes de Clarke qui, c'est là un fait bien établi, constituent le centre trophique des fibres de ce cordon.

Quant aux lésions du cordon postérieur, elles ne sont pas toujours identiques, mais, dans de nombreuses autopsies de scléroses combinées on a constaté l'intégrité de la zone cornu-radiculaire. C'est une forte présomption en faveur de l'origine endogène des lésions.

Mais, parmi les lésions du cordon postérieur, dont, dans les sclérose combinées, l'origine endogène semble le plus vraisemblable, il faut citer en première ligne la sclérose des bandelettes en virgule qui s'observe dans un certain nombre d'autopsies. En effet, si l'on s'en rapporte à l'examen des dégénérations secondaires aux compressions ou sections de la moelle, la lésion des bandelettes en virgule dépendrait essentiellement d'une altération de la substance grise médullaire.

En résumé, dans les scléroses combinées, le rôle de la poliomyélite, par rapport à la production des lésions dégénératives qui frappent les cordons blancs médullaires, est considérable. Cette poliomyélite existe vraisemblablement sur une grande hauteur de la moelle, mais elle semble avoir un maximum bien marqué au niveau des régions cervicale inférieure et dorsale supérieure ; en effet, dans plusieurs cas, on peut constater qu'au-dessus de ces régions, l'ensemble des lésions des cordons blancs prend l'aspect de la dégénération ascendante (faisceau de Goll, faisceau cérébelleux direct), tandis

qu'au-dessous on trouve l'aspect de la dégénération ascendante (territoire pyramidal croisé, bandelette en virgule).

Je ne prétends pas cependant que le rôle de la poliomyélite soit exclusif : dans certaines affections, la maladie de Friedreich, par exemple, le processus paraît être à la fois exogène et endogène.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 12 janvier 1894.

Myome kystique de l'utérus.

M. Raffray présente un volumineux fibro-myome de l'utérus enlevé par M. Monod à une femme de 59 ans. Cette malade ne présentait comme symptôme que de la gêne et de la pesanteur dans l'hypogastre depuis huit ans. Les suites opératoires furent excellentes. Cette tumeur, qui s'est développée aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus, contenait une poche volumineuse remplie de liquide hématique.

Hydro-hématocèle de la vaginale.

M. Raffray présente les pièces histologiques d'une vaginale testiculaire enlevée à un malade âgé de 48 ans qui était atteint d'hydrocèle. Cet homme ressentit une douleur très vive à la région malade; son scrotum augmenta de volume, s'œdématia, s'ecchymosa. A la suite d'une cure radicale de son hydrocèle, on vit que le scrotum et son tissu cellulaire étaient infiltrés de sang; le liquide vaginal contenait des caillots sanguins. On voit au microscope qu'il y a déchirure des tissus, puis hémorrhagie consécutive, sans doute, comme l'a indiqué Reverdin de Genève, sous la forte tension du liquide séreux.

Kyste hydatique du foie. Vomiques.

MM. Meslay et **Raffray** ont observé un malade chez lequel on porta de bonne heure le diagnostic de kyste hydatique du foie. Plusieurs ponctions furent faites, mais inutilement, dans la substance hépatique. Il eut d'abord une vomique de liquide clair, transparent, mais plus tard d'autres vomiques apparurent, celles-ci à liquide trouble et à vésicules hydatiques. Les vomiques se répétant tous les deux ou trois jours, le malade se cachectisa rapidement. Dans le service de M. Letulle, on précisa le diagnostic en signalant qu'il existait en plus un abcès pulmonaire en arrière et à la base près du foie (souffle amphorique, gargouillement, etc.). Avec un aspirateur Potain, on fit plusieurs ponctions dans la masse pulmonaire, mais on ne put obtenir aucun liquide : le malade eut à la suite de cette intervention une vomique contenant une une grande quantité de sang.

Plus tard M. Monod pensa qu'on pourrait, après résection costale, ouvrir largement la cavité abcédée. Avec le thermocautère on entama le lobe inférieur du poumon droit en arrière, mais on ne put mettre à jour la caverne intra-pulmonaire; la plaie fut bourrée de gaze salolée. On fit de nouvelles ponctions, quelques jours après, avec des aiguilles capillaires, mais encore sans résultat. Le malade succomba un mois après, de pneumonie septique.

L'autopsie démontra qu'il existait bien une caverne pulmonaire dans le lobe inférieur, mais bien plus en avant, au-dessus d'une poche kystique suppurée de la partie antéro-supérieure du lobe droit du foie, et communiquant avec elle à travers le diaphragme. Les symptômes stéthoscopiques avaient trompé et mal guidé l'intervention.

Méso-appendice.

MM. Jonesco et **Juvara** ont fait de nombreuses dissections de l'appendice cæcal et ont pu observer une disposition irrégulière de cet appendice et de son méso, que l'un d'eux avait niée dans un précédent ouvrage. Le diverticule vermiforme se trouve dans de très rares cas, en avant du cæcum et de l'iléon, remontant parallèlement au cæcum. Dans ces dissections, on peut constater que l'artère iléo-colique suivant le méso qui est antérieur se trouve aussi en avant, et que la fossette iléo-cæcale manque pour la même raison.

M. Jonesco fait remarquer que dans une pièce, il existe un véritable méso à l'artère colique gauche, d'où possibilité d'étranglement de l'intestin au niveau de cette artère.

Insertion des muscles scalènes antérieurs.

MM. Juvara et **Dide** ont remarqué, après de nombreuses dissections, qu'on pouvait préciser exactement l'insertion des muscles antérieurs à un tubercule situé à la partie la plus externe et la plus inférieure du tubercule antérieur de l'apophyse transverse des vertèbres cervicales. On peut d'ailleurs, sur certains squelettes, constater la présence très nette de ce tubercule.

Hernie de l'estomac à travers le diaphragme.

M. Joly a fait l'autopsie d'un homme de 37 ans qui ne présentait aucun symptôme fonctionnel de son vivant, sauf dans les trois derniers jours où il ressentit de violentes douleurs dans l'abdomen, de la dyspnée, le tout accompagné d'un état général qui fit porter le diagnostic d'étranglement interne. On vit que l'estomac faisait hernie dans la cavité thoracique en deux régions, à droite et à gauche. A gauche, la poche herniée est du volume d'une tête d'enfant et a refoulé le poumon; il s'agit d'une partie du grand cul-de-sac. A droite, en plus d'une partie de la petite tubérosité, le pylore et le duodénum ont été entraînés dans le thorax, et c'est la première partie du duodénum qui a été étranglée par l'anneau diaphragmatique. Les autres viscères ne présentaient pas d'anomalie; le foie était un peu descendu, le pancréas était remonté avec le duodénum : le cœur était un peu dévié à droite, et l'adhérence intime du poumon à la grosse tubérosité de l'estomac semble indiquer que cette ectopie stomacale était de nature congénitale.

Anatomie de la corne d'Ammon.

M. Azoulay présente des préparations de la corne d'Ammon chez l'homme, obtenues par la méthode de Golgi. On y voit que cette portion si compliquée des centres nerveux chez l'homme a la même structure que celle du cobaye, du lapin et de l'agneau. Ce qui est surtout particulier, c'est l'énorme développement chez l'homme de la couche des cellules pyramidales qui sont souvent déplacées dans la couche radiée et la couche des cellules polymorphes.

Utérus bicorne.

M. Gouget, en faisant l'autopsie d'une jeune fille morte de tuberculose pulmonaire, a trouvé un utérus bicorne avec un col unique. Il n'y avait aucune anomalie du côté des ovaires, des trompes et du vagin; un des deux utérus étant plus volumineux que l'autre, les deux cavités utérines étaient perméables.

Cancer de l'estomac.

M. Bernard montre les viscères d'un homme mort dans le service de M. Lancereaux d'un cancer stomacal. Cette tumeur est intéressante par son évolution : elle s'est peu attaquée à la muqueuse, mais s'est développée rapidement le long des courbures, puis, suivant la voie lymphatique, a envahi la citerne de Pecquet, le canal thoracique et les ganglions du médiastin. Il n'y avait pas de ganglion sous-claviculaire.

Cancer de la tête du pancréas.

M. Claisse rapporte l'histoire d'un malade atteint de rétention biliaire simple non infectieuse, puis se compliquant d'infection et mourant à la suite de symptômes d'ictère grave. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un cancer de la tête du pancréas ayant obstrué le canal cholédoque. Les voies biliaires sont dilatées en amont; la vésicule biliaire est envahie par le carcinome.

Parotidites infectieuses.

MM. Claisse et **Dupré** communiquent à la Société des pièces et des préparations de parotidite recueillies dans ces dernières années pour leur mémoire sur les infections salivaires. De l'étude anatomo-pathologique de ces observations ressort un ensemble de notions dont les plus intéressantes sont les suivantes : origine buccale, mode ascendant, topographie systématiquement canaliculaire de l'infection, caractère inflammatoire des lésions péricanaliculaires, évolution exten-

sive du processus de la zone péricanaliculaire au parenchyme glandulaire. Lésions parenchymateuses non inflammatoires, mais dégénératives (simple, fibrineuse) à divers degrés, contemporaines de l'infection, parallèles aux lésions inflammatoires septiques des canaux; lésions de dégénérescence graisseuse propres aux parotides séniles, antérieures à l'infection; toutes lésions cellulaires favorisant les progrès, accélérant la marche et donnant le pronostic de l'inflammation glandulaire.

Les auteurs établissent un étroit rapprochement entre le processus de l'infection salivaire et celui de l'infection biliaire qui évoluent tous deux conformément à des lois générales communes, celles de l'infection glandulaire ascendante.

Grossesses tubaires.

M. Pilliet présente deux trompes enlevées par M. Tillaux qui renfermaient toutes deux des caillots sanguins où l'examen histologique a révélé la présence de villosités choriales. Dans ces deux trompes, les caillots sont adhérents à la muqueuse salpingée par les vaisseaux du placenta; dans le premier cas, le caillot est assez volumineux; dans le second cas, le caillot est de très petite dimension.

Syphilis pulmonaire.

M. Condé présente les poumons d'un homme mort à 62 ans d'urémie, sans phénomènes pulmonaires. Il s'agissait d'un arthritique chez lequel on trouva à l'autopsie des reins scléreux et de l'artério-sclérose généralisée; mais sur les bronches on suit, depuis le hile jusqu'à la périphérie des lésions syphilitiques, gommes, sclérose et calcification.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 *janvier* 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Angiocholite expérimentale par bacille virgule de Koch.

MM. Gilbert et **Dominici**. — Nous avons injecté des doses inégales d'une culture virulente de ce microbe dans les voies biliaires de deux lapins. Les animaux ont succombé avec les phénomènes habituels du choléra expérimental. A l'autopsie, les canaux biliaires et la vésicule étaient remplis d'un liquide puriforme riche en cellules épithéliales desquamées et en bacilles virgules. Il existait des lésions internes de cholécystite et d'angiocholite. De plus, au voisinage des espaces de Kiernan, on voyait des zones de nécrose lobulaire chez l'animal le plus largement injecté. Il y avait aussi de la cirrhose insulaire et de petits abcès. Les cellules hépatiques montraient une dégénérescence vitreuse analogue à la tuméfaction transparente décrite par l'un de nous avec M. Hanot en 1884.

Ces lésions sont assez comparables à ce qui a été observé en pathologie humaine. Ici l'invasion des voies biliaires par le bacille de Koch est fréquente; et M. Girode, qui l'a cherchée systématiquement dans 28 cas, l'a trouvée dans 14, c'est-à-dire dans la moitié des faits. Le même auteur a observé des lésions d'angiocholite cholérique humaine parfaitement caractérisée. Nos observations confirment l'action nocive directe du bacille virgule sur le foie.

Infections salivaires ascendantes.

M. Girode. — La doctrine des crises ou des métastases a longtemps servi de base à l'interprétation des suppurations salivaires. Conformément à la conception moderne de la pyogénie, j'ai cherché si l'infection des glandes salivaires ne pourrait pas reconnaître une provenance buccale et un mécanisme ascendant, par analogie avec ce que nous avons constaté, M. Gilbert et moi, dans différentes recherches sur un autre diverticule du tube digestif, l'appareil biliaire.

J'ai examiné 12 cas d'infections salivaires suppurées, occupant une fois la sous-maxillaire gauche, 10 fois la parotide, et une fois une grenouillette sous-maxillaire droite. Cinq cas étaient primitifs, sept autres développés à la suite d'étranglement interne, diabète, néphrite, pneumonie, fièvre typhoïde. Dans ces dernières observations, le microbe de l'infection salivaire n'avait rien de commun avec celui de l'affection antécédente. Chez tous les malades, il existait des lésions buccales intenses, stomatite, gingivite, enduit dentaire, fuliginosités, enfin signes d'irritation particulièrement développés au voisinage de l'embouchure des conduits excréteurs salivaires. Celle-ci était marquée par un tubercule rouge, saillant, dont le sommet laissait de bonne heure échapper, soit du pus concret très abondant, soit une salive purulente riche en leucocytes et en microbes. Cette irritation locale était plus marquée au niveau du canal de Sténon, la glande parotide ayant été plus fréquemment atteinte à cause de l'inertie fonctionnelle où elle se trouve placée dans les états adynamiques qui suppriment la mastication. La bilatéralité de la suppuration parotidienne dans mes trois premiers cas est encore favorable à l'idée d'une provenance buccale commune de l'infection. Comme résultats généraux de l'examen bactériologique, j'ai noté l'aureus six fois, l'albus une fois, le pneumocoque quatre fois, le bacille de Friedlænder une fois. Dans un cas de parotidite putride, le pneumocoque était associé à un bacille grêle et allongé, immobile, prenant très mal les couleurs d'aniline, et dont il m'a été impossible d'obtenir jusqu'ici une culture pure, soit à l'air, soit à l'abri de l'oxygène. J'ai rencontré ce même bacille dans trois cas de pyothorax gangréneux, suite de gangrène corticale du poumon.

L'examen bactériologique a confirmé que les microbes en cause, hôtes habituels de la bouche, existaient sur la muqueuse vestibulaire et dans les produits recueillis à l'embouchure des conduits salivaires. Cette dernière exploration fournissait des résultats identiques à ceux que donnait l'examen du pus recueilli au niveau de la glande, après incision ou à l'autopsie (7 cas). Enfin, l'examen histo-bactériologique de fragments de glande pris dans les parties les moins malades a permis dans 4 cas de contrôler la nature catarrhale et endocanaliculaire de l'infection au début. Les conduits et cavités glandulaires sont remplies de cellules desquamées, de phagocytes et de microbes; l'épithélium prolifère, il est pénétré par quelques groupes microbiens; mais le tissu interstitiel est simplement congestionné et un peu œdématié. La pénétration microbienne ne s'y fait que secondairement.

Tous ces faits confirment la nature ascendante de ces infections et leur origine buccale. La prophylaxie s'en déduit: elle consistera en une antisepsie buccale (Bouchard) et surtout vestibulaire au cours des maladies adynamiques.

Dégénéré héréditaire.

M. Magnan. — Le malade que je vous présente a une hérédité familiale chargée, et a offert à notre observation des syndromes épisodiques multiples, obsessions, actes impulsifs, états hallucinatoires. Il est pris parfois de rires ou pleurs irrésistibles, ou bien il se met à aboyer sans rime ni raison. On l'a vu manifester un besoin impérieux d'uriner à l'occasion d'un bruit souvent insignifiant. Il se montre kleptomane, arithmomane, obsédé dans ces divers états par le chiffre 3. Il entre au restaurant et se fait servir trois fois le même plat. Il a des terreurs variées accompagnées de sensations douloureuses insupportables. Enfin, il est parfois tourmenté par des hallucinations extrêmement précises et d'une apparente objectivité tout à fait saisissante.

Liquides orchitiques et température.

M. Hénocque. — Dans 2 cas, M. Daremberg a vu se produire chez des tuberculeux une réaction thermique à la suite d'injection de suc testiculaire. Or, ces résultats sont en opposition avec ce qui a été observé par MM. Brown-Séquard, Dumontpallier, Lemoine, Ouspenski et par moi-même. Tout au contraire, l'effet obtenu est non pas une hyperthermie, mais un abaissement et une régularisation de la température.

M. Richet. — Les variations thermiques individuelles doivent faire réserver toute appréciation qui serait fondée seulement sur deux faits.

M. d'Arsonval. — Il faut ajouter qu'il y a un moyen d'obtenir de l'hyperthermie, c'est d'injecter un liquide altéré.

Poids relatif du foie et de la rate.

M. Richet. — Chez les chiens, le foie se montre d'autant plus gros que l'animal est plus petit, mais le rapport n'est

plus le même eu égard à la surface, car pour un décimètre carré il y a un même poids de foie. Au contraire, la rate est en rapport régulier avec le poids du corps.

De 3,500 mensurations faites sur l'homme par différents observateurs, il résulte que chez l'enfant il y a d'abord une proportion faible du foie. Puis, à partir de certain âge, 12 ans environ, le poids devient proportionnel. Il l'est pour la rate initialement et uniformément.

Action de la lumière et du froid sur le bacille pyocyanique.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — Tandis que la lumière blanche influence fortement la fonction chromogène du bacille, la lumière privée de ses rayons chimiques par le bichromate de potasse ne trouble presque plus la sécrétion pigmentaire.

Avec le froid, il faut une action prolongée pour influencer la culture (—52° pendant 10 heures). Mais, chose curieuse, si l'on a soumis à cette température du bouillon simple, quand on rapporte ce bouillon à l'étuve pour l'ensemencer ensuite, on voit que la culture se fait très mal, que le bacille prend une forme ovoïde qui le rapproche du pneumocoque. Le milieu a donc été modifié par la basse température. C'est un élément dont il faut tenir compte pour apprécier le résultat précédent, obtenu en refroidissant le milieu peuplé.

Gastrite expérimentale.

M. Pilliet. — J'ai badigeonné la surface de l'estomac avec des essences diverses mêlées d'huile. Il se produit une escharification superficielle étendue par auto-digestion; auparavant on constate une infiltration embryonnaire interglandulaire extrêmement prononcée. D'ailleurs, après l'élimination de la partie nécrosée, la réparation peut se faire. Il existerait donc une mue de la tunique interne gastrique, susceptible d'être réalisée dans certaines affections comme l'embarras gastrique fébrile.

M. Railliet. — J'ai vu un enfant à qui l'on avait donné par erreur deux cuillerées à café d'huile de croton. Il élimina sa muqueuse gastrique, mais guérit vite et bien, car il est aujourd'hui cuirassier.

M. Masoin a vu qu'après l'extirpation de la glande thyroïde, la courbe de toxicité urinaire suit l'aggravation des accidents et s'élève avec les crises épileptiques.

M. Christiani ayant thyroïdectomisé 18 lézards, a vu que ces animaux mouraient beaucoup plus vite que des témoins ayant subi seulement un traumatisme cervical analogue. **MM. Gley** et **Phisalix** ont observé des faits semblables dans des recherches poursuivies parallèlement.

M. Retterer, étudiant le développement des poils tactiles, a vu la prédominance de l'activité initiale du nodule conjonctif, avant l'apparition du nodule épithélial.

M. Hédon note que si l'on fait chez des chiens dépancréatisés et diabétiques la piqûre de Cl. Bernard, l'effet de la piqûre se continue.

M. Linossier estime que l'analyse des liquides gastriques ne peut pas renseigner sur le travail de la digestion, mais indique seulement les actes d'élimination gastrique.

M. Le Dentu communique ses recherches sur le champ auditif dans l'hystérie.

M. Bateman cite un cas d'hyperidrose guéri par la suggestion.

M. L. Blanc confirme les observations de M. Féré touchant l'action de la lumière sur le développement des œufs.

M. Aucher décrit un microbe chromogène rouge trouvé dans des conserves de sardines. Ce microbe produit la fétidité. Il n'est pas pathogène pour les animaux, mais n'en rend pas moins les sardines inutilisables.

J. Girode.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 9 janvier 1894.

Des conjonctivites à fausses membranes.

M. Valude propose de distinguer dans le groupe encore mal connu des conjonctivites à fausses membranes deux types intermédiaires aux deux formes admises par tous : la conjonctivite diphthéritique et la conjonctivite croupale.

Chez des enfants chétifs, âgés au plus de sept à huit mois, on observe un catarrhe purulent conjonctival auquel s'ajoutent bientôt des fausses membranes gris-jaunâtres, épaisses, adhérentes, ce qui est caractéristique; parfois ces fausses membranes tapissent la face interne des paupières et la conjonctive bulbaire et recouvrent la cornée. Les paupières sont tuméfiées. Les choses restent en l'état très longtemps, pendant des semaines, voire même trois et cinq mois, puis les fausses membranes se laissent détacher de la muqueuse qui est saignante et de la cornée qui est légèrement atteinte. Au total, cette conjonctivite pseudo-membraneuse à marche chronique est d'un pronostic assez bénin.

Les cas observés sont rares et jusqu'ici c'est tout au plus si cette affection est mentionnée en quelques lignes par les auteurs classiques.

La deuxième variété, que M. Valude propose de détacher du groupe des conjonctivites à fausses membranes, est beaucoup plus grave. Il fut appelé auprès d'un enfant vigoureux atteint d'un catarrhe conjonctival léger persistant malgré des cautérisations au nitrate d'argent. Un seul œil était pris, la sécrétion était très modérée, les paupières étaient à peine gonflées. Il porta un pronostic bénin et cependant, douze heures plus tard, les paupières étaient très tuméfiées, rouges, tapissées de fausses membranes adhérentes, et la cornée se présentait grise et terne. Une enquête sévère démontra qu'il n'existait aucun cas de diphthérie susceptible d'avoir contagionné le petit malade. Grâce à l'emploi du jus de citron et d'une pommade à l'iodoforme, les fausses membranes commencèrent à se détacher au bout d'une dizaine de jours sans réaction suppurative bien accentuée et en laissant à nu une conjonctive saignante.

Finalement la cornée reprit sa transparence dans un segment supérieur, mais elle se perfora en bas ; une iridectomie toutefois permit de restituer à cet œil un certain degré de vision.

Ce qu'il faut surtout mettre en vedette dans ce cas, c'est la rapidité avec laquelle l'affection a marché au début. Il en fut de même chez deux enfants observés par M. Bar. Dans le cours de l'année dernière encore, il s'est produit à la Maternité une véritable épidémie que l'on peut attribuer à cette conjonctivite spéciale. Au cours d'une ophthalmie purulente assez légère survenait subitement une tuméfaction palpébrale moindre que celle de la conjonctivite diphthéritique, causée par des fausses membranes grisâtres, épaisses, adhérentes à une conjonctive saignante quand on les arrachait. En quelques heures la cornée ramollie se perforait, puis après une quinzaine les fausses membranes commençaient à se détacher et, finalement, il persistait sur la conjonctive quelques brides cicatricielles.

Cette forme spéciale de conjonctivite est actuellement à l'étude dans le service du professeur Panas et, d'après les recherches bactériologiques en cours, elle résulterait d'une association microbienne. Peut-être dans les formes chroniques il s'agirait d'une infection avec prédominance de staphylocoque, tandis que le streptocoque prédominerait dans les formes à marche aiguë.

Contre ces conjonctivites M. Valude préconise les irrigations très chaudes, en particulier d'infusion de têtes de pavot ; selon lui, les cautérisations au nitrate d'argent et les applications glacées sont tout à fait contre-indiquées. Quant au jus de citron, il ne semble pas mériter d'être recommandé.

M. Abadie ne trouve pas très nets au point de vue clinique les deux nouveaux types de conjonctivite à fausses membranes établis par M. Valude. Il se pourrait que, dans les cas observés, les fausses membranes eussent été produites par des cautérisations trop énergiques au nitrate; une solution à cinq pour cent suffit pour produire pareil méfait. En particulier il ne serait pas éloigné de croire que chez les enfants de la Maternité il s'agissait de conjonctivites purulentes mal soignées.

Il reste fidèle au jus de citron proposé par Fieuzal pour combattre la conjonctivite diphthéritique; depuis qu'il l'emploie, il n'a plus perdu un seul œil.

M. Parinaud rapporte qu'il a observé trois cas de conjonctivite à fausses membranes dans lesquelles on a trouvé des pneumocoques. Il est vrai que ce même microbe a été décelé dans des conjonctivites sans fausses membranes également survenues chez des nouveau-nés.

M. Gorecki, lui aussi, a eu l'occasion de voir des cautérisations provoquer l'apparition de fausses membranes ; en particulier, il fut consulté par un confrère qui, effrayé d'une conjonctivite légère survenue chez sa petite fille, lui avait cautérisé l'œil avec le crayon toutes les heures. Bien que cette intervention eût supprimé la sécrétion conjonctivale, son effet n'en avait pas moins été désastreux ; la cornée était détruite.

M. Despagnet fait remarquer qu'en général ces fausses membranes provoquées par la cautérisation se reconnaissent aisément, en particulier grâce à ce qu'elles siègent en général sur la paupière inférieure, plus facile à renverser et à toucher. Relativement aux petits malades de M. Valude, il croit important de mettre en relief qu'il s'agit d'enfants chétifs, nés avant terme, atteints d'athrepsie, de jumeaux. La question de terrain doit intervenir dans la production de fausses membranes.

M. Valude rappelle qu'il a déjà signalé les dangers des cautérisations trop énergiques avec le nitrate d'argent dans l'ophthalmie des nouveau-nés.

M. Kalt estime que les fausses membranes sont très fréquentes sur la conjonctive chez les enfants atteints d'ophthalmie purulente.

M. Chibret pense que l'on peut admettre une conjonctivite à fausses membranes de même nature que la pourriture d'hôpital.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 11 *janvier* 1894.

Des accidents chirurgicaux chez les diabétiques.

M. Reynier. — Il résulte de 40 observations recueillies par l'auteur, que les diabétiques réagissent aux traumatismes d'une façon bien différente, suivant le degré de la maladie, et suivant aussi qu'on intervient chirurgicalement chez un un malade non suppurant (extirpation de tumeurs, par exemple), ou qu'il s'agit de traiter des suppurations (phlegmons, abcès, etc.).

D'une manière générale, l'auteur établit que, dès le début, tout diabétique (quelle que soit l'origine du diabète) offre aux traumatismes une résistance très atténuée d'abord et finalement réduite à zéro. Or, cette diminution de résistance s'observe également lorsqu'il s'agit de réactions aux irritations produites par les pansements antiseptiques, bien que ces réactions paraissent n'être pas toujours identiques pour un même antiseptique.

Suivant M. Reynier, il convient de distinguer 2 cas : ou bien on se trouve en présence d'un diabétique sans réflexes, c'est-à-dire d'un diabétique présentant des signes non équivoques de déchéance organique, ou bien d'un diabétique ayant encore conservé ses réflexes.

Dans le premier cas, il faut rejeter tout antiseptique tant soit peu caustique. On devra donc rejeter l'usage de l'acide phénique, et ne recourir qu'à des solutions d'acide borique ou à des solutions très faibles de sublimé. On pourra aussi dans le cas de gangrène non infectée, mais sur le point de s'infecter, recourir aux poudres absorbantes antiseptiques, tels le quinquina, le salicylate de bismuth auquel on adjoindra un peu d'iodoforme, ces poudres servant à embaumer en quelque sorte la partie malade.

Dans le second cas on devra faire plutôt de l'asepsie que de l'antisepsie. Il faut éviter toute suppuration. M. Reynier fait remarquer combien le diabétique offre un terrain merveilleux pour le développement des microbes.

Quand on a affaire à un diabétique suppurant, il faut éviter d'irriter la plaie. Les pansements rares et les antiseptiques les moins irritants seront donc préférés.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DERMATOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 5 *décembre* 1893.

Sarcome du testicule.

M. Heller. — Il s'agit d'un homme de 34 ans qui affirmait être syphilitique héréditaire. Marié, il eut un enfant vivant et bien conformé; mais sa femme avait eu trois fausses-couches à 7 mois avant la naissance de cet enfant.

Il y a 18 mois, le malade s'aperçut que son testicule gauche commençait à grossir. Peu de temps après, il reçut un coup sur le testicule malade et la tumeur augmenta rapidement de volume. On diagnostiqua une hydrocèle traumatique, mais la ponction donna des résultats négatifs. On fit alors une incision qui permit de constater l'existence d'une tumeur dure du testicule avec point de départ de l'épidydime.

En vue des renseignements fournis par le malade, on institua d'abord un traitement anti-syphilitique, et ce n'est que 15 jours après, en face de l'échec complet de la médication interne, qu'on fit la castration.

L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules. La tumeur, qui avait complètement détruit l'épididyme, entourait comme une coque le testicule resté tout à fait normal.

Vitiligo.

M. Lewin présente une jeune fille dont la nuque et le dos sont couverts par des taches de vitiligo. Ce qui est particulièrement caractéristique chez cette malade, c'est l'hyperpigmentation de la peau saine, autour des taches de vitiligo. Un fait très curieux, c'est que les taches de vitiligo augmentent souvent de dimensions, et par contre ne diminuent jamais. Le vitiligo héréditaire est assez fréquent.

M. Mankiewitz connaît une famille dans laquelle il y a trois enfants albinos présentant en même temps du vitiligo.

Chancre syphilitique de l'urèthre.

M. Lilienthal a observé un malade qu'il avait soigné pour une blennorrhagie. L'affection était presque terminée sous l'influence du traitement par le copahu, lorsque trois semaines après le malade revint avec une tuméfaction du prépuce et une adénopathie inguinale. A l'examen il fut alors possible de constater l'existence d'un chancre de l'urèthre. En effet, au bout de quinze jours le malade arriva avec une éruption spécifique et des plaques muqueuses dans la gorge. Le chancre avait tellement rétréci l'urèthre qu'on fut obligé de recourir à un traitement local.

M. Lewin fait observer à cette occasion que le chancre syphilitique de l'urèthre, comme celui des autres muqueuses, ne donne pas au toucher la sensation de dureté.

Paralysie spinale spastique d'origine syphilitique.

M. Lewin présente une malade qui, à la suite d'une syphilis grave, fut prise de tous les symptômes de paralysie spinale spastique. Son état fut notablement amélioré par le traitement spécifique. Aujourd'hui encore elle traîne un peu les pieds et s'appuie à chaque pas sur ses orteils. On trouve encore chez elle de l'exagération des réflexes et le phénomène du pied. Lorsque la malade se met sur le bout du pied, tout le membre est pris d'un tremblement convulsif tétaniforme. En tout cas, la parésie des membres inférieurs, très marquée auparavant, est actuellement notablement améliorée.

M. Rosenthal a observé un cas identique considérablement amélioré par le traitement spécifique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 10 *janvier* 1894.

Tuberculose placentaire.

M. Lehmann a présenté des préparations qui montrent le tableau typique de la tuberculose placentaire. Le placenta provenait d'un malade atteint d'une tuberculose chronique des poumons et du larynx. L'enfant succomba 10 jours après sa naissance; à l'autopsie on ne trouva pas de tuberculose.

Etat sanitaire de Berlin.

M. Zadek a fait la critique du rapport de Weyl sur l'état sanitaire de Berlin, et a montré que si la mortalité a diminué à Berlin, cela tenait non pas à l'assainissement de la ville, mais à la diminution annuelle régulière de la natalité.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 8 *janvier* 1894.

Ankyloses multiples des articulations des membres inférieurs.

M. Anderson. — Un enfant de 15 ans entra à l'hôpital le 2 juillet 1891. A la fin de décembre 1890, il était rentré chez lui, après une séance de patinage, accablé et ayant de la fièvre. Les genoux et les chevilles se tuméfièrent et la transpiration devint abondante. Au bout de 10 semaines la maladie céda, mais il resta une ankylose de presque toutes les articulations des membres inférieurs et il y eut une atrophie marquée de la peau et de certains muscles des jambes. Sous l'influence d'une tentative qu'on fit pour mobiliser ces articulations, la peau tendue et inextensible du genou gauche se rompit, laissant une plaie qui occasionna dans la suite bien des ennuis. Six mois après le début de l'affection, le malade entra à l'hôpital, très amaigri. Seule l'articulation sous-astragalienne de chaque pied était encore mobile. La peau était amincie et présentait des troubles de la sensibilité dans la région des extenseurs des jambes. Les muscles innervés par le tibial antérieur, le péronier et une portion du tibial postérieur étaient atrophiés et présentaient la réaction de dégénérescence. On fit du massage et on chercha à provoquer quelques mouvements; au bout de quelques semaines le malade put déjà marcher seul à l'aide d'une canne; mais les mouvements étaient encore assez limités. La localisation de ces lésions aux membres inférieurs dans des territoires nerveux spéciaux, l'atrophie de la peau et de certains groupes musculaires écartent l'idée de rhumatisme et permettent de croire qu'il s'agit là de névrites périphériques. Je ne crois pas qu'il s'agisse là d'une infection, car l'abcès de la cuisse n'apparut que 10 semaines après le début de la maladie; l'urine ne contenait aucune trace d'albumine. Ce malade n'a jamais eu la grippe.

Traitement des maladies de peau par l'extrait thyroïdien.

M. Abraham. — Byrom-Bramwell, Davies, Hartley, Phillips, Jones, Balmanno Squire, Dill ont traité 17 cas de psoriasis par l'extrait thyroïdien; ils ont obtenu 7 succès complets. Je ne considère pas ces résultats comme merveilleux, car j'ai vu souvent le psoriasis guérir plus rapidement par un traitement externe. Depuis cinq mois j'emploie l'extrait thyroïdien en tablettes et j'ai ainsi traité 100 malades. J'ai obtenu de bons effets dans 2 cas de lèpre nodulaire. J'ai également traité par cette méthode 65 cas de psoriasis, 5 cas de lichen plan, 7 cas d'eczéma, 2 cas d'urticaire chronique, 5 cas de lupus, un cas de prurigo sénile et une éruption papuleuse simulant un adénome sébacé. Sur les 65 cas de psoriasis, 17 sont en traitement depuis trop peu de temps pour qu'on puisse se prononcer sur eux; sur les 48 cas qui restent, il y a eu 18 améliorations, mais sur ces 18 malades 7 seulement étaient soumis uniquement au traitement thyroïdien; 16 fois le résultat a été négatif; 15 fois l'éruption a augmenté sous l'influence du traitement. Sur les 5 cas de lichen plan, il y a eu 3 fois des améliorations; mais là aussi le traitement thyroïdien était associé au traitement externe. Sur les 7 cas d'eczéma, il y eut 3 améliorations; mais ces malades étaien aussi soumis à un traitement externe. Dans l'urticaire je n'obtins aucune amélioration et il en fut de même pour le prurigo sénile. De mes observations j'ai tiré les conclusions suivantes : l'ingestion de corps thyroïde, d'une valeur thérapeutique spécifique dans le myxœdème et le crétinisme, ne donne pas de résultats constants dans le psoriasis et dans bien d'autres affections de la peau; dans beaucoup de cas d'affections cutanées, les résultats sont nuls et quelquefois les lésions cutanées sont augmentées; dans un petit nombre de cas on obtient un effet curatif manifeste; actuellement on ne peut prévoir dans quels cas l'extrait thyroïdien agira; l'âge ou le sexe n'ont aucune influence sur son effet thérapeutique.

M. Dockrill. — Dans les cas de psoriasis, l'extrait thyroïdien donne surtout de bons effets chez les sujets débilités et chez les enfants. En général, je donne des toniques en même temps que ce médicament.

M. Anderson. — J'ai vu un malade atteint de psoriasis depuis 30 ans; plusieurs fois la maladie s'était spontanément améliorée. On soumit ce malade au traitement thyroïdien; il parut s'en trouver très bien, mais il survint une rechute et le même traitement, loin d'avoir un bon effet, ne fit qu'augmenter la maladie, qui s'amenda de nouveau sous l'influence du traitement par le goudron avec suspension du traitement thyroïdien.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 3 *janvier* 1894.

Maladie de Bright et grossesse.

M. Herman. — Je viens d'observer six cas de mal de Bright chez des femmes enceintes.

Observation I. — Troisième grossesse. Eclampsie lors du deuxième accouchement et albuminurie persistante depuis cette époque. La 3e grossesse commença 11 mois plus tard; au 2e mois de cette grossesse surviennent de l'œdème, de la dyspnée; puis on constate de la dégénérescence artérielle, de l'hypertrophie cardiaque, de la rétinite; l'urine contient de l'albumine; accouchement prématuré au 5e mois; pas de convulsions; une augmentation du taux de l'urine suit l'accouchement; l'albumine diminue sous l'influence d'un repos prolongé. La malade meurt au bout de six mois.

Obs. II. — Deuxième grossessse. La maladie débute douze mois avant l'accouchement; l'urine contient de l'albumine, il y a de la polyurie, de la diminution de l'urée, de la bronchite; pas de rétinite. Travail au 9e mois de la grossesse; mort de l'enfant; la bronchite persiste; il y a de la diarrhée. La malade meurt au bout d'un mois.

Obs. III. — Cinquième grossesse. Onze ans auparavant, la malade a eu une affection osseuse qui a nécessité l'amputation de la cuisse; la malade a de l'œdème depuis la 4e grossesse qui date de quatre ans; l'urine contient de l'albumine; travail au 8e mois; l'enfant vit; deux ans après, la malade est encore en bonne santé, bien que l'albumine persiste.

Obs. IV. — Première grossesse. Les symptômes de l'albuminurie apparaissent au 7e mois; pas de rétinite; le travail commence à la fin du 8e mois; l'albuminurie augmente pendant le travail et diminue ensuite; diurèse après l'accouchement; l'enfant vit; une portion du placenta reste dans l'utérus et n'est retiré que le 9e jour. La malade est encore en bonne santé 11 mois après.

Obs. V. — Deuxième grossesse. Les symptômes de l'albuminurie apparaissent trois semaines avant que la malade soit à terme; il y a de la diarrhée, de l'œdème. La malade accouche à terme d'un enfant vivant. Six mois après l'accouchement, la malade est en bonne santé et n'a plus d'albumine dans l'urine.

Obs. VI. — Première grossesse. Les symptômes d'albuminurie apparaissent une semaine avant l'entrée à l'hôpital; il y a de l'œdème, de la faiblesse, de la dyspnée, de l'hypertrophie du cœur; l'urine contient de l'albumine; l'accouchement se fait à la fin du 8e mois; l'enfant est vivant; il n'y a pas de convulsions. La santé de l'accouchée est excellente 20 mois après l'accouchement.

De mes études sur ces faits et sur bien d'autres, j'ai conclu qu'il y a chez les femmes enceintes au moins deux sortes de lésions rénales. L'une se traduit par une maladie aiguë qui n'a que peu ou point de symptômes prémonitoires et qui frappe surtout les primipares; elle entraîne souvent la mort du fœtus. Elle s'accompagne d'une grande diminution de l'urine et de l'urée; l'urine contient beaucoup d'albumine. Cette affection s'accompagne de crises convulsives fréquentes. Si l'excrétion de l'urée ne se rétablit pas rapidement, la mort s'ensuit. Il est rare que cette maladie devienne un mal de Bright chronique. L'autre albuminurie des femmes enceintes frappe surtout les multipares; elle a des symptômes prémonitoires qui durent des semaines et même des mois. Elle amène souvent la mort du fœtus. Elle s'accompagne d'une augmentation de l'urine, avec excrétion abondante de l'urine; le taux de l'urée est moins diminué que dans l'affection précédente. L'accouchement est suivi d'une augmentation du taux de l'urine et de l'urée; l'albumine diminue alors ou même disparaît, et, dans ce cas, la malade guérit. Quand l'albuminurie persiste, elle se transforme en un mal de Bright chronique. En général, cette forme ne s'accompagne pas de convulsions. Quand la rétinite albuminurique existe, elle assombrit le pronostic.

M. Routh. — Je viens d'observer deux cas d'albuminurie de la grossesse : chez une de ces malades, il y avait de l'hémorrhagie rétinienne, de la douleur épigastrique et l'urine contenait de la sérum-albumine. Cette malade eut de l'éclampsie, elle fit une fausse-couche, puis elle guérit, l'albumine disparaissant complètement au bout d'un mois. La deuxième malade n'eut ni rétinite, ni douleur épigastrique, ni éclampsie, et l'urine contenait de la para-globuline.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 9 janvier 1894.

Ulcérations intestinales d'origine albuminurique.

M. Dickinson. — En 1876, j'ai déjà attiré l'attention sur les ulcérations intestinales en rapport avec le petit rein granuleux; j'ai, depuis, retrouvé plusieurs fois cette lésion qui, notamment dans un cas, était de nature hémorrhagique. Pendant une période de 40 ans, j'ai trouvé 22 fois des ulcérations de l'intestin en rapport avec une lésion rénale. Huit fois j'ai vu l'affection rénale se compliquer d'extravasation sanguine intestinale sans ulcération. Ces ulcérations peuvent se trouver dans toutes les régions de l'intestin, mais elles sont plus fréquentes au niveau de la partie inférieure de l'iléon. Un des caractères de ces ulcérations est d'être associées à des hémorrhagies. Dans deux cas, j'ai trouvé l'estomac ulcéré aussi bien que l'intestin. Sur les 22 cas d'ulcérations intestinales que je rapporte, ces lésions étaient associées 14 fois au petit rein granuleux et 2 fois au gros rein blanc. Dans 19 cas, j'ai trouvé de l'hypertrophie du cœur; 9 fois j'ai trouvé une hémorrhagie ou une exsudation rétinienne. Ces ulcérations apparaissent à une période avancée de la maladie rénale et entraînent souvent une issue fatale. Les symptômes de cette complication consistent en épreintes douloureuses, diarrhée, vomissements. Rarement il n'existe aucun symptôme.

M. White. — Sur 12 malades atteints de colite ulcéreuse que j'ai soignés, 4 avaient en même temps un petit rein granuleux et un cinquième était un goutteux. La perforation et la péritonite sont des complications fréquentes. La mort est souvent amenée par la diarrhée et l'épuisement. Je considère l'hémorrhagie plutôt comme une indication de la gravité de la lésion que comme la cause de l'ulcération.

M. Bruce. — J'ai vu 2 fois survenir des hémorrhagies intestinales abondantes chez des brightiques. Dans le premier cas, le malade eut deux fois du melæna en très grande abondance et mourut plus tard d'urémie. Quant à l'ulcération, c'est une complication rare.

M. Herringham. — Il existe au musée de Saint-Bartholomew's Hospital un spécimen d'ulcérations stomacales de la dimension du bout du petit doigt et provenant d'un homme qui est dit être mort de cirrhose rénale. Ces ulcérations me paraissent avoir plutôt une origine inflammatoire qu'hémorrhagique. Dans la rétinite albuminurique, en effet, l'inflammation survient d'abord et l'hémorrhagie est consécutive.

Occlusion intestinale due à des kystes hydatiques multiples.

M. Hutchinson. — Un homme de 53 ans fut brusquement pris de symptômes d'occlusion intestinale : il avait des vomissements, des douleurs abdominales, de la constipation, du hoquet, etc. Le toucher rectal et le palper abdominal permettaient de sentir deux tumeurs dures ; il y avait en outre une hernie ombilicale qu'on supposa être étranglée. Ce malade dit avoir eu à l'âge de 30 ans une ascite qui guérit par une seule ponction. Je fis la laparotomie et je trouvai trois kystes hydatiques du mésentère et s'étendant depuis l'ombilic jusqu'au cul-de-sac recto-vésical qu'occupait le plus volumineux. Ces kystes étaient d'une consistance cartilagineuse et de la couleur de l'ivoire. Le plus gros avait le volume d'un œuf d'oie. Je pus énucléer et enlever ces trois kystes presque sans provoquer aucune hémorrhagie. Ces kystes étaient à parois très épaisses : ils avaient subi en partie la dégénérescence calcaire et contenaient de nombreuses vésicules filles. Il est probable que l'ascite qu'a eue cet homme il y a 23 ans a marqué l'établissement de ces kystes. Le malade est guéri actuellement.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séances des 5 et 12 janvier 1894.

Résistance dans les vaisseaux périphériques.

M. Federn a étudié cette question sur des malades et des individus bien portants à l'aide du sphygmomanomètre de Bach. La pression sanguine normale est dans les vaisseaux périphériques de 80-90 mm. L'augmentation de la pression sanguine par rétrécissement des vaisseaux est produite par une excitation centrale ou périphérique du nerf splanchnique.

D'une façon générale, les troubles consécutifs à l'augmentation de la résistance dans les vaisseaux sont d'origine nerveuse chez les jeunes individus, et d'origine circulatoire, asthmatique chez les adultes et les vieillards. Aussi chez les premiers on arrive à faire disparaître les phénomènes nerveux en réduisant à la normale la pression intra-vasculaire.

Dans l'artério-sclérose l'augmentation de la pression sanguine n'est pas toujours le résultat des modifications des vaisseaux, et on trouve des cas où cette pression n'est pas plus élevée qu'à l'état normal. En tout cas, la pression en question est augmentée par une excitation du splanchnique le plus souvent par atonie de l'intestin. Aussi les purgatifs sont-ils indiqués dans les cas aigus et l'électrisation de l'intestin dans les cas chroniques.

Tubage du larynx.

M. Schlossarck présente un mannequin sur lequel on peut s'exercer à pratiquer le tubage du larynx.

M. Grossmann trouve que le tubage dit d'O'Dwyer est connu depuis fort longtemps, car il y a des dizaines d'années qu'on fait le cathétérisme du larynx avec des sondes. Personnellement, M. Grossmann a fait ce cathéthérisme assez souvent sans en tirer grand'chose.

M. Eisenchitz trouve, par contre, que le tubage imaginé par O'Dwyer constitue un progrès immense comparativement avec les autres méthodes.

M. Widerhoffer trouve aussi que l'on ne peut comparer l'ancien cathétérisme au tubage d'O'Dwyer, qui en 24 heures fait disparaître la sténose dans 15 à 20 0/0 des cas.

M. v. Schrœtter tient à rappeler que, depuis 1860, il pratique le cathétérisme du larynx avec une canule qui ressemble beaucoup au tube d'O. Dwyer.

Traitement de l'ostéomalacie par la narcose chloroformique.

M. Latzko a essayé de traiter dix ostéomalaciques par la narcose chloroformique répétée. Chez sept, il a obtenu une amélioration considérable, mais tout à fait passagère. Dans

un cas, le seul qui se rapporte à un homme, le chloroforme paraît avoir amené la guérison.

D'une façon générale, M. Latzko ne pense pas qu'on puisse guérir l'ostéomalacie puerpérale par le chloroforme seul, sans le secours de la castration.

Il a encore examiné les urines de toutes ces maladies, et, contrairement à l'assertion de Pétrone, il n'y trouva pas une forte proportion de nitrites.

M. Chrobak fait observer qu'on ne sait encore rien de précis sur le mécanisme de la guérison de l'ostéomalacie par une des méthodes employées, que ce soit la castration ou le chloroforme, ou l'administration interne de phosphore ou d'huile de foie de morue.

Anatomie pathologique de la luxation congénitale de la hanche.

M. Lorenz fait une communication sur l'anatomie pathologique de la hanche en se basant sur ce qu'il a pu constater dans 37 cas dans lesquels il est intervenu.

La cavité cotyloïde ne fait jamais complètement défaut, et presque toujours on peut trouver le rebord cotyloïdien sous forme d'un anneau osseux. Lorsque cet anneau est incomplet, la cavité cotyloïde doit être cherchée en avant et en dedans des vestiges de l'anneau osseux. A la périphérie antéro-interne de la cavité, on retrouve le revêtement cartilagineux du rebord sous forme d'une bande saillante, tandis que le revêtement cartilagineux de la partie postérieure du rebord manque le plus souvent.

Du côté du bassin, la paroi osseuse qui remplace la cavité cotyloïde est épaisse, de sorte qu'après ablation du tissu cartilagineux et osseux, il reste assez de place pour une cavité artificielle.

La tête du fémur est petite, aplatie, le col racourci, sans direction bien précise. Le ligament rond a fait quarante fois défaut dans les 53 cas en question, et on ne le trouve ordinairement plus à partir de l'âge de cinq ans.

A la suite du déplacement de la tête du fémur, tous les muscles pelvi-trochantériens sont allongés et ne peuvent pas constituer un obstacle à la réduction de la tête. Les muscles pelvi-fémoraux (les adducteurs) sont aussi allongés dans leur partie supérieure. Seules les fibres moyennes du grand adducteur sont raccourcies. Les muscles pelvi-cruraux sont raccourcis et ce sont eux qui forment un obstacle à la réduction de la tête.

VARIÉTÉS

Physiologie de la physionomie.

Nous extrayons le passage suivant d'un article que M. C. de Varigny consacre dans le *Temps* (5 janvier) à des études de mœurs américaines et en particulier à Mme Alberti et à son... collège. Tel est, en effet, le nom qu'elle donne à son établissement, très fréquenté, très achalandé, mais qui ne répond pas précisément aux idées que ce mot de collège évoque chez nous. Mme Alberti a découvert, prétend-elle, le moyen d' « idéaliser » les jolies femmes et de rendre jolies les laides. Elle y réussit, affirment ses... élèves, et Mme Alberti fait fureur. Elle est intelligente, instruite, bien élevée, jolie ; elle a beaucoup voyagé et elle s'exprime bien. Pour point de départ : deux ou trois axiomes à démontrer ; avec ce levier d'Archimède, elle est en voie de révolutionner le monde féminin de New-York et de réaliser une fortune. Elle pose en principe que les traits du visage sont le reflet de l'être intellectuel et moral ; à ce compte, toutes les femmes vertueuses et intelligentes seraient belles, et il n'en va pas toujours ainsi. Mais écoutons-la parler : « Une femme se fait annoncer chez moi ; le teint est fané, les traits sont tirés, les yeux éteints, le sourire est faux et contraint, l'expression générale dure et déplaisante. Elle a les nerfs tendus ; l'esprit inquiet, l'humeur chagrine. Il me faut la remettre au point ; pour cela, lui prescrire un genre de vie approprié et salutaire, assouplir les muscles de la face par des exercices gradués, compléter le traitement physique par un traitement intellectuel et moral, la maintenir dans un courant d'occupations et d'idées terre-à-terre et calmantes d'abord, puis successivement plus relevées, éveillant enfin en elle des aspirations plus hautes, lesquelles dégagent les nerfs, apaisent l'esprit et, avec le temps et les cours que je lui fais suivre, ramènent l'harmonie des traits, le sourire naturel et franc, effacent les rides prématurées et métamorphosent la femme. »

En quoi consistent ces cours ? Ils sont nombreux. Il en est un pour le regard ; ce n'est pas l'un des moins suivis, ni, nous semble-t-il, des moins ardus. Mme Alberti commence par exercer ses élèves à tirer bon parti de leurs yeux, à les mouvoir à droite, à gauche, en haut, en bas, sans efforts apparents, avec grâce et éloquence, à approprier leur regard à ce qu'elles disent ou à ce qu'on leur dit, à souligner la parole, à n'avoir qu'à propos des yeux langoureux ou timides, extatiques ou rêveurs, mélancoliques ou rieurs. D'aucuns s'y trompent, paraît-il, et ces solécismes, comme les appelle Mme Alberti, leur font grand tort, « leur donnant l'air bête » et produisant l'impression d'une note fausse dans un concert.

Elle leur enseigne aussi l'art, car c'en est un et non des plus répandus, de donner au nez une expression « adéquate », de lui imprimer un mouvement de vibration « des plus séduisants », sans, pour cela, imiter les lapins, ce qui demande beaucoup d'attention, de dilater ou de contracter à propos les narines. Quant aux lèvres, il y faut un trava l assidu et bien peu, paraît-il, en possèdent le maniement parfait. On ne l'obtient qu'à la condition de s'astreindre à répéter, pendant des heures et nombre de jours, certaines phrases composées avec art, savamment modulées et dont la diction constante modifie la commissure défectueuse, contractant les lèvres saillantes, épanouissant les lèvres pincées. Les femmes auxquelles ces dernières sont échues en partage ne sauraient trop s'exercer à répéter les mots anglais : *prunes*, *prisme*, *potatoes*; ces mots ayant la vertu mystérieuse de dilater les lèvres et de donner à la bouche « une savoureuse apparence ».

Une fois l'élève experte en ces détails, Mme Alberti l'admet à son cours d'ensemble, c'est-à-dire d'expression générale. La musique en fait les frais et trois compositeurs, entre autres, y jouent un rôle important qu'ils n'ont sans doute pas prévu. Mme Alberti a constaté, par des observations multipliées, que leur audition agit très différemment sur les yeux, le nez et les lèvres des femmes ; que les mélodies de Chopin, par exemple, illuminent et intellectualisent ces parties du visage et font valoir les blondes ; que la musique de Wagner est mieux appropriée aux brunes, surexcitant en elles la sensation artistique et l'exaltation tragique ; enfin, que celle de Verdi convient aux unes et aux autres, éveillant les émotions profondes et les aspirations à l'idéal, lesquelles, élargissant et agrandissant les yeux, donnent au regard un attrait plus vif et ce que Mme Alberti appelle *a range*, ou portée de tir, plus étendue.

Ce n'est pas tout. Il est une série d'exercices spéciaux pour le cou, le menton et le front. Peu de gens soupçonnent ce qu'il faut d'application pour obtenir un cou flexible, ondulant avec grâce ; un front tour à tour songeur, intellectuel et hautain ; un menton vibrant en harmonie avec les lèvres. Il est une autre série de leçons, et non moins importante, pour apprendre à monter ou descendre de voiture, à marcher et surtout à dormir. La plupart des femmes ne savent pas dormir, affirme Mme Alberti : elles reposent sans grâce, se couchent « comme des paquets », en des poses impossibles, qui, à la longue, les gauchissent et leur donnent des allures inesthétiques. « Je reçus, raconte-t-elle, il y a peu de temps, la visite de la fille d'un millionnaire de New-York. Elle me pria de l'examiner et de lui dire si je pourrais faire d'elle une jolie femme. Elle y tenait beaucoup, ne voulant pas être recherchée uniquement pour son argent. Du premier coup d'œil j'avais jugé la chose possible. Elle était dépourvue de grâce, et sa gaucherie provenait, selon moi, de sa manière de dormir, de même que son air emprunté, son regard maussade, ses traits soucieux provenaient de la conscience qu'elle avait de cette gaucherie, due à ce qu'on ne lui avait jamais enseigné « la grâce dans le sommeil ». En six mois j'ai fait de cette jeune fille l'une des plus belles de New-York ».

Nul doute que Mme Alberti n'opère des prodiges : c'est affaire à elle et son succès est pour encourager. L'école de Philadelphie a plus contribué qu'aucune autre au progrès de l'art dentaire ; le collège de Mme Alberti comblera une autre lacune et, s'il faut l'en croire, celles-là seules seront laides qui tiendront à le rester.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 4 — 24 JANVIER 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Thèses du 29 janvier au 3 février 1894.

Mercredi 31 janvier. — M. Cautru. De l'emploi des agents physiques et en particulier du massage dans le traitement des dyspepsies. — Massage de l'estomac dans ses rapports avec le chimisme stomacal. — M. Laffolley. De l'hypertrophie simple des glandes parotides. — M. Desrosiers. Ruptures des voies biliaires par contusion de l'abdomen. — M. Le Roux. Etude sur les calculs de l'urèthre. — M. Blaise. Canal inguinal chez l'adulte. Cure radicale de la hernie inguinale (Procédé de M. Paul Berger).

Jeudi 1er février. — M. Gruel. Néphrite scléreuse ascendante. — M. Hulmann. Etiologie de la grippe.

Vendredi 2. — M. Frænkel. Contribution à l'étude du bromure d'éthyle comme anesthésique général. — M. Delaunai (André). Rupture traumatique de l'urèthre périnéal chez l'enfant. Traitement par la suture immédiate.

Concours de l'internat. — Lecture de la composition écrite du 14 au 21 janvier 1894.

23. Frenkel, Roger (Jean).
22. Chéron, Heresco, Delamare.
21. Gellé, Blanc.
20. Borne.
19. Lefilliatre, Turner, Delestre, Bonamy, Catineau, Ferron, Gibert (Marc).
18. Dauriac, De Varona, Vouzel, Druault, Corby.
17. Fialon.

Concours du bureau central (médecine). — Un concours, pour la nomination à trois places de médecin, sera ouvert le mercredi 28 février 1894, à l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 29 janvier 1894, et sera clos définitivement le samedi 10 février, à trois heures.

Concours pour l'internat de Saint-Lazare. — Un concours est ouvert pour l'admission à l'internat de l'infirmerie de Saint-Lazare.

Ce concours, destiné à provoquer la désignation de six internes et de six internes provisoires, s'ouvrira, le 15 février, dans ledit établissement.

Hôpitaux de Lille. — Le *concours de l'internat et de l'externat* s'est terminé par les nominations suivantes. *Internes* : MM. Lambert, Defaux, Déléarde, Gugelot, Tonnel et Lefebvre. — *Externes* : MM. Gérard, Gossart, Dassoville, Poiret, Ch. Dubois, Baudelot, Gallois, Bierent, Dransart, Breton, Julien, d'Hardiviller, Mascart, Caumartin, Boulogne, Lemaire, Herlemont, Vanheeger, Verny, Baude, Sagot, Nouveau, Duval, Cache, Vienne, Louart, Moraux, Gorique, Marsat et Petit.

Hôpitaux de Marseille. — Le *concours de l'internat* s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Sujol, Bomfay, Dussaud et Heckel.

Administrateurs et médecins. — Ce qui suit, extrait de la *Normandie médicale*, pourrait s'intituler mieux encore : *sic voc non vobis.*

On sait que les fonctions des médecins des hôpitaux sont surtout honorifiques. A Rouen, elles le sont *exclusivement*, sans aucune indemnité. Les administrations municipale et hospitalière ont estimé jusqu'ici que la considération qui rejaillit sur nous, les honneurs et les égards qui nous sont prodigués, compensent amplement le temps et le dévouement que nous pouvons dépenser, et cependant, depuis 40 ans au moins, aucune décoration n'a été donnée à un médecin rouennais, qui puisse reconnaître pour cause ses services hospitaliers. Des directeurs de l'Ecole de médecine, du Muséum, médecins des prisons, présidents des Sociétés philanthropiques ont été décorés, en tout 10 depuis 1848, pas un ne l'a certainement été comme médecin d'hôpital, fût-ce au bout de 20 ans et plus.

Par contre, quatre directeurs des hospices se sont succédé depuis le même temps; ils ont tous été nommés chevaliers ou promus officiers quand ils étaient déjà chevaliers.

Quand une épidémie plus ou moins grave nous envahit, nous voyons aussi une heureuse distribution de récompenses :

Les administrateurs ouvrent des chalets d'isolement : *médailles d'or pour dévouement.*

Les médecins soignent les malades et s'exposent à prendre la maladie : *médailles d'argent et de bronze.*

Les infirmiers font la besogne la plus dangereuse; il en meurt : *mentions honorables.*

Honoraires médicaux. — Le Dr P. réclamait à Mme D. le payement d'une note d'honoraires dont voici le détail :

Relevé, d'après mon journal, des soins donnés à Mme Dazet, 176, boulevard Saint-Germain, du 2 septembre 1890 au 11 juin 1891.

Du 27 septembre 1890 au 30 novembre 1890, 25 visites à 20 francs	500
1 nuit entière	150
30 novembre 1890. — Accouchement, y compris 15 visites dans les 9 jours suivants	1.000
Soins à l'enfant	50
Du 9 décembre 1890 au 11 juin 1891, 438 visites à 20 francs	8.760
1 thermomètre et 1 sonde	20
4 visites de nuit à 50 francs l'une	200
5 visites prolongées à 30 francs l'une...	150
5 nuits entières à 150 francs l'une......	750
44 opérations autres que les simples, électrisation, séances d'hypnotisme, etc., à 10 francs l'une	440
	12.020

Mme D., trouvant cette note exagérée et quant au nombre des visites (440 environ en 180 jours) et quant au prix de ces visites, refusa de payer.

L'affaire fut portée devant la cinquième Chambre civile, présidée par M. Paul Bernard, laquelle a réduit les notes du Dr P... à 3,500 fr.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Traitement du rachitisme, par P. Le Gendre, médecin des hôpitaux, et A. Broca, chirurgien des hôpitaux (1).

I. Prophylaxie. — Il y aurait peut-être quelque chose à faire pour prévenir la procréation d'enfants prédisposés au rachitisme. On devrait déconseiller le mariage entre sujets ayant eu du rachitisme dans leur enfance, s'opposer aux unions entre individus trop jeunes, ou entre une femme jeune et un homme âgé ou fatigué, surtout s'il a eu des accidents syphilitiques. Non pas que nous croyions à la syphilis une action directe sur la formation du rachitisme, mais parce que les enfants de syphilitiques sont plus maladifs et plus vulnérables, en particulier du côté du tube digestif et de la nutrition des os.

Pendant la grossesse, il faut s'inquiéter si la mère a une alimentation assez abondante, assez réparatrice et une oxygénation suffisante. Nous devons insister pour obtenir l'allaitement exclusif au sein jusqu'à 10 mois. Le lait est l'aliment le plus propre à prévenir le rachitisme, parce qu'il est riche en chaux (0 gr. 80 par litre). Si on donne au nourrisson trop peu de lait ou un lait trop pauvre en chaux, l'apport de chaux sera insuffisant pour la bonne constitution du squelette, qui en contient 115 grammes pour 1,000; mais, si on lui donne prématurément, au lieu de lait, de la farine, des pommes de terre et autres féculents, ces aliments étant digérés dans l'intestin, la chaux des sels calcaires qu'ils contiennent se précipitera et sera expulsée par les selles. Lorsque les acides se produisent dans le tube digestif par suite de fermentations anormales ou excessives, ces acides, l'acide lactique en particulier, résorbés par l'intestin, vont entraver la fixation de la chaux dans le tissu osseux ou provoquer la mise en liberté de celle qui y était déjà fixée; peut-être exercent-ils aussi une action trop stimulante sur le processus ostéogénique. Toutes les causes qui amènent des troubles digestifs, la dilatation gastrique et surtout intestinale, les tetées trop copieuses ou trop fréquentes, doivent être écartées. Ce serait une erreur de croire qu'il suffit de nourrir uniquement de lait l'enfant pour prévenir le rachitisme; il faut encore que l'enfant n'en soit pas gavé à tort et à travers. Nous avons vu plusieurs fois des enfants nourris exclusivement au lait jusqu'à un an présenter des signes de rachitisme, peu accusés, à la vérité, mais indéniables; la mère ou la nourrice ont toujours répondu qu'elles donnaient à teter à l'enfant toutes les fois qu'il criait.

Nous devons donc, avant tout, *prévenir la dyspepsie* et la guérir le plus rapidement possible. Le lait sera donné à heures régulières, assez espacées; la quantité ingérée chaque fois ne sera pas excessive. Si le lait est trop riche en matières grasses, on fera prendre avant la tetée un peu d'eau alcaline; si l'enfant est au biberon, on coupera le lait. Si la nourrice a trop peu de lait, on donnera en supplément un peu de lait de vache écrémé ou dilué. Tout en combattant la diarrhée ou la lientérie, on ne prolongera pas abusivement l'usage des préparations de chaux.

Le sevrage ne sera ni prématuré ni trop tardif. Ce moment venu, on donnera d'abord les œufs, les bouillons, les farines de céréales où la germination a développé de la diastase, le lait phosphaté.

(1) Extrait d'un *Traité thérapeutique infantile médico-chirurgicale*, par P. Le Gendre et A. Broca, qui va paraître incessamment à la librairie G. Steinheil.

II. Traitement médical. — Le rachitisme confirmé, on se préoccupera d'éviter autant que possible les déformations qui résultent de l'action des causes extérieures sur les os ramollis. On ne doit pas exciter l'enfant à marcher, dans la période où ses jambes flexibles s'incurveraient graduellement sous son poids; la mère ne doit pas le porter pendant la plus grande partie du jour assis sur ses bras, ni le laisser couché non plus tout le jour dans le décubitus dorsal. Il faut le manier avec les plus grandes précautions et lui éviter autant que possible toute pression prolongée sur un même point du corps. C'est grâce à ces soins qu'on lui fera gagner l'époque de la consolidation du squelette sans trop de déformations.

L'enfant rachitique, une fois sevré, recevra des aliments variés, riches en phosphates, mais faciles à digérer: lait, œufs, poisson bouilli, farines d'orge, d'avoine, de lentilles et de haricots; les graisses animales (huile de foie de morue) peuvent être fort utiles, à la condition d'être bien digérées.

Comme médicaments, on alternera l'usage du phosphate de chaux en solution chlorhydrique à doses modérées, des phosphates solubles de soude et de potasse, avec l'iodure de fer, les préparations iodo-tanniques. On peut utiliser pour l'administration des phosphates les injections sous-cutanées de phosphate de soude. Dans quelques cas il sera indiqué d'employer l'huile phosphorée, suivant la formule de Kassowitz:

Phosphore........................ 0,01 centigr.

Faire dissoudre dans:

Huile d'amandes douces........... 10 gr.

Ajouter:

Poudre de gomme arabique....... 5 gr.
Sirop simple..................... 5 gr.
Eau distillée..................... 80 gr.

Chaque cuillerée *à café* contient un demi-milligramme de phosphore; on en peut en donner 1 à 4 par jour, suivant l'âge et le poids des enfants.

On fera chaque jour des frictions alcooliques sur tout le corps; on donnera des bains salés; on exposera l'enfant, lorsque cela sera possible, sur le sable à la brise marine et à la radiation solaire, la tête bien protégée par un chapeau large, et on fera vivre au grand air le plus possible les enfants qui ne peuvent bénéficier de la cure maritime.

III. Traitement chirurgical. — Lorsque la maladie est guérie, on pourra combattre les conséquences de diverses déformations par la gymnastique méthodique, l'orthopédie et la chirurgie.

C'est surtout à la scoliose que conviennent les exercices gymnastiques spéciaux; mais il est impossible de ne pas consacrer tout un chapitre aux déviations rachidiennes, rachitiques ou non, et nous ne parlerons ici que des difformités chirurgicalement curables des membres inférieurs. C'est en effet aux membres inférieurs presque exclusivement que s'observent les déviations contre lesquelles une intervention chirurgicale est indiquée, et il est facile d'agir par exception sur les autres os en se laissant guider par les mêmes principes.

Ces principes sont les suivants:

1° Tant que *le rachitisme est encore en voie d'évolution*, il faut s'en tenir au traitement médical, en insistant sur le repos absolu au lit, car c'est sous l'influence du poids du corps que se font les déformations des membres inférieurs. Les appareils plus ou moins compliqués, à attelles ou à tuteurs métalliques articulés, destinés à permettre la marche en soulageant la charge du squelette et en exerçant même une pression continue sur la convexité de la courbure anormale, doivent être abandonnés. Si on ne peut

pas, sans artifice, obtenir le repos au lit, on confectionnera, dans les cas légers, un bandage roulé appliquant sur le côté de la concavité une attelle qu'on aura soin de faire dépasser la plante du pied: de la sorte, la marche sera rendue impossible. Si les déformations sont plus accentuées, on fera sous le chloroforme une séance de redressement manuel, ce qui est facile à cette période où les os sont malléables, et on appliquera un appareil plâtré. Mais si on lève cet appareil lorsqu'il n'est plus utile à la consolidation, c'est-à-dire au bout de six semaines environ, le traitement médical n'aura pas eu le temps d'agir et, sous l'influence de la marche, la récidive sera la règle. Il faut obtenir de trois à quatre mois de séjour au lit, et, sauf pour les incurvations très prononcées, on voit souvent les jambes reprendre leur forme à peu près normale sans l'intervention d'aucun redressement ni appareil.

2° La *difformité est constituée* à partir du moment où le rachitisme est guéri, ce qui se reconnaît à ce que les incurvations sont devenues stationnaires, sans tendance à s'aggraver ni à diminuer. Dès lors l'influence du repos au lit est nulle et une intervention chirurgicale s'impose. Cette intervention sera l'ostéoclasie, manuelle ou instrumentale, ou l'ostéotomie. En règle générale, nous préférons l'ostéotomie, avec laquelle on sait avec précision ce que l'on fait; et ses dangers sont nuls si on opère aseptiquement. Les indications sont un peu différentes suivant la disposition exacte et le siège des incurvations osseuses. On saura d'ailleurs que très souvent, en raison de la complexité et de la multiplicité de ces incurvations, il faut faire sur le même membre, voire sur le même os, des interventions successives. Lorsqu'il en est ainsi, et lorsqu'en outre les deux membres sont difformes, ce qui est la règle, on peut sans danger faire en une seule séance deux ostéotomies et rapprocher les séances à huit ou dix jours d'intervalle. Mais il vaut mieux aller plus lentement, moins au point de vue du traumatisme que pour prolonger le séjour au lit. Après la consolidation, il est inutile de prescrire le port d'appareils à tuteur. Il est prudent de ne permettre la marche qu'au bout de trois mois au moins.

Les indications fournies par la disposition anatomique des parties sont les suivantes :

a) Le *genu valgum rachitique* est souvent traité avec succès par le redressement manuel, obtenu soit en utilisant comme levier la jambe dépassant le bord de la table contre laquelle un aide fixe solidement la cuisse, soit en écrasant pour ainsi dire l'angle anormal contre le plat d'une table où le membre repose à faux par sa face externe. L'ostéoclasie instrumentale est ici moins fréquemment employée. Pour notre part, nous avons toujours recours à l'ostéotomie transversale sus-condylienne, par le procédé de Macewen. Très souvent, à l'inspection du membre, la déviation paraît porter surtout sur l'extrémité supérieure du tibia : il faut être averti que l'ostéotomie de cette région ne donne à peu près pas de résultats. Toujours on commencera par sectionner le fémur; la plupart du temps ce sera suffisant. Quelquefois il persiste un angle obtus ouvert en dedans, ayant son sommet un peu au-dessus de la partie moyenne du tibia : on le redressera facilement par une ostéotomie oblique en bas et en dehors, faite en ce point.

Les considérations précédentes s'appliquent au *genu varum*.

b) Les *incurvations diaphysaires* du fémur n'ont presque jamais besoin d'être redressées. Celles du tibia, au contraire, fournissent des indications thérapeutiques très fréquentes. Ici, l'ostéotomie est le seul procédé à conserver, car pour parvenir avec certitude à la correction il faut une grande précision dans le siège, la forme, la direction du trait de fracture. Nous venons de signaler l'ostéotomie oblique pour les inflexions angulaires supérieures : et souvent il faut en cet endroit corriger en outre des torsions anormales, ce que l'ostéotomie oblique permet très bien. Au tiers inférieur de la jambe, on observe surtout des incurvations à concavité interne ou postéro-interne; à celles-là convient l'ostéotomie cunéiforme, à base externe ou antéro-externe. Après ces ostéotomies, presque jamais il n'est nécessaire de sectionner le péroné, facile à fracturer à la main. Exceptionnellement le quart inférieur de la jambe se dévie en valgus, en une difformité analogue à celle d'une fracture de Dupuytren, vicieusement consolidée : on y remédiera par l'ostéotomie transversale sus-malléolaire des deux os.

DERMATOLOGIE

Du lupus tuberculeux superficiel (1); par le Dr W. Dubreuilh, chargé du Cours des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté.

Une des causes qui ont contribué à obscurcir la question encore si controversée de la nature du lupus érythémateux est d'une part la variété des types cliniques de cette dernière affection et de l'autre l'existence apparente de formes de passage entre le lupus érythémateux et le lupus tuberculeux. Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un de ces cas ambigus.

Le lupus vulgaire ou lupus tuberculeux est essentiellement caractérisé par la production dans l'épaisseur de la peau de petits nodules néoplasiques qu'on appelle des nodules ou tubercules lupiques. Il était considéré comme le type des maladies tuberculeuses de la peau, au point de vue clinique et dermatologique, bien avant qu'on se doutât qu'il s'agissait d'une véritable tuberculose de la peau, au point de vue anatomo-pathologique et microbiologique. Il mérite donc doublement le nom de lupus tuberculeux.

Ces nodules lupiques peuvent se développer plus ou moins vite, durer plus ou moins longtemps, se terminer par résorption interstitielle ou ulcération, mais en tout cas laissent nécessairement une cicatrice à leur suite. Ils peuvent être gros ou petits, isolés ou confluents, profondément enfoncés dans le derme ou superficiellement situés; leur présence détermine dans le derme qui les entoure, dans l'épiderme qui les recouvre, des réactions inflammatoires variables; le tempérament du malade, son âge, la région du corps atteinte contribuent encore à diversifier le lupus.

A toutes ces différences dans l'évolution, le groupement ou la localisation des nodules constitutifs correspondent des variétés cliniques différentes de la même maladie.

Une des plus intéressantes de ces variétés est celle qui est caractérisée cliniquement et anatomiquement par la superficialité des lésions et qui constitue le lupus tuberculeux superficiel ou lupus vulgaire érythématoïde de Leloir.

Dans cette forme, les nodules lupiques sont situés à fleur de peau, sous l'épiderme ; ils sont minces, aplatis, étalés, sans aucune profondeur ; il en résulte que les phénomènes de réaction des tissus voisins sont également superficiels ; la congestion qui entoure habituellement les nodules est tout entière étalée aux regards et

(1) Travail communiqué à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, séance du 15 décembre 1893.

par suite la rougeur constitue le symptôme prédominant qui masque la présence des nodules; la cicatrice que le lupus laisse à sa suite est mince, souple, n'atteignant que les couches les plus superficielles du derme.

Observation I. — Le malade que je vous présente est un cultivateur de vingt-sept ans, qui est placé à l'hôpital dans le service de M. le professeur Arnozan, qui a bien voulu m'en confier le traitement; le lupus, qui date chez lui de huit années, a été précédé de divers accidents du côté des muqueuses.

Il n'y a rien de bien particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires. Son père est mort depuis deux ans d'une pleurésie aiguë; sa mère a toujours été bien portante et vit encore; il a six frères ou sœurs bien portants; deux de ses tantes, qu'il n'a du reste jamais connues personnellement, paraissent avoir été phthisiques. Lui-même, n'a jamais présenté de symptômes de scrofule et n'a jamais été en contact intime avec des tuberculeux.

Vers l'âge de quinze ans, il devint sourd des deux oreilles; il souffrait un peu de l'oreille droite, mais n'a jamais eu d'otorrhée. A dix-huit ans, il a extrait de son oreille droite un bouchon allongé, très dur, probablement cérumineux, et depuis lors l'audition s'est parfaitement rétablie à droite, mais est restée dure à gauche. Vers la même époque, il a eu quelques troubles du côté des fosses nasales; il a remarqué que son nez était obstrué et il a eu une dacryocystite double qui a été traitée par les sondes de Bowman.

Le lupus a fait son apparition à dix-neuf ou vingt ans par un bouton sur l'aile du nez et, à vingt et un ans, il fut réformé par le conseil de revision pour son lupus. La maladie s'est graduellement étendue sur le nez en formant des croûtes épaisses, puis sur la lèvre supérieure et les joues, sous forme d'une rougeur violacée sans croûtes. Vers le commencement de l'année courante, les lésions du nez se sont cicatrisées, mais après en avoir détruit toutes les parties molles.

Aujourd'hui (15 décembre 1893), le lupus forme un large placard qui couvre tout le nez, la partie interne des joues d'une façon symétrique, la plus grande partie de la lèvre supérieure, dont les parties voisines des commissures sont seules respectées; à sa partie supérieure, le placard est nettement limité par une ligne droite allant de l'un à l'autre angle interne des yeux. Le lobule et les ailes du nez ont disparu ainsi que la sous-cloison, laissant un orifice assez large, au fond duquel on voit la cloison osseuse.

Sur le nez, la peau est mince, sans infiltration appréciable, d'un rouge un peu violacé, sillonnée de veines dilatées, couverte d'un épiderme mince, lisse, desquamant peu abondamment en petites lamelles très fines, nacrées. Elle est modérément tendue sur les parties profondes et encore assez mobile malgré son état cicatriciel. En faisant pâlir la peau par la pression, on reconnaît à sa surface de très petits points jaunes, gros comme une tête d'épingle, sans saillie ni épaisseur apparente.

La lèvre supérieure est très légèrement épaissie, mais parfaitement souple. Toute sa partie moyenne est occupée par une cicatrice très peu apparente, très superficielle, sur laquelle les poils sont clairsemés; il n'y a pas de rétraction cicatricielle et l'on y reconnaît quelques rares nodules jaunes.

Sur les joues, les lésions présentent une couleur plus accusée et à ce niveau, surtout à la limite de la plaque, on trouve les lésions les plus typiques. La peau est d'un rouge un peu violacé, sans induration ni épaississement; elle est souple et plutôt molle, présentant à peine quelques traînées cicatricielles qui ne sont visibles que par la pression; sa surface est très légèrement mamelonnée. Quand on anémie la peau par la pression, on la voit occupée en grande partie par des nodules lupiques parfaitement caractérisés par leur couleur gelée d'abricot et leur mollesse, mais extrêmement superficiels, sous-épidermiques, très minces et donnant presque l'impression de taches plutôt que de nodules. Ils ont une largeur de deux à trois millimètres, sont parfois confluents et leur épaisseur paraît très faible.

La limite de la plaque sur les joues est assez irrégulière, sans présenter de bordure comparable à celle du lupus érythémateux. En dehors de ces limites, se trouvent un certain nombre de lésions isolées typiques. Ce sont des nodules du volume d'un grain de mil, d'un rouge cuivré, très légèrement saillants, mais mous, de sorte que la saillie est inappréciable au toucher, sans infiltration profonde; leur surface est un peu luisante et présente une fine desquamation nacrée. Quand on fait disparaître par la pression la teinte érythémateuse qui les entoure et les recouvre, on aperçoit très nettement le nodule aplati couleur gelée d'abricot.

Rien aux poumons.

Le nez a été examiné par M. le Dr Moure, qui nous a remis la note suivante :

« Les cornets inférieurs et moyens sont granuleux, recouverts de croûtes jaunâtres, disposés sous forme de lamelles obstruant les méats inférieurs et moyens. Une fois les croûtes enlevées, les cornets inférieurs apparaissent atrophiés surtout à droite.

» Tout à fait en avant, le fibro-cartilage de la cloison est détruit presque complètement, offrant une perte de substance en forme de croissant dont la concavité est tournée en avant. La muqueuse de la cloison est épaissie et granuleuse. Au naso-pharynx, signes évidents de propagation de la lésion.

» Oreille droite à peu près saine. L'oreille gauche présente des signes d'une ancienne obstruction tubaire. »

Ce cas est actuellement un bon exemple de la forme superficielle du lupus vulgaire, mais il ne l'a pas toujours été, car les délabrements du nez montrent que dans cette région les lésions ont été autrefois plus profondes. Il faut aussi remarquer la symétrie parfaite de la maladie qui contribue à lui donner une grande ressemblance avec le lupus érythémateux.

Le fait suivant, observé il y a deux ans. est plus typique encore.

Obs. II. — Mme B..., âgée de quarante-deux ans, se présente à ma consultation, le 9 décembre 1891, avec un lupus qui couvre toute la joue droite et forme des taches disséminées en divers points de la face.

Le placard principal occupe toute la joue droite depuis le rebord orbitaire inférieur jusqu'au bord du maxillaire inférieur, offrant la forme d'un triangle à base supérieure. Toute cette surface est d'un rouge vif parfois violacé, avec quelques marbrures cicatricielles plus blanches, et couverte d'une légère desquamation. La peau est à peine épaissie et ne présente qu'une infiltration très superficielle; elle est parfaitement souple, même au niveau des cicatrices. En faisant pâlir la peau par la pression, on voit qu'elle est un peu cicatricielle, mais que cette altération n'atteint que la surface; on constate de plus qu'elle est criblée de nodules d'un demi à deux millimètres de large, de la couleur gelée d'abricots caractéristique, minces, aplatis et tout à fait superficiels. Le pourtour de la plaque est irrégulier, mal défini, formé tantôt par la cicatrice, plus souvent par des nodules plats, sans aucune saillie, entourés d'une rougeur diffuse qui déborde largement sur la peau saine.

Sur la pommette gauche, on trouve un placard semblable de la grandeur d'une pièce de cinq francs et une autre plaque d'un centimètre de large à la partie inférieure de la joue.

Sur chaque versant du nez, à droite et à gauche, se trouve une petite plaque rouge de même structure, d'un centimètre de large; une plaque cicatricielle, glabre et déprimée, de la grandeur d'une petite amande, se trouve au-dessus du front, cachée dans les cheveux; une petite plaque occupe le lobule de l'oreille droite; l'ourlet de l'oreille gauche est superficiellement cicatriciel.

Un petit ganglion dur, gros comme un haricot, datant de quatre ans, est situé au devant du lobule de l'oreille droite.

En somme, la distribution des lésions et même leur apparence dans une certaine mesure rappellent beaucoup le lupus érythémateux, dont elles se distinguent par l'absence de bordure des plaques et par la présence de nodules lupeux typiques, bien que très minces et superficiels.

Comme je le disais en commençant, le principal intérêt de cette forme de lupus tuberculeux réside en son analogie d'aspect avec le lupus érythémateux. Le lupus tuberculeux superficiel s'observe surtout chez des individus adultes ou même d'âge mûr. Il occupe la face et cela d'une façon à peu près symétrique.

Dans une des observations précédentes, la symétrie était parfaite et la plaque offrait la forme en papillon qui est classique dans le lupus érythémateux. Le placard est d'un rouge sombre, n'est ni ulcéré ni croûteux et les cicatrices que la maladie laisse à sa suite sont tout à fait superficielles. Dans l'observation II, l'ourlet de l'oreille était rongé absolument comme dans le lupus érythémateux.

Il y a cependant un certain nombre de différences très importantes. Le placard du lupus tuberculeux superficiel n'est jamais nettement marginé; il peut bien être finement squameux, mais ne présente jamais les squames blanches, épaisses, dures et adhérentes, garnies de prolongements coniques à leur face profonde, qui sont si caractéristiques dans le lupus érythémateux; on n'y voit pas non plus de bouchons épidermiques dans les orifices folliculaires. Dans nos deux observations, l'infiltration était très superficielle, difficile à sentir, tandis que dans le lupus érythémateux des mêmes régions elle est profonde et diffuse. Leloir a cependant observé une infiltration profonde. Le lupus tuberculeux superficiel est plus complètement indolent que le lupus érythémateux, où l'on observe souvent un peu de prurit et constamment de la douleur au grattage. Enfin, le signe le plus important qui est tout à fait pathognomonique est la présence des nodules caractéristiques du lupus tuberculeux. Ils sont toujours difficiles à découvrir et, chez quelques malades de Leloir, on n'en pouvait trouver que deux ou trois. Ils sont masqués par la rougeur et pour les voir il faut faire pâlir la peau par la traction ou par la pression. Unna recommande pour cela un instrument qu'il appelle *diascope* et qui n'est autre chose qu'une lame de verre, qui permet de comprimer la peau tout en la laissant voir par transparence. J'emploie de préférence pour cet objet une lentille convexe d'un seul côté qui permet d'exercer une pression plus énergique dans le point qu'on veut examiner, tout en permettant de voir à travers la face plane.

La démonstration anatomique et bactériologique de la nature de la maladie a été fournie par Leloir qui, dans des cas analogues, a trouvé des bacilles et a produit chez le cobaye la tuberculose par inoculation. Il en est de même dans un cas publié récemment par Hardaway (1), qui a trouvé des bacilles dans une lésion simulant le lupus érythémateux et qui paraît devoir être rattachée au lupus tuberculeux superficiel.

Sans vouloir traiter à fond la question de la nature du lupus érythémateux, question encore fort obscure, il faut reconnaître que cette affection n'est pas une lésion tuberculeuse au même titre que le lupus tuberculeux de Willan. L'inoculation aux animaux de fragments de lupus vulgaire détermine chez eux des lésions de tuberculose typique, l'examen microscopique y fait trouver des bacilles, bien qu'en petit nombre, tandis que la doctrine de l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux, bien qu'appuyée sur des documents cliniques importants, n'a jamais pu être démontrée par l'examen microscopique ou l'inoculation. Or, on avait admis autrefois des formes mixtes, lupus érythémato-tuberculeux ou des passages de l'un à l'autre; il est certain qu'il s'agissait souvent de faits analogues à ceux que je viens de rapporter.

Le lupus tuberculeux superficiel est une forme relativement bénigne, car sa marche est généralement lente et les délabrements qu'il occasionne sont médiocres. Cependant, dans ma première observation il y avait eu destruction à peu près complète des parties molles du nez, mais ces destructions s'étaient produites à un moment où le lupus offrait un type clinique différent, où il était ulcéré et croûteux. On sait combien le lupus est habituellement destructeur sur les parties minces, comme au pavillon de l'oreille; or, chez ma malade de l'observation II, l'oreille ne portait d'autres traces qu'une cicatrice superficielle.

En revanche, cette forme paraît assez rebelle au traitement. Le curettage, qui est une méthode de choix pour certaines formes, ne saurait être employé ici; la curette ne pourrait qu'exciser des tissus tant sains que malades, car la superficialité des lésions et la difficulté qu'on a à les voir rendent inutiles les principales qualités de la méthode, qui sont la facilité de pénétrer profondément et l'exacte limitation de l'opération. On peut en dire à peu près autant de l'ignipuncture. La méthode de choix doit être la scarification qui peut sans inconvénient porter à l'aveuglette sur les tissus sains ou malades et peut être faite superficiellement. On peut aussi essayer l'emploi des caustiques électifs. Leur grand inconvénient, qui est de ne pas pénétrer assez profondément, n'en est pas un dans le cas actuel.

(1) Hardaway, Case of tuberculosis of the skin simulating lupus erythematosus. (American dermatological Association, 1893. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1893, p. 463.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Traitement des empyèmes chroniques, par M. le Dr E. Delorme, professeur au Val-de-Grâce.

Je viens porter à la connaissance de l'Académie de médecine une méthode toute nouvelle et personnelle de traitement des empyèmes dont la pleurotomie n'a pu assurer la guérison. Cette méthode de traitement me paraît devoir, dans une mesure que l'avenir précisera, remplacer l'opération d'Estlander, en tout cas prendre le pas sur elle. Un fait frappant vient de m'en démontrer la valeur :

D'une façon sommaire, cette méthode consiste : 1° dans l'ouverture large et momentanée du thorax par la formation d'un large volet thoracique; 2° dans la recherche et l'ablation de la fausse membrane qui encapsule le poumon et le fixe dans la gouttière vertébrale. Le poumon dégagé, le volet est refermé; il se soude à la paroi, à laquelle il se réunit par première intention et l'opéré guérit de ses sections costales comme il le ferait de fractures de côtes multiples.

Par ce seul énoncé, vous pouvez juger des différences capitales qui séparent cette méthode de l'opération d'Estlander ou de ses dérivés. Ceux qui pratiquent cette dernière opération dans *les grands empyèmes avec rétraction considérable* du poumon ne poursuivent qu'un but : *oblitérer une vaste cavité suppurante à parois rigides*. Considérant le retrait du poumon comme un fait malheureusement acquis, comme une condition pathologique qu'un acte chirurgical est incapable de modifier, ils refoulent vers le poumon, pour eux à jamais perdu, la paroi thoracique assouplie par l'excision de ses côtes ou mobilisée au maximum par une excision costale combinée avec des sections de la portion de paroi réduite à ses parties molles. Toute différente et bien autrement conservatrice est la méthode que j'ai imaginée en 1892 (pli cacheté à l'Académie de médecine, juin 1892) que j'ai préconisée au Congrès de chirurgie de 1893, mais que je n'ai pu appliquer sur le vivant que ces jours derniers (20 janvier 1894). Partant de cette donnée, dont l'importance a été jusqu'ici méconnue, à savoir qu'un poumon bridé, encapsulé par une fausse membrane continue, épaisse, inextensible, n'est cependant pas incapable de reprendre son intégrité fonctionnelle, je m'attaque à la coque pulmonaire, je l'excise, j'en débarrasse le poumon, lequel, reprenant son volume normal, comble la cavité intra-thoracique. L'opération d'Estlander fait bon marché d'une paroi désormais inutile; je ne compromets, pour ma part, que d'une façon temporaire, l'intégrité de cette paroi dont le fonctionnement est nécessaire à celui

du poumon. L'opération ancienne considère comme perdue la moitié du champ respiratoire, la méthode nouvelle rétablit en entier ce dernier.

Après ces préliminaires nécessaires, je résume l'observation de mon opéré :

Le nommé M..., 24 ans, soldat à la 23e section d'ouvriers, est atteint, en mai 1893, d'une pleurésie gauche dont la marche insidieuse et les signes atténués font penser à une pleurésie tuberculeuse. Après un traitement de quelques mois à l'hôpital de Vincennes, cet homme est envoyé en convalescence, mais, à son retour, il ne peut reprendre son service et il entre à l'hôpital du Val-de-Grâce un mois après (août 1893), où il subit l'opération de l'empyène (septembre 1893). M. le professeur agrégé Cahier, qui lui fait subir cette pleurotomie, retire 600 grammes environ de pus. Son état s'améliore tout d'abord, mais, en dépit de pansements antiseptiques rigoureux et fréquents, la plaie reste fistuleuse, la secrétion persiste, la température s'élève à intervalles. Une sonde introduite par la fistule s'engageait d'avant en arrière à 0m15 centimètres environ, c'est-à-dire butait contre la partie postérieure de la cage thoracique; elle remontait jusqu'à la limite supérieure de la cavité et s'enfonçait transversalement en profondeur, à 8 centimètres environ. Il était, d'un côté, manifeste qu'après quatre mois et demi d'attente, la pleurotomie était insuffisante; d'un autre côté, de l'exploration avec la sonde, il ressortait que l'opération d'Estlander serait incapable de combler la cavité suppurante, puisqu'il fallait demander à la paroi un affaissement de 8 centimètres. Dans ces conditions, je résolus de tenter l'ablation de la membrane qui immobilisait le poumon gauche dans l'angle costo-vertébral.

Le 20 courant, en présence de MM. les médecins principaux Dieu et Nogier, de MM. les médecins-majors Gigou et Forgemol, des stagiaires du Val-de-Grâce ; avec l'assistance précieuse de M. le professeur agrégé Mignon, du médecin-major Marcus, etc., je pratiquai à ma clinique l'opération suivante :

De la troisième côte inclusivement à la sixième inclusivement, je traçai un lambeau cutané à la base postéro-supérieure adhérente par une incision représentant les trois côtés d'un rectangle.

Ce lambeau, dont la direction était oblique de haut en bas et d'arrière en avant suivant celle des côtes, s'étendait de la saillie du bord axillaire de l'omoplate à près de trois travers de doigt du bord latéral gauche du sternum. Par prudence, j'avais cru ne devoir pas me rapprocher davantage de ce dernier. Ce lambeau fut libéré au ras des côtes comme dans l'opération d'Estlander, puis, à ses limites antérieures, je sectionnai chaque côte avec l'espace intercostal. A mesure que les intercostales étaient coupées, deux pinces hémostatiques étaient appliquées immédiatement sur chacun des deux bouts de l'artère. En arrière, à la base du lambeau, chaque côte fut réséquée dans l'étendue de 1 centimètre à 1 cent. 1/2 environ avec conservation des muscles intercostaux, des vaisseaux et des nerfs. Cela fait, au ras des bords supérieurs des côtes limites, je libérai le volet en haut et en bas jusqu'au niveau de sa base, puis je lui fis faire bascule, je l'ouvris en dehors, et l'intérieur de la cavité thoracique gauche fut ainsi largement mis à découvert. Je suivis, en somme, le procédé opératoire que j'ai préconisé au congrès de chirurgie de 1893.

Le volet rabattu me fit voir une vaste poche dont la paroi interne était bien distante de la paroi costale de l'étendue de quatre travers de doigt (8 centimètres), comme la sonde l'avait indiqué, qui se prolongeait en bas jusqu'à l'angle costo-diaphragmatique et dont la limite supérieure se confondait avec celle du cul-de-sac pleural. La partie la plus profonde de la poche répondait à la voussure du diaphragme. La plèvre pariétale était doublée d'une membrane fibroïde non vasculaire, épaisse de 1 centimètre, 1 centimètre 1/2, à surface libre, tapissée d'une nappe de fongosités. Sur la paroi intérieure, on retrouvait la même couche de fongosités confluentes recouvrant la même membrane fibroïde, épaisse et résistante. Après avoir mis à nu cette dernière par le curage, et des frottements durs avec des compresses, *il me fut impossible d'établir le siège du poumon, du péricarde et du cœur*, tant la membrane était uniforme. Continue avec le diaphragme, élargie à sa base, rétrécie à mesure qu'elle s'en écartait, elle ressemblait si bien à un péricarde épaissi que je me demandais *si* et *où* j'allais l'attaquer.

Je me portai en arrière à un travers de main de la section musculo-costale antérieure, pour être bien sûr de ne pas tomber sur le péricarde. J'incisai linéairement la paroi interne de la poche sur le lobe moyen, avec le bistouri, puis je l'ébarbai, couche par couche, avec les ciseaux. A un bon centimètre de profondeur, j'aperçus le poumon sain. De quelques coups de sonde cannelée, remplacée sur-le-champ par l'index, je dégageai la membrane. Le poumon apparut sain, un instant immobile, puis, à un léger effort de toux du malade, il fit brusquement une hernie de dimension d'un œuf, me donnant, avec la preuve de son extensibilité, celle de la valeur probable de mon intervention.

Deux, puis trois, puis quatre doigts, puis toute la main, suivant la face profonde de la coque pulmonaire, inextensible, mais cependant friable, déprimant le poumon sans le moindre trouble respiratoire, dégagèrent en quelques secondes la surface du lobe moyen. A mesure que ma main s'engageait sous la coque, son orifice éclatait, et, quand je retirai cette main, après avoir dégagé la capsule aussi en arrière que possible, le poumon, sous l'influence de quelques très légères quintes de toux de mon malade peu endormi, se déplissa brusquement comme un poumon d'animal qu'on insuffle; il gonfla, fit hernie, refoulant et recouvrant sa coque *et dépassant le niveau de la paroi thoracique*. Il me fallut le faire contenir avec une main appliquée bien à plat sur une large compresse, pour pouvoir revoir et abraser avec des ciseaux mousses la fausse membrane en arrière aux limites de sa séparation.

Le dégagement dans la scissure interlobaire fut aussi rapide et aussi complet qu'il le fut sur la surface des lobes. Je n'eus à rompre que quelques tractus longs et extensibles et qui ne donnèrent pas de sang.

Ce que j'avais fait pour le lobe supérieur, je le répétai pour le lobe inférieur : la membrane qui l'encapsulait, une fois ouverte, éclatait linéairement, et se laissait aussi aisément dégager du poumon, plus aisément même qu'auparavant. Car, averti alors de l'innocuité des pressions exercées sur ce dernier, je ne craignais pas de la séparer de sa coque *en l'exprimant, cette fois, comme une éponge*.

A mesure que je dégageais ce lobe, il faisait hernie comme le lobe supérieur, et remplissait brusquement avec lui, et au delà, la cavité thoracique.

Excision de la fausse membrane pulmonaire aux limites de son décollement.

En avant, je l'ébarbai à la limite antérieure du poumon.

Curage de la paroi pleuro-costale avec une grosse curette ; dégagement facile de ses fongosités.

La cavité nettoyée avec des compresses humides sublimées, le volet fut rabattu sans ligature des intercostales ; les surfaces correspondantes des côtes furent apposées et maintenues non par une suture métallique, mais par des anses de fils de soie traversant la paroi un peu au-dessus de chaque côté et à peu près à deux centimètres de la section pariétale. Pendant cette fixation, le poumon, lors des respirations larges ou au moindre effort de toux, propulsait manifestement le lambeau thoracique. Sutures nombreuses de la peau ; drain gros, court, ne dépassant pas l'épaisseur de la paroi, fixé dans la fistule ébarbée de l'empyème ; pansement antiseptique ouaté, légèrement compressif, s'étendant du cou à la racine des cuisses ; fixation du bras contre le tronc.

L'opération dura une heure et demie. Elle pourra être abrégée. La chloroformisation fut facile, régulière, bien que le malade toussât avant l'intervention et que M. le professeur Du Cazal lui ait trouvé des signes d'induration du sommet du poumon opposé. La respiration fut constamment normale, régulière, non anhélante, sans le moindre arrêt.

La toux signalée au cours de l'opération n'était pas liée à mes manœuvres opératoires : elle existait avant, elle persista après. Le pouls resta normal ; nous fûmes frappé, au cours de l'opération, de voir disparaître le léger degré de cyanose des lèvres et le teint plombé constaté avant ; le réveil fut calme, le choc nul ; le malade put être, pendant l'application du pansement, placé sur le côté non opéré, sans que la respiration fût embarrassée : la percussion du volet thoracique avant l'application du pansement donna un son sonore, et l'oreille placée à son niveau perçut le murmure respiratoire.

En somme, le résultat poursuivi était atteint, la démonstration faite, évidente ; l'utilité de la méthode affirmée. Un poumon emprisonné pendant de longs mois (la pleurésie chez ce malade remontait à 8 mois et l'empyème à 4 mois 1/2), avait

donc spontanément repris sa place, et comblé brusquement toute la cavité pleurale correspondante, donnant à réfléchir, pour ne pas dire plus, sur la valeur de l'opinion classique en vertu de laquelle un poumon libre d'adhérences s'affaisse sur-le-champ et se rétracte vers son hile dès que la cavité thoracique est ouverte. Ce n'est pas le lieu d'insister davantage sur ce point, mais il y avait cependant grand intérêt à le faire ressortir.

Je ne puis m'empêcher d'insister encore sur quelques remarques qui pourront être utiles à ceux qui pratiqueront cette chirurgie pulmonaire dont les règles ne sont pas encore tracées. Je signalerai : 1° La hernie totale d'un poumon largement mis à découvert (à plusieurs reprises, il avait dépassé la surface de la brèche étendue, laissée par le volet thoracique); 2° L'absence de toute congestion, de troubles circulatoires ou respiratoires lors du développement brusque de ce poumon; 3° L'influence immédiate et bienfaisante sur la cyanose constatée dès le retour du poumon gauche à son fonctionnement; 4° L'absence de tout accident lorsque j'ai dégagé, j'ai exprimé les lobes comme une éponge; 5° La facilité extrême avec laquelle j'ai séparé la coque; 6° L'aspect bien régulier, lisse, tout à fait normale de la surface séreuse pulmonaire; 7° L'absence d'un écoulement de sang notable pendant la séparation de la coque ou son excision; 8° La faible hémorrhagie en nappe qui suivit le curage de la plèvre pariétale.

Je viens à mon malade pour un instant encore. L'opération date de quatre jours; il va bien.

Le soir de l'opération, la température fut de 36°5. M... demande à manger et à boire. Respiration calme, normale, pouls 80; quelques vomissements, un peu de toux; pas de choc.

Le lendemain, température 36°5 le matin, 38°5 le soir; respiration un peu rapide, pansement souillé. Je lève ce dernier, la plaie est sèche, le drain ne fournit aucune sécrétion; la pointe du cœur bat à sa place; sonorité à la percussion dans tout le côté gauche, sans tympanisme. Le murmure respiratoire s'entend très bien; pouls bon. M... demande à manger du fromage blanc.

Le troisième jour, température 36°5 le matin, 38° le soir (elle était de 39°5 avant l'opération), 26 inspirations à la minute, pouls 110, calme. M... demande à manger.

Le quatrième jour, même état.

Je termine là cette observation forcément et j'en conclus :

1° Qu'il est possible et facile de libérer tout un poumon de la fausse membrane qui l'entoure, alors même que l'opération est faite longtemps après le début de l'empyème;

2° Que cette méthode est applicable non seulement à droite, mais aussi à gauche ; qu'elle est de côté sans danger, à condition de libérer d'abord le poumon aussi en arrière que possible;

3° Que cette méthode est plus rationnelle et plus conservatrice que celle d'Estlander, et qu'elle doit lui être tout d'abord préférée. En cas de réussite elle amène l'oblitération de la cavité, en permettant au poumon de reprendre sa place et son fonctionnement. En cas d'insuffisance, le volet thoracique, privé ou non de ses côtes, peut mieux servir à l'effondrement pariétal que la paroi simplement privée de ses côtes et peu dépressible que laisse l'opération d'Estlander.

J'espère bientôt faire part à l'Académie de nouveaux succès d'une méthode qui rentre bien dans les traditions de la chirurgie française : produire le maximum d'effet utile avec le minimum de dégâts.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier 1894.

Présidence de M. Rochard.

Election.

M. Landouzy est élu membre titulaire dans la section de pathologie médicale, par 66 voix sur 75 votants, contre 3 à M. Fernet, 2 à M. Rendu, 1 à M. Troisier et 3 bulletins blancs.

M. Delorme lit un mémoire sur le traitement des empyèmes chroniques (Voir p. 40).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 janvier 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Infections biliaires à coli-bacille.

MM. Gilbert et Dominici. — Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas d'angiocholite avec cholécystite due au coli-bacille, qui avait de plus envahi tout l'organisme et provoqué une endocardite. En injectant le même microbe chez des lapins dans le canal cholédoque, on reproduit le même ensemble morbide, l'inflammation biliaire, l'infection générale et l'endocardite. Si l'on se sert non plus de cultures actives, mais de bouillons stérilisés par la chaleur, on observe encore les mêmes effets locaux, mais très atténués et bornés à une inflammation catarrhale superficielle.

Favus de la poule.

M. Heim. — L'animal que je présente a été atteint d'un favus confluent, qui, ayant débuté au voisinage du bec, s'est étendu peu à peu à tout le reste du corps en produisant des godets caractéristiques. Ce qui est curieux, c'est que l'affection a guéri spontanément. Il est difficile d'expliquer cette guérison. Toutefois, mes recherches me portent à penser qu'il s'agit de concurrence vitale ; les lésions faviques ont été envahies par des bactéries communes qui ont déterminé une irritation curative.

Action pathogène du bacille de Friedlænder chez les lapins.

M. Roger. — Contrairement à ce qui était admis jusqu'ici, j'ai observé que l'injection intra-péritonéale de ce bacille chez le lapin pouvait entraîner la mort en 24 ou 48 heures. Dans ces conditions, on trouve des lésions très accusées de l'intestin, gonflement des plaques de Peyer, hémorrhagies punctiformes, apparence sanguinolente du contenu intestinal.

Dans quelques cas, les accidents sont plus tardifs, la virulence du microbe étant moindre. Il se produit alors de la néphrite avec forte albuminurie et des paralysies qui entraînent la mort en 4 à 5 semaines.

Il est vraisemblable, en présence de ces faits, qu'on a dû souvent méconnaître la nature de certains accidents à bacille encapsulé, causés par le Friedlænder, mais attribués à d'autres espèces.

Chlore de l'urine.

MM. Berlioz et Lespinois ont vu que le chlore urinaire est constitué en partie par du chlore minéral et en partie importante par des chorures organiques qui échappent facilement dans les analyses. Les combinaisons chloro-organiques augmentent à mesure que la digestion progresse, au point de représenter la moitié du chlore total. On aura peut-être là un moyen de démontrer indirectement l'évolution du travail digestif.

M. Delezenne a vu que la réfrigération cutanée n'augmente pas la sécrétion urinaire, contrairement à ce qu'on a dit, mais la diminue.

M. Sigalas étudie l'action du bain froid sur les températures centrales et sur les combustions respiratoires.

M. Etienne a observé une endocardite ulcéreuse à coli-bacille, dont le microbe ne coagulait pas le lait en tubes, mais provoquait la coagulation dans des fioles où le lait présentait une surface de contact avec l'air beaucoup plus étendue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 janvier 1894.

Prix décernés pour 1893.

Prix Duval. — Décerné à M. P. Mauclaire, prosecteur de Faculté de médecine de Paris, pour sa thèse : *Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses.*

Prix Laborie. — Deux mémoires envoyés :

Le prix et une somme de 1,000 fr. à MM. Auguste Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, et Maubrac, pour leur travail intitulé : *Des accidents encéphaliques consécutifs aux otites, envisagés spécialement au point de vue de leur traitement.*

200 francs à M. E. Estor, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, pour son travail intitulé : *Du cathétérisme rétrograde.*

Prix Gerdy. — *De la cure radicale de la hernie ombilicale.* Trois mémoires envoyés :

Le prix et une somme de 1,500 fr. à M. Bœckel, chirurgien des hôpitaux civils de Strasbourg.

750 fr. à M. Léon Cahier, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

750 fr. à M. Paul Barrier, aide-major de 1re classe au 1er régiment d'artillerie à Bourges.

Prix à décerner en 1894.

Prix Duval (300 fr.). — A l'auteur (ancien interne titulaire des Hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie, publiée dans le courant de l'année 1894. Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (1,200 fr.). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix à décerner en 1895.

Prix Duval (300 fr.). — Voir ci-dessus les conditions du concours.

Prix Laborie (1,200 fr.). — Voir ci-dessus les conditions du concours.

Prix Gerdy (2,000 fr.). — Question : *De l'intervention chirurgicale dans les sténoses du pylore.*

N.-B. — Par suite d'un reliquat de 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 3,000 fr.

Prix Demarquay (700 fr.). — Question : *Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications, résultats, manuel opératoire.*

N.-B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 1,400 fr.

Prix Ricord (300 fr.). — A l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1894-1895, ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

N.-B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 600 fr.

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la *Société de chirurgie*, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de l'année où les prix sont décernés. Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. Pour les autres conditions de ces concours, voir le premier fascicule des *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie* de l'année courante.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 19 janvier 1894.

Insertions des muscles scalènes antérieurs.

M. Hartmann, à propos de la communication de MM. Juvara et Dide dans la séance antérieure, montre une planche murale faite autrefois par M. Farabeuf. Cette planche est destinée à rendre manifeste que le scalène antérieur ne s'insère qu'à la partie inférieure du tubercule antérieur de l'apophyse transverse des vertèbres cervicales, ce qui semblait précisément être la découverte de M. Juvara.

Anomalie artérielle de l'artère radiale.

M. Savariaud présente une anomalie artérielle de l'artère radiale. Cette anomalie consiste en un canal collatéral qui part de la radiale et y revient après un trajet de quelques centimètres sans aucune anastomose avec les artères voisines.

Gastrite expérimentale.

M. Pilliet montre une série d'estomacs d'animaux expérimentalement modifiés dans leur muqueuse par l'ingestion des essences. Sur les coupes qu'il présente on voit dans un premier degré l'exagération des franges de la muqueuse; au-dessous un sillon d'élimination, puis une bande de sclérose formée à son niveau; enfin la chute de l'eschare.

M. Pilliet montre ensuite les coupes d'un estomac de chien empoisonné par la toluidine diamine et le nitrate d'urane.

Kystes dermoïdes du raphé génito-périnéal.

M. Mermet présente deux observations, avec dessins, de kystes dermoïdes du raphé génito-périnéal. Son premier malade, âgé de 23 ans, porte huit petites tumeurs disposées en chapelet sur le raphé périnéo-scrotal. Leur volume varie du volume d'un pois à celui d'une noisette. Les six tumeurs postérieures sont de consistance pâteuse, communiquent entre elles et sont réductibles les unes dans les autres. Elles contiennent de la matière sébacée. Ces tumeurs ne sont pas douloureuses. Leur état est stationnaire. Le malade dit les avoir toujours portées.

Le second malade présente sur la région scrotale quatre tumeurs analogues. La plus antérieure a un contenu sébacé. Les trois autres, dont deux communiquent entre elles, contiennent du liquide séreux.

Ces tumeurs, comme les premières, paraissent congénitales.

Sarcome mélanique.

M. Léopold Lévy apporte l'examen histologique du sarcome mélanique présenté dans une séance précédente. Le pigment mélanique s'est développé dans les cellules fusiformes. Il occupe leur centre et leurs prolongements. Dans le foie il y a intrication de deux réseaux, l'un mélanique, l'autre cellulaire, formant une sorte d'alternance de parties blanches et noires. Un noyau de tissu fibreux a été trouvé dans une préparation.

Poche périnéphrétique. Hydronéphrose double.

M. Marmasse présente l'appareil génito-urinaire d'une femme âgée de 29 ans. Cette femme fit il y a deux ans une chute violente sur le flanc gauche qui porta sur l'espagnolette d'une fenêtre. De violentes douleurs abdominales furent consécutives. En juin 1893, M. Richelot, pour un cancer de l'utérus, lui fit l'hystérectomie partielle. Les douleurs continuant, la malade entra le 3 décembre dans le service de M. Troisier. A ce moment on constate une ascite énorme. La malade meurt et à l'autopsie on constate autour du rein gauche l'existence d'une poche dont les parois sont constituées par la capsule propre du rein. Cette poche contient 500 grammes environ d'un liquide citrin, et quelques caillots très petits. En plus il existe une hydronéphrose double due au cancer utéro-vaginal englobant les deux uretères. Le gauche est encore perméable, le droit est complètement oblitéré dans son trajet intra-cancéreux.

Dégénérations médullaires consécutives à une fracture de la colonne vertébrale.

M. Gombault présente des coupes de la moelle étudiées sur un sujet qui avait eu une fracture de la colonne vertébrale à la partie supérieure de la région lombaire. Il insiste sur les lésions dégénératives ascendantes et descendantes partant du foyer de la fracture. Il rapproche les lésions observées des lésions analogues de dégénérescence dans le tabes et dans la syringomyélie.

Cyanose congénitale.

M. Haury présente le cœur d'un enfant de 18 mois, atteint de cyanose congénitale. L'aorte est considérablement dilatée. L'aorte pulmonaire n'existe qu'à l'état de vestige et n'est pourvue que de deux valvules sigmoïdes. La partie supérieure de la cloison interventriculaire est perforée, et l'origine de l'aorte paraît comme à cheval sur les deux ventricules. Il existe dans le cœur droit des traces manifestes d'endocardite ancienne.

F. Potier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 *janvier* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Sur les scléroses systématiques, dites primitives, de la moelle.

M. Babinski. — Dans la dernière séance, M. Marie a émis sur l'origine exogène du tabes ainsi que sur l'origine poliomyélitique des scléroses dites primitives de la moelle, certaines idées qui ne me paraissent pas suffisamment fondées pour être présentées sous une forme affirmative.

M. Marie soutient que les lésions des cordons postérieurs dans le tabes ne naissent pas dans la moelle, mais y sont apportées du dehors et sont le résultat d'une dégénération secondaire consécutive à l'altération des racines postérieures.

On peut objecter à cette affirmation que dans certains cas (entre autres, faits récents de Redlich), les lésions des cordons postérieurs sont plus prononcées que celles des racines postérieures. De plus, il n'est pas démontré que les lésions des cordons postérieurs portent exclusivement sur les fibres d'origine exogène. Enfin, il n'est pas prouvé que la sclérose tabétique soit identique à celle qui succède à la dégénération secondaire; il ne faut pas oublier que la méningite spinale qu'on observe parfois dans le tabes n'a pas été signalée dans la sclérose secondaire ascendante; n'est-ce pas là une différence qui justifie les réserves que je fais?

M. Marie affirme que les fibres blanches ne s'altèrent jamais primitivement, que leur dégénérescence est toujours secondaire, et il ajoute qu'en émettant cette déclaration, il ne fait que rentrer dans l'orthodoxie wallérienne dont on aurait eu le grand tort de sortir depuis longtemps.

Je ferai remarquer tout d'abord, qu'admettre une altération primitive des fibres blanches n'est pas méconnaître la loi wallérienne. D'après cette loi, toute fibre nerveuse séparée de son centre trophique subit fatalement la dégénération, ce qui ne veut pas dire qu'inversement toute altération destructive d'une fibre nerveuse soit la conséquence d'une altération de son centre trophique ou d'une solution de continuité de la fibre, en amont de l'endroit où se produit l'altération en question.

Cela posé, je suis tout disposé à admettre que les altérations dites primitives des tubes de la substance blanche de la moelle relèvent bien souvent d'une modification organique ou dynamique de leurs centres cellulaires, de même que les névrites, dites périphériques, semblent dépendre parfois de certaines altérations des cellules nerveuses d'où proviennent les fibres dégénérées.

J'ai, du reste, moi-même fait déjà remarquer autrefois qu'une altération dynamique de certains centres cellulaires, des ganglions cérébro spinaux entre autres, pouvait expliquer en même temps les lésions des tubes de la moelle et des nerfs, dans le tabes. M. Marinesco a plus tard soutenu, de son côté, que, dans les scléroses combinées, les altérations des cordons sont sous la dépendance de modifications de leurs centres trophiques.

Mais ce ne sont là, il ne faut pas l'oublier, que des hypothèses, car, dans bien des cas de scléroses systématiques dites primitives, les centres cellulaires d'où proviennent les fibres altérées ne présentent aucune lésion appréciable.

M. Marie. — Il est évident, comme le dit M. Babinski, que la plupart de mes assertions ne sont que des hypothèses, mais les hypothèses font le fond même de la médecine. Elles sont justifiables quand elles reposent sur des observations précises.

J'ai dit et je crois que les méthodes nouvelles de coloration, la méthode de Golgi notamment, nous permettaient de concevoir d'une façon plus exacte et plus détaillée l'anatomie fine de la moelle. Elles nous renseignent mieux sur l'origine encore inconnue de certains faisceaux des fibres radiculaires et notamment sur leur origine endogène. Relativement aux lésions du tabes, j'admets fort bien que si dans les cas de tabes incipiens le processus est de nature exogène, plus tard, à ce processus se surajoutent des altérations d'ordre endogène.

Les faits de Vierordt, de Kaeher sur la sclérose primitive des cordons de Goll ne me paraissent pas pouvoir être invoqués contre la thèse que je soutiens.

M. Renault présente un malade atteint de parotidite double chronique.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 8 *janvier* 1894.

Présidence de M. Gayet.

Sur les pyrexies apyrétiques.

M. Teissier. — Je viens d'avoir l'occasion d'observer, dans mon service de l'Hôtel-Dieu, un cas fort remarquable de pneumonie chez une adulte ayant évolué pendant toute la durée du cycle fébrile habituel avec une température constamment basse et *même subnormale* (de 36°,5 à 37°,1). Ce n'est que vers le sixième jour et au moment où les accidents locaux commencèrent à s'amender que la défervescence s'accusa sous forme d'élévation de la température. A partir du moment où la convalescence s'accentua d'une façon définitive, le thermomètre resta désormais au-dessus de 37°.

Ce fait exceptionnel pour la pneumonie a déjà été signalé pour d'autres pyrexies. Je ne veux parler ici ni des scarlatines, ni des accès paludéens qui peuvent se manifester aussi par des *accès fébriles avec température subnormale*, même en dehors de la perniciosité. Je vise surtout ici la dothiénentérie. Il y a trois ans, M. le professeur Potain a rapporté l'histoire fort intéressante d'un jeune malade de son service ayant présenté tous les signes d'une fièvre typhoïde classique, mais dont la courbe thermique, au lieu de suivre l'évolution régulière de ses stades successifs, se caractérisa par un abaissement progressif de la température au-dessous de la moyenne physiologique, température qui s'abaisse au maximum 36°,2 au moment du fastigium morbide pour remonter ensuite régulièrement à mesure que l'affection marchait vers la convalescence. Des cas de même nature ont été rapportés depuis par Gerloczy, par Neridland, Fürbringer, etc.; toutefois dans ces derniers cas, il est noté que le début de l'infection a été marqué par une période pyrétique très courte ayant duré de trente-six heures à trois jours.

Mais de toutes les infections d'ordre habituellement pyrétique, celle qui peut se présenter le plus souvent avec des allures apyrétiques ou même des températures subnormales constantes, c'est assurément la grippe. Nous en avons recueilli d'assez nombreux exemples.

Quant à l'interprétation à donner à de pareils faits, elle est peut-être moins simple qu'on serait disposé à le croire dès l'abord, car la première idée qui vient à l'esprit du clinicien, c'est que les germes pathogènes sont susceptibles de donner naissance à des produits *souvent pyrétogènes*, mais d'autres fois *hypothermisants*.

Le laboratoire paraît confirmer cette première supposition. Les grandes hypothermies que nous avons produites avec MM. Roux et Pittion, en injectant aux animaux les cultures des diplobactéries recueillies dans les urines de certains grippés, les recherches de MM. Boix, Gilbert, Charrin pour le bacillus coli et pour l'Eberth, celles de MM. Rodet et Courmont pour le staphylocoque, sont autant de preuves à l'appui. Nous croyons cependant que pareille interprétation n'est pas univoque et qu'elle ne saurait contenir toute la vérité. Nous sommes disposé à croire que ces abaissements thermiques relèvent en grande partie de la rétention dans l'organisme des produits de la dénutrition cellulaire consécutive à l'action des éléments infectieux. Il y aurait là en définitive quelque chose d'analogue à ce qui se passe chez les enfants de goutteux ou de rhumatisants chez lesquels, à la suite d'un surmenage quelconque ou de l'action du froid humide, on voit se développer brusquement des accidents rappelant un véritable accès fébrile (courbature, lassitude, œil brillant, lèvres congestionnées, peau chaude, etc.), et qui s'accompagnent au contraire d'un abaissement du thermomètre, descendant souvent jusqu'à 36°,2 ou même 36°. Une décharge urinaire avec dépôts sédimenteux abondants juge le plus souvent cette crise.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs de l'explication pathogénique à fournir dans l'espèce, ce qu'il importe de mettre en lumière,

au point de vue pratique, c'est l'action favorable du sulfate de quinine qui, en pareil cas, relève généralement la température.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 8 *janvier* 1894.

Septicémie et dermatomyosite infectieuse.

M. A. Frænkel. — On sait maintenant que, dans le cas de certaines maladies infectieuses, le processus peut se localiser dans les parties périphériques de l'organisme, dans la peau notamment, dans les os et les articulations, comme l'a dernièrement montré Ponfick. Pour ce qui est plus spécialement de la peau, on peut observer, au cours de ces affections, des roséoles, des érythèmes, des pétéchies. Ces exanthèmes, qui prêtent souvent à des erreurs de diagnostic, revêtent quelquefois l'aspect d'une simple affection cutanée et amènent la mort, comme l'ont récemment montré les auteurs français; le malade est pris de prostration, de coma et meurt avec des phénomènes d'intoxication.

Mais il faut savoir que l'affection cutanée peut se propager aux muscles sous-jacents. La connaissance de ces faits ne date pas de longtemps, et l'on doit à Unverricht d'avoir signalé en 1887 une myosite progressive multiple, caractérisée par les phénomènes suivants : le malade est pris de fièvre et de tuméfaction douloureuse d'un grand nombre de muscles; la rate est tuméfiée; la peau empâtée est douloureuse au toucher; les muscles de la respiration et de la déglutition sont pris à leur tour et la mort survient soit par paralysie de la respiration, soit par pneumonie. D'après Unverricht, ces cas mériteraient d'être classés sous le nom de dermatomyosite aiguë.

M. Frænkel a justement observé récemment trois cas de ce genre.

La première observation se rapporte à une femme de 32 ans atteinte d'otorrhée chronique qui entra à l'hôpital pour des douleurs dans les muscles du bras et dans les articulations. A l'examen, on trouva une tuméfaction des quatre membres, des poignets et des articulations tibio-tarsiennes et un érythème noueux occupant le tronc et les membres supérieurs. La femme mourut 36 heures après son entrée. A l'autopsie, on trouva un œdème gélatineux de presque tous les muscles avec foyers hémorrhagiques. Pas de pus dans les articulations; par contre, l'oreille moyenne et l'apophyse mastoïde étaient transformées en un foyer purulent. L'examen bactériologique des muscles et des exsudats montra la présence de streptocoques.

Le second cas se rapporte à une femme de 43 ans qui, après un érysipèle survenu en 1884, conserva une tuméfaction de la face. En juin 1892, elle vint à l'hôpital pour de la dyspnée accompagnée de lipothymies. La face était boursouflée, la région du cou tuméfiée, le cœur dilaté, la partie inférieure du tronc couverte de veines dilatées, la région sternale mate à la percussion. Tous ces phénomènes furent attribués à une tumeur du médiastin antérieur. La malade sortit au bout de 15 jours, un peu améliorée. Elle revint quelque temps après pour des douleurs dans l'oreille droite et les articulations. Pendant son séjour à l'hôpital, la peau recouvrant les articulations devint œdémateuse, le membre supérieur droit se tuméfia, le tympan finit par se perforer et, quelques jours après, la malade succombait.

A l'autopsie on trouva derrière le sternum un lipome qui avait détruit la veine anonyme. Les muscles du bras gauche présentaient de l'œdème gélatineux avec streptocoques dans l'exsudat. Arthrite suppurée de l'articulation tibio-tarsienne.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une femme de 25 ans, portant un goître depuis l'âge de 17 ans. Depuis un mois elle éprouve des douleurs dans les bras et les articulations. Elle entre à l'hôpital pour une pneumonie, et à l'examen on constate une tuméfaction douloureuse du bras et une arthrite du poignet. Cette malade succomba également, et à l'autopsie on trouva les muscles des deux bras atteints d'œdème gélatineux et infiltrés de petits abcès à streptocoques qu'on trouvait également dans le goître suppuré.

Ainsi, dans les deux premiers cas la septicémie partit de l'otite, dans le troisième du goître suppuré.

La dermatomyosite peut évoluer d'une façon aiguë ou chronique. Parmi les cas aigus, il y en a qui doivent être groupés ensemble comme étant d'origine septique. Dans les cas d'infection septique, les points de départ sont souvent l'oreille ou les cavités du crâne et de la face et la propagation du virus peut se faire aussi bien par les vaisseaux sanguins que par les lymphatiques.

M. Lewin a souvent trouvé des érythèmes dans les myosites, seulement il a remarqué que les érythèmes souvent généralisés ne correspondent pas toujours, comme localisation, aux muscles pris, de sorte que l'affection en question doit être considérée comme l'expression d'une intoxication générale.

Sténose du pylore.

M. Landgraf. — Il s'agit d'un homme de 59 ans soigné depuis quelque temps pour des accidents d'ulcère stomacal avec rétrécissement secondaire du pylore. Son état s'améliora notablement sous l'influence d'un régime convenable, lorsque, après une infraction au régime, il survint une rechute avec des accidents faisant penser à une tumeur du pylore. Pourtant ni l'exploration sous le chloroforme, ni l'examen du suc gastrique fait à plusieurs reprises ne donnèrent rien pouvant justifier cette idée. Un jour le malade fut pris d'ictère, puis 36 heures après d'anurie. Il accepta alors l'opération qu'il avait refusée jusqu'alors.

Il fut opéré le 2 janvier de cette année, et à cause des adhérences multiples qui existaient entre le pylore et les organes voisins, on ne fit pas la pyloroplastie, mais une gastro-entérostomie qui réussit fort bien. Trois jours après le malade succombait dans le collapsus. A l'autopsie on trouve le pylore perméable seulement pour une sonde mince, l'aorte sclérosée et les reins atteints de tuméfaction trouble.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 16 *janvier* 1894.

Appendicite.

M. Smith présente un appendice vermiforme provenant d'un homme de 40 ans, qui entra à l'hôpital en août dernier pour une néphrite aiguë. En novembre il revint à l'hôpital avec de la céphalalgie, du hoquet, des nausées, de la diarrhée, un œdème généralisé, la respiration de Cheyne-Stoke, et il mourut au milieu de phénomènes qu'on rapporta à l'urémie. A l'autopsie on trouva les reins un peu hypertrophiés et adhérents à leurs capsules; l'estomac et les intestins étaient congestionnés, mais non ulcérés; l'appendice vermiforme était anémié et maintenu par des adhérences; dans son méso se trouvait un petit épanchement hémorrhagique. Il s'agissait évidemment là d'une appendicite à rechutes.

Déformation du crâne.

M. Wheaton montre deux crânes d'enfants qui sont presque identiques dans leurs déformations; ils présentent une grande brièveté antéro-postérieure par suite d'un arrêt de développemnt de la base, toutes les fosses ont leur diamètre antéro-postérieur diminué. Ces crânes sont presque globulaires. Les os frontal et pariétaux présentent plusieurs perforations. Chez ces deux enfants les doigts des mains et des pieds sont palmés; les pouces seuls sont indépendants. Les déformations de ces crânes sont dues à la syphilis. La rate présentait des épaississements fibreux. Les circonvolutions occipitales étaient peu développées.

Actinomycose chez l'homme.

MM. Kanthack et **Tooth** constatent qu'en règle générale l'actinomycose s'étend par continuité directe ou par la voie des lymphatiques. Elle se propage rarement par la voie sanguine. Or, dans un cas que les auteurs ont observé, la maladie avait envahi le foie et la base du poumon droit; il y avait un petit foyer secondaire dans le reste du poumon droit et un autre dans le poumon gauche, mais le médiastin était libre. Le foyer principal avait envahi la région du rein droit et ce rein lui-même. Il y avait un foyer en forme d'infarctus dans la rate; il y avait des abcès sous-cutanés et dans certaines articulations on trouva du pus contenant de l'actinomyces.

M. Tooth fait remarquer que les lésions disséminées dans le poumon ne peuvent être distinguées à l'œil nu des granulations grises de la tuberculose.

Colite ulcéreuse.

M. Tooth relate l'histoire d'une femme de 36 ans qui fut prise de diarrhée sanguinolente, à la suite de l'ingestion de certaines pilules, dit-elle. Elle mourut au bout de six semaines. A l'autopsie, on trouva un foie muscade sans abcès; le cæcum, le côlon et le rectum étaient ulcérés. Au microscope, on trouva un peu de néphrite. Une autre femme, après avoir été fortement mouillée, fut prise de douleurs et de diarrhée. Elle mourut au bout de dix semaines. L'abdomen était distendu et douloureux. Il y avait des ulcérations du gros intestin; l'origine du côlon présentait une perforation. Ces cas sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme; l'âge des malades varie entre 20 et 35 ans et le début s'annonce presque toujours par de la diarrhée. La durée de la maladie est de 4 à 10 semaines; l'ulcération se limite au gros intestin. Hale White a appelé l'attention sur l'association de cette maladie et du mal de Bright.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 12 *janvier* 1894.

Phthisie aiguë consécutive à l'ingestion de liquide caustique.

M. Fenwick. — Un homme de 34 ans avala de l'acide oxalique pour se tuer. Pendant six semaines il eut des douleurs constantes dans l'épigastre et des vomissements. On lui lava régulièrement l'estomac et il y eut de l'amélioration. Mais quatre mois après l'accident apparurent des symptômes de phthisie aiguë et le malade mourut au bout de 6 semaines. A l'autopsie on trouva une tuberculose des deux poumons; l'estomac était très dilaté; sa muqueuse était transformée en tissu fibreux et ne contenait plus trace de glandes. Un autre homme, âgé de 32 ans, avala par accident de l'acide nitrique. Trois mois après il eut de la dysphagie, des vomissements, des douleurs à l'épigastre. On lui lava l'estomac et on introduisit des aliments par la sonde. Le malade éprouva une amélioration rapide. Sept mois après l'accident, le malade se mit à tousser, eut des sueurs nocturnes et de la fièvre. Les symptômes gastriques réapparurent alors. Le malade mourut dans le marasme au bout de sept semaines. A l'autopsie on trouva une tuberculose pulmonaire aiguë. La muqueuse de l'estomac était détruite et transformée en tissu fibreux.

Kyste hydatique suppuré du foie.

M. Tyson. — Une femme de 31 ans eut en 1888 un peu d'ictère, qui récidiva en janvier 1892; le foie était augmenté de volume et dépassait notablement les fausses côtes; il y avait de la fièvre le soir. Au bout de huit jours apparurent les signes d'un épanchement pleurétique droit et le foie descendit jusqu'au pubis. En février on retira du côté droit de la poitrine un liquide séreux; en mars, une nouvelle ponction pratiquée au niveau de la partie postérieure droite de la poitrine ramena un liquide hydatique purulent. On fit alors une incision dans la partie postérieure du 8e espace intercostal droit; dès que la cavité pleurale fut ouverte, il s'échappa du liquide et, une tumeur élastique se présentant, on la sutura aux lèvres de la plaie externe. On ouvrit alors ce kyste et il en sortit du pus rempli de membranes d'hydatides; on ne lava pas la cavité, mais on la draina. Pendant quelques jours il s'échappa encore du pus et des membranes. Dès le milieu de mars la matité pulmonaire disparut et le foie diminua. Ce ne fut qu'en février 1893 qu'on enleva le drain et la malade guérit complètement.

M. Wallis. — Je crois que dans ce cas il eût mieux valu réséquer partiellement une ou deux côtes et faire une cure radicale du kyste.

M. White. — J'ai eu un cas presque complètement semblable. J'ai réséqué une portion de la huitième ou de la neuvième côte sur la ligne axillaire et j'ai trouvé la cavité pleurale droite remplie d'hydatides mortes. Le foie faisait saillie dans la cavité pleurale; je l'ai ponctionné, mais le pus ne pouvait pas traverser le tube; j'élargis l'ouverture et il s'écoula du pus et des hydatides mortes. Ce malade, qui était alcoolique, mourut de bronchite aiguë. Le diaphragme était si mince au niveau du foie qu'il disparaissait presque complètement.

M. Duckworth. — Je crois qu'en général on se trouve bien de ne pas faire de lavage de ces poches de kystes hydatiques, non plus que des empyèmes.

M. Hulke. — Ces kystes suppurés ont une grande tendance à se diriger vers en haut; les uns s'ouvrent d'abord dans le poumon et constituent secondairement un empyème, les autres s'ouvrent d'emblée dans la plèvre. Dans le premier cas, où il y a communication avec les bronches, les lavages sont dangereux. Cependant l'introduction d'une émulsion iodoformée ne présente pas de danger.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 10 *janvier* 1894.

Méningite tuberculeuse.

M. Fischer a présenté il y a un mois un enfant qui fut brusquement pris de lordose après avoir présenté de la fièvre pendant quelques jours. La fièvre a continué les jours suivants, puis peu à peu parurent les symptômes de méningite tuberculeuse à laquelle l'enfant a fini par succomber il y a quelques jours.

A l'autopsie on trouva une méningite tuberculeuse cérébro-spinale. La face postérieure de la portion inférieure de la moelle dorso-lombaire était couverte d'un exsudat gélatineux et de nombreux tubercules.

Ce qui est remarquable dans ce cas, c'est que pendant deux mois l'affection tuberculeuse avait évolué sans symptômes méningés ni cérébraux, ni médullaires.

Paralysie faciale.

M. Hatschek a récemment observé à la clinique de Nothnagel un cas de paralysie faciale récidivante. Ces paralysies d'après lui ne sont pas rares. Elles sont le plus souvent d'origine périphérique, quelquefois d'origine centrale, nucléaire, et dans ces cas on les observe à côté de la paralysie d'autres nerfs crâniens.

Dans 50 0/0 environ des cas, les deux côtés sont pris, et quand la paralysie récidive elle affecte également les deux côtés. Au point de vue étiologique, l'hérédité fait défaut; de même l'asymétrie crânienne avec étroitesse du trou stylo-mastoïdien.

Dans un cas, M. Hatschek trouva chez son malade de la glycosurie; du reste, les rapports entre cette paralysie récidivante et le diabète ont déjà été signalés par Bernhardt.

M. Winkler a eu aussi l'occasion d'observer plusieurs fois la paralysie faciale récidivante, mais la raison de ces récidives lui a jusqu'à présent échappé. Il ne pense pas qu'il y ait un rapport à établir entre cette paralysie et le diabète.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 15 janvier 1894.

Innervation de la vessie.

M. v. Zeissl a rapporté le résultat de ses recherches sur l'appareil de fermeture de la vessie. Les expériences ont été faites sur des chiens curarisés chez lesquels on excitait les nerfs hypogastrique et érecteur. L'irritation de ce dernier provoquait une contraction de la couche musculaire de la vessie, suivie de l'ouverture du sphincter avec écoulement de l'urine par l'urèthre. Pour voir si l'ouverture du sphincter se faisait spontanément ou dépendait de la contraction de la vessie, la plus grande partie de la vessie fut excisée et le moignon lié sur un gros tube en verre. Dans ces conditions, l'électrisation du même nerf était encore suivie de l'ouverture du sphincter.

Dans une troisième série d'expériences on procéda de la façon suivante. Par une sonde introduite dans l'urèthre pénien on injectait, sous une certaine pression, de l'eau dans la vessie; si à ce moment on excitait le nerf érecteur, l'eau ne pénétrait plus dans la vessie, autrement dit l'état d'érection du bulbe, s'opposait à la pénétration de l'eau dans la vessie.

D'un autre côté, quand, la sonde restant dans l'urèthre, on instituait un écoulement d'eau de la vessie par la sonde, il suffisait d'exciter le nerf hypogastrique pour voir l'écoulement d'eau s'arrêter.

L'excitation du bout central des nerfs sciatique, cubital, médian, radial, phrénique et gastrique provoquait une contraction réflexe de la vessie.

Quand la vessie était fermée, l'excitation du nerf hypogastrique provoquait une élévation de la pression intra-vésicale.

VARIÉTÉS

Maladie et autopsie de M. Diday.

A plusieurs reprises, M. Poncet et M. Diday lui-même ont fait connaître à nos lecteurs l'histoire de la cystostomie que M. Diday avait subie il y a deux ans. Nous croyons donc intéressant de compléter cette histoire par celle de l'autopsie du malade, que nous empruntons au *Lyon Médical*.

Le Comité de rédaction du *Lyon Médical* a pensé que c'était honorer encore la mémoire de notre vénéré Doyen que de raconter ses derniers jours, que de relater ici le résultat de son autopsie.

Je me conforme à ce désir. Diday ne m'avait-il pas dit peu de temps avant sa dernière maladie, avec cette grande bonté qui chez lui s'alliait à tant de hautes qualités du cœur et de l'esprit : « Je vous appartiens tout entier, mon cher ami, vous ferez de moi ce que vous voudrez : vivant, mort, je veux servir la cystostomie. » Ces dernières volontés, relativement à son autopsie, mon cher maître les avait, du reste, formulées dans une note écrite de sa main et trouvée par sa famille au milieu d'autres papiers. — « Je désire, disait-il, que mon autopsie soit faite par le Doyen de l'Internat. »...

Depuis la création de son urèthre contre nature, qui remonte au 23 décembre 1891, notre savant collègue avait conservé une santé satisfaisante. Malgré son grand âge, il n'avait pas cessé ses occupations professionnelles, et, ainsi qu'on a pu en juger maintes fois par ses nombreuses publications où on le retrouve comme en son plus beau temps de journaliste scientifique, il était resté l'écrivain de race, le champion redoutable.....

C'est le 21 décembre que Diday se plaignit pour la première fois d'une douleur vive, un peu au-dessous du mamelon droit. Les jours précédents, il avait eu quelques troubles gastro-intestinaux, qui avaient du reste disparu avec un régime approprié.

La douleur costale, de cause indéterminée, paraissait bien siéger dans la paroi thoracique; la pression l'augmentait, mais la palpation ne révélait aucune particularité pathologique.

Pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivirent, cette douleur locale conserva les mêmes caractères. Dès le 26 décembre apparaissaient de la dyspnée, et bientôt de véritables accès de suffocation, au moindre mouvement, au plus léger effort.

La percussion et l'auscultation du poumon droit, qui jusqu'alors avaient été négatives, permirent de constater un épanchement assez étendu. A gauche, respiration normale, aucun signe stéthoscopique. La température était normale, 37°5.

Le 29 décembre, on notait une augmentation notable de l'épanchement qui entraînait une matité à peu près complète de toute la région sous-claviculaire.

Une ponction fut pratiquée le même jour avec l'aspirateur de Potain, suivant l'avis de nos distingués collègues MM. Lacour, Ollier, Orcel et Mouisset. La ponction donna issue à 900 grammes d'un liquide séro-sanguinolent très hématique. On laissa intentionnellement dans la plèvre une quantité à peu près égale de liquide.

Le soulagement fut immédiat; malheureusement, comme on l'avait prévu, l'épanchement se reproduisit et les troubles respiratoires qui s'aggravaient rapidement nécessitèrent une nouvelle ponction qui fut pratiquée le 3 janvier après un nouvel examen de M. Mouisset. On retira encore un litre environ de liquide séro-sanguinolent, d'une coloration plus hématique que la première fois.

Dans la nuit du 3 au 4 janvier, le malade, dont le bon état général étonnait tous ceux qui l'approchaient, eut un frisson qui dura une vingtaine de minutes. — Pendant ces dix à douze jours de séjour au lit, le méat hypogastrique avait, comme de coutume, assuré la fonction vésicale. En dehors de quelques douleurs dues probablement à une évacuation incomplète de la vessie, aucun incident ne se produisit du côté des voies urinaires. Cependant dans la nuit du 2 janvier était survenue une douleur vive dans le testicule gauche, avec tous les signes d'une épididymite. C'était la troisième fois que le testicule gauche était atteint. Les deux premières épididymites, de date ancienne et d'origine prostatique, comme la troisième, du reste, s'étaient terminées par résolution : il n'en fut pas de même de la troisième. A l'autopsie, on trouva une épididymo-orchite suppurée. — C'est à ce foyer de suppuration qu'il faut très probablement attribuer la purulence de l'épanchement pleural, purulence qu'avait fait redouter le frisson du 4 janvier.

A une troisième ponction, nécessitée encore par une dyspnée intense, on retira en effet un liquide épais, rougeâtre, manifestement purulent.

L'opération de l'empyème fut immédiatement décidée et exécutée. A ce moment encore, notre affectionné maître semblait pouvoir guérir. Sa résistance avait été jusque-là vraiment merveilleuse. Son moral était excellent, il s'alimentait et tout espoir n'était pas perdu.

Je le vois encore apercevant le liquide purulent de cette dernière ponction. Il parut surpris, mais son visage ne laissa paraître ni crainte ni découragement, et il me demanda d'ouvrir, « comme il convenait », la plèvre malade.

Cette dernière opération, pratiquée dans l'après-midi du 6 janvier, nous démontra alors l'impuissance de nos efforts. Lorsque le pus se fut écoulé au dehors par l'incision thoracique, nous eûmes la triste conviction qu'il n'y avait plus rien à faire : on sentait nettement, avec l'extrémité de l'index introduit dans la cavité pleurale, une induration sous forme de tumeur allongée, de plastron faisant corps avec la face interne des côtes qui avaient été primitivement douloureuses.

Le bord du poumon était induré, mamelonné. Il s'agissait, à n'en plus douter, d'un *cancer pleuro-pulmonaire*. L'opération donna tout ce qu'elle pouvait en pareil cas. J'ai sous les yeux, en écrivant ces lignes, la dernière lettre de mon cher maître. La veille de sa mort, le 6 janvier, il traçait d'une main tremblante ces quelques lignes, où se retrouvent la confiance, l'esprit qui ne l'ont jamais abandonné :

7 janvier.

« Excellente nuit. Je n'ai plus de douleurs. Je suis cependant plein d'impatience pour savoir comment, après l'avoir vu, vous vous y prendrez pour persuader au liquide qu'il est mieux *dans un bocal que dans un autre*... »

Le lendemain, 8 janvier, Diday s'éteignait dans l'après-midi, après quelques heures de subdélirium tranquille qui lui laissait encore quelques répits pendant lesquels il reconnaissait ceux qu'il aimait et qui le pleurent aujourd'hui.

Suivant sa volonté, son autopsie a été pratiquée. Elle a été faite le 10 janvier par M. Lagoutte, doyen actuel de l'Internat, avec l'assistance de mon chef de laboratoire, M. le docteur Louis Dor, et en présence de ses amis les docteurs Aubert, Doyon et Orcel.

L'autopsie fut partielle. Elle avait un double but; préciser les causes de la mort, rechercher l'état des voies urinaires.

L'examen de la plèvre et du poumon droit permit de reconnaître une *néoplasie maligne* avec un épaississement considérable en certains points de la plèvre pariétale, surtout au niveau des côtes douloureuses. De-ci, de-là on apercevait des nodosités cancéreuses intra-pleurales. Sur la plèvre viscérale, recouverte d'un exsudat purulent, on notait les mêmes lésions pathologiques. Le poumon droit était adhérent dans la plus grande partie de son étendue, tout au moins par sa face postérieure et par son sommet. L'épanchement s'était plus particulièrement collecté entre sa base et le diaphragme, entre la face antérieure du poumon et la paroi sous-claviculaire.

Dans le parenchyme pulmonaire, il n'existait pas de noyaux cancéreux; mais au niveau du bord inférieur du poumon une masse néoplasique d'origine pleurale, du volume d'un petit œuf, avait pénétré dans son tissu. Elle était adhérente en avant à la paroi costale. Dans le médiastin, il existait de nombreux ganglions dégénérés. Quant au squelette avoisinant, il paraissait indemne, les côtes étaient plus ou moins raréfiées, mais non envahies par le néoplasme.

Les examens histologiques qu'a faits M. Dor des tumeurs pleurales ont démontré leur nature sarcomateuse. Il s'agit d'un *sarcome fasciculé* que l'on peut supposer développé primitivement dans la plèvre.

Tous les autres organes n'ayant pas été méthodiquement autopsiés, nous ne pouvons être plus affirmatif sur le point de départ de la tumeur.

Les cancers primitifs de la plèvre sont, en effet, particulièrement rares; ils existent cependant, et chez Diday, en tenant compte de l'absence de toute autre manifestation clinique appréciable, d'un néoplasme dans un autre organe, dans une autre région, on peut admettre cette localisation primitive exceptionnelle.

Il est mort dans sa 83e année, d'une tumeur maligne qui, après la ponction, pouvait être soupçonnée, mais non diagnostiquée.

Comme dans beaucoup de cancers viscéraux, la mort a été le fait d'une complication; elle n'a pas été le résultat d'une intoxication lente, progressive. Aucune cause occasionnelle de néoplasie ne saurait être invoquée. Dois-je signaler cette particularité : son père serait mort à l'âge de 86 ans, et très probablement d'un cancer de l'estomac. Dans les derniers temps de sa vie, il cessa de pouvoir s'alimenter et mourut cachectique.

Je passerai sous silence l'examen des organes urinaires qui présente un grand intérêt au point de vue de la cystostomie sus-pubienne.

Qu'il me soit permis cependant de dire que les reins étaient sains, qu'il n'existait pas de signes de pyélo-néphrite, et qu'aucune lésion de l'appareil urinaire ne pouvait laisser prévoir une fin prochaine.

Il existait à gauche, comme nous l'avons vu, une orchite suppurée. De ce foyer purulent d'origine prostato-vésicale a pu partir l'infection qui a modifié les caractères de l'épanchement pleural, d'abord séro-sanguinolent.

Les précautions usuelles d'asepsie, lors des ponctions, avaient été trop rigoureusement prises, pour admettre une infection par les instruments.

Ce n'est pas sans une émotion pénible que j'ai consigné ici la maladie, les souffrances d'un de nos collègues les plus affectionnés, les plus éminents, dont le nom a jeté tant d'éclat sur la Presse médicale, sur l'école de l'Antiquaille. Pendant sa vie il avait été l'honneur de nos assemblées, le maître respectueusement écouté par tous. Après sa mort, en demandant son autopsie, il a encore donné un exemple. Il a voulu une dernière fois être utile à la science qu'il avait tant aimée, et qu'il a si hautement personnifiée pendant de longues années.

A. Poncet.

Les vétérans de la guerre de sécession.

On sait à quelle quantité de fraudes et d'abus donne lieu le service des pensions aux vétérans de la guerre de Sécession. Ce qu'on ignorait peut-être encore, c'est la manière dont les conseils médicaux chargés de faire une enquête sur les titres de ces vétérans à recevoir une pension de l'Etat rédigent les déclarations sous serment par lesquelles ils reconnaissent ou réfutent les titres des postulants.

Voici quelques spécimens de ces déclarations :

La voix du postulant n'est point caractéristique de la surdité qu'il allègue.

Un autre :

Le réclamant allègue la perte de la mémoire, mais comme nous n'avons pu extraire celle-ci pour l'examiner, nous n'avons rien à dire ; il faut s'en rapporter à la propre déclaration de l'intéressé, que nous estimons nulle.

Ou bien :

Le postulant ne peut lire beaucoup sans lunettes. Du reste, il n'a jamais pu beaucoup lire. Il n'a reçu aucune instruction.

Un quatrième, donnant la description d'une blessure, dit :

Au milieu, l'on peut voir une grosse masse rouge, grosse comme l'œuf d'une petite poule, ou plutôt comme un petit œuf, que la poule soit elle-même de grandes ou de petites proportions.

Enfin, un autre nous laisse soupçonner qu'il y a une partie inférieure à la plante du pied, car il dit :

Je trouve une blessure au pied de cet homme, à la jonction de la plante avec la partie supérieure.

(*Le Petit Temps*.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Etude de la laryngite syphilitique secondaire, par Henri Mendel.

La laryngite syphilitique secondaire n'est pas extrêmement fréquente. Elle frappe environ 5 0/0 des syphilitiques. Le maximum de fréquence s'observe de trois à six mois après l'accident primitif.

Cette affection peut se présenter sous quatre aspects différents :

a) L'*érythème*, mode banal, dont la nature ne pourrait être soupçonnée que par la chronicité et l'absence de toux et de sécrétion.

b) Les *plaques muqueuses*, qu'on observe dans plus de la moitié des cas; ces érosions ont leurs caractères habituels sur la partie rosée de la muqueuse du larynx, sur les cordes vocales, elles se présentent sous l'aspect de taches ou de bandes blanc-mat. L'érythème précède toujours, au moins sur les cordes vocales, l'éruption des plaques muqueuses. Cette affection congestive et érosive pourrait être désignée sous le nom de *chordite spécifique*.

c) Les *papules* s'observent le plus souvent sur le bord libre des cordes vocales. Elles évoluent avec une grande rapidité sous l'influence du traitement. Quelques-unes portent à leur sommet une syphilide érosive.

d) *L'hyperplasie de la muqueuse*. Elle peut être partielle ou généralisée. Elle représente l'aboutissant des formes sévères de la laryngite secondaire.

Le diagnostic de cette laryngite ne présente pas en général de difficultés, étant données les formes caractéristiques qu'elle revêt le plus souvent. En cas de doute, la recherche d'accidents syphilitiques contemporains éclairerait la situation

La durée moyenne de l'affection est de un mois à six semaines. Les cas graves durent plus longtemps et se terminent d'habitude par une hyperplasie partielle ou généralisée, de la muqueuse. Mais on peut dire que la laryngite secondaire est, dans la majorité des cas, une affection bénigne.

Le traitement général spécifique est de la plus grande utilité, mais le traitement local nous paraît le plus souvent indispensable. Il est composé essentiellement de cautérisations laryngées, au moyen d'une solution forte de nitrate d'argent. En outre, un traitement hygiénique s'impose.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Thèses du 5 au 10 février 1894.

Jeudi 8. — M. Ardillaux. Contribution à l'étude clinique de la septicémie aiguë gazeuse. — M. Poirier. De la rétention partielle du placenta après l'accouchement. — M. Bergeron. Des dermopathies blennorrhagiques. — M. Bisserié. Etude des différents modes de propagation du bacille tétanique. — M. Vlantassopoulo. Contribution à l'étude de l'hérédité dans l'hémorrhagie cérébrale. — M. Jeulin. Etude sur les corps étrangers intra-oculaires et sur l'ophthalmie sympathique consécutive. — M. Cuenod. Bactériologie et parasitologie clinique des paupières. — M. Dos Santos. Considérations sur la bactériologie gynécologique.

VARIÉTÉS

Corps de santé des colonies. — MM. Le Roux et Garey sont nommés médecins de 2e classe.

Corps de santé de la marine. — M. Boyer est promu médecin de 1re classe.

Concours de l'internat. — Les notes des dernières copies ont été : 21. Dujarier.

18. David, Descazals, Pinault.

Les épreuves orales ont commencé ensuite et les premières séances ont donné les résultats suivants :

16. Guinard (37), Proust (39).

14. Long (36), Jacobson (37), Faitout (38), Angelesco (36).

13. Jolly (35), Mortagne (37), Montbouyran (38). (12). Zeimet (33), Siron (34).

11. Chauvel (34), Fauvel (L.) (33), Mettetal (32).

10. Piaget (30), Dujarier (31), Laroche (31), Hepp (32).

9. Luys (29), Desvaux (30), Larrieu (29).

8. Cocherné (28), Thiénot (29).

7 et au-dessous. Chastanet (20), Delmond (22), Ancelet (28), Gosset (28), Darin (28).

Un nouveau journal. — Nous annonçons le premier numéro de la *Revue mensuelle de stomatologie*, publiée sous la direction de M. Magitot.

Docteurs en médecine reçus par les facultés françaises pendant l'année scolaire (1892-93). En France, le nombre des docteurs en médecine reçus par les Facultés françaises en 1892-93 a été de 723, en augmentation de 88 sur l'année précédente (1891-92).

	1892-93	*1891-92*
Bordeaux......	88	74
Lille..........	10	14
Lyon..........	104	108
Montpellier	50	53
Nancy.........	15	10
Paris..........	441	371
Toulouse.......	15	5
	723	635

Le nombre des docteurs reçus en 1890-91 était de 594.

Les pigeons voyageurs et le vaccin. — Tout le monde, à Paris, se fait vacciner ou revacciner en ce moment, et l'un de nos spirituels confrères assurait, l'autre jour, que ce serait la grande attraction des salons de cet hiver. Un médecin-major du 137e régiment d'infanterie, M. Stœbel, vient de faire, à ce propos, une bien curieuse expérience de transport de vaccin de Fontenay-le-Comte à la Rochelle par pigeons voyageurs. Dans le tuyau de plume fixé à la plume médiane de la queue, de la manière ordinaire, on avait placé, au lieu de dépêche sur papier pelure comme on le fait d'habitude, des tubes à vaccin bien calés par de petits morceaux d'allumettes. Les tubes sont arrivés intacts à destination en cinquante-cinq minutes. Il est facile comprendre les services que peuvent rendre, en ce genre, les pigeons voyageurs en temps de guerre. Supposez une épidémie de variole dans une ville investie et privée de toute communication avec le reste du pays, cet admirable mode de transport remédierait rapidement à la pénurie du vaccin, si elle existait. La multiplication des colombiers civils et militaires, établis sur tous les points du territoire français, faciliterait singulièrement, s'il devenait nécessaire, l'emploi du vaccin dans toute la France. (Le *Petit Temps*.)

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés et très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-aliment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De la néphrolithotomie et de l'hémostase préventive dans les opérations sur le rein, par M. le docteur Tuffier.

L'opération qui consiste à enlever les calculs contenus dans un rein *aseptique* prend le nom de néphrolithotomie. Elle doit être distinguée de la néphrotomie ou simple incision du rein. Cette distinction est justifiée par ce fait que la néphrolithotomie constitue une opération réglée, typique, dont tous les temps peuvent être prévus et décrits, et dont les dangers et les complications peuvent être évités, parce qu'ils sont connus d'avance ; alors que la néphrotomie appliquée à un rein suppuré est une intervention variable pour ainsi dire avec chaque cas, suivant le siège, le volume, les lésions de l'organe.

J'ai étudié la néphrolithotomie au point de vue expérimental, j'ai eu l'occasion d'appliquer dans six opérations les principes que l'expérimentation m'avait permis d'établir, et j'ai reconnu qu'ils s'appliquaient de tout point à la chirurgie. Ils ont d'ailleurs été adoptés généralement. C'est ainsi que l'incision sur le bord convexe du rein, l'hémostase préventive, la suture complète de l'incision rénale, sont aujourd'hui admises et pratiquées.

Cette opération, essentiellement conservatrice, doit être préférée à l'ablation de l'organe et nous devons en étendre les indications. Les *limites* de cette opération sont, pour ainsi dire, indéfinies : ni la pluralité des calculs, ni leur irrégularité, ne doivent faire modifier les grandes lignes du procédé opératoire, ni surtout faire sacrifier le rein.

La lithiase urinaire est une maladie générale, elle frappe souvent les deux glandes simultanément ou successivement ; tous nos efforts doivent donc tendre à conserver un organe qui, malgré l'incision dont il a été l'objet, peut fonctionner normalement, comme je l'ai expérimentalement vérifié.

Si, chez un animal rendu lithiasique par l'ingestion d'oxamide, on pratique une néphrectomie, l'animal succombe. Si même cette ablation de l'un des reins est faite chez un animal qui depuis longtemps n'est plus soumis à l'ingestion du médicament, la mort en est la conséquence. C'est que la lithiase expérimentale a déterminé dans les deux reins une néphrite scléreuse, et nous savons quels sont les dangers de l'ablation de l'un des reins en pareil cas. Dans deux expériences mes animaux sont morts anuriques. Les résultats ne sont d'ailleurs que la confirmation de ce que la clinique nous apprend. J'ai montré que, à l'inverse de ces faits, un rein, incisé et suturé méthodiquement, continuait à fonctionner normalement. Il y a donc tout intérêt à pratiquer la néphrolithotomie, à élargir le cadre de ses indications, à perfectionner sa technique opératoire.

A cet égard, c'est dans deux directions que doivent s'étendre nos recherches. Elles doivent tendre à diminuer les chances d'hémorrhagie, seul grand danger, et à reconstituer aussi parfaitement que possible l'organe incisé, puisque c'est par la diminution de leur champ d'excrétion rénale que les lithiasiques urinaires sont menacés. Voici, à cet égard, une opération où ces principes conservateurs ont été rigoureusement appliqués :

Calcul rénal ayant séjourné 35 ans dans le rein. Accidents douloureux graves et répétés. Néphrolithotomie. Hémostase préventive. Incision des calices. Extraction de trois calculs ramifiés pesant 35 grammes. Reconstitution des calices et suture du rein. Réunion complète et sans drainage. Guérison au dixième jour. — H... est un Bourguignon de 42 ans, petit, assez maigre, mais vigoureux, qui nous est envoyé pour des accidents douloureux du côté du rein droit. Issu de parents morts dans un âge avancé, il n'a eu lui-même que deux maladies infectieuses : un érysipèle de la face à 21 ans et une pneumonie à 25 ans. Les accidents douloureux pour lesquels il nous est adressé ont débuté à l'âge de 7 ans (il y a donc 35 ans). A cette époque, il fut pris brusquement d'une violente douleur occupant la région lombaire *droite* avec irradiations dans le pli de l'aine. Cette douleur persista environ une journée et s'accompagna de vomissements. Depuis cette époque la région lombaire resta toujours endolorie dans l'intervalle des crises. Trois ou quatre mois après ce premier accès de colique néphrétique, le malade fut pris d'accidents exactement semblables, et jusqu'à l'âge de douze ans ces douleurs se répétèrent avec les mêmes caractères, à des intervalles d'environ un mois. H... ne peut donner aucun renseignement sur l'état des urines à ce moment. Vers cette époque, les crises augmentèrent d'intensité et devinrent plus fréquentes, au point de se répéter chaque semaine. Ce n'est qu'à l'âge de 18 ans qu'elles furent suivies de légères hématuries. En même temps les urines étaient teintées de sang toutes les fois que le malade se livrait à une marche prolongée ou à un exercice pénible ; mais il n'y eut jamais d'expulsion de graviers ou même de sable.

A l'âge de 25 ans, les crises changèrent d'allure; elles furent moins nettement classiques, elles ne s'accompagnèrent plus de vomissements, mais la douleur devint plus fixe, presque permanente, siégeant toujours à droite. Les urines, claires jusqu'alors, laissèrent déposer un peu de sable gris.

C'est surtout depuis quatre ans que l'état douloureux devient réellement grave; il est permanent et il oblige le malade à s'aliter. Les accès ne sont calmés que par la pression sur le flanc; aussi le patient a-t-il l'habitude d'appuyer et d'enfoncer fortement son poing dans l'échancrure iléo-costale. Cet état persiste quelques semaines, puis il laisse un peu de répit au malade. Mais au mois d'octobre 1892, une chute de voiture vient rendre la situation intolérable, bien que la région lombaire n'ait pas été le siège d'un traumatisme particulier et qu'une très légère hématurie en ait été la seule complication immédiate. Les crises douloureuses se répètent alors tous les 4 ou 5 jours et à heure fixe (2 heures de l'après-midi) et cessent environ 12 heures après, au milieu de la nuit. Pendant ces crises, le malade est en proie à une agitation très vive, il se tord sur son lit. Aussitôt l'accès terminé, il ne persiste qu'un endolorissement qui permet la marche et même des mouvements assez étendus sans que jamais l'exercice ait aggravé cet état.

C'est dans ces conditions que je vis le malade. Mon diagnostic fut : calcul du rein. Je fis continuer le traitement employé dès le début de l'affection, c'est-à-dire les grands bains, l'eau d'Evian, le régime antilithiasique, le benzoate de lithine, la glycérine vantée en ces derniers temps, et les révulsions locales sous forme de sinapismes et de pointes de feu, auxquelles on joignit la morphine pendant les accès. Ce traitement n'eut aucune action et au mois d'octobre le médecin du malade, M. le Dr Boursot, de Nuits, me l'envoyait de nouveau.

Les signes physiques étaient alors les suivants : A droite, aucune augmentation de volume du rein qui n'est pas perceptible par les manœuvres employées à cet effet. Douleur à la pression lombo-épigastrique simple ou combinée. La percussion de la région lombaire, surtout au niveau de la colonne vertébrale, réveille une douleur très vive dans la région rénale et le long de l'uretère ; ce canal est peut-être un peu plus sensible à la pression que celui du côté opposé. L'examen par le toucher rectal ne détermine aucune douleur au niveau de

l'embouchure de l'uretère dans la vessie. L'exploration vésicale est négative, il n'y a aucun calcul, et la vessie est également sensible dans toute son étendue. La région lombaire *gauche* n'est le siège d'aucune douleur à la pression; le rein de ce côté n'est pas perceptible. Les urines sont jaune-pâle, de quantité un peu supérieure à la normale, 1,600 gr. Elles laissent un dépôt nuageux au fond du bocal, mais la partie qui surnage est très limpide. Le dépôt est formé d'urates, d'oxalate de chaux, de cellules épithéliales de la vessie et de globules blancs, ce qui explique la mention « albuminurie en petite quantité » que donne l'analyse qualitative. Les autres appareils sont normaux, l'état général est satisfaisant, bien que le malade soit fatigué par la persistance de ses crises douloureuses. En présence de ces accidents, je n'hésite pas à proposer la néphrolithotomie, qui fut acceptée et pratiquée le 2 novembre 1893, à la maison de santé de la rue Bizet, avec l'aide de MM. Bresset et Huber et le concours de mon interne, M. Navarro.

Incision lombaire presque parallèle à la 12e côte, ayant 14 centimètres de long (le rein n'étant pas perceptible et par conséquent haut placé), partant de l'angle costo-lombaire et traversant méthodiquement les différents plans de la région. Elle passe au-dessus du grand nerf abdomino-génital. Discission de la capsule adipeuse du rein qui n'est pas hypertrophiée ni indurée. Je sens, dans le tiers supérieur de mon incision, l'extrémité inférieure de la glande, et dès le premier essai de palpation j'ai la sensation bien nette du frottement de plusieurs calculs les uns sur les autres, véritable *collision crépitante*. Dénudation lente de la face postérieure et du bord convexe du rein; cette manœuvre se fait facilement pour le tiers inférieur de l'organe et permet l'exploration du hile dans lequel je sens un calcul longuement engagé dans l'uretère. En haut, au contraire, j'atteins difficilement la glande cachée derrière les côtes, et je ne sens, du reste, aucune induration symptomatique d'un calcul. J'arrive lentement à mobiliser l'organe entier et je le descends au niveau de la plaie, où je puis l'explorer facilement du doigt et de l'œil. Il est un peu plus gros qu'un rein normal, sa couleur est celle d'une glande saine; sa moitié inférieure contient des calculs, sa moitié supérieure présente sa consistance habituelle. Je reconnais son bord convexe, mais, avant de l'inciser, j'essaie de pratiquer, suivant mon procédé, l'*hémostase préventive par compression du pédicule*, soit entre les doigts d'un aide, soit entre les mors d'une pince spéciale.

Ici, cette manœuvre ne peut être exécutée avec la pince, parce que l'origine de l'uretère et le bassinet sont occupés par un gros calcul qui empêche de fermer les mors de l'instrument. Il en est tout autrement de la compression digitale, qui passe au-dessous de l'obstacle et reconnaît les vaisseaux. Incision de sept centimètres sur le bord convexe et l'extrémité inférieure de l'organe. Je traverse une épaisseur de parenchyme d'environ un centimètre et demi avant de sentir les calculs; cette incision se fait presque à blanc, grâce à l'hémostase préventive. J'extrais un premier calcul irrégulier, puis explorant avec le doigt, je trouve une pierre volumineuse, très irrégulière, enclavée de tous côtés par des prolongements multiples. Faisant alors écarter, par deux pinces à griffes larges, les deux bords de l'incision rénale, j'isole doucement le centre de la pierre des parois du bassinet et je vois deux longues cornes qui s'engagent dans les deux calices supérieurs et qui montent assez haut dans le rein. J'incise alors dans toute leur longueur les deux calices et le parenchyme rénal situé autour, et, dégageant ainsi les prolongements de la pierre, je la mobilise et je l'enlève tout entière. Elle a la forme d'une tête d'âne, dont le museau serait enfoncé dans l'uretère, et dont les deux longues oreilles, dressées en haut, étaient coiffées par les calices et le parenchyme rénal. Enfin, j'enlève encore un calcul branchu dans un des calices inférieurs.

Ayant alors exploré avec le doigt, avec une sonde cannelée et avec un explorateur métallique l'uretère et toutes les parties du rein, je m'assure qu'il ne reste aucun fragment, que l'uretère est perméable, que le rein ne présente pas trace de suppuration ou d'infection appréciable. Je fais la suture de toutes mes incisions intra-rénales au catgut et séparément, de façon à reconstituer anatomiquement l'organe (suture des calices). Puis, libérant de mes pinces les deux valves du rein, je réunis complètement l'incision rénale par six points de suture au catgut n° 2 passés en plein parenchyme. L'affrontement est fait aussi exactement que possible, en évitant de serrer trop les fils, suivant les principes que j'ai exposés. On cesse alors la compression du pédicule (hémostase préventive) et l'hémostase définitive est obtenue par la suture des lèvres de l'incision rénale. Suture de la plaie lombaire en trois étages au catgut.

Un des fils qui a servi à suturer la plaie rénale est également fixé à la partie supérieure de la plaie des parties molles des lombes; il a pour but de réunir l'extrémité inférieure du rein à la plaie et d'assurer ainsi son contact, en même temps qu'il deviendrait une garantie en cas d'épanchement urineux. Réunion de la peau au crin de Florence, le tout sans aucun drainage. (Durée de l'opération, 40 minutes.) Les calculs enlevés sont formés d'acide oxalique et de phosphates de chaux et d'acide urique (Huber). Ils pèsent à l'état sec 35 grammes.

Les suites opératoires sont absolument nulles. La température n'a jamais dépassé 37°4; le malade n'a pas souffert. Les points de suture ont été enlevés le 9e jour; le 15e, le malade se levait, et il sortait de la maison de santé, n'ayant aucune douleur, le 21e jour. Voici les quantités d'urine émises chaque jour :

Régime lacté absolu pendant les vingt jours (2 1/2 à 3 litres par jour).

1er	jour	1.500	grammes.	11e	jour	2.900	grammes.
2e	—	1.700	—	12e	—	2.300	—
3e	—	1.600	—	13e	—	2.450	—
4e	—	2.300	—	14e	—	2.200	—
5e	—	3.000	—	15e	—	1.150	—
6e	—	3.400	—	16e	—	2.550	—
7e	—	2.500	—	17e	—	2.200	—
8e	—	2.600	—	18e	—	2.000	—
9e	—	2.500	—	19e	—	1.850	—
10e	—	1.800	—	20e	—	2.400	—

Légère teinte rosée de l'urine pendant les 2 premiers jours. L'urine devient complètement claire à partir du 10e jour. Au 21e jour seulement, je permets au malade le régime mixte.

Le fait que je tiens à mettre en évidence a trait à l'*hémostase* dans cette opération. Dans divers travaux antérieurs, j'ai étudié à cet égard le siège d'élection dans les incisions chirurgicales du rein, et j'ai établi anatomiquement que le bord convexe devait être préféré aux parties latérales comme donnant un minimum d'hémorrhagie et un minimum de dégénérescence cicatricielle de parenchyme secréteur; ces recherches ont été vérifiées, et mes conclusions ont été adoptées par Barth au dernier Congrès des chirurgiens allemands.

J'ai étudié également les procédés d'hémostase dans les opérations sur le rein, cette hémostase peut être temporaire, préventive, définitive; j'ai montré que la compression légère et prolongée suffisait à l'*hémostase temporaire*, et j'en ai établi les raisons anatomiques et physiologiques. La démonstration de ces faits me paraît de première importance en face des désastres auxquels on s'exposait en pratiquant la néphrotomie et en voulant

appliquer à cette opération les procédés habituels d'hémostase temporaire par pincement; nombre d'opérés ont succombé à l'hémorrhagie. Si, en effet, on veut arrêter l'écoulement sanguin d'un vaisseau du rein au moyen d'un pince, on déchire tout simplement le parenchyme de l'organe et on crée deux sources d'hémorrhagie au lieu d'une seule. Si on veut poursuivre, on déchire ainsi tout le rein et on arrive jusqu'au hile que l'on doit lier; il ne reste plus alors d'autre ressource que d'enlever le rein, si on a la chance que le malade ne soit pas mort d'hémorrhagie avant ce moment. Je n'insisterais pas sur ces faits si la relation d'opérations récentes ne venait montrer que la *compression* en masse n'est pas encore pratiquée par tous les chirurgiens étrangers. J'attache beaucoup plus d'importance encore à l'*hémostase préventive*. Elle met à l'abri de tout accident, elle permet d'effectuer presque à blanc les incisions du rein, et elle rend possibles les explorations et les dissections intra-rénales les plus délicates et la reconstitution anatomique de l'organe. Lorsque l'artère et la veine sont prises dans une pince spéciale ou entre les doigts d'un aide, l'opérateur est maître de la situation et il peut opérer à loisir et avec précision. Les six opérations dans lesquelles j'ai appliqué cette méthode m'ont permis d'étudier comparativement les deux procédés que j'ai préconisés: compression *digitale;* compression *instrumentale*.

Quel que soit le procédé employé, cette hémostase préventive, pour être inoffensive et efficace, nécessite un certain nombre de conditions. Le rein doit d'abord être *libéré* bien complètement et bien exactement de sa capsule adipeuse et des brides cellulo-fibreuses qui le fixent en haut et en bas. Cette dénudation ne présente aucune difficulté, et elle permet d'abaisser la glande dans le champ opératoire, d'en explorer les contours et le hile et d'aborder le pédicule. Pour aborder ce pédicule, les doigts ou les instruments doivent passer *au-dessous de l'extrémité inférieure du rein;* c'est la voie la plus large, car en haut le champ opératoire est limité par le plan inextensible que constituent la 12e côte et l'aponévrose épaisse dite costo-lombaire. Ce n'est que dans les cas d'allongement tout spécial de ce pédicule, comme il arrive pour le rein flottant, qu'il serait possible à la rigueur d'aborder le pédicule en contournant l'extrémité supérieure de la glande. La *compression* du pédicule en elle-même, qu'elle soit digitale ou instrumentale, est inoffensive. J'ai expérimenté à cet égard sur les animaux, et j'ai vu qu'il était possible d'interrompre la circulation dans le rein et dans l'uretère pendant une demi-heure, sans que le fonctionnement de l'organe fût compromis. Une légère albuminurie, qui disparaît en quelques heures, en est la seule conséquence; la fonction et l'organe reviennent à l'état physiologique. Quant au reflux possible du liquide urinaire dans le champ opératoire, il n'a pas le temps de s'établir, la vacuité de l'organe étant provoquée par la malaxation des manœuvres opératoires. D'ailleurs ce reflux n'aurait d'importance que si le liquide sécrété était septique; l'innocuité de l'infiltration de l'urine aseptique n'est plus à démontrer.

L'hémostase par compression *digitale* s'obtient très facilement: un aide, placé à droite de l'opérateur, introduit l'index et le médius suivant le bord concave du rein. Arrivé sur le pédicule, il reconnaît les battements de l'artère et les suit le plus loin possible du côté de l'aorte; il écarte alors les deux doigts et serre les éléments du pédicule. Cette constriction ne nécessite qu'un effort très faible. La compression *instrumentale* se fait au moyen d'une pince chaussée de caoutchouc qui remplace les doigts de l'aide après avoir été glissée à leur place.

L'instrument que je vous présente, et dont les courbures ont été calculées de façon à pouvoir facilement aborder le pédicule et à occuper un espace minimum dans le champ opératoire, remplit les indications. L'élasticité de ses mors est telle que, serrée modérément, elle ne peut blesser les vaisseaux ni les altérer au point de faire craindre une oblitération. Cette pince doit être serrée très lentement, jusqu'à ce que les battements cessent d'être perçus au-dessus d'elle dans le pédicule. Quel que soit le procédé employé, cette hémostase préventive doit être prolongée jusqu'à suture parfaite du rein.

Le procédé de choix est l'hémostase par *compression digitale*. Elle est plus facilement graduée d'une façon exacte; elle est plus douce et plus inoffensive pour les vaisseaux, et ne risque pas d'exercer des tractions sur le pédicule pendant les manœuvres ultérieures sur le rein. Mais elle a l'inconvénient de nécessiter la présence des doigts d'un aide dans le champ opératoire déjà restreint. La *compression instrumentale*, faite par notre pince, gêne moins l'opérateur; l'instrument tient peu de place, et à la condition qu'on ne détermine aucun mouvement brusque à son niveau pendant l'opération, c'est un procédé inoffensif, qui présente cependant une contre-indication : quand l'uretère est occupé par une concrétion volumineuse et assez profondément engagé dans ce conduit, la compression digitale est seule possible. Les mors de la pince ne peuvent alors atteindre le pédicule vasculaire, et, seule, la compression digitale et intelligente peut reconnaître et comprimer les vaisseaux indépendamment de l'uretère.

L'hémostase préventive et temporaire est transformée en hémostase *définitive* par la suture des valves du rein, et ce n'est qu'après exécution parfaite de cette suture que la compression peut être levée; l'organe devient alors turgescent, un léger suintement se fait au niveau des points de suture; une compression légère de quelques minutes en a raison. L'absence d'hématurie consécutive à cette opération prouve bien l'efficacité de cette hémostase. Je n'ai jamais eu d'accidents chez mes six opérés.

J'insiste également sur les *manœuvres intra-rénales* que m'a si largement facilitées l'hémostase préventive. Il n'est pas indifférent d'arracher un calcul en contusionnant ou en déchirant le parenchyme, ou, au contraire, d'inciser méthodiquement le rein pour enlever un calcul ou ses prolongements. Dans le premier cas, la plaie rénale se cicatrisera sous forme d'une zone scléreuse oblitérant plus ou moins loin les canaux excréteurs de l'organe et provoquant leur atrophie dans une étendue variable. L'incision des calices suturés bien exactement conserve au rein des canaux excréteurs suffisants et assurant *au maximum* son fonctionnement ultérieur.

Ces différents temps de la néphrolithotomie, exécutés avec les précautions que nous venons de signaler, en assurent l'innocuité. En mettant à l'abri du seul grand danger de cette opération, l'hémorrhagie, ils en assurent également le succès opératoire et thérapeutique, en permettant la reconstitution anatomique de l'organe, et en rétablissant au maximum son fonctionnement ultérieur.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine. — M. Lebreton.

Un cas de purpura infectieux.

La malade sur laquelle je veux aujourd'hui, Messieurs, attirer votre attention est entrée il y a quelques jours dans les baraques de l'isolement et se trouve dans une chambre particulière du service de la variole. Elle a en effet présenté des symptômes qui ont pu faire croire à un début de variole hémorrhagique. M. Carpentier, interne du service, l'a très

judicieusement fait isoler dès son entrée. Voici en effet les renseignements que nous fournissait cette jeune fille et qui formaient le début de l'histoire de l'affection. Il y a huit jours, cette jeune femme éprouva une très vive frayeur (sa maison est immédiatement voisine du foyer d'incendie de la rue Richer). Ce n'est cependant que trois jours après, mardi dernier, qu'elle présenta les premiers symptômes de sa maladie.

Ce jour-là, elle fut prise brusquement de frissons, de douleurs intenses le long de la colonne vertébrale, surtout entre les épaules et dans la région lombaire. En même temps, se développait une céphalée accompagnée de vertiges et de vomissements. Elle eut à plusieurs reprises des épistaxis abondantes. Les règles apparurent cependant normalement (elle était à l'époque menstruelle).

Dans la nuit du mardi au mercredi, se montra une éruption débutant par les mains, gagnant plus tard la poitrine, le dos, les membres inférieurs, mais respectant complètement la face.

Ces phénomènes s'accentuant, l'état général devenant grave, on envoie la malade à l'hôpital avec la pensée qu'il s'agissait d'une variole hémorrhagique.

Voici les caractères que présentait la malade à la visite du mercredi matin :

Etendue dans le décubitus dorsal, la face pâle, l'aspect affaissé, elle répondait difficilement, paresseusement aux questions : cependant l'intelligence était nette. La respiration courte, accélérée, prenait les caractères d'une véritable dyspnée quand on faisait asseoir la malade.

Sur les mains, les avant-bras, se montrait une éruption presque confluente de taches purpuriques aussi nettes que possible. Chaque élément en particulier était constitué à son centre par une hémorrhagie noirâtre entourée d'une auréole lie de vin aux bords irréguliers. Le tout formait une macule de la grandeur d'une pièce de 20 centimes environ : quelques-unes étaient encore plus étendues et offraient le diamètre d'une pièce de 50 centimes.

J'ai dit que l'éruption était confluente aux mains et aux avant-bras ; elle était discrète au contraire sur les bras, cinq ou six taches seulement se voyaient sur le ventre et la poitrine, autant dans le dos : l'éruption redevenait abondante sur les régions fessières et les membres inférieurs.

La poitrine ne présentait aucun râle, la dyspnée ne tenait donc pas à l'état du poumon ; par contre, le cœur offrait les signes d'une insuffisance à sa tâche très accentuée. Le pouls était petit, fréquent, à peine perceptible. Les bruits du cœur s'entendaient comme dans le lointain, sourds, mal frappés, et présentaient ce rhythme particulier que l'on désigne sous le nom de rhythme fœtal : pas de bruit de souffle. Lorsqu'on asseyait la malade, elle était prise de tendances syncopales et vous nous avez vus obligés d'abréger autant que possible l'auscultation des régions postérieures du poumon ; la rate était grosse, le foie normal ; les urines troubles, à peine albumineuses, la température, qui était la veille de 39°, était tombée à 38°5 ; les extrémités étaient froides ; la peau donnait partout à la main une sensation d'algidité.

En présence de ces symptômes, quel était le diagnostic que nous allions porter, et d'abord s'agissait-il, comme on l'avait pensé, d'une variole hémorrhagique ?

Certes au début, quand la malade présentait une rachialgie et une céphalée intenses, quand il existait des vomissements, des épistaxis, on pouvait croire à un « purpura variolosa », mais un certain nombre d'éléments manquaient pour admettre ce diagnostic. La température était bien peu élevée pour une semblable maladie, il n'existait pas de ces rash scarlatineux ou astacoïde qui accompagnent ordinairement le début de la variole hémorrhagique. Enfin l'éruption ne ressemblait pas à l'exanthème avorté que l'on rencontre et que vous avez pu voir dans cette dernière maladie. Au lieu d'éléments papuleux de coloration noirâtre rappelant vaguement la pustule variolique, nous avions la véritable piqûre de puce entourée d'une auréole seulement plus étendue que dans le purpura simplex.

Nous traversons en ce moment une épidémie de grippe dans laquelle des éruptions érythémateuses ont été signalées à plusieurs reprises. Ici encore manquent l'élévation thermique et les phénomènes fébriles si accentués que l'on rencontre dans la grippe ; les érythèmes de celle-ci sont plus polymorphes et je ne sache pas qu'on y ait rencontré des purpuras véritables aussi abondants.

C'est donc bien à un purpura que nous avions affaire et purpura grave non par l'intensité des phénomènes thermiques, mais par la forme syncopale que l'affection avait prise dès le début. Vous l'avez vue s'aggraver encore le jour suivant. Dans la nuit qui a suivi le premier examen, la malade a été prise d'une crise d'angoisse et de lipothymies tellement marquée que la mort semblait devoir la terminer. Des soins énergiques ont pu conjurer ce dénouement. Vous nous avez vu d'ailleurs dès le premier jour administrer à cette malade l'éther et la caféine en injections sous-cutanées à haute dose : aujourd'hui la malade est guérie ou du moins ne nous inspire plus d'inquiétude.

Dans ces quatre derniers jours vous avez vu l'éruption passer par toute cette gamme de couleurs qui constitue l'évolution normale de l'ecchymose, le centre restant toujours formé par une hémorrhagie noirâtre. Les phénomènes généraux se sont amendés successivement et dans peu de jours elle sortira de l'hôpital.

Il n'est plus permis aujourd'hui de voir une maladie infectieuse sans chercher à quel agent pathogène elle peut être attribuée. M. Macaigne, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine, s'est mis gracieusement à notre disposition, et voici les résultats que nous avons obtenus :

Le sang de la malade, recueilli à l'extrémité du doigt préalablement lavé au sublimé et à l'éther après savonnage, a servi par l'intermédiaire d'une pipette stérilisée à ensemencer cinq tubes d'agar et trois bouillons. Chacun de ces milieux de culture nous a donné des résultats identiques. Chaque tube d'agar a donné de 20 à 50 colonies de staphylocoque blanc mêlé de quelques colonies de staphylocoque doré. L'urine recueillie avec une sonde aseptisée a fourni dans un bouillon une culture de staphylocoque blanc ; trois tubes d'agar ensemencés avec l'urine sont restés stériles.

Notre malade a donc eu une infection staphylococcienne et cette infection a eu comme manifestation un purpura à ranger dans la classe des purpuras infectieux. D'où est venue cette infection ? nous devons avouer que nous n'en savons rien. Vous m'avez entendu demander à cette jeune fille, bonne d'enfants, si l'un de ceux qui lui étaient confiés présentait une suppuration quelconque, des furoncles, de l'impétigo, si quelqu'un s'était trouvé malade dans la maison, si elle-même n'avait pas présenté d'angine ou un point purulent quelconque. Nos recherches ont été partout négatives.

Il n'en était pas moins intéressant, croyons-nous, de vous signaler cette observation. Elle prendra place à côté de celles de purpuras infectieux, où des streptocoques, des pneumocoques (Claisse) ont été trouvés dans le sang, et pourra peut-être contribuer à élucider un jour la pathogénie encore obscure de ces infections.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 janvier 1894.

Présidence de M. Rochard.

Déclaration de vacance.

Une place de membre titulaire est déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale, par suite du décès de M. Léon Le Fort.

Commission.

M. Worms est désigné pour faire partie, en remplacement de M. Monod, non acceptant, de la Commission chargée de l'examen des titres des candidats à la place déclarée vacante parmi les associés libres.

Greffe osseuse hétéroplastique après trépanation du crâne.

M. Le Dentu lit un rapport sur un travail de M. le docteur Mossé contenant les relations d'une série d'expériences ayant pour but d'étudier les résultats, après la trépanation du crâne, de la réimplantation de la rondelle enlevée et de sa transplantation sur un animal de même espèce ou d'espèce différente.

Ces expériences, au nombre de 12, auraient eu, d'après l'auteur, des suites satisfaisantes; M. Le Dentu estime qu'elles démontrent que, chez les animaux, les réimplantations et les transplantations osseuses aseptiques de rondelles empruntées au crâne peuvent être suivies de succès, en ce sens que les portions réimplantées et transplantées continuent à vivre et se fusionnent partiellement ou complètement avec les os récepteurs. Elles deviennent, il est vrai, des greffes proprement dites, mais ce résultat doit être considéré comme inconstant, et dans ces conditions, il y a lieu de se demander s'il doit être recherché chez l'homme. Dans ce cas, en effet, il ne faut pas obturer les orifices de trépanation, afin de faciliter au dehors l'écoulement des liquides qui pourraient se collecter ou simplement suinter dans la profondeur de la brèche. L'obturation complète de cette dernière pourrait avoir de tels inconvénients qu'il est infiniment préférable de ne pas s'y exposer. L'objection atteint non pas seulement les tentatives de greffe hétéroplastique, mais d'une façon générale la réimplantation de la rondelle crânienne, qu'il s'agisse du procédé fragmentaire de Macewen ou des procédés plus compliqués de Wagner et de Kœnig, ou de tel autre dérivé de ceux-là.

Traitement de la tuberculose.

M. Lancereaux donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le Dr S. Caravias relatif au traitement de la tuberculose par des substances qui, dans l'organisme, produisent de l'acide succinique, telles que la viande crue, les graisses, le bimalate de chaux, l'acide benzoïque et ses sels, la pepsine non acidifiée, l'asparagine, la carotte, les légumes verts, etc., etc.

M. Couturieux a reconnu la présence, dans l'urine des malades soumis à ce régime, jusqu'à 3 et 4 grammes d'acide succinique sous forme de combinaison acide, par litre. L'acide succinique n'agirait pas sur la matière tuberculeuse, mais bien autour d'elle où, grâce à son pouvoir antiseptique, il s'oppose à l'envahissement bacillaire. Par ce régime, on aurait obtenu une amélioration notable dans un certain nombre de cas à une époque peu éloignée du début de la maladie.

Tractions rhythmées de la langue.

M. Laborde communique un cas de rappel à la vie par les tractions rhythmées de la langue à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans les voies respiratoires.

Diminution de la fièvre typhoïde.

M. J. Rochard. — Depuis 1883, la fièvre typhoïde n'a cessé de diminuer à Paris d'une façon régulière. La mortalité par cette maladie n'est plus que de 25,7 par 100,000 habitants, alors qu'auparavant elle s'était élevée jusqu'à 147.

Cette situation tient aux progrès de l'hygiène, à l'assainissement progressif, et notamment à la surveillance de mieux en mieux faite des logements insalubres et des garnis, ainsi que du service de désinfection des habitations. Le régime des eaux d'alimentation a été amélioré à tel point qu'aujourd'hui la population parisienne a tout entière à sa disposition de l'eau de source d'excellente qualité et en quantité suffisante pour tous ses besoins. La Vanne, la Dhuys et l'Avre y pourvoient; dans quelque temps le Lunain et le Loing compléteront cette alimentation.

Le plan des égouts, établi par Belgrand et continué par Alphand et Durand-Claye, est en voie d'achèvement; on y apporte, d'autre part, toutes les améliorations indispensables pour assurer l'étanchéité des parois, la pente et le nettoyage à l'aide de chasses d'eau. Bientôt le vote du projet d'emprunt de 117,000,000 de francs permettra de conduire toutes les eaux vannes de Paris sur des champs d'épandage situés aux diverses boucles de la Seine, de façon à ne rejeter dans ce fleuve que des eaux dépourvues de toutes matières nocives.

M. Béchamp lit un mémoire sur la caséine, le phosphore organique de la caséine et l'état des phosphates insolubles dans le lait de vache.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 janvier 1894.

Discussion sur les hypnotiques.

M. Bardet fait une communication *sur la valeur comparée des hypnotiques.* L'hypnotique idéal serait celui qui, sans inconvénients ou accidents postérieurs, produirait le sommeil. Après avoir passé en revue une première série d'hypnotiques dont le type est la *morphine*, et où l'action hypnotique est doublée d'une action anesthésique, M. Bardet fait la comparaison critique des médicaments qui, tels que le *sulfonal*, amènent un sommeil sans anesthésie assez analogue à celui que cause l'alcool et présentent sur le chloral l'avantage de ne pas irriter le tube digestif. Dans cette classe d'hypnotiques, il fait entrer la *paraldéhyde*, qui agit, elle aussi, comme l'alcool, ce qui explique peut-être les excellents résultats de son administration chez les alcooliques. M. Bardet cherche à réhabiliter le *méthylal* qui, s'il a une action fugace, a un grand avantage sur le chloral, celui de ne pas causer d'alourdissement après le sommeil et de n'avoir aucune action irritative. Il le conseille plus particulièrement chez les femmes et les enfants. Le dernier groupe d'hypnotiques qu'examine M. Bardet est le *chloral* et ses dérivés. Ce sont des hypnotiques énergiques, mais le chloral a l'inconvénient de causer après le sommeil un alourdissement désagréable; de plus il irrite le tube digestif et détermine parfois des accidents érythémateux cutanés. Les dérivés du chloral, *chloralamide, chloralose, chloralantipyrine*, etc., ont l'avantage de ne pas avoir cette action irritative. M. Bardet, par une étude minutieuse de ces dérivés, a la conviction que chez eux le chloral seul jouit de l'action hypnotique, et un argument puissant à l'appui de cette thèse est que ces composés chloraliques ne produisent l'hypnose que lorsqu'on les administre en quantité suffisante pour faire absorber, au moyen du composé, la dose active du chloral pur que contient ce dernier. M. Bardet termine cette intéressante étude critique en souhaitant qu'on parvienne à utiliser en pratique les hypnotiques volatils, qui permettraient d'obtenir des résultats rapides sans altérer le tube digestif.

M. C. Paul félicite M. Bardet de sa communication; il lui reproche toutefois d'avoir fait là des recherches plus physiologiques que thérapeutiques. Pour être utile au praticien, il faut discuter l'action et les indications de chaque hypnotique ou étudier la médication hypnotique dans une maladie donnée.

M. Huchard admet qu'il y a deux points à considérer dans une discussion sur les hypnotiques : 1° la question physiologique, traitée brillamment par M. Bardet; 2° l'étude de la médication hypnotique, comme le désire M. C. Paul. La médication hypnotique peut se faire sans médicament hypnotique en combattant la cause de l'insomnie; c'est ainsi que le régime lacté arrête l'insomnie que l'on observe dans la dyspnée tonique de certains cardiaques; que les bromures font cesser l'insomnie d'origine nerveuse; que la codéine joue un rôle hypnotique en calmant la toux. Il ne partage pas absolument les idées de M. Bardet sur le chloral et ses dérivés, car la chloralose chez les cardiaques hyposystoliques produit de bons résultats, tandis que le chloral est dangereux. Chez les aortiques, à son avis, la morphine est le médicament de choix.

M. Ferrand appuie sur la complexité de la question et fait des restrictions analogues sur l'action des dérivés du chloral, telle que l'admet M. Bardet, sans toutefois fournir dans ce but de preuves précises.

M. C. Paul propose de restreindre la discussion. Il fait remarquer toutefois à M. Huchard que, d'après ses observations, la codéine en calmant la toux ne produit aucun effet hypnotique, mais qu'elle enlève à l'insomnie ses désagréments. Le malade ne dort pas, mais n'éprouve ni impatience ni fatigue.

M. Huchard, à propos des hypnotiques, appelle l'attention sur un petit fait intéressant, noté déjà par Cl. Bernard, dans ses expériences sur les chiens. On observe parfois, à la suite d'une injection de morphine de 1 centigramme, par exemple, une *hyperacousie* considérable et le moindre bruit peut empêcher le malade de dormir; il conseille donc le silence parfait autour du malade auquel on vient de faire une injection de morphine.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 26 janvier 1894.

Anomalies artérielles et nerveuses.

M. Mauclaire présente le bras d'un sujet de l'Ecole pratique chez lequel il a constaté qu'un des faisceaux du fléchisseur superficiel était digastique et qu'une de ses artères nourricières était perforée par un nerf.

Dans un autre cas, le nerf médian avait été la cause d'une division prématurée de l'artère humérale. Si on rapproche ces cas des anomalies nerveuses causées par la présence des artères (boutonnières des rameaux de terminaison du nerf médian), on peut conclure que les anomalies artérielles et nerveuses sont souvent déterminées par les rapports réciproques des nerfs et des artères entre eux.

Fracture du fémur.

M. Mauclaire a trouvé sur un cadavre servant aux manœuvres de médecine opératoire un fémur fracturé et consolidé. Les deux fragments chevauchaient, le supérieur dirigé en dehors; la consolidation s'était faite au niveau du chevauchement, et malgré les nombreuses insertions musculaires de la ligne âpre. Il existait au fragment inférieur une esquille osseuse sur laquelle passaient l'artère et la veine fémorales.

Ankylose du coude.

M. Mauclaire a constaté sur le membre supérieur d'un cadavre de l'Ecole pratique que l'articulation du coude et l'articulation radio-cubitale supérieure étaient ankylosées par fusées osseuses, et ne jouissaient par conséquent d'aucun mouvement. Cependant il y avait encore une articulation indemne entre le radius et le cubitus à la partie inférieure.

Cirrhose du foie. Péritonite chronique.

M. Meslay a observé un malade âgé de 40 ans, atteint de cirrhose alcoolique qui se compliqua d'ascite. L'épanchement péritonéal devint assez abondant pour déplisser la cicatrice ombilicale et la rompre. Le malade succomba de péritonite suraiguë. L'autopsie démontra en outre des lésions de cirrhose du foie et de péritonite suraiguë, de l'épaississement de la séreuse surtout au niveau de la région supérieure de l'abdomen; c'est ainsi que le côlon transverse était très adhérent au foie et à la rate.

Cancer du pancréas.

M. Bernard présente les viscères d'un homme dont l'observation clinique amena à différentes erreurs de diagnostic: ce malade n'avait aucun symptôme important et jouissait d'un bon embonpoint. Puis il s'amaigrit soudain et eut de la perte d'appétit vers la fin. On songea successivement à un épithélioma de l'estomac, puis à une dégénérescence kystique ou à de la syphilis hépatique, le foie s'étant hypertrophié dans les derniers temps. A l'autopsie, on trouva dans le foie de nombreux noyaux de cancer secondaire, et on comprit l'absence des symptômes lorsqu'on découvrit que le cancer avait eu comme siège au début la queue du pancréas.

Lésions à distance dans la tuberculose locale.

M. Pilliet a examiné de nombreuses pièces d'os, nerfs, muscles, prises sur des membres dont une articulation était atteinte de tumeur blanche. Il constata que ces divers tissus présentaient des lésions diffuses remontant souvent bien loin de la région malade, et ne ressemblant en rien aux lésions nodulaires de la tuberculose. On voit sur un fragment de cubitus une hyperostose généralisée, avec ramollissement de l'os au centre, et ostéophytes à la périphérie. Sur un fragment de nerf sciatique poplité externe, plus volumineux que normalement, on voit qu'il existe une sorte d'adipose inflammatoire qui dissocie les tubes nerveux. Les muscles sont de même adiposés, de même les glandes de la peau, et à la partie profonde de l'épiderme, il existe du pigment abondant comme dans la lèpre.

M. Pilliet montre, à ce propos, la coupe d'une tache de dégénérescence graisseuse du foie trouvée chez une femme atteinte d'un cancer ulcéré de l'intestin. C'est une inflammation aboutissant à de l'adipose du tissu péri-porte.

Rupture de la veine porte.

M. L. Levi a observé dans le service de M. Barth à l'hôpital Broussais un malade de 70 ans, atteint d'artério-sclérose généralisée. Cet homme, dont l'état s'était amélioré, devait quitter l'hôpital lorsqu'il fut pris le jour même de son départ d'une douleur violente de l'abdomen, de sueurs, de syncope, de vomissements : il mourut le lendemain avec des symptômes d'hémorrhagie interne. On trouva à l'autopsie un énorme caillot à l'hypochondre droit, cachant un vaste foyer hémorrhagique situé dans la région du hile. M. Levi disséqua avec soin les viscères de la portion sus-diaphragmatique de l'abdomen et trouva une solution de continuité de la veine-porte, un centimètre et demi avant sa division au hile du foie. Il existait en plus des ecchymoses assez étendues sur plusieurs anses intestinales : le foie était légèrement cirrhotique.

Perforation de l'estomac. Péritonite localisée.

M. Reymond présente les pièces d'une femme morte dans le service de M. Rigal. Il s'agissait d'une malade atteinte de carcinome stomacal avec symptômes fonctionnels peu marqués. Un jour elle fut prise de douleurs très vives au niveau de l'appendice xiphoïde et de vomissements. La percussion fit alors percevoir la présence d'une sangle très résistante située au-dessus de l'ombilic.

On pouvait penser à un gâteau épiploïque de nature tuberculeuse. L'opération tardive ne put réussir et l'autopsie démontra la présence d'un vaste abcès préstomacal, limité par le foie, l'estomac, la rate et le diaphragme contenant du pus et des gaz, et communiquant avec la cavité de l'estomac par un orifice voisin de la région pylorique; cet orifice se trouvait au milieu d'une ulcération de nature cancéreuse.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 janvier 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Un cas de purpura infectieux.

M. Lebreton. Voir page 51.

M. Widal. — L'observation rapportée par M. Lebreton est surtout intéressante au point de vue des données bactériologiques qu'elle comporte. Différents micro-organismes, le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque ont déjà été rencontrés dans le cours de certains purpuras infectieux. On peut, dès lors, se demander s'il n'en est pas ici comme des pleurésies purulentes et si divers micro-organismes ne sont pas capables de jouer un rôle identique dans la pathogénie des purpuras. Y a-t-il en plus du micro-organisme des caractères différents, plus spécialement pathogènes, c'est ce que l'on ne saurait dire actuellement. Les cultures faites avec le sang du doigt sont rarement stériles; mais, dans le cas présent, la richesse des cultures indique bien que le microbe devait exister dans le sang. Le plus fréquemment, c'est le staphylocoque blanc que l'on rencontre. Cependant, la difficulté d'avoir des résultats concluants par la prise du sang du doigt, rend préférable le procédé qui consiste à prendre le sang directement dans la veine du bras. Ce procédé ne fait courir aucun risque au malade, pourvu que l'on s'entoure des précautions antiseptiques habituelles.

M. Mathieu. — Je ferai remarquer que, d'après son étiologie, le cas signalé par M. Lebreton devrait rentrer dans la classe des purpuras dits névropathiques. Cependant, l'examen bactériologique a donné des résultats positifs. Cela nous indique que la classification proposée des purpuras est peut-être artificielle.

Atrophie de la vésicule biliaire consécutive à l'obstruction calculeuse du canal cholédoque.

M. Hanot. — M. le professeur Terrier a mis en lumière ce fait que, dans les cas d'obstruction du canal cholédoque par les calculs, la vésicule biliaire, loin d'être dilatée, est, au contraire atrophiée. « Cette découverte, a dit M. Terrier, ne

m'appartient pas; elle est tout au long dans le traité de Courvoisier, publié en 1890. Cet auteur dit nettement que, dans les obstructions dues à des calculs, l'ectasie est rare, la vésicule est plutôt atrophiée. Des observations confirmatives ont été rapportées à la Société de chirurgie par MM. Peyrot, Routier, Reynier, etc., et l'atrophie, on pourrait dire paradoxale, de la vésicule biliaire consécutive au rétrécissement calculeux du canal cholédoque, est définitivement acquise à la science. Il est inutile d'insister sur l'importance diagnostique de ce fait. Nous savons, par exemple, que le cancer de la tête du pancréas peut présenter parfois une symptomatologie analogue à celle de la lithiase biliaire. Mais, dans ce cas, la vésicule est dilatée et ce signe différentiel permet désormais d'éviter toute surprise.

J'ai observé en 1884 et en 1888 deux cas confirmatifs de l'assertion émise par MM. Terrier et Courvoisier, et si je les rapporte, c'est qu'ils sont antérieurs à l'époque où la chirurgie permit d'intervenir d'une façon si efficace dans le traitement de la lithiase biliaire. Dans les deux cas auxquels je fais allusion, les accidents calculeux étaient d'ancienne date. La mort survint par l'effet de complications septiques et l'autopsie permit de constater une obstruction complète du canal cholédoque avec dilatation de ce conduit et atrophie complète de la vésicule biliaire.

La pathogénie de cette atrophie de la vésicule est encore mal élucidée. Il est évident que l'action des micro-organismes continuant à s'exercer en arrière de l'oblitération contribue à provoquer et à entretenir le processus scléreux qui tend à atrophier la vésicule. Mais peut-être y a-t-il plus. Dans une de mes observations on remarquait que la sclérose était surtout accentuée au voisinage du canal cystique; c'est en ce point que le calcul a dû se trouver tout d'abord, provoquant ces exulcérations qui accompagnent si fréquemment la lithiase. C'est au pourtour de cette exulcération primitive que la sclérose a débuté. Plus tard, le calcul a progressé, mais le travail de sclérose n'en a pas moins continué, gagnant aussi de proche en proche. Il me semble que cette action directe, traumatique du calcul ne doit pas être à négliger, bien que je ne prétende pas expliquer par elle tous les problèmes que soulève la question de l'atrophie de la vésicule dans l'oblitération calculeuse du canal cholédoque.

M. Galliard. — M. Hanot fait allusion à la dilatation de la vésicule qui accompagne d'ordinaire le cancer de la tête du pancréas. Ce signe m'a permis récemment de faire le diagnostic de cette affection, dans un cas où la symptomatologie pouvait faire croire à des accidents calculeux.

L'épidémie cholérique de Constantinople en 1893.

M. Chantemesse. — L'apparition du choléra au mois d'août 1893, survenant après une disparition complète de vingt-deux ans, a inspiré au gouvernement ottoman les craintes les plus légitimes et le souci de mettre tout en œuvre pour reconnaître le mal et protéger dans la mesure du possible la capitale de l'Empire.

Constantinople est une des villes de l'Europe où le choléra peut faire le plus de victimes.

Pour légitimer cette proposition, il n'est point nécessaire d'entrer dans l'énumération des conditions défectueuses de l'hygiène publique à Constantinople, il me suffira d'en signaler les principales : l'imperfection de la canalisation souterraine et la mauvaise qualité de l'eau potable.

Ces renseignements nous expliquent la fréquence à Constantinople des maladies d'origine intestinale, de la dysenterie et surtout de la fièvre typhoïde, et le tribut que la population européenne immigrée, non encore revêtue du privilège de l'acclimatement, paie à la dothiénentérie pendant les premiers temps de son séjour dans la ville.

L'auteur explique les conditions d'apparition du choléra à Constantinople et ses différentes phases d'évolution.

Arrivé à Constantinople le 26 septembre, j'obtins l'autorisation de faire, dès le lendemain, l'autopsie d'un soldat musulman qui avait été atteint d'une entérite suspecte depuis quelques jours et qui, transporté à l'hôpital de Bachi-Baglar, n'avait pas tardé à succomber. La maladie ayant duré plusieurs jours, les résultats de l'autopsie et l'examen microscopique du contenu de l'intestin n'avaient rien de caractéristique. La culture du liquide intestinal fournit en abondance des colonies du bacille-virgule. Les caractères du vibrion le placent à côté des autres bacilles virgule, isolés dans un certain nombre d'épidémies cholériques et qui eux-mêmes, comme on le sait, présentent quelques différences individuelles.

Celui-ci, cultivé sur gélatine, est recourbé, petit, trapu, épais, à extrémités amincies et ressemble au vibrion typique rapporté de l'Inde par Koch.

Il a aussi des analogies étroites avec les vibrions trouvés dans les épidémies de Hambourg (1892) et de Nantes (1893).

Il se distingue des vibrions minces et allongés dont les prototypes sont les bacilles-virgule, trouvés à Massaouah et à Paris (1892). Sur gélatine, il donne de belles spirales. Dans le bouillon et les solutions aqueuses, peptonisées, il se développe en fournissant une pellicule superficielle, comme on l'observe dans certaines variétés de bacilles virgule.

Il est muni d'un cil vibratile attaché non à la partie médiane, mais à l'angle latéral d'une de ses extrémités. La plupart des bacilles-virgule ont un seul cil vibratile, tels ceux qui ont été trouvés dans l'Inde par Koch, à Hambourg (1892), à Paris (1892), à Saïgon (1892). On sait que certains autres bacilles-virgule présentent quatre cils à leurs extrémités (Massaouah, Calcutta, Paris 1884).

La culture sur gélatine, sur plaques et en piqûres, est tout à fait semblable à celle qui a été décrite par Koch, c'est-à-dire qu'elle est un peu moins liquéfiante que celle des bacilles-virgule à quatre cils.

Je n'insiste pas sur les caractères de la culture sur milieu de gélose, de pomme de terre, de bouillon ; ils n'offrent aucune particularité à signaler. Comme d'habitude, ce microbe coagule le lait.

La réaction rosée, indo-nitreuse, obtenue par l'adjonction d'acide sulfurique est très faible. Elle ne se produit pas si la culture a lieu dans le bouillon ; elle apparaît seulement lorsqu'on emploie un milieu de culture très riche en peptone (eau peptonisée). La réaction de Legal-Weyl (nitroprussiate de soude, soude et acide acétique) donne une belle réaction d'un bleu verdâtre qui persiste pendant quelques heures.

La virulence de ce bacille-virgule a été étudiée chez le pigeon et chez le cobaye. Une demi-culture sur gélose développée pendant vingt heures à 37° et inoculée avec 2 cc. d'eau stérilisée dans le muscle pectoral d'un pigeon a fait périr l'animal en vingt-deux heures. Quelques heures après l'inoculation, le pigeon présentait déjà de la diarrhée. A l'autopsie, on voyait au point d'inoculation une congestion hémorrhagique ; l'intestin était gorgé de liquide blanchâtre et la paroi intestinale présentait une teinte hortensia due à l'hyperhémie des vaisseaux. Cet intestin avait l'apparence de l'intestin de l'homme cholérique.

L'inoculation intra-péritonéale de deux tiers, une moitié, un quart de culture sur gélose développée à l'étuve pendant vingt heures fait périr un cobaye adulte. Si la dose injectée ne représente qu'un huitième et un seizième de culture sur gélose, l'animal résiste. Cependant un cobaye pesant 350 gr. a succombé avec les symptômes et les lésions du choléra expérimental, après avoir reçu dans la cavité péritonéale un trente-deuxième de culture développée sur un tube de gélose. L'examen microscopique de l'exsudat-péritonéal ne permettait pas de reconnaître la présence du vibrion cholérique très clairsemé, mais la culture d'une grande quantité de cet exsudat donnait naissance à des bacilles-virgule. L'autopsie de cet animal a permis de reconnaître qu'avant l'inoculation cholérique, il était déjà atteint de pseudo-tuberculose cocco-bacillaire ; le cobaye avait donc succombé à une dose très minime de virus cholérique parce que sa santé était déjà ébranlée par une maladie antérieure. Ce fait expérimental nous permet de comprendre la fragilité de certains individus vis-à-vis du choléra. Cette fragilité peut être telle qu'ils succombent à une dose faible de virus cholérique sans que, à l'autopsie, il soit facile ou même possible de mettre en lumière la présence du microbe spécifique.

L'auteur énumère en détail les dispositions hygiéniques et prophylactiques prises pour la désinfection des locaux et la préservation des habitants. Il dit en conclusion :

Jetons cependant un coup d'œil sur les résultats acquis quatre mois après le début de cette épidémie cholérique qui reparaissait à Constantinople au bout de vingt-deux ans

d'absence, c'est-à-dire après un laps de temps suffisant pour supprimer toute immunité. Nous avons vu que le bacille-virgule, trouvé chez les cholériques de Constantinople, possédait vis-à-vis des animaux d'expérience réactifs du choléra (cobaye, pigeon), une virulence assez grande, que l'on peut comparer à celle des autres bacilles-virgule, découverts dans diverses épidémies cholériques de l'Europe ou de l'Afrique.

Il s'est montré moins virulent que celui de l'épidémie africaine de Massaouah et de l'épidémie de Nantes (1893), à peu près égal en virulence à celui de l'épidémie parisienne de 1892, plus virulent que celui de l'épidémie de Hambourg (1892).

Il n'est sans doute pas permis, dans l'état actuel de la science, de conclure de l'étude expérimentale d'un bacille-virgule à la gravité que doit présenter une épidémie cholérique. Indépendamment de la nature et de la qualité d'un virus, bien d'autres facteurs étiologiques interviennent dans la propagation et l'extension d'une maladie contagieuse. Tels, par exemple, l'infection d'une quantité plus ou moins grande d'eau potable, l'état de la température, l'immunité locale que possède la région et l'immunité conférée par une épidémie antérieure de date récente, etc., etc. On ne peut douter cependant que les mesures prophylactiques employées n'aient joué un rôle tout-puissant pour la limitation de l'épidémie cholérique quant au nombre des cas et quant à la puissance d'extension.

A Paris, en 1892, dans la banlieue et dans le département de Seine-et-Oise, malgré le perfectionnement des mesures de désinfection et le zèle qui a été déployé de toutes parts, l'épidémie a persisté plusieurs mois et fait de nombreuses victimes. A Hambourg, en 1892, on a compté environ 16,000 cas cholériques ayant donné 8,000 morts.

En Perse, pendant les dix-huit derniers mois, sur une population d'environ 6 millions d'habitants, le choléra a fait 150,000 victimes.

A Constantinople, j'ai dit plus haut quelles étaient les conditions imparfaites de l'hygiène publique, l'épidémie semble avoir atteint sa dernière période; les cas quotidiens deviennent de moins en moins nombreux.

Du 24 août au 31 octobre, le nombre des victimes a été de 449, dont les deux tiers environ ont succombé. Sous l'influence des pluies de novembre, une recrudescence s'est produite qui, d'après les chiffres officiels, a porté le nombre des cholériques, depuis le début de l'épidémie jusqu'à la fin de décembre, à 2,000 cas environ, qui ont donné 1,100 morts. Le choléra n'a pris que peu d'extension dans l'Empire Ottoman. Des mouvements de troupes l'ont cependant transporté à Salonique et à Tripoli d'Afrique.

Sans entrer dans la critique des faits accomplis, ni porter un jugement sur l'exécution de quelques-unes des mesures prophylactiques, on ne peut méconnaître que les ravages produits par le choléra à Constantinople aient été relativement faibles.

H. VAQUEZ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 27 *janvier* 1894.

PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

Infections salivaires.

MM. Claisse et **Dupré**. — L'inflammation des glandes salivaires a été l'objet d'études anatomo-pathologiques et bactériologiques (Pilliet, Hanau, etc.) qui, en fixant la topographie des lésions, ont éclairé l'étiologie de la maladie. Girode, dans sa récente communication, apporte des documents très étendus.

Nous avons entrepris une série d'expériences destinées à déterminer les conditions, les voies et les conséquences de l'infection salivaire.

Nos résultats corroborent les conclusions de l'analyse clinique et de l'interprétation anatomo-pathologique.

Nous avons obtenu : 1° par la ligature aseptique des canaux excréteurs, la rétention aseptique de la salive dans la cavité glandulaire. Cette hydro-parotide expérimentale a son analogue en clinique.

2° En cherchant à réaliser l'infection de la glande saine à canal ouvert par l'injection de cultures microbiennes pathogènes, nous avons noté, même en lésant au préalable le canal excréteur, l'échec presque constant des tentatives d'infection; ce résultat négatif démontre qu'il ne suffit pas de la pénétration d'un microbe dans la glande pour créer une lésion. Il faut que l'organe soit malade (traumatisme, infection générale grave, intoxication) pour qu'il puisse l'infecter. Dans ces derniers cas, en effet, le résultat positif de l'injection infectante met en évidence le rôle de la déchéance de l'organe, dans le développement de l'infection.

Dans la défense contre l'infection, le rôle du canal est moins important que celui du parenchyme proprement dit. Le canal ne contient pas les glandes à mucus dont le rôle défensif a été bien mis en lumière par Wurtz et Lermoyez à propos du mucus nasal. D'ailleurs, quelques expériences démontrent le rôle accessoire du canal de Sténon dans la défense de la parotide.

Cette défense est assurée par l'abondance et la constance de la sécrétion salivaire, dont le rôle chimique et surtout mécanique est de première importance.

3° En cherchant à réaliser l'infection de la glande à canal fermé, nous avons obtenu par l'injection d'une culture microbienne dans le canal en amont d'un obstacle (ligature, corps étranger) un résultat positif. Ce résultat, réalisant un exemple fourni par l'observation clinique, éclaire la pathogénie des suppurations salivaires secondaires à l'obstruction des canaux excréteurs (compressions, calculs, etc.).

Des données concordantes de la clinique, de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation, nous déduisons les conclusions suivantes : l'infection salivaire a presque toujours une origine buccale, une topographie canaliculaire. Secondaire dans son étiologie, elle est subordonnée à des conditions générales et locales qui se résument ainsi : d'un côté, déchéance anatomique et fonctionnelle du parenchyme glandulaire; de l'autre, ascension dans ce milieu de bactéries pathogènes, auxquelles l'intégrité anatomique et fonctionnelle de la glande interdit normalement l'accès des grandes voies d'excrétion.

De la réaction acide des cultures du pneumocoque.

MM. Wurtz et **Mosny**. — On sait que les cultures du pneumocoque maintenues à 34° ou 35°, au bout de 24 heures, deviennent franchement acides; cette acidité se constate également dans les cultures du pneumocoque faites avec le sérum de lapin; elle est moindre et se manifeste plus lentement dans les cultures faites avec le sérum des lapins vaccinés contre l'infection pneumonique. Cette acidification des milieux de culture où s'est développé le pneumocoque est due en grande partie à l'acide formique; c'est à cette acidification des cultures qu'on doit attribuer la mort rapide du pneumocoque dans les milieux artificiels de culture; aussi l'addition de carbonate de chaux à ces milieux assure-t-elle à ce microbe une survie de 1 à 6 mois.

Recherches bactériologiques sur les fausses membranes des syphilides diphthéroïdes.

MM. Hudelo et **Bourges**. — Les recherches bactériologiques sur les agents microbiens qui déterminent la formation de fausses membranes à la surface des syphilides se bornent jusqu'ici à l'étude de deux cas, publiés par l'un de nous (Bourges) et par M. Boulloche : dans ces deux cas, on avait isolé le streptocoque pyogène; on pouvait donc se demander si la formation pseudo-membraneuse dans les syphilides diphthéroïdes était subordonnée à la présence constante et à la prédominance évidente d'un microbe toujours identique, tel le bacille de Lœffler dans la diphthérie, ou le streptocoque dans l'angine scarlatineuse. Nous avons essayé d'éclairer cette question par l'étude de quatre nouveaux cas, et nous avons pu nous convaincre que le plus souvent on rencontrait des microbes pathogènes différents :

Premier et quatrième cas : bacterium coli commune.

Deuxième cas : staphylococcus aureus.

Troisième cas : streptococcus pyogenes, associé au staphylococcus aureus et à l'albus.

Il semble résulter aussi de nos recherches que le bacterium coli commune pourrait jouer un rôle dans la formation de la

fausse membrane, puisque nous l'y avons isolé dans deux cas.

Recherches calorimétriques.

M. d'Arsonval. — J'ai imaginé un appareil qui fournit des résultats très positifs. Une niche en bois porte en haut une hotte avec cheminée. Par en bas, il y a deux orifices d'entrée pour l'air. Quand l'animal est dans la niche, l'échauffement de l'air détermine un courant qui est proportionnel comme vitesse à la chaleur perdue et qu'on peut mesurer avec un anémomètre ordinaire. Avec un cobaye dans un récipient de trois mètres cubes, les phénomènes sont très sensibles. J'ai contrôlé la précision de l'appareil, en y introduisant des longueurs données d'un tube de cuivre chauffé par une circulation de vapeur d'eau. Les résultats sont très satisfaisants.

Surmenage vélocipédique.

MM. Tissier et **Bergognié** ont pu observer un coureur vélocipédiste qui a fait 680 kilomètres en 24 heures, sans prendre autre chose que du lait. Ce sujet a perdu 8 kilogr. Cette perte eût pu être atténuée avec une alimentation plus convenable et plus riche en particulier en hydrocarbures. Il s'est produit chez le coureur une augmentation considérable de la toxicité urinaire qui s'est prolongée pendant 24 heures. Le surmenage des muscles de la vie de relation a été beaucoup plus accentuée que le surmenage cardiaque. Il faudrait se garder de donner, dans ces conditions, l'alcool et les excitants trop largement et trop tôt. Un fonctionnement normal de l'appareil respiratoire et une bonne hématose sont des conditions très favorables au coureur.

M. Chevalier a vu que l'intoxication par la pyocyanine détermine des effets urinaires très analogues à ceux de la fièvre.

M. Denisez décrit un procédé de dosage des produits xantho-uriques par le nitrate d'argent ammoniacal.

J. Girode.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier 1894.

Présidence de M. Lucas-Championnière.

Hernie étranglée avec sphacèle de l'intestin.

M. Monod donne lecture d'une observation de M. Piéchaud relative à un cas de herniotomie pour hernie crurale étranglée chez une femme. A l'ouverture du sac, on trouve une anse intestinale gangrenée dans deux endroits. Au lieu d'établir un anus contre nature ou de faire l'entérectomie, M. Piéchaud eut l'idée d'avoir recours au procédé de M. Martinet (de Sainte-Foy-la-Grande), qui consiste à invaginer dans l'intestin l'eschare en suturant ses deux bords l'un contre l'autre. Comme une eschare était dirigée dans le sens longitudinal de l'anse et que la seconde était toute petite, on n'avait pas à craindre un rétrécissement ultérieur de l'intestin. L'invagination en question ne présenta aucune difficulté et l'opération fut terminée par la cure radicale. Guérison.

Néphrolithotomie.

M. Tuffier lit un travail sur ce sujet. (Voy. *Mercredi*, 1894, p. 49.)

De la trépanation dans les plaies pénétrantes du crâne.

M. Berger, à l'occasion du rapport fait, sur ce sujet, dans la dernière séance par M. Chauvel, déclare ne pas partager l'opinion émise par M. Marchant qui se prononce pour l'intervention chaque fois qu'il y a plaie pénétrante par balle de revolver. Il existe, en effet, un grand nombre de cas de guérison, à la suite de ces plaies, sans qu'il y ait eu d'intervention chirurgicale. Pour sa part, M. Berger en cite trois exemples qui lui sont personnels. On ne voit, en effet, presque jamais survenir ultérieurement d'encéphalite après que les accidents primitifs ont été résolus. On ne saurait non plus, dans ces cas, invoquer la nécessité d'aller rechercher le projectile intra-crânien. Il s'agit, en général, de balles de 6 à 7 millimètres dont la présence n'entraîne pas, par elle-même, de dangers bien sérieux. Il y a rarement lieu d'intervenir pour les esquilles. Les plaies pénétrantes du crâne par balle de petit calibre ne nécessitent donc pas d'intervention spéciale et vis-à-vis d'elles on doit se comporter selon les indications ordinaires de la trépanation; c'est-à-dire que celle-ci n'est indiquée que dans les cas où il y a enfoncement, encéphalite, infection du foyer, etc.

Traitement du prolapsus utérin.

M. Le Dentu apporte deux faits de prolapsus utérin dans lesquels il a dû avoir recours à l'hystérectomie vaginale. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 39 ans qui avait des lésions complexes : rectocèle, cystocèle, prolapsus de l'utérus hors de la vulve, lésions des annexes gauches. En présence de cet état complexe, M. Le Dentu crut devoir faire l'hystérectomie vaginale. Il blessa la vessie, il resta une fistule vésico-vaginale qu'il dut fermer ultérieurement. A part cette ouverture vésicale qui a été la conséquence des adhérences intimes qui existaient entre la face antérieure de l'utérus et la vessie, il n'y eut aucun accident consécutif et les suites immédiates de l'opération furent bonnes. Il n'en fut pas tout à fait de même des suites éloignées. Cette malade a été opérée en mai 1892 et aujourd'hui elle présente de nouveau une cystocèle et une rectocèle qui vont en s'accentuant de plus en plus.

Le second cas avait trait à une femme de 52 ans, dont l'utérus prolabé présentait de petits fibromes et qui avait également de la cystocèle et de la rectocèle. En raison de cet état complexe, M. Le Dentu se décida pour l'hystérectomie vaginale totale. Il y eut de petites hémorrhagies au cours de l'opération. La malade tomba, pour quelque temps, dans le collapsus. Bref, elle courut quelques dangers et les résultats éloignés ne sont pas plus satisfaisants chez elle que chez la première malade. M. Le Dentu n'a pas remarqué que les résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale, dans ces cas, fussent plus satifaisants que ceux de l'amputation sus-vaginale du col.

M. Reynier a depuis longtemps renoncé, dans le traitement du prolapsus utérin vrai, à l'emploi des pessaires, et, sauf contre-indications tirées de l'âge avancé ou du mauvais état de santé, il est partisan de l'hystéropexie chez les femmes qui ont dépassé la ménopause. Il pratique en même temps la colpopérinéorrhaphie.

Depuis 1888, M. Reynier a fait huit hystérectomies vaginales et quatre hystéropexies, soit douze opérations suivies de succès opératoire.

Dans les trois premières hystérectomies, il n'a pas employé les pinces, mais les fils; il y a renoncé à cause de l'hémorrhagie pendant l'opération. En outre, à la suite de l'emploi des pinces, il se produit un travail inflammatoire qui donne une cicatrice définitivement plus résistante.

Sur deux femmes hystérectomisées sans colpopérinéorrhaphie, il s'est produit une récidive de rectocèle et de cystocèle.

Des quatre hystéropexies, la première a été pratiquée sans colpopérinéorrhaphie et, bien que l'utérus fût resté en place, six mois plus tard il existait encore de tels malaises qu'une colpopérinéorrhaphie et une élythrorrhaphie devinrent nécessaires et furent suivies de succès. Dans les trois autres cas, M. Reynier a fait d'emblée la double opération et il n'a eu qu'un seul échec.

En somme, ces opérations remédient à l'affaiblissement du plan musculaire qui est la cause du prolapsus.

Quant aux causes de cet affaiblissement, elles sont variables; chez les vieilles femmes, il existe fort souvent, en même temps que le prolapsus utérin, des éventrations, des entéroptoses, des déplacements du rein, des dilatations de l'estomac; il y a une diminution de la tonicité musculaire.

Chez les jeunes femmes, le prolapsus paraît dépendre d'un état particulier du système nerveux qui se manifeste par des symptômes de neurasthénie.

Chez un certain nombre de femmes, M. Reynier a été frappé de leur état mental, état particulier qui doit être pour beaucoup dans la perte de tonicité des moyens de soutien de l'utérus.

Tumeur du nerf radial.

M. Monod présente un malade qu'il vient d'opérer d'une

tumeur siégeant sur le nerf radial à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'épicondyle. Le nerf se perdait entièrement dans la tumeur. Après avoir énucléé celle-ci de sa coque, M. Monod appliqua sur elle un fil, puis sutura très exactement les bouts du nerf coupé. A son grand étonnement, le lendemain, le malade soulevait la main comme si on ne lui avait rien fait. Le seul trouble consécutif à cette section du radial consistait en un peu d'engourdissement du pouce.

M. Sée. — Ces faits sont incompréhensibles physiologiquement, mais ils existent. J'ai dû, chez une jeune femme, réséquer le nerf sciatique poplité (je ne me rappelle pas si c'est l'interne ou l'externe) et la malade se servit, après l'opération, de son membre, comme si on ne lui avait rien fait.

M. Reynier. — J'ai dernièrement coupé le nerf sciatique poplité externe, je l'ai immédiatement suturé et je n'ai pas constaté le moindre trouble consécutif.

M. Guérin. — Il est impossible d'admettre ces faits. Pour le cas de M. Monod en particulier, je me demande s'il n'existait pas une division prématurée du nerf et si la section n'a pas, dès lors, porté uniquement sur sa branche sensitive.

M. Darier présente un lymphadénome cervical très amélioré par les injections interstitielles de chlorure de zinc.

M. Poirier présente une malade chez laquelle il a pratiqué, en octobre dernier, la résection du nerf maxillaire supérieur pour des névralgies rebelles ayant résisté à la résection antérieure de toute l'arcade dentaire. Le nerf ne s'est pas reproduit, mais les douleurs ont reparu dans le nerf maxillaire inférieur. Il montre, en même temps, un crochet à très petite courbure dont il s'est servi pour accrocher le nerf qu'il a ensuite coupé avec un bistouri courbe coupant sur sa concavité.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 15 janvier 1894.

Dilatation aiguë de l'estomac.

M. Boas présente un malade qui, il y a quelques semaines, fut pris de dilatation aiguë de l'estomac.

Il s'agit d'un collégien de 20 ans qui, après avoir ingéré une trop grande quantité de rôti d'oie, fut pris de dyspepsie aiguë avec vomissements et diarrhée. L'examen montra qu'il existait une dilatation considérable de l'estomac dont le contenu présentait un degré d'acidité normal.

Il a dû s'agir dans ce cas d'une dilatation aiguë de l'estomac par traction exercée par la trop grande quantité d'aliments ingérés. Aujourd'hui, le malade va bien, mais on peut se demander si l'estomac reprendra ses dimensions normales.

M. A. Frænkel a observé deux cas analogues. Dans le premier cas, la malade fut prise brusquement de dyspepsie aiguë avec collapsus et estomac descendant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La malade ne guérit qu'après plusieurs lavages de l'estomac.

Le second cas se rapporte à une femme de 26 ans soignée depuis quelque temps pour un ulcère rond de l'estomac. Un jour elle est prise de vomissements et succombe rapidement dans le collapsus. Dans ce cas, on n'a pas fait de lavage de l'estomac, de crainte de perforer l'ulcère.

A l'autopsie, on ne trouva pas d'ulcère, mais seulement plusieurs érosions capillaires de la muqueuse. L'estomac était très dilaté et le pylore allongé et coudé de telle façon que le passage des matières était rendu impossible.

Thrombose de la saphène.

M. Litten a observé deux cas de thrombose veineuse, dont un de la saphène interne chez un vieux variqueux, qui ont guéri tous les deux par l'expectation.

M. Gerhardt constate que ces temps derniers il a observé un grand nombre de thromboses veineuses chez des femmes qui viennent dans le service gynécologique de la Charité.

M. Becker rappelle à cette occasion qu'en cas de thrombose, il faut s'abstenir des frictions et du massage qui peuvent provoquer des accidents graves.

Insuffisance aortique.

M. Leyden a présenté 1° le cœur d'un malade qui, pendant la vie, a présenté tous les signes d'une insuffisance aortique, sauf le souffle diastolique à la base. A l'autopsie, on trouva une destruction complète des valvules aortiques ; 2° le cœur d'une malade ayant succombé à la septicémie puerpérale. Pendant la vie, elle avait présenté un bruit de galop, avec frémissement cardiaque, mais sans souffle. A l'autopsie, on trouva de l'endocardite avec dilatation du cœur.

Anévrysme de l'aorte.

M. A. Frænkel. — Il s'agit d'un homme de 35 ans, entré à l'hôpital pour une dyspnée pouvant être attribuée à un rétrécissement de la trachée dont il présentait, du reste, les autres signes. L'exploration montra pourtant que la trachée avait son calibre normal; mais, comme la dyspnée allait en augmentant, on pratiqua la trachéotomie, qui ne donna aucun résultat, et la malade succomba six heures après.

A l'autopsie, on trouva un anévrysme sacciforme de l'aorte qui comprimait la trachée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Seance du 9 janvier 1894.

Traitement de l'empyème chez l'enfant.

M. Schütz est partisan de la résection dans l'empyème chez les enfants. Il a fait cette opération dix-huit fois chez des enfants de sept mois à quinze ans, et obtenu quatorze guérisons et deux morts, une par broncho-pneumonie du côté sain, l'autre de péricardite. Le drain était ordinairement enlevé au bout de 24 heures; la guérison était obtenue au bout de quarante-deux jours en moyenne. L'opération était faite aussitôt le diagnostic établi.

L'incision de la peau est faite en arrière, près de la colonne vertébrale, au point le plus déclive de la collection. On fait la résection sous-périostée de la côte en haut et en bas. La cavité est lavée avec de l'eau boriquée ou une solution saline tiède et un gros drain placé dans la plaie. Après la guérison, on ne trouve pas de déformation de la colonne vertébrale.

Si M. Schütz a renoncé au drainage en siphon, c'est à cause des inconvénients de ce procédé : il est d'une application difficile, le tube sort facilement de la cavité pleurale, et le malade est plus exposé aux infections secondaires.

Extirpation des vésicules séminales par la voie sacrée.

M. Schede a rapporté deux cas dans lesquels il a fait l'opération de Kraske pour extirper les vésicules séminales tuberculeuses.

Le premier cas se rapporte à un individu atteint de tuberculose d'un testicule. En pratiquant la castration, M. Schede vit que les lésions tuberculeuses remontaient plus haut. Il réséqua alors le coccyx, repoussa le rectum derrière la prostate et enleva complètement les vésicules séminales transformées en un abcès fongueux. Le malade guérit au bout de huit semaines.

Dans le second cas il s'agit également d'un individu atteint de tuberculose du testicule et des vésicules séminales. Pour atteindre celles-ci, M. Schede suivit la voie para-sacrale de Rydygier et les extirpa avec la plus grande facilité.

Syphilis et tuberculose du testicule.

M. E. Fraenkel a présenté un testicule syphilitique et un testicule tuberculeux.

Dans la tuberculose, la lésion occupe l'épididyme ; dans la syphilis elle frappe le parenchyme même. Dans la tuberculose le canal déférent est très rapidement pris et se déforme en chapelet comme le montre aussi le testicule enlevé par M. E. Fraenkel. Plus tard on peut voir se développer une tuberculose génito-urinaire ascendante.

Dans la syphilis du testicule on observe principalement deux formes : l'orchite fibreuse interstitielle et l'orchite gommeuse, comme c'est le cas du testicule présenté par M. E. Fraenkel et qui présente en même temps de l'épididymite, ce qui est fort rare. Le canal déférent est intact.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 22 *janvier* 1894.

Fractures de la rotule.

M. Ballance. — Je viens de traiter deux cas de fractures de la rotule chez des sujets de 36 et de 45 ans par l'incision et la suture des fragments à l'aide d'un fil métallique. J'ai déjà traité sept cas de la même façon et sans drainage ; chez tous j'ai obtenu un bon résultat. Toutes les autres méthodes de traitement sont impuissantes à produire une réunion osseuse. Je coupe avec des ciseaux les lambeaux aponévrotiques qui sont entre les fragments osseux Il faut commencer à imprimer à l'articulation des mouvements passifs à partir du dixième ou du quatorzième jour et on enlève alors la gouttière. Au bout d'un mois le malade peut marcher et reprendre son travail au bout de six semaines.

M. Turner. — La suture des fragments est évidemment le meilleur moyen de traiter la fracture de la rotule ; mais il faudrait trouver quelque chose pour remplacer le fil métallique qui peut plus tard provoquer des accidents ; il est vrai que les tendons de kangourou et autres objets de suture ordinaires ne sont pas assez forts.

M. Bruce Clarke. — Je traite aussi les fractures de la rotule par la suture métallique ; mais je ne commence les mouvements passifs qu'au bout de six semaines.

Syphilis de la lèvre.

M. Turner. — Un homme de 41 ans, n'accusant aucun antécédent syphilitique, marié et ayant eu 5 enfants, tous vivants actuellement, fumait la pipe depuis 30 ans. Il y a six mois il constata la présence d'une petite tumeur dure au milieu de sa lèvre inférieure ; cette tumeur ne tarda pas à s'ulcérer. Il y a environ sept semaines, il remarqua une petite tumeur dure immédiatement en arrière de la mâchoire inférieure et sur la ligne médiane. La partie gauche de la lèvre inférieure présentait une ulcération irrégulière qui se continuait jusque sur la partie droite où elle aboutissait à une petite tuméfaction ferme. Les ganglions sus-hyoïdiens étaient pris. Je crois qu'il s'agit là de syphilis ; du reste le traitement antisyphilitique a amené une certaine amélioration.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 23 *janvier* 1894.

Guérison spontanée des tumeurs solides de l'abdomen.

M. Smith. — Un jeune homme de 25 ans présentait des phénomènes d'occlusion intestinale dus à une grosse tumeur solide de l'hypogastre. On fit une laparotomie qui conduisit au diagnostic de tumeur maligne adhérente aux intestins et on ne chercha pas à l'enlever. On fit un anus artificiel, à cause de l'occlusion intestinale. La tumeur diminua graduellement de volume ; six mois après on fit une laparotomie pour pratiquer l'entérorrhaphie et on ne trouva plus trace de la tumeur. Quatre ans et demi après, le malade est en excellente santé. Dans un autre cas, une femme de 55 ans présentait une tumeur de la région ombilicale, tumeur qui adhérait à la paroi abdominale dans cette région ; elle était du volume d'une tête de fœtus à terme ; elle adhérait aussi aux intestins d'un côté. On fit le diagnostic de tumeur maligne et on la laissa en place ; on évacua au niveau de l'ombilic une petite collection mucopurulente et pendant deux ans il resta une fistule. Puis la tumeur disparut, la fistule se ferma et la femme va actuellement très bien. Chez une troisième malade, de 19 ans, j'ai trouvé une grosse tumeur remplissant la partie supérieure droite de l'abdomen, sans plonger dans le bassin. A l'ouverture du ventre, on fit le diagnostic de tumeur maligne inopérable ; il se forma une fistule stercorale ; la tumeur diminua graduellement et disparut ; on fit alors une entérorrhaphie et la malade est maintenant entièrement guérie. On ne peut pas dire que ces guérisons soient tout à fait spontanées, car elles ont en réalité été provoquées, la première par un changement dans le cours des matières et les deux autres, par l'ouverture d'une fistule.

M. Church. — Quelques-unes de ces tumeurs ont probablement pour origine un diverticule de Meckel.

M. Doran. — Certains cas de péritonite chronique avec adhérences intestinales et accumulation de matières fécales dans ces anses simulent, à s'y méprendre, des tumeurs solides. Cela peut arriver dans la péritonite tuberculeuse, qui n'est pas rare chez l'adulte. Le cancer et le sarcome ne marchent jamais spontanément vers la guérison. On a déjà fait remarquer que, dans les cas de péritonite tuberculeuse avec ascite, l'incision exploratrice, en enlevant le liquide, provoque l'arrivée de phagocytes en plus grand nombre et ce sont ces phagocytes qui détruisent les tubercules. Dans le deuxième cas de M. Smith, il s'agissait évidemment d'un dépôt inflammatoire ou d'un mésentère énormément hypertrophié.

M. Bland Sutton. — Depuis 1891 j'ai observé quatre cas de ces tumeurs à régression spontanée ; dans aucun je n'ai eu à ouvrir l'intestin. Chez un enfant de 11 ans apparurent de l'occlusion intestinale et des symptômes analogues à ceux d'une appendicite, mais ayant pour siège la fosse iliaque gauche. Je fis une laparotomie, je trouvai un peu de pus et à l'ouverture du péritoine apparut, dans la courbure de l'S iliaque, une grosse tumeur analogue à un lympho-sarcome. Je fermai la plaie et je portai un pronostic sombre ; mais actuellement la tumeur a disparu. D'autre part, une femme de 50 ans présentait des symptômes d'occlusion intestinale et on sentait par le toucher vaginal une tumeur qui faisait penser à un myome utérin. Une laparotomie révéla l'existence d'une tumeur qu'on considéra comme un cancer de l'S iliaque adhérent à l'utérus. Je refermai la plaie et la malade guérit sans autre intervention. Je crois que ces guérisons dites spontanées sont dues aux manipulations de la tumeur qui forcément brisent quelques adhérences.

M. Barker. — Presque toutes ces tumeurs ont été observées dans l'abdomen ; il n'en fut pas de même chez une malade que j'ai soignée. Il s'agit d'une femme de 32 ans qui présentait sous l'angle droit du maxillaire inférieur une tumeur à croissance rapide, sans s'accompagner de fièvre. J'opérais et je cherchais à énucléer la capsule, quand celle-ci se rompit et un flot de sang jaillit. J'ai alors refermé la plaie sans enlever la tumeur. Cinq ans après, cette tumeur avait beaucoup diminué.

M. Priestley. — Toutes les tumeurs abdominales dont on vient de parler sont certainement de nature inflammatoire. On sait en effet que de pareilles tumeurs et de vastes surfaces de suppuration peuvent s'établir sans provoquer de fièvre. Je ne crois guère à l'action des phagocytes pour faire disparaître d'aussi grosses tumeurs.

AUTRICHE

COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 22 *janvier* 1894.

Œdème pulmonaire par l'iodure de sodium.

M. v. Zeissl a fait au laboratoire de v. Basch des expériences sur des chiens avec des préparations d'iode Dans certaines conditions il a vu les chiens succomber à l'œdème aigu des poumons.

Les préparations iodées étaient injectées dans la veine jugulaire des animaux. L'iodure de potassium et l'iodure de lithium ne provoquaient pas d'œdème pulmonaire. L'injection de 42 gr. d'iodure de sodium chez un chien de 7 kilogr. n'a provoqué qu'un léger œdème des poumons.

Mais il était facile de produire un œdème considérable des poumons par l'injection intra-veineuse d'une solution d'iodure de sodium iodurée (100 gr. d'eau, 2 gr. d'iode pur, 2,2 d'io-

dure de sodium). 30 gr. de cette solution ont suffi pour tuer par œdème pulmonaire un chien de 6 kilogr.

L'œdème pulmonaire à la suite des injections intra-veineuses (veine dorsale) d'iodure de sodium ioduré, a déjà été signalé par Bochus (de Dorpat) qui expérimentait sur des chiens. Huchard a publié une observation d'œdème pulmonaire chez un aortique qui avait pris 2 gr. d'iodure de sodium. On voit encore que l'œdème pulmonaire s'observe aussi à la suite de l'intoxication par l'iodoforme.

M. v. Basch fait observer que la transsudation qu'on observe dans ces cas d'œdème pulmonaire est énorme. Aujourd'hui il est encore difficile de dire si l'œdème consécutif à l'injection de solutions iodurées est le résultat d'une stase sanguine ou s'il dépend d'une modification du sang ou des parois vasculaires.

Chirurgie de l'intestin.

M. Gersuny, après quelques considérations sur le traitement de l'obstruction intestinale, a exposé plusieurs cas curieux de chirurgie abdominale.

Chez un garçon sujet à des attaques de pérityphlite il survint des troubles gastro-intestinaux ayant fait penser à de l'obstruction intestinale. A la palpation on trouvait de la résistance dans la région ombilicale. A l'ouverture de l'abdomen par une incision faite à gauche de l'ombilic, on trouva un diverticule de Meckel adhérent à l'ombilic, et compliqué à droite d'un volvulus de l'anse afférente. Pour libérer le volvulus il a fallu détruire un grand nombre d'adhérences, puis réséquer le mésentère allongé afin de prévenir la récidive. Il n'y avait rien du côté du cæcum.

Dans un second cas d'obstruction intestinale pouvant être attribuée à la compression par un kyste de l'ovaire, on trouva par hasard, grâce à la rupture accidentelle du kyste pendant l'opération, le tableau suivant : dans le cæcum se terminait une anse d'iléon très amincie qui, à quelque distance de là, se continuait avec une tumeur lisse, ronde, grosse comme un poing, d'où sortait une anse intestinale grosse comme l'avant-bras. Quand l'enveloppe de la tumeur fut incisée, il se trouva que la tumeur n'était autre chose qu'une agglomération des anses intestinales amincies et rétrécies, mesurant ensemble un mètre et demi de longueur.

Dans un troisième cas, le mécanisme de l'obstruction était particulièrement curieux. Il s'agissait d'un malade considéré comme atteint d'une tumeur de l'intestin, qui un soir fut pris de phénomènes d'obstruction intestinale. A l'opération on trouva le côlon ascendant coudé en haut et fixé par des adhérences à la paroi abdominale au niveau de la région gastro-hépatique.

Dans un quatrième cas, l'opération a été faite pour une prétendue tumeur du rein. On trouva un lympho-sarcome de l'intestin développé entre les feuillets du mésentère et situé derrière le côlon. Dans un autre cas, avec un diagnostic hésitant entre une tumeur de la paroi abdominale et celle du bassin, on trouva un carcinome du cæcum. On se contenta d'établir une entéro-anastomose.

Chez un malade qu'on opérait pour une appendicite à récidives, on trouva que la tumeur était formée par le côlon ascendant rétracté ; il n'y avait plus de cæcum, et la portion abdominale de l'iléon était transformée en un véritable sac à parois épaisses. Il a fallu réséquer près de 40 centimètres d'intestin pour pouvoir aboucher l'intestin dans la partie supérieure du côlon ascendant.

Les deux derniers cas touchent à la chirurgie du foie.

Une fois, il s'agissait d'une femme de 71 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué un cancer du pylore. Penchant plutôt pour une cholécystite calculeuse, M. Gersuny ouvrit la vésicule biliaire qui contenait en effet un grand nombre de calculs. Mais comme il a pu constater en même temps l'existence d'un cancer du pylore, il pratiqua, séance tenante, la gastro-entérostomie d'après le procédé de Brenner et aboucha la vésicule biliaire dans l'intestin après avoir constaté que le canal cholédoque était imperméable. La femme guérit.

Dans un autre cas, chez un hépatique calculeux avec ictère, M. Gersuny aboucha le canal cholédoque tiré de partout par des adhérences, dans l'estomac. L'effet de l'opération fut nul. Trois semaines après, on rouvrit le ventre et on inséra le cholédoque dans la première anse du jéjunum, d'après le procédé de Brenner. La malade guérit.

M. Hofmokl est depuis les dernières douze années intervenu 50 fois sur l'intestin.

L'occlusion intestinale peut se développer lentement, et cette éventualité s'observe dans certains cas de coprostase, dans certaines hernies volumineuses, en cas de compression par une tumeur. Les autres causes de l'occlusion intestinale lente sont les rétrécissements de l'intestin, consécutifs à des ulcérations, les brides qui se forment dans certains cas de pérityphlite, de péri- ou paramétrite.

Dans un autre groupe de cas, il faut ranger les hernies acquises de l'épiploon. M. Hofmokl en a vu deux cas de ce genre, et dans les deux cas, d'origine traumatique tous les deux, l'intestin faisait hernie à travers l'épiploon déchiré.

Vient ensuite le groupe considérable comprenant les cas de volvulus et d'intussusception, et celui des tumeurs néoplasiques.

Au point de vue diagnostique, il faut étudier les mouvements de l'intestin, la douleur locale, la nature et les caractères des selles, la conformation du ventre.

Quant au traitement, les lavements et infusions ne sont pas d'une grande utilité. On peut essayer les lavements laxatifs ; mais souvent (principalement en cas de coprostase), on est obligé d'enlever les matières fécales avec une cuiller. En somme, le seul traitement efficace est la laparotomie.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 26 janvier 1894.

Laryngo-sclérome.

M. Kobler présente une malade de 24 ans soignée depuis 1879 pour une hypertrophie des cordes vocales. Il y a trois semaines, en pratiquant l'examen laryngoscopique, on trouva une fausse membrane qui couvrait partiellement la glotte et, à côté de la fausse membrane, une petite tumeur kystique, grosse comme une noisette et paraissant venir de la fausse corde vocale droite. La tumeur fut extirpée, et l'examen histologique confirma le diagnostic clinique de laryngo-sclérome.

Il n'est pas inutile de rappeler à cette occasion que, d'après Schrœtter, la plupart des cas d'hypertrophie des cordes vocales inférieures se rapportent au laryngo-sclérome.

Kératite mycotique.

M. Fuchs a observé récemment un malade atteint de kératite ulcéreuse présentant cette particularité que l'exsudat était particulièrement sec. L'examen microscopique de l'exsudat, qui s'enlevait avec la plus grande facilité, montra qu'il se composait d'une quantité considérable d'aspergillus fumigatus.

Le malade exerçait la profession de meunier, et dans les deux cas analogues consignés dans la littérature médicale, les malades se sont trouvés en contact avec des moisissures.

Ablation opératoire des tumeurs de la vessie.

M. v. Frisch n'a perdu que deux malades sur ses quatorze opérés, tous par la taille hypogastrique, qu'il préfère à la taille périnéale de Thompson. Bien qu'il ne suture jamais la muqueuse, la cicatrice ultérieure est pourtant fort belle. Comme traitement post-opératoire, il ne connaît rien de mieux que le drainage avec le drain coudé de v. Dittel, de chaque côté duquel il introduit encore deux bandes de gaze iodoformée de façon à obtenir un tamponnement parfait de la vessie. Le drain et la gaze iodoformée sont retirés du 8e au 10e jour, les sutures enlevées au 10e jour, pour placer une sonde uréthrale à demeure. La guérison était complète au bout de trois semaines en moyenne.

Sur les 14 opérés, 7 avaient des papillomes (3 tumeurs pédiculées simples et 4 papillomes multiples), 1 un fibro-adénome (chez une fille de 3 ans) ; dans les autres cas, il s'agissait de carcinomes qui furent enlevés, 3 au thermocautère, 4 à la cuiller tranchante. Dans ces trois cas, la récidive survint au bout de 3, 4 et 6 mois. Dans un quatrième cas de récidive du carcinome, l'opération fut faite par une incision transversale de la paroi abdominale et de la vessie. La guérison fut lente à venir, mais, au bout d'un an, il n'y avait pas encore de récidive. Dans le dernier, la tumeur abordée par la voie vésico-vaginale n'avait pas encore récidivé au bout d'un an.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

MODE D'ADMINISTRATION DU CHLORAL

Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral; sa conservation est parfaite et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'estomac. (FORMULAIRE MAGISTRAL).

Le sirop de Follet se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche. La cuillerée à bouche contient exactement 1 gramme de chloral hydraté ; la cuillerée à café 25 centigrammes.

Le sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait. Souvent il est préférable de donner les deux première cuillerées ensemble ; le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du sirop de Follet est fabriqué par la maison L. Frere, A. Champigny et Cie, Success. 19, rue Jacob, Paris, qui a obtenu les premières récompenses décernées aux produits pharmaceutiques : médaille d'or unique à l'*Exposition universelle* de Paris 1878 ; médaille d'or, Amsterdam, 1883 ; médaille d'or, Sydney, 1888, Paris, 1889.

PERLES DU DOCTEUR CLERTAN

Procédé approuvé par l'Académie de médecine de Paris

Maladies de l'appareil respiratoire

a. *Perles de Créosote du Dr Clertan.* — 0.05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. — Prix : 2 fr le flacon de 30.

b. *Perles de Gaïacol de Clertan.* — 0 05 centigr. par perle. — Dose moyenne, 4 par jour. — Prix : 2 fr.

c. *Perles d'Iodoforme de Clertan.* — 0.05 centigr. par perle. — Dose moyenne, 4 par jour — Prix : 3 fr. 50.

d. *Perles de Terpinol de Clertan.* — 0.25 centigr. par perle. — Dose moyenne, 4 par jour. — Prix : 2 fr. le flac.

e. *Perles d'Eucalyptol de Clertan.* — 0.15 centigr. par perle. — Dose moyenne, 5 à 20 par jour.

f. *Perles de Créosote iodoformée de Clertan.* — 0,05 centig. de créosote d'un centig. d'iodoforme par perle.

g. *Perles de Gaïacol iodoformé de Clertan.* — 0.05 centig. de Gaïacol alpha et un centig. d'Iodoforme.

h. *Perles de créosote gaïacolée et iodoformée de Clertan :* 0.05 centig. de créosote 0.05 cent. de gaïacol, 0.01 cent. d'Iodoforme.

i *Perles de goudron créosoté.* — 0,05 centig. de créosote par perle. — Dose moyenne, 4 par jour. — Prix : 2 fr.

Maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs 19, rue Jacob, Paris.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Thèses du 12 au 17 février 1894.

Mercredi 14. — M. Collin. Etude sur l'ulcère simple du duodénum. — M. Sourel. Etude des accès éclamptiques et plus particulièrement de leur pathogénie. — M. Castueil. Contribution à l'étude de la pathogénie des cancers. — M. Wateau. Contribution à l'étude de l'influence des affections à streptocoques sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — M. Le Roux. Contribution à l'étude de la cirrhose hépatique alcoolique. Prédisposition et précirrhose. — M. Moreau. De la fragilité constitutionnelle des os (Ostéopsathyrosis de Lobstein). — M. Lartail. Des transplantations de peau et de muqueuse animales sur les plaies de l'homme.

Jeudi 15. — M. Reynes. De la fièvre typhoïde à Marseille. — M. Chapon. Contribution à l'étude des éruptions chloraliques. — M. Guignabert. Du traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphtol camphré.

VARIÉTÉS

Concours de l'internat. — Les notes des dernières séances ont été :
16. Lardenois (38).
14. Villière (37), Bureau (36).
13. Wiart (36), Lorrain (37), Funck (35).
12. Lacner (36), Frenkel (35), Imbert (33).
11. Dominici (35), Wintrebert (35), Arrizabalaga (33), Pagès (33), Le Für (31), Bize (31).
10. Sainton (32), Hérard (33), Fauvelle R. (31).
9. Comte (30).
8. Martin A. (35), Roger J. (31)., Tissier (29), Bigeard (29), Lesné (28).
6. Mlle Leclerc (28), Girerd (23).
5. Georghiu (25).

Concours du bureau central. — Un concours sera ouvert le lundi 19 mars 1894, à midi, à l'administration centrale, pour la nomination à deux places de chirurgien du bureau central.

Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 19 février, et clos le samedi 3 mars.

Le conseil supérieur de l'Assistance publique vient d'adopter une proposition de M. Paul Strauss, président de la 5e commission d'assistance publique du Conseil municipal, relative à la réorganisation du conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Aux termes de cette proposition, le Conseil municipal sera représenté désormais par onze de ses membres dans le conseil de surveillance de l'Assistance publique; c'est-à-dire qu'il comprendra le tiers de l'assemblée.

En outre, le conseil de surveillance a décidé de s'adjoindre des personnalités choisies parmi les accoucheurs des hôpitaux et les médecins des bureaux de bienfaisance, ainsi qu'un patron et un ouvrier désignés parmi les membres du conseil des prud'hommes.

☞ Il paraît à Bâle à partir de l'année 1893, sous le titre *Mittheilungen aus kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz* (Contributions des Instituts de clinique et de médecine de la Suisse), une série de monographies, les unes en langue allemande, les autres en langue française. Cette publication a lieu sous le contrôle d'une commission composée de MM. les professeurs DE CÉRENVILLE (Lausanne), COURVOISIER (Bâle), KOCHER (Berne), PFLIGER (Berne), ROUX (Lausanne), SAHLI (Berne), TAVEL (Berne).

Il a été publié jusqu'ici 4 fascicules :

Ueber die Œtiologie der Peritonitis, par le Dr E. TAVEL et le Dr OTTO LANZ. 1 volume avec 8 planches........ 7 fr. 50

Ueber die Durchlässigkeit der Darmwandeingeklemmter Brüche für Mikroorganismen, par le Dr ARND. 1 volume........ 1 fr. 25

Beitræge zur Chirurgie der Gallenwege, par le Dr W. MARTIG. 1 volume........ 3 fr. 75

Beiträg zur Myopie-Frage, par le Dr BOLESLAW JANKOWSKI. 1 volume........ 2 fr. 50

Par suite d'un accord intervenu entre la librairie G. Masson et M. Sallmann, on pourra se procurer ces diverses livraisons soit ensemble par souscription, soit séparément, aux prix indiqués, à la librairie G. Masson.

Nous ferons successivement connaître les monographies publiées. L'importance des travaux qui sont publiés dans cette série leur assurera dans le public médical scientifique français un très favorable accueil.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique des opérations pratiquées en 1893 dans la salle de gynécologie, par M. P. Reclus.

Je me propose de dresser, chaque année, le bilan rigoureux des interventions pratiquées dans notre petite salle réservée à la gynécologie. Vous savez que, dans un pavillon d'isolement, nous possédons trois lits pour nos grandes opérations sur les organes génitaux internes de la femme. Trois lits, ce n'est guère; cependant nous avons vu s'y succéder 48 malades pour des lésions variées dont je vous dois la rapide nomenclature. Vous ne trouverez ici ni les curettages, ni les amputations du col, ni les extractions de polypes utérins, ni les périnéorrhaphies. Ces interventions, qui d'ailleurs ne nous ont donné que des succès, se font dans la salle commune et se trouveront dans la statistique générale du service.

Parmi nos 48 opérations, il en est 5 que nous signalerons simplement, parce qu'elles n'ont pas trait à des interventions sur les organes génitaux : résection d'une cicatrice pour éventration et guérie par la triple suture du péritoine, des muscles, des aponévroses et de la peau; incision d'un abcès périnéphrétique pris pour une suppuration autour de volumineux fibromyomes de l'utérus; ouverture et excision partielle d'un kyste non hydatique de la rate ou du mésentère, laparotomie pour obstruction intestinale et section d'une bride péritonéale. Quant à la cinquième de ces observations, elle porte bien sur la gynécologie, mais elle est en vérité trop légère pour mériter mieux qu'une mention : il s'agit d'une énorme hématocèle rétro-utérine ouverte et drainée par le cul-de-sac postérieur; une énorme quantité de sang liquide, de caillots et de masses fibrineuses ont été expulsés par l'incision, et en trois semaines la vaste poche s'est oblitérée.

Dans une autre catégorie nous mettons trois *hystérectomies vaginales* que je qualifierai de *simples*. La première se rapporte à une atrésie du col utérin consécutive à l'application dans la matrice d'un crayon de chlorure de zinc; des accidents graves survenaient à chaque époque menstruelle et je dus pratiquer l'ablation de l'utérus. Les deux autres ont trait à des chutes totales de la matrice chez de vieilles femmes; l'intervention la plus radicale et la moins dangereuse me parut l'hystérectomie que je pratiquai facilement sous l'anesthésie cocaïnique. La guérison fut rapide; mais, à peine la cicatrisation était-elle achevée, que dans mes deux cas je constatai une rectocèle et une cystocèle qui m'obligèrent à compléter mon intervention première par une colpopérinéorrhaphie.

Dans un troisième groupe nous plaçons la seule *hystéropexie* que j'aie pratiquée cette année; il s'agit d'une femme de 25 ans dont l'utérus rétroversé remplissait le cul-de-sac de Douglas; des adhérences étroites en rendaient la réduction impossible et les troubles fonctionnels étaient sérieux : la laparotomie nous permit d'arriver sur la matrice maintenue immobile dans le petit bassin par les néo-membranes qui enveloppaient une double ovaro-salpingite. La décortication des annexes, la désinsertion de l'épiploon et des anses intestinales fut délicate; elle put être effectuée cependant, et l'utérus rapproché de la paroi abdominale antérieure y fut attaché par deux fils de soie introduits et liés selon la technique ordinaire. Le résultat opératoire et le succès thérapeutique furent parfaits.

Mais voici un groupe plus important : celui des *kystes de l'ovaire*. Nous en avons opéré huit. Cinq d'entre eux étaient simples; la poche unique quatre fois n'avait pas ou n'avait que peu d'adhérences avec le péritoine et les intestins; aussi l'opération a-t-elle été exécutée en quelques minutes sous l'analgésie cocaïnique; j'en ai parlé dans mes conférences antérieures et je n'y reviendrai pas. Je dirai cependant qu'il s'agissait dans un cas d'un double kyste du para ovarium; le pédicule à anesthésier à droite et à gauche de l'utérus était fort long et cependant l'opéré n'éprouva aucune douleur. Des trois autres kystes l'un s'accompagnait d'une inclusion dermoïde et d'un sarcome adhérent à l'intestin, masse saignante qui fut maintenue au dehors par des points de suture; les deux autres kystes avaient leur pédicule tordu et l'état général était fort compromis lorsque l'opération eut lieu; mais la guérison n'en survint pas moins comme dans les six autres kystes.

Nous arrivons maintenant à la grande classe des *inflammations pelviennes* qui forme la plus grosse part des cas gynécologiques que nous avons traités. Leur nombre s'élève à 24; 2 ne présentent qu'un médiocre intérêt : il s'agit de 2 ovaro-salpingites doubles non suppurées; les ovaires étaient kystiques et scléreux, les trompes épaissies et oblitérées; mais ni les uns ni les autres ne contenaient de pus; par contre, leur décortication a été délicate, du moins dans l'un des cas; des néo-membranes peu épaisses mais très résistantes, de véritables tractus fibreux les attachaient aux parois du bassin, à l'épiploon et à l'S iliaque; il a fallu pour les extirper beaucoup de prudence et beaucoup de patience. Dans ces deux cas la guérison a été obtenue.

Restent 22 faits qui tous ont trait à des ovaro-salpingites suppurées. Pour 19 d'entre eux, j'ai eu recours à la laparotomie avec position élevée du bassin. Je n'insisterai pas sur ce groupe qui a déjà fait le sujet d'une conférence : vous vous rappelez qu'une seule fois les annexes d'un côté n'ont pu être décortiquées; mais leurs poches purulentes ont été ouvertes et drainées, la guérison n'en a pas moins été obtenue. Restent 18 interventions régulières; tout a été extirpé : néanmoins 12 fois le drainage à la Mickulicz a été fait. Nous n'avons d'ailleurs eu que des succès et nos 19 laparotomies ont donné 19 guérisons. Je me permets d'insister sur cette heureuse série, car il s'agissait de cas particulièrement graves.

Dans un autre groupe comprenant seulement trois suppurations pelviennes, le mode d'intervention a été l'hystérectomie vaginale; ici les lésions très anciennes paraissaient plus graves encore, elles remplissaient le petit bassin et immobilisaient la matrice dans d'épaisses néo-membranes. Deux de ces cas ont remarquablement guéri, mais dans un troisième la mort est survenue : nous nous sommes expliqué ailleurs sur cet échec : la malade était en proie à une pelvi-péritonite qui se généralisait; le ventre était déjà ballonné, la cachexie était extrême. Notre hystérectomie vaginale n'a pas tué notre malade, mais, par contre, elle n'a malheureusement pas pu la guérir.

Enfin, notre dernière catégorie comprend les *corps fibreux de l'utérus* : nous ne comptons évidemment pas les polypes de la matrice contenus encore dans la cavité utérine ou faisant saillie dans le vagin; ces cas ont été traités dans notre salle commune et ne nous ont donné que des succès. Nous ne parlons ici que des corps fibreux interstitiels qui ont nécessité l'hystérectomie. Quatre ont été abordés par la voie vaginale, et nous ont donné trois guérisons et une mort. Celle-ci ne nous semble guère imputable à l'opération; le morcellement, presque difficile à cause de l'immobilité de l'utérus encastré dans une sorte de pachy-pelvi-péritonite, n'a présenté aucun incident fâcheux; les ligaments larges ont été bien saisis; il

n'y a pas eu d'écoulement sanguin appréciable, mais les phénomènes péritonéaux, allumés déjà plusieurs jours avant l'opération, ont continué malgré l'extirpation de l'utérus.

Les trois autres tumeurs ont été abordées par la voie abdominale. Il s'agissait de trois cas très graves : dans l'un les fibromes étaient petits, mais les annexes enflammées étaient distendues par du pus; de volumineuses collections s'étaient amassées au milieu des néomembranes épaissies qui unissaient les trompes, les ovaires et l'utérus non seulement aux parois du petit bassin, mais aux anses intestinales. Malgré de grandes difficultés opératoires, la guérison est survenue et n'a été entravée que par une fistule stercorale tarie au bout de dix jours. Dans les deux autres cas, il n'y avait pas de suppuration péri-utérine, mais les tumeurs remontaient jusque sur le diaphragme; ici encore la guérison est survenue sans encombre, ce qui fait trois succès sur trois hystérectomies abdominales.

Si nous réunissons en bloc toutes les interventions dont nous venons de donner l'analyse, nous voyons que nos 48 cas nous ont donné 46 guérisons et deux morts. Celles-ci, dues toutes les deux à une pelvi-péritonite généralisée avant notre intervention, sont survenues à la suite d'une hystérectomie vaginale; nous avons dit pour quelle raison il nous semblait que l'opération devait être innocentée. Mais, quoi qu'il en soit, nous retenons ces chiffres et nous voyons que la mortalité générale n'a guère dépassé 4 pour 100. C'est un beau résultat lorsqu'on songe à la gravité particulière de la plupart de nos opérations; nous pouvons nous féliciter de cette campagne et nous ne demandons pas de meilleurs succès pour 1894.

Traitement chirurgical des goîtres par l'exothyropexie.

Mécanisme de la résorption des goîtres exposés à l'air, lecture faite à l'Académie de médecine par M. A. Poncet, professeur à la Faculté de médecine, et M. Jaboulay, agrégé, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'exothyropexie est une opération qui consiste à exposer ou à luxer à l'extérieur et à l'y maintenir une partie ou la totalité du corps thyroïde atteinte de goître, dans le but principalement d'obtenir l'atrophie de celui-ci.

Elle doit, pensons-nous, prendre place à côté des seules opérations curatives de certains goîtres : thyroïdectomies, strumectomies, et, dans nombre de circonstances, elle nous paraît, par son innocuité, devoir leur être substituée.

Il est tel cas, en outre, où l'exothyropexie doit être considérée comme étant une opération d'urgence, lorsque, en présence de goître suffocant ou de goître d'une très grande vascularité, le chirurgien peut se proposer de dégager, par des manœuvres simples, la trachée comprimée ou encore de lutter contre des accidents divers qui justifiaient des actes plus graves, comme les thyroïdectomies, les strumectomies.

La luxation partielle ou totale du goître au dehors, à travers une incision des parties molles recouvrant le corps thyroïde, a donc pour but essentiel l'atrophie des tissus malades, la guérison du goître. Elle peut également faire cesser des troubles fonctionnels plus ou moins graves, compression de la trachée, etc., et triompher d'autres accidents éloignés : troubles nerveux, tachycardie, accidents myxœdémateux, etc.

Depuis un an, nous avons eu l'occasion de pratiquer 14 fois l'exothyropexie, alors que d'autres opérations sanglantes, thyroïdectomie, énucléation intra-glandulaire, devaient être considérées comme les seules curatives des goîtres que nous avons soumis à notre méthode thérapeutique.

L'opération que nous proposons offre comme avantage d'être, par sa nature même, simple luxation ou exposition des parties hypertrophiées au dehors, d'une innocuité que l'on peut considérer comme complète. Il s'agit d'une intervention chirurgicale sans écoulement de sang, dans une partie où l'hémorrhagie constitue souvent un accident redoutable ; elle est, d'autre part, d'une exécution rapide, et enfin d'une grande simplicité. Nous n'insistons pas sur son manuel opératoire qui a du reste fait l'objet d'une communication à la Société de médecine de Lyon (1). De larges incisions cervicales doivent permettre le dégagement facile des parties hypertrophiées, profondément situées, et l'explosion au dehors de tout ou partie de la glande malade.

Nos 14 exothyropexies se sont réparties entre six hommes et huit femmes. Il s'agissait, dans tous ces cas, de goîtres chirurgicaux, c'est-à-dire de tumeurs thyroïdiennes ayant résisté au traitement médical et provoquant des troubles fonctionnels divers qui exigeaient un traitement opératoire actif. Nos exothyropexiés ont été pour la plupart des jeunes sujets de 15 à 40 ans. Cinq fois, nous nous sommes trouvés en présence de goîtreux parenchymateux sans kystes, sans noyaux, et qui eussent nécessité des thyroïdectomies partielles. Ces hypertrophies totales, diffuses de la thyroïde, s'accompagnaient de phénomènes de compression grave des organes avoisinants et, chez quelques malades, on notait divers accidents se rattachant plus ou moins nettement à la maladie de Basedow, et parfois des signes de dégénérescence crétinoïde, ou de déchéance intellectuelle. L'atrophie des goîtres chez ces opérés a été plus ou moins rapide, et dans l'espace de cinq à six semaines, la tumeur avait considérablement diminué de volume, en même temps que la cicatrisation était devenue complète. Concomitamment avec la résorption du goître, mais surtout dans les semaines qui ont suivi, on observait non seulement, bien entendu, la disparition des troubles respiratoires, mais encore la guérison des troubles à distance. Il nous paraît juste de conclure de ces faits, que nous avons observés, que l'exothyropexie entraîne, d'une façon que nous pouvons considérer comme constante, l'atrophie des goîtres dits charnus ou parenchymateux, et qu'elle a les mêmes résultats heureux sur les accidents divers produits par les goîtres, que d'autres opérations sanglantes jusqu'ici exclusivement pratiquées.

Chez neuf malades, le goître appartenait à la forme kystique qui, on le sait, comporte de nombreuses variétés. Il s'est résorbé plus ou moins rapidement suivant la variété de tumeur kystique. Les hypertrophies nucléaires du parenchyme thyroïdien, les goîtres polykystiques, avec parois très minces, se résorbent aussi rapidement que les goîtres charnus. Au contraire, les formes kystiques à proprement parler, c'est-à-dire avec poches épaisses, souvent très anciennes (variété surtout justiciable de l'opération de Socin) demandent un temps très long. Dans ces cas, d'ailleurs, l'énucléation peut être, comme nous l'avons fait, pratiquée secondairement à l'exothyropexie qui en assure l'innocuité, et l'énucléation ou l'excision doit être préférée aux cautérisations.

L'anatomie pathologique des goîtres nous rend compte des différences que nous avons constatées et que nous supposions, *a priori*, dans le mode d'action de l'exothyropexie.

Chez quatre malades, le goître était en partie exophthalmique, et l'exothyropexie a, comme les autres opérations sanglantes : thyroïdectomie, strumectomie, amené la disparition des accidents locaux et à distance.

Enfin, nous avons noté également une modification de l'état mental, de l'aspect extérieur de certains goîtreux chez lesquels non seulement l'habitus se modifiait, mais aussi les facultés intellectuelles se développaient.

Quatorze exothyropexies nous ont donné quatorze guérisons.

Après ces opérations nous avons essayé quelquefois, sur le goître exothyropexié, l'emploi de moyens locaux, tels que cautérisations au fer rouge, ablation et excision à l'aide du thermocautère, badigeonnage iodé, grattage, etc., en vue d'accélérer le retrait de la néoplasie thyroïdienne. L'annexion de ces différents procédés à l'opération fondamentale est d'une valeur curative nulle pour tous, dangereuse pour quelques-uns; elle a mis en lumière deux faits intéressants. Le corps thyroïde est insensible et ne réveille pas de douleurs lorsqu'on le détruit, l'entame ou l'irrite. Il partage d'ailleurs

(1) Société de médecine de Lyon, 26 février; *Lyon médical*, 12 mars, et *Bulletin médical*, 19 mars 1893 (Exothyropexie, opération de Jaboulay). Voir aussi thèses de Gérard et de Jenny, Lyon, 1893.

cette insensibilité avec plusieurs autres viscères. Dans le tissu thyroïdien, seules les artères nous ont paru causer des réactions douloureuses sous l'influence des cautérisations actuelles. D'autre part, le corps thyroïde est très thermogène et produit facilement une forte fièvre. C'est pour cela que les procédés annexés doivent être rejetés; ils enflamment, en effet, et font suppurer les goîtres. Or, les goîtres qui suppurent mettent longtemps à s'atrophier et à disparaître, et ils engendrent, d'autre part, une véritable septicémie. L'opération initiale type, l'exothyropexie, doit donc seule subsister; elle est à elle seule réellement efficace.

Immédiatement après la mise à l'air du corps thyroïde goîtreux, on voit suinter sur toute sa surface, sauf au niveau des gros vaisseaux dont la gaine se sèche au contraire de plus en plus, comme une sueur insensible, que le papier buvard peut absorber et recueillir. Cette perspiration est tellement immédiate, après les manœuvres opératoires, qu'il est impossible de ne pas croire qu'elle soit normale et qu'elle ne se produise à la surface du corps thyroïde, normalement enfoui dans le cou. D'ailleurs, pendant les trois ou quatre premiers jours qui vont suivre la luxation de la glande au dehors, cette sécrétion restera quelquefois abondante; il nous est arrivé de la voir perler comme une rosée qui inondait les malades. Parmi les plaies, en effet, ce sont certainement les exothyropexies et les plaies thyroïdiennes qui fournissent la sécrétion la plus abondante. Le personnel hospitalier lui-même a remarqué ce fait, ayant à changer la literie de ces opérés plusieurs fois par jour, pendant la première semaine qui suit l'exothyropexie. Cette sérosité n'est pas d'origine irritative pure, elle doit venir des vésicules thyroïdiennes anormalement distendues, qui se videraient ainsi. Mais le suintement normal et continu paraît, à d'autres points de vue, intéressant. Il a pour s'épancher toute l'atmosphère celluleuse périthyroïdienne, qui reprend l'excrétion et la livre aux vaisseaux absorbants. De telle sorte qu'elle joue le rôle, pour le corps thyroïde, d'un véritable canal excréteur. Or, lorsque l'on agit sur le canal excréteur d'une glande, ou lorsque ce canal excréteur devient malade, la glande elle-même ne tarde pas à subir certaines modifications secondaires, dont les principales aboutissent à une diminution de volume. C'est peut-être là une part de l'explication des atrophies thyroïdiennes après les manœuvres d'extraction d'un lobe, après les sections de l'isthme thyroïdien, après les exothyropexies, après les énucléations ou encore après les trachéotomies.

Cette excrétion est abondante dans les exothyropexies faites pour des goîtres exophthalmiques, et ceux-ci nous paraissent relever de troubles de la circulation lymphatique thyroïdienne. En effet, les malades accusent souvent des adénites cervicales au début de leur maladie, d'autre part, les histologistes ont démontré l'existence de la sclérose dans les espaces occupés par les très riches lymphatiques intra-thyroïdiens. De sorte que chez les goîtreux exophthalmiques, la lymphe doit surtout être exsudée dans le tissu cellulaire périthyroïdien avec le contenu des vésicules thyroïdiennes qu'elle reçoit. D'autre part, à la surface du corps thyroïde, il y a des lymphatiques qui sont gros et nombreux, et lorsque ces lymphatiques se rompent, ce que nous avons vu une fois après l'exothyropexie, ils laissent écouler la lymphe sous forme de perles. C'est peut-être parce que la lymphe passe par la voie indirecte du tissu cellulaire que l'on observe des troubles cardiaques et bulbaires comme si elle devait être épurée dans son passage ganglionnaire normal, et c'est peut-être aussi parce que l'exothyropexie en débarrasse l'organisme en la faisant filtrer à l'extérieur, qu'elle améliore et même guérit la maladie de Basedow. Quoi qu'il en soit, nous avons vu récidiver la maladie chez une jeune fille lorsque le goître a été recouvert par les téguments, et guérir une seconde fois après une nouvelle mise à l'extérieur.

Dès que la luxation au dehors du goître est opérée, on voit les veines qui rampent à sa surface grossir et devenir turgides. Si quelques veinules réunissant la circulation thyroïdienne à la circulation superficielle du cou ont été rompues pendant les manœuvres opératoires, elles peuvent donner un jet de sang. Bientôt la couleur du goître se modifie, il se fonce et devient noirâtre; tout cela indique la gêne de la circulation veineuse, le sang noir stagne dans l'épaisseur du corps thyroïde, le sang artériel devant être nécessairement impuissant à le chasser devant lui. Le mécanisme de cette stase veineuse doit être cherché dans la compression et le tiraillement des grosses veines thyroïdiennes afférentes par l'opération et aussi dans leur mise au contact de l'air. La circulation devient bientôt nulle; mais jusque-là le corps thyroïde a gonflé comme s'il était injecté d'une trop grande quantité de sang. Dès le lendemain de l'opération, les grosses veines périphériques, qui avaient grossi sous les yeux de l'opérateur, commencent à diminuer, et, de jour en jour, on peut assister à leur affaissement, à leur thrombose, puis à leur atrophie définitive qui est réalisée vers le huitième jour.

Aussi, chaque fois qu'un goître se présente avec des veines volumineuses et une circulation périphérique très active, faut-il pratiquer l'exothyropexie, qui le débarrassera de ce dangereux voisinage et permettra, s'il y a lieu, des opérations secondaires, pouvant alors se faire à peu près à sec, en tout cas sans crainte d'une catastrophe par perte sanguine exagérée.

Voici les autres modifications qui vont s'opérer : toute la plaie granule, les bourgeons charnus forment une enveloppe complète au goître. Ils doivent, bien entendu, rester aseptiques, résultat un peu moins facile à réaliser que pour d'autres opérations, en raison de la fréquence des pansements. En même temps la peau devient adhérente au goître sur son pourtour, en une région plus ou moins éloignée de son extrémité saillante. Lorsque l'incision, par laquelle la luxation du goître a été opérée, est seulement longitudinale, qu'elle a été juste suffisante pour laisser passer une tumeur relativement volumineuse, les lèvres de la plaie cutanée peuvent former un entropion par dessous. Lorsque l'incision est transversale et très large, à plus forte raison si elle est cruciale, les lèvres cutanées ne sont pas rentrées et retirées en dedans par la tumeur qui est constamment aspirée pour ainsi dire, et les lambeaux peuvent plus facilement revenir au contact sur la ligne médiane. Cependant cet entropion n'est pas un phénomène constant après l'incision simplement longitudinale. Quoi qu'il en soit, la couche de bourgeons charnus est continue de la peau au goître. Toute cette couche est d'une insensibilité absolue. Elle forme une plaie dont l'étendue est proportionnelle au volume du goître et qui peut mettre longtemps à se cicatriser. C'est là, d'ailleurs, le seul reproche que l'on puisse adresser à l'exothyropexie : la durée de la réparation de la perte de substance qui, pendant ce temps, est plus susceptible de s'infecter et reste exposée à diverses complications.

Quant à cette atrophie elle-même, il est encore difficile d'en déterminer la cause. Nous avons déjà signalé l'hypothèse d'une lésion du canal excréteur, réalisée par l'incision de l'espace périthyroïdien. Si cette hypothèse était vraie, il devrait suffire d'inciser les parties molles jusqu'au goître exclusivement sans le toucher. Peut-être faut-il tenir compte de l'action, sur le corps thyroïde, de réflexes, et ils sont nombreux, engendrés par l'incision de la peau du cou, et alors la simple incision cutanée guérirait du goître. Mais, si ces deux mécanismes précédents sont possibles et agissent dans l'exothyropexie, il en est un autre qui est indéniable et qui ne peut exister qu'après l'exothyropexie, engendré qu'il est par elle : c'est l'atrophie par la thrombose veineuse. On sait que l'excès de sang veineux est une cause d'hypertrophie des tissus et des organes. Pour faire augmenter un membre en longueur, on met un tube d'Esmarch qui gêne la circulation en retour et prolonge le contact du sang veineux en excès avec les éléments anatomiques; il en est de même pour le corps thyroïde où les congestions veineuses qui sont au début des hypertrophies thyroïdiennes (efforts, menstruations, grossesses, accouchements, infection) ont amené le goître. Réciproquement, un organe, un tissu où la circulation veineuse est réduite, doit s'atrophier. L'exothyropexie qui produit la suppression de la circulation veineuse thyroïdienne, par la thrombose aseptique que nous avons décrite, doit donc réaliser la diminution des goîtres.

Mais à côté de ces phénomènes locaux, il se produit aussi des modifications générales d'un caractère particulier. On peut les résumer en disant : que l'intelligence se transforme, que la vitalité générale subit une véritable impulsion, et que pour le cas particulier de la maladie de Basedow, la tachycardie, les tremblements et l'exophthalmie tendent à disparaître. A

noter aussi une modification dans la pigmentation de la chevelure, qui une fois s'est foncée en passant du blond au brun, et une autre fois a disparu par places. Des cheveux et des cils bruns sont aussi devenus blancs en quelques jours.

Quant aux résultats locaux à longue échéance, deux cas que nous avons dû réopérer nous ont renseigné à ce sujet. Les veines et les artères se reconstituent sur leur type normal, mais elles sont cependant moins grosses; les adhérences cutanées tendent de plus en plus à se mobiliser et à se disposer en feuillets stratifiés qui vont vers la résorption ou vers la constitution d'une bourse séreuse cloisonnée en du tissu cellulaire lâche. Quant au goître lui-même, il peut ou bien définitivement disparaître, ou bien subir deux transformations principales, former des noyaux, et, d'autre part, faire des kystes. Or, on le sait, cette évolution vers les kystes et les noyaux est la marche naturelle des goîtres et leur aboutissant à une date plus ou moins éloignée, que nous avons pour notre compte vu souvent arriver. L'exothyropexie hâte cette transformation, tout en provoquant le retrait de la tumeur.

C'est ainsi qu'elle devient une opération *curative* à elle seule et sans autre adjuvant. Elle peut être une opération d'*urgence* dans les goîtres plongeants, rétro-sternaux ou dans les goîtres constricteurs. Elle peut être le *premier temps* d'une excision ou d'une énucléation qui alors se feront à sec et en dehors des loges du cou. Enfin, le plus souvent, elle remplit ces trois indications à la fois.

Elle s'adresse donc à toutes les variétés anatomiques des goîtres: vasculaires (qui ne relèvent que d'elle, surtout s'ils sont volumineux), parenchymateux, à noyaux, polykystiques, gros ou petit, rétrosternaux ou cervicaux; elle est applicable aussi à toutes leurs variétés cliniques: goîtres simples, goîtres exophthalmiques, goîtres des crétins.

Peut-être l'exothyropexie trouvera-t-elle également son indication dans la maladie de Basedow, sans hypertrophie de la thyroïde.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 *février* 1894.

Présidence de M. Rochard.

MM. Delorme, Ch. Monod et Nicaise se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

M. Poncet (Lyon) demande à être porté sur la liste des candidats dans la deuxième division des correspondants nationaux.

Abcès du foie des pays chauds.

M. Cornil lit un rapport sur un mémoire de **M. Zancarol** (d'Alexandrie) relatif au traitement des abcès du foie des pays chauds.

Le procédé opératoire de M. Zancarol a pour but d'éviter l'introduction du pus des abcès hépatiques dans le péritoine ou la plèvre; il comprend trois temps pour les abcès du lobe droit, de beaucoup les plus fréquents: la ponction, l'incision au thermocautère, avec résection d'une côte s'il est nécessaire, la toilette de l'abcès avec une solution d'acide salicylique au millième; puis on remplit la cavité de gaze iodoformée et l'on complète le pansement antiseptique. Sur 115 abcès du lobe droit, il y a eu 54 guérisons et 57 morts. Pour les abcès du lobe gauche, même manuel opératoire, à cette différence près que M. Zancarol emploie le bistouri et qu'on n'a pas besoin de réséquer de côte. Sur 30 abcès du lobe gauche, 17 ont guéri et il y a eu 13 morts; soit au total, sur 157 malades, 77 morts et 3 malades sortis avant guérison.

Au point de vue bactériologique, les recherches entreprises n'ont donné aucun résultat démontrant la présence d'un microbe spécifique, mais bien plutôt de nombreux bacilles associés soit au staphylocoque, soit au streptocoque, soit au bacterium coli commune.

M. Poncet lit un mémoire sur le traitement chirurgical des goîtres par l'exothyropexie (V. p. 62).

Comité secret.

L'Académie, sur le rapport de M. Laveran, fixe comme suit la liste des candidats à la place de membre titulaire dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale:

1° M. Raphaël Blanchard; 2° *ex æquo* MM. Ferrand et Huchard; 3° MM. Ducastel, Legroux et Sevestre.

L'Académie, sur le rapport de M. Cadet de Gassicourt, fixe comme il suit la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de médecine: 1° M. Layet (de Bordeaux); 2° M. Alison (de Baccarat); 3° M. Mairet (de Montpellier); 4° M. Liégeois (de Bainville-aux-Saules, Vosges); 5° M. Vergely (de Bordeaux); 6° M. Bertrand (de Cherbourg).

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 *janvier* 1894.

Traitement du chancre simple.

MM. H. Hallopeau et **L. Brodier** font une communication sur le traitement du chancre simple par le *di-iodoforme*. Ils l'ont expérimenté dans 12 cas, leurs conclusions sont les suivantes: 1° Le di-iodoforme peut être employé au même titre que l'iodoforme dans le traitement des chancres simples; comme l'iodoforme, il en amène généralement la guérison au bout de 18 à 20 jours. 2° Il est supporté et ne détermine ni douleur, ni irritation locale. 3° Il a sur l'iodoforme le grand avantage de ne dégager aucune odeur, à la condition d'être conservé dans des flacons bien bouchés, à l'abri de la lumière. 4° Son action peut échouer, comme celle de l'iodoforme, quand il s'agit d'un chancre phagédénique. 5° Les applications doivent être renouvelées plusieurs fois par jour: il est utile de maintenir sur les parties ulcérées du coton hydrophile imprégné du produit. 6° Il a donné de bons résultats dans un cas d'abcès lymphangitique de la verge; on est donc en droit de l'essayer dans les suppurations et, d'une manière générale, dans le traitement des plaies justiciables du pansement iodoformé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 *janvier* 1894.

Suture du rein.

M. Le Dentu rappelle que le premier, quelques mois avant les expériences de M. Tuffier, il a pratiqué avec succès la suture du rein après néphrolithotomie. Peu après, en février 1889, il a fait une deuxième opération semblable, en présence de M. Tuffier, qui lui avait demandé d'y assister.

Prolapsus utérin.

M. Bouilly n'a pratiqué qu'une fois l'hystérectomie, dans un cas de prolapsus complet où, voulant amputer le col, il a du premier coup de bistouri ouvert le péritoine; le résultat a été bon. Mais dans tous les autres cas il s'est contenté des opérations plastiques sur le périnée, le vagin, le col, et il en a été satisfait. Or, ses faits sont nombreux, puisqu'ils se montent à 160; et ses résultats vont en s'améliorant parce qu'il opère mieux. Le traitement du prolapsus lui-même est un fait accessoire; le principal, c'est l'état des parois vaginales, que même l'utérus peut fort bien ne pas suivre dans leur chute; si on arrête cette chute, on arrête celle de l'utérus. Dans une variété, il faut amputer le col, atteint d'hypertrophie sus ou sous-vaginale: mais il reste nécessaire de refaire le vagin et le périnée. Le vagin surtout: il faut reconstituer un vagin virginal, et pour avoir fait assez il faut sembler toujours avoir trop fait. Aussi faut-il, en arrière, aviver jusqu'au col. En principe, il faut rejeter et l'hystéropexie et l'hystérectomie, méthodes d'exception qui doivent rester telles, et M. Bouilly regrette qu'on tende à les généraliser.

M. Quénu proteste que jamais il n'a voulu généraliser.

M. Pozzi, lui aussi, ne rejette pas l'hystérectomie — que d'ailleurs il croyait déjà jugée, ce en quoi M. Quénu lui a montré qu'il se trompait — mais il en fait une méthode d'exception. Outre les cas de tumeur utérine — qu'il faut distraire du débat — il ne croit l'hystérectomie légitime que lorsque l'utérus trop long et trop gros va empêcher l'anaplastie périnéo-vaginale de réussir, en pesant constamment sur les sutures; alors il faut l'enlever, comme on résèque l'épiploon dans une cure radicale de hernie. Mais la colpopérinéorrhaphie reste le temps capital. Il faut toujours associer les trois actes : hystérectomie, colpectomie, périnéorrhaphie, et en principe mieux vaut opérer en un seul temps. Aussi les ligatures doivent-elles être préférées aux pinces à demeure, qui encombrent le champ opératoire : d'ailleurs en règle générale M. Pozzi leur est resté fidèle pour toutes ses hystérectomies vaginales. Au reste, s'il les recommande, ce n'est pas pour créer la sangle dont parle M. Quénu, un peu théoriquement peut-être.

Les indications tirées de l'âge sont peu importantes en pratique, car presque toutes les femmes atteintes de prolapsus sont hors d'âge d'avoir des enfants.

Les contre-indications se tirent de la débilité sénile des malades, de lésions cardio-pulmonaires ou rénales. Une anesthésie prolongée est alors dangereuse, et si on enlève l'utérus, mieux vaut opérer en plusieurs temps. C'est ce que M. Pozzi a fait chez deux de ses opérées; chez une autre, il a pu opérer en un seul temps. Dans un quatrième cas, enfin, la malade, emphysémateuse et cardiaque, est morte le lendemain avec 40° de température.

Le meilleur procédé opératoire est celui de Fritsche, un peu modifié.

M. Picqué pense d'abord que M. Segond a eu tort de considérer la coexistence d'un kyste de l'ovaire repoussant l'utérus au dehors comme une indication à l'hystérectomie : il faut enlever le kyste par laparotomie et conserver l'utérus. M. Picqué a communiqué un cas de ce genre à M. Boursier, pour le travail sur ce sujet qu'il a communiqué au Congrès de chirurgie.

M. Picqué ajoute que chez les vieilles femmes à utérus petit, l'opération de choix est celle d'Alexander, pourvu qu'on attire le ligament rond au dehors jusqu'à la corne utérine.

M. Chaput a eu de bons résultats par la colpopérinéorrhaphie; un insuccès par le colpocléisis. Il a vu deux malades traitées par d'autres chirurgiens par l'hystéropexie : récidive. Il a fait cinq hystérectomies; deux bons résultats; trois malades non revues. Une fois, il a enlevé par l'abdomen la partie sus-vaginale, puis le reste par le vagin : morte d'hémorrhagie. Il pense, comme MM. Championnière, Schwartz, que dans ces cas, l'hémorrhagie est grave, et finalement, il préconise une amputation supra-vaginale élevée, à la ligature élastique.

M. Després constate que chaque orateur recommande un procédé différent : cette diversité vient de ce que tout échoue. Déjà la Société a discuté sur ce sujet, et M. Després a dit que les opérations sont inutiles. Aujourd'hui, il le répète. Jamais il n'a fait tout cela, et il n'a vu qu'un seul utérus irréductible. Les opérateurs ne disent pas qu'ils réussissent parce qu'il font porter à leurs opérées des ceintures abdominales et périnéales : ce en quoi ils ont raison.

M. Tuffier présente une femme qu'il a opérée il y a deux mois, d'un cancer de l'estomac, au début.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 février 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Sur la lactophénine.

M. Landowsky. — C'est un corps voisin de la phénacétine, dont elle diffère en ce que l'acide acétique y est remplacé par l'acide lactique. La lactophénine est soluble dans 330 parties d'eau, la phénacétine dans 1400. La première est une poudre blanche insipide, on peut la donner à la dose de 3 gr. par jour en prises de 0,60, ou au plus de 1 gr. Elle remplace avantageusement l'antipyrine dans ses effets antinévralgiques, et de plus, aux doses de 1 gr. elle est un hypnotique utile. Les malades qui prennent de la lactophénine sont parfois légèrement incommodés par des sueurs ou quelques étourdissements.

A propos de l'uréopoièse.

M. Kaufmann. — On a discuté beaucoup sur la question de savoir où se forme l'urée dans les tissus et organes; on cherchait à fixer ce point en analysant le sang artériel et veineux dans un point donné. Les résultats sont jusqu'ici contradictoires. Personnellement j'ai fait 38 dosages comparatifs chez le cheval et le chien, en m'adressant aux vaisseaux du cou, de la cuisse, des muscles. Or je n'ai pas constaté de différence sensible entre les deux sangs. Et il n'en saurait être autrement. Si l'on tient compte en effet des petites quantités de sang sur lesquelles porte l'analyse, et sur les proportions si minimes d'urée que le sang contient, on reconnaîtra que nos moyens d'analyse sont actuellement insuffisants pour apprécier de pareilles valeurs.

Suites durables des actions physiques.

M. d'Arsonval. — On admettait jusqu'ici que les corps inorganiques, soumis à des effets physiques, reprennent ensuite complètement leur état antérieur quand l'action physique cesse. Or on a démontré récemment, par exemple, qu'un barreau de fer doux soumis à l'aimantation, conserve ensuite quelque chose de l'action aimantante lorsque celle-ci a cessé. Pour ramener le barreau à son état initial, il faut le tuer magnétiquement en le portant en rouge. Ces faits sont à rapprocher de ce que j'ai dit récemment de l'influence des basses températures sur les bouillons de culture : les milieux organiques mais non vivants restent profondément modifiés, même après être revenus à leur température initiale.

Lésions surrénales.

M. Pilliet. — En faisant ingérer à divers animaux des essences aromatiques, j'ai observé des lésions hémorrhagiques des capsules surrénales en tout semblables à celles que M. Roger a réalisées récemment par l'infection pneumo-bacillaire. D'autre part, en empoisonnant les animaux avec un corps destructeur de globules, par exemple la toluylendiamine, je pouvais voir les tubes centraux de la capsule infiltrés de pigment méthémoglobique, qui s'accumule dans ce point beaucoup plus vite que dans le foie et le rein. Chez l'homme, j'ai constaté une lésion analogue au cours d'une péritonite tuberculeuse chronique. Peut-être, en administrant aux animaux des doses toxiques moindres, obtiendrait-on des destructions globulaires prolongées et une dissémination pigmentaire susceptible de reproduire le syndrome d'Addison.

M. Galippe, à propos des communications faites récemment à la Société par MM. Girode, Claisse et Dupré sur les infections salivaires ascendantes, rappelle qu'au cours d'anciennes études avec M. Malassez, il a constaté la présence habituelle de microbes dans les conduits excréteurs salivaires.

MM. Rodet et **Paris** ont vu qu'en appauvrissant le milieu de culture de la bactéridie charbonneuse, on facilitait la sporulation de ce germe, mais d'une façon toute temporaire et sans qu'il s'ensuive une augmentation de virulence transmissible.

MM. Linossier et **Lannois**, en employant un dispositif spécial, ont confirmé que les badigeonnages cutanés de gaïacol sont bien suivis d'une absorption directe. Un quart d'heure après l'application, le médicament apparaît déjà dans l'urine.

M. Lapicque communique ses remarques sur le régime alimentaire des Malais.

J. Girode.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 février 1894.

Anomalies anatomiques et tendineuses.

M. Picou a observé les particularités suivantes sur le pied droit d'un homme de 45 ans, très musclé. Sur la face

externe du calcanéum existait un tubercule très volumineux, haut de 10 millimètres et séparant les tendons des deux péroniers latéraux. La saillie formée par ce tubercule dépassait la saillie malléolaire.

Le tendon du long péronier latéral du même pied présentait trois renflements fibro-cartilagineux régulièrement espacés à la distance de 25 millimètres. Par suite de cette disposition, au lieu de la double réflexion normale, le tendon du muscle long péronier latéral présentait une triple réflexion. Sur le même pied, le tendon du muscle péronier antérieur, avant d'aller s'insérer au 5e métatarsien, donne une forte expansion qui vient se fixer à la face dorsale du cuboïde.

Bifurcation artérielle et tronc nerveux la déterminant.

M. Mauclaire, à propos des rapports qu'affectent entre eux les nerfs et les artères dans leurs divisions, signale un cas de bifurcation de l'artère humérale au niveau du tiers supérieur du bras. Dans l'angle de bifurcation se trouve placé le tronc du nerf médian. Plus bas, sur le même sujet, une branche du nerf médian vient se placer entre le tronc de l'artère cubitale et le tronc de l'interosseuse.

Hypertrophie des parotides.

M. Jayle a observé un malade de 35 ans atteint de parotidite chronique double. Les deux glandes parotides font de chaque côté deux saillies ovoïdes qui soulèvent et repoussent le lobule de l'oreille. La tuméfaction est plus accentuée à droite qu'à gauche. Cette déformation, qui s'est produite alors que le malade était âgé de 18 ans, ne s'accompagne d'aucune douleur et d'aucun trouble de la salivation. En même temps, la glande sous-maxillaire paraît augmentée de volume.

Une incision faite à la partie antérieure de la glande parotide du côté droit a permis de constater que le gonflement portait bien sur la glande parotide. Un fragment glandulaire a pu être incisé, ce qui a permis de constater par l'examen histologique que le tissu parotidien n'est pas altéré. La cause de cette hypertrophie glandulaire est restée inconnue.

Hépatite infectieuse subaiguë.

M. L. Lévy a observé dans le service de M. Barth un jeune homme de 17 ans, qui s'est présenté avec des symptômes d'infection d'abord mal déterminée. La langue était rouge, desquamée, le malaise général; il y avait de l'urobiline dans les urines. Le malade avait eu précédemment des coliques de plomb.

Le 24e jour de son séjour à l'hôpital, il est pris de subictère, la fièvre devient irrégulière, la température a de grandes oscillations, la rate est augmentée de volume.

Dix jours après, on constate des symptômes d'endocardite, il y a un souffle intense à la base du cœur, paraissant traduire du rétrécissement pulmonaire. On observe de l'albuminurie, de l'oligurie, enfin des sueurs d'urée.

La terminaison fatale se produit 50 jours après l'entrée du malade à l'hôpital, avec des symptômes de méningite suppurée.

A l'autopsie, on trouve du pus dans les méninges et un tubercule ancien au sommet du poumon. Le foie est atrophié, granuleux. L'atrophie porte surtout sur le lobe gauche. La rate est énorme, dure, pèse 1,400 grammes. Le cœur présente des lésions d'endocardite ulcéreuse.

L'examen histologique révèle de l'hépatite avec sclérose portant surtout sur le système porte. Il y a de l'endophlébite des petits vaisseaux portes, avec oblitération veineuse par places.

L'examen bactériologique du pus des méninges et des autres organes a révélé la présence d'un diplocoque non capsulé qui a tué le cobaye.

Néoplasme du pylore et du pancréas.

M. L. Lévy rapporte l'histoire d'un homme de 66 ans, entré dans le service de M. Barth avec des symptômes de gastrite chronique. Cet homme fut pris de douleurs violentes dans l'hypochondre droit avec irradiations dans la région lombaire. Puis parurent des symptômes d'ictère chronique par rétention. Enfin, une congestion pulmonaire intense survint, qui termina la scène.

On trouva à l'autopsie une petite tumeur occupant la région pylorique de l'estomac. De plus, un petit noyau néoplasique avait envahi la tête du pancréas, et venait comprimer le canal cholédoque sans toutefois l'oblitérer, ni entraver le cours de la bile. Il est donc probable qu'une contraction spasmodique de ce canal s'est produite pendant la vie, et a contribué à entraîner les phénomènes d'ictère par rétention.

Abcès du cerveau.

M. Broca a observé un enfant qui avait été atteint, il y a trois ans, d'otite moyenne suppurée. Une incision simple avait été faite sur l'apophyse mastoïde, le pus évacué et la plaie s'était bien cicatrisée.

L'enfant arrive à l'hôpital au bout de trois ans avec un nouvel abcès mastoïdien. M. Broca pense à une récidive, trépane l'apophyse mastoïde et la caisse du tympan. Des accidents fébriles et cérébraux sont consécutifs. L'enfant a du délire avec vertiges, le pouls ralenti, des vomissements. Ces symptômes pouvaient se rapporter à une lésion de l'oreille interne. La mort se produit. On trouve à l'autopsie un abcès cérébral de vieille formation avec membrane enkystante. L'abcès siège dans le lobe temporo-occipital, au-dessus de la paroi supérieure du rocher. Le cerveau paraît sain autour de l'abcès. Il n'y a pas trace de méningite à la base ni à la convexité. On voit sur la paroi supérieure du rocher, au niveau de la caisse, un point d'ostéite limitée qui paraît avoir entraîné l'abcès. Pour atteindre la collection purulente, il eût fallu pénétrer dans la cavité cérébrale par la voie mastoïdienne à travers la caisse du tympan et la paroi supérieure du rocher.

Anomalie musculaire.

M. Souligoux montre un muscle coraco-brachial qui présente un faisceau supérieur supplémentaire, lequel va s'insérer au ligament coraco-huméral de Sappey. Le même muscle coraco-brachial s'insère en bas dans toute sa longueur sur la corde tendineuse de Stuthers.

Corps étranger de la vessie.

M. Morestin rapporte l'histoire d'un malade observé dans le service de M. Le Dentu. Cet homme, qui présentait tous les symptômes de calculs vésicaux, fut soumis à la laparotomie pour l'extraction des calculs. On trouva dans sa vessie un thermomètre entouré de concrétions calcaires, qui est présenté à la Société.

F. Potier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 février 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Déformation des doigts rappelant la main de Morvan.

M. Catrin. — M. X... est âgé de 19 ans, de constitution robuste, sans aucune infirmité autre que celle que nous avons à signaler; il présente en effet des déformations multiples des deux mains.

L'index droit a perdu une partie de sa phalangette, néanmoins il en reste un fragment qui n'est pas ankylosé et des mouvements de flexion et d'extension du moignon sont encore possibles.

Le médius droit est également privé d'une portion de sa phalangette, portion d'ailleurs plus grande que celle dont nous avons constaté l'absence à l'index. En outre il y a ankylose de l'articulation de la phalangine avec la phalangette.

Enfin à l'index gauche, nous constatons que la phalangette tout entière a disparu et avec elle l'extrémité supérieure de la phalangine. Pas d'ankylose.

Les extrémités de ces trois doigts sont déformées, mutilées, semblables à des moignons qui se seraient cicatrisés vicieusement. Enfin tous les ongles restants, sauf ceux des deux pouces, sont atteints de lésions trophiques plus ou moins prononcées. L'ongle du petit doigt gauche, complètement déformé, a l'aspect d'un bec de perroquet; les autres ongles moins malades

sont cependant mal nourris, rayés, ternes, cassants; l'ongle de l'auriculaire gauche présente en outre des lésions sur ses bords et l'on trouve de l'onyxis rétro-unguéal au médius de la même main.

Les mains sont courtes, épaisses, ramassées. C'est là tout à fait l'aspect de la main de Morvan ou de la main lépreuse. Et pourtant, nous avons avec soin examiné M. X... qui ne présente aucun trouble, aucune dissociation de la sensibilité tactile, thermique, etc. Tous les réflexes sont intacts, ni exagérés, ni diminués; les pupilles sont égales, contractiles, le champ visuel est normal, etc.

Nous n'oserions assigner un diagnostic à ces lésions: panaris nerveux, lèpre, maladie de Morvan. Ces deux dernières affections semblent devoir être rejetées. N'y a-t-il eu qu'un accident dans l'évolution de la moelle, un trouble de développement de certains faisceaux médullaires, ou se trouve-t-on en présence d'une maladie latente qui pourra reprendre son cours sous une influence dont nous ne saurions prévoir la nature?

Terminons en disant que M. X... n'est pas originaire de Bretagne et n'a aucun membre de sa famille originaire de cette province ou y habitant.

De la langue grippale.

M. Faisans lit une note de M. Raynaud, chef de clinique à l'école d'Alger, lequel a, dans 40 cas de grippe, observé 36 fois les caractères assignés par M. Faisans à la langue grippale.

M. Netter a fait les mêmes constatations au cours d'une épidémie de grippe en Bretagne. Les recherches faites à Paris ne l'avaient conduit à aucun résultat. Il pense que l'apparition de la langue grippale varie avec la nature des épidémies et les formes diverses de la maladie.

Scarlatine maligne. Anurie.

M. Juhel-Renoy a observé un cas de scarlatine maligne, dans lequel le symptôme prédominant était une anurie presque complète. A la suite d'un bain à 25° prescrit immédiatement, la diurèse reparut, l'enfant urina 400 grammes dans les 24 premières heures. L'état général s'améliora presque aussitôt. Les bains furent continués pendant quelques jours et l'affection suivit son cours normal.

M. Rendu rapporte avoir vu un cas analogue de scarlatine maligne avec anurie. Le traitement systématique par les bains à 25° détermine un retour rapide de la diurèse et une évolution régulière de la maladie.

M. Le Gendre. — On n'est pas toujours en mesure de prescrire le traitement hydrothérapique. Quand on est dans l'impossibilité de l'établir, l'application de nombreuses ventouses scarifiées suivies de cataplasmes sinapisés, permet d'obtenir de bons résultats. Les observations de Renaut (de Lyon) nous apprennent d'ailleurs qu'il s'agit ici d'œdème rénal et péri-rénal qui détermine des troubles d'abord fugaces, mais qui peuvent être essentiellement graves. La révulsion et la saignée faite par les ventouses peuvent parer momentanément à ces accidents.

M. Juhel-Renoy. — La balnéation est le traitement de choix dans ces anuries scarlatineuses. Celle-ci s'adresse aussi bien à l'accident rénal qu'à l'hyperthermie, qui d'ailleurs ne le commande pas toujours et qui peut parfois faire défaut. C'est affaire au médecin de savoir imposer cette médication lorsqu'il la juge nécessaire.

Zona récidivant.

M. Laveran communique un fait de zona récidivant observé par le Dr Matignon. Il s'agissait d'un homme de 21 ans qui était depuis sa plus tendre enfance sujet à des éruptions siégeant du côté droit de la face et présentant tous les caractères habituels du zona. Cette éruption se reproduisait trois ou quatre fois par an sans être accompagnée de douleurs. Cet homme ne présentait d'ailleurs aucun autre trouble de la santé.

Purpura infectieux. Examen bactériologique.

M. Antony (Val-de-Grâce) rapporte un cas de purpura hémorrhagique récidivant à intervalles très rapprochés sans modification de l'état général. L'examen bactériologique pratiqué à plusieurs reprises permit de retrouver dans le sang du doigt le staphylocoque blanc, associé au staphylocoque doré.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 1er février 1894.

Présidence de M. Reynier.

Ectrodactylie symétrique des deux médius.

M. Delthil. — On sait que l'ectrodactylie, caractérisée par l'absence d'un ou de plusieurs doigts, est une malformation congénitale peu fréquente et plus rare que la polydactylie et la syndactylie. Le cas que je présente à la Société est encore plus rare, en ce sens que la malformation des deux mains est absolument symétrique, du moins en apparence. C'est le médius qui fait défaut chez cette petite fille de quatre ans. Le vide inter-digital est tellement complet qu'on pourrait croire à une amputation du doigt manquant, aux deux mains. Il existe, cependant, à droite, un rudiment très grêle de phalange et peut-être de phalangine qui vont s'engainer dans l'index. Du côté gauche il y a également un rudiment de phalange qui se dirige obliquement vers l'annulaire pour s'y engainer aussi. Cette petite fille est fort belle, très intelligente et très bien développée; on ne trouve rien dans l'hérédité qui puisse expliquer cette malformation.

Les recherches bibliographiques que j'ai faites m'ont démontré que cette forme si remarquablement symétrique est excessivement rare. Je n'en ai trouvé que trois cas s'en rapprochant beaucoup (cas de Briquet, Giraldès et Nicaise) et un seul cas identique, appartenant également à M. Nicaise, qui l'a rencontré sur une pièce du musée de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Quant au traitement, les auteurs sont muets sur ce point. Ils se contentent de faire remarquer que les ectrodactyles parviennent à un degré d'adresse surprenant et ils conseillent des appareils prothétiques ayant pour but exclusif de masquer la difformité. Je voudrais faire mieux et je demande ce que l'on devrait tenter, étant donné que l'opposition du pouce et de l'index de la main droite devient de plus en plus difficile à cause de l'inversion qui s'accentue avec le développement de l'enfant et de la menace d'un écartement plus considérable entre le pouce et l'annulaire. Provisoirement, j'ai cru devoir faire établir deux appareils pour obtenir un serrage permanent des métacarpiens et résister à l'inversement de l'index et à l'écartement des deux derniers doigts.

Quant à une opération consistant dans l'extraction des phalanges rudimentaires qui font arc-boutant, elle ne me paraît pas praticable, car elles pénètrent vraisemblablement dans les articulations métacarpo-phalangiennes voisines, et il en résulterait le plus grand risque de compromettre le mouvement de cette articulation et d'augmenter l'infirmité.

Je termine en disant que l'ectrodactylie ne semble être qu'une syndactylie encore plus rudimentaire.

M. Polaillon. — Le procédé de serrage que M. Delthil vient de nous indiquer peut donner de bons résultats, mais avec beaucoup de temps; je trouve donc qu'il serait beaucoup plus simple de faire l'excision du rudiment du médius qui existe dans cette infirmité.

M. Reynier est de la même opinion que M. Polaillon.

Des maladies épidémiques dans leurs rapports avec les conditions météorologiques concomitantes.

M. Dignat expose les résultats des recherches nouvelles qu'il a entreprises sur les variations observées, au moment des dernières épidémies de grippe et de choléra à Paris, dans la quantité de l'ozone, de l'acide carbonique et de l'azote atmosphériques, ainsi que sur les variations de l'intensité lumineuse. Il ressort de ses observations que les variations de l'ozone, de l'acide carbonique et de l'azote sont sans relation aucune avec l'apparition de la grippe et du choléra. Quant à l'intensité de la lumière, elle paraîtrait avoir subi

une diminution anormale dans les jours qui ont précédé l'apparition de ces dernières épidémies.

Rapprochant ces résultats et ceux qu'il a publiés antérieurement des conclusions récemment présentées à l'Académie des sciences par MM. d'Arsonval et Charrin, qui, par des expériences de laboratoire, ont mis en évidence l'action indiscutable des agents atmosphériques sur les microbes et sur les terrains de culture; s'appuyant, d'autre part, sur ce fait que seuls les agents atmosphériques d'ordre physique (pression barométrique, direction des vents, intensité électrique, etc.) semblent exercer une influence sur la production des épidémies de grippe et de choléra, M. Dignat se croit en droit d'admettre que cette influence porte plutôt sur le terrain, c'est-à-dire sur l'organisme dont elle préparerait un état de réceptivité convenable, que sur les microbes eux-mêmes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 19 *janvier* 1894.

Kyste hydatique de la parotide.

M. Piéchaud présente un tout jeune garçon originaire des Landes porteur depuis dix-huit mois d'une tumeur de la région parotidienne droite. Cette tumeur est liquide, fluctuante, transparente. Elle contourne le bord postérieur de la mâchoire. Le canal de Sténon est perméable, il n'existe aucun trouble oculaire, ni aucune paralysie. Lorsqu'on fait ouvrir la bouche au malade, on voit que la tumeur envoie un prolongement énorme qui distend le voile du palais et dévie la luette. La mâchoire inférieure est usée à son contact par un processus d'ostéite raréfiante. La mâchoire supérieure est également refoulée par son voisinage, et la voûte palatine est devenue ogivale.

Au moment de son entrée à l'hôpital des enfants, on a fait une ponction exploratrice et l'on a retiré 6 cc. d'un liquide ayant l'aspect de l'eau de roche; M. Auché, qui en a pratiqué l'examen, a trouvé que ce liquide eau de roche avait une densité de 1006, était alcalin, ne contenait pas d'albumine, pas de cholestérine, mais une forte proportion (5 0/0) de chlorure de sodium. Malgré l'absence d'éléments cellulaires et de crochets, ce liquide présentait tous les caractères typiques du liquide des kystes hydatiques.

Le diagnostic de kyste hydatique de la parotide s'imposait à l'exclusion de celui de kyste congénital.

M. Piéchaud insiste sur la rareté exceptionnelle des kystes hydatiques de cette région, et sur une particularité de l'étiologie. Le malade est un petit paysan des Landes.

Kyste du canal de Bochdalek.

M. Denucé lit une observation de kyste du canal de Bochdalek recueillie chez un enfant de six ans. Ce canal est un canal borgne, situé dans l'épaisseur de la langue et aboutissant au foramen cæcum. Ce kyste était saillant sur les deux faces de la langue, particulièrement du côté gauche.

Le cas cité par M. Denucé est le septième signalé jusqu'à ce jour dans la littérature pathologique.

M. Piéchaud cite deux cas à peu près analogues opérés par lui il y a quelques années.

Suture de la rotule.

M. W. Binaud présente un malade qui a été opéré pour une fracture transversale de la rotule gauche. M. Demons a pratiqué l'arthrotomie le 11 décembre 1893 et fait la suture avec les fils d'argent, après avoir percé dans chaque fragment de la rotule deux trous au moyen du foret. Les plans superficiels furent réunis au catgut et la peau avec du crin de Florence. Le 29 décembre le malade fut guéri et avait à peu près acquis l'usage de son membre. Cet homme, âgé de trente et un ans, avait eu deux attaques de rhumatisme, particularité intéressante, et la fracture lui était arrivée en voulant soulever un sac de blé.

M. Binaud cite les cas de trois malades opérés aussi par le procédé de M. Demons qui ont guéri dans de très bonnes conditions.

M. Courtin résume l'histoire d'une femme de trente-cinq ans, rhumatisante, chez laquelle il pratiqua aussi la suture de la rotule gauche après une fracture. Cette malade avait eu antérieurement une fracture de la rotule droite spontanément guérie par consolidation fibreuse. Cette femme ayant succombé à une phlébite après la parfaite guérison de fracture gauche, le docteur Courtin constata que cet os était friable. Il se demande à cette occasion si le rhumatisme ne serait pas une prédisposition aux fractures par une altération osseuse.

Evolution de la phthisie.

M. Hameau lit un mémoire sur l'évolution de la phthisie. Il résulte de sa longue pratique que : chez les sujets robustes, la tuberculose a une marche bien plus rapide que chez ceux qui ont reçu de leurs parents un tempérament délicat; la tuberculose acquise est plus meurtrière que la tuberculose héréditaire; la nature du terrain prime celle du virus tuberculeux.

M. W. Dubreuilh combat cette dernière conclusion en prouvant que le bacille tuberculeux n'a pas toujours la même virulence. Celui que l'on trouve dans les foyers locaux (scrofules, tuberculoses osseuses) constitue une forme moins virulente, d'où l'évolution torpide de ces lésions, tandis que le bacille de la tuberculose pulmonaire est très virulent, les inoculations chez les cobayes et les lapins le démontrent d'une manière péremptoire.

Dans l'évolution de la tuberculose, il est donc indispensable de faire entrer en ligne de compte l'état de résistance du sujet infecté et la virulence du bacille infectieux.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 22 *janvier* 1894.

Phlegmatia alba dolens à bacilles de Koch.

MM. Sabrazès et Mongour ont montré, dans un cas de phlegmatia alba dolens chez une tuberculeuse, qu'il existait, associés à des microcoques, des bacilles de la tuberculose dans la gaine externe et dans le tissu conjonctif péri-veineux. Ces localisations bacillaires sont manifestes non seulement au niveau de l'iliaque primitive gauche thrombosée et de ses ramifications, mais encore sur un segment de l'iliaque primitive droite, au voisinage des points de départ de la thrombose.

Les présentateurs insistent sur l'infection probable par les voies lymphatiques qui longent les gros troncs veineux, et sont si souvent transformées chez les bacillaires en un chapelet de petits ganglions tuméfiés. Ils ne nient pas que l'inoculation tuberculeuse du vaisseau thrombosé ne puisse se faire par la voie sanguine; ils citent même à l'appui de ce processus une observation récente de Bareti (*Lo Sperimentale*, Mémoires originaux, 1892) relative à la présence de nodules tuberculeux implantés sur la tunique interne de la veine cave supérieure.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 22 *janvier* 1894.

Présidence de M. Gayet.

Sur la chlorose.

M. Clément fait une communication ayant pour but de montrer que la chlorose pourrait être considérée comme une maladie infectieuse. Il appuie son opinion sur les raisons suivantes :

1° L'hypertrophie de la rate a été constamment observée par lui chez les chlorotiques depuis que son attention a été attirée sur ce point; et cette hypertrophie disparaît à mesure que la guérison se produit.

2° Le début est souvent brusque, et il y a des chloroses endémiques.

3° On observe souvent dans cette maladie de la phlegmatia alba dolens.

4° On observe, dans le cours de la chlorose, de la néphrite parenchymateuse, de l'endocardite et surtout de la péricardite.

Tous ces symptômes permettent d'émettre comme une hypothèse probable la nature infectieuse de la chlorose.

M. Hugounenq rappelle les recherches d'un savant de Bâle, M. Bungl. En incinérant successivement des animaux et le lait de ces animaux, il a montré que le lait ne pouvait pas fournir la totalité du fer qu'on retrouvait dans leur sang. D'autre part, il a montré que le sang des femelles renfermait plus de fer que celui des mâles. Il est arrivé à conclure que le sang des femelles renfermait une accumulation de fer. Cette accumulation se ferait dans la rate jusqu'à la puberté pour être mis en liberté au moment de la gestation où le fer va se fixer dans les tissus du jeune animal. On concevrait ainsi le rôle de l'hypertrophie de la rate dans la chlorose qui serait une maladie dyscrasique.

M. Mayet rend hommage au talent ingénieux avec lequel M. Clément a groupé les symptômes de la chlorose pour donner l'idée d'une infection, mais tous ces symptômes sont susceptibles d'une autre interprétation.

L'hypertrophie splénique répond à un trouble de l'hématopoïèse. La fièvre peut être donnée par l'infection, mais relève souvent d'une auto-intoxication, et dans la déglobulisation de la chlorose il y a des actes de désassimilation capables de la justifier.

La phlegmatia n'est pas toujours microbienne. Andral, Gavarret, Becquerel, qui, obéissant aux idées de leur temps, ont saigné des chlorotiques, ont vu la coagulation facile du sang, qui s'explique bien par la désintégration globulaire qui met le ferment en liberté. Les troubles cardiaques ne sont pas le résultat de lésions infectieuses, ils sont purement fonctionnels, et résultent de la densité moindre du sang.

En un mot tous les symptômes peuvent s'expliquer sans l'infection qu'on n'est pas autorisé à admettre.

M. Delore rappelle qu'il y a dix ans il procéda comme M. Clément pour soutenir la théorie microbienne de l'éclampsie. Bouley le combattit très vivement et expliqua tout sans microbe, et pourtant on admet aujourd'hui la nature infectieuse de l'éclampsie.

M. Girin n'admet pas l'infection chlorotique. Pour lui, c'est une névrose avec des névralgies fréquentes, de l'essoufflement, des palpitations, des troubles vaso-moteurs, qui expliquent même les altérations du sang. Elle se développe en vingt-quatre heures sous l'influence de chagrins ou d'émotions. L'infection peut intervenir seulement pour expliquer les complications.

M. Clément répond à M. Hugounenq que la théorie de Brugl est au moins aussi hypothétique que la sienne et n'a aucune base sérieuse. Il reconnaît que les interprétations de M. Mayet sont valables pour beaucoup de symptômes, mais il ne voit pas qu'on puisse expliquer les souffles cardiaques et vasculaires par une simple diminution de la densité du sang, puisqu'on n'en trouve pas dans l'anémie pernicieuse ni dans l'anémie post-cancéreuse.

M. Lépine rappelle que dans ce cas la masse du sang est très diminuée. Dans le cancer le ventricule gauche est très petit, c'est pour cela que les souffles ne se produisent pas.

La chlorose, depuis Virchow, a une base anatomo-pathologique, c'est l'angustie aortique. Ne devient pas, qui le veut, chlorotique. Il peut d'ailleurs y avoir des infections secondaires chez les chlorotiques, c'est ce qui explique les endocardites et les néphrites. Quant aux bruits péricardiques, ils peuvent se produire du seul fait de la sécheresse du péricarde et des changements de volume et rapidité du cœur étudiés par Potain chez les chlorotiques.

L'hypertrophie de la rate s'explique par les troubles de l'hématopoïèse et rien ne justifie suffisamment une théorie de la chlorose maladie infectieuse.

M. Arloing remarque la multiplicité des complications de la chlorose. Cela ne semble pas l'œuvre d'un seul microbe. Quand on inocule des animaux avec des microbes qui ont perdu leur virulence, on les voit tomber dans un état d'anémie et de dépérissement qui rappelle un peu la chlorose. Or, à ce moment, on ne peut retrouver de microbes ni dans leur sang, ni dans leurs humeurs.

Il se demande si la chlorose ne pourrait pas être la conséquence d'une série d'états infectieux atténués.

M. Mayet signale que la phlegmatia, que M. Clément croit toujours infectieuse, peut survenir à la suite d'hémorrhagies. Elle est fréquente après le cancer, qui est une maladie dyscrasique, d'après ses travaux, et non pas une maladie infectieuse.

M. Bondet déclare que les faits invoqués par M. Clément pour établir la nature infectieuse de la chlorose ne lui semblent pas absolument démonstratifs.

La chlorose, en effet, est une maladie qui ne se montre guère que chez la jeune fille à l'époque de la puberté. Ses récidives chez le même sujet sont fréquentes, elles cessent en général avec le mariage pour reparaître parfois vers l'époque de la ménopause ; l'hérédité crée pour la chlorose une prédisposition incontestable, et chacun sait le rôle prépondérant que jouent dans l'apparition et les récidives de la maladie les influences morales.

Ces données s'accordent mal avec l'idée de l'infection.

On peut en dire autant de la fièvre et des manifestations viscérales infectieuses du cœur ou du péricarde qu'invoque M. Clément à l'appui de sa thèse.

Ces symptômes sont plutôt des exceptions, ils sont mobiles, passagers, presque toujours sans lésions anatomiques, analogues à celles qu'on rencontre dans les autres maladies infectieuses.

Quant à l'hypertrophie de la rate signalée par M. Clément comme constante dans la chlorose, cette hypertrophie se rencontre dans d'autres maladies du sang, la leucémie par exemple ; elle n'est donc pas l'expression obligée d'une infection.

Il ajoute que dans les maladies de cet ordre on ne rencontre jamais au même degré les souffles cardiaques et vasculaires qui constituent un des symptômes les plus importants et les plus constants de la chlorose.

Ces souffles rapprochés de certaines lésions vasculaires (angusties artérielles, générales ou partielles), qu'on retrouverait comme lésions congénitales, permanentes, d'après Virchow, accidentelles au contraire et transitoires d'après M. Bondet, ne semblent pas favorables non plus à l'idée d'une maladie infectieuse.

Pour expliquer la constance et l'intensité de ces souffles, il faut admettre en dehors de la lésion du sang un état anatomique spécial et une influence nerveuse qui modifie l'état habituel de la circulation, augmente sa vitesse et réalise ainsi les conditions indispensables à la production des murmures vasculaires, à savoir, avec la diminution de la viscosité du sang, les rétrécissements vasculaires et une vitesse suffisante de la circulation.

Pour toutes ces raisons, tant qu'on n'aura pas trouvé dans le sang des chlorotiques un élément parasitaire, capable d'être isolé, cultivé, et susceptible de produire par lui-même, ou par ses toxines, quand il sera inoculé, une maladie comparable à la chlorose, on devra faire toute espèce de réserves sur la nature infectieuse de cette maladie.

M. Aubert fait remarquer deux points contraires à l'idée d'infection : d'une part, c'est la fréquence des récidives à bref délai (trois ou quatre en quelques mois) ; d'autre part, c'est l'énorme prédominance de la maladie chez les femmes. Il n'y a pas de maladie infectieuse spéciale à un sexe plutôt qu'à un autre.

M. Clément déclare qu'il n'a émis qu'une hypothèse, mais qu'il la maintient en dépit des objections qu'on lui a faites et dont il ne nie pas la valeur.

Il connaissait la théorie de l'hypoplasie vasculaire de Virchow et celle du rétrécissement aortique temporaire de M. Bondet. Il se peut qu'elle réponde à quelques faits, aux chloroses récidivantes dont parlait M. Aubert. Mais les souffles aortiques sont rares dans la chlorose, c'est à l'orifice pulmonaire surtout qu'on les trouve depuis Constantin Paul.

La phlegmatia peut certainement se produire en dehors de l'infection, mais c'est dans les états infectieux (puerpéralité, grippe, fièvre typhoïde) qu'on les rencontre surtout.

La leucémie qu'on veut opposer à la chlorose est d'essence inconnue. C'est une maladie du sang dont on ignore la nature.

Sans doute pour faire la preuve il faudrait, comme le dit M. Bondet, isoler, cultiver et inoculer le microbe. Malheureusement chez les chlorotiques la période initiale d'infection est très courte et nous échappe, aussi sera-t-il difficile de trouver l'agent pathogène.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DERMATOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 9 janvier 1893.

Traitement de la sclérodermie.

M. Schutte a présenté un individu guéri d'une affection qui a débuté par des douleurs dans les genoux et les coudes avec formation dans cette région de rhagades douloureuses. A la longue, l'affection finit par envahir les membres inférieurs et le membre supérieur droit dont le malade ne pouvait plus se servir. La peau des membres inférieurs et des fesses était lisse, indurée, pigmentée par places. La température de la peau était abaissée. Pas de lésions des muscles ni des organes internes. Devant l'échec des médications antérieures, on essaya les bains salés suivis de massage avec de la vaseline salicylée à 5 0/0. Le malade finit par guérir.

Les urines du malade examinées à plusieurs reprises contenaient de l'acide salicylique qui provenaient évidemment de la pommade salicylée.

M. Lewin pense qu'il faut être très prudent en ce qui concerne l'action des médicaments dans la sclérodermie, cette affection guérissant souvent spontanément.

Vaccine généralisée.

M. Peter présente un garçon de 6 ans atteint d'eczéma généralisé. Lorsque le malade vint à la clinique de Lassar, son corps était littéralement couvert de pustules des dimensions d'une lentille ou d'un petit pois, comme s'il s'agissait de la variole. L'enfant n'a jamais été vacciné; mais, d'après les renseignements, il était baigné dans la même baignoire avec sa sœur vaccinée quelques jours auparavant. Il est donc possible que l'enfant ait absorbé du virus-vaccin par sa peau dénudée et ait eu en conséquence une éruption de vaccine généralisée.

Syphilis de la moelle épinière.

M. Ledermann. — Il s'agit d'un homme de 50 ans qui a contracté la syphilis en 1890 et fut soigné à l'hôpital de la Charité. En 1892, il eut une iritis non spécifique qui a nécessité l'iridectomie. Au commencement de 1893, il revint à l'hôpital pour des ulcérations gommeuses du tibia. En novembre il fut pris de faiblesse des membres inférieurs avec sensation d'engourdissement et de fourmillement. La marche devint vacillante.

A l'examen on trouva une exagération des réflexes patellaires à gauche et des troubles fonctionnels du côté de la vessie et du rectum. La marche avait un caractère spasmodique. En l'absence de phénomènes anormaux du côté des membres supérieurs, il faut admettre l'existence d'un foyer morbide dans la moelle lombaire. Le traitement spécifique a déjà donné des résultats très encourageants pour ce qui est des phénomènes spasmodiques et du fonctionnement de la vessie.

M. Isaac demande si dans ce cas on peut admettre une lésion des cordons latéraux.

M. Ledermann admet que dans ce cas il s'agit d'une méningite syphilitique avec myélite par compression.

Nouveau diplocoque dans l'urèthre.

M. Immerwahr a trouvé dans du pus gonorrhéique un diplocoque très analogue au gonocoque, mais s'en distinguant par sa faculté de se cultiver sur des milieux ordinaires, sur lesquels le gonocoque, comme on sait, ne se développe pas.

Le diplocoque en question est intra-cellulaire, se décolore par la méthode de Gram, forme sur agar de petites colonies grises, transparentes et ne liquéfie pas la gélatine. D'après Immerwahr, son diplocoque serait identique à l'orchocoque des auteurs français qui ont signalé sa présence dans l'épididymite.

M. Casper, qui a examiné les préparations de M. Immerwahr, trouve que les diplocoques en question ressemblent beaucoup à des staphylocoques. La coloration grise des cultures dépend simplement de l'épaisseur du milieu nutritif.

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 8 janvier 1894.

Greffe osseuse par glissement du lambeau.

M. J. Wolff a signalé un nouveau procédé d'ostéoplastie dont il se sert depuis quelque temps. Il libère complètement le lambeau osseux qu'il laisse adhérer aux parties molles par son périoste et le fait glisser de telle manière qu'il se trouve transplanté à l'endroit nécessaire, la peau restant à sa place

Le premier cas dans lequel il appliqua son procédé se rapporte à un homme de 50 ans avec une consolidation vicieuse d'une fracture de la jambe gauche. Les fragments formaient un angle de 150° à sommet regardant en dehors, et une ulcération comme une pièce de 50 centimes se trouvait à 8 centim. au-dessus de la malléole externe, avec l'os dénudé au fond. On procéda alors de la façon suivante :

Excision de l'ulcération, mise à nu des fragments qu'on redressa après excision des masses fibreuses interposées. On réséqua ensuite sur le fragment supérieur un lambeau osseux qu'on détacha de la peau située en dedans et qu'on attira en bas sur le foyer de fracture; un second lambeau osseux fut formé de la même façon aux dépens du fragment inférieur, et attiré en haut vers le lambeau supérieur; puis les deux lambeaux furent fixés à l'aide de pointes en ivoire. Immobilisation dans un appareil plâtré et guérison au bout de 6 semaines. Aujourd'hui le malade marche fort bien. Les lambeaux osseux transplantés sont parfaitement solides et entourés d'un cal solide.

Dans un second cas analogue, M. Wolff fit avec le même succès la transplantation d'un seul lambeau.

M. Wolff utilisa encore ce procédé dans un cas de luxation à répétition de l'articulation sterno-claviculaire. Dans ce cas, M. Wolff fit une incision au niveau de la région sterno-claviculaire et forma aux dépens de chacun des os un lambeau osseux assez étendu et fixa les deux au devant de l'articulation sterno-claviculaire, de façon à obtenir un pont osseux solide reliant les deux os et s'opposant à la reproduction de la luxation. L'opération réussit à merveille et le malade a pu reprendre ses occupations. Le même procédé pourrait être utilisé pour les luxations de l'articulation acromio-claviculaire.

Enfin, récemment M. Wolff utilisa son procédé pour obturer l'anneau dans un cas de hernie inguinale. Il forma aux dépens du pubis un lambeau osseux plat de 2 centim. de diamètre et, sans détacher le périoste de la peau, le fixa au devant de l'anneau. Le lambeau prit fort bien.

Résection du rectum pour rétrécissement.

M. Knecht. — Il s'agit d'une femme de 38 ans qui, après son premier accouchement, fut prise de constipation avec selles renfermant du sang et du pus. On institua en 1888 le traitement antisyphilitique. En 1889, formation d'une fistule recto-vaginale qu'on ferme par une opération. En 1890, grattage du rectum pour rétrécissement ulcéreux, mais, une année après, les symptômes s'aggravent, de sorte qu'on se décide à faire l'extirpation du rectum d'après le procédé de Kraske. On trouva un rétrécissement annulaire serré du rectum sur une hauteur de 1 centim., commençant à 3 centim. de l'ori-

fice anal. La muqueuse rectale redevenait normale à 4 centim. au-dessus du rétrécissement. Le rectum fut extirpé sur une étendue de 7 centim., et le bout central suturé à l'orifice anal. Les résultats furent assez satisfaisants en ce sens qu'il n'existe de l'incontinence que pour des matières liquides.

M. Lindner fait observer que les malades se décident ordinairement à l'opération à un moment où l'extirpation du rectum n'est plus possible. On est donc réduit à faire la colotomie qui, dans deux cas personnels, a donné à M. Lindner des résultats assez satisfaisants.

M. Hahn. — Ni la résection, ni la colotomie ne donnent des résultats tout à fait satisfaisants. On ne doit faire l'extirpation que lorsque le bout inférieur de l'intestin est resté dans un bon état, car, en cas contraire, l'incontinence des matières fécales met les malades dans un état inférieur à celui d'avant l'opération. Quand il est impossible de savoir jusqu'à quelle hauteur la lésion remonte, il faut faire la colotomie.

M. James Israël n'a fait qu'une fois la résection du rectum pour rétrécissement syphilitique, et a obtenu un résultat vraiment « idéal ». Dans un autre cas où les ulcérations remontaient jusque dans le gros intestin, il réséqua le coccyx et fendit le rectum jusqu'à la hauteur de l'articulation sacrococcygienne. Cette opération, qui laissa intactes les ulcérations situées plus haut, eut pour résultat d'amener la cicatrisation de ces ulcérations, de celles, du moins, qu'on pouvait atteindre. Fait très curieux, malgré la section du sphincter, il n'y eut pas d'incontinence; les sécrétions s'écoulaient au dehors, mais les matières étaient parfaitement gardées. La malade peut être considérée comme guérie. De temps en temps, elle a des coliques et de la diarrhée.

M. Kœrte a obtenu un résultat parfait dans un cas de résection du rectum syphilitique et rétréci. L'opération est difficile à cause de la vascularité des tissus, mais les résultats sont supérieurs à ceux de l'extirpation avec laquelle la récidive est presque la règle. La rectotomie linéaire postérieure, comme dans le cas de M. Israël, donne également des résultats satisfaisants.

M. Thiem préfère la colotomie suivie de dilatation méthodique et de désinfection du rectum. En même temps, traitement antisyphilitique. Le rectum une fois rétabli, on ferme l'anus artificiel et on obtient la restitution *ad integrum.*

Palatoplastie.

M. Wolff rapporte deux cas qu'il a récemment opérés.

Le premier cas concerne un enfant de six mois qui présentait une fente du voile du palais et de la voûte palatine allant jusqu'aux apophyses alvéolaires et mesurant 3 centim. 1/2 de longueur sur 1 de largeur. Les bords de la fente furent avivés, puis suturés. La réunion se fit partout, sauf au milieu de la voûte palatine où il resta une petite fistulette. L'enfant, qui pesait avant l'opération 3,500 gr., quitta l'hôpital au bout de six semaines avec un poids de 4,780 grammes.

La seconde observation se rapporte à un garçon opéré de la même façon et pour une fente aussi étendue, à l'âge de 3 mois. Il a aujourd'hui 5 ans et parle aussi bien, peut-être mieux encore, qu'un enfant normal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 17 *janvier* 1894.

Etat sanitaire de Berlin.

M. Guttstadt combat les conclusions de M. Zadek et se rattache entièrement à la façon de voir de M. Weyl. Il montre en s'appuyant sur des chiffres qu'à Berlin il existe très manifestement une diminution de la mortalité pour toutes les classes d'âge et que cette diminution est même particulièrement accusée chez les nouveau-nés.

M. Ollendorf, qui a de son côté dressé des tableaux statistiques pour Berlin et les autres grandes villes de l'Allemagne, a trouvé que la mortalité a diminué partout, mais qu'en même temps il existe une certaine diminution de la natalité.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 29 *janvier* 1894.

De la péritonite.

M. Treves. — La péritonite est une inflammation du péritoine. Si on reste au point de vue de l'anatomie pathologique, aucune péritonite n'échappe à cette définition. Au point de vue clinique, il n'en est plus de même ; on ne peut admettre, en effet, que les divers phénomènes cliniques qu'on range sous le nom de péritonite dérivent uniquement de l'inflammation de la grande séreuse péritonéale. Au point de vue clinique, en effet, la péritonite présente relativement peu de rapports avec l'inflammation péritonéale. Les malades qui meurent de péritonite ne meurent point du fait de l'inflammation de cette grande séreuse. D'ordinaire, on considère l'inflammation comme un processus funeste qui ne peut être que nuisible au malade. C'est là une erreur d'interprétation : c'est, au contraire, l'inflammation seule qui, dans une plaie infectée, détruit le poison et empêche le développement des germes.

Dans la tuberculose, ce n'est point l'inflammation qui amène la mort, on doit incriminer uniquement le bacille qui a produit cette inflammation; l'inflammation du poumon infecté ne fait dans ce cas que prolonger la vie du malade et les chances de guérison dépendent presque uniquement de cette inflammation. La tumeur blanche à laquelle donne lieu une arthrite tuberculeuse montre l'effort, souvent couronné de succès, de l'organisme qui cherche à se débarrasser du bacille par l'inflammation. L'inflammation n'a donc qu'un but : débarrasser l'organisme des produits dangereux qui l'ont envahi. Cependant, dans certains cas particuliers, ce processus peut être excessif, causer des désordres et manquer en quelque sorte son but. On peut lui venir en aide par le traitement ou le modifier dans les cas où il ne concourt pas à l'expulsion des produits dangereux.

Tout ce que je viens de dire de l'inflammation en général s'applique complètement à l'inflammation péritonéale. Dans le plus grand nombre des cas de mort par péritonite, les symptômes ont été ceux d'une toxhémie et analogues à ceux qu'entraînent une morsure de serpent ou une attaque de choléra. A l'autopsie, on s'aperçoit que le degré d'inflammation de la séreuse n'est aucunement proportionnel aux phénomènes qui ont précédé la mort. Plus la dose de poison est grande, plus la mort survient rapidement et moins sont marquées les lésions de péritonite. Dans certains cas, la guérison peut survenir à la suite d'une suppuration, enkystée ou non. Il faut évidemment tenir compte, non seulement de la dose de poison, mais encore de la résistance individuelle. Les cas de péritonite qui ont une issue favorable sont généralement ceux où la suppuration est le plus prononcée; au contraire, les péritonites très aiguës et conduisant vite à la mort se traduisent par des lésions à peine marquées. On a essayé de traiter la péritonite aiguë diffuse comme une affection purement inflammatoire, c'est-à-dire par l'incision et l'évacuation de l'épanchement; ce procédé n'a donné que des résultats peu satisfaisants. Tout cela montre que le plus souvent dans la péritonite mortelle, les symptômes sont ceux d'un empoisonnement et non d'une inflammation. Cependant, les phénomènes inflammatoires ne sont pas toujours secondaires dans la péritonite; ils sont au contraire prédominants dans les pelvi-péritonites et les appendicites. Il est clair que le péritoine présente certaines réactions qui lui sont spéciales et que ne présentent pas les autres séreuses. C'est ainsi que les suppurations de la plèvre n'ont pas la même gravité que celles du péritoine. Les péritonites localisées et les épanchements enkystés sont relativement rares dans la vaste région occupée par l'intestin grêle. On les rencontre beaucoup plus souvent, dans la région sous-diaphragmatique, entre le diaphragme et le côlon transverse, en dehors du cæcum et dans le bassin. Les périhépatites et la pelvi-péritonite comportent souvent un pronostic bénin. Une simple laparotomie peut avoir une grande influence, car la cavité péritonéale est virtuelle et dès qu'on l'ouvre on y crée des conditions spéciales de pression. C'est

ainsi qu'on peut guérir des péritonites tuberculeuses par la simple laparotomie, avec évacuation de l'épanchement. Le péritoine peut, par l'infection, acquérir un certain degré d'immunité; on peut produire artificiellement cette immunité chez les animaux.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 26 janvier 1894.

Atrophie musculaire idiopathique.

MM. Penrose et **Turner** présentent un homme de 21 ans, qui ne présente aucun antécédent pathologique héréditaire. Vers l'âge de 17 ans, il se plaignit de faiblesse du dos, puis des bras et des jambes deux ans après. Les muscles sont un peu atrophiés, mais ils ne présentent pas la réaction de dégénérescence.

Sarcome du radius.

M. Clutton. — Je viens d'observer trois cas de sarcome du radius. Dans le premier cas, il s'agissait d'un sarcome myéloïde de la tête et du col du radius chez un homme de 28 ans; il avait remarqué l'existence de cette tumeur depuis deux ans. Je fis la résection du 1/3 supérieur du radius. Le malade mourut 18 mois après, d'une affection rénale; il n'y avait aucune trace de récidive du sarcome. Chez un homme de 50 ans je trouvai un sarcome myéloïde de la partie inférieure du radius, j'ai réséqué cette extrémité inférieure et la partie correspondante du cubitus pour éviter une déviation de la main. Enfin une femme de 34 ans présentait un sarcome à cellules embryonnaires de l'extrémité inférieure du radius; je crus à une tumeur du périoste et je fis l'amputation. Peut-être aurait-on pu réussir à conserver la main en faisant la résection, mais, en raison de la texture histologique de la tumeur, je crois que je n'ai qu'à me féliciter d'avoir fait l'amputation.

Néphrectomie.

M. Malcolm. — Une petite fille présenta vers l'âge d'un an une tumeur abdominale; cette tumeur s'accrut, devint ovoïde et élastique; elle remplissait la région du rein droit, s'étendant en bas dans le bassin. L'enfant était un peu anémique, mais son état général était bon. Urines normales. Quand la petite malade eut trente mois, on fit une laparotomie; on trouva le rein gauche sain; on enleva la tumeur qui comprenait le rein droit; on sectionna l'uretère et on amena son extrémité sectionnée dans la plaie. On ferma la plaie sans la drainer. La petite malade eut un peu de fièvre, qui disparut au bout de huit jours, et la guérison ne se fit pas longtemps attendre.

Histologiquement la tumeur était formée par un adénome de nature maligne séparé du rein par une capsule fibreuse dense.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Affections des nourrissons déterminées par la galactophorite de la nourrice, par Edouard Damourette.

La galactophorite est fréquente chez les femmes qui ont peu de lait parce que les enfants obligés de teter longtemps et souvent finissent presque toujours par produire des crevasses.

Ces crevasses servent de porte d'entrée aux micro-organismes (staphylocoques, streptocoques) qui existent toujours à l'état normal dans le lait de la mère.

Ces micro-organismes, inoffensifs si le mamelon est sain, pullulent, deviennent virulents lorsqu'ils sont en contact avec une excoriation et déterminent de la galactophorite.

Cette galactophorite a presque toujours un début insidieux et passe inaperçue pendant un ou deux jours parce que l'élévation de température, qui peut faire défaut, ne se produit souvent, lorsqu'elle existe, qu'au bout de 24 ou 36 heures. L'enfant est ainsi exposé à teter du pus.

Le pus peut déterminer chez lui des affections primitives ou secondaires.

Les affections primitives peuvent elles-mêmes être dues à l'infection de l'organisme par le tube digestif : stomatite diphthéroïde; abcès rétro-pharyngiens; dyspepsie gastro-intestinale, légère et passagère sans fièvre; diarrhée toxi-infectieuse fébrile avec fétidité des matières se présentant sous deux formes, l'une légère et curable, l'autre grave, typhoïde et mortelle; choléra infantile; abcès sous-cutanés, multiples, profonds, otite moyenne; septicémie; ou bien sont dues à une infection par contact: abcès sous-maxillaires, abcès sous-cutanés multiples; otite externe; conjonctive catarrhale, conjonctive purulente; ecthyma.

Les accidents secondaires sont la broncho-pneumonie et le muguet.

Pour éviter ces accidents, le meilleur moyen prophylactique consistera dans les soins de propreté. Il faudra avoir soin de laver le mamelon avec de l'eau boriquée à 4 0/0 avant chaque tetée.

Une fois la galactophorite produite, il faut suspendre immédiatement l'allaitement par le sein malade et donner à l'enfant une nourrice ou du lait stérilisé pur (Budin-Chavane) ou du lait stérilisé coupé d'eau sucrée (Marfan). Le traitement variera ensuite avec chaque affection.

Les pyosepticémies médicales, par Etienne.

Les pyosepticémies médicales sont poly-microbiennes et n'ont rien de spécifique. Leurs microbes ou bien viennent du dehors, ou bien, hôtes inoffensifs de l'organisme, ils exaltent leur virulence, ou bien, localisés dans une lésion ancienne, ils se répandent à u moment donné dans l'organisme.

Ces pyosepticémies sont primitives ou secondaires. Elles peuvent intéresser l'organisme dans sa totalité, ou bien présenter des manifestations locales prédominantes. Telles sont :

Les pyosepticémies à prédominance cardio-vasculaire (endocardites, aortites);

Les pyosepticémies à prédominance broncho-pulmonaire;

Les pyosepticémies à prédominance sur le système nerveux.

Les septicémies à prédominance sur le système lymphatique;

Les pyosepticémies à prédominance cutanée;

Les pyosepticémies à prédominance sur l'appareil urinaire;

Les pyosepticémies à prédominance hépatique;

Les pyosepticémies à prédominance osseuse;

Les pyosepticémies à prédominance articulaire.

Le diagnostic est facile dans les formes pyohémiques.

Le pronostic immédiat est très grave.

Du traitement des consolidations vicieuses des fractures de jambe (tiers inférieur), par Davin (Joannès).

Les consolidations vicieuses des fractures du tiers inférieur de la jambe sont justiciables d'un traitement. Ce traitement varie suivant la nature et l'ancienneté de la déformation.

Appliquer ce traitement le plus tôt possible.

Quand le cal est ossifié définitivement, l'ostéoclasie est contre-indiquée. Faire *l'ostéotomie oblique* du péroné et essayer de réduire; si l'on n'y réussit pas, faire *l'ostéotomie* cunéiforme du tibia et réduire.

En cas d'insuccès, résection.

Ne pas sacrifier les malléoles, surtout l'externe; éviter, si l'on peut, d'ouvrir l'articulation; rétablir la fonction articulaire par le mouvement.

De l'arthrite blennorrhagique chez l'enfant, par Joseph Vignaudon.

L'arthrite blennorrhagique s'observe chez l'enfant. Elle y est même relativement fréquente.

Elle peut apparaître à tout âge.

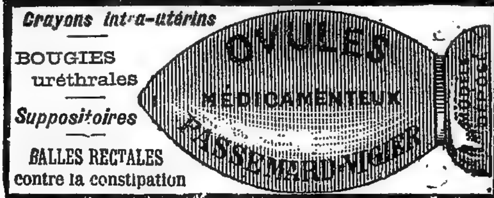
Elle reconnaît deux modes étiologiques : l'ophthalmie, presque toujours chez des nouveau-nés, et la vulvo-vaginite.

Le gonocoque de Neisser a été très souvent cherché et trouvé dans les sécrétions purulentes de la vulve ou de la conjonctive.

Le pronostic est plus bénin que chez l'adulte.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.


Crayons intra-utérins
BOUGIES uréthrales
Suppositoires
BALLES RECTALES contre la constipation
OVULES
MÉDICAMENTEUX
PASSEMARD-VIGIER


VIN TONIQUE MARIANI
A LA
COCA DU PÉROU
LE PLUS AGRÉABLE ET LE PLUS EFFICACE DES TONIQUES ET DES STIMULANTS
PARIS, 41. Bd. Haussmann.
LE VIN MARIANI à la COCA
MARIANI'S TONIC COCA WINE
CAPSULE
CAPSULED
DOSE:
DOSE:
Prix: 5 Francs.

N° 7 — 14 FÉVRIER 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Thèses du 19 au 24 février 1894.

Mercredi 21. — M. Teissier. Lésions de l'endocarde chez les tuberculeux. — M. Julie. Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée dans le département de la Lozère. — M. Bruneau. De la caféine. Ses indications dans certaines maladies aiguës chez les enfants.

Jeudi 22. — M. Colin (Gabriel). Traitement des cystites par les instillations de sublimé. — M. Martin. Recherches anatomiques et embryologiques sur les artères coronaires du cœur chez les vertébrés. — M. Baez. Traitements palliatifs de la salpingite non enkystée. — M. Rochette. Etude sur découverte de la circulation pulmonaire. — M. Golesceanu. Essai sur l'emphysème pulmonaire des adolescents.

Institution nationale des Sourds-Muets. Clinique laryngologique. — M. le docteur Ruault commencera ses conférences cliniques le vendredi 13 février, à 3 heures et demie, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure (256, rue St-Jacques). *Objets du cours :* Maladies du larynx, les lundis et vendredis. Thérapeutique des angines aiguës et chroniques, le mercredi.

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'emploi du salicylate de soude.

De toutes les médications préconisées dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et presque toutes abandonnées après un moment de vogue, une seule est définitivement entrée dans la pratique : c'est la médication salicylée. Accueillie avec enthousiasme, il y a quelques années, elle est aujourd'hui universellement employée.

Sûreté d'action, guérison rapide, voilà les avantages que toutes les observations sont unanimes à reconnaître au salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ou chronique et d'autres affections analogues. Si quelques insuccès ont été constatés, ils sont en bien petit nombre; celui des guérisons est considérable. Voici ce qu'on trouve généralement : 1° la cessation rapide des douleurs; 2° la disparition de la fluxion articulaire qui cède au bout d'un à trois jours, mais jamais avant la douleur; les mouvements redeviennent faciles et libres dès le troisième.

Dans le rhumatisme chronique simple, les résultats obtenus par M. Sée ont été des plus satisfaisants; il en est de même dans les crises aiguës qui se manifestent de temps à autre soit dans le rhumatisme simple, soit dans l'arthrite noueuse, les attaques douloureuses cessent aussi vite que dans le rhumatisme aigu.

Dans la goutte aiguë et chronique, les résultats sont extrêmement remarquables. Dans les accès aigus, on voit disparaître en deux ou trois jours, les douleurs, la fluxion articulaire, la rougeur de la peau et la sensibilité au toucher. La goutte chronique ne se prête pas moins bien aux applications de la médication salicylique.

Mais, quelle que soit l'affection contre laquelle on administre le salicylate de soude, on devra s'assurer de la pureté du produit et n'employer qu'une préparation bien dosée, toujours régulière dans sa composition, comme la solution Clin, par exemple, dont on a déjà pu vérifier les bons effets. Cette solution contient très exactement 2 grammes de salicylate de soude pur par cuillerée à bouche et 50 centigrammes par cuillerée à café.

Dans une leçon faite à la clinique de l'hôpital de la Charité, M. le professeur Hardi a fourni des indications précieuses pour l'emploi du salicylate de soude :

« Le traitement du rhumatisme doit avoir pour but d'abréger la maladie le plus possible, afin d'éviter toutes complications. Il a varié selon le temps; je ne ferai pas ici son historique, et j'arrive à la médication véritablement souveraine et employée avec tant de succès depuis deux ans, je veux parler du salicylate de soude. J'ai toujours obtenu, par son emploi, une sédation prompte, une diminution rapide de la douleur, du gonflement, de la fièvre et de tous les accidents inflammatoires. L'effet est survenu quelquefois vingt-quatre heures après l'administration de la première dose, souvent au bout de quarante-huit heures ou de trois jours au plus. Grâce au salicylate de soude, on abrège considérablement la maladie, qui ne peut ainsi durer que trois, quatre ou huit jours seulement, au lieu de six semaines autrefois.

Je commence l'administration par quatre grammes, et, si les résultats désirés sont obtenus, je reste à cette dose; si, au contraire, l'effet est nul ou insuffisant, je vais jusqu'à 5 ou 6 grammes. Ce médicament doit être continué pendant dix ou quinze jours, en diminuant progressivement la dose, malgré la guérison, si l'on veut que celle-ci se maintienne. On arrive ainsi à 2 grammes, que l'on continue pendant une dizaine de jours, car le salicylate de soude ne coupe pas le rhumatisme comme le sulfate de quinine coupe les fièvres intermittentes, et si l'on cesse trop tôt l'emploi, les phénomènes rhumatismaux réapparaissent. »

En résumé, le salicylate de soude pur est le produit le plus efficace que l'on possède contre les affections rhumatismales aiguës et chroniques, et la solution Clin réunit les conditions voulues pour l'emploi de ce médicament.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des plaies par la glycérine,
par H. Fédoroff, *Zémsky Vratsch.*

Depuis Lister, la liste des antiseptiques s'allonge de jour en jour. Par de nouveaux remèdes on tend à remplacer tous ceux qui, par des propriétés irritantes ou toxiques, font payer trop cher leur action microbicide.

Il y a à présent beaucoup de cas publiés sur l'intoxication par l'iodoforme, l'acide phénique et le sublimé; il est certain aussi qu'ils augmentent la sécrétion de la plaie et s'opposent ainsi à la réunion immédiate. Les expériences récentes de Schimmelbusch ont démontré d'autre part que les antiseptiques en telles solutions, dont on se sert aujourd'hui, ne sont pas capables de détruire tous les microbes. On peut ajouter que l'iodoforme a besoin de stérilisation lui-même. Après tout les antiseptiques sont-ils nécessaires dans le traitement des plaies?

Le Dr Préobragensky (1), dans sa communication à la Société des médecins russes, a montré que la réunion des plaies dépend plutôt de propriétés physiques du pansement s'il est capable d'absorber au fur et à mesure et de laisser transpirer les sécrétions de la plaie. Winiwarter a dit que nulle plaie n'est libre de microcoques; Lanz et Flach (2), par leurs recherches faites à la clinique de Kocher, ont constaté que l'antisepsie ou l'asepsie ne mettent pas la plaie à l'abri de l'infection et que la présence de certains micro-organismes n'a pas de suites fâcheuses. Le docteur Raptschévsky (3) ne se sert que de simple solution de chlorure de sodium et beaucoup de chirurgiens ne font plus d'irrigation antiseptique des plaies.

Bien avant ces recherches expérimentales sur l'antisepsie et l'asepsie des plaies, j'ai commencé depuis 1889 à pratiquer le pansement à la glycérine en me basant sur les principes suivants : la glycérine est très hydrophile et c'est bien important au point de vue du pansement, qui doit résorber des sécrétions liquides; elle n'est guère toxique; je n'ai jamais vu de dermatites autour de la plaie ou quelques signes d'intoxication générale; enfin elle supprime la suppuration [d'après Robin. La glycérine a été recommandée par Statin et Neligan en cas d'écorchures de la peau, et plus récemment par H. Coudwel (4) qui en remplit des cavités laissées par évidement des os nécrotisés.

J'ai publié mes premières observations en 1891 (5).

Quand un blessé vient demander du secours, c'est ordinairement quelques jours après la lésion, la plaie est crottée par des hémostatiques populaires, comme la toile d'araignée, les plumes brûlées, la poussière, et ne guérit jamais par première intention. Elle est suppurée déjà très souvent.

Alors, je fais un lavage abondant avec de l'eau filtrée ou une faible solution d'acide salicylique (1 : 2000) et j'applique le pansement qui consiste en une compresse de gaze hydrophile imbibée de glycérine.

J'emploie avec succès également ce procédé de traitement dans les abcès superficiels et profonds dus à divers motifs.

L'abcès une fois évacué, je fais pénétrer dans la cavité une lanière de gaze imbibée de glycérine et je laisse sortir par l'ouverture l'extrémité de cette lanière.

(1) *Vratsch*, 1891, n° 26.
(2) *Arch. für klin. Chir.*, 1892, p. 876.
(3) *Vratsch*, 1892, n° 25.
(4) *The British Medical Journal*, 1er mars 1890.
(5) *La Revue médicale* (de Sprymon), 1891, n° 14.

Le volume du foyer purulent et les qualités du pus n'ont aucune importance pour ce pansement. En considérant la quantité du pus, je change le pansement chaque trois ou quatre jours après l'avoir humecté avec de l'eau tiède. Les résultats très favorables ne tardent pas à se montrer : la suppuration diminue notablement au bout du quatrième au septième jour, la surface de la plaie ne contient plus de pus, le tissu cicatriciel s'organise rapidement.

Ensuite, j'ai adapté ce traitement aux plaies opératoires. Les amputations des phalanges m'ont donné de bons résultats : la réunion immédiate se fait ordinairement au bout de six jours. A la suite d'extirpation des adénites tuberculeuses, toute la surface de la plaie est lavée avec de l'eau filtrée, suturée, excepté un coin où, à l'aide d'une seringue, on fait pénétrer à l'intérieur la glycérine pure. Pansement à la glycérine. J'ai obtenu ainsi la première intention dans trois cas.

En terminant, je ne peux pas omettre l'action bienfaisante de la glycérine en cas de brûlures, quelles qu'elles soient. La compresse de gaze pliée en huit et imbibée de glycérine peut rester sur la place brûlée 5 à 8 jours.

Au commencement elle produit une légère douleur, mais celle-ci cesse en 10 à 15 minutes.

Sous ce pansement la quantité de pus est très restreinte, les eschares se cicatrisent rapidement. Même si la surface de brûlure est large, il ne survient jamais que quelques signes menaçants. Pour enlever le pansement il faut mettre le malade dans le bain tiède.

Exophthalmie pulsatile ,par Walker et Puzey (1).

Une femme de 42 ans, très forte, ayant eu 9 enfants, dont le plus jeune a 5 ans, tomba dans une cave le 19 août 1893; elle perdit connaissance; elle revint bientôt à elle et elle vomit. Elle put alors rentrer chez elle; elle présentait une plaie du cuir chevelu à gauche de la protubérance occipitale externe. Le 21, son œil droit devint douloureux et elle eut quelques bourdonnements dans l'oreille droite. Le 23, l'œil droit présentait un peu d'exophthalmie et les paupières étaient légèrement gonflées ; la vue était encore excellente. M. Oldershaw vit la malade pour la première fois, le 24; le 26, les troubles auditifs avaient augmenté, il y avait de l'œdème de la conjonctive; le 28, l'œdème des paupières avait augmenté. On traita la malade par l'iodure, le bromure de potassium, les sangsues, les vésicatoires. Le 17 septembre, l'œil droit ne percevait plus que la lumière; il y avait une céphalée intense empêchant la malade de dormir; l'exophthalmie était très marquée; il y avait des pulsations très marquées des veines de l'orbite et du globe oculaire. Tout faisait penser à un anévrysme post-oculaire intra-orbitaire ou intra-crânien. Les paupières étaient très gonflées; il y avait un chémosis très marqué; la cornée était encore claire, mais il n'existait plus aucune perception lumineuse. La compression de la carotide faisait cesser le murmure perçu par le malade et perceptible par le médecin. Je fis alors le diagnostic d'anévrysme de la carotide dans le sinus caverneux et je résolus avec M. Puzey de faire une ligature de la carotide primitive. La malade ne put supporter l'éther et on l'endormit au chloroforme; l'opération fut rendue difficile par l'embonpoint de la malade. La carotide primitive fut liée au catgut; les pulsations et le murmure cessèrent aussitôt. On draina la plaie et on fit un pansement antiseptique. A son réveil, la malade se trouva beaucoup mieux et elle ne tarda pas à guérir complètement.

De semblables accidents sont rares; la première fois que j'eus à les constater, ce fut chez une femme de 33 ans, qui avait reçu un coup de poing sur l'oreille gauche. Bientôt apparurent de l'exophthalmie du même côté, un gonflement

(1) On pulsating exophthalmos; a plea for early ligature. *Lancet*, 27 janvier 1894, p. 191.

considérable des paupières; il n'y avait pas de pulsations, mais la malade percevait nettement un murmure. Elle refusa d'abord toute intervention, et elle ne se décida à accepter une opération que lorsque les déformations furent véritablement hideuses; la cécité était alors complète du côté gauche. Je liai la carotide primitive; le malaise et le murmure disparurent, mais les autres symptômes ne rétrogradèrent que fort lentement; cependant, la vue reparut et redevint même complètement normale. Malgré cette guérison, l'exophthalmie persistait encore, mais très légère, cinq ans après.

J'en observai un autre cas chez un garçon de 15 ans en 1886; il était tombé sur le front; il se plaignait d'entendre un murmure spécial et il y avait de l'exophthalmie du côté droit. Les parents refusant une opération, j'essayai vainement la compression de la carotide. Pendant un an, l'exophthalmie s'accrut continuellement, mais lentement; elle reçut un brusque coup de fouet, le malade ayant été comprimé dans une foule; mais les pulsations et le murmure cessèrent alors, probablement par suite du déplacement d'un caillot qui forma alors valvule permettant l'accès du sang, mais s'opposant à sa sortie.

Rivington rapporte une observation fort intéressante. Un homme de 24 ans reçut un coup sur le côté droit de la tête; il y eut des pulsations dans l'œil gauche et un murmure au niveau de la région temporale. On essaya vainement divers traitements par la compression digitale, l'hellébore, l'injection de perchlorure de fer dans la veine ophthalmique, ce qui amena des symptômes de phlegmon de l'orbite. On lia alors la carotide primitive et les choses s'arrangèrent.

Demsey a publié l'observation d'une femme de 22 ans qui perçut brusquement, en se réveillant, un murmure musical dans sa tête; puis elle sentit quelque chose venant de la région du cou et allant frapper son œil. Les symptômes ordinaires de l'anévrysme post-oculaire ne tardèrent pas à apparaître. Malgré tous les traitements, il se produisit une exacerbation. On lia alors la carotide; la plaie suppura un peu et le 12e jour survint une hémorrhagie secondaire très abondante; on put l'arrêter; mais la malade fut prise de vomissements et de hoquet et l'exophthalmie augmenta. Le 39e jour, il y eut des hémorrhagies abondantes par la cornée et au niveau du cou et la malade mourut le 41e jour. A l'autopsie, on trouva un anévrysme fusiforme de la carotide dans le sinus caverneux; l'artère ophthalmique était énormément dilatée et était le siège d'un gros anévrysme qui s'était ouvert dans l'œil. Dans ce cas, la compression digitale a certainement été nuisible en créant une circulation collatérale trop intense. Ce cas montre combien il est utile d'opérer de bonne heure avant que tout autre traitement ait été institué. Si, en effet, nous nous reportons au travail de Rivington, nous verrons que contre ces anévrysmes la compression de l'œil a été employée dix fois et a échoué dix fois. La compression de la carotide à l'aide d'un appareil a été employée dans quatre cas; une fois le malade est mort et trois fois il n'y a eu aucune amélioration. La compression digitale, employée dans 16 cas, a donné trois guérisons. La galvano-poncture a été employée deux fois; une fois le sujet est mort, l'autre n'a éprouvé aucune amélioration. L'injection d'ergotine employée une fois a aggravé la situation. Quatre fois on a employé des injections de liquides coagulants : deux guérisons ont été amenées par le perchlorure de fer qui, d'autre part, a aggravé un cas; un sujet a été guéri par l'injection de lactate de fer, après que la ligature avait échoué. Quarante-six fois on a eu recours à la ligature de la carotide; il faut en exclure un cas où il y avait de la dégénérescence maligne : deux malades moururent (65 et 63 ans); sur 18 cas idiopathiques, 15 guérirent et 3 furent améliorés; sur 26 cas d'origine traumatique, 23 guérirent et 3 moururent. Dans 2 cas, les deux carotides furent liées. Quatre autres cas traités par la ligature ont donné 4 guérisons. C'est donc à tort que, trop souvent, on reste inactif dans ces cas croyant avoir affaire, non pas à des anévrysmes, mais à des varices, ce qui est une erreur. Il ne faut accorder aucune confiance au traitement par la compression. J'ajouterai, au point de vue du diagnostic, que je n'accorde aucune valeur au signe de Nélaton d'après lequel un murmure continu indiquerait une varice et un murmure discontinu indiquerait un anévrysme.

REVUE DES JOURNAUX

Des différentes variétés de l'ankylose du coude, par Nové-Josserand (*Rev. de chirurg.*, 1893, n° 12, p. 981). — Le travail de l'auteur aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les ankyloses du coude présentent au point de vue anatomique et clinique des différences considérables qui expliquent les succès obtenus par les diverses méthodes qui ont été proposées.

2° La résection du coude est le seul moyen qui permette d'obtenir la reconstitution de l'articulation et le rétablissement de toutes les fonctions du membre. Dans les ankyloses osseuses par fusion des os, il faut recourir à la résection totale qui retranchera une colonne osseuse d'autant plus haute que la plasticité du périoste et des tissus parostaux sera plus développée au niveau de l'ancienne articulation. La résection sous périostée interrompue est le moyen d'assurer l'indépendance des néoformations osseuses qui se produisent à la place des anciens renflements articulaires.

3° La récidive de l'ankylose, principal accident dont il faille se préoccuper, peut être prévenue par un certain nombre de moyens, les uns opératoires, les autres post-opératoires.

4° Lorsque l'ankylose a récidivé, il est possible de la guérir par une nouvelle résection faite en se conformant exactement aux préceptes formulés par Ollier.

Leucocytose dans les tumeurs malignes (Ueber das Verhalten der Leukocyten bei malignen Tumoren), par Reinbach (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 486). — Le travail de l'auteur est basé sur l'étude de 40 cas de cancer, dans lesquels le sang a été étudié d'après la méthode d'Ehrlich et les autres méthodes usuelles. Ces recherches ont donné les résultats suivants :

Jamais on ne trouve dans le sang d'éléments cancéreux. Les modifications que présentait le sang consistaient très régulièrement en une modification quantitative dans les rapports entre les diverses formes de leucocytes, caractérisée par une augmentation du nombre de cellules polynucléaires par rapport à celui de lymphocytes.

Dans le carcinome, il existait ordinairement une relation directe entre la gravité de l'affection et la modification en question du sang. Cette régularité n'existait pas dans les sarcomes : dans certains cas légers, la modification du sang était très accusée, tandis qu'elle était à peine ébauchée dans d'autres cas de sarcomatose grave.

D'après l'auteur, la modification de la composition morphologique du sang s'expliquerait par l'abolition des fonctions d'une partie du système hématopoïétique (ganglions lymphatiques dans lesquels se forment les lymphocytes).

Opération césarienne avec succès pour la mère et l'enfant (Ein konservativer Kaiserschnitt mit glucklichen Erfolge für Mutter und Kind), par Schneider (*Centrabl. f. Gynækol.*, 1893, n° 46, p. 1057). — L'observation en queston, dont le titre est déjà suffisamment explicite, se rapporte à une rachitique de 32 ans, avec rétrécissement tel du bassin que la symphyséotomie fut jugée impossible. L'opération, qui a été faite à la fin de la grossesse, c'est-à-dire au commencement du travail, n'a présenté rien de particulier.

Les affections osseuses dans la fièvre typhoïde (Die Knochenerkrankungen im Typhus), par Klemm (*Arch. f. klin. Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 862). — Le travail de l'auteur est basé sur cinq observations personnelles et celles publiées jusqu'à présent dans la littérature.

D'après l'auteur, il faut distinguer deux formes d'ostéites, une à bacilles typhiques, l'autre à bacilles typhiques et microcoques pyogènes tenant à une infection mixte.

La première, l'ostéite qu'on peut désigner sous le nom de spécifique, survient pendant la convalescence, a une préférence pour les os longs, les côtes en particulier, et s'accompagne toujours de fièvre et de douleur. La fièvre, souvent peu marquée, dépasse quelquefois 39° et disparaît avec la guérison spontanée ou après l'ouverture du foyer. De même la douleur quelquefois très vive.

L'ostéite débute sous forme d'une tuméfaction osseuse assez limitée et douloureuse au toucher et même spontané-

ment. Si la tuméfaction ne se résout pas spontanément, comme c'est le cas le plus fréquent, il survient de la suppuration qui se présente sous deux formes. Tantôt en ouvrant la collection liquide on tombe sur un foyer en apparence caséeux avec des granulations et des bourgeons charnus baignant dans un liquide trouble, caséeux; tantôt on trouve une collection franchement liquide, mais qui ne ressemble en rien à du pus: c'est un liquide filant, sirupeux, coloré en rouge brun, pauvre en cellules, riche en détritus. La caséification de même que la liquéfaction tiendraient, d'après Klemm, à ce que le bacille d'Eberth n'est pas pyogène dans le sens propre du mot, mais plutôt nécrosant, comme le bacille de Koch. Dans tous ces cas on trouve, dans les foyers caséeux comme dans les abcès à liquide particulier, le bacille d'Eberth à l'état de pureté.

Dans d'autres cas, on trouve des abcès à l'ouverture desquels il s'écoule du pus qui renferme soit des bacilles d'Eberth seuls, soit des staphylocoques ou des streptocoques seules, soit les deux à la fois comme dans un cas que Klemm a récemment observé et qu'il publie en détail. Ces ostéites, qui, contrairement aux précédentes, évoluent à la façon des ostéo-myélites ordinaires, c'est-à-dire d'une manière grave, relèveraient, d'après Klemm, d'une infection mixte par les staphylocoques ou les streptocoques venant s'ajouter aux bacilles d'Eberth. Klemm est même parvenu à reproduire ces ostéo-myélites en injectant des staphylocoques à des lapins qui avaient survécu à une typhisation préalable par l'injection des bacilles d'Eberth.

Guérison de l'étranglement interne par le massage (Die manuelle Reposition von Darminvaginationen durch Massage), par Harder (*Berl. klin. Woch.*, 1893, n° 49, p. 1196). — L'auteur rapporte deux cas d'invagination iléocæcale chez une fillette de 14 jours et une autre de 20 mois, traitées avec succès par le massage combiné, conduit de telle façon que la tumeur était amenée vers le doigt profondément enfoncé dans le rectum et soumise à un massage dans le sens opposé à celui de l'invagination. Le massage, fait 4 jours dans le premier cas, 3 jours dans le second, avait chaque fois pour résultat une diminution de la tumeur qui finit par disparaître. Les deux enfants ont guéri.

Symphyséotomie partielle (Theilweise Symphyseotomie statt Kaiserschnitt), par Muller et Noorden (*Berl. klin. Woch.*, 1893, n. 48, p. 1163). — Il s'agit d'une naine rachitique de 37 ans, opérée à 32 semaines de grossesse. Les quatre grossesses antérieures furent terminées par la céphalotripsie ou l'accouchement provoqué avec forceps.

L'opération a été faite de la façon classique, mais après la section du ligament sous-pubien et d'une partie de la symphyse, la tête descendit spontanément et sortit d'elle-même quelques instants après. L'opération ne fut donc pas terminée et la symphyséotomie resta partielle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 *février* 1894.

Présidence de M. Rochard.

Néphrectomie pour cancer.

M. Le Dentu présente un malade auquel il a enlevé par voie transpéritonéale un rein cancéreux ayant 19 centim. de long. Dans la symptomatologie il faut noter que, contrairement à la coutume, le varicocèle fut *douloureux*. Rien de spécial au point de vue de l'opération, qui fut faite par le procédé de Terrier.

M. Juhel-Renoy, voyez p. 79.

Election.

M. R. Blanchard est élu membre titulaire dans la section de thérapeutique et histoire naturelle; M. Henri Huchard obtient 18 voix, M. Legroux 1, et M. Ferrand 1.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 *janvier.*

Origine chimique de la fermentation des tissus animaux.

M. de Rey-Pailhade. — On sait depuis Spallanzani que les tissus animaux produisent de l'acide carbonique, même lorsqu'on les place dans un milieu privé d'oxygène. Confirmant et généralisant ces observations, M. Gautier a montré que la matière musculaire placée dans le vide continue à vivre, à sécréter de l'acide carbonique, à produire des matières extractives, de la caséine, des sels ammoniacaux, de l'acide lactique, des leucomaïnes, par une sorte de vie fermentative. Mais cette fermentation est-elle due à la nature organisée des tissus ou au dédoublement, sous l'influence de certains ferments non organisés, de substances chimiques très instables? Mes nouvelles expériences sur l'extrait alcoolique de levure semblent donner un appui à cette seconde hypothèse. Un extrait alcoolique de levure de bière filtrée au filtre d'Arsonval et placé dans le vide continue à dégager de l'acide carbonique. En présence d'une atmosphère stérilisée d'oxygène, ces extraits absorbent le gaz oxygène et donnent de l'acide carbonique; mais le volume de ce dernier gaz est toujours supérieur à celui de l'oxygène disparu. Il se produit donc dans l'extrait alcoolique de levure les phénomènes fermentatifs qu'on observe dans le muscle, un dégagement pour ainsi dire spontané d'acide carbonique, sans qu'on puisse admettre qu'il intervienne dans ces solutions alcooliques une influence vitale. Il semble donc, d'après mes expériences, que cette fermentation des tissus soit indépendante de leur texture organisée, de ce qu'on appelle *la vie des tissus;* c'est un phénomène d'ordre purement chimique attribuable au dédoublement de matières très instables formées durant la vie, mais dont les transformations ultérieures sont indépendantes de la vie elle-même.

Séance du 15 *janvier* 1894.

Liquide de la périostite albumineuse.

M. Hugounenq. — La périostite albumineuse décrite la première fois par Ollier a été le sujet d'études nombreuses qui n'ont encore point élucidé l'étiologie ni la nature de l'infection.

Les analyses que j'ai répétées dans deux cas récents m'ont donné les résultats suivants :

Le liquide est transparent, jaunâtre, très nettement alcalin, de densité généralement comprise entre 1.020 et 1.035. Il se prend en masse un peu au-dessous de 80°, ce qui est dû à la présence d'albuminoïdes en assez grande quantité.

Abandonné à l'air libre, le liquide ne se putréfie pas, bien qu'il renferme, suivant M. Dor, des staphylocoques.

L'analyse immédiate démontre la présence, dans ce liquide, de deux matières protéiques, une nucléoalbumine se dédoublant par la pepsine, et de la sérine.

Un peu d'urée (0,02 0/0), quatre à cinq fois plus d'acide succinique s'y trouvent encore. Il n'y a eu ni leucine, ni tyrosine, ni acide urique, ni peptone. La graisse n'y est à peu près pas représentée, sauf dans quelques cas.

L'incinération du résidu fixe a donné des cendres où domine le chlorure de sodium et aussi, mais en quantité faible, de la chaux, de la potasse, du carbonate de soude, des acides sulfurique et phosphorique.

Le liquide de ces périostites offre tous les caractères de celui des hydarthroses et il est impossible de les distinguer.

Influence des agents atmosphériques, en particulier de la lumière et du froid, sur le bacille pyocyanique.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — Plus nos connaissances en bactériologie se développent, plus nous saisissons et la fréquence et l'importance des causes d'atténuation ou d'exaltation portant sur les microbes ou sur les terrains qu'ils envahissent.

Ces causes expliquent les variations infinies soit de ces microbes, soit de ces terrains. Ces variations font comprendre comment un seul germe produit des symptômes, des lésions si différentes comme apparence, comme siège, comme évolution, comme gravité.

Parmi les influences subies tant par les bactéries que par les organismes, celles qui dépendent des agents atmosphériques s'exercent à tous les degrés de l'échelle des êtres vivants. Leur étude a fait l'objet de travaux dont l'historique, fort long d'ailleurs, ne saurait trouver ici sa place.

Malgré d'excellentes recherches, le rôle de ces agents atmosphériques dans les maladies microbiennes est loin d'être totalement élucidé ; d'autre part, des principes vrais pour une espèce donnée ne sont pas forcément applicables à sa voisine : en outre, l'usage du bacille pyocyanogène, grâce à la mobilité de quelques-unes de ses fonctions, permet de saisir les atténuations les plus délicates ; tels sont, en partie, les motifs qui nous ont décidés à reprendre ces questions, d'autant plus que, dans la majorité des cas, on s'est borné, pour une bactérie déterminée, à expérimenter deux ou trois au maximum de ces agents physiques de l'air.

Déjà, nous avons fait connaître les résultats obtenus en faisant agir l'électricité, l'ozone, la pression.

Les travaux d'Arloing, Roux, Straus, Duclaux, Gaillard, Raspe, Geisler, Pansini, etc., ont bien établi la puissance bactéricide de la lumière. Cette puissance est des plus nettes, quand on dirige soit le spectre du soleil, soit celui de l'arc voltaïque : entre ces deux sources, suivant la remarque de Geisler, la distinction n'est pas radicale. Le premier résultat, au bout de quelques instants, se traduit, pour le bacille pyocyanique, par une diminution du pouvoir chromogène ; à coup sûr, à ce moment, on tiendrait pour nulle cette action lumineuse, si ce pouvoir chromogène n'existait pas. Pour ce bacille, pour le prodigiosus, Chemielewski, d'autres avec lui, ont constaté des faits analogues.

Si, par filtration au travers d'une solution de bichromate de potasse, on prive la lumière de ses rayons actiniques, toute influence cesse. La différence d'action entre la partie chimique et la partie calorifique du spectre est aussi profonde que possible. Pendant le même temps, trois à six heures, deux tubes identiques, contenant chacun 2 c. c. d'une même culture, reçoivent, avec la même exposition, sous la même incidence, à la même distance, l'un des rayons violets et ceux qui les avoisinent, l'autre les rayons rouges et ceux qui les entourent ; puis, comme dans toutes ces diverses expériences, on reporte sur agar une goutte de chacune de ces cultures. Après deux jours d'étuve à 35°, seule la culture soumise à la lumière rouge donne des pigments ; l'autre est complètement incolore. Si l'on prolonge cette expérience, cette seconde culture devient stérile, alors que la première continue à prospérer. Janowski, Downes et Blunt, Chmielewski, etc., etc., étaient arrivés à des conclusions semblables.

Il est juste d'indiquer l'extrême variété des effets obtenus suivant l'intensité des sources lumineuses.

On sait que les microbes supportent les abaissements thermiques. Bordoni-Uffreduzzi, Prudden, Frænkel, Bujwid en ont observé quelques rares espèces dans la glace, dans la neige, dans la grêle, etc. Cette résistance explique en partie les épidémies des hivers. Pour le bacille pyocyanique, il perd promptement, par ces abaissements, ses qualités pigmentaires. Toutefois, pour l'anéantir, il est nécessaire de recourir à des froids d'une intensité exceptionnelle à — 40°, — 60°, obtenus à l'aide du cryogène de Cailletet ou de l'appareil Carré.

Soumis à ces influences, le germe présente des formes anormales ; tantôt il s'allonge ; tantôt il est ovoïde, rappelant par sa disposition bout à bout les figures du pneumocoque ; sa multiplication est très ralentie ; ses colonnes sur gélose sont plus blanches, plus crémeuses.

Ces divers agents physiques, le froid en particulier, n'agissent pas uniquement sur les ferments figurés.

Nous avons placé, à ces basses températures de — 40°, — 60°, des ballons ou des tubes d'agar stériles ; puis, nous les avons retirés, mis à l'étuve et ensemencés au bout de différents intervalles. Dans six cas sur huit, les milieux refroidis ont fourni une végétation distincte de celle des milieux témoins, n'ayant subi aucune intervention. Deux fois, cette végétation a été un peu moins abondante dans ces bouillons congelés ; inversement, quatre fois, ces bouillons congelés ont donné une multiplication plus rapide, une coloration plus vive ; la discordance doit dépendre d'une cause d'erreur due, dans les deux premiers cas, à l'intervention des vapeurs d'alcool ; plus tard nous avons opéré avec des vases scellés.

Ainsi, le froid modifie les bactéries ; il modifie également, quoique d'une façon infiniment moins marquée, les terrains. Pour la gélose, cette modification est appréciable chimiquement ; pour les liquides, seul le bacille s'aperçoit des changements. Un point important à noter, c'est que ces changements persistent durant une période dont il reste à fixer le terme. Il en résulte que l'influence de ces agents physiques se fait sentir non seulement à l'instant de leur application, mais encore plus tard. Il faut avoir des craintes pendant qu'on est dans le courant d'air, et lorsqu'on s'est réchauffé depuis quelques heures, peut-être depuis quelques jours.

Ainsi, grâce à l'expérimentation, des données s'accumulent, permettant de saisir le rôle des agents atmosphériques dans la genèse des maladies et d'expliquer, comme nous l'avons dit, le côté mystérieux du génie épidémique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 février 1894.

M. Tuffier réplique en quelques mots à la réclamation de priorité de M. Le Dentu et déclare que la première suture du rein chez l'homme appartient à Morris. D'ailleurs, dans le cas de M. Le Dentu, elle n'a pas réussi.

Prolapsus utérin.

M. Ch. Monod relate l'histoire intéressante d'une femme de 50 ans qu'il vit en juin 1892, atteinte de prolapsus génital avec paraplégie partielle d'ordre réflexe, sans anesthésie. Il lui fit l'hystérectomie vaginale, qui fut très simple ; la malade guérit, après une hémorrhagie à la levée des pinces, et la paraplégie a depuis presque entièrement disparu. M. Monod a trouvé un cas analogue, de Romberg, où la paraplégie a guéri après réduction du prolapsus. Lisfranc, Nonat, Echeverria ont vu des paraplégies associées à des métrites.

M. A. Marchand constate que les femmes atteintes de prolapsus sont gênées, mais rarement infirmes, et qu'elles ne consentent qu'à des opérations bénignes : or la récente statistique de Hartmann démontre que l'hystérectomie vaginale ne l'est pas. Il n'a donc fait l'hystérectomie que dans un cas où l'utérus prolabé était cancéreux : mort cinq mois après de récidive. Pour tous les autres cas, il a été satisfait des opérations plastiques sur le périnée et le vagin.

M. Quénu est heureux que ce débat ait fait sortir des cartons un bon nombre d'opérations françaises, dont le total s'élève aujourd'hui à 58.

Parmi les orateurs, il y a eu peu d'adversaires résolus, et la plupart ont admis l'indication de l'hystérectomie dans certains cas spéciaux. Et d'ailleurs, quoiqu'on le lui ait reproché, M. Quénu n'a jamais voulu généraliser, n'a jamais voulu établir un parallèle avec la colpopérinéorrhaphie : et après le débat qui vient d'avoir lieu, il accentue encore ses réserves, mais il persiste à croire que c'est une bonne opération chez les vieilles femmes, à mauvaise étoffe, à qui on refuse l'anaplastie périnéale et qui échouent au service des bandages.

La gravité opératoire, quoi qu'on en ait dit, n'est pas grande. Que l'on blesse aisément la vessie si on n'y fait attention, soit. Mais le danger d'hémorrhagie est nul si on fait avec soin les ligatures et les sutures.

Reste le procédé de la sangle, que M. Reclus a appelée un « mince plancher », ce qu'il n'aurait pas fait sans doute s'il avait regardé sur le cadavre le résultat opératoire. M. Quénu persiste à croire qu'il fournit un soutien plus solide.

M. Pozzi décrit un procédé de suture intradermique en lacet qui rend la cicatrice à peu près invisible. Il l'a vu appliquer à John Hopkins Hospital (Baltimore).

M. Ricard relate un cas de thyroïdectomie pour sarcome volumineux.

M. Calot communique un fait de résection de la hanche pour coxalgie avec retour remarquable de la fonction.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 février 1894.

Formation de l'aponévrose intercostale.

M. Souligoux a montré dans une séance antérieure que les vaisseaux et les nerfs de l'espace intercostal cheminaient dans un dédoublement du muscle intercostal interne à la partie supérieure et non entre les deux muscles intercostaux. Il insiste dans la présente séance sur certaines particularités de formation de l'aponévrose intercostale interne. Les tractus aponévrotiques qui la forment partent de différents points du squelette osseux intercostal. Les uns, se dirigeant d'avant en arrière, partent du rebord sternal et des extrémités antérieures des côtes, les autres partent du bord externe de la côte inférieure et montent en divergeant, d'autres partent du bord interne de la côte supérieure. Sous les tractus fibreux supérieurs passent les vaisseaux et les nerfs qui se trouvent presque au contact de la plèvre.

Phlébite de la veine porte.

MM. Marie et **Follet** rapportent l'histoire d'une femme qui avait été soumise, il y a trois ans, à une résection du rectum pour cancer de l'extrémité inférieure de cet organe. Cette femme, entrée à l'hôpital Laënnec, se plaignait de douleurs de tête, de vagues douleurs abdominales. Depuis cinq ou six jours, les douleurs abdominales étaient surtout intenses et il s'était produit du météorisme. Mort de la malade.

A l'autopsie, on constata une vascularisation généralisée du péritoine et des anses intestinales. Par places, existaient des ecchymoses sur l'intestin. On ne trouva pas traces de perforation intestinale, et aucune lésion des organes génitaux et de leurs annexes n'expliquait la péritonite. Mais on constata qu'un gros caillot fibrineux oblitérait le tronc de la veine porte. Ce caillot se prolongeait dans les veines mésentériques et dans la bifurcation du tronc porte. Le prolongement s'avançait peu dans le lobe droit du foie, mais beaucoup plus dans le lobe gauche. Dans ce lobe gauche existait une petite collection puriforme, dans laquelle on n'a trouvé aucun microbe ni aucune trace de cellules cancéreuses. Le foie était graisseux. Il n'y avait rien d'anormal dans les autres organes. Le mécanisme de l'oblitération du tronc porte reste inconnu.

Ulcères simples du duodénum.

M. Letulle a étudié les ulcérations duodénales. Il s'est convaincu d'abord qu'il n'existe pas dans le duodénum du nouveau-né de tissu réticulaire lymphatique et qu'on n'y trouve aucun îlot folliculaire. Chez l'adulte, on trouve rarement le duodénum normal. Presque toujours la muqueuse est le siège de lésions chroniques qui siègent surtout dans sa première portion. Les glandes de Lieberkuhn sont séparées par du tissu conjonctif infiltré d'éléments lymphatiques. Par les préparations au pinceau, on voit que les îlots constitués par l'amas des éléments lymphatiques sont des lésions inflammatoires et non pas l'exagération d'une disposition normale. Et cependant le duodénum paraît sain à l'œil nu.

Dans d'autres cas très fréquents, on voit des lésions ulcératives de la muqueuse. La muqueuse est érodée, elle présente des dépressions cupuliformes qui se voient souvent au voisinage du pylore. On trouve souvent ces ulcérations chez les tuberculeux et ce ne sont pas des lésions bacillaires.

Dans l'ulcère du duodénum considéré comme maladie spéciale, l'ulcération est taillée à pic, repose sur un tissu chroniquement enflammé. Toute l'épaisseur des couches de l'intestin peut être envahie. Le péritoine est pris dans le voisinage, les ganglions sont engorgés. Les lésions histologiques rappellent les lésions ulcératives de l'estomac. Elles sont lentes, destructives par morcellement du tissu nécrobiosé, pas riches en vaisseaux. On se demande comment la cicatrisation peut se faire. Aussi la perforation est-elle fréquente. Les glandes de Lieberkuhn sont détruites très largement, les glandes de Brunner sont infiltrées d'éléments embryonnaires. L'inflammation entoure surtout les canaux excréteurs des glandes. Toutes les glandes paraissent dilatées dans leurs diamètres. Il y a, somme toute, une duodénite chronique interstitielle et parenchymateuse.

Le muscle est détruit sans réaction, sans résistance, il est comme rongé. Pourtant l'ulcère est rarement très étendu.

Disposition du fléchisseur superficiel de l'avant-bras.

M. Juvara apporte des planches murales qui rendent saillante la disposition normale en deux faisceaux superposés du fléchisseur superficiel de l'avant-bras. Au-dessous du faisceau antérieur, le faisceau postérieur peut être considéré comme un muscle digastrique. Des anastomoses réunissent entre eux les deux faisceaux superposés. Le faisceau digastrique, que l'on croit rarement présenter cet aspect, paraît se rencontrer fréquemment.

Sarcome des membres inférieurs.

M. Chapt a observé deux cas successifs de sarcome des membres inférieurs. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 64 ans, atteinte d'un volumineux sarcome du tibia, limité à l'épiphyse supérieure de cet os sans invasion des parties voisines. Dans le second cas, il s'agit d'un sarcome des parties molles de la jambe, et les os sont restés indemnes. Le sarcome a débuté par les parties molles du mollet, s'est prolongé dans le creux poplité, où il atteint le volume de deux poings. Il a ensuite envahi la partie postérieure de la cuisse. Le volume de la tumeur dans le creux poplité a entraîné la flexion de la jambe par pression d'avant en arrière de ses tendons fléchisseurs.

Kyste dermoïde du scrotum.

M. Genouville présente une tumeur du scrotum enlevée par M. Guyon. Cette tumeur, grosse comme le poing, siégeait sous la peau dans le tissu cellulaire. Elle contient de la matière sébacée et des paillettes qui ne sont pas des paillettes de cholestérine, mais sont constituées par des cellules épithéliales.

Sarcome diffus.

M. Bernard a observé, dans le service de M. Lancereaux, une jeune femme de 24 ans, qui est morte avec des symptômes d'urémie. Cette femme, qui avait accouché il y a neuf mois, allaitait son enfant. A l'autopsie, on a trouvé les uretères dilatés et de l'hydronéphrose. La compression des uretères était produite par de petites tumeurs disséminées dans le ligament large et touchant plus ou moins les ovaires et les trompes. Le raclage de ces tumeurs ne donne pas de suc. L'utérus est augmenté de volume; son col est énorme. De plus, des noyaux néoplasiques existent dans la grande cavité péritonéale en divers points du péritoine. Dans le mésentère en particulier, on trouve ces noyaux, et l'un d'eux paraît même intéresser le duodénum. L'examen histologique extemporané révèle qu'il s'agit vraisemblablement de myxosarcome.

Corps étranger de la vessie.

M. Legueu apporte une aiguille longue de huit centimètres, formant l'axe d'un calcul gros comme un petit œuf, trouvé dans la vessie d'un malade du service de M. Guyon. La pointe de l'aiguille allait embrocher la partie supérieure de la vessie, s'enfonçait dans la muqueuse et sortait en dehors des parois vésicales. Le calcul était ainsi fixé. Autour de lui existaient des lésions de péricystite intense. Le siège élevé du calcul ne permettait de le percevoir avec l'explorateur métallique qu'en abaissant fortement le manche de l'instrument. Cette particularité, qui se répétait à chaque examen, frappa l'attention de M. Guyon, qui conclut à un corps étranger fixant le calcul à la partie supérieure de la vessie, et décida de pratiquer non pas la lithotritie, mais la taille hypogastrique. L'événement lui donna raison.

Salpingite blennorrhagique.

M. Chaput rapporte l'histoire d'une jeune fille de 17 ans, pour laquelle il a dû intervenir à l'hôpital Cochin, appelé comme chirurgien de garde. Cette jeune fille présentait tous les symptômes d'une péritonite violente sans que l'examen soit de la région cæcale, soit des culs-de-sac vaginaux et de chaque organe de l'abdomen pris à part pût en révéler la cause. La laparotomie exploratrice décéla un épanchement purulent limité au petit bassin. La rougeur, l'injection du

pavillon attirèrent l'attention du côté des trompes utérines. L'une d'elles parut distendue et fluctuante. En effet, la pression fit sourdre du pus à son orifice péritonéal. Il s'agit vraisemblablement de blennorrhagie utérine propagée à la trompe et ayant déterminé de la péritonite.

Déformations costales consécutives à une fistule pleurale.

M. Monnier a pratiqué, chez un jeune garçon, la résection itérative des côtes au cours d'une fistule pleurale. Le petit malade avait été atteint de pleurésie purulente consécutive à la scarlatine à l'âge de 5 ans. L'empyème fut pratiqué dans le huitième espace intercostal gauche, et un drain placé que l'enfant conserva longtemps. Une fistule persistant quatre ans après, symptomatique de collection purulente intra-pleurale, une première opération d'Estlander fut faite, avec ablation de six fragments costaux. Entre la huitième et la neuvième côte, il y avait soudure, un orifice arrondi disposé au centre des portions soudées marquait l'ancien trajet du drain. Au bout de trois ans, la fistule et la pleurésie purulente se reproduisirent. Une nouvelle opération d'Estlander pratiquée montra qu'un véritable massif osseux s'était formé à la place des fragments de côtes enlevés dans la première opération. La fistule était comme enserrée par ce massif osseux qui présentait à son centre un orifice irrégulier pour le passage du pus. Pour éviter cette formation osseuse exubérante, il y a indication d'enlever le périoste dans les résections costales.

F. Potier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 *février* 1894.

Présidence de M. Déjerine.

Microbes de l'intestin.

MM. Gilbert et **Dominici.** — Nous avons fait la numération comparative chez l'homme, le chien et le lapin. Un même poids de matières intestinales était dilué dans 100 cm. c. d'eau stérile dont on prélevait une quantité donnée pour ensemencer des gélatines en tubes de Straus-Wurtz. Ces tubes étaient conservés à 21°. Chez un homme rendant par jour 175 grammes de matières fécales nous avons fait 14 numérations et trouvé une moyenne de 67,000 germes non liquéfiants par milligramme. Chez un autre homme, la moyenne de 7 numérations a donné le chiffre de 80,000.

Chez le chien nous avons trouvé dans un cas le chiffre moyen de 25,000 net sur 6 numérations, dans un autre 21,000 sur 2 numérations. Chez le lapin les chiffres ont été 34 et 36 après 6 numérations.

Dans l'estomac d'un chien en pleine digestion, il existait par milligramme 49,000 germes dont 5,000 liquéfiants. Dans le duodénum, on trouvait 29,000 (dilution du chyme par les sucs glandulaires), dans l'iléon 100,000, dans le gros intestin 30,000 (appauvrissement en éléments nutritifs).

Septicémie à coli bacille chez la poule.

M. Linières. — Cinq poules provenant du même poulailler ont succombé à une septicémie avec diarrhée, grosse rate, entérite ou même suffusions hémorrhagiques de l'intestin. En examinant les organes, j'en ai retiré un bacille en culture pure : il s'agit du coli bacille, ainsi que j'ai pu m'en assurer en étudiant les différentes réactions. C'est un échantillon peu virulent du bacille d'Escherich, impressionnant peu les poules saines. Il est assez curieux de voir intervenir ce germe dans une maladie de la poule. Mais on sait qu'il existe normalement dans l'intestin de cet animal, et se trouve abondamment répandu sur les divers aliments dont il se nourrit, en particulier les graines.

M. Féré a observé chez les sourds-muets des troubles variés de la motilité de la langue et des lèvres ; ces malades en particulier sont privés de la motilité indépendante de la langue dans l'acte de propulsion, qui est impossible sans l'abaissement simultané de la mâchoire. Ce sont là des stigmates de dégénérescence, qui sont nombreux chez les sujets peu intelligents et peu éducables.

M. Féré a observé chez les sujets atteints d'hémiplégie infantile précoce une atrophie particulière de la main du côté paralysé; cette atrophie est caractérisée par un défaut d'allongement des doigts cubitaux. Elle contraste avec la main saine. L'auteur est disposé à voir comme substratum des phénomènes hystériques des insuffisances organiques analogues, et il pense que cette névrose pourrait bien avoir son anatomie pathologique personnelle.

M. d'Arsonval a confirmé l'exactitude de son nouveau calorimètre et vu qu'il donne des indications précises après deux minutes. Un homme en expérience dégage plus de chaleur debout qu'assis; beaucoup moins après un bain de 17 minutes à 35°, beaucoup plus à mesure que se fait la réaction après une douche froide.

M. Loir a soumis à l'étude des sardines rouges altérées qui avaient déterminé des accidents d'empoisonnement, et a constaté qu'elles étaient infectées par une variété de micrococcus prodigiosus.

M. Luys présente un sujet qui a pu s'assimiler pour les refléter des influences psychiques accumulées depuis un an dans une couronne magnétique.

M. Kaufmann a vu que chez les chiens dépancréatisés et diabétiques le pouvoir saccharifiant du sang et des tissus subit une baisse considérable.

MM. Phisalix et **Bertrand** étudient l'action du venin de vipère chez les animaux de laboratoire; ils ont constaté l'accoutumance et un certain degré d'état réfractaire, n'allant pas jusqu'à une vaccination vraie. **M. Kaufmann** avait déjà noté des faits semblables. **M. Calmette** communique le résultat de recherches analogues ; ses conclusions sont très comparables, quoiqu'il se sépare des auteurs précédents à propos de certains faits biologiques.

J. Girode.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 *février* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Purpura et érythème à streptocoques.

MM. Widal et **Thérèse.** — L'intérêt des observations de purpura est actuellement dans les recherches bactériologiques. Les microbes jusqu'ici trouvés ne sont pas, comme on le croyait il y a quelques années, des agents spécifiques pour le purpura, mais bien des parasites vulgaires, dont les plus fréquents sont le streptocoque, puis le staphylocoque et des bâtonnets. La pluralité des microbes hémorrhagipares ne doit pas cliniquement nous surprendre, si l'on songe qu'expérimentalement on peut provoquer des hémorrhagies en inoculant, au hasard de leur virulence, la plupart des microbes pathogènes.

Chez l'homme, lorsqu'un microbe vulgaire occasionne le purpura, il semble cependant fixé dans une virulence particulière.

On considère donc actuellement qu'il en est du purpura comme des pleurésies purulentes, des angines, etc., affections qui peuvent être occasionnées par divers germes vulgaires. Une classification des purpuras suivant les microbes trouvés serait cependant prématurée : les germes rencontrés dans le purpura ne sont-ils pas, dans certains cas, simplement des agents d'infection secondaire et l'agent pathogène inaccessible à nos moyens actuels d'investigation; n'est-il pas encore à découvrir comme celui du rhumatisme? Pour le moment nous devons nous borner à enregistrer les microbes que notre technique nous permet de constater dans les cas de purpura infectieux.

Dans tout cas de purpura infectieux, la porte d'entrée est intéressante à chercher, souvent difficile à trouver : c'est surtout par des recherches bactériologiques qu'on peut essayer de la dépister, c'est ce que nous nous sommes efforcés de faire dans l'observation suivante : Un ouvrier typographe, âgé de 36 ans, entre à l'hôpital le 2 juillet 1890 pour des douleurs

vives dans les membres inférieurs et supérieurs; il est de plus atteint d'une lésion mitrale consécutive à une attaque de rhumatisme et d'une néphrite chronique dont la date de début est incertaine; en même temps que les douleurs, sont apparues des taches purpuriques de petite dimension mais nombreuses, des hématuries et des épistaxis; bien que douloureuses, les articulations ne sont ni rouges ni gonflées; les urines sont albumineuses, même lorsque le sang a disparu, et contiennent des cylindres. Le 7 juillet, la température s'élève à 38°6 pendant quelques heures, les taches disparaissent. Le 15 juillet, nouvelle ascension de température, avec apparition de nouvelles douleurs et d'une éruption érythémateuse se renouvelant à plusieurs reprises et se terminant par desquamation furfuracée; des hémoptysies viennent compliquer le processus symptomatique et la mort survient le 24 juillet au milieu du cortège de l'urémie avec élévation de la température à 40 degrés.

L'autopsie révèle les lésions diagnostiquées pendant la vie et son intérêt réside surtout dans l'examen bactériologique. Les capillaires de la plupart des organes contiennent de nombreux streptocoques qu'avait déjà révélés pendant la vie l'examen du sang pris par piqûre et du sang des hémoptysies.

La constatation du streptocoque faite dans le sang pendant la vie et dans les organes après la mort nous permet de considérer ce microbe comme la cause de l'infection hémorrhagique et érythémateuse. Chez cet homme, dont le terrain était préparé par une néphrite chronique et une tuberculose commençante, le streptocoque a dû pénétrer au niveau des tubercules pulmonaires pour déterminer l'infection hémorrhagique secondaire. Cette interprétation concorde avec des notions nouvellement acquises; n'avons-nous pas vu que l'origine pulmonaire de l'infection hémorrhagique a déjà été démontrée par M. Babès et ne savons-nous pas, d'autre part, combien est fréquente la présence du streptocoque au niveau des lésions tuberculeuses pulmonaires? Le streptocoque en déterminant une infection secondaire chez un tuberculeux pulmonaire peut donc occasionner des hémorrhagies aussi bien que des suppurations.

M. Mathieu. — Les travaux faits il y une dizaine d'années et auxquels j'ai pris part avaient abouti à cette conclusion que le purpura semblait être un complexus symptomatique. Les recherches bactériologiques nous conduisent au même résultat. Il est évident que l'infection joue un rôle certain, mais elle ne saurait expliquer tout et la disposition personnelle du sujet ne peut être laissée complètement de côté.

M. Marfan. — Le purpura n'est pas fréquent dans la tuberculose chronique. Il se joint alors très souvent à la phlegmatia alba dolens. Au contraire, le purpura est loin d'être exceptionnel dans la phthisie aiguë.

M. Rendu. — Je ne suis pas tout à fait de l'avis de M. Marfan. Bien souvent j'ai vu des plaques purpuriques, notamment celles qui siègent sur le poignet ou le dos de la main, attirer l'attention sur l'état du poumon et déceler une tuberculose jusque-là latente.

Angine phlegmoneuse avec coli bacille.

M. F. Widal. — Les microbes le plus souvent trouvés dans le pus des angines phlegmoneuses sont le streptocoque et les staphylocoques. Dans un cas, j'ai isolé également un coli bacille virulent pour le cobaye. Ce microbe n'existait pas dans le pus de l'abcès à l'état de pureté absolue; il était mêlé à quelques rares colonies de streptocoques. La présence du coli bacille a été notée exceptionnellement dans les lésions bucco-pharyngées. Je rappellerai cependant que dans un cas d'angine syphilitique diphthéroïde, MM. Hudelo et Bourge ont trouvé sur la fausse membrane le coli bacille mêlé au streptocoque. Je réserve la question de savoir si dans mon cas le bacterium coli a été le microbe pyogène ou un agent d'infection secondaire et je me borne à enregistrer sa présence dans le pus d'une angine phlegmoneuse.

Sur un cas de guérison du myxœdème par l'ingestion de glande thyroïde de mouton et sur les accidents qui peuvent survenir au cours du traitement thyroïdien.

MM. Pierre Marie et **Louis Guerlain.** — Nous avons eu l'occasion de donner nos soins à une dame atteinte de myxœdème depuis environ huit ans et chez qui cette affection avait acquis un degré très prononcé. Nous résolûmes de soumettre cette dame au traitement thyroïdien (par ingestion de la glande thyroïde crue).

Tout d'abord les résultats furent nuls, mais l'examen microscopique de la glande fournie nous montra que, par suite d'une erreur, le boucher envoyait à la malade non pas du corps thyroïde, mais de la glande sous-maxillaire.

Nous nous procurâmes directement les corps thyroïdes à l'abattoir et dès lors les résultats furent tout autres.

La première dose (2 corps thyroïdes de mouton, soit 4 lobes) fut prise le 19 novembre vers 5 heures du soir; dès le lendemain matin (20 novembre) la température, qui jusqu'alors avait oscillé entre 37 et 37°3, montait à 38 degrés et se maintenait à ce chiffre matin et soir pendant les jours suivants. En même temps la diurèse s'établissait et dans cette nuit du 19 au 20 novembre (c'est-à-dire quelques heures seulement après l'ingestion du corps thyroïde), la malade commençait à ressentir des fourmillements dans les jambes; il y eut également de l'insomnie.

Le 21, mêmes phénomènes, mais avec plus d'intensité.

Le 22 novembre, de même, le pouls est à 102, la dose de corps thyroïde est abaissée à un lobe quotidiennement.

Déjà l'amélioration du myxœdème est très notable, les bourrelets situés au-dessous des yeux ont presque complètement disparu.

Après deux mois de traitement environ, le 11 janvier, l'état de la malade est le suivant: le myxœdème a entièrement disparu; la figure, comme d'ailleurs tout le corps, a repris un aspect normal et personne ne pourrait se douter que cette dame a été atteinte de myxœdème.

Le poids qui, au début, était de 102 kilos (avec les vêtements) n'était plus, le 24 janvier (avec les mêmes vêtements), que de 85 kilos; c'est donc une diminution de poids de 17 kilos obtenue en deux mois et même beaucoup plus rapidement, mais la malade n'a pu sortir que le 24 janvier pour se faire peser et les renseignements à cet égard manquent pour la période intercalaire.

Au point de vue moral, les modifications ne sont pas moins considérables: l'état d'hébétude, les cauchemars très pénibles ont entièrement disparu, la malade est redevenue gaie et active et recherche les distractions, tandis qu'autrefois elle restait confinée chez elle. Les poils, qui notamment aux aisselles étaient entièrement tombés, commencent à repousser; sur les ongles on voit actuellement au niveau de la lunule un sillon très profond, à tel point que la malade craignait de les voir tomber; ce sillon est évidemment un témoin des modifications qui ont eu lieu dans la nutrition de cette dame.

En terminant, nous voulons insister non pas sur l'efficacité du traitement thyroïdien dans le myxœdème, car elle est suffisamment prouvée, mais sur l'intensité d'action de ce traitement et sur la nécessité de ne le prescrire qu'à bon escient et avec prudence, sous peine de voir survenir des accidents graves et peut-être mortels.

Le mode d'administration qui nous semble préférable est le suivant:

Prendre un lobe thyroïde frais, le couper dans une assiette ou dans une soucoupe en petits fragments (dans le cas où ce lobe contiendrait des kystes en abondance il serait peut-être préférable de ne pas en faire usage) et sur ces fragments dans la soucoupe ou l'assiette dans laquelle la section a été faite on verse du bouillon chaud et on fait prendre immédiatement au malade.

Quant à la dose, nous serions d'avis de donner un lobe quotidiennement pendant les trois ou quatre premiers jours et, une fois le branle donné à la « démyxœdémisation », diminuer la dose, ne plus donner qu'un lobe tous les deux jours et plus tard tous les trois ou quatre jours. La « ration d'entretien », celle à laquelle il faut laisser le malade pour empêcher le myxœdème de reprendre, semble être celle d'un lobe tous les quatre ou cinq jours.

Recherches expérimentales sur la variole.

MM. Juhel-Renoy et **Dupuy** communiquent le résultat de leurs recherches sur les conditions d'inoculation de la variole aux bovidés et ils disent en conclusion:

Ces expériences, que nous avons répétées en variant les modes d'inoculation sur les muqueuses au lieu de les faire

sur la peau, ont toutes été suivies d'insuccès, et force nous a été de reconnaître avec M. Chauveau et la Commission lyonnaise que la variole ne se cultive pas sur les bovidés en générations successives, tandis que, ainsi qu'on le sait, la vaccine réussit toujours et durant un laps de temps considérable chez les animaux.

Les expériences d'Haccius, aussi bien que celle des unicistes, sont erronées. Non seulement la variole ne se transforme pas en vaccin, mais, nous le répétons, elle est même impossible à cultiver en série quand on l'inocule sous la peau ou les muqueuses, même par la méthode des scarifications ou des dénudations. Nous savons qu'après injection dans le système circulatoire, l'insuccès est le même. Warlomont dans dix-sept expériences bien conduites sur les chevaux n'a connu que les échecs.

Notre conclusion expérimentale est donc que, ainsi que l'a dit M. Chauveau, variole et vaccine sont deux virus différents ; que, s'ils dérivent d'une souche commune, ce que personne ne peut démontrer à l'heure actuelle, ils ont subi de tels changements qu'au point de vue expérimental on peut dire sans paradoxe que la variole diffère tellement de la vaccine qu'il y a lieu d'affirmer la dualité de ces maladies.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 5 février 1894.

Présidence du Dr Bouloumié.

Les albuminuriques aux eaux de Brides-Salins.

M. Delastre recommande spécialement la cure de Brides dans les albuminuries chroniques chez les goutteux, les hépatiques et les obèses et même chez les cardiaques.

M. A. Robin approuve les idées de M. Delastre, mais regrette qu'il y ait plusieurs fois, dans son travail, confusion dans les termes albuminurie et maladie de Bright. Il estime que les eaux minérales, les chlorurées sodiques notamment, conviennent aux albuminuries purement fonctionnelles liées à un trouble de nutrition, surtout avec trouble fonctionnel du foie et que les eaux minérales, quelles qu'elles soient, surtout si elles sont susceptibles de congestionner les reins, sont contre-indiquées.

Il insiste sur l'importance du diagnostic et rappelle l'ensemble des symptômes qui caractérisent la lésion rénale.

Parmi les albuminuriques fonctionnels, ceux qui sont albuminuriques par troubles digestifs se trouvent bien de la cure de Vichy; ceux qui ont de l'albuminurie par excès d'élimination d'acide urique se trouvent bien de Vittel, de Contrexéville, etc.

La crainte de poussées congestives et de l'œdème aigu du rein (décrit par Renault) est un obstacle à l'envoi de certains malades aux eaux minérales. Les considérations tirées de l'état général peuvent cependant parfois faire transiger sur ce principe.

M. Bouloumié, il y a longtemps déjà, a insisté sur les dangers des cures thermales chez la plupart des brightiques, surtout chez ceux qui présentent des lésions artérielles et cardiaques, malgré les améliorations passagères constatées. En revanche, il a vu de très bons résultats dans les albuminuries fonctionnelles liées à des troubles de nutrition, notamment chez les goutteux; et dans ce cas l'urée revient à son taux normal et l'acide urique diminue notablement.

Indications différentielles des eaux dans le traitement thermal des maladies des femmes.

M. Caulet. — On sait qu'après avoir longtemps considéré l'état général comme la source la plus importante d'indications dans le traitement thermal des métropathies, M. Durand-Fardel en est venu à conseiller aux praticiens de se laisser guider ici surtout par la *forme* de la maladie, envisagée dans l'état torpide ou l'état irritable.

M. Caulet opposant à ces diverses doctrines les résultats de l'observation clinique aux trois stations de Saint-Sauveur, Ussat et Salies, montre qu'à chacune de ces stations on traite aussi bien les affections torpides que les affections éréthiques; qu'il n'y a pas lieu d'accorder d'importance aux vertus sédatives ou excitantes attribuées à certaines sources, qu'on voit en effet tous les jours une eau sédative exaspérer une métrite éréthique et venir à bout d'une affection torpide, — une eau excitante irriter sans profit une métropathie tranquille et guérir un utérus irritable et réciproquement ; — que ce n'est donc pas la *forme* qui orientera le praticien dans le traitement thermal, qu'il l'envisage dans la maladie ou qu'il l'interroge dans la médication. — Ce qui contredit les nouvelles doctrines de M. Durand-Fardel.

Il remarque ensuite que malgré la diversité évidente de la clientèle, on reçoit et l'on traite toutes les maladies possibles des femmes à chacune de ces stations, ce qui ôte toute valeur au *nom* de la maladie comme indication différentielle des eaux; que l'examen des résultats obtenus fait constater partout une double coïncidence, c'est que les malades auxquelles les eaux ne conviennent pas quant à la constitution intime n'en retirent aucun avantage pour l'affection utérine, et que celles au contraire dont la métropathie bénéficie de la cure profitent également de celle-ci pour leur état constitutionnel; donnée clinique appuyant les idées premières de M. Durand-Fardel et prouvant l'importance de l'état général comme source d'indications différentielles des eaux dans ces maladies.

Il note enfin que ces premières indications ne suffisent pas pour la pratique. D'abord elles n'ont qu'une valeur relative, permettant d'éviter des échecs certains, mais ne garantissant pas le succès. Ensuite elles sont restreintes et font souvent défaut; parce que les ressemblances et les différences constatées parmi les malades et consacrées par l'opinion sont peu nombreuses et loin de comprendre tous les cas ; — que faute d'autre guide, le praticien, ayant à choisir entre différentes eaux connues pour leur action utérine, sera obligé de procéder au hasard, comme le Burkquiste à la recherche du *métal actif*, que par conséquent on ne peut admettre, comme jadis M. Durand-Fardel, que la thérapeutique des métrites soit renfermée là tout entière.

Les nécessités de la pratique réclament un peu plus de lumière ; cette lumière, il faut la demander à l'étude de l'affection génitale proprement dite, envisagée tant en elle-même dans ses genres, espèces, variétés, dans la réaction de l'appareil et de l'organisme, que dans ses rapports avec les différentes médications et cures hydro-minérales. Là, se trouvent les indications propres du traitement thermal des maladies des femmes; là, réside l'intérêt de notre étude collective, car si on devait s'en tenir aux conditions tirées de l'état général, je ne vois pas ce qu'on pourrait faire connaître de nouveau.

M. Durand-Fardel persiste à considérer que si la constatation de l'état torpide ou irritable du sujet ou de la maladie n'est pas la seule source d'indications, elle n'en reste pas moins d'une grande importance au point de vue thérapeutique. C'est surtout à l'état général que s'adresse le traitement thermal.

M. Caulet insiste sur la nécessité d'établir un diagnostic précis au lieu de faire un bloc des maladies des femmes dont on a jusqu'à présent parlé trop facilement dans les écrits sur les eaux minérales. Il faut parler le langage actuel qui comporte de jour en jour plus de précision dans les termes et tenir compte plus spécialement qu'on ne l'a fait des lésions locales pour que les praticiens sachent à quelles eaux doit être envoyée telle ou telle malade.

M. Bouloumié rappelle que notamment Aran, Bernutz et Goupil, dans leurs leçons cliniques, insistent sur ce fait que pour guérir une maladie de l'utérus il faut agir sur l'état local et sur l'état général, et que, par des moyens locaux ou généraux employés isolément, on ne guérit pas, on soulage seulement. Quant au diagnostic et au traitement local, ils ont fait aujourd'hui de grands progrès qui nous imposent plus de précision que n'en pouvaient mettre nos devanciers dans leurs écrits.

M. Miquel-Dalton (Cauterets) est élu membre correspondant.

M. Jules Popper (Prague) pose sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

Léon Lebiche.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 29 janvier 1894.

Traitement des aphasies centromotrice et centrosensorielle.

M. Gutzmann, en soumettant à des exercices méthodiques de phonation combinés avec des exercices d'écriture à l'aide de la main gauche, une femme de 55 ans et un homme de 40 ans, atteints tous deux, depuis plusieurs années, d'aphasie avec hémiplégie droite, obtint au bout de cinq semaines chez la femme un résultat encourageant (que l'interruption du traitement ne permit malheureusement pas de poursuivre) et au bout de trois mois chez l'homme, une amélioration suffisante pour permettre au malade, non seulement de se faire comprendre, mais encore de participer à quelques conversations.

Le même traitement, appliqué à un autre homme d'une quarantaine d'années, atteint depuis un an d'hémiplégie droite, avec aphasie centrosensorielle, échoua complètement; mais au bout de deux mois d'exercices nouveaux où l'audition de la parole était associée à l'étude optique des mouvements des lèvres afin de mettre en jeu le centre de l'articulation des mots, le malade parvint à suivre la conversation d'une personne lui laissant observer sa physionomie et lui parlant à voix basse ou à voix haute (et dans ce dernier cas avec plus de succès).

M. Jastrowitz fait remarquer qu'en dehors des cas de lésions cérébrales trop considérables, bien des aphasiques peuvent reconquérir, par des voies détournées, l'usage de la parole, mais qu'à l'égard des aphasiques centrosensoriels qui ne comprennent pas eux-mêmes ce qu'ils énoncent, toute tentative ayant pour but d'utiliser une voie de perception détournée, telle que la voie optique par exemple, est inutile.

M. Jolly déclare qu'on ne peut formuler aucun jugement certain au sujet des résultats acquis, parce qu'on ne peut prévoir quelles voies resteront libres après qu'un foyer morbide, déterminant une aphasie primitivement totale, aura diminué de volume. En ce qui concerne les aphasies centromotrices, lorsque le malade n'a conservé l'usage que d'un nombre de mots très restreint, aucun exercice ne peut remédier à la perte à peu près totale de l'organe. En revanche, le parallélisme signalé par M. Gutzmann, entre la reconstitution du langage et les progrès de l'écriture avec la main gauche, constitue, dans les autres cas, un élément pronostique de réelle valeur. Quant à l'influence des exercices de la main gauche, elle ne démontre pas la mise en jeu d'une éducation du centre de la parole dans l'hémisphère droit, car elle s'explique aussi bien dans l'hypothèse d'une amélioration progressive du fonctionnement des organes épargnés du côté gauche. Chez les aphasiques, le bénéfice de ces exercices est le plus souvent très limité en raison de l'abaissement des fonctions intellectuelles trop vite épuisées par un effort prolongé d'une partie quelconque des centres moteurs en question.

Pour les aphasies centrosensorielles, les exercices préconisés par M. Gutzmann ne sont applicables qu'en cas de surdité verbale pure; malheureusement, il s'agit souvent d'altérations plus complexes qui se révèlent par l'expression de paroles dénuées de sens alors que les malades croient énoncer des phrases compréhensibles.

M. Gutzmann rappelle, sans vouloir toutefois se prononcer, l'observation de Pfleiderer concernant une hémiplégique qui répondait par une seule et même syllabe à toutes les questions et qui, cependant, récitait son *Pater* et son *Ave* dès qu'on lui mettait en main un rosaire, d'où l'on avait conclu à l'existence d'un centre automatique pour la parole dans l'hémisphère droit.

M. Goldscheider, en s'appuyant sur le nombre souvent assez considérable de mots qu'on trouve inopinément s'être maintenus en réserve dans l'intelligence des aphasiques, déclare indispensable de faire intervenir dans l'étude de ces phénomènes la notion de l'ancienneté et la répétition plus ou moins habituelle des associations d'idées ou de souvenirs et qu'on ne saurait se rallier ni à l'hypothèse d'une substitution fonctionnelle de l'hémisphère droit à l'hémisphère gauche pour expliquer l'influence des exercices thérapeutiques susmentionnés, ni à aucune interprétation anatomique de la restauration du langage dans l'état actuel de la science.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 31 janvier 1894.

Transplantation cutanée.

M. Karewski, après avoir rappelé les difficultés de l'application de la méthode de Thiersch, quand la perte de substance siège dans une région très mobile, comme une région articulaire par exemple, a obtenu, dans les cas de ce genre, des résultats excellents en prenant le lambeau sur le thorax et en l'y laissant fixé par son extrémité au moins jusqu'au sixième jour de la transplantation avant de sectionner le pédicule qui doit être d'ailleurs assez large. Il a mis en usage, avec succès, ce procédé pour combler de larges pertes de substance, tantôt opératoires (traitement chirurgical de lupus, de spina ventosa, d'ostéite zygomatique ayant amené l'ectropion de la paupière inférieure, etc.), tantôt accidentelles (morsures, brûlures, etc.).

Lymphosarcome du cou.

M. A. Rosenberg présente un malade atteint de lymphosarcome des ganglions cervicaux, remarquable au point de vue des dimensions extraordinaires de la tumeur et de rapidité de son développement.

Etude comparative de la narcose chloroformique et de l'éthérisation.

M. W. Kœrte, au cours de ses recherches concernant les accidents de la chloroformisation, trouve un cas de mort sur 3,000 environ, et rappelle, en outre, l'albuminurie ou la dégénérescence graisseuse du rein observées après chloroformisation prolongée au cours des expériences effectuées sur les animaux. L'éthérisation, qu'il a expérimentée déjà dans plusieurs des cas, lui paraît préférable, principalement en raison de l'absence de tout affaiblissement du pouls (qui manifeste généralement une augmentation de la pression sanguine); en outre, il ne se produit presque jamais de vomissements ni de troubles intestinaux, et l'opéré peut souvent recevoir, dès le jour même, une alimentation substantielle.

M. Kœrte favorise le sommeil de ses opérés à l'aide d'une injection préalable de morphine, à laquelle il attribue le réveil moins désagréable des éthérisés, d'après les dires de malades qui ont été soumis tantôt à ce mode de narcose, tantôt à la chloroformisation et qui signalent, par contre, des sensations plus pénibles au début de l'éthérisation. Celle-ci produit une irritation manifeste des muqueuses respiratoires qui se traduit par des râles généralement sans signification fâcheuse, mais elle se trouve contre-indiquée dans les affections sérieuses de l'appareil broncho-pulmonaire; en revanche, elle n'exerce aucune action nuisible sur le rein, pas plus que sur le cœur. Bien que des accidents mortels puissent s'observer aussi au cours de l'éthérisation, ils paraissent pouvoir être plus facilement évités et plus efficacement enrayés que les accidents généralement plus précoces de la chloroformisation.

Sur 14,000 cas d'éthérisation, Gurlt n'a vu aucun accident mortel imputable à ce mode de narcose, que Kœrte a mis en pratique près de 600 fois et pour lequel il a utilisé le masque de Julliard, où le gaz à respirer contenait toujours moins de 5 0/0 d'éther, moins de 2 0/0 d'acide carbonique, et plus de 16 0/0 d'oxygène. La tolérance, qui s'obtient au bout de 7 minutes environ, exige l'emploi d'une dose initiale de 30 à 50 grammes, dont l'effet peut se maintenir, avec toutes les apparences d'un sommeil naturel, à l'aide d'une faible quantité d'éther portant la consommation totale généralement à moins de 100 grammes pour une opération d'une demi-heure, c'est-à-dire à moins de

3 grammes par minute. Dans les rares cas où l'éthérisation tardait un peu, l'addition d'une vingtaine de gouttes de chloroforme a suffi pour assurer le sommeil anesthésique sans incidents.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 5 *février* 1894.

Kystes de l'ovaire suppurés communiquant avec le rectum.

M. Cripps. — Je viens d'observer quatre cas de kystes de l'ovaire suppurés communiquant avec le rectum. Le premier est celui d'une femme de 26 ans qui se plaignit de douleur dans la fosse iliaque gauche; bientôt après apparut en ce point une tumeur. Un peu plus tard la malade eut brusquement une évacuation de pus par le rectum. Le col utérin était dévié vers la gauche et on sentait par le toucher vaginal une tumeur noueuse. Dans la paroi rectale on put sentir une petite ouverture à bords irréguliers. Le kyste fut ponctionné à travers le vagin, ce qui amena l'occlusion de la fistule. Plus tard la malade revint à l'hôpital; on fit la laparotomie, on trouva un kyste à parois minces derrière le ligament large gauche; au-dessous il y avait un second kyste à parois plus épaisses d'où on évacua du pus. On enleva les deux kystes; le kyste inférieur était très adhérent et on dut laisser en place un fragment de la paroi du kyste adhérent au rectum. La malade guérit très bien. Le second cas est celui d'une femme de 32 ans qui avait accouché deux mois auparavant. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, la malade perdit du pus par l'anus. On sentait une tumeur fixée et ferme en arrière et à droite de l'utérus. On fit une opération et on trouva un kyste du ligament large, adhérent à la vessie et au rectum; on put l'énucléer complètement; il n'avait pas de pédicule. La malade guérit. Le troisième cas est celui d'une grossesse tubaire communiquant avec le rectum, chez une femme de 30 ans. Elle eut ses règles en mars, puis perdit de temps en temps du sang jusqu'à la fin d'avril; elle eut alors de violentes douleurs abdominales, qui se calmèrent; elle eut ensuite deux nouvelles attaques semblables. On fit la laparotomie et on trouva une tumeur adhérente au rectum, à la vessie et à l'utérus. La trompe fut liée et le kyste fut enlevé; il contenait un fœtus ayant 6 cm. de longueur. Le kyste paraissait être entièrement intra-péritonéal et communiquait par une petite ouverture avec le rectum. Cette malade guérit complètement.

Le quatrième cas est celui d'une femme de trente ans; 18 mois avant son entrée à l'hôpital, cette malade avait eu une affection qu'on avait diagnostiquée comme une péritonite. On sentait une tumeur de la grosseur d'une pomme, profondément située dans la partie droite du rectum. On fit la laparotomie; on trouva l'épiploon et l'intestin grêle réunis en une masse au-dessus de la tumeur, qui paraissait occuper le ligament large. En arrière, le kyste communiquait avec le rectum. Cette malade mourut sept jours après l'opération. Sur plus de 100 ovariotomies, je n'ai trouvé que ces quatre cas de communication avec le rectum. Je crois qu'il est bon de mettre à l'étude les deux propositions suivantes : 1° Une opération est-elle indiquée quand la communication existe entre le kyste et le rectum? 2° Si on pratique la laparotomie, que doit-on faire du côté de l'ouverture du rectum? On peut faire un drainage à travers le rectum, le vagin, ou par une section abdominale.

M. Goodsale. — Je crois que dans le quatrième cas il eût mieux valu pratiquer la colotomie inguinale, pour permettre à la fistule de guérir.

M. Cullingworth. — Les cas d'abcès simples du bassin s'ouvrant dans le rectum sont beaucoup plus rares qu'on ne le croit. J'ai traité dix cas de kystes suppurés de l'ovaire; six communiquaient avec le rectum, deux avec le vagin, un avec le col de l'utérus, et un avec la vessie. M. Teale, en 1889 a donné la relation de deux cas d'abcès pelviens com- avec le rectum; il a fait la laparotomie, lavé les abcès, suturé les parois du sac à la plaie abdominale et drainé. J'ai moi-même traité de la même façon un cas semblable. Je crois que le mieux est de toujours traiter ces cas par la laparotomie et non par la ponction.

M. Routh. — Cependant, si ces tumeurs peuvent être atteintes par le vagin ou le rectum, le mieux est de les ponctionner; il faut ensuite faire un lavage à la teinture d'iode. Dans beaucoup de cas une ponction simple suffit.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 17 *janvier* 1894.

Contribution à l'étude des hématies.

M. F. Winkler, pour fixer les altérations, notées déjà fréquemment, même sans l'emploi des réactifs, sur les hématies dans le sang frais, repousse l'usage du chauffage gradué ou du frottement de deux lamelles l'une sur l'autre et préfère étendre le sang à l'aide d'une aiguille sur une lamelle où il le laisse évaporer avant de le soumettre pendant dix minutes à une température de 110° dans le stérilisateur. Après un bain de 24 heures dans une solution d'Ehrlich ou de Ziehl additionnée d'acide acétique (quantité égale à la solution aqueuse de fuchsine acide ou de vert de méthyle employée), la préparation permet de distinguer, à l'intérieur des parties non colorées d'un bon nombre d'hématies, un corpuscule à contours nets et fortement coloré, situé tantôt au centre et tantôt vers le bord, dont il semble parfois prêt à sortir; quelques corpuscules plus grands ou petits, et, comme les précédents, impossibles à colorer d'une teinte spéciale, se rencontrent en dehors des hématies.

Ces productions, trop constantes pour être artificielles, pourraient être considérées, soit comme des éléments jeunes, de formation endogène, en relation étroite avec les globules nains de Hayem et destinés à compléter leur évolution en dehors de la cellule-mère, soit comme des éléments nécrobiotiques, analogues à ceux qu'ont signalés Maragliano, Castellino, Heinz et Landowsky après l'absorption de phénylhydrazine ou d'acide iodique, par exemple, soit enfin comme des éléments divers appartenant à ces deux catégories.

M. Limbeck estime qu'il s'agit là des éléments nécrobiotiques en forme de champignon ou de cloche signalés par Maragliano et Castellino, et déclare avoir échoué également dans ses essais de double coloration suivant les indications de ces auteurs.

M. F. Winckel répond que la double coloration, qu'il n'a pu obtenir chez l'homme sain, lui a réussi dans un cas de leucocytose.

Traitement de l'ostéomalacie.

Au cours d'une discussion provoquée par un travail de **M. Latzko** concernant le traitement de l'ostéomalacie et, notamment les améliorations plus ou moins passagères obtenues à l'aide de la chloroformisation, — **M. Schlesinger**, cherchant à mettre en relief le rôle du système nerveux dans le tableau symptomatologique de cette affection, insiste sur les douleurs spontanées qui, chez une ostéomalacique gravide d'ailleurs inopérable, avaient fait porter le diagnostic de myélite et qui cédèrent à la médicamentation phosphorée, en même temps que les troubles concomitants de la motilité dans les membres inférieurs subirent une rémission, malheureusement passagère. Il rappelle aussi l'observation d'une autre malade qui (avant de subir par suite d'une erreur de doses une intoxication phosphorée) avait présenté, comme une autre ostéomalacique citée par Kœppen, divers troubles nerveux parmi lesquels des symptômes absolument comparables à ceux de la tétanie, puis à l'autopsie une névrite dégénérative du sciatique, du radial et du cubital, sans lésion du système nerveux central. A cette occasion, **M. Sternberg** proteste contre les insuccès attribués au traitement phosphoré dans tous les cas où il n'a pas été poursuivi sans interruption, avec des doses convenables, pendant

un temps assez long, qui est indispensable à cette médication pour manifester ses premiers effets.

Séance du 24 *janvier* 1894.

Traitement de l'ostéomalacie (*Suite*).

M. Latzko, en présentant une ostéomalacique atteinte de contracture des adducteurs et des fléchisseurs de la cuisse, fait observer que sur 42 sujets affectés de cette maladie et soumis à son observation, il en est plusieurs qui sont venus des environs de Vienne et qui indiquent une tendance à l'extension de cette affection en dehors de la ville. Dans les cas de grossesse, à moins d'un effet très manifeste du traitement médicamenteux, l'étroitesse du bassin commande l'accouchement prématuré ou l'opération césarienne de Porro. Quant à la castration préventive, elle ne doit être effectuée que si la nécessité en a été préalablement établie par des avortements artificiels indispensables et par l'inefficacité de la médication phosphorée et du traitement chloroformique.

Du marasme sénile.

M. von Limbeck, après avoir remarqué qu'à la suite d'un régime alimentaire identique, l'urine d'un vieillard excrétait moins de chaux, de chlorure de sodium et d'acide phosphorique que celle d'un adolescent, constata que l'étude chimique des muscles pris sur des cadavres d'âge différent ne permet pas de rattacher ce fait à une rétention plus marquée des matières inorganiques dans les tissus séniles, et ses recherches comparatives sur l'excrétion urinaire l'amenèrent à cette conclusion que, chez les vieillards, l'amoindrissement du taux des substances précitées, tout comme de l'azote, dans l'excrétion urinaire tient à une résorption plus restreinte de ces matériaux dans le tube digestif.

M. J. Weiss rappelle, à cette occasion, que le diagnostic de marasme sénile doit se baser, en anatomie pathologique, sur l'atrophie pulmonaire et, en clinique, sur l'emphysème et, plus rationnellement encore, sur l'altération squelettique correspondant à l'atrophie des muscles intercostaux.

M. Kraus fait observer qu'une apposition de molécules azotées n'a lieu qu'au cours d'une convalescence et que les sujets étudiés par M. Limbeck devaient se trouver, vraisemblablement, dans un état d'inanition correspondant à une atténuation de leurs besoins azotés; si la cellule, à l'état de maturité, cesse de croître, et si à l'état de vieillesse elle cesse de se régénérer, on n'est pas autorisé pour cela à admettre sans réserve l'existence d'une anomalie des échanges caractérisant une sénescence purement physiologique, car la sénilité s'accompagne toujours d'une dégénération des tissus avec altérations vasculaires.

M. von Limbeck répond que la constatation de certains états pathologiques fût-elle établie dans la majorité des cas, on ne serait nullement obligé par ce fait de repousser la conception de la sénescence sénile, telle que l'admettait Cohnheim.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE BUDA-PEST

Séance du 13 *janvier* 1894.

Modifications du sang dans la syphilis.

M. J. Justus, en étudiant les modifications hématologiques au cours de la syphilis chez une centaine de malades, a constaté que si l'affection n'est pas influencée par un traitement spécifique, la richesse en hémoglobine s'abaisse notablement dès le début de la période secondaire, à mesure que se développent les symptômes de la maladie, et se relève à mesure que ceux-ci rétrocèdent spontanément. En cas de traitement par les injections intra-musculaires, chacune de ces injections est suivie d'un abaissement considérable du taux de l'hémoglobine qui reprend sa valeur initiale en très peu de jours; mais au bout de la troisième ou quatrième injection la richesse en hémoglobine se relève chaque fois, sans subir cette phase régressive jusqu'à ce qu'elle ait reconquis son taux normal. La guérison s'annonce également par le relèvement de la teneur en hémoglobine dans la cure effectuée au moyen des ponctions.

M. Jendrassik attribue l'abaissement du taux de l'hémoglobine, non à une action destructive du mercure, mais à une dilution du sang qui est due à l'état habituellement cachectique des malades et qui cesse à mesure que le syphilitique bénéficie à la fois des conditions plus hygiéniques de l'hôpital et de l'effet du traitement spécifique sur sa maladie.

M. Terray, en raison des erreurs d'appréciation inhérentes à l'imperfection de l'hémomètre de Fleischl, n'attache de valeur qu'aux signes éloignés de la désintégration de l'hémoglobine, tels que l'ictère et l'exagération de l'urobiline dans les fèces et dans les urines.

M. J. Justus répond qu'il a pu faire entrer suffisamment en ligne de compte l'imperfection de l'appareil de Fleischl et que, d'autre part, le sang, loin d'être à l'état de dilution chez ses malades, offrait un nombre d'hématies supérieur (d'un million en moyenne) au chiffre normal.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE PRAGUE

Séance du 19 *janvier* 1894.

Hernie de la ligne blanche.

M. Ellbogen communique trois observations de hernies de la ligne blanche, survenues sans traumatisme antérieur chez des adultes et caractérisées par un ensemble de symptômes assez graves et assez complexes dont les principaux éléments relevaient des troubles digestifs, surtout gastralgiques et dyspeptiques, et par l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon ou d'un œuf de poule, reliée au péritoine au moyen d'un pédicule passant entre les bords tranchants de la ligne blanche à mi-distance entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. Dans l'un de ces cas où la tumeur était réductible et sonore à la percussion, l'opération ne fut pas acceptée; dans les deux autres cas où la guérison suivit l'ablation de la tumeur irréductible, celle-ci se montra constituée par une masse graisseuse qui parut une fois dénuée de tout sac herniaire, et l'autre fois entourée d'un sac mince dont le liquide s'écoula au moment de son incision. Quant à l'étiologie des hernies de la ligne blanche qui n'ont aucune relation avec les hernies ombilicales, elles auraient pour facteurs étiolologiques: un arrêt de développement en rapport avec l'occlusion insuffisante de la ligne blanche, une faiblesse congénitale des faisceaux aponévrotiques, une prolifération lipomateuse d'origine sous-péritonéale entraînant à travers la fente aponévrotique une invagination de la séreuse, et enfin l'action d'un effort.

M. Kisch rapporte six observations personnelles de lipomes pré-péritonéaux, ayant donné lieu à des troubles digestifs variés, de nature à égarer le diagnostic ainsi que le traitement et guéris instantanément et définitivement par l'application d'un bandage qui maintient réduites ces petites tumeurs graisseuses, du volume d'une noix ou d'une noisette, glissant facilement sous la peau et dues à la simple prolifération de petits lipomes à travers quelque orifice vasculaire, mais susceptible aussi de donner naissance à des troubles dyspeptiques et névralgiques sérieux et même, ultérieurement, à de véritables hernies.

M. Gussenbauer pense qu'il s'agissait, dans l'une des observations de M. Ellbogen, d'une hernie épigastrique et, dans les autres cas, de liparocèles; dans tous les cas de hernies réelles de la ligne blanche, il a trouvé au-devant du sac un liparocèle d'ailleurs assez petit pour passer généralement inaperçu; la multiplicité habituelle de ces liparocèles permettrait d'en rattacher la production à quelque anomalie du système nerveux.

M. Epstein a constaté chez un grand nombre d'enfants, amaigris pour une cause quelconque, dans les premières semaines de leur existence, la production de petites lacunes dans la réunion des aponévroses abdominales, notamment au-dessus de l'ombilic, et au travers desquelles on sent les parois intestinales faire de petites saillies de la grosseur d'une

tête d'épingle ou d'un pois, surtout lorsqu'il existe des troubles dyspeptiques. Si ces lacunes arrivent d'ordinaire à se combler ultérieurement, puisque dans l'enfance on n'observe guère de hernies de la ligne blanche, il se peut néanmoins que dans quelques cas la persistance de ces points de moindre résistance favorise la production de ces hernies. De petites masses graisseuses pré-péritonéales, pénétrant à travers ces lacunes en même temps que les petites saillies intestinales précitées, peuvent se trouver saisies ensuite entre deux faisceaux aponévrotiques, et, plus tard, leur prolifération accidentelle en dehors de l'aponévrose sous l'effet d'une lipomatose générale par exemple, peut exercer une traction sur la partie adhérente de la séreuse et réaliser ainsi la formation d'un sac herniaire.

VARIÉTÉS

Le jury du Bureau central de médecine vient d'être tiré au sort; il est provisoirement composé ainsi qu'il suit : MM. Hirtz, Talamon, Faisans, Gouguenheim, Hérard, Chauffard et Schwartz.

Le Dr H. Picard commencera le lundi 12 février à 5 heures, 16, rue Dauphine, un cours public et gratuit sur les maladies des voies urinaires et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Société de biologie : *Prix Ernest Godard* (1,000 fr.). — Le Prix Ernest Godard sera décerné à la fin de l'année 1894. Les mémoires doivent être envoyés, avant le 15 octobre 1894, au secrétaire général, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Suivant la volonté du testateur, le Prix sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

Légion d'honneur. — Ont été nommés chevaliers : MM. Martine, médecin de première classe de la marine, et Brossier, médecin de première classe des colonies.

Par décision ministérielle, en date du 2 février 1894, des témoignages de satisfaction ont été accordés aux médecins dont les noms suivent, qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie ainsi qu'à leurs familles, savoir :

MM. les docteurs Broussin (de Marly-le-Roi); Rondeau (d'Ecommoy); Lomet (de Saint-Pierre-le-Moutier); Gravier (de Modane); Resal (de Dompaire); Carboneil (de Laroque-des-Albères); Pommier (de Torigni); Mazeron (d'Auzances), Godivier (de Borcère) et Lebel (de Janville).

Le Dr Warren, récemment mort en Amérique, s'était rendu célèbre par une réplique au cours d'un procès, où il était cité par la défense dans une affaire d'assassinat. Après l'avoir vivement pressé de questions, le magistrat qui occupait le siège du ministère public lui dit, exaspéré : « Les erreurs des médecins sont généralement enterrées. — Oui, répartit Warren, et les erreurs des magistrats sont souvent « pendues. »

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes, classées par ordre de mérite :

1. Veau, Nattan, Schwartz, Caboche, Cange, Aribat, Clermont, Angelesco, Stanculeanu, Loewy.
11. Berthier, Slatinéanu, Legueu, Géraudel, Blanc, Labey, Martinet, Rosenthal, Sicard, Planque.
21. Maury, Terrien, Vanverts, Salmon, Esmonet, Hepp, Bourgeois (Henri), Bize, Bonamy, Chevereau.
31. Le Sourd (François), Chifoliau, Clamouse, Degorce, Eustatiu, Gauchery, Manheimer, Perrée, Tesson, Jacobson.
41. Mendaille, Ozo, Rebreyend, Roux (Jean), Sicard (Léon), Guilliou, Guibé, Le Meignen, Millhiet (Henri), Hennequart.
51. Jacob, Bobier, Bonnard, Desvaux, Coronat, Chevé, Gamblin, Laisné, Merklen, Poix.
61. Ravaut, Sallé, Martin, Sichel-Dulong, Roger, Olgiati, Grésillon, Callais, du Pasquier, Popesco.
71. Lamarre, Margouliès, Page, Pupier, Baudré, Baron, de Rotschild, Macrez, Fauvel, Richard (Edouard).
81. Tourlet, Weill (Georges), Goudard, Guillemin, Ingelhrans, Lacapère, Comte (Albert), Drouet, de Gorsse (Bertrand), Bigeard.
91. Deneux, Roche (Louis), Meunier, Lefilliâtre, Fialon, Lamouroux (Jean), Michel (Auguste), Monscourt, Bernard, Mouchotte.
101. Bricet, Roques de Fursac, Paris, Maréchal, Hurtaud, Truelle, Lenoble (Edmond), Delamarre, Argétoiano, Le Sève.
111. Millienne, Caillaud, Deschamps, Cucu, Ferester, Laugier, Millet (Georges), David, Simon (Théodore), Célos.
121. Palle, Weill (Benjamin), Mlle Leclerc, Laubry, Lucius, Charpentier, Sautieux, Rodiet, Mercier (Edmond), Gennet.
131. Toupart, Noïca, Piedvache, Morel (Jules), Netter, Vassal, Kahn, Fosse, André, Garlopeau.
141. Godefroy, Bosredon, Auclair, Battier, Monod (René), Brès, Gosselin, Gascon, Guillemard, Wateau.
151. Rolet, Royer (Pierre), Lacour, Lacaille, Cavasse, Launay, Posth, Ronson, Huguier, Bratiano.
161. Bacquelin, Germond, Trémolières, Paquet (Félix), Dumas (Pierre), Gombault, Besredka, Auneau, Cherbetian, Le Dard.
171. Nimier, Pigault, Lebœuf, Herzenstein, Jousset, Monel, Petit, Turquet, Lachâtre, Daumy.
181. Couillard, Bouvet, Drouin, Lozé, Maudemain, Drouard, Monod (Louis), Ménétrel, Bertrand (Maximilien), Nicolaïdi.
191. Chambon, Kermetchieff, Denis, Courtois, Bertrand (Henri), Rinuy, Gil, Tixier (Félix), Souberbielle, Hamant.
201. Blivet, Mauchamp, Orlowski, Lihou, Valençon, Bonnel, Bizard, Bonniot, Latteux d'Espagne, Dauzats.
211. Dezirot, Daniel, Lévy (Moïse), Pertat, Souleyre, Mirande, Roche (Charles), Cury, de Combarel, Lalanne.
221. Polle, Dardelin, Bohn, de Oliveira Néry, Motu, Felizet, Dimitrescu, Lefrançois, Gosset, Thorp.
231. Legros, Heuzard, Barre, Saïas, Pestel, Beaufort, Aubry, Desjardins, Percheron, Ripault.
241. Veinberg, Stoicescu, Schutzenberger, Renard, Nass, Riche, Clavau-Ribourgeon, Picard, Guerlain, Sée.
251. Papillon, Tonnellier, Renon, Rabaut, Tardif (François), Coulon, Leraître, Pochon, Anghel, Ardouin.
261. Dubost, Nafilian, Nikonoff, Faraut, Charpentier (Emmanuel), Glinéanu, Jolis (Paul), Desmaroux, Balli, Bourgeois (Fernand).
271. Briançon, Gangis, Rivier, Morichau-Beauchamp, Derome, Delta, Mérieux, Mettetal, Hauser (Georges), Tintrelin.
281. Mauté, O'Followell, Cartier, Bessonnet, Collard, Viard, Coudray, Gagnières, Meuriot, Dide.
291. Tathéossian, Bargy, Cocurat, Guédiot, Mlle Kachperow, Deyber, Dauphin, Houdinet, Hanot, Devignevieille.
301. Bergeron, Blandeau, Castan, de Lorgeril, Dreyer-Dufer, Houzelot, Malméjac, Joly (Maurice), Le Sourd (Louis), Hély.
311. Carret, Moulin, Auffray, Jay, Compoint, Jeannulatos, Labiche, Mercereau, Jeannopoulos, Darzens.
321. Ménéchem, Rabaud (Etienne), Ortega, Oulianu, Lajaunie, Mlle Budzinska, Chenal, Demerson, Robin, Galinier.
331. Ratinski, Haffringue, Dupau, Bouteiller, Chicoteau, Tabary, Maugery, Cugnin, Cormier, Maggiar.
341. Gautier (Paul), Castel (Pierre), Lorot, Traverse, Verdin, Grivot, Sprécher, Mme Monnier, Lamoureux (Fernand), Capart.
351. Mignon (Maurice), Saint-Cène, Gieure, Fromageot, Sikora, Lehmann, Mascarel, Deslandes), Berthe, Le Masson.
361. Reyt, Chantemille, Hémery, Brodier, Azimont, Maire, Bastard, Logerot, Poulain, Voisin.
371. Laclautre, Raulin, Durif, Thomas, Coustols, Bouvanquet, Rey, Mlle Zlotowska, Aron, Lucas (Charles).
381. Barbet, Combret, Schwanhard, Scrini, Hérisson, Faucheux, Husson, Demaldent, Raimondi, Serbanescu.
391. Grosjean, Rogier, Aghaynian, Letellier, Mercier, Henry, Ameline, Triger, Cauchard, Meslans.
401. Labattu de Lambert, Gentilhomme, Catuneanu, Carra, Subercaze, de Nittis, Baldet, Roché, Goupille.

Thèses de Paris.

Du traitement médical de la pyélo-néphrite, par Adhémar Faucher.

La pyélo-néphrite aiguë tire son origine de causes très multiples, qui impriment leur caractère spécial à la marche de l'affection.

Le traitement de la pyélo-néphrite aiguë primitive s'adresse à toutes les pyélites secondaires avec des indications spéciales à chaque espèce, indications qui sont fournies par la nature de la maladie primitive.

La pyélo-néphrite est une dans sa forme chronique.

Le traitement de la pyélo-néphrite chronique est un, que celle-ci soit consécutive à une pyélo-néphrite aiguë primitive, ou à une pyélo-néphrite secondaire quelconque.

Le régime et l'hygiène préparent une guérison que la thérapeutique assure et l'hydrothérapie confirme.

Le traitement médical sera toujours appliqué, et le traitement chirurgical n'interviendra que lorsque le premier, institué pendant un temps suffisamment long, n'aura pas produit les résultats qu'on était en droit d'en attendre.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 8 — 21 FÉVRIER 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 26 février au 3 mars 1894.

Mercredi 28. — M. Dupuy. Etude sur l'identité de la variole et de la vaccine. — M. Thirard. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des arthrites aiguës non suppurées. — M. Gastinel. Etudes d'hygiène urbaine. — M. Recht. De la miction chez les femmes en couches. — M. Rosal. Quelques considérations sur la pelvi-péritonite tuberculeuse. — M. Pitsch. Essai sur les dents à pivot. De leurs inconvénients. — M. Guitton. Etude du sarcome primitif des muscles.

Jeudi 29. — M. de la Tribouille. Des œdèmes chez le nouveau-né et l'enfant du premier âge. — M. Besnier. Essai sur les complications intestinales de la variole. — M. Lasserre. Tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë. — M. Le Moinet. Hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdomino-vaginale pour fibromes de l'utérus. — M. Cazin. Des origines et des modes de transmission des cancers.

VARIÉTÉS

Concours de l'internat. — Les notes des dernières séances ont été :
16. Pissavy (38).
15. Pasteau (38), Herbet (35).
14. Lenoir (38), Labbé (37).
13. Bayau (35), Vauverts (39).
12. Riffé (32), Bouchacourt (34), Oppenot (33), Pouquet (34).
11. Chéron (33), Estrabaut (32), Rabé (37), Cange (33), Brunet (32), Chabry (35).
10. Veuillot (32), Gellé (31), Daumy (31), Garnier (30), Carnot (33).
9. Beaulaven (32), Jeaune (30), Terrier (30), Macrez (30). Delamare (31), Marchais (31).
8. Ledard (29), Durieux (29).
7. A. Lévy (28), Jaulin (27).
6. Fontoynont (26), Guilliou (27), Cottet (26), Weil (27).
5. Guéry (26).

Hôpital Saint-Louis. — *Cours de pathologie et de thérapeutique dermatologiques.* — M. le Dr G. Thibierge fera pendant les mois de mars et avril 1894, dans le service de M. le Dr E. Besnier, un cours complet de pathologie et de thérapeutique dermatologiques.

Les mardis, jeudis et samedis à 3 heures, leçon théorique avec présentation de malades à la salle des conférences du musée (la première leçon aura lieu le samedi 3 mars).

Le mardi à 9 heures, opérations dermatologiques (traitement du lupus, des acnés, électrolyse, etc.) au laboratoire Alibert.

Le mercredi à 9 heures, traitement des affections du cuir chevelu, au laboratoire Alibert.

Le vendredi à 9 heures, consultation externe, salle de consultations, 38, rue Bichat.

Le samedi à 9 heures et demie, leçon clinique sur les malades du service (Salles Alibert et Devergie).

Conférence d'internat. — MM. Savariaud, Claude, Baudet et Apert, internes des hôpitaux, ont commencé leurs conférences d'internat, le samedi 17 février et les continueront tous les samedis, à deux heures et demie, à l'Association des étudiants, 41, rue des Ecoles.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — Un concours pour un emploi de chef de clinique médicale et un concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale s'ouvriront le 4 juin 1894 à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. Sont admis à concourir les docteurs en médecine français et les étudiants en médecine ayant passé avec succès leur cinquième examen de doctorat, à la condition d'être docteurs dans les six mois. Le registre d'inscription sera clos quinze jours avant l'examen.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

Paralysie générale. Lésions et symptômes spinaux. Formes spinales, par M. le Dr Klippel, chef de laboratoire de la Faculté de Médecine (Clinique des maladies mentales) (1).

La paralysie générale n'est plus simplement, à l'heure actuelle, une maladie de l'encéphale. On sait maintenant qu'elle affecte non seulement le cerveau, mais encore presque invariablement la moelle et très souvent les nerfs périphériques.

Parfois même elle peut débuter par des troubles spinaux ou par des lésions du système nerveux périphérique, les troubles cérébraux ne survenant que plus tard et absorbant alors tout le reste.

Cette compréhension plus complète de la paralysie générale a amené l'école anatomo-clinique à chercher non seulement quelles sont les lésions dues à cette affection dans les différentes parties du système nerveux négligées auparavant (moelle et nerfs), mais encore les rapports de la paralysie générale avec les autres maladies de la moelle.

Les anatomo-pathologistes discutent très vivement ces deux points, et parmi les travaux que la résolution de ce double problème a suscités, il faut citer tout particulièrement l'étude très approfondie que M. Klippel vient de publier.

La paralysie générale, comme nous le disions tout à l'heure, n'épargne presque jamais la moelle, mais on ne peut guère admettre, avec les auteurs qui avaient traité cette question des lésions médullaires, une division en lésions des cordons postérieurs, lésions des cordons latéraux, et lésions des cordons postéro-latéraux, car toutes ces régions sont en réalité atteintes à la fois, la substance grise elle-même est frappée, et on ne trouve qu'une prédominance des lésions dans une certaine région sans que pour cela les autres soient indemnes. Signalons cependant en passant la plus grande fréquence du maximum de la lésion dans les cordons latéraux.

D'une façon générale, M. Klippel a été amené à poser, quant à la topographie de ces lésions, les règles suivantes :

1° Pour la substance blanche, elles siègent dans la moitié postérieure (zone du faisceau pyramidal croisé avec diffusion dans les territoires voisins et zone des cordons postérieurs).

2° Les lésions des cordons latéraux sont relativement peu intenses relativement à celles qu'on trouve dans la dégénérescence secondaire à un foyer cérébral.

3° Les lésions des cordons postérieurs, moins égales, peuvent atteindre celles qu'on voit dans le tabes avancé.

4° Pour la substance grise, les cornes sont atteintes, et quelquefois même à un très haut degré.

5° Toutes ces lésions sont plus marquées dans la moelle cervicale et dans la moelle dorsale que dans la moelle lombaire.

6° Enfin, il y a toujours une diffusion assez grande, si bien que la région épargnée se réduit à un territoire assez étroit des cordons antérieurs et antéro-latéraux; cependant, quelle que soit cette diffusion, les portions atteintes constituent dans leur ensemble un système physiologique.

7° Enfin, souvent ces lésions ne sont qu'à l'état d'ébauche et peuvent, au point de vue fonctionnel, être négligés.

Dans les cordons postérieurs, ces lésions affectent des degrés et des localisations extrêmement variables. On peut avoir, par exemple, une sclérose qui suit nettement les vaisseaux de distribution avec atrophie simple des tubes nerveux, tandis que dans d'autres cas, au milieu du tissu scléreux distendu par un liquide transsudé, on trouve les tubes nerveux en voie de dégénérescence.

Cette sclérose plus ou moins accentuée peut être développée soit dans la partie moyenne des cordons postérieurs (sens transversal), soit sous forme de deux îlots symétriquement adossés à la partie moyenne de la corne postérieure ou encore autour d'un des gros vaisseaux cheminant normalement à égale distance de la corne postérieure et du septum médian; mais invariablement les vaisseaux des parties malades sont gorgés de sang et la sclérose suit souvent le tronc et les ramifications des artères importantes de la région. De plus, le septum médian et les méninges voisines des cordons postérieurs participent toujours à leur lésion; cependant, il est rare de voir cette méningite atteindre de grandes proportions.

Le centre des lésions des cordons latéraux est le faisceau pyramidal, mais il y a des irradiations dans les parties périphériques voisines, irradiations qui vont en s'atténuant jusqu'au niveau des méninges, lesquelles sont médiocrement épaisses.

Ces lésions ont le même aspect que celles des cordons postérieurs, elles sont sans relation d'intensité avec elles, mais elles offrent plus de fréquence et plus de régularité dans leur intensité; elles existent toujours des deux côtés avec une prédominance pour l'un d'eux, et souvent le faisceau pyramidal direct n'est pas atteint ; enfin, il y a peu de dégénérescence des tubes nerveux.

Il est possible mais rare de rencontrer des lésions des cordons antérieurs, et alors elles sont limitées à un peu de congestion et d'épaississement (une seule fois M. Klippel a trouvé le faisceau de Türck dégénéré au même degré que les cordons latéraux).

La substance grise, fort intéressante à étudier, présente des lésions des cellules ainsi que des lésions des réseaux de fibres nerveuses des cornes.

Les cellules sont diminuées de nombre par disparition complète et par atrophie simple ou dégénérative; cela, sur toute la hauteur de l'axe spinal, cette lésion pouvant prendre quelquefois une intensité assez grande.

Quant aux réseaux nerveux, ils sont altérés, voire même quelquefois disparus dans la substance grise des cornes antérieures et de la colonne de Clarke; ce fait appartient tout particulièrement aux moelles des paralytiques généraux.

Nous verrons que ces lésions peuvent atteindre un tel degré que M. Klippel a pu décrire avec juste raison une forme amyotrophique de la paralysie générale; elles ont leur maximum dans les régions cervicale et dorsale, la portion lombaire étant épargnée, enfin elles n'ont pas de relation avec les lésions des faisceaux blancs.

Les racines et les nerfs ne sont pas davantage épargnés. Les racines cervicales et lombaires présentent des fibres grêles, disposées en amas ou disséminées, en nombre plus considérable qu'à l'état normal; en un mot, il y a atrophie simple et sans dégénérescence comme lésion dominante des racines, tandis qu'il n'est pas rare de rencontrer à côté les altérations de la névrite dégénérative.

Au point de vue histologique, la marche des lésions se réduit à une dégénérescence et une résorption de la myéline, le cylindre d'axe persistant le dernier et même ne se détruisant peut-être jamais. Du côté des vaisseaux, on observe une congestion et une exsudation consécutive

(1) *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1894, p. 75.

dont le résultat final est la formation d'un tissu analogue à celui du myxome ou de l'œdème (*forme exsudative ou myxomateuse*); mais à cette dernière lésion il peut dans certains cas se joindre un processus inflammatoire secondaire donnant lieu à la *forme inflammatoire*.

D'après tous ces faits, on voit que la moelle d'un paralytique, quoique présentant certaines analogies avec la moelle d'un tabétique, s'en distingue par des lésions beaucoup plus disséminées et moins intenses en ce qui concerne les cordons postérieurs.

Elle se distingue de la moelle d'un dément sénile, car dans ce dernier cas, bien qu'il y ait lésion des cellules des cornes antérieures et des colonnes de Clarke, les lésions de la substance blanche se réduisent à une sclérose à peine accusée.

Enfin, les dégénérescences secondaires des foyers encéphaliques se reconnaissent aisément grâce à la disproportion qui existe entre les deux côtés de la moelle.

Toutes les lésions de la moelle sont-elles entièrement comparables à celles de l'encéphale? Sont-elles une autre localisation du même principe morbide? M. Klippel ne le pense pas.

Sans insister sur les raisons qui déterminent sa manière de voir (il faudrait citer complètement la discussion très serrée et très documentée à laquelle il se livre sur ce sujet), il admet que la moelle paraît être le siège d'un double processus morbide.

Un premier groupe de lésions serait créé par des foyers morbides se développant dans l'axe spinal en des points variables et multiples, procédant dans cet organe de la même manière que dans l'encéphale, — peut-être la sclérose précoce des cordons postérieurs admet-elle cette pathogénie?

Mais la dégénérescence des cordons latéraux, par exemple, relève au contraire des altérations de l'encéphale dont elle est la conséquence, et cette dégénérescence, quoique présentant une sclérose bien nette du système vasculaire, est pour lui une dystrophie des éléments nerveux commandée par les lésions cérébrales, dystrophie à laquelle s'ajoutent des altérations vasculaires et conjonctives, en quelque sorte mécaniques et dues à la disparition des éléments nerveux.

Passant à la partie clinique de son étude des formes spinales de la paralysie générale, M. Klippel a cherché s'il y avait parmi les symptômes spinaux l'un d'eux qui soit pathognomonique; il n'en a malheureusement pas trouvé, et la maladie, à un moment donné, offre l'aspect du tabes, d'une atrophie progressive, du tabes spasmodique, d'une paralysie pseudo-bulbaire, sans qu'on puisse apercevoir de différence entre le tableau clinique observé et celui auquel aurait donné lieu une de ces maladies évoluant pour son propre compte.

Ce qui nous donnera la caractéristique permettant au clinicien de poser un diagnostic sinon certain, du moins fort probable, c'est non point ces symptômes pris en eux-mêmes, mais leur *évolution : mobilité des signes, rapidité de leur transformation*, tels sont les traits particuliers des symptômes spinaux de la paralysie générale.

Les manifestations spinales empruntent donc pour un moment la forme symptomatique d'une maladie définie, mais à titre de phénomène passager. La transformation d'une forme dans une autre est rapide et, l'envahissement se poursuivant, le tableau de la maladie change bien vite.

En outre, c'est seulement le tableau atténué des maladies simulées qu'on observe en général; les contractures ne sont pas aussi prononcées que dans une sclérose latérale isolée, l'amyotrophie n'atteint pas le degré qu'elle peut avoir dans une atrophie musculaire myélopathique, et il en est ainsi de même de tous les signes qu'on peut noter.

Enfin, ces formes spinales n'existent qu'au début de l'affection seulement, car bientôt l'encéphale étant envahi, il n'y a plus de doute possible et les signes cérébraux dominent toute la scène.

Quant à la chronologie de ces accidents spinaux, elle est très diverse et peut donner lieu à des interprétations absolument différentes qui pourtant le plus souvent pourraient être plus certaines, car généralement il est possible de trouver une amnésie légère, un peu d'embarras de la parole, du tremblement vermiculaire de la langue, de l'inégalité pupillaire, le signe d'Argyll Robertson atténué, etc.

Quoi qu'il en soit, ces accidents spinaux peuvent être divisés, avec A. Voisin, en :

1° Accidents survenant en même temps que les troubles encéphaliques;

2° Accidents survenant avant les troubles encéphaliques;

3° Accidents au cours de la paralysie générale (80 0/0).

C'est quelquefois l'élément douleur qui ouvre la scène : névralgie de la 5e paire, douleurs musculaires, mais les paralytiques généraux se plaignent peu et les douleurs tabétiques qu'ils éprouvent sont peu accusées et n'ont qu'un rôle remarquablement effacé.

L'anesthésie est aussi très fréquente et la sensibilité olfactive subit des troubles précieux pour le diagnostic du début; l'affaiblissement de l'ouïe n'est également pas rare, ainsi que la diminution de l'acuité visuelle, à laquelle s'ajoute parfois le rétrécissement du champ visuel; la sclérose du nerf optique est au contraire une rareté.

Du reste, l'anesthésie et les perversions de la sensibilité sont les mêmes que pour le tabes, mais il est difficile de bien les apprécier, car ces malades généralement sont dénués d'attention.

Les réflexes présentent aussi des particularités intéressantes à noter, surtout les réflexes de la vue. On constate très souvent l'abolition des réflexes à la lumière, tandis que les réflexes de l'accommodation persistent, bien que généralement affaiblis; les premiers ne sont eux-mêmes que très diminués et non complètement perdus, ce qui donne un faux signe d'Argyll Robertson (Ballet), susceptible de présenter toutes les variétés possibles suivant la prédominance de l'affaiblissement de l'un ou de l'autre réflexe, affaiblissement qui ne marche même pas toujours parallèlement pour les deux yeux.

Les réflexes tendineux souvent exagérés s'abolissent quand la paralysie progresse. Le signe de Westphal est rare. Enfin le réflexe cutané plantaire, altéré dans les deux tiers des cas, est plus souvent exagéré.

Comme troubles trophiques, on note des amyotrophies, des eschares de la peau siégeant surtout au sacrum et dans des cas plus rares au talon.

Le mal perforant a aussi été constaté ainsi que la première période de l'asphyxie locale des extrémités, le zona, le pemphigus, l'othématome et la chute des ongles.

Les troubles moteurs diffèrent des autres troubles, car au lieu d'être atténués ils sont exagérés, mais il est difficile de rapporter à la moelle et au cerveau la part qui revient à chacun de ces organes dans leur pathogénie.

Les forces, qui sont au début assez bien conservées dans les formes cérébrales, fléchissent rapidement dans les formes spinales. Les contractures existent dans quelques cas rares.

Il existe deux catégories avec amyotrophie : les unes présentent de l'atrophie musculaire diffuse, tandis que d'autres ont une atrophie intense et localisée comme dans la maladie d'Aran Duchenne.

Mais, dans la plupart des cas, on constate que les troubles moteurs, bien qu'accusés, n'ont cependant les caractères ni d'un mouvement choréique, ni d'une déséquilibration ataxique; ils ont quelque chose de moins bien défini et participant de chacun de ces troubles.

Les formes cliniques sont multiples, mais celle qui rappelle le tabes est de beaucoup la plus fréquente.

En présence de chacun de ces aspects particuliers, on peut se demander si l'on n'est pas en présence d'une maladie de la moelle se compliquant de lésions cérébrales; d'ordinaire la paralysie générale qui survient rapidement fait bientôt cesser le doute et lève toutes les difficultés.

Ce cas de deux maladies évoluant simultanément chacune pour son propre compte peut bien, il est vrai, se rencontrer, mais il est rare et forme une exception.

La méthode anatomo-clinique nous permet de décrire cinq formes spinales de la paralysie générale.

La *forme tabétique*, la plus fréquente comme nous l'avons dit, présente les symptômes du tabes. C'est à cause d'elle que s'est posée la grosse question des rapports du tabes et de la paralysie générale.

D'une part, les lésions de la moelle sont la règle dans la paralysie générale. D'autre part, dans le tabes il peut y avoir des lésions cérébrales, d'où des troubles de l'intelligence et un délire caractérisé par des idées de persécution sous forme de conceptions délirantes greffées sur des sensations douloureuses ou autres venues de la périphérie (Pierret); cet état constituant la pseudo-paralysie générale tabétique ou démence tabétique (Klippel).

Mais ce dernier cas diffère nettement, au point de vue histologique, de la paralysie générale avec lésions médullaires; les lésions cérébrales du tabes et de la paralysie générale ne sont pas identiques.

Les deux maladies peuvent néanmoins coexister, mais cela est très rare. M. Klippel a observé un malade dont le tabes avait débuté en 1884, tandis que la paralysie générale n'est venue qu'en 1892 et le diagnostic s'est trouvé confirmé à l'autopsie. On peut dire que, par ordre de rareté, on trouve après la paralysie générale avec lésions médullaires des cordons postérieurs le tabes compliqué de pseudo-paralysie générale tabétique, puis le tabes compliqué de paralysie générale proprement dite, ce dernier cas étant, nous le répétons, extrêmement rare.

La forme de *sclérose latérale* est une forme motrice avec parésies bilatérales plus prononcées d'un côté, phénomènes de contracture et exagération des réflexes.

Il est des cas où le diagnostic peut être celui de paralysie spasmodique et cette forme peut s'observer jusqu'à la mort aboutissant alors à la flexion des membres avec rétraction fibreuse consécutive et contracture d'un membre, mais en général ce n'est qu'une forme de transition, les cornes antérieures et les nerfs périphériques se prenant à leur tour si bien que la contracture cède.

Dans ces cas d'ailleurs la sclérose des cordons latéraux n'est pas isolée et il y a de plus des scléroses des cordons postérieurs; remarquons que bien souvent, quand cela a lieu, les symptômes sont plus sous la dépendance des faisceaux latéraux que des faisceaux postérieurs.

Des lésions très analogues peuvent donner à la maladie l'aspect de la *sclérose en plaques*.

La *forme amyotrophique* présente deux variétés : maladie d'Aran-Duchenne (atrophie musculaire progressive) ou maladie de Charcot (sclérose latérale amyotrophique).

Dans le premier cas, l'amyotrophie intense, non progressive, peut se limiter à un seul côté; dans le second elle est moins marquée mais générale : les réflexes sont exagérés et les muscles offrent spontanément ou sous une influence faible de la rigidité.

La *forme bulbaire* peut aussi être observée et présenter dans quelques cas les signes de la maladie de Basedow.

Enfin les *formes névritiques* peuvent se voir et la maladie peut débuter par une névralgie sciatique, une névralgie de la 5e paire ou une névrite avec atrophie musculaire.

« La paralysie générale est donc une maladie qui frappe le système nerveux tout entier, et est susceptible de certaines localisations dans tel ou tel territoire du névraxe.

» Ces localisations donnent naissance à des signes cliniques particuliers et variables qui rappellent ceux qu'on rencontre au cours de diverses myélopathies. Mais, envisagés dans leur évolution, ils ont des caractères qui permettent de distinguer la paralysie générale. »

S.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la tête la dernière (Zur Frage der Behandlung der nachfolgenden Kopfes), par Theilhaber (*Centr. f. Gynæk.*, 1893, n° 49, p. 1131). — Au Congrès des naturalistes allemands tenu à Nurenberg, Theilhaber a soutenu qu'en cas d'accouchement par le siège, il ne faut pas se hâter de faire la perforation du crâne quand la tête ne cède pas aux tractions. On peut notamment attendre et souvent on voit la tête sortir spontanément au bout d'une demi-heure.

Comme cette proposition fut vivement combattue, Theilhaber apporte à l'appui de sa théorie quatre nouvelles observations où, après des tractions infructueuses continuées pendant 15 à 20 minutes, la tête sortit spontanément une demi-heure plus tard.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 février 1894.

Présidence de M. Rochard.

MM. les docteurs Delens, Pozzi, Richelot et Terrillon se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

Elections.

M. Layet (Bordeaux) est élu correspondant national par 43 voix sur 57 votants. M. Mairet obtient 10 voix, M. Alison 2, M. Vergely 1; il y a 2 bulletins blancs.

Pour la seconde place, sur 56 votants, majorité 29, M. Alison (Bacarat) est élu par 32 voix contre 15 données à M. Mairet, 6 à M. Vergely, 1 à M. Bertrand et 2 bulletins blancs.

Rapport.

M. Pinard lit deux rapports : 1° sur un travail de M. Le Roy des Barres (St-Denis), intitulé : Ovariotomie dans le cours d'une septicémie puerpérale à forme prolongée. Guérison (séance du 14 mars 1893); 2° sur un mémoire de M. Houzel (Boulogne), intitulé : Grossesse extra-utérine, variété intra-péritonéale, laparotomie six semaines après la mort du fœtus. Guérison (séance du 27 juin 1893).

Epidémie de variole à Paris.

M. Hervieux. — Depuis l'été de 1893, la variole a augmenté à Paris; où s'arrêtera cette épidémie? Il est permis d'espérer que, grâce aux vaccinations qui se pratiquent chaque jour à Paris, sur une très grande échelle, de tous les côtés, à l'Académie, dans les mairies, les hôpitaux, les écoles, etc., et même dans les maisons contaminées, par le service municipal gratuit, l'épidémie cessera bientôt; elle ne s'est d'ailleurs pas aggravée. Plus de 200,000 vaccinations ont été

ainsi faites depuis quelques mois, sans compter celles de l'armée.

Mais il faut compter avec les nombreux départements qui, éprouvés à divers degrés par les irradiations épidémiques parties du foyer parisien, peuvent à leur tour, par des irradiations en sens inverse, rallumer le foyer central, s'il était en voie d'extinction. Trois groupes principaux de départements ont actuellement des épidémies de variole : 1° Paris et la Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne; 2° Pas-de-Calais, Nord, Aisne, Ardennes et Somme ; 3° Corrèze, Dordogne, Lot-et-Garonne, Charente-Inférieure et Charente.

Or, cette épidémie est partout combattue : par la vaccination et la revaccination en masse, par l'isolement autant que possible et par la désinfection, là surtout où fonctionnent des services réguliers d'hygiène. Partout les résultats obtenus sont des plus favorables. On peut en conclure, toutefois, qu'en résumé, l'isolement et la désinfection, auxiliaires utiles de la vaccine, ne sauraient aspirer à la remplacer. On n'isole que les malades, on ne désinfecte que ce qu'ils ont infecté. La vaccine va au-devant de la variole; elle n'attend pas, pour nous défendre contre ses atteintes, une explosion épidémique ou un contact infectieux. Avec la revaccination secondée par la vaccine animale, nous triompherons de l'épidémie actuelle, mais sans l'obligation nous resterons en butte aux retours offensifs du fléau. Grâce à elle, en effet, le service des vaccinations et revaccinations sera assuré ainsi que ses ressources budgétaires, et toutes les résistances individuelles seront détruites.

Mortalité par tuberculose selon les professions et l'habitat.

M. G. Lagneau. — De la plupart des recherches relatives à l'influence des professions, il résulte que les décès par phthisie sont nombreux parmi les ouvriers exposés aux poussières. En Suisse, les tailleurs de pierre perdent annuellement 10 décédés par phthisie sur 1,000 vivants. En Angleterre, sur 1,000 décès généraux les drapiers ont 340 décès phthisiques, plus d'un tiers.

Pareillement la tuberculose sévit cruellement sur les individus qui se tiennent courbés et se livrent à des occupations sédentaires, soit intellectuelles, soit industrielles, mais minutieuses. Sur 1,000 décès généraux, en Italie, les étudiants et les séminaristes en ont 459 dus à la phthisie, près de moitié. En Angleterre, les imprimeurs en ont 430 et en Italie les typographes en ont encore 347, plus d'un tiers.

Par contre, les statistiques s'accordent pour montrer que la phthisie ne se manifeste qu'exceptionnellement chez les personnes ayant une vie active, en plein air. En Suisse, sur 1000 vivants, les sylviculteurs et les agriculteurs ne perdent annuellement que 1 ou 2 décédés phthisiques. En Italie, sur 1000 décès généraux, les bergers, les agriculteurs n'ont que 44 et 55 décédés par phthisie.

En France, la statistique sanitaire, qui porte actuellement sur 662 villes, permet de constater qu'en général, plus les populations sont agglomérées, plus elles sont gravement atteintes par la tuberculose.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 13 février 1894.

Conjonctivite pseudo-membraneuse.

M. Bourgeois fut appelé auprès d'une petite fille âgée de 6 ans, atteinte depuis quinze jours de conjonctivite pseudo-membraneuse. L'évolution de l'affection avait été très rapide malgré le sublimé, le jus de citron..., l'œil était perdu, il fallut faire l'exentération.

L'examen bactériologique des membranes y fit découvrir le streptocoque, et, par des inoculations des cultures obtenues, on obtint chez un premier pigeon des fausses membranes sur la muqueuse buccale, et chez un second une conjonctivite purulente.

Cette conjonctivite pseudo-membraneuse doit donc être rapprochée de l'origine à streptocoques.

Iritis et irido-choroïdites infectieuses.

M. Trousseau rapporte que chez un homme âgé de 66 ans, atteint de catarrhe vésical depuis 1860, il a observé une iritis d'origine uréthrale. Ce malade soignait son catarrhe vésical et un rétrécissement uréthral dont le début avait été constaté en 1875, et, à la suite de cathétérisme, il eut en février 1893 une poussée d'orchite, et le 11 décembre, après un sondage suivi d'une légère hémorrhagie, il survint de la fièvre qui céda en 24 heures au sulfate de quinine. Mais le 23, l'un des yeux devint rouge, et le 26, lorsque M. Trousseau fut appelé, il existait un léger chémosis, de l'hypopyon et un changement de couleur de l'iris; l'état général était peu satisfaisant. Le sulfate de quinine, un collyre à l'atropine et des fomentations chaudes au sublimé furent prescrites. Le surlendemain, l'hypopyon avait presque disparu, mais le corps vitré était trouble, les paupières œdémateuses, la conjonctive chémotique, on aurait pu croire à une ophthalmie, si les douleurs n'avaient été absentes et la température normale. Cet état inflammatoire atteignit son maximum le 11 janvier, jour où, en écartant avec peine les paupières, on put voir et ouvrir un petit abcès situé près du bout cornéen au-dessus du droit externe. Le 12 et le 13, deux autres petits abcès furent ouverts, et la réaction inflammatoire tomba rapidement, puis l'œil s'atrophia.

M. Trousseau rapproche ce fait d'un cas d'iritis cataménial à l'hypopyon qu'il a déjà rapporté, et surtout d'une observation d'iritis infectieuse liée à un rétrécissement uréthral qui a été publiée par M. Brun. Antérieurement, du reste, M. Despagnet a attiré l'attention sur l'infection irienne dans l'uréthrite blennorrhagique et admis qu'elle n'est qu'une manifestation locale d'une infection générale.

Du reste, on peut voir simultanément chez le même malade une otite purulente et une irido-choroïdite, ou encore des troubles gastro-intestinaux et une irido-choroïdite.

M. Gillet de Grandmont a observé un malade qui, à la suite d'une fièvre typhoïde avec accidents hépatiques et rénaux, présenta une iritis à hypopyon; une ponction de la chambre antérieure permit de recueillir et de cultiver l'humeur aqueuse dont la culture fut inoculée dans l'œil d'un lapin. Chez cet animal, le corps vitré se troubla, puis peu à peu reprit sa transparence; on le sacrifia, et, à l'autopsie, on trouva dans le foie les bacilles de la fièvre typhoïde.

M. Despagnet a vu un malade qui, à trois reprises différentes, présenta une uréthrite et une iritis hypopyon. L'an dernier, il fut appelé à l'hôpital du Midi par M. Balzer pour voir un homme qui, au cours d'une uréthrite, avait été pris de rhumatisme polyarticulaire et d'iritis de l'œil droit. Peut-être le salicylate de soude réussit-il dans ces affections, parce qu'il agit antiseptiquement. Ces cas, du reste, d'iritis blennorrhagique sont connus depuis longtemps.

M. Gorecki, lui aussi, a signalé autrefois des iritis infectieuses; en particulier, il en a vu un cas avec hypopyon à la suite de variole et sans pustules varioliques sur la cornée.

M. Jacques ne croit pas qu'il faille généraliser et toujours admettre l'infection comme cause de l'irido-choroïdite. Chez la femme, qui est aussi sujette que l'homme à cette affection, il y a lieu de tenir compte des rapports qui existent entre le système vasculaire de l'œil et des organes génitaux. Ils suffisent, sans qu'il y ait lieu d'invoquer l'infection, pour expliquer les iritis liées aux troubles menstruels.

M. Parinaud fait remarquer que l'on n'a pas encore démontré la présence du gonocoque dans l'œil atteint d'iritis blennorrhagique; il reconnaît toutefois que cette présence du bacille n'est pas nécessaire, car il peut agir par ses produits toxiques. Avec M. Moray il a vu un cas de conjonctivite survenue chez un blennorrhagique et a trouvé le gonocoque dans le pus, or il croit pouvoir affirmer, d'après l'évolution de la maladie, qu'il ne s'agissait pas d'une conjonctivite par inoculation directe, mais par infection endogène à distance.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 16 février 1894.

Sarcome de la région mammaire.

M. Cestan présente une tumeur volumineuse du sein enlevée à une femme de 51 ans par M. Le Dentu à l'hôpital Necker. Après un traumatisme, la tumeur évolua en une année et acquit le volume d'une tête d'adulte; le sein paraissait bien séparé de la tumeur qui était comme enkystée et sans adhérence avec la peau et les plans profonds. Le microscope montre qu'il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire avec dégénérescence muqueuse.

Chondrome du pied.

M. Cestan a observé une femme de 44 ans qui avait eu une entorse sept ans avant son entrée à l'hôpital Necker. Depuis, une tumeur évolua rapidement, partant de la région dorsale qui n'occasionna aucune douleur, mais qui gêna peu à peu la marche et empêcha le port de chaussures. La malade s'était inquiétée d'une ulcération de la peau avec ganglions inguinaux tuméfiés.

M. Le Dentu fit d'abord une incision exploratrice de la tumeur, mais, comme tous les os du tarse paraissaient envahis, il fit une amputation du pied par le procédé sus-malléolaire de M. Guyon. Le pied sera disséqué ultérieurement pour qu'on connaisse exactement le point de départ de la tumeur qui a englobé les tendons extenseurs. Un examen rapide au microscope a montré qu'il s'agissait d'un chondrome.

Rapports entre les scléroses médiane et latérale des cordons postérieurs.

M. Gombault a cherché avec M. Philippe les rapports qui pouvaient exister entre deux types de sclérose des cordons postérieurs de la moelle. Dans un premier cas il avait la figure de la virgule de Schultze ; dans le second il s'agissait d'une sclérose médiane (centre ovale de Fleschsig). D'après les observations de Fleschsig lui-même, de Schultze, d'Axenberger et des siennes propres, M. Gombault pense que si le centre ovale existe dans les parties inférieures, il disparaît dans les parties moyennes, car il est rejeté sur les côtés dans les faisceaux de Burdach et se traduit sous la forme de la virgule de Schultze dans les cas de sclérose.

Lésions cérébrales en foyer dans le purpura.

M. Péron, en faisant l'autopsie d'un enfant mort de broncho-pneumonie à l'âge de 18 mois avec purpura sur la peau de l'abdomen, a trouvé dans l'encéphale différentes lésions en foyer, particulièrement dans la protubérance, dans le genou du corps calleux, et en plus de petites lésions multiples dans tous les centres nerveux.

Ascite, périhépatite et cirrhose.

M. Sergent présente le foie d'une femme morte dans le service de M. Ducastel, d'ictère grave compliquant une cirrhose de Laënnec. Il existait à la partie supérieure du lobe droit une poche limitée en haut par le diaphragme et contenant un liquide analogue au liquide ascitique de la grande cavité. Il s'agissait donc d'un foyer de périhépatite qui expliquerait la pathogénie de l'ascite.

Foie et glycosurie.

M. Thiroloix a communiqué l'an dernier ses expériences sur la piqûre du bulbe amenant la glycosurie, après l'ablation du pancréas. Il a fait l'expérience plus complète en détruisant le foie sur place, par 9 jours de jeûne et ligature du canal cholédoque, puis en enlevant le pancréas : la piqûre du bulbe détermine encore de la glycosurie. M. Thiroloix en déduit que le foie et le pancréas ne sont pas les seuls agents glycogènes de l'économie.

Rétrécissement mitral.

M. Martin Durr présente le cœur d'une femme morte d'asystolie consécutive à un rétrécissement mitral pur. En outre des lésions du rétrécissement de l'orifice mitral, on voit qu'il existe des noyaux crétacés dans les sommets du poumon, indices de tuberculose pulmonaire guérie, et des adhérences pleurales. Ce cas paraît donc appuyer la théorie de M. Potain qui pense que le rétrécissement mitral est consécutif à la tuberculose pulmonaire de l'enfance.

Luxation métatarso-phalangienne du gros orteil.

M. Morestin montre une pièce dans laquelle on constata que le ligament sésamoïde phalangien du gros orteil est déchiré. Il n'y a donc pas similitude avec le pouce où le sésamoïde suit toujours la phalange.

M. Morestin présente aussi le dessin d'une coupe antéro-postérieure du bassin chez une femme opérée depuis 6 mois d'une hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin et morte subitement de goître à prolongement médiastinal. On y constate que la vessie et le rectum sont bien en place : la cicatrice est très élevée et ne paraît pas s'affaisser.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 *février* 1894.

Hystérectomie abdominale pour inflammation des annexes.

M. Delagénière constate que quelquefois la laparotomie est insuffisante pour traiter la salpingite et qu'il faut secondairement enlever l'utérus; qu'inversement parfois on laisse après hystérectomie vaginale des poches qui nécessitent une laparotomie ultérieure. En effet, lorsqu'il y a des adhérences de toutes parts, avec l'intestin surtout, la voie vaginale est insuffisante. De là l'idée d'agir par voie abdominale pour enlever et les annexes et l'utérus. L'opération n'est pas plus difficile que l'hystérectomie abdominale pour fibrome enclavé. Une intervention de M. Delagénière a récemment réalisé toutes ces espérances; l'auteur ne prétend d'ailleurs pas conclure d'après un seul fait.

M. Pozzi. — L'idée n'est pas neuve ; l'opération est même courante en Amérique entre les mains de Polk et de Lusk, même pour des salpingites non suppurées, pour les cas où M. Segond fait l'hystérectomie vaginale. Les Américains en abusent même, ce qui tient à ce que, d'après ce que j'ai vu, ils font l'hystérectomie vaginale moins bien que nous. Pour ma part, je fais de grandes réserves.

M. Routier. — Il y a six ou sept ans, j'ai fait cette opération par nécessité, parce que l'utérus saignait horriblement après décortication des trompes. Mais dans les cas de ce genre, je fais actuellement l'hystérectomie vaginale.

M. Chaput. — J'ai publié récemment six cas heureux fournis par une méthode analogue. Mais je dois ajouter que ma 7e malade est morte de péritonite.

M. Segond. — Je connaissais et les faits auxquels a fait allusion M. Pozzi, et ceux de M. Chaput, mais, jusqu'à preuve du contraire, je crois que l'opération est beaucoup plus grave que l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne. Je pense que toutes les fois qu'une poche est enlevable par laparotomie, elle l'est, et avec moins de danger, par la voie vaginale.

M. Reclus. — Depuis quelque temps, je ne suis plus tout à fait de l'avis de M. Segond, et depuis que j'emploie la position déclive du tronc, je crois l'ablation des annexes plus facile par voie abdominale ; de là mon revirement. J'ai vu pratiquer l'hystérectomie abdominale totale : elle a les inconvénients des deux méthodes et aucun de leurs avantages respectifs. Quand, après laparotomie, on laisse l'utérus, la métrite guérit d'ordinaire tout de suite et il est tout à fait exceptionnel qu'elle exige autre chose qu'un léger curettage.

M. Quénu fait des réserves sur ce que vient de dire M. Segond et, depuis quelque temps, il est redevenu plus laparotomiste, parce que souvent, par la voie vaginale, on ne peut pas atteindre les annexes. Il y a, en effet, des cas où les annexes restent très haut. Les vieilles salpingites scléreuses sont, d'ailleurs, souvent plus difficiles à décortiquer par voie abdominale que les poches suppurées.

M. Reynier insiste sur cette opinion : jamais il n'a laissé les annexes après laparotomie ; et cela lui est arrivé au contraire par voie vaginale. Quant à l'opération de M. Delagenière, elle complique trop les choses : il vaut mieux laisser l'utérus et attendre, quitte à faire plus tard une hystérectomie vaginale, alors particulièrement bénigne.

M. Championnière croit que l'opération abdominale totale restera un procédé d'exception, quelquefois commandé par les lésions qu'on trouve chemin faisant. Quand on croit que l'utérus ne peut être conservé, il faut faire l'hystérectomie vaginale.

Taille hypogastrique.

M. Bazy fait sur le manuel opératoire de la taille hypogas-

trique une communication dont les points principaux sont les suivants : il faut injecter dans la vessie très peu de liquide, pour éviter les ruptures dont M. Pousson a relaté des exemples ; l'incision médiane suffit à tout ; la symphyséotomie est une complication dangereuse et toujours inutile ; pour éviter que l'urine ne souille la plaie, il faut l'évacuer par la sonde et laver avant d'ouvrir la vessie ; les fils suspenseurs sont inutiles et font perdre du temps ; il faut faire la suture et mettre une sonde à demeure de gros calibre (n° 20 à 22). On a cru qu'une grosse sonde était dangereuse, mais le temps a fait justice de cette erreur.

Anus contre nature.

M. Chaput présente un malade auquel il a pratiqué, par laparotomie, une entéro-anastomose pour traiter un anus contre nature accidentel, aujourd'hui réduit à une fistule.

M. Michaux relate un succès de l'entérectomie avec entérorrhaphie.

M. Berger revient à ce propos sur les applications répétés d'entérotome. (Voy. *Mercredi*, 1893, p. 626).

Enchondrome des doigts.

M. Quénu présente un enfant chez lequel il a traité un enchondrome d'un doigt par abrasion avec résection longitudinale de l'os. Il y a un intérêt réel à conserver le doigt dans ces cas, car la lésion est souvent multiple. Or, dans les traités classiques, on ne parle que de l'amputation.

M. Michaux croit qu'on peut essayer ce procédé ; mais il a vu un cas dans lequel des récidives successives ont finalement conduit à l'amputation du doigt avec son métacarpien.

M. Reboul envoie une observation de rupture uréthrale ancienne avec fistule périnéale et complications ascendantes. Guérison.

M. Michaux fait un rapport sur une observation de M. Poulain (de La Ferté-Macé) : fracture du sternum par coup de corne de bœuf avec chevauchement du fragment inférieur.

M. Schwartz présente des pièces d'hystérectomie abdominale totale pour fibrome.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 *février* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Sur la transformation de la variole en vaccine.

M. Hervieux. — On sait que dans une communication à l'Académie de médecine (20 et 27 octobre 1891), sur la transformation des virus, à propos des relations qui existent entre la vaccine et la variole, M. Chauveau a démontré expérimentalement ce fait considérable, que les deux virus vaccinal et variolique, au lieu d'être l'un le virus atténué, l'autre le virus fort d'un même agent, constituent deux espèces absolument distinctes.

Aux expériences de M. Chauveau, le directeur de l'Institut vaccinal de Carlsruhe, M. Fischer, a opposé ses propres expériences. Il en résultait que le virus variolique recueilli sur une pustule arrivée à la période de suppuration, et inoculé par scarification, à un sujet de l'espèce bovine, donnerait lieu à des boutons offrant tous les caractères du bouton vaccinal classique. De plus, la lymphe prise sur ces boutons, et cultivée par son passage à travers trois générations de génisses, produirait, sur les sujets de l'espèce humaine, une éruption vaccinale localisée avec l'ombilication caractéristique.

Les expériences de MM. Juhel-Renoy et Dupuy, qui n'ont qu'un défaut, celui de n'être pas assez nombreuses, sont loin d'être favorables aux affirmations de ceux qui prétendent transformer par des cultures successives la variole en vaccine.

Il serait superflu de rappeler, à l'appui de ces expériences, les différences cliniques si nombreuses et si importantes qui séparent la variole de la vaccine. Et puis, ne sait-on pas, par des milliers de faits, depuis Jenner jusqu'à nos jours, que jamais le virus vaccinal ne s'est transformé en virus variolique ? Dans les cas où des éruptions généralisées, présentant tous les caractères de l'éruption variolique, ont suivi l'inoculation vaccinale, ou bien le patient était déjà en incubation variolique au moment de la vaccination, ou bien le vaccinateur lui-même avait été l'agent de la transmission du principe infectieux.

Enfin, rappellerai-je qu'un autre argument clinique considérable est fourni par la variolisation, pratique funeste qui depuis un temps immémorial exerce ses ravages sur diverses contrées de l'Afrique. Or, jamais la variolisation n'a produit autre chose que de la variole.

Il suit de là que le virus de M. Fischer, s'il n'est qu'un virus variolique atténué, serait triplement dangereux : 1° parce qu'il pourrait, d'un instant à l'autre, donner lieu à une explosion variolique plus ou moins grave chez les sujets inoculés ; 2° parce que les sujets ainsi variolisés pourraient servir de point de départ à une endémie ou à une épidémie variolique ; 3° parce que, si, comme l'expérience des virus atténués porte à le croire, le virus Fischer ne possède la bénignité dont il jouit qu'aux dépens de son action préservatrice, il donne aux sujets inoculés l'illusion mais non la réalité d'une action préservatrice.

J'ajouterai que si, par une aberration que je ne comprendrais guère, la substitution du virus variolique atténué au virus vaccinal se généralisait, nous perdrions bientôt le fruit des longs efforts tentés en Algérie pour détruire chez les Arabes la désastreuse pratique de la variolisation. Ils seraient alors fondés à dire qu'ils préfèrent leur variole à ce qu'ils appellent « la variole du gouvernement ».

Le moindre inconvénient du virus vaccino-variolique de M. Fischer, c'est de n'avoir aucune utilité pratique. Notre confrère eût-il cent fois raison au point de vue théorique, l'identité de nature de la vaccine et de la variole fût-elle parfaitement démontrée, que les recherches de M. Fischer n'aboutiraient, comme résultat, qu'à la satisfaction d'une curiosité scientifique.

J'en appelle à la sagesse et au bon sens de tous les cliniciens : entre deux virus, l'un issu du cow-pox, l'autre de la variole ; l'un dont la bénignité est établie par une expérience séculaire, l'autre dont la bénignité est plus que suspecte, puisqu'il a occasionné la mort entre les mains de Depaul et de Chauveau ; l'un dont le pouvoir préservateur est à l'abri de toute discussion, l'autre dont l'efficacité à ce point de vue est au moins problématique, puisqu'une extrême bénignité ne s'obtient pour les virus atténués qu'à la condition de compromettre la vertu préservatrice ; entre ces deux virus, dis-je, l'hésitation est-elle possible, et le praticien, qui veut avant tout la sécurité, pourra t-il jamais préférer un virus variolique, si atténué qu'il soit, au virus si constamment efficace et exempt de dangers ?

Non, les expériences de Carlsruhe ne sont pas destinées à révolutionner la prophylaxie de la variole. Il n'y a rien de changé dans le groupe des agents infectieux ; il y a seulement, et ce sera la gloire de M. Fischer, un virus atténué de plus.

M. Chantemesse. — La question qui se pose à la suite des expériences de M. Juhel-Renoy, est de savoir si l'on peut cultiver la variole en série sur les bovidés. M. Fischer prétend avoir pu arriver à des résultats positifs. MM. Juhel-Renoy et Dupuy se sont-ils mis dans des conditions identiques à celles de Fischer ? Ils n'ont inoculé que deux animaux. Le chiffre me paraît un peu restreint et il me semble qu'il faudrait reprendre la question plus à fond et plus en détail avant d'infirmer les résultats de Fischer.

M. Antony. — M. Juhel-Renoy a insisté tout particulièrement sur les précautions qui furent prises à Aubervilliers pour se mettre à l'abri d'intepétations erronées. Les inoculations de virus varioleux furent faites dans un bâtiment spécial, loin d'un centre vaccinogène, pour éviter toute possibilité d'infection vaccinale involontaire.

C'est là, en effet, un danger qu'on ne saurait trop redouter et je suis convaincu, pour ma part, qu'un certain nombre de faits avancés comme preuves de la transformation de la variole en vaccine sont dus à des inoculations inconscientes de vaccin.

De plus, les diverses espèces animales possèdent une réceptivité tout à fait différente pour les mêmes inoculations virulentes et souvent même, sur une seule espèce animale,

on est obligé de varier considérablement et de répéter les expériences avant d'arriver à un résultat positif.

Mes propres expériences, effectuées avec du vaccin inoculé à des lapins, m'ont fourni une preuve de cette variabilité.

Dans un article publié en février 1891 dans la *Gazette hebdomadaire*, MM. Bard et Leclerc (Lyon) affirmèrent avoir pu vacciner avec succès 4 lapins en deux séries et, se basant sur ces résultats, ils émirent l'opinion que le lapin possède une réceptivité parfaite pour la vaccine, qu'on pourrait, au besoin, recourir à lui comme vaccinogène et qu'il est certain que cet animal peut être employé dans les laboratoires comme sujet d'expériences dans les études sur la vaccine.

On avait jusqu'alors considéré le lapin comme un sujet peu réceptif pour la vaccine; néanmoins, en présence d'affirmations nouvelles et précises, je résolus de renouveler les expériences de MM. Bard et Leclerc.

J'avais inoculé 48 lapins et j'en étais arrivé à penser que le lapin est un déplorable vaccinifère, que le vaccin peut prendre chez lui, mais avec un succès médiocre et inconstant, et qu'une première inoculation ne leur confère pas toujours l'immunité. Je passai à d'autres séries d'expériences lorsque, pratiquant par hasard une inoculation vaccinale sur un 49e lapin, je fus surpris de voir se développer une vaccine légitime que je contrôlai par transfert sur les bovidés.

Si donc j'avais conclu d'une façon formellement négative de mes 48 premières inoculations, j'aurais émis une opinion erronée.

Sans m'engager sur le terrain des hypothèses que pourrait susciter mon observation, je crois devoir, pour les raisons exposées, faire quelques réserves sur les conclusions de M. Juhel-Renoy et j'estime que de nouvelles expériences sont encore nécessaires pour trancher une question aussi importante que celle de l'identité ou de l'individualité de la variole et de la vaccine.

M. Juhel-Renoy. — Le nombre de nos animaux peut paraître assez restreint, je ferai remarquer cependant que nous avons eu soin de les choisir dans des conditions de dissemblance telles que les limites de l'expérimentation en fussent très reculées. Le nombre élevé de nos inoculations est encore à prendre en considération. J'ajouterai que nous n'avons pas eu l'intention de régler d'une façon définitive la question de la variole-vaccine, mais d'y apporter un élément de solution.

Orchite ourlienne.

M. Catrin présente un travail relatif à une épidémie récente d'oreillons qu'il put suivre au Val-de-Grâce et lit à ce sujet les conclusions suivantes :

1° Dans les complications testiculaires ourliennes il faut soigneusement distinguer l'orchite ourlienne de la fluxion testiculaire; celle-ci n'est jamais grave et ne se termine jamais par l'atrophie.

2° La proportion des orchites que nous avons observées est identique à celle constatée par M. le professeur Laveran, 1 sur 3,7 (professeur Laveran 1 sur 3,3).

3° L'orchite apparaît le plus souvent du 4e au 8e jour après le début des oreillons, mais peut se montrer tardivement le 12e, 15e, 16e jour.

4° Il n'y a aucune constance dans la correspondance ou le croisement de l'oreillon avec l'orchite, aucune relation entre l'oreillon simple avec l'orchite simple, double avec l'orchite double.

5° Les orchites précédant les oreillons sont très rares, exceptionnelles même.

6° L'orchite ourlienne s'accompagne presque toujours de fièvre ; l'apyrexie est tout à fait exceptionnelle. Cette fièvre dure en moyenne trois ou quatre jours, le cycle thermique est d'ailleurs très variable, mais le plus souvent l'ascension thermique est plus brusque que la descente. Les phénomènes douloureux précèdent l'élévation de la température.

7° La gravité au début des oreillons permet-elle de prévoir l'orchite? Il y a plus de chances d'orchite dans les oreillons à début grave, surtout s'il existe en même temps des douleurs persistantes dans un ou les deux testicules.

8° Dans l'orchite ourlienne, le processus débute par l'épididyme ; celui-ci est toujours atteint ; il peut même être seul envahi par le processus.

9° La véritable prophylaxie de l'orchite ourlienne repose tout entière dans le repos absolu dès l'apparition des premiers symptômes et dans l'abstention de tout exercice violent longtemps après la guérison apparente de l'affection ourlienne.

10° L'atrophie testiculaire consécutive à l'orchite ourlienne semble plus rare, du moins dans l'épidémie que nous avons observée, qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent ; nous avons constaté à peine une atrophie sur deux orchites au lieu de deux sur trois, chiffre classique. Dans un certain nombre de cas, le testicule, après une période plus ou moins prolongée d'atrophie et de perte de connaissance, reprend son volume normal et sa consistance habituelle. Ces faits sont moins rares qu'on ne l'avait cru jusqu'a présent.

11° L'examen du sperme dans un cas d'atrophie double a permis de constater la diminution du nombre des spermatozoïdes dans la liqueur séminale.

12° Il semble que l'atrophie testiculaire s'accompagne de la perte du réflexe crémastérien.

Myxœdème.

M. Chantemesse lit une observation de myxœdème fruste, traité avantageusement par le liquide thyroïdien.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 *février* 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Vaccination anti-tuberculeuse.

M. Richet. — Les chiens que je présente ont été vaccinés contre la tuberculose humaine dans des conditions un peu différentes. Le premier a été inoculé le 6 décembre 1892, avec de la tuberculose aviaire, et a reçu, le 12 mai 1893, une dose de tuberculose humaine suffisante pour tuer sûrement un animal de même taille non préparé. Or, comme on le voit, ce chien paraît bien portant. Cinq autres chiens témoins ayant reçu la même dose ont succombé après quatre mois en moyenne. Il est bon de remarquer que le vaccin n'est pas inoffensif, car il tue les animaux dans 75 0/0 des cas.

Le deuxième chien a été opéré dans les mêmes conditions et avec les mêmes résultats. Dans cette série, le vaccin a tué les animaux dans la moitié des cas.

Enfin le troisième animal a été inoculé avec de très petites doses successives de tuberculose humaine ; ici encore le vaccin a produit des effets mortels dans 50 0/0 des cas.

Ainsi les effets sont inconstants : il y a des questions de dose, qu'on ne peut fixer aisément. Mais, en tout cas, ces expériences établissent la possibilité d'une vaccination tuberculeuse.

M. Chauveau. — J'ai insisté dès longtemps sur cette question de dose et d'espèce, en montrant comment la vaccination réussit couramment avec le virus du charbon symptomatique, et jamais ou presque jamais avec le virus charbonneux proprement dit.

M. Gilbert. — Je crois que les résultats obtenus par M. Richet chez le chien ne pourraient être obtenus chez d'autres espèces, en particulier chez le cobaye. Dans des expériences anciennes avec M. Roger, nous avons tenté de vacciner des cobayes avec de la culture aviaire. Or quand nous inoculions ultérieurement de la tuberculose humaine, les animaux succombaient avec une régularité qui nous a vite découragés dans nos recherches.

Thermogénie chez les animaux.

M. d'Arsonval et **Charrin.** — Après avoir perfectionné le procédé de calorimétrie de manière à éviter toute cause d'erreur, nous avons cherché quelles modifications pouvait subir la déperdition de calorique chez les animaux auxquels on injecte soit la culture pyocyanique, soit la toxine pyocyanique seule, soit la tuberculine. Avec la culture pyocyanique, nous avons vu, chez un lapin, la température centrale monter de 38°7 à 39°9, et de 38°7 à 39°5 avec la toxine seule. Avec la tuberculine, la température passait de 38°8 à 40°5. Or il est frappant de constater que les indications du calorimètre

sont loin de concorder avec celles du thermomètre ; c'est plutôt l'effet inverse qu'on constate.

Ceci montre combien le thermomètre est insuffisant pour renseigner sur les modifications de la chaleur animale dans les infections.

M. Richet. — Je ferai cependant remarquer qu'en piquant un point du cerveau, j'ai observé dès longtemps qu'il y avait chez le lapin une hyperthermie considérable, avec déperdition calorique et concordante.

Ictère grave hypothermique.

M. Hanot. — J'ai tenté d'expliquer les faits de cet ordre en admettant une infection par le coli-bacille dont les effets cholérigènes ont été bien mis en évidence. Or je viens d'observer deux nouveaux cas dans lesquels j'ai pu démontrer pendant la vie l'infection coli-bacillaire en examinant le sang et le suc hépatique.

M. P. Richer a poursuivi ses études chromo-photographiques sur les caractères de la contraction musculaire, soit statique, soit dynamique, soit frénatrice. L'état dynamique comporte un gonflement du muscle mieux dessiné et plus circonscrit. D'autre part, en cherchant à vérifier l'opinion des auteurs sur la permanence de la tension musculaire, il est arrivé à cette constatation, que dans certaines positions il y a relâchement musculaire complet. Un muscle important comme le biceps est flasque, tombant, et ses extrémités ne s'écartent pas après une section.

M. Sanson a étudié les effets de l'administration du phosphate de soude aux vaches laitières. En donnant à une vache, qui fournit dix litres de lait par jour, une dose de phosphate de soude croissant de 12 à 30 gr. et administrée vers 4 heures du soir, on obtient 13 heures après, au moment de la traite du matin, un lait beaucoup plus riche en acide phosphorique (jusqu'à 0,750 millig. de plus par litre). Cet excès de phosphore n'est pas combiné à la caséine, mais dissous dans le sérum.

M. Regnard décrit un ingénieux dispositif facilitant l'évaporation de grandes quantités d'eau, et marchant automatiquement.

M. Butte a sectionné le vague, faradisé le bout périphérique et cherché par l'analyse du sang porte et sus-hépatique comment se comporte le sucre du foie. Ce sucre est toujours augmenté notablement.

J. Girode.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 7 *février* 1894.

Présidence de M. Cordier.

Tuberculose pulmonaire et endocardite.

M. Mouisset présente des pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un malade de son service. C'était un tuberculeux d'assez vieille date, âgé de 26 ans; il a succombé le 6 février à une poussée granulique récente. Pendant la vie, on avait constaté, dans la région médio-cardiaque, un souffle systolique qu'on qualifia d'extra-cardiaque; à aucun moment il ne s'est accompagné de phénomènes asystoliques. A l'ouverture du cœur, on voit que la valvule mitrale a ses bords épaissis et comme calcifiés. Il s'agit évidemment là d'une endocardite ancienne, mais sur cette lésion ancienne, en un point très limité, s'est greffée une lésion aiguë, endocarditique, une petite frange, contemporaine de la dernière poussée de granulie. S'agit-il, là aussi, d'un processus tuberculeux? Peut-être l'histologie pathologique pourrait nous renseigner.

M. Bard. — La poussée endocarditique est probablement de nature tuberculeuse, mais on ne peut pas affirmer qu'il en soit ainsi. Dans des lésions aussi récentes, la preuve bactériologique, non plus que la preuve histologique, ne peut pas être fournie.

M. Bard est bien aise de faire remarquer une fois de plus qu'il n'y a pas d'asystolie lorsqu'il existe des lésions calcaires de l'endocarde. Ceci vient à l'appui des idées qu'il soutient. Il n'est pas étonnant non plus que la poussée aiguë n'ait pas donné lieu à des phénomènes asystoliques, parce que celle-ci a évolué parallèlement à la granulie, ce qui arrive fréquemment.

M. Cordier. — M. Bard vient de dire que la coexistence des lésions tuberculeuses du poumon et de l'endocardite est fréquente. Cependant, dans une séance précédente, il disait que ces faits étaient exceptionnels. Comment accorder ces deux affirmations?

M. Bard. — Anatomiquement, les deux affections peuvent coexister; mais, ce qu'on ne voit pas, c'est la chronicité active des deux lésions; ce sont là les idées que M. Tripier a défendues. On ne saurait établir un antagonisme de nature entre les deux affections, puisque, à l'amphithéâtre, il y a fréquemment coexistence, mais les deux lésions ne se traduisent pas simultanément par des signes cliniques.

Pneumothorax et broncho-pneumonie.

M. Paviot, interne des hôpitaux, met sous les yeux de la société un pyo-pneumothorax survenu dans le cours d'une broncho-pneumonie chez un homme de 59 ans. Il existait à la périphérie du parenchyme pulmonaire des foyers de gangrène.

Le morphinisme chez le chien.

MM. Guinard et **Devay** relatent l'histoire d'un chien qui, neuf mois durant, a reçu chaque jour une injection de morphine variant de 20 à 60 centigrammes. En dehors du sommeil, les auteurs ont observé l'hypersécrétion salivaire, des vomissements, de la frigidité à l'égard d'une chienne en chaleur, des troubles graves de la nutrition et une diminution considérable du poids, malgré la conservation de l'appétit. A l'autopsie, hypertrophie du ventricule gauche et une plaque d'athérome sur une des valvules du cœur.

M. Navarre présente une *trousse-étuve* du Dr Quintard (d'Angers). C'est une boîte en aluminium sans soudure dans laquelle on place les instruments à stériliser. Chauffant successivement les parois de cette boîte avec une lampe à alcool, la température intérieure s'élève à 120° si l'on chauffe une demi-minute et à 200° si l'on chauffe une minute.

Pierre Lacour.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 12 *février* 1894.

Abcès de la région antérieure du cou ayant fusé dans le larynx.

M. A. Brial. — J'ai l'honneur de présenter une pièce provenant d'une autopsie faite le 5 février dans le service de M. le professeur Vergely.

Le malade qui l'a fournie était un Arabe débarqué à Bordeaux le 3 février, au retour d'une expédition entreprise au Gabon par le duc d'Uzès. Entré à l'hôpital le même jour, cet Arabe présentait une certaine tuméfaction des parties antérieure et latérale droite du cou et paraissait éprouver une assez grande difficulté pour parler et respirer; de plus, il crachait beaucoup et ses crachats contenaient une notable quantité de pus. On diagnostiqua un abcès du cou; mais, étant donné l'état d'affaiblissement presque cachectique du malade, on ne crut pas devoir intervenir.

A l'autopsie, on trouva, en écartant légèrement le tendon du sterno-mastoïdien du côté droit, une poche qui se déchira et laissa échapper une assez grande quantité de pus.

Ce pus a dû naître, pour une cause impossible à déterminer, à la partie antérieure et inférieure du larynx, au-dessous du cricoïde; après avoir tenté un passage vers le médiastin antérieur qu'il a envahi, mais dont le chemin lui a bientôt été fermé par un épaississement du tissu cellulaire, il est remonté sur la face latérale droite des deux cartilages cricoïde et thyroïde; soulevant ensuite le tendon du sterno-mastoïdien et remontant encore plus haut, il est venu traverser la membrane thyrohyoïdienne du côté droit et se

déverser, par le bord de l'épiglotte, à la base de la langue, dans le conduit respiratoire.

En présence d'un abcès de cette nature, il était tout indiqué d'intervenir par une simple incision à la partie latérale droite du cou. Cette incision donnant issue à la collection purulente aurait ainsi empêché l'entrée du pus dans les voies respiratoires et la mort rapide qui a suivi. Mais, le jour de l'entrée à l'hôpital, il était trop tard et l'on a agi sagement en réservant toute intervention chirurgicale.

Le médiastin était envahi par de gros ganglions dont quelques-uns atteignaient le volume d'un petit œuf de poule et comprimaient la crosse de l'aorte, la trachée et les bronches.

Kyste hydatique de la mamelle.

M. Brindel. — Dans le courant du mois de décembre dernier entrait à l'hôpital, dans le service de M. le docteur Dubourg, une femme âgée de 26 ans, Mme D..., originaire du département des Landes, pour se faire enlever une tumeur qu'elle portait au sein droit depuis quatre ans.

Mme D... a un enfant bien portant, âgé de sept ans; elle n'avait jamais été malade quand, il y a quatre ans, elle s'aperçut qu'elle portait au sein droit, à trois travers de doigt au-dessous et un peu en dedans du mamelon, une petite tumeur mobile, allongée transversalement, augmentant peu à peu de volume.

A son entrée à l'hôpital, nous constatâmes un aspect général excellent. Le sein gauche ne présentait aucune particularité. Le sein droit ne présentait, au premier abord, rien d'anormal : la peau avait une coloration uniforme en dehors de l'aréole.

Examiné de profil il offrait, cependant, une saillie légère dans le point indiqué plus haut.

Par la palpation, on percevait à ce niveau une tumeur allongée transversalement, de la dimension d'une mandarine, effilée vers la ligne mamelonnaire. Cette tumeur, parfaitement mobile sous la peau et sur le grand pectoral, avait une surface des plus irrégulières, bosselée, et une consistance absolument ligneuse; elle semblait faire corps avec le tissu glandulaire, et ne s'accompagnait pas d'adénopathie axillaire. Elle n'était, en outre, le siège d'aucune douleur spontanée ou provoquée par la pression.

L'évolution lente, l'absence d'adhérences à la peau et aux parties profondes, l'absence de douleurs et d'adénopathie firent rejeter le diagnostic de tumeur maligne, bien que la malade eût des antécédents cancéreux. Tenant compte de la ponction qui avait été pratiquée il y a deux ans, on porta le diagnostic de kyste malgré la dureté extrême de la tumeur : on sait, en effet, que les kystes du sein à paroi très tendue simulent à s'y méprendre la consistance des tumeurs solides.

L'extirpation pure et simple fut immédiatement proposée et acceptée. Les autres organes, notamment le foie, étaient sains.

Une incision cutanée de six centimètres dans l'axe de la tumeur permit d'arriver sur elle après section du tissu cellulo-adipeux; on vit alors nettement qu'elle faisait corps avec le tissu glandulaire et ce n'est qu'en incisant ce dernier qu'on arriva à extraire le kyste.

Chemin faisant, M. le docteur Dubourg, pour avoir une prise sur la tumeur, la saisit avec une pince érigne qui en perfora la paroi et il s'en écoula aussitôt un liquide clair comme de l'eau de roche.

La réunion se fit par première intention et, dix jours après l'opération, la malade sortit de l'hôpital.

Lorsque nous pratiquâmes l'incision de la tumeur au bistouri, nous mîmes à découvert une cavité kystique unique contenant douze à quinze membranes blanchâtres et transparentes, mais un peu enroulées sur elles-mêmes, qui, plongées dans l'eau, s'étalaient immédiatement : ces membranes n'avaient avec la face interne du kyste aucune adhérence : nous avions affaire, à n'en pas douter, à des vésicules filles développées dans une même vésicule mère.

Nous priâmes M. le professeur agrégé Auché de vouloir bien faire l'examen histologique de la poche : voici la note qu'il a eu l'obligeance de nous remettre :

A l'examen microscopique, on distingue à la paroi du kyste deux couches superposées : la première, la plus interne, constitue la membrane propre du kyste hydatique : elle est formée par une série de fines lamelles adossées entre elles, imbriquées les unes au-dessus des autres, légèrement écartées en plusieurs points par le fait de l'action des réactifs et des manipulations : ces lamelles sont constituées par une substance uniformément colorée en rose, sans cellules ni noyaux d'aucune sorte.

Plus extérieurement, existe une tunique fibreuse beaucoup plus épaisse que la précédente; on peut y décrire deux parties : une partie interne constituée par du tissu fibreux très dense, une partie externe dans laquelle le tissu conjonctif est un peu plus lâche, mais où les acini sont encore altérés. Plus extérieurement, on trouve le tissu glandulaire normal.

La couche fibreuse interne est formée par des faisceaux très serrés et ondulés de fibres conjonctives entre lesquelles se trouvent des cellules conjonctives de forme généralement allongée.

Dans cette tunique, se trouvent englobés quelques acini dont l'aspect et la structure sont complètement modifiés; ils sont très aplatis, leur lumière a disparu et ils se présentent sous la forme de petites traînées cellulaires dirigées parallèlement à la surface du kyste. Les cellules des acini sont aplaties et de forme très irrégulière. Elles remplissent les fentes qui représentent les acini et se trouvent très serrées les unes contre les autres. Elles ont perdu les caractères des cellules glandulaires du sein et ne sont plus représentées que par un gros noyau vivement coloré entouré d'une très mince couche protoplasmique.

Tout autour des acini ainsi altérés, le tissu fibreux est infiltré d'une assez notable quantité de cellules conjonctives.

Dans la partie la plus extérieure de cette couche fibreuse, le tissu conjonctif est beaucoup plus lâche et les acini glandulaires moins altérés; mais les culs-de-sac glandulaires sont aplatis dans un sens perpendiculaire à la surface du kyste.

Les acini sont généralement arrondis ou un peu ovalaires et constitués de différentes façons : les uns, moins altérés, sont formés par une tunique conjonctive tapissée intérieurement par des cellules assez régulièrement cubiques; dans d'autres, les cellules glandulaires deviennent plus plates; leur protoplasma diminue, leur noyau reste volumineux, et elles remplissent quelquefois complètement la lumière de l'acinus.

Le tissu conjonctif qui sépare les acini entre eux est fortement infiltré de cellules conjonctives.

Les vaisseaux, très rares et très petits dans la partie la plus interne de cette couche, sont plus grands et plus nombreux à la partie extérieure. Partout ils ont une paroi propre.

Plus extérieurement le tissu reprend les caractères et l'aspect du tissu normal de la mamelle.

Les kystes hydatiques de la mamelle sont fort rares. MM. Duplay et Reclus, dans leur *Traité de chirurgie* (édition de 1892), n'en mentionnent que 24 observations, dont 13 avec renseignements exacts. Nous nous sommes livré à quelques recherches bibliographiques et nous n'avons pu retrouver aucune observation en 1893.

Des treize cas certains analysés dans le *Traité de chirurgie*, six seraient survenus chez des femmes âgées de vingt à trente ans, deux de trente et un à quarante ans, quatre de quarante et un à cinquante ans; la plupart des femmes avaient eu des enfants et huit sur treize portaient leur kyste à droite; en cela notre malade ne fait pas exception à la règle : elle a vingt-six ans, est mère d'un enfant, et sa tumeur siège à droite.

Un seul cas d'examen histologique aurait été pratiqué par Recklinghausen (cas de Fischer). Cet histologiste aurait trouvé une capsule formée de faisceaux de tissu conjonctif parallèles à la surface et à la face externe de cette capsule des éléments glandulaires plus ou moins comprimés ou altérés : d'où impossibilité de savoir si l'hydatide s'était primitivement développée dans le tissu conjonctif ou dans les conduits glandulaires.

L'examen de notre tumeur ne nous permet pas non plus d'élucider cette question : seule la forme allongée pourrait peut-être faire pencher en faveur de la seconde hypothèse.

Toutefois, ce qui fait l'intérêt de notre observation et qui la différencie des cas analogues publiés jusqu'à ce jour, c'est d'abord le nombre assez considérable de vésicules filles contenues dans la poche; c'est en outre la forme allongée, la surface irrégulière, bosselée, où l'on percevait de petites éminences

de même consistance ligneuse que le reste de la tumeur; jusqu'ici, en effet, on n'aurait rencontré les kystes hydatiques du sein que sous la forme de tumeurs rondes, régulières, bien circonscrites.

En conséquence la régularité de la forme, invoquée dans l'ouvrage de MM. Duplay et Reclus comme le seul signe qui pourrait éveiller l'attention pour établir le diagnostic entre les kystes hydatiques et les autres tumeurs bénignes du sein, n'a aucune valeur absolue, puisque le kyste peut présenter une surface bosselée et une forme plus ou moins irrégulièrement allongée.

Le diagnostic continuera à être établi dans la plupart des cas au moment de l'ouverture de la poche seulement, à moins qu'une ponction exploratrice ne permette de reconnaître la nature du liquide ou la présence de crochets d'échinocoques.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 5 *février* 1894.

Le rein dans le choléra nostras.

M. Bernhardt, en examinant l'urine des enfants atteints de choléra nostras, y a trouvé, dans 60 0/0 des cas, de l'albumine, des cylindres granuleux, des leucocytes, de rares hématies, des cocci et des bâtonnets, et souvent aussi de l'acide urique en excès et une quantité assez considérable d'indican. Dans onze cas, les reins, sans altération microscopique apparente, présentaient une stéatose caractéristique de l'épithélium des tubes contournés, avec intégrité des glomérules et tuméfaction trouble dans la substance corticale, excepté au voisinage immédiat de la capsule; la substance médullaire offrait seulement de nombreux cylindres accompagnés de quelques gouttelettes graisseuses. Dans trois cas, les tubes droits et les anses larges étaient remplis de cylindres, comme dans le choléra asiatique; mais la nécrose de coagulation est rare. Pour ne pas supposer une même toxine dans les deux sortes de choléra, M. Bernhardt attribue simplement l'analogie des altérations rénales à l'effet commun d'une ischémie par condensation du sang; il n'admet cependant une action toxique, dans certains cas où l'enfant a succombé avec des symptômes spéciaux, sans avoir subi de notables déperditions aqueuses; mais en général l'altération rénale dans le choléra nostras diffère absolument des néphrites diphthéritiques ou scarlatineuses.

M. Baginsky fait observer que, si les déperditions aqueuses sont assez accusées dans le choléra nostras des enfants pour abaisser le poids d'une à trois livres en un jour, elles n'autorisent pas à passer sous silence le rôle des décompositions organiques qui mettent en liberté dans l'intestin de l'ammoniaque et d'autres substances toxiques, dont l'effet se manifeste, parfois longtemps après la guérison de l'entérite, par l'évolution d'une néphrite tardive s'accompagnant d'urémie mortelle et rattachée à tort, dans maint cas, à des accidents de la dentition.

M. Leyden, après avoir rappelé que la nécrose de coagulation, caractéristique dans le choléra asiatique, fait souvent défaut dans les autres entérites, reconnaît que les pertes aqueuses peuvent jouer un rôle important dans l'altération rénale du choléra nostras; mais il ajoute avoir constaté dans maint cas, chez des adultes, d'assez grandes analogies entre les altérations rénales dans les deux maladies en question pour s'être cru alors en présence d'affections rénales identiques créées par les deux maladies ou en présence de cas de choléra asiatique, tantôt typiques, tantôt incomplets. Quant au poison cholérique, sans en nier l'existence, il ne la trouve pas décelée actuellement d'une manière assez nette par les phénomènes morbides.

Il croit indispensable d'établir une distinction entre les premières altérations du rein correspondant au stade initial des maladies infectieuses et se révélant généralement pendant la vie par l'albuminurie, et l'affection rénale ultérieure qui se caractérise en tant que néphrite. L'albuminurie scarlatineuse, par exemple, dans la période fébrile, n'a aucune valeur pronostique à l'égard de la néphrite qui peut se manifester dans la période desquamative avec son tableau symptomatique propre (diminution des urines, apparition du sang, production de l'hydropisie), car l'altération parenchymateuse, tantôt à peine appréciable et tantôt caractérisée par une tuméfaction granuleuse très accentuée des épithéliums, ne fait place à la néphrite qu'au début des processus inflammatoires interstitiels ou au moment de la production des cylindres fibrineux. Dans la diphthérie, les altérations néphritiques s'observent plus rarement que les altérations parenchymateuses, en raison de la mort souvent précoce du malade; toutefois dans cette maladie, où l'infection mixte est fréquente, intervient un facteur pathogénique spécial représenté par le streptocoque qu'on trouve souvent en colonies dans les canalicules urinaires et dans le rein, alors que le bacille diphthéritique ne se rencontre ni dans le sang, ni dans les tissus.

M. Littauer, s'appuyant sur l'immunité des cholériques à l'égard d'une infection nouvelle et sur l'efficacité trop restreinte des solutions salines en injection, considère les altérations du choléra comme résultant d'une infection générale et relevant ainsi de l'intoxication.

Sur les cellules de la lymphe.

M. A. Kossel rappelle que les diverses cellules de la lymphe, qu'on peut isoler en centrifugeant les sucs des glandes lymphatiques préalablement hachées et comprimées, comprennent, entre autres éléments constitutifs, des substances primaires (albuminoïdes, lécithine, cholestérine, phosphate de potasse, nucléine) qui se trouvent dans toute cellule apte à se développer, et des substances secondaires (graisse, glycogène, inosite, acide amido-valérianique) qui ne se rencontrent pas nécessairement dans toute cellule apte à évoluer. Les substances dérivées de la nucléine occupent ici une place importante, car le noyau de la cellule lymphatique la remplit presque complètement. Parmi les combinaisons de la nucléine et des albuminoïdes, il en est tout un groupe, celui des protéides, qui renferme une substance phosphatée, désignée sous le nom d'*acide nucléinique*, dont chaque molécule comprend des groupes atomiques de carbone et d'azote; cet acide sert en quelque sorte de pivot à une série de combinaisons, différant des albuminoïdes et produisant les groupes azotés de l'adénine, de la guanine, de l'hypoxanthine et de la xanthine, dont l'étude conduit à admettre une genèse de l'acide urique aux dépens des éléments nucléaires.

La molécule, extrêmement complexe, d'acide nucléique, d'où dérive la thymine puis bien d'autres groupes plus complexes encore et dont le rôle vital ne le cède en rien à celui des groupes albuminoïdes, se combine avec l'albumine en solution aqueuse et donne un précipité qui n'est autre que la nucléine; celle-ci à son tour avec d'autres albuminoïdes et entre autres avec l'*histon* pour former le *nucléo-histon*, décelé dans les hématies nucléées et dans les cellules lymphatiques du thymus.

Or, tandis que la nucléine, protéide acide, est précipitée par l'acide nucléinique dans une solution albumineuse acide, la protamine (base trouvée à l'état libre jusqu'ici dans le spermatozoïde du saumon seulement) précipite dans une solution d'albumine additionnée d'ammoniaque, c'est-à-dire une protéide basique, offrant tous les caractères de l'histon. Toutefois la production de la protamine aux dépens de l'histon n'a pas encore été réalisée, en raison des difficultés résultant de la propriété que présentent les séries albuminoïdes de fixer avec une stabilité croissante les groupes « prosthétiques » au fur et à mesure qu'elles en accaparent davantage dans l'intimité de leur molécule, comme elles font d'ailleurs aussi pour les atomes de fer. En revanche, la dislocation, si difficile dans les laboratoires, s'effectue aisément dans la cellule vivante; car dans le spermatozoïde du saumon, la protamine se trouve mise en liberté, pendant les processus de maturation, aux dépens de l'histon qui s'y trouvait auparavant, et, dans le noyau de diverses cellules, l'acide nucléique est mis en liberté, pendant la karyokinèse, aux dépens du composé albuminoïde correspondant à la phase de repos. Ce dernier phénomène chimique se révèle au micro-

scope par l'action d'un mélange de vert de méthyle basique et de fuchsine acide, qui colore l'acide nucléinique en vert dans la cellule en karyokinèse, et l'histon en rouge plus ou moins violacé dans la cellule lymphatique au repos. Quant aux conditions de la mise en liberté de l'acide nucléinique, elles sont encore peu connues, mais varient suivant les organes; car 1 kilogramme de thymus fournit 25 grammes d'acide nucléinique, mais 1 kilogramme de pancréas n'en a pas fourni, bien que son tissu renferme en grandes proportions cet acide combiné à de l'albumine.

Des particules organiques perdent leur transparence et leur vitalité quand on les met dans une solution d'acide nucléinique, parce que celui-ci entre aussitôt en combinaison avec l'albumine; aussi une solution à 0,5 0/0 a-t-elle suffi pour tuer des bacilles du choléra, des bacilles d'Eberth, des streptocoques et des staphylocoques, au bout d'un temps qui a varié de quelques minutes à quelques heures, et cette action bactéricide, qui peut être retardée, mais non enrayée, par l'albumine, intervient vraisemblablement dans la défense de l'organisme au moyen des phagocytes. Aussi l'étude chimique des éléments nucléaires mérite d'être poursuivie, non seulement au profit des connaissances anatomo-pathologiques, mais encore au profit des études pathogéniques et prophylactiques impliquant une action réciproque des substances normales de l'organisme et des substances infectieuses d'origine externe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 7 *février* 1894.

Anémie pernicieuse.

M. Baginsky résume l'observation d'un enfant de trois ans et demi qui succomba après avoir présenté tous les symptômes de l'anémie pernicieuse. Sans autre antécédent pathologique qu'une hémorrhagie considérable survenue à la suite d'une chute sur les lèvres, il fut amené à l'hôpital peu de temps après un accès de toux accompagné d'une hémoptysie qu'on eut grand'peine à arrêter. Déjà profondément anémié, il présentait une fièvre irrégulière, le plus souvent intermittente, et quelques vésicules suppurées sur le pouce droit, qui firent rechercher, en vain, quelque indice d'infection grave.

Du 9 au 31 janvier, le nombre des hématies tomba de 1,804,000 à 1,296,000 et celui des leucocytes de 18,000 à 12,000. Un abcès du genou donna lieu à une hémorrhagie peu abondante mais difficile à arrêter. En même temps que la diarrhée, s'établit une toux continuelle, suivie d'emphysème pulmonaire gauche refoulant le cœur à droite et enfin de dilatation cardiaque. L'examen hématologique décela constamment l'absence complète de cellules éosinophiles, la rareté des leucocytes polynucléés, la présence de poikilocytes, de microcytes, d'hématies nucléées, de mégaloblastes, la répartition très inégale de l'hémoglobine dans les hématies, enfin la production de particules arrondies, d'origine nucléaire, colorées par le bleu de méthylène. L'autopsie montra une stéatose cardiaque, hépatique et rénale, ainsi qu'une tuméfaction de la rate riche en follicules hypertrophiées; les capsules surrénales et la moelle osseuse ne présentaient pas d'anomalie.

Cirrhose hépatique.

M. Senator présente deux malades âgés chacun d'une quarantaine d'années et atteints, l'un de cirrhose atrophique, l'autre de cirrhose hypertrophique. Le premier, peu alcoolique, après avoir eu, vingt ans auparavant, un ictère passager, fut pris en juin dernier d'un ictère persistant avec cachectisation. Il n'existait ni tuméfaction splénique, ni stase vasculaire, mais le foie, d'ailleurs lisse et peu sensible, descendait jusqu'à l'ombilic et présentait une dilatation de la vésicule biliaire; les selles étaient décolorées et l'urine riche en bilirubine. La cholécystotomie donna issue à 200 centimètres cubes de liquide clair, mais ne permit pas de rattacher l'obturation du conduit biliaire à une lithiase ou une néoplasie, car le foie se rapetissa considérablement après l'établissement de la fistule biliaire qui fournit alors un liquide devenant gélatiniforme et verdâtre au repos et complètement dénué de cholestérine, d'urobiline, de bilirubine et de mucine. En l'absence de toute altération ganglionnaire, il est difficile de savoir si l'occlusion des voies biliaires se rattache ou non à la présence d'un néoplasme.

Le second malade, franchement alcoolique, très amaigri et atteint depuis un an d'ictère permanent, sans coliques hépatiques antérieures, présente un foie volumineux et lisse, une rate tuméfiée, sans stase vasculaire, et son urine, très riche en urobiline, ne contient pas trace de bilirubine dont la présence est manifeste au contraire dans le sang.

M. A. Frænkel résume l'observation d'un malade, qui présentait un ensemble de symptômes assez analogues au premier cas cité par M. Senator, et chez lequel la cystotomie montra, après l'écoulement de 200 cm. c. du liquide trouble, que la vésicule biliaire se terminait en cul-de-sac. A l'autopsie, on trouva, au voisinage du hile, une seconde poche constituée par une dilatation des canaux biliaires qu'obstruait un petit noyau cancéreux de l'orifice intestinal du cholédoque et qui contenait 100 cm. c. de pus inodore; celui-ci résultait vraisemblablement de la pénétration de bactéries dans les conduits biliaires où leur présence a occasionné l'inflammation et l'oblitération ultérieure du canal cystique.

M. J. Israël déclare avoir senti, chez le premier malade de M. Senator, une tuméfaction bosselée du lobe gauche, due probablement à l'existence d'une néoplasie maligne, d'autant plus que l'examen de la fistule permet de reconnaître, à la partie inférieure du lobe droit, deux tumeurs assez volumineuses.

M. Senator répond que la diminution progressive de ces tuméfactions depuis l'établissement de la fistule ne permet guère d'affirmer ici une néoplasie maligne.

Influence des mesures hygiéniques sur l'état sanitaire de Berlin.

M. Zadeck, pour établir que, contrairement à l'opinion de M. Weyl, l'abaissement du chiffre de la mortalité aussi bien que l'abaissement du chiffre de la natalité n'est qu'apparent, se base principalement sur la nécessité de tenir compte de toute la population besogneuse qui s'est trouvée rejetée hors des limites de la cité, et dont les statistiques peu satisfaisantes ont été portées à tort à la charge des tableaux démographiques de la province, en sorte que les chiffres officiels de Berlin font attribuer, à tort, aux effets des progrès de la canalisation les résultats de la modification des conditions sociales de la population demeurée à l'intérieur de la ville.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 12 *février* 1894.

Causes de la péritonite.

M. Treves. — Les meilleures classifications de la péritonite sont basées sur son étiologie. La péritonite est à peu près toujours d'origine infectieuse. Les différentes péritonites varient suivant la dose de l'infection et les résistances individuelles. Il faut tenir compte de l'âge du sujet, des maladies concomitantes, de l'intégrité primitive ou des lésions antérieures du péritoine. Le plus souvent la péritonite est due à une infection provenant d'un organe voisin et se propageant par continuité au péritoine. Telles sont les péritonites consécutives aux hernies ou à toute autre lésion viscérale, les péritonites puerpérales, la plupart des pelvi-péritonites, certaines variétés de péritonite tuberculeuse, la péritonite dite chimique dans laquelle le péritoine n'est pas tant envahi par les microbes eux-mêmes que par leurs produits chimiques. On peut donner des péritonites la classification suivante : 1° péritonites dues à une infection venant de l'intestin ; 2° péritonites dues à une infection venant du dehors ; 3° péritonite due au pneumocoque ; 4° péritonite tuberculeuse ; 5° péritonites de nature douteuse. Les péritonites dues à des infections venant de l'intestin sont consécutives à des hernies, des occlusions intestinales, des perforations intestinales, des ulcé-

rations, des entérites, des cancers, des appendicites, des inflammations des voies biliaires ; le plus souvent ces péritonites sont dues au bacterium coli commune, dont un des traits les plus remarquables est la grande variabilité qu'il présente dans son degré de virulence ; cette virulence paraît s'exalter dans tous les cas de lésions intestinales. Ce bacille produit en général des péritonites purulentes. Arndt a montré que les microbes peuvent traverser la paroi intestinale et tomber dans la cavité péritonéale quand il existe uniquement un très léger degré de constriction de l'intestin. Dans les péritonites par perforation, les microbes qu'on trouve d'ordinaire dans les fèces ne vivent que peu de temps dans la cavité péritonéale et bientôt le bacterium coli commune persiste seul. Pour Barbacci, la mort du sujet est amenée dans ces cas en partie par les produits microbiens et en partie par les substances chimiques nocives contenues dans l'intestin et qui se sont épanchées dans la cavité du péritoine. Ce bacterium coli commune est peut-être la cause de certaines pneumonies consécutives à des péritonites. Dans une péritonite due à ce microbe, le liquide épanché est d'abord vert et d'une odeur infecte ; quand le pus se forme il a la même odeur ; dans les cas chroniques, il se forme une sorte de matière blanche analogue à de la crème. Pour produire la péritonite, les bactéries peuvent passer dans le péritoine par une perforation de l'intestin ; elles peuvent traverser l'intestin non perforé mais présentant une lésion. Les péritonites dues à une infection venant du dehors comprennent les péritonites puerpérales; il s'agit alors en général du streptococcus pyogenes, seul ou associé à d'autres microbes. L'existence de la péritonite à pneumocoques est incontestable. Parmi les péritonites d'origine douteuse, je place : *a.* les péritonites dues aux irritants ; *b.* celles qu'on admet pouvoir être produites par le rhumatisme, la blennorrhagie, la syphilis, le mal de Bright, l'alcoolisme ; *c.* les péritonites des nouveau-nés. Il est douteux que les principes irritants suffisent à produire une péritonite ; il en est de même des autres péritonites de cette classe.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 13 *février* 1894.

Élongation des nerfs dans les névrites interstitielles localisées.

M. Kenneth Mc Leod. — En 1877, j'ai proposé l'élongation des nerfs dans les cas de lèpre anesthésique, afin de libérer les tubes nerveux de la pression exercée sur eux par le néoplasme de la névrite de la lèpre. Cette opération a été pratiquée 25 fois et le plus souvent elle a donné d'excellents résultats, qui dans beaucoup de cas ont été permanents. En 1880, j'ai eu l'occasion d'ouvrir une petite cavité qui occupait l'intérieur du nerf cubital; j'ai divisé ce nerf en deux et je lui ai fait subir l'élongation; il s'ensuivit une grande amélioration dans l'état de la sensibilité, de la motricité et de la nutrition et cette amélioration persista pendant 10 ans. Depuis j'ai pratiqué 8 fois cette section longitudinale du nerf qui m'a donné deux succès et 4 améliorations. L'opération de l'élongation des nerfs dans ces cas est donc fort recommandable : elle supprime les douleurs, rétablit la sensibilité, le pouvoir musculaire, guérit les ulcérations et améliore l'état général. Ce succès semble dû à ce que cette opération fait cesser la compression qui étouffe les tubes nerveux. Quand les produits inflammatoires se sont organisés et que la sclérose s'en est suivie, il faut recourir à l'incision longitudinale jointe à l'élongation. Dans les cas de névrites non tuberculeuses, on peut ainsi obtenir des guérisons permanentes. Ce traitement ne peut jamais causer d'accidents.

M. Thin. — Le premier nerf provenant d'un lépreux que j'ai examiné avec soin ressemblait à un tendon; on n'y trouvait plus trace de structure nerveuse. La lésion était produite par la migration dans le tissu interstitiel du nerf de cellules contenant des bacilles de la lèpre; il en résulte la formation lente de tissu connectif sans inflammation. La seule explication qu'on puisse donner de l'action de l'élongation des nerfs est qu'elle amène une néoformation de tubes nerveux, par suite de la disparition des cellules chargées de bacilles. On sait qu'il peut arriver que les bacilles de la lèpre se cantonnent dans le tissu nerveux, sans jamais infecter le reste de l'économie. J'ai vu un cas de lèpre au début qui a complètement guéri par des frictions à l'acide pyrogallique au niveau des plaques d'anesthésie.

Invagination intestinale.

M. Bryant. — Une femme de 84 ans présentait une invagination remplissant le rectum; un papillome était fixé à l'extrémité de cette invagination; j'ai attiré ce papillome en bas, je l'ai lié à sa base et je l'ai enlevé; j'ai ensuite réduit l'invagination en introduisant mon avant-bras jusqu'au coude dans le rectum. La malade guérit ensuite très rapidement. Une autre femme, âgée de 50 ans, ayant présenté pendant des années des troubles intestinaux, présenta finalement une invagination du gros intestin ; à l'extrémité de cette invagination il y avait un papillome. J'ai opéré exactement comme dans le cas précédent, mais il a suffi d'introduire la main dans le rectum jusqu'au poignet. La malade guérit. Ces invaginations, dues à des polypes, ne sont pas très rares; le cancer produit aussi de semblables invaginations. Quant au mode opératoire, j'ai éprouvé peu de difficulté à introduire ma main dans le rectum après la dilatation de l'anus, et en général cette pratique ne m'a pas donné de mauvais résultats pour plus tard. Cependant chez les hommes je n'ai jamais pu introduire ma main dans le rectum.

M. Mc Leod. — On peut y arriver chez l'homme lorsqu'il existe un énorme prolapsus ayant dilaté le sphincter anal.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE D'IRLANDE

Séance du 12 *janvier* 1894.

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.

M. Franks. — Une jeune femme de 24 ans avait toujours présenté de la dysphagie depuis l'âge de 7 ans, âge auquel elle avait eu la scarlatine. Depuis deux ans la dysphagie augmentait beaucoup; on trouva un rétrécissement très serré de l'œsophage, dans le 1/3 inférieur de ce conduit. Le 6 juillet 1892, on ouvrit l'abdomen, puis l'estomac. On introduisit dans l'œsophage, par le cardia, l'uréthrotome dilatateur d'Otis dépourvu de sa lame ; une bougie introduite par la bouche arriva ensuite dans l'estomac; on y fixa un fort bout de soie attaché à un tampon de gaze, qui portait d'autre part un autre bout de soie pendant du côté de l'estomac; on put ainsi établir un mouvement de va-et-vient du tampon à travers le point rétréci et finalement on laissa dans le rétrécissement le tampon et on coupa le fil de soie inférieur. On ferma l'estomac et l'abdomen. On retira le tampon par la bouche au bout de 6 heures. La malade guérit complètement.

Gangrène de la bouche dans la fièvre typhoïde.

M. Bewley. — Un garçon de 14 ans, atteint de fièvre typhoïde grave, présenta, au quarante-sixième jour de l'affection, une tache noire à la partie interne de la joue droite ; deux jours après, une tache semblable apparaissait sur la partie interne de la joue gauche ; cette dernière guérit vite, mais la première s'accompagna d'une dureté spéciale de la région et d'un gonflement de la joue avec envahissement de la peau. Puis la gangrène cessa de s'étendre et la partie sphacélée s'élimina, laissant dans la joue un trou de la grandeur d'une pièce de 1 franc; l'enfant guérit et cette plaie se ferma en six semaines. La gangrène de la bouche est très rare dans la fièvre typhoïde.

M. Smith. — Les lésions de la bouche qu'entraînent les maladies fébriles sont de trois ordres : 1° l'ulcération intense ; 2° la périostite aiguë ; 3° l'inflammation gangréneuse appelée noma.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 9 — 28 FÉVRIER 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 5 au 10 mars 1894.

Mercredi 7. — M. Souesme. Voies d'accès de la fosse ptérygo-maxillaire dans le traitement de la névralgie de la deuxième branche du nerf trijumeau. — M. Tucker. De l'éclairage des cavités de la face. — M. Morax. Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie dans la chirurgie oculaire.

Jeudi 8. — M. Couvreur. Etude de la saignée dans l'asystolie. — M. Clairfond. Considérations cliniques sur la bosse séro-sanguine dans la présentation du sommet. — M. Bailliot. Du détatouage. Différents procédés de destruction des tatouages. — M. Pépin. De la contagiosité de l'amygdalite aiguë. — M. Cruard. De l'emploi du protective de Lister dans le traitement des surfaces bourgeonnantes de niveau. — M. Duffau. Remarques sur la grippe épidémique ou influenza en 1889-90-91-93. — M. Duhamel. Contribution à l'étude du faux goître exophthalmique. — M. Baraton. Contribution à l'étude des crises gastriques dans la néphroptose.

Samedi 10. — M. Topart. Etude historique sur le traitement de la diphthérie. — M. Vidal. Contribution ou pronostic des lésions chroniques de l'endocarde chez les enfants. — M. Sottas. Myélites syphilitiques. — M. Létang. Note sur un nouveau procédé d'anesthésie locale. Applications thérapeutiques de la méthode et détermination de l'équivalent mécanique de la sensibilité.

VARIÉTÉS

Concours de l'internat. — Ont été nommés : *Internes titulaires* :

1. Gosset, Vanverts, Proust, Battigne, Lenoir, Grenet, Pasteau, Monbouyran, Baron.
10. Faitout, Pissavy, Lardennois, Jacobson, Lorrain, Mortagne, Villière, Guinard, Rabbé, Labbé.
20. Long, Angelesco, Lenoble, Wiart, Lacour, Chevereau, Monod (Jacques), Bureau, Martin (Charles), Chabry.
30. Dominici, Papillon, Vintrebert, Fünck Brentano, Bayeux, Barozzi, Planque, Morel, Jolly, Frenkel.
40. Herbet, Hallé, Pouquet, Bonnus, Bouchacourt, Chauvel, Escat, Fournier (Edm.), Junius Lavillauroy, Siron.
50. Riche, Chauveau, Le Damary, Bonnet (Léon), Zeimet, Siguier, Arrizabalaga, Chéron, Cange, Fauvel, Page, Carnot.

Internes provisoires :

1. Oppenot, Heresco, Hérard, Imbert, Salmon, Blanc, Hepp, Estrabant, Poix.
10. Rudaux, Beaulavon, Sainton, Veuillot, Bize, Mettetal, Levrey, Dardel, Riffé, Roger (Jean).
20. Delamare, Griffon, Nimier, Daumy, Dujarier, Laroche, Marchais, Brin, Le Für, Garnier.
30. Tariel, Guillemot, Macrez, Desvaux, Comte, Terrien, Branca, Jeaune, Claisse, Bigeard.
40. Tissier (Henri), Thienot, Delmond Bebet, Le Dard, Luys, Durrieux, Piatot, Larrieux, Martin (André).

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchements.* — Enseignement obstétrical clinique et théorique (1893-94).

Enseignement clinique. — M. le Dr P. Budin, chef de service, tous les jours à 9 heures.

Tous les jeudis à 10 heures et demie, *Leçon clinique* à l'amphithéâtre Velpeau, à partir du jeudi 8 mars.

Enseignement théorique et manœuvres opératoires. — M. le Dr Bonnaire, accoucheur des hôpitaux. Leçons : les mardis, jeudis, samedis à 5 heures (amphithéâtre Velpeau). Ouverture du cours de M. le Dr Bonnaire, le samedi 10 mars.

Conférences, par M. le Dr Legry, chef de laboratoire du service.

Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Chermont.

Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Marseille.

Concours pour la nomination à deux places d'accoucheur du Bureau central.

Ce concours sera ouvert le lundi 7 mai 1894, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 9 avril 1894, et sera clos définitivement le samedi 21 du même mois, à trois heures.

VIENT DE PARAITRE :

☞ **L'hygiène de la voix parlée et chantée**, par A. CASTEX, ancien prosecteur et chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Un volume petit in-8° de l'Encyclopédie des Aides-Mémoire 2 fr. 50

Dans cet ouvrage le Dr Castex a voulu vulgariser les questions diverses qui intéressent les nombreux professionnels de la voix (avocats, hommes politiques, prédicateurs, artistes). Il y passe en revue successivement : l'historique de la voix depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, l'anatomie et la physiologie de l'appareil vocal. L'auteur envisage cette dernière dans ses mouvements simples et dans les mécanismes complexes du chant. Viennent ensuite les influences qui s'exercent sur la voix (sexe, race, alimentation, climats, vêtements, odeurs, tabac, alcool, etc.), puis les maladies de la voix. Enfin, M. Castex passe séparément en revue l'hygiène de la voix parlée et l'hygiène de la voix chantée. Tout en restant scientifique, l'auteur n'a pas craint d'aborder, au nom de l'hygiène, les techniques spéciales de la parole ou du chant, bien persuadé, dit-il, que du bon fonctionnement des organes vocaux découle leur bonne santé.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur la nature de la maladie de Basedow (communication à la Société médicale des hopitaux), par Pierre Marie.

Au cours de l'observation du cas de myxœdème dont j'ai entretenu la Société dans la séance du 9 février 1894, pendant l'application du traitement thyroïdien auquel a été soumise ma malade, j'ai été frappé par un certain nombre de faits qui me conduisent à exprimer ici quelques réflexions sur la *nature de la maladie de Basedow*.

Le caractère des phénomènes qui se produisent sous l'influence du traitement thyroïdien est tellement particulier qu'aux yeux du médecin qui les observe, ils doivent forcément (et ce rapprochement a d'ailleurs été fait déjà par plusieurs auteurs) rappeler quelques-uns des traits de la maladie de Basedow. En effet, la *tachycardie*, l'*élévation de la température*, l'*insomnie* et l'*agitation*, la *polyurie*, l'*albuminurie*, la *paraplégie incomplète*, la sensation de *chaleur*, la *sudation* exagérée, la *diarrhée* qui peuvent, ainsi qu'en fait foi mon observation, se montrer au cours du traitement thyroïdien, sont fort analogues aux phénomènes du même genre si fréquemment constatés dans la maladie de Basedow.

C'est là un fait qui vient singulièrement corroborer la manière de voir émise tout d'abord par Gauthier (de Charolles) et Mœbius (1) et soutenue depuis, en France, par les professeurs Renaut et Joffroy, manière de voir d'après laquelle le corps thyroïdien serait directement l'origine de la maladie de Basedow, les troubles nerveux pathognomoniques de cette affection ne devant être considérés que comme des symptômes secondaires à l'affection thyroïdienne.

Quelque séduisante que soit cette façon d'envisager les choses, quelque appui que lui prête l'étude des phénomènes produits par le traitement thyroïdien, j'avoue que, tout bien considéré, je me refuse encore à l'adopter. Je persiste, jusqu'à preuve du contraire, dans mon opinion que certains phénomènes de la maladie de Basedow peuvent et même doivent être attribués à un trouble dans le fonctionnement d'un corps thyroïde, sans que, pour cela, l'origine de la maladie se trouve forcément dans le corps thyroïde.

Voici, en un mot, comment je serais porté à considérer les choses : le primum movens de la maladie de Basedow devrait être cherché dans une affection ou tout au moins dans un trouble du *système nerveux* (*grand sympathique??*); sous l'influence de ce trouble du système nerveux, il se produirait un *fonctionnement exagéré de la glande thyroïde*, ayant pour résultat une *hyperthyroïdation* de l'organisme, et comme conséquence de cette hyperthyroïdation, on verrait survenir tous les symptômes signalés plus haut et appartenant aussi bien à la médication thyroïdienne qu'à la maladie de Basedow.

Telle est la manière de voir qui, pour ma part, me paraît la plus vraisemblable. Les arguments sur lesquels je me fonde pour la soutenir sont les suivants :

1° Dans aucun des cas de myxœdème auxquels a été appliqué le traitement thyroïdien, on n'a vu (du moins à ma connaissance), quelque intensité qu'aient pu acquérir les phénomènes d'*hyperthyroïdation*, se produire d'*exophthalmie*, ni de *signe de De Graefe*. L'hyperthyroïdation seule semble donc insuffisante à déterminer l'apparition de ce symptôme. Cette opinion est corroborée par le fait que dans plusieurs des cas de maladie de Basedow traités soit par la ligature des carotides, soit par l'ablation du corps thyroïde, on a vu l'exophthalmie persister (3 cas de Dreesman, 1 cas de Sprengel). Il semble donc que ce symptôme soit, dans une certaine mesure, indépendant de l'action du corps thyroïde; dans certains cas cependant, la thyroïdectomie a eu la vertu de le faire disparaître.

2° La théorie de l'origine thyroïdienne de la maladie de Basedow s'accorde mal avec ce que nous savons de l'étiologie de cette affection. Comment, en effet, expliquer par un hyperfonctionnement primitif de la glande thyroïde les cas dans lesquels la maladie de Basedow s'est produite presque instantanément sous l'influence d'une émotion vive? Il semble que dans ces cas l'intervention du système nerveux, et notamment du système nerveux sympathique, ne puisse être mise de côté, tout au moins pour rendre compte de l'exagération de la sécrétion thyroïdienne.

Dans un autre ordre d'idées, mais toujours au point de vue étiologique, n'est-il pas singulier que la maladie de Basedow s'observe avec une fréquence remarquable (Barié, Joffroy) dans le tabes, c'est-à-dire dans une des affections où le système nerveux est atteint dans presque toutes ses parties? N'y a-t-il pas là une analogie à établir entre l'exagération de la sécrétion de diverses glandes étudiée par Pitres et par Féré (sialorrhée, gastrorrhée, flux intestinal, hypersécrétion urinaire, etc.), et l'exagération de la sécrétion de la glande thyroïde ayant pour conséquence la production des symptômes Basedowiens? Peut-on prétendre que ces diverses hypersécrétions glandulaires soient primitives ? N'est-il pas plus vraisemblable de penser qu'elles relèvent d'un même mécanisme : un trouble du système nerveux (sympathique?) dépendant directement des altérations propres au tabes?

Telles sont les réflexions que m'a suggérées l'étude du traitement thyroïdien du myxœdème et des phénomènes qui l'accompagnent. Il est évident que nos connaissances sur ce sujet sont encore de trop fraîche date et trop incomplètes pour qu'on puisse prétendre légiférer sur les conséquences qui s'en peuvent déduire. Les faits qui viennent de nous être révélés par le traitement thyroïdien sont tellement nouveaux et inattendus qu'il convient peut-être de suspendre quelque temps encore notre jugement et de ne pas nous laisser entraîner par eux trop loin des notions antérieurement acquises. Ce serait céder à cet entraînement que de nier entièrement l'influence du système nerveux dans la production de la maladie de Basedow et de vouloir, avec quelques auteurs, en faire une affection primitive du corps thyroïde. Quoi qu'il en soit du point de vue théorique, ma conviction est qu'au point de vue pratique nous devons nous inspirer de la notion que je développais au début de cette communication : *Un grand nombre de symptômes de la maladie de Basedow sont dus à l'hyperthyroïdation de l'organisme* (1).

(1) Pour Gauthier de Charolles, la production de la maladie de Basedow serait due à un défaut de fonctionnement de la thyroïde. Pour Mœbius, au contraire, à un fonctionnement exagéré de cette glande.

(1) L'hyperthyroïdation semble devoir être également mise en cause pour les cas dans lesquels on voit le syndrome de Basedow se développer chez des individus porteurs depuis longtemps d'un goître qui n'avait donné lieu à aucune espèce d'accident. Dans ces cas signalés par un bon nombre d'auteurs, notamment Brissaud, Broca, Lamy, Lasvènes, etc., et qui ont été désignés par les dénominations de faux goîtres, de goître chirurgical, etc. (voir notamment les revues de Leflaive et de Brühl), il est fort probable que l'apparition secondaire du syndrome de Basedow est due à une activité exagérée de la thyroïde. Sous l'influence de l'excitation réflexe ou directe produite sur la thyroïde par les lésions goîtreuses, la sécrétion se trouve augmentée dans les parties restées saines de cette glande, une hyperthyroïdation se produit et le syndrome de Basedow se développe.

C'est dire que l'administration de suc thyroïdien préconisée contre cette maladie par quelques auteurs, notamment Gauthier de Charolles, me semble tout à fait contre-indiquée. D'ailleurs, Horsley a déjà signalé l'inutilité de cette administration, et tout récemment Canter (1), à propos d'une observation fort intéressante de myxœdème guéri par ingestion de corps thyroïde, dit avoir vu, dans un cas de maladie de Basedow, le traitement thyroïdien exagérer considérablement la plupart des symptômes de cette affection.

En revanche, il est un traitement dont théoriquement et pratiquement les indications sont indéniables, c'est le *traitement chirurgical* par lequel, en supprimant tout ou partie de la glande thyroïde, on s'oppose *ipso facto* à l'hyperthyroïdation de l'organisme. C'est au professeur Tillaux (2) que revient l'honneur d'avoir, le premier, opéré et guéri par la thyroïdectomie deux malades présentant le syndrome basedowien. Depuis lors, les observations de ce genre se sont multipliées, apportant de nouveaux arguments en faveur de l'efficacité de cette méthode de traitement, et dans une statistique récente dressée par Putnam et portant sur 41 cas, on ne constate pas moins de 34 guérisons ou améliorations considérables, quatre fois seulement les suites de l'opération furent mortelles, deux fois on observa la tétanie, une fois l'état du malade ne s'est pas modifié, soit 7 insuccès contre 34 succès. Ce sont là des chiffres qui se passent de commentaires, et j'avoue qu'en présence de pareils résultats je me sens tout disposé à dire avec Dreesmann que dorénavant le traitement de la maladie de Basedow doit passer des mains du médecin dans celles du chirurgien. Il ne m'appartient pas d'ailleurs de décider ici quelle méthode doit être employée de préférence : énucléation? excision? ligature des artères thyroïdiennes? injection de préparations iodées? Tout récemment Poncet a fait une intéressante communication sur l'exothyropexie. Peut-être cette dernière méthode, dont les avantages semblent être de donner lieu à une opération moins grave et en ménageant davantage la glande thyroïde, de mettre à l'abri de la cachexie strumiprive, devra-t-elle être préférée. Je n'ai pas la compétence nécessaire pour émettre un avis à cet égard. Tout ce que je peux dire, c'est que j'ai déjà vu mourir d'une mort misérable un certain nombre de cas de maladie de Basedow et qu'en présence d'un malade de ce genre présentant des phénomènes graves, je n'hésiterais plus à conseiller une opération chirurgicale dont les résultats se sont montrés favorables dans plus de 80 0/0 des cas où elle a été faite.

(1) Canter, *Société médico-chirurgicale de Liège*, janvier 1894.
(2) Voir à cet égard la très intéressante Thèse de Bénard.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'intervention dans les plaies du crâne par balles de revolver, communication à la Société de chirurgie, par Ch. Monod.

J'étais appelé le 12 juin 1887, à 11 heures du soir, auprès d'un jeune homme âgé de 23 ans qui, quelques heures auparavant, s'était tiré un coup de revolver dans la tempe droite.

Le blessé n'est pas abolument sans connaissance, mais dans un état de grande dépression; il répond à peine aux questions posées; demande qu'on le laisse tranquille.

Une grosse bosse sanguine occupe toute la région temporale; sans battements. A son centre, un orifice petit, noirâtre, par où le sang s'est écoulé en assez grande abondance.

Une exploration ménagée, au stylet, de l'orifice et du trajet qui suit me conduit sur un corps dur qui doit être ou la balle ou un fragment osseux.

C'en est assez pour justifier une exploration plus complète. Je fais respirer un peu de chloroforme au malade, et pratique sur le bord antérieur de l'orifice d'entrée de la balle un débridement grâce auquel j'extrais facilement un premier fragment osseux.

Le stylet rencontrant encore des parties dures qui semblent mobiles, je débride de nouveau, en bas; un peu de sang artériel, provenant de la temporale ou d'une de ses branches, est immédiatement arrêté avec une pince. Section aux ciseaux de l'aponévrose temporale, qui forme bride. Je sens alors nettement l'orifice osseux et ses contours un peu irréguliers. Extraction de deux nouveaux fragments osseux, l'un assez volumineux, profondément enfoncé, que je suis obligé de faire basculer pour l'amener au dehors; l'autre tout petit, qui est facilement saisi et enlevé.

Je ne sens plus aucun corps dur mobile. Le doigt pénétrant dans la cavité crânienne rencontre une masse molle, animée de battements isochrones au pouls, qui n'est autre que le cerveau contus. Je ne pousse pas plus loin ma recherche.

La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée. Ouate antiseptique et bande.

Le malade est alors réveillé. La disposition de l'appartement est telle que le blessé ne peut être laissé, sans inconvénients, dans la pièce où il a été opéré. Il faut, pour gagner sa chambre, lui faire descendre un petit escalier intérieur. Il accomplit ce trajet sans trop de peine, soutenu des deux côtés. Il demande son lit, où il s'étend avec plaisir.

Le lendemain, 13 juin, bon état. T. ax. 37. Se plaint de souffrir de la tête. Aucun phénomène paralytique. Urine facile et normale. Intelligence intacte. Demeure sombre et ne répond que par monosyllabes.

Pansement le soir; deux gros fragments de matière cérébrale dans le pansement.

Les 14, 15 et 16 juin, même état satisfaisant. La température oscille entre 37,1 et 37,6. La plaie a bon aspect. Au centre, bourgeon cérébral, animé de battements, dont quelques fragments sont retrouvés dans les pièces du pansement; tout autour, tissus souples.

Le 17, la nuit a été bonne, mais léger délire au réveil, puis mauvaise humeur. La température tend à s'élever. Vers 2 heures après midi, aggravation subite: parésie du bras gauche, moins évidente au membre inférieur; T. 39,3, le pouls restant à 80. L'intelligence est encore intacte. Le bourgeon cérébral est plus gros, comme boursouflé.

18 juin, matin. — T. 40, P. 120. Les phénomènes paralytiques s'accentuent. Le malade ne veut plus ou ne peut plus parler. Il demeure inerte dans son lit, la tête tournée à gauche.

Tombe bientôt dans le coma.

Mort à 5 heures du soir.

L'autopsie n'est pas accordée. J'introduis profondément l'index dans la plaie; à bout de doigt, en arrière je sens un corps dur qui est probablement la balle. Je ne puis arriver à le saisir et à l'extraire avec une pince, à cause de l'inflexion du trajet.

J'avais à propos de ce fait entrepris quelques recherches, pour essayer de me rendre compte de ce qu'adviennent d'ordinaire de tels blessés et de la conduite à tenir en pareil cas.

Ma tâche a été singulièrement simplifiée par la découverte de trois travaux statistiques publiés sur ce sujet en Amérique. Je les crois peu connus en France, et je vous demande la permission de les analyser rapidement devant vous.

Le premier en date est celui d'Andrews. Je n'ai pu le consulter dans l'original (1). Je sais seulement par l'auteur qui le cite (2), qu'Andrews, à propos d'un fait personnel, est arrivé à recueillir 72 observations, dans lesquelles, malgré la pénétration d'une balle dans le crâne, les blessés ont guéri.

La statistique dressée par Warthon en 1879 (3) est beaucoup plus importante. Il est parvenu à réunir jusqu'à 316 cas de corps étrangers du cerveau, de toutes espèces, pour la plupart, des balles de divers calibres.

Sur ces 316 cas, il trouve : 160 guérisons, 156 morts, soit à

(1) Andrews, *Pens. Hosp. Rep.*, t. I.
(2) Vogl, *Wien. med. Presse*, 1889, p. 134.
(3) Warthon (H. R.), An analysis of three hundred and sixteen cases in which foreign bodies were lodged in the brain. *Philadelph. medic. Times*, 19 juillet 1879, 1878-79, t. IX, p. 493.

peu près égalité entre les survivants et ceux qui ont succombé.

Si l'on considère la conduite qui a été tenue, on voit que :

106 fois, le corps étranger a été extrait, avec 72 guérisons, 34 morts, soit 67,9 0/0 de guérisons.

210 fois, pas d'intervention avec 88 guérisons, 122 morts, soit 41,9 0/0 de guérisons.

Il ne faudrait pas se hâter de conclure, de ces chiffres pris en bloc, à la grande supériorité de l'intervention active sur l'expectation, car dans un bien grand nombre cas, les désordres immédiats sont trop graves pour que l'on puisse avoir l'idée d'agir d'une façon quelconque.

D'autre part cependant, et je reviendrai sur ce point, il est bien permis de dire que l'action chirurgicale n'aggrave pas nécessairement le pronostic.

Les 88 guérisons survenues sans intervention d'aucune sorte établissent (ce que montrait déjà le relevé d'Andrews) que le cerveau peut, dans un nombre relativement grand de cas, supporter impunément la présence d'un corps étranger.

Mais ici encore, il faut faire une réserve. Le blessé, guéri en apparence, est exposé à des accidents consécutifs (vertiges, convulsions, paralysies, troubles de la vue, de l'ouïe, etc.) dont la fréquence est grande.

Sur les 160 guéris (avec ou sans intervention), ces accidents se sont montrés 49 fois. Et souvent ils ont entraîné la mort dans un espace de temps variant entre 3 et 15 ans.

Warthon considère encore un dernier point : la gravité relative de la blessure suivant son siège. Il rappelle une remarque déjà ancienne de Brodie qui affirme qu'il n'existe pas dans la science un seul cas de guérison de plaie pénétrante du crâne, alors que le lobe postérieur du cerveau, le cervelet et la moelle allongée ont été atteints.

A cette affirmation, nous pourrions immédiatement opposer le fait communiqué par notre collègue M. Duplouy (1) au dernier Congrès de chirurgie dans lequel une femme atteinte par un coup de revolver ayant certainement intéressé le cervelet a survécu.

Il semble bien cependant ressortir des recherches de Warthon que, pour la plupart, les cas de guérison sont ceux où les os frontaux et les parties du cerveau qu'ils recouvrent ont été lésés.

Il dresse, en effet, le tableau suivant :

Lésion des os frontaux, 132 cas, 58 morts (43,9 0/0).
— des os pariétaux, 58 cas, 27 morts (46,6 0/0).
— des os occipitaux, 23 cas, 16 morts (69,5 0/0).

Le troisième travail dont j'ai à vous entretenir, celui de MM. Bradford et Smith (2), porte sur un nombre de faits beaucoup moins considérable (91 cas). Il est cependant, à notre point de vue, plus intéressant, d'abord parce que les observations réunies se rapportent exclusivement à des blessures du cerveau par coups de feu ; ensuite parce qu'elles datent, pour la plupart, de ces quinze dernières années, c'est-à-dire que les blessés ont presque tous reçu les soins antiseptiques, aujourd'hui d'usage commun.

La proportion des guérisons observées est à peu près la même que dans le relevé de Warthon.

Bradford et Smith trouvent :
Sur 91 cas, 49 guérisons, 51 morts,
Soit *43,9 0/0* de guérisons.

Warthon avait trouvé 50,6 0/0. La différence n'est pas considérable.

Comme Warthon, Bradford signale de nombreux cas de survie (34 sur 91) *malgré la persistance* de la balle dans la cavité crânienne.

Mais, comme lui aussi, il insiste sur la fréquence des *accidents consécutifs* chez les blessés en apparence guéris (16 fois sur 34 avec 9 morts).

Si l'on résume ce qui précède, en simplifiant autant que possible le langage, on voit que l'on peut dire :

1° Que *plus de la moitié* des blessés par coups de feu dans le crâne meurent ;

2° Que, parmi les survivants, *plus d'un tiers* conservent le projectile dans la cavité crânienne ;

(1) Duplouy, Plaie du cervelet par arme à feu, *Congrès français de chirurgie*, 1893, t. VII, p. 714.

(2) Bradford (E. H.) et Smith (H. L.), Penetrating pistol-shot wounds of the skull. *Boston medical journal*, 15 octobre 1892, t. CXXV, p. 400.

3° Que chez ceux-ci, des accidents consécutifs surviennent au moins *une fois sur deux*, entraînant la mort dans *plus de la moitié* des cas.

Quel a été le résultat de l'intervention chirurgicale lorsqu'on y a eu recours ?

Intervention opératoire quelconque, 37 cas, 20 guéris (54 0/0).

Simple sondage de la plaie ou expectation, 25 cas, 12 guéris (48 0/0).

Rien de noté, 29 cas, 8 guéris (27,5 0/0).

En d'autres termes :

Une intervention opératoire quelconque guérirait *plus de la moitié* des blessés.

La guérison ne s'observerait que dans *moins de la moitié* des cas à la suite de l'expectation ou d'une exploration simple.

Dans ceux où rien n'est noté à cet égard dans les observations, la proportion des guéris ne serait guère plus *d'un quart*.

Mais il importe de faire remarquer, encore une fois, que chez nombre de blessés, les désordres immédiats sont tels qu'ils interdisent toute intervention. Celle-ci n'est praticable que dans les cas où la guérison paraît possible, ce qui explique le nombre relativement grand de cas de guérison à la suite d'une thérapeutique active.

Quel a été enfin le mode d'intervention ?

Il a été noté dans 37 cas :

15 fois la balle a pu être extraite (soit à l'aide d'une couronne de trépan, soit par simple incision), 10 guérisons, 5 morts.

22 fois la balle n'a pu être extraite, on s'est contenté d'enlever des fragments osseux, ou l'on s'est borné à une incision exploratrice, 10 guérisons, 12 morts.

La proportion des guérisons dans la première série est de *66,6 0/0*, c'est-à-dire qu'elle survient dans les deux tiers des cas. Elle manque dans *plus de la moitié* des cas dans la seconde.

Sans tirer encore de conclusions de ces chiffres, je note seulement en passant que, pour ce qui est du trépan en particulier appliqué aux plaies du crâne par coups de feu, il n'a pas la gravité que l'on pourrait croire. Bradford cite cinq observations où la trépanation a été pratiquée ; quatre fois elle a été suivie de guérison.

Un dernier point est mis en relief par cet auteur, à savoir que la gravité des blessures du crâne par projectiles résulte autant de la fracture concomitante et de la pénétration des fragments osseux dans le cerveau, que de la présence de la balle dans la cavité crânienne. Sur 30 cas où l'état des os est noté, 15 fois l'enfoncement des fragments de la substance cérébrale a été signalé ; et sur ces 15 cas, 10 fois la mort a paru liée à cette circonstance.

Dans la discussion qui eut lieu à la Société médicale de Boston en 1891, notre collègue M. Cheever s'élevait avec force contre toute intervention dans les cas de blessures du crâne par coups de feu ; il disait n'avoir jamais en pareille circonstance tenté l'ablation du projectile, et rappelait un cas observé par lui où la balle était restée impunément dans la cavité crânienne.

Plus récemment, en 1892, Kœhler, relatant les blessures de ce genre observées à la clinique de Bardeleben à Berlin pendant les années 1890-1891, constate que sur 16 cas il y eut 8 morts et 8 guérisons. Chez les 8 malades qui avaient succombé, l'autopsie montra que chez aucun la trépanation primitive n'aurait rendu service. Il conclut donc aussi à l'expectation.

Cette opinion est celle qui avait cours jusqu'ici. Une tout autre manière de voir s'est manifestée parmi nous à la suite de la communication de M. Chupin, du rapport de M. Chauvel et de l'intéressante observation de M. Gérard-Marchant.

Il me semble que les relevés statistiques dont je vous ai indiqué les principaux éléments viennent à l'appui de la thèse qu'ils défendent.

S'ils confirment en effet la réalité d'un fait bien connu que dans nombre de cas le blessé guérit malgré la présence dans le crâne du projectile qui n'a pu être extrait, ils montrent du même coup la fréquence et la gravité des accidents consécutifs qui peuvent survenir en pareille circonstance, premier motif qui doit porter le chirurgien à enlever le corps du délit toutes les fois que cela sera possible.

Un second motif d'intervention sera tiré de cette considé-

ration bien mise en lumière par MM. Bradford et Smith : à savoir que la gravité de ces blessures dépend autant de la fracture concomitante que de la présence du projectile. L'observation de M. Chupin et les remarques de M. Chauvel illustrent bien cette proposition.

Enfin, si c'est aller trop loin, pour les raisons que j'ai déjà dites, que de tirer des statistiques en apparence favorables, et pour ainsi dire trompeuses, cette conclusion que l'intervention est toujours supérieure à l'expectation, il sera bien permis du moins de nous appuyer sur les chiffres que nous avons cités pour soutenir que l'intervention chirurgicale, *bien conduite*, n'ajoute pas aux dangers que court le malade.

Je dis *bien conduite*, et sur ce point je ne saurais trop me rallier aux préceptes si bien indiqués par M. Gérard Marchant : pratiquer les incisions nécessaires pour explorer largement la plaie, agrandir au besoin la brèche osseuse, extraire les corps étrangers (os ou projectile) qui se présenteront dans le champ opératoire, « en sachant borner ses » recherches, si le corps du délit n'est pas immédiatement » une fracture accessible. »

En se comportant de la sorte, on ne sauvera pas toujours son malade, le cas personnel que je vous ai rapporté le démontre entre bien d'autres, mais on pourra être certain au moins de n'avoir en rien aggravé sa situation.

De la trépanation préventive dans les plaies du crâne par balles de revolver, communication à la Société de chirurgie, par E. Quénu.

A l'occasion d'un rapport de M. Chauvel et des remarques faites par M. G. Marchant, M. P. Berger a émis deux propositions qui m'ont profondément étonné: 1° notre collègue n'a jamais vu d'accidents graves survenir après la disparition des accidents du début ; 2° la balle de revolver serait le plus souvent aseptique.

En 1888, dans un travail lu devant cette Société, j'ai soutenu l'utilité de la trépanation préventive dans les fractures du crâne avec plaie, faisant ressortir ce fait qu'en pareils cas, les accidents tardifs ou précoces sont le plus souvent le résultat d'une infection de la plaie osseuse et que par suite il y a tout avantage et même nécessité à faire le plus tôt possible une bonne antisepsie du foyer traumatique. Il faut mettre en regard ces deux propositions : 1° une opération qui ne s'adresse qu'au crâne et n'est suivie d'aucune exploration dans la substance cérébrale est une opération absolument inoffensive; 2° toute contamination même légère d'une plaie crânienne crée un danger immédiat possible, et reste comme une menace pour l'avenir.

Il n'y a vraiment aucune raison d'attendre que la méningo-encéphalite soit venue pour trépaner, pas plus qu'il n'y a de raison d'attendre la péritonite pour boucher un trou fait à l'intestin, ou la septicémie pour débrider et nettoyer une fracture compliquée de plaie quelconque par cause directe.

L'antisepsie rigoureuse d'un foyer traumatique ouvert et par conséquent peut-être contaminé me paraît une loi de thérapeutique chirurgicale que j'appliquerais d'autant plus que l'organe blessé sera plus important.

Faut-il établir une exception parce qu'il s'agit d'une plaie par arme à feu, parce que le projectile échappera peut-être à nos recherches ? Je ne le pense pas. Vous dites : la balle est la plupart du temps aseptique ; je n'en sais rien, mais il s'agit bien de cela : notre projectile supposé aseptique rencontre la coiffure du blessé, il rencontre sa peau et ses cheveux qui ne sont en aucune façon aseptiques, et la preuve c'est que, bien que vous en disiez, les accidents de suppuration surviennent, et ils surviennent bien qu'on ait établi un pansement convenable sur la plaie cutanée. Je rapporte ici deux observations qui sont tout à fait à l'encontre des conclusions de M. Berger.

Observation I. — En 1892, le lundi de la Pentecôte, un enfant de 8 ans jouait dans la cour d'un patronage. Tout d'un coup il s'affaissa, on constata un peu de sang au niveau de la bosse frontale droite et on le conduisit chez le pharmacien : celui-ci fut fort étonné de ne pas trouver trace de coup ; un médecin appelé ne constata qu'une très petite plaie, on institua des pansements quotidiens. Plus tard, on sut, par les enfants présents au moment de l'accident, qu'on avait entendu comme un bruit d'amorce : quant au petit malade, il n'avait ressenti qu'une sorte d'étourdissement très momentané, il avait pu marcher et il ne s'était pas alité les premiers jours : personne autour de lui ne se doutait de la nature et de la gravité de l'accident. Peu après, il tomba dans une sorte de torpeur intellectuelle, ne parlant plus que pour demander à boire, reconnaissant très bien ses parents, comprenant toutes les questions, mais se refusant à manifester une activité quelconque. La petite plaie s'était mise à suppurer; on m'amena l'enfant avec le diagnostic ostéite du frontal, occasionnée par une chute sur un petit caillou. J'examinai le blessé environ trois semaines après l'accident, le 26 juin 1892 : l'exploration avec un stylet me démontra de suite que le foyer s'étendait en plein cerveau. Le 30 juin je procédai à la trépanation : après la mise à nu du trajet osseux, je découvris incrustés dans ce trajet deux fragments de plomb : la couronne de trépan fut agrandie avec la pince-gouge et l'ouverture dure-mérienne fut débridée : immédiatement s'échappa un flot de pus : après avoir fait couler un peu de sublimé dans le foyer, qui occupait toute la partie antérieure du lobe frontal, j'explorai la cavité avec le doigt et rencontrai un débris osseux de près d'un centimètre carré qui avait été enfoncé en pleine substance cérébrale. Une deuxième couronne de trépan fut appliquée près du sourcil de manière à drainer le foyer à son point déclive. Aucun changement le lendemain. Le surlendemain l'enfant commence à jouer avec ses voisins; sa température est normale.

Le 3 juillet il est gai, sourit, répond volontiers à toutes les questions qu'on lui pose.

Huit jours après l'opération, l'opéré se levait et allait passer ses journées au jardin : je le laissai à la fin de juillet dans un état très satisfaisant et apyrétique.

Mais le 13 août survinrent des accès épileptiformes, l'engourdissement intellectuel reparut, quelques phénomènes d'excitation génitale furent observés. Le 21 août la prostration s'accentua et l'enfant mourut le 23 avec de la fièvre.

Sans aucune espèce de doute, appelé au moment de l'accident, j'eusse agrandi la plaie de l'os frontal, exploré la plaie cérébrale et, rencontrant un corps étranger au bout de mon stylet, j'en eusse fait l'extraction. Un lavage discret du foyer cérébral, un bon nettoyage du reste de la plaie auraient rendu au moins aléatoire la complication encéphalo-méningitique qui a emporté le malade.

Obs. II. — Le 15 ou 16 décembre 1892 on amena dans mon service à l'hôpital Cochin un Italien qui venait de se tirer des coups de revolver dans la tête. Cet homme avait commencé par tuer sa maîtresse avec une seule balle, puis il s'était déchargé les cinq autres dans la région temporale. *Aucun accident immédiat ;* mes internes appliquèrent de suite un pansement antiseptique après avoir rasé toute la région ; je ne sais quelles circonstances m'avaient tenu éloigné de mon service, je ne vis le blessé que quarante-huit heures après sa tentative de suicide. En l'absence de fièvre et d'accidents quelconques, mes internes n'avaient pas réclamé le concours de mon collègue de Cochin.

Le 20 je trouvai le malade avec de la céphalalgie et de la fièvre, un liquide louche s'écoulait de ses plaies temporales.

Le 21, je taillai un large lambeau temporal dans lequel étaient inscrits tous les orifices faits par les balles. Je me servis d'un orifice comme d'une couronne de trépan, je l'agrandis largement avec la pince gouge, de manière à obtenir une perte de substance longue de 6 centimètres et haute de 3 centim. 1/2 ; je découvris successivement chacun des cinq projectiles : deux étaient encastrés dans l'os, deux avaient pénétré jusqu'à la dure-mère sans l'entamer, une seule l'avait perforée sans que la substance cérébrale parût très atteinte. La méningée moyenne fut liée au moyen d'un fil passé à travers la dure-mère avec l'aiguille de Reverdin. Drainage avec la gaze iodoformée. Le soir même de l'intervention, la température tomba, la céphalalgie disparut. La plaie suppura un peu jusqu'en février. A cette époque le blessé fut remis guéri entre les mains de la justice.

Ainsi, dans ce dernier cas comme dans le précédent, l'application immédiate de pansements antiseptiques n'empêcha point la plaie d'être infectée, la terminaison fut favorable, sans doute, mais encore eût-il mieux valu pour cet homme ne présenter aucun accident infectieux. Incontestablement l'in-

tervention eût gagné à être avancée de quelques jours, à être pratiquée dès l'entrée à l'hôpital.

Obs. III. — Chez un troisième malade, nous avons pu intervenir très près de l'accident, le résultat a été excellent, les suites éloignées satisfaisantes.

Le 31 août 1889, à 2 heures, un enfant âgé de 15 ans reçut dans la tête, à une distance d'à peu près 3 mètres, une balle de carabine Flobert. Le projectile, d'environ 6 millimètres, traversa d'abord le chapeau de paille que portait l'enfant, puis vint repasser en plein front; il n'y eut aucune perte de connaissance, la douleur fut peu vive, l'hémorrhagie légère.

Le médecin appelé reconnut, au moyen d'un stylet plombé, que la plaie était pénétrante; il appliqua un pansement antiseptique et dirigea le malade sur l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier.

Dès son entrée, à 6 heures du soir, le blessé fut lavé et rasé. Je fus appelé auprès de lui à 8 heures : je constatai l'existence d'une fracture du frontal au point de pénétration du projectile; l'enfant avait toute son intelligence et ne présentait aucun symptôme. Après mise à nu du foyer, j'agrandis l'orifice avec la gouge et le maillet, n'ayant pas de pince-gouge à ma disposition, je retirai des cheveux de la plaie osseuse et m'assurai que la dure-mère n'était que contuse; la balle ne fut pas retrouvée, mais l'absence de perforation de la dure-mère et l'existence d'une petite plaie à 8 centimètres en arrière nous autorisèrent à croire qu'après avoir lésé le crâne le projectile avait fait séton et était ressorti.

Le 8 septembre, au 2e pansement, les fils sont retirés, l'enfant se lève et, le 17, soit 9 jours après l'opération, il rentre chez lui guéri. J'ai eu deux ans après de ses nouvelles, aucun accident tardif n'est survenu.

En somme, je considère comme sage et prudente la conduite du chirurgien qui, loin de se fier à l'asepsie d'une plaie du crâne par balle, s'assure qu'au moins le foyer osseux est libre de corps étranger, le régularise et en fait l'hémostase et la désinfection. Dans maint cas de plaies par balles de revolver et d'autres armes dont la force de pénétration est minime, il sera possible de retrouver le projectile soit dans l'épaisseur de l'os, soit à sa face profonde; il sera possible encore de retirer un fragment d'os, des débris de coiffure, des cheveux, et d'antiseptiser la plaie.

J'estime qu'ainsi traité, un blessé se trouvera beaucoup plus à l'abri des accidents que celui auquel on se sera contenté d'appliquer un pansement sur le cuir chevelu. Dans ces circonstances, le *chirurgien imprudent est l'abstentionniste*, c'est mon avis personnel et c'est aussi, je suis autorisé à le dire, l'avis du professeur actuel de thérapeutique chirurgicale de la Faculté.

La plaie est-elle plus profonde, la balle a-t-elle pénétré dans la substance cérébrale? si la balle est aseptique, mon intervention n'aura rien enlevé à ses chances de guérison; si la balle s'est infectée en traversant la peau, il est incontestable qu'avec un débridement de la dure-mère et une brèche à la calotte crânienne, mon malade sera dans de meilleures conditions pour résister à la suppuration de son foyer que celui chez lequel on ne sera intervenu qu'après le signal donné par la céphalalgie et par la fièvre.

Je vais plus loin : si au cours d'une trépanation prématurée pour fracture du crâne par balle de revolver on rencontre au moyen d'une exploration prudente du trajet, on rencontre, dis-je, à sa portée un corps étranger ou un fragment d'os, on est en droit d'en pratiquer l'extraction ; si le stylet ne donne aucune indication, ou s'il indique un projectile à une profondeur telle que l'extraction risque de contusionner la substance cérébrale, il vaut mieux s'abstenir, se contenter d'un léger lavage antiseptique des parties contuses et, au besoin, si la crainte d'une infection est justifiée par les observations faites au cours de l'opération, établir primitivement un drainage au contour de la plaie cérébrale.

REVUE DES JOURNAUX

Ostéomalacie puerpérale (Zur Frage von der Entstehung der puerperalen Osteomalakie), par Lœhlein (*Centralb. f. Gynæk.*, 1894, n° 1, p. 1). — Au cours d'une opération de Porro suivie de castration chez une ostéomalacique enceinte de 8 mois, l'auteur excisa un petit morceau d'os iliaque qu'il ensemença sur viande-peptone-glycérine. La culture resta stérile, de même que les cultures faites avec le tissu des ovaires.

Ces recherches ont été faites pour vérifier les nouvelles théories sur l'origine microbienne de l'ostéomalacie.

Kyste hydatique du médiastin antérieur (Hydatid cyst of the anterior mediastinum perforating the thoracic wall; remarks), par Rose (*Lancet*, 25 novembre 1893, p. 1308). — Une femme de 25 ans entra à l'hôpital le 11 octobre 1893; bonne santé antérieure. La malade a eu une bronchite il y a 6 ans. Un peu après la guérison de cette bronchite, on remarqua une petite tumeur immédiatement au-dessus du sein droit; elle augmenta de volume, sans produire aucune douleur; il n'y avait ni toux, ni dyspnée. Quand la malade entra à l'hôpital, cette tumeur s'étendait de la clavicule à la troisième côte et touchait le sternum en dedans. La peau au niveau de la tumeur n'était pas modifiée. La tumeur était fluctuante et solidement fixée aux tissus sous-jacents. Elle était indépendante de la glande mammaire; les fibres du grand pectoral semblaient tendues sur la tumeur. Pas d'impulsion provoquée par la toux. On endormit la malade le 16 octobre; on fit une incision transversale sur la partie la plus saillante de la tumeur, on refoula de part et d'autre à l'aide du rétracteur les fibres amincies du grand pectoral. Sous l'influence des tractions, le kyste creva et laissa écouler une grande quantité de liquide clair comme de l'eau. On songea alors à un kyste hydatique et l'on vit que ce kyste se prolongeait dans le médiastin passant entre la deuxième et la troisième côte, conduisant ainsi dans une vaste cavité du médiastin remplie de liquide; le sternum et les côtes voisines étaient érodées; on évacua le liquide et on enleva, à l'aide de pinces, la tunique gélatineuse interne du kyste; on épongea la cavité avec des éponges trempées dans l'eau phéniquée; on pansa la plaie superficielle avec de la gaze iodoformée; deux jours après il y eut une hémorrhagie et on put sentir, au fond de la plaie, battre le tronc artériel innominé. La malade guérit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 février 1894.

Endartérite oblitérante avec gangrène des extrémités inférieures.

M. Laveran. — Malade de 36 ans, ayant eu la fièvre palustre à Madagascar en 1884 et au Tonkin en 1889.

En 1890, au Tonkin, premiers accidents locaux : pied gauche, douleurs, tuméfaction des orteils, traînées de phlébite; en 1891, douleurs plus vives, brûlure, claudication intermittente. Au mois de décembre 1891, gangrène sèche des orteils du pied gauche. Au mois de mars 1892, amputation de la jambe gauche. A la fin de 1893, le membre inférieur droit se prend.

Au mois de décembre 1893, le malade entre au Val-de-Grâce : gangrène sèche des deux derniers orteils. Toutes les artères battent faiblement. On ne sent plus les battements de l'artère tibiale postérieure ni de la pédieuse.

Battements très faibles dans l'artère poplitée et à la crurale ; pas de battements à la radiale droite ; pas d'induration des artères. Le malade ne paraît plus être sous l'influence du paludisme. Les urines sont légèrement albumineuses.

Le 10 janvier 1894, tout l'avant-pied est gangrené. Le 15 janvier, amputation de la jambe droite.

A l'examen du membre, on trouve les artères tibiales (antérieure et postérieure) très petites; histologiquement l'endartérite est très nette. Tissu embryonnaire à la partie centrale. Lame élastique interne fortement plissée, endophlébite des

veines, pas d'altération des nerfs. Actuellement le malade va bien, la cicatrisation est complète.

S'agit-il de gangrène palustre? Le malade a été atteint de paludisme à Madagascar et au Tonkin. On a cité un certain nombre de cas de gangrène palustre (Verneuil et Petit). La maladie de Raynaud ou gangrène symétrique des extrémités a été observée chez les palustres (Rey, Marroin, Calmette, Vaillard). Ici pas d'asphyxie locale. La maladie de Raynaud s'accompagne rarement de gangrènes aussi graves. Il existe des lésions artérielles et, de plus, au mois de décembre 1893 le malade ne paraît plus être sous l'influence du paludisme.

Comme il n'y a pas de sucre dans les urines, mais un peu d'albumine, on pourrait invoquer la gangrène albumineuse de Debove et Roques, ou bien une artérite syphilitique; mais le malade n'a pas eu d'accidents syphilitiques.

On peut attribuer aussi les symptômes à l'artério-sclérose, les artères étant dures, flexueuses; un athérome, mais les grosses artères sont prises les premières; la gangrène sénile, ici les artères sont petites, atrophiées, il n'y a pas de signes d'une lésion aortique.

Serait-ce un cas de phlébite précoce de ces endartérites oblitérantes décrites par Friedlænder en 1876, endartérites dont le point de départ est dans la couche profonde de l'endartère? On pourrait alors l'appeler endartérite oblitérante atrophique.

C'est en tout cas une variété d'endartérite qui mérite d'être décrite à part. Ses causes sont obscures. Dans les faits publiés on ne pouvait invoquer ni la syphilis, ni le paludisme, ni l'alcoolisme. Dans le cas actuel, le paludisme et la dysenterie ont pu jouer le rôle de causes prédisposantes.

Quant au pronostic, on ne peut que dire qu'il s'agit d'une affection éminemment progressive; dans les cas qui se sont terminés par la mort, on a toujours observé un rétrécissement graduel de toutes les artères.

Des troubles du cœur et de l'estomac produits par l'attitude scolaire habituelle.

M. Motais (Angers). — L'étrange attitude scolaire tolérée, prescrite même, dans la plupart de nos collèges, est un des facteurs les plus importants de la myopie scolaire. Elle est aussi la cause directe d'un grand nombre de déviations de la colonne vertébrale.

A ce tableau déjà chargé, le docteur Motais ajoute la dyspepsie et les troubles fonctionnels du cœur.

Dans l'attitude scolaire habituelle, l'élève, assis sur l'ischion gauche, s'appuie exclusivement sur le coude gauche, se courbe en avant et à gauche et se couche sur son cahier.

Par l'inclinaison latérale, les fausses côtes gauches sont abaissées jusqu'à la crête iliaque; l'estomac est donc refoulé en bas sur la rate et le côlon descendant. Par la courbure en avant, les parois abdominales forment un pli transversal; la face antérieure de l'estomac subit la même inflexion. De là, un obstacle mécanique aux mouvements de cet organe.

D'autre part, la courbure du thorax en avant rapproche les côtes en diminuant les espaces intercostaux et, par suite, la capacité de la cage thoracique. La flexion et la torsion exagérées du cou compriment les gros vaisseaux de cette région. Toutes ces conditions produisent la gêne cardio-pulmonaire avec palpitations, etc.

L'attitude scolaire est donc une des causes les plus importantes des dyspepsies et des palpitations fréquentes chez nos collégiens. La même observation s'applique aux adultes adonnés aux travaux intellectuels, aux employés de bureau, aux ouvriers dont le travail se fait à courte distance, etc. L'obstacle au fonctionnement régulier du cœur et de l'estomac devient même d'autant plus grave que l'âge est plus avancé.

Dans tous ces cas, M. Motais a constaté une amélioration notable des dyspepsies et des cardiaques par la prescription de l'attitude droite pendant le travail.

C'est une raison de plus d'appliquer les réformes scolaires et, particulièrement, la réforme du mobilier.

Comité secret.

L'Académie entend, en comité secret, un rapport de M. Pinard sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section d'accouchements. La liste de présentation est fixée comme suit : 1° *ex æquo* MM. Porak et Ribemont-Dessaignes; 2° M. Maygrier; 3° M. Bar; 4° M. Auvard.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 13 *février* 1894 (fin).

Esquisse des constitutions médicales.

M. Chibret demande que l'on établisse chaque année le bilan ophthalmologique sur la constitution médicale. Pour 1893, dans le plateau central de la France, il a remarqué que la plupart des opérés de cataracte ont souffert de nausées allant presque jusqu'aux vomissements durant l'automne qui a été très pluvieux.

Pendant l'été très chaud, la conjonctivite des nouveau-nés a été remarquable par la rapidité avec laquelle elle sphacélait la cornée; faut-il y voir une conséquence de l'épidémie d'influenza de l'hiver dernier qui aurait relevé la virulence du gonocoque chez les parents ou diminué la résistance vitale des enfants?

Comme les moissons furent faites en juillet par un temps couvert, il y eut peu de kératite des moissonneurs, affection sous la genèse de laquelle intervient l'insolation.

Enfin, à signaler encore, dans la constitution médicale de 1893, les affections oculaires d'origine tellurique.

M. Toledano croit qu'il ne faut pas rapporter les affections malariennes de l'œil à la constitution médicale.

M. Parent rappelle que dans le grand hiver de 1879-80 M. Galezowski appela l'attention sur la gravité anormale des kérato-conjonctivites chez les enfants.

Il n'admet pas que la kératite des moissonneurs puisse être liée à l'insolation.

M. Gorecki, à propos de la gravité des kératites pendant l'hiver de 1879-80, fait remarquer qu'on peut l'expliquer par le manque de soins; les malades, vu le froid, ne venaient pas dans les cliniques. Dans les pays où de pareils hivers sont la règle, on n'a pas relevé une pareille gravité.

M. Chevallereau fait observer que déjà l'on a appelé l'attention sur les relations qui existent chaque année entre les conditions météorologiques et les poussées de conjonctivite catarrhale et de conjonctivite granuleuse.

M. Despagnet, à propos de l'action des influences extérieures de l'œil, cite un cas de kératite à ulcération épithéliale chez une dame qui avait été exposée dans un théâtre à l'action prolongée d'un globe électrique.

M. Javal est porté à accepter l'influence du soleil dans la genèse de la kératite des moissonneurs; c'est une cause accessoire qui ne supprime pas le rôle de l'infection. D'une part, le moissonneur est courbé sur la terre, ce qui, avec la chaleur, lui congestionne la tête; en outre, par le fait même de l'évaporation des liquides qui baignent les sacs conjonctivaux, l'infection devient plus facile, car ces liquides, normalement, ont une action antiseptique.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 22 *février* 1894.

Cancer du corps de l'utérus. Adénite inguinale.

M. Cestan rapporte l'observation d'une femme qui fut examinée dans le service de M. Le Dentu et chez laquelle on constata une tumeur du pli de l'aine, développée aux dépens des ganglions lymphatiques, adhérente aux tissus du voisinage. On chercha en vain aux membres, aux grandes lèvres, à la région fessière la cause de cette lésion secondaire, lorsqu'en pratiquant le toucher vaginal on trouva un utérus volumineux bosselé : il s'agissait d'un cas inopérable de cancer du corps de l'utérus. L'adénopathie secondaire ne se trouvait donc pas en rapport avec les distributions lymphatiques connues.

Grossesse tubaire.

M. Cestan présente l'embryon avec placenta villeux trouvé dans un caillot sanguin à l'autopsie d'une femme morte d'hématocèle rétro-utérine. Cette femme, âgée de 30 ans, était entrée à l'hôpital pour douleurs aiguës dans la fosse

iliaque droite accompagnées de phénomènes digestifs. On songea à une appendicite, car on n'avait trouvé aucun symptôme du côté de l'utérus. La malade mourut le lendemain de son entrée avec les phénomènes qui caractérisent les hémorrhagies internes. L'autopsie démontra, en effet, qu'il y avait eu rupture d'une des trompes et que la mort avait été due à l'hémorrhagie salpingée.

Néphrite syphilitique.

M. L. Lévi a observé une femme âgée de 21 ans, dans le service de M. Barth à l'hôpital Broussais : il s'agissait d'une malade albuminurique, de famille syphilitique quoique ne présentant aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire. La mort fut causée par l'urémie. On trouva à l'autopsie des hémorrhagies du cervelet, de l'aplasie artérielle, des reins scléreux et de la cirrhose hépatique. Le microscope montre que la sclérose est ancienne.

Abcès du cervelet.

M. L. Lévi en présentant un cervelet abcédé dans la région voisine du rocher gauche, atteint d'ostéite consécutive à une mastoïdite suppurée, rapporte quelques symptômes observés chez la malade. Il s'agissait d'une femme intelligente et ayant conservé ses facultés, quoique dans le demi-coma. Elle avait du nystagmus, des attitudes cataleptoïdes, et du tremblement rhythmé dans le sens antéro-postérieur. Sans expliquer chacun de ces symptômes, M. Lévi les note simplement.

Fibrome de la langue.

M. L. Lévi montre les coupes d'une petite tumeur de la langue du volume d'un petit pois, située à deux centimètres de la pointe, et qui ne fut jamais ulcérée. On voit sous l'épithélium, qui est sain, du tissu fibreux avec fibres musculaires atrophiées.

Myxœdème fruste.

M. Sergent présente le corps thyroïde d'une femme, âgée de 55 ans, morte dans le service de M. Du Castel à l'hôpital Saint-Louis. Cette femme était une psoriasique atteinte de poly-arthrite déformante, d'œdème dur des jambes; elle offrait en plus des troubles intellectuels des troubles de la parole. L'autopsie démontra qu'il existait un corps thyroïde dégénéré en partie à droite, calcifié à gauche. Il s'agirait donc là d'un cas de myxœdème fruste, et peut-être pourrait-on ranger le psoriasis comme une manifestation des troubles trophiques cutanés.

Emphysème de la rate.

M. Pilliet, en tuant un chien, après injection de nitrite d'amyle, a trouvé à l'autopsie une rate qui présentait la crépitation caractéristique de l'emphysème : les bulles gazeuses venaient se collecter sous le péritoine du viscère qui présentait un aspect bulleux : malgré la section de l'enveloppe séreuse, la rate nage encore sur l'eau, ce qui semble indiquer que l'emphysème est bien généralisé à tout l'organe. Ce fait est à rapprocher d'un cas d'emphysème du foie présenté par M. Létienne à la Société : on avait pensé qu'il s'agissait de gaz de putréfaction. Or, on ne peut incriminer une décomposition putride dans le cas de M. Pilliet, puisque le chien vient d'être tué.

Hémorrhagies cérébrales.

M. Gouget a observé, dans le service de M. Brouardel, un homme atteint d'apoplexie et d'hémiplégie droite, dix mois auparavant. Il avait encore en plus de sa parésie droite du strabisme convergent de l'œil droit. On ne put obtenir de renseignements au sujet de son ancienne paralysie faciale : le côté en fut ignoré. Le malade était saturnin et artério-scléreux. Dans les derniers moments il présenta des vomissements et des attaques épileptiformes. L'autopsie démontra qu'il y avait deux foyers hémorrhagiques, le premier était central à gauche près du ventricule latéral, le second était situé à la partie postérieure et à gauche dans la protubérance et dépassait légèrement la ligne médiane.

Pleurésie diaphragmatique latente.

M. Gouget a observé un homme entré pour myocardite qui présenta de l'ascite et mourut avec symptômes d'asystolie. Ce malade n'eut pas de fièvre, pas de points de côté, ni de douleur localisée à un point quelconque du thorax. On trouva à l'autopsie un abcès pleural situé à droite dans la partie correspondant à la face convexe du foie. Quoique l'examen bactériologique n'ait pas été fait, on peut penser à une tuberculose diaphragmatique.

Bronchite pseudo-membraneuse.

M. Dufour a recueilli les résultats de l'expectoration d'une malade âgée de 25 ans. Cette femme expectora un moule fibrineux correspondant aux empreintes laryngées, trachéales et bronchiques. On ne trouva dans cette fausse membrane aucun microbe pathogène. Cette femme était enceinte de 7 mois et accoucha avant terme.

Invagination intestinale.

M. Zuber a assisté à une laparotomie faite pour occlusion intestinale. On trouva un cylindre dur sur le trajet de l'iléon ; il s'agissait d'une invagination intestinale qu'on essaya en vain de réduire par tractions. Comme quelques déchirures s'étaient produites, on fit la résection de toute la portion intestinale correspondant à l'invagination. C'est cette pièce qui est présentée : on ne constate à l'intérieur rien de particulier, ni tumeur, ni polype qui ait causé cette invagination.

Dilatation congénitale de l'œsophage.

MM. Letulle et **Meslay** présentent les pièces d'un homme qui avait de la dysphagie et différents troubles nerveux qu'on attribua à de l'hystérie. Ce malade mourut subitement. On constata que l'œsophage présentait à sa région moyenne une dilatation du volume du poing remplie de matières alimentaires. Le cardia et l'estomac étaient normaux. Le trou de Botal était persistant et large.

Thrombose de l'artère pulmonaire.

M. Houzé a observé un nègre qui était entré à l'hôpital pour broncho-pneumonie compliquée de phlébite de la veine fémorale. Quoiqu'en bonne voie de guérison, cet homme mourut subitement dans une syncope. On trouva à l'autopsie un caillot fibrineux et cruorique dans l'artère pulmonaire, mais la partie du caillot située dans la branche gauche se divisait et un caillot secondaire rétrogradait vers la branche droite.

Œdème pulmonaire aigu dans l'insuffisance aortique.

M. Martin Durr rapporte l'observation d'un malade du service de M. Potain à la Charité, atteint d'insuffisance aortique avec rétrécissement, et en offrant tous les symptômes classiques. Cet homme avait présenté quelques accès angineux ; il mourut en une heure d'angoisse précordiale, avec facies pâle et expectoration visqueuse abondante. L'autopsie révéla, en outre des lésions du rétrécissement aortique, un œdème généralisé des deux poumons.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 février 1894.

Plaies de tête par balles de revolver.

M. Quénu. — Voy. p. 100.

M. Desprès plaide pour l'abstention. Il cite un cas où il a obtenu la guérison en pansant la plaie cutanée au diachylon.

M. Delorme pour juger la question a entrepris des expériences avec les revolvers « du commerce ». Après avoir tiré dans le crâne, à une distance variée, il explorait et trépanait comme sur le vivant, puis vérifiait l'état des choses par une autopsie en règle.

De sept expériences, toutes concordantes, il tire quatre conclusions :

1° L'exploration au stylet est impossible sans fausses routes, sans aggraver les dégâts.

2° Quoi qu'en ait dit M. Berger, les esquilles sont constantes, nombreuses, situées au delà du trajet du projectile.

3° Il est extrêmement difficile de trouver le projectile, même sur le cadavre.

4° Il est impossible de trouver les esquilles.

Donc, l'exploration est dangereuse et incertaine. On ne peut la tenter, et avec des ménagements extrêmes, que si la plaie d'entrée est inférieure au volume de la balle (peu de force de pénétration), et on n'ira pas à plus de 3-4 cm.

Quant à l'antisepsie dont parle M. Quénu, elle n'est pas réalisable dans le trajet intra-cérébral.

M. Reclus n'intervient que s'il y a des accidents spéciaux (large plaie avec esquilles, accident de compression cérébrale, hémorrhagie intra-crânienne). Quand il n'y a pas d'accidents immédiats, il a eu de bons résultats par l'abstention, dans laquelle le confirment les expériences de M. Delorme et celles, plus anciennes, de Delbet et Dagron (Voy. *Mercredi*, 1891, p. 306).

M. Monod. — Voy. p. 98.

M. Poirier présente une malade qui a subi une ostéotomie pour fracture bimalléolaire mal consolidée.

M. Schwartz présente une malade guérie d'adénites cervicales suppurées multiples par des injections multiples de naphthol camphré, pendant neuf mois de suite.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 février 1894.

Typhus exanthématique.

M. Netter communique la relation d'un cas de typhus exanthématique isolé, observé au mois de décembre dernier, à l'hôpital de Saint-Denis.

Cette observation prouve, au point de vue de l'hygiène publique, que, même en dehors des épidémies, il est prudent d'exercer une surveillance prophylactique sur cette véritable série de bouges, régulièrement espacés, où s'arrêtent les vagabonds dans leur mouvement de concentration vers la capitale. Le sujet observé par M. Dupuy (Saint-Denis) avait traversé le département de l'Oise, ne séjournant que dans les refuges communaux.

Sur la nature de la maladie de Basedow.

M. Marie. — (Voir p. 97.)

Puissance tératogène ou dégénérative des alcools dits supérieurs.

M. Féré. — J'ai déjà signalé l'influence des vapeurs d'alcool sur l'incubation de l'œuf de poule. Il n'était pas sans intérêt de comparer les différents alcools au point de vue de leur valeur tératogène. Les expériences que j'ai faites en exposant des œufs aux vapeurs des différents alcools semblaient montrer que l'alcool éthylique était de tous les alcools le moins nuisible; mais au point de vue d'une étude comparative, ce procédé expérimental était passible de plusieurs objections. J'ai eu recours depuis aux injections dans l'albumen. On ne peut guère reprocher à ce procédé qu'une légère coagulation de l'albumine; mais je me suis assuré, en provoquant des coagulations équivalentes par l'introduction d'une aiguille rougie au feu, qu'il n'en résulte pas de troubles du développement, du moins dans les premiers jours.

Ces résultats diffèrent sur quelques points des conclusions de Rabuteau, de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, relatives au point de vue toxicologique, mais elles concordent sur le fait le plus important : tous les alcools supérieurs sont plus nuisibles que l'alcool éthylique.

Les faits nouveaux que j'apporte me paraissent particulièrement intéressants au point de vue de la dégénérescence dans la descendance des alcooliques.

Ces faits expérimentaux montrent : 1° qu'à des doses faibles, l'alcool éthylique peut être presque inoffensif; 2° que les alcools propylique, butylique, amylique, sont progressivement plus nuisibles; 3° que les isoalcools sont plus nuisibles que les alcools correspondants.

Prix Lignières. — Le prix Lignières (1,000 francs) est partagé entre MM. le Dr Thérèse (Paris) et Crocq fils (Bruxelles).

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 février 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Angiocholites microbiennes.

MM. Gilbert et Dominici. — Lorsqu'on injecte dans le canal cholédoque du lapin des cultures de divers microbes (pneumocoques, streptocoques, staphylocoques pyogènes), on provoque des lésions d'angiocholite, et du côté du foie de la cirrhose et souvent des foyers de nécrobiose. Dans deux cas où le microbe injecté était l'aureus et le pneumocoque, nous avons trouvé dans le canal cholédoque un bouchon muqueux analogue à celui qu'on a longtemps considéré comme la condition de l'ictère catarrhal. Ce bouchon est formé de détritus cellulaires et de microbes. Il y avait naturellement de la stase et de la dilatation biliaire de l'ictère. Il semble bien, en somme, qu'on soit autorisé à faire de l'ictère catarrhal un ictère par angiocholite microbienne.

Lob-ferment gastrique.

M. Arthus. — On désigne sous ce nom un ferment qui est utilisé pour la fabrication en grand du fromage ; on le retire des estomacs de veaux et de chevreaux. Il a la propriété de dédoubler la caséine en caséum et en lacto-sérum protéose : c'est le phénomène de la coagulation du lait. On admet généralement que ce ferment existe seulement dans les estomacs d'animaux jeunes et manque habituellement chez l'adulte. Or j'ai pu, en expérimentant sur divers animaux adultes, voir que ce ferment existe constamment et qu'il a seulement besoin d'être mis en relief par des procédés délicats. J'ai confirmé que ce même ferment existe aussi chez l'homme adulte ; après ingestion de lait, le tube Faucher permet de retrouver dans l'estomac, après dix minutes, du lait coagulé avec les deux composants traduisant l'action du lob-ferment.

De la toxicité du sang et de l'urine chez une femme atteinte de troubles gravido-cardiaques.

MM. Bar et Rénon. — Nous avons pu examiner la toxicité du sérum sanguin et de l'urine chez une femme atteinte d'accidents gravido-cardiaques de la grossesse pendant les derniers jours de la vie.

Le sérum du sang de deux saignées a été injecté à sept lapins qui sont morts après avoir reçu 4, 5, 6 et 7 cent. cubes de ce sérum par kilogramme : la toxicité sanguine était donc considérable.

La toxicité urinaire, contrairement à ce qu'on observe en pareil cas, était accrue de plus de moitié, puisque de deux lapins expérimentés l'un est mort après l'injection de 25 cent. cubes 1/2 par kilogramme, l'autre après celle de 20 cent. cubes.

A l'autopsie de la malade le cœur était atteint de rétrécissement mitral. Les reins étaient relativement sains, tandis que le foie présentait de la sclérose, des foyers apoplectiques et de l'atrophie des cellules hépatiques, toutes lésions surtout marquées dans les régions péri-lobulaires, comme on l'observe dans l'éclampsie.

Nous pensons que dans la genèse des accidents asystoliques chez cette malade il faut faire jouer un certain rôle à la toxhémie résultant de lésions hépatiques déjà anciennes et très accrues du fait de la gestation. Nous avons d'ailleurs déjà pu noter ce parallélisme entre la toxicité sanguine et urinaire, pendant la grossesse, chez des femmes albuminuriques ou non, plus ou moins menacées d'éclampsie.

Microbes du foin et de l'avoine.

M. Lignières. — Ces substances, paraissant de bonne qualité, ont été mises à infuser, puis le filtrat a été injecté à

des lapins et cobayes. Les animaux sont tués régulièrement, quoique en un temps variable. L'infusion est plus active quand elle a été préparée à la température d'étuve. Quelques lapins ont présenté une sorte de cachexie subaiguë avec paraplégie. Les microbes isolés sont les staphylocoques blanc et doré, le streptocoque, le bacille pyocyanique, le coli-bacille ; ce dernier germe est très abondant et paraît jouer le rôle principal dans les phénomènes observés.

M. Luys décrit un procédé d'appréciation volumétrique de l'encéphale avec figuration à l'aide de petits cubes. En ajoutant la taille, l'âge et le lieu de naissance, on a un ensemble de documents précieux. On peut faire des opérations successives et les comparer. Par exemple, il serait aisé par ce moyen d'apprécier chez des élèves l'activité du développement intellectuel et la valeur de telle ou telle méthode pédagogique.

MM. Guinard et **Stourbe** confirment que l'absorption du gaïacol se fait principalement sous forme de vapeurs.

MM. Gley et **Lambling**, étudiant la réaction du contenu de l'intestin, ont vu que le tiers supérieur présente constamment une réaction acide. L'observation a été faite chez six suppliciés.

M. Chauveau a constaté, contrairement aux affirmations d'Egli-Sainclair, que certains sujets résistants à la fatigue peuvent faire des ascensions sans souffrir aucunement du mal des montagnes.

J. Girode.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 19 *février* 1894.

Présidence de M. Royer, vice-président.

Remarques sur l'inexactitude du mode d'évaluation de la force des douches.

M. Paul Bénard. — A propos d'une discussion relative aux différences existant entre la pression d'une douche filiforme de 20 atmosphères *dans les appareils* et *le degré de force qu'elle conserve* en arrivant sur la région douchée, M. Bénard regrette de ne pouvoir évaluer cet écart avec les modes de mensuration usités actuellement.

Le mode d'évaluation de la force des douches et de ses qualités percussives par la désignation de la pression du calibre et des résistances dans les appareils et dans l'air extérieur est extrêmement défectueux dans la pratique et même absolument inapplicable dans certains cas que spécifie M. Bénard.

M. Bénard insiste sur les inconvénients de cet état de choses, et sur l'utilité qu'il y aurait à chercher un moyen pratique de déterminer la valeur réelle de la force percussive de toutes les douches en général avec leurs qualités différentes de *masse* et de *vitesse*. Il propose de résoudre le problème en évaluant cette force au point d'application de la douche à l'aide d'un appareil enregistreur fort simple reposant, en particulier, sur le principe de la balance.

La médication hydro-minérale dans la métrite chronique.

M. de Ranse entend ne s'occuper, dans sa communication, que de la métrite chronique, abstraction faite de ses complications du côté des annexes ou du péritoine pelvien.

Les divisions d'ordre purement anatomique établies dans l'étude de la métrite, suivant la prédominance de la lésion dans telle ou telle partie de l'organe (col, corps, muqueuse, parenchyme), ne fournissent pas d'indication capitale parce que, à la période d'évolution de la maladie où l'on a généralement recours aux cures thermales, toutes les parties de l'utérus participent plus ou moins au processus morbide. C'est à la clinique qu'il faut demander les véritables sources d'indications.

La division proposée par M. Durand-Fardel, suivant que l'affection présente les caractères de l'irritabilité ou de la torpidité, procède d'une conception un peu trop large, trop compréhensive. Il ne faut pas oublier qu'avec une même eau minérale, on peut obtenir dans une certaine mesure, suivant le mode d'administration, des effets excitants ou sédatifs. D'un autre côté, le lien qui unit la lésion à la diathèse n'est pas tellement étroit qu'on ne puisse rencontrer une métrite à marche torpide chez une femme offrant un haut degré d'éréthisme général. En pareil cas, les deux caractères invoqués par M. Durand-Fardel existent simultanément : lequel des deux servira de base à l'indication thérapeutique? Quoi qu'il en soit de ces réserves, la source d'indications signalée par M. Durand-Fardel doit être toujours présente à l'esprit du praticien.

La métrite chronique, comme toutes les maladies, évolue différemment suivant le terrain où elle s'est développée. Mais on exagère la portée de cette notion banale quand on dit que les cures hydrominérales n'agissent, dans la métrite, que médiatement, indirectement, en modifiant, en améliorant l'état général.

D'abord il est bon nombre de femmes, atteintes de métrite, qui ne présentent aucun indice d'un état diathésique quelconque. En second lieu, il ne suffit pas de la concomitance d'une diathèse et d'une métrite pour établir de l'une à l'autre la relation de cause à effet, et la pathogénie actuellement admise des métrites proteste contre cette tendance de certains auteurs. Tout ce qu'il est permis de dire, et ce qui confirme l'observation de chaque jour, c'est que l'état diathésique ou constitutionnel peut influencer l'évolution de la métrite et rendre celle-ci ou plus ou moins réfractaire aux moyens thérapeutiques ou hygiéniques qu'on lui oppose. De là nécessairement une source importante d'indications quand il s'agit d'instituer une médication, comme la médication hydrominérale, propre à modifier ce même état diathésique ou constitutionnel.

Mais le praticien ne doit pas perdre de vue l'action directe que les eaux minérales peuvent exercer sur la métrite. Il ne saurait être indifférent de prendre des bains locaux, des injections ou des irrigations de plus ou moins longue durée avec une eau indéterminée, une eau sulfureuse ou une eau chlorurée. D'un autre côté, à cette action locale, topique, propre à chaque eau minérale, s'ajoute celle de différents moyens auxiliaires (douches variées, massage abdominal, massage utérin) dont le médecin hydrologue peut utilement disposer suivant les cas. Il y a là un ordre de faits qu'il importe de connaître et dont on doit tenir compte au moment de prescrire un traitement hydrominéral.

Au-dessus des indications précédentes M. de Ranse place celles que fournissent la forme clinique et la période d'évolution de la métrite.

Prenant comme types des exemples morbides les formes cliniques décrites par M. Pozzi, il montre comment chacune de ces formes indique plus spécialement telle classe d'eaux minérales.

En ce qui concerne les indications tirées de l'évolution même de la métrite, M. de Ranse divise cette évolution en trois phases.

La première, phase du début, pendant laquelle il peut être avantageux de faire ce qu'il appelle une *cure hâtive*, est caractérisée, suivant la terminologie de M. Durand-Fardel, par *l'irritabilité :* on doit craindre une excitation trop vive, et c'est à l'action sédative des eaux indéterminées qu'on doit s'adresser.

La seconde phase correspond anatomiquement à la période d'infiltration décrite par les auteurs; elle a pour caractère *une indifférence relative*, c'est-à-dire que le plus ou moins d'irritabilité qu'on peut rencontrer à ce moment tient moins à la phase même de la métrite qu'à la forme clinique et à l'état général de la malade. C'est donc à ces deux dernières sources d'indications qu'on devra demander les principaux éléments de la décision à prendre.

La troisième phase est caractérisée anatomiquement par l'induration du parenchyme utérin et cliniquement par la *torpidité*. Le danger d'une trop forte stimulation est passé : c'est alors le triomphe des eaux chlorurées, parfois des sulfurées fortes.

Ces différentes indications, dit en terminant M. de Ranse, peuvent, chez une même malade, se combiner, se surajouter ou se contredire. C'est au praticien d'en apprécier l'importance respective, d'en tirer comme une sorte de résultante, et de donner ainsi à sa décision la base la plus solide possible.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 12 février 1894.

Fracture du bassin.

M. Rochs rapporte le cas d'un individu qui, étant tombé sous un cheval, fut rapporté à la clinique avec les phénomènes de shock traumatique, teint terreux, yeux éteints, pouls misérable, rétention d'urine, etc. A l'examen, on trouvait une fracture du pubis et une tuméfaction de toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen. La sonde introduite dans l'urèthre s'arrêta au niveau de la portion bulbaire dans une cavité remplie de sang et de caillots. Il existait donc une déchirure de l'urèthre.

On fit alors sous l'éther la taille hypogastrique pour placer une sonde à demeure dans la vessie. Au réveil, le malade, qui avait absorbé 100 grammes d'éther, se sentit déjà mieux, sauf un peu de toux. L'amélioration persista pendant deux jours, mais au troisième le malade fut pris de bronchite aiguë et succombait rapidement avec des phénomènes d'œdème pulmonaire.

A l'autopsie on trouva une congestion intense de tout le tractus respiratoire. La cavité abdominale était remplie de sang; le pubis et les ischions étaient fracturés, en même temps que les autres os du bassin présentaient des fissures multiples.

Pour M. Rochs, la mort aurait pourtant été provoquée par l'éther qui donna lieu à la bronchite à laquelle succomba le malade.

Torsion du cordon spermatique.

M. Lexer. — Il s'agit d'un garçon de 16 ans pris il y a trois ans de tuméfaction de la moitié gauche du scrotum, qui persista pendant quelque temps et disparut pour se reproduire ensuite avec les mêmes phénomènes, assez régulièrement, de temps en temps. Il y a 15 jours, la tuméfaction se reproduisit comme d'habitude, mais accompagnée cette fois de douleurs violentes. La ponction de la tumeur, qui avait les dimensions d'une tête d'enfant, donna issue à du sang. On ouvrit alors le scrotum et, après l'incision de la vaginale remplie de sang noir, on trouva le testicule gangréné appendu au cordon complètement tordu sur son axe. Dans ces conditions, M. Lexer conseilla d'enlever le testicule et de suturer ensuite la plaie. Guérison.

La torsion du cordon, due dans ce cas à la mobilité extrême du testicule dont la descente s'était opérée tardivement, se manifeste ordinairement par des infarctus hémorrhagiques du testicule. L'examen microscopique du testicule enlevé montra, en effet, l'existence des infarctus hémorrhagiques à côté des foyers de gangrène.

Résorption des bactéries à la surface des plaies récentes.

M. Schimmelbusch a déjà signalé au dernier Congrès de chirurgie allemande avec quelle rapidité se fait à la surface des plaies récentes la résorption du micro-organisme infectieux. Ainsi, quand on infecte une plaie de la queue d'une souris et qu'on coupe l'organe quelques minutes après, l'infection est déjà établie et l'animal impossible à sauver.

Cette fois, M. Schimmelbusch a essayé de voir combien de temps les micro-organismes mis à la surface d'une plaie superficielle mettent pour parvenir dans les organes internes, le foie, les reins, la rate, etc. C'est ainsi qu'en infectant avec du charbon une plaie dans le dos ou à la queue d'une souris, il trouvait des bactéridies virulentes dans les organes internes déjà au bout de 3 heures et même bien avant. Pour les saprophytes et le bacille pyocyanique en particulier, la pénétration se fait encore plus vite et, 5 à 10 minutes après l'injection, on peut déjà trouver des micro-organismes dans les viscères.

M. Pfuhl a pu confirmer par des expériences personnelles les faits que vient d'exposer M. Schimmelbusch. Il a en même temps constaté que sur des plaies anciennes, datant de 12 à 24 heures, la résorption est presque nulle.

M. Schimmelbusch ajoute encore que la rapidité de résorption dépend du tissu sur lequel le virus est déposé. La résorption est presque nulle à la surface des aponévroses et très active sur la peau dénudée.

Iléus par calcul biliaire.

M. Nasse. — Il s'agit d'un homme de 60 ans pris brusquement de diarrhée, de vomissements et de douleurs violentes de l'abdomen. Tous ces phénomènes cessent au bout de quelques jours pour reparaître encore plus accusés quinze jours plus tard. Le malade est apporté alors à la clinique dans un état tel que la colostomie est jugée indispensable par le fait de l'existence de phénomène, d'obstruction intestinale. L'opération eut pour résultat une amélioration passagère et, le lendemain, le malade succombait dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouva tout d'abord un volumineux calcul biliaire enclavé dans le jéjunum à 1 m. 30 au-dessous du duodénum. Puis, au moment d'attirer au dehors une anse intestinale qui se trouvait sous le foie, les adhérences intestinales se rompirent et mirent à nu une cavité à parois gangrénées, remplie de pus, de matières fécales et de gaz. L'examen montra qu'au niveau de cette cavité, la vésicule biliaire était perforée et communiquait avec l'intestin. C'est par cette perforation que le calcul biliaire a dû passer dans l'intestin en provoquant les accidents péritonitiques que le malade a présentés 15 jours avant son entrée à l'hôpital. Plus tard, les symptômes furent ceux d'obstruction intestinale par le calcul engagé dans l'intestin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 14 février 1894.

De l'ascite.

M. Litten fait remarquer que si le diagnostic d'ascite est facile à faire, cette facilité n'exclut pourtant pas la possibilité des erreurs. Avant tout, il est toujours nécessaire d'établir l'étiologie de l'ascite, s'il s'agit d'une obstruction de la veine cave inférieure ou de la veine porte. Dans le premier cas on trouve ordinairement en même temps de l'œdème des membres inférieurs et des organes génitaux; dans le second cas l'œdème manque, mais en revanche il existe une dilatation notable du réseau veineux superficiel de l'abdomen.

L'ascite s'observe encore dans la péritonite fibreuse qui présente de grandes analogies avec la péritonite tuberculeuse. M. Litten se rappelle avoir eu à soigner une fillette de 5 ans, qui fut ponctionnée un grand nombre de fois pour une ascite qui se reproduisait après chaque ponction. Henoch, qui vit cette malade, publia plus tard son observation sous le titre d'ascite idiopathique. Aujourd'hui la jeune fille a 18 ans et jouit d'une santé qui ne laisse rien à désirer.

Il suffit d'ouvrir un traité pour voir signalée la possibilité de confusion de l'ascite avec un grand nombre de maladies. Andral et Louis ont pris une fois une dilatation de l'estomac pour une ascite. M. Litten aussi a vu avec Frerichs une malade chez laquelle ils prirent une ectasie intestinale pour une ascite. Dans un autre cas où M. Litten avait cru avoir affaire à une ascite, Landau diagnostiqua un kyste de l'ovaire, et l'opération confirma ce dernier diagnostic.

Dans des cas analogues, l'examen chimique du liquide peut être d'un grand secours. La présence de leucine, d'urée, etc., est en faveur de l'ascite; quand le liquide renferme de l'albumine, il provient d'un kyste. Le moyen de diagnostic le plus sûr est encore la centrifugation du liquide retiré par la ponction. Quand il s'agit d'un liquide ascitique, on obtient toujours par la centrifugation une tache rougeâtre composée de sang et d'hématies. Cette tache fait toujours défaut dans les cas où le liquide provient d'un kyste.

Résection intestinale.

M. Israël. — Il s'agit d'une femme de 85 ans sujette à des accidents d'occlusion intestinale. Elle fut amenée à l'hô-

pital pour des accidents d'occlusion aiguë datant de huit jours avec vomissements fécaloïdes, prostration complète, ventre ballonné, etc. Bien qu'à la palpation il fût impossible d'établir le siège exact de l'obstacle, M. Israël se décida pourtant à faire la colostomie du côté gauche. L'opération se passa fort bien et grande quantité de matières fécales sortit par l'anus artificiel. La malade quitta l'hôpital avec son anus artificiel, pour revenir au bout de deux mois pour un prolapsus de la muqueuse. L'exploration digitale permit alors de reconnaître l'existence de masses carcinomateuses au-dessus de l'anus. Ces masses furent réséquées, l'intestin suturé et l'anus fermé plus tard. Aujourd'hui la malade va très bien.

M. Hahn a été frappé depuis longtemps de la facilité avec laquelle les vieilles femmes supportent ces opérations. Récemment encore M. Hahn fit avec succès la résection du côlon carcinomateux chez une femme de 75 ans.

M. Rotter n'établit l'anus contre nature que lorsque le néoplasme siège dans l'S iliaque. Mais quand il n'a pas de diagnostic précis, il fait la laparotomie. Dans un cas où la laparotomie lui montra l'existence d'un cancer inopérable du coude droit du côlon, il anastomosa le côlon ascendant avec le côlon transverse. Le malade guérit.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 9 *février* 1894.

Epithéliomas multiples au cours du psoriasis.

M. Lane. — Un homme de 60 ans, atteint de psoriasis depuis son enfance, présentait sur la face dorsale de l'avant-bras un épithélioma ulcéré qui avait commencé comme un simple nodule auquel s'étaient joints plus tard trois autres nodules; les quatre plaques devinrent coalescentes et donnèrent lieu à une seule ulcération qu'on enleva en avril 1892; à ce moment, le sujet ne présentait aucune trace de psoriasis. En mars 1893, il était porteur de trois tumeurs épithéliales distinctes et ulcérées, situées sur le scrotum et le périnée; on en fit l'ablation; à ce moment, le malade était couvert par une éruption de psoriasis. On lui fit abandonner l'arsenic qu'il prenait depuis 30 ans. En décembre 1893, il présentait deux plaques sur le scrotum; on les enleva; au microscope, on vit qu'il s'agissait de deux épithéliomas. En janvier 1894, on enleva deux autres petits épithéliomas du scrotum. Jusqu'ici, il s'est ainsi formé 11 épithéliomas et il est probable que cette formation va continuer. Malgré nos recherches dans les mines où l'on extrait l'arsenic, je n'ai pu trouver que cette substance ait une influence quelconque sur la production des tumeurs malignes.

Appendicite.

M. Lane. — Un garçon de 18 ans avait eu, 3 ans auparavant, une attaque de douleurs abdominales l'ayant confiné au lit pendant une semaine; il y a un an, il eut une autre attaque semblable. Le 1er septembre 1893, quelques douleurs reparurent; le 3, les douleurs devinrent très vives; il y eut des vomissements, du refroidissement des extrémités; le 4, les symptômes devinrent plus alarmants encore. On fit le diagnostic de péritonite due à une appendicite. On fit une laparotomie; il s'écoula un peu de pus crémeux; tous les viscères étaient injectés et recouverts de pus; l'appendice était énorme et très congestionné; entre lui et les viscères environnants, il y avait un abcès collecté. On enleva l'appendice qui n'était point perforé. On ne fit pas de lavage et on ferma la plaie sans drainage. Le malade s'améliora d'une façon lente, mais progressive, et il finit par guérir.

M. Waterhouse. — J'ai vu un cas analogue: une femme atteinte depuis huit jours d'occlusion intestinale; j'ai ouvert l'abdomen, j'ai trouvé une péritonite généralisée, mais je n'ai pu trouver la cause de l'occlusion. J'ai fait un lavage à l'eau boriquée; j'ai fermé la plaie sans la drainer, et la malade a guéri.

Tumeur fongueuse du pénis.

M. Laum. — Un homme de 31 ans présentait depuis janvier 1891 une tumeur du pénis; on avait déjà conseillé l'amputation; ce malade entra à l'hôpital en août 1892; il présentait des signes douteux de phthsie pulmonaire. Il avait une masse granuleuse tout autour du prépuce et recouvrant le gland; il y avait aussi une surface granuleuse à la base du pénis et quelques nodules sur le scrotum; certains de ces nodules étaient ulcérés; les ganglions des aines étaient augmentés de volume. Le malade souffrait beaucoup, surtout en urinant. On fit inutilement des grattages, les ulcérations s'étendaient rapidement. Finalement, l'état général devenant mauvais, on fit l'amputation du pénis. Bientôt les ganglions sous-maxillaires s'enflammèrent et on dut les enlever et les gratter. Le malade finit par guérir. L'examen de la tumeur ne révéla pas l'existence de tubercules, mais fit soupçonner la nature cancéreuse de l'affection.

M. Hutchinson. — Je crois qu'il s'agit là de syphilis.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 19 *février* 1894.

Administration des anesthésiques.

M. White. — J'ai fait autrefois une étude sur l'administration des anesthésiques: j'ai des notes sur 7,055 cas, sur lesquels il y a 4,049 administrations de chloroforme, 798 administrations d'éther, 691 de protoxyde d'azote, 79 de bichlorure de méthylène, 5 d'amylène et 1,433 de la mixture A. CE. Quand le chloroforme apparut, on abandonna pour lui l'éther parce que, disait-on, le chloroforme à doses égales produit des effets plus marqués; de plus, son inhalation est plus agréable; elle produit moins d'irritation pulmonaire et n'exige aucun appareil spécial; de plus, le chloroforme est moins cher et plus aisé à transporter que l'éther; enfin, on le considérait comme moins dangereux. Les effets produits par l'inhalation du chloroforme peuvent être répartis en quatre périodes: 1° le sujet est encore conscient; 2° il est à demi conscient; 3° le sujet est endormi; 4° il est dans le coma et la mort est imminente. Dans la 1re période, le pouls est rapide et faible; la face est congestionnée, la respiration, accélérée au début, est bientôt ralentie. Le sujet peut souvent mourir dans cette période; la mort survient alors très rapidement; l'état de frayeur dans lequel l'opération plonge souvent le sujet joue un rôle dans la production de cet accident. Dans la 2e période, le sujet est bruyant, loquace; il parle d'une façon incohérente; il lutte souvent violemment, puis retombe épuisé; il peut y avoir une respiration profuse et une syncope. Dans la 3e période, la respiration est régulière, le malade est tranquille et le pouls est normal; il est inconscient, le réflexe cornéen lui-même disparaît et le sommeil est établi. On peut maintenir cet état sans grand danger, en surveillant le pouls, la respiration et la pupille. C'est dans ce stade qu'on pratique les opérations. Dans la 4e période, celle du coma avec menace de mort, la pupille se dilate graduellement, la respiration devient stertoreuse, irrégulière et diaphragmatique; les battements du cœur se ralentissent et s'affaiblissent; les muscles sont relâchés, il y a une sueur froide et la mort se produit comme dans un cas d'apoplexie. Simpson a établi, par l'expérimentation, que dans les cas de mort rapide, le cœur s'arrête d'abord, tandis que dans les cas où la mort survient plus lentement, la respiration cesse d'abord.

En 1864, le Comité de la Société royale de médecine et de chirurgie a recommandé l'anesthésie par l'éther ou un mélange de chloroforme et d'éther. Le Comité de Glasgow est arrivé à cette conclusion que l'usage de l'éther peut être prolongé sans agir sur le cœur, tandis que le chloroforme a une action capricieuse sur cet organe. Il a recommandé d'avoir recours à la respiration artificielle dans le cas d'accident. La commission de Hyderabad a déclaré que le chloroforme ne présentait aucun danger pourvu que la respiration fût régulière; qu'il ne provoquait jamais l'arrêt du cœur, et qu'il ne pouvait entraîner la mort que quand on employait des doses exagérées. Je ne suis pas de l'avis de cette commission qui croit qu'il suffit de surveiller la respiration; la surveillance du pouls est au moins aussi importante. Pour moi, on doit prendre les précautions suivantes: commencer par rassurer autant que possible le malade, le placer dans la position horizontale; enlever tout vêtement capable de serrer

le corps; il faut administrer le chloroforme graduellement et en augmenter graduellement les doses. Si le malade résiste, il faut laisser arriver l'air; il faut surveiller avec soin la pupille; on ne doit jamais commencer l'opération avant le stade de sommeil; si l'œil devient fixe et la respiration stertoreuse, il faut cesser la chloroformisation. Si le pouls ou la respiration s'arrête, il faut recourir à la respiration artificielle. La mixture est certainement préférable au chloroforme seul.

M. Sansom. — J'ai donné beaucoup de chloroforme et mon avis est que c'est une substance très dangereuse. La plupart des morts produites par le chloroforme sont dues à la syncope. C'est le système nerveux du cœur et non le muscle qui est atteint. Je préconise l'usage de parties égales d'alcool absolu et de chloroforme.

M. Silk. — L'administration du chloroforme exige de grandes précautions; la peur qu'éprouve le malade joue un certain rôle, mais moins grand qu'on pourrait le croire.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 20 *février* 1894.

Sclérose syphilitique du crâne.

M. Harris. — Un homme de 33 ans, ayant dans sa famille des antécédents de folie et niant avoir eu la syphilis, présenta il y a une quinzaine d'années du tremblement du bras droit, puis des deux mains et des deux avant-bras; il y avait aussi un léger tremblement de la tête et des jambes, tremblement cessant au repos. Le malade parlait lentement et d'une façon presque inintelligible; la vision était presque complètement perdue; il y avait du nystagmus des deux yeux. La sensibilité était conservée. En 1888 survint de la fièvre, il y eut aussi des douleurs dans le dos, le cou et la tête. Plus tard apparurent des signes d'hyperostose du crâne et on fit la trépanation. A l'autopsie on trouva un frontal à apparence massive due à l'épaississement de tout l'os; la surface externe de l'os était rude et inégale; la surface interne était aussi inégale. La partie la plus épaisse de l'os était dans sa partie médiane. Une section montra que l'os était aussi dense que de l'ivoire, il n'y avait pas trace de diploé entre les deux tables de l'os; cette augmentation d'épaisseur était surtout due à des dépôts osseux sur la table externe de l'os. A ce niveau la dure-mère adhérait à l'os et au cerveau. Une tumeur occupait la plus grande partie des lobes frontaux et se continuait d'un lobe à l'autre à travers la commissure cérébrale; cette tumeur était dans sa plus grande partie encapsulée; en certains points elle infiltrait le tissu environnant. Cette tumeur comprimait la corne antérieure des ventricules latéraux, mais sans pénétrer dedans. Cette tumeur examinée au microscope montra par places des cellules embryonnaires, des masses dégénérées, des artères oblitérées et à parois épaissies. Il s'agissait dans l'os d'un processus inflammatoire. La tumeur paraissait n'être autre chose qu'une gomme, malgré son volume énorme et l'absence d'autres stigmates de syphilis.

Cancroïde cutané.

M. Paul. — L'épithélioma commence toujours dans l'épiderme, débutant par une sorte de période papillomateuse sans infiltration ni ulcération. L'ulcère rongeur, au contraire, commence par une tumeur sous-épidermique qui reste quelquefois plusieurs années sans s'ulcérer. Ces tumeurs comprennent un épiderme, des follicules pileux et des glandes sudoripares absolument normales; mais les glandes sébacées y sont remplacées par une néoformation; c'est donc là le point de départ de la tumeur. Les cellules de l'ulcus rodens sont aisées à distinguer de celles de l'épithélioma.

M. Bowlby. — L'ulcus rodens est plus fréquent à l'âge moyen que dans l'âge avancé. Quelquefois un épithélioma vient se greffer sur un ulcère rongeur; l'ulcère rongeur est plus fréquent chez l'homme que chez la femme; il débute en général entre 30 et 50 ans et peut apparaître dans la jeunesse; il peut se développer pendant plusieurs années sous forme de tumeur avant de s'ulcérer; il siège généralement à la face et sur les parties voisines. Quand il y a ulcération, en général les bords de l'ulcère sont épaissis et relevés; la nature épithéliale de cette lésion permet d'en faire une variété de carcinome. Cette lésion débute dans le derme et peut débuter dans les follicules pileux.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 23 *février* 1894.

Nature et pathogénie des myélites tabétiques.

MM. Obersteiner et **Redlich** ont pu constater par l'examen histologique des moelles normales que chaque racine postérieure au moment de son passage à travers la pie-mère et la couche corticale de la moelle, présente un étranglement le plus souvent passablement accusé et est ordinairement accolée dans son trajet à un ou plusieurs vaisseaux de la pie-mère. Si l'on fait des coupes longitudinales des moelles tabétiques au niveau de ces étranglements, on peut constater l'existence dans ces endroits d'une rétraction fibreuse du tissu de la pie-mère aboutissant à la compression assez intense de ces racines postérieures; en même temps les vaisseaux de la pie-mère apparaissent épaissis, atteints de sclérose. La compression en question a pour résultat une dégénérescence des racines postérieures, particulièrement accentuée vers la moelle épaissie.

Ces lésions expliquent suffisamment, et mieux que les autres hypothèses, les phénomènes principaux du tabes. Elles jettent également un nouveau jour sur les rapports tant discutés du tabes avec la syphilis. En effet, en cas de syphilis antérieure, la sclérose de la pie-mère est une expression bien nette de la tendance de la syphilis à provoquer une prolifération du tissu conjonctif; les lésions vasculaires si fréquentes dans la syphilis constituent dans ces cas un autre agent de compression. Il est toutefois évident que d'autres processus morbides ayant pour résultat l'épaississement des méninges et l'artério-sclérose peuvent donner lieu au tabes. Au point de vue thérapeutique, les lésions en question expliquent comment on peut obtenir de bons résultats par le traitement antisyphilitique, dans les cas récents; et des améliorations par les suspensions et la névrotripsie.

Tumeurs osseuses.

M. Ewald montre une femme de 49 ans présentant une affection osseuse assez singulière qui a débuté chez elle à l'âge de 17 ans sous forme d'hyperostose du bras gauche dont l'apparition accompagnée de fièvre est attribuée par la malade à un traumatisme. En 1886, la malade fut de nouveau prise de fièvre et vit apparaître sur le manubrium du sternum une tumeur, douloureuse à la pression et même spontanément, qui augmenta de volume pendant trois ans, puis finit par disparaître. En 1889, à la suite d'un traumatisme, présenta tous les signes d'une tumeur cérébrale qui persistèrent pendant deux ans et finirent par disparaître à leur tour.

Actuellement, la malade est prise de temps en temps de douleurs dans les bras; en même temps que les douleurs, paraissent des taches rouges sur la peau qui recouvre l'exostose et celle-ci augmente de volume. L'incision, faite pendant une de ces attaques, montra qu'il n'y avait pas de pus et que la tumeur se composait d'un tissu spongieux mou.

M. Paltauf pense qu'il s'agit dans ce cas d'une ostéite déformante.

Chondrome du thorax.

M. Schnitzler montre un malade auquel il a extirpé un chondrome volumineux de la paroi thoracique. Pendant l'opération on s'est aperçu que le néoplasme avait traversé les espaces intercostaux et envahi le péricarde. Toutes les parties malades furent alors enlevées et après l'opération il resta une brèche thoracique au fond de laquelle on voyait le cœur à travers le péricarde partiellement réséqué. Comme la suture du péricarde se rompit, on fit simplement le tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée. Au bout de quatre semaines la perte de substance se combla en grande partie, et actuellement il ne reste de la vaste plaie qu'une petite fistule.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

MODE D'ADMINISTRATION DU CHLORAL

Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral; sa conservation est parfaite et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'estomac. (FORMULAIRE MAGISTRAL).

Le sirop de Follet se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche. La cuillerée à bouche contient exactement 1 gramme de chloral hydraté; la cuillerée à café 25 centigrammes.

Le sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait. Souvent il est préférable de donner les deux première cuillerées ensemble ; le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du sirop de Follet est fabriqué par la maison L. Frere, A. Champigny et Cie, Success. 19, rue Jacob, Paris, qui a obtenu les premières récompenses décernées aux produits pharmaceutiques : médaille d'or unique à l'*Exposition universelle* de Paris 1878 ; médaille d'or, Amsterdam, 1883 ; médaille d'or, Sydney, 1888, Paris, 1889.

PERLES DU DOCTEUR CLERTAN

Procédé approuvé par l'Académie de médecine de Paris

Maladies de l'appareil respiratoire

a. *Perles de Créosote du Dr Clertan.* — 0.05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. — Prix : 2 fr le flacon de 30.
b. *Perles de Gaïacol de Clertan.* — 0 05 centigr. par perle. — Dose moyenne, 4 par jour. — Prix : 2 fr.
c. *Perles d'Iodoforme de Clertan.* — 0.05 centigr. par perle. — Dose moyenne, 4 par jour — Prix : 3 fr. 50.
d. *Perles de Terpinol de Clertan.* — 0.25 centigr. par perle. — Dose moyenne, 4 par jour. — Prix : 2 fr. le flac.
e. *Perles d'Eucalyptol de Clertan.* — 0.15 centigr. par perle. — Dose moyenne, 5 à 20 par jour.
f. *Perles de Créosote iodoformee de Clertan.* — 0,05 centig. de créosote d'un centig. d'iodoforme par perle.
g. *Perles de Gaïacol iodoformé de Clertan.* — 0.05 centig. de Gaïacol alpha et un centig. d'Iodoforme.
h. *Perles de créosote gaïacolée et iodoformée de Clertan :* 0.05 centig. de créosote 0.05 cent. de gaïacol, 0,01 cent. d'Iodoforme.
i *Perles de goudron créosoté.* — 0,05 centig. de créosote par perle. — Dose moyenne, 4 par jour. — Prix : 2 fr.

Maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs
19, rue Jacob, Paris.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

PARIS

Thèses du 12 au 17 mars 1894.

Mercredi 14. — M. Pekle. Des arthropathies syphilitiques précoces. — M. Ribel. Contribution à l'étude de la maladie de Friedreich. — M. Lefranc. Les syphilides à cicatrisation chéloïdienne. — M. Théry. Statistique de la mortalité par variole en Angleterre ce 1871 à 1892. Bienfaits de la vaccine. Les ligues anti-vaccinatrices. — M. Darras. Etude statistique sur les applications de forceps chez les multipares. — M. Orrillard. Intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine lorsque l'enfant est viable. — M. Reynaud. Examen externe du bassin normal en clinique obstétricale. — M. Haas. Contribution à l'étude de l'étiologie générale de la diphthérie.

Jeudi 15. — M. Fiquet. Etude sur les intoxications alimentaires d'origine carnée. — M. Lapeyre. Du traitement des fractures de jambes, sans immobilisation au lit. — M. Danger. De la gastro-entérostomie et des opérations complémentaires destinées à empêcher le reflux de la bile dans l'estomac et l'accumulation des matières dans le cul-de-sac duodénal. — M. Colin. De quelques cas d'anesthésie généralisée dans l'hystérie. — M. Poursain. Les artérites infectieuses. — M. Grenet. Etude théorique et critique des principaux moyens employés pour provoquer et accélérer la dilatation du col pendant le travail de l'accouchement. — M. Grandferry. De la duboisine. Sa physiologie. Son emploi en neuropathologie et en psychiatrie. — M. Tollemer. Polyo-encéphalites supérieures. Ophthalmoplégies nucléaires ou paralysies bulbaires supérieures. — M. Thorain. Essai sur le rapport pathogénique de l'alcoolisme chronique avec la tuberculose pulmonaire. — M. Simon. Etude sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections rectales concentrées d'huile créosotée, iodoformée et salolée. — M. Dupasquier. Contribution à l'étude de la tuberculose rénale.

Vendredi 16. — M. Salies. De l'iritis dans la pathologie générale. — M. Deronde. Contribution à l'étude du traitement des pleurésies purulentes. — M. Moret. Contribution à l'étude du traitement des hydarthroses chroniques par la ponction et les injections antiseptiques. — M. Hardiviller. Contribution à l'étude du rhumatisme aigu. — M. Morault. Du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — M. Charlier. Le typhus exanthématique au Havre en 1893. Origine américaine de l'épidémie française en 1892-1893.

BORDEAUX

(Année scolaire 1893-1894).

27. Antoine. Des hémoptysies arthritiques. — 28. Rado du Matz. Du traitement de l'érysipèle par la pommade à la lanoline, vaseline et sublimé et le sulfate de quinine.

29. Camus. De l'épilepsie jacksonienne provoquée par les traumatismes de la plèvre. — 30. Castueil. Contribution à l'étude du psoriasis syphilitique plantaire. — 31. Daniel. Monographie médicale de la ville de Guingamp. — 32. Massiou. De la toxicité du sérum.

33. Page. Contribution à l'étude des nodules des chanteurs. 34. Lafarelle. Contribution à l'étude de l'action des bains froids sur les températures fébriles. — 35. André. Etude critique de la pathogénie de l'éclampsie et de son traitement. — 36. Leroux. Contribution à l'étude du lymphangiome de la cavité buccale. — 37. Gary. Essai critique sur l'étiologie et le traitement du crétinisme et des pseudo-crétinismes.

37. Noaillac. Du simarouba dans la dysenterie chronique. — 39. Liffran. Contribution à l'étude de la leucocythémie aiguë. — 40. Mesny. Des rétrécissements annulaires du pharynx inférieur.

41. Petit. L'enseignement de la médecine de l'Assistance publique à Tours jusqu'en 1841 (fondation de l'Ecole secondaire de médecine). — 42. Dethève. Contribution à l'étude du traitement du mal de Pott par l'extension continue.

43. Bertin. Contribution à l'étude du traitement de la malaria. — 44. Debedat. Influence des différentes formes de l'électricité d'usage courant en électrothérapie sur la nutrition du muscle. — 45. Cannieu. Recherches sur le nerf auditif, ses rameaux et ses ganglions.

46. Mariot. Contribution à l'étude du formol comme antiseptique. — 47. Debès. Contribution à l'étude de l'uréthrotomie interne. — 48. Jurquet. Des rétrécissements de « large calibre » de l'urèthre. — 49. Lamort. De l'influence comparée du raccourcissement des ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale au point de vue obstétrical.

50. Baudry. De l'intervention chirurgicale dans les cas d'absence du vagin. — 51. Crozet. De la valeur séméiologique du rétrécissement concentrique du champ visuel. — 52. Decourt. La rhinite hypertrophique chez les enfants, ses complications, son traitement.

53. — Houques. Contribution à l'étude du tétanos céphalo-paralytique, tétanos céphalique avec paralysie faciale ou tétanos de Rose. — 54. Cordier. Etude sur la médecine Hindoue (temps védiques et héroïques). — 55. Brandeis. L'état mental des chlorotiques. — 56. Bussière. De la disparition du premier bruit du cœur dans les affections aiguës, valeur séméiologique.

LYON

(Année scolaire 1893-1894).

842. Philippon (Philibert). De la crâniectomie chez les microcéphales. — 843. Vadon (Joseph). Essai clinique sur un nouveau signe de la sciatique : marche en équerre. — 844. Gandar (Paul-Emile). Revue critique de la kératite parenchymateuse. Quelle part revient à la syphilis et aux autres causes de cachexie dans l'étiologie de cette maladie.

845. Palet (Emile-Hippolyte). Des résultats immédiats et éloignés de la néphrectomie dans la tuberculose rénale. — 846. Laval (Edouard). Etude critique du dosage clinique de l'acide urique et de quelques recherches relatives à l'excrétion de cet acide. — 847. Daussat (Laurent-J.-M.-Ch.). Etude sur la névrite optique héréditaire.

Bureau central de médecine. — Les candidats au concours de médecine au Bureau central ont eu à traiter, par écrit, la question suivante : « Etude clinique et anatomique des lésions broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde. »

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital de la Charité. — M. Potain.

Des névropathies d'origine cardiaque, leçon publiée par M. le Dr H. Vaquez, chef de clinique (1).

Messieurs,

Un homme de 20 ans est entré récemment dans notre service, salle Bouillaud, n° 12, pour des accidents en apparence de la dernière gravité. Aujourd'hui, avec un pronostic déjà considérablement amendé, notre malade n'en reste pas moins sérieusement atteint; mais le diagnostic des complications qui paraissaient faire le danger prochain de son affection est devenu facile et de nature à nous rassurer.

Cet homme n'a eu aucune affection spéciale de l'enfance; il a toujours été d'une santé excellente; il était capable de se livrer à tous les exercices physiques sans ressentir aucune incommodité : il n'a eu ni rhumatisme ni syphilis. Il y a 5 mois, s'étant couché fort bien portant, il fut réveillé brusquement au milieu de la nuit par un accès de suffocation, il perdit alors connaissance pendant une heure environ; à son réveil on constata une hémiplégie droite avec aphasie. Deux jours après, la parole était revenue et quelques mouvements commençaient à se manifester dans les membres atteints; en 5 jours les accidents avaient complètement disparu. Depuis ce moment, le malade est facilement essoufflé, il ne peut accomplir un effort de quelque importance sans être pris d'oppression et d'angoisse; il y a quelques semaines, il lui arriva de cracher du sang à diverses reprises et il commença à s'apercevoir que ses jambes enflaient le soir. Il y a quelques jours eut lieu une nouvelle perte de connaissance avec hémiplégie droite et c'est ce dernier accident qui nous avait si fort alarmés. Mais aujourd'hui la paralysie a disparu, le malade est reposé et nous pouvons l'examiner avec moins de préoccupation.

C'est un homme encore d'assez belle apparence, sans pâleur marquée, ni cyanose. Son pouls est calme à 72, la température est normale. L'examen de son cœur nous permet de reconnaître les signes suivants : la pointe du cœur est déviée à 2 centimètres en dehors et 7 centimètres au-dessous du mamelon; la matité totale de l'organe est très augmentée, elle donne 145 cq. dans sa totalité. A l'auscultation on entend un souffle systolique siégeant exactement à la pointe, se propageant dans l'aisselle; la diastole n'est pas silencieuse, elle est remplie par un bruit spécial, véritable bruit de roulement. A la base, on constate un souffle diastolique, faible, léger, profond, aspiratif, à tonalité haute, dont le maximum est dans le deuxième espace, sur le bord droit du sternum. Il s'agit donc vraisemblablement d'une double insuffisance aortique et mitrale, cette dernière se compliquant d'un léger degré de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire. Pour confirmer le premier diagnostic, j'ajouterai que l'auscultation de l'artère fémorale nous y fait reconnaître un double souffle, peu accentué il est vrai. Si nous poursuivons l'examen, nous verrons que le côté droit, qui a été le siège de deux attaques de paralysie et a aujourd'hui recouvré le libre usage de ses mouvements, présente une anesthésie totale et absolue au toucher et à la douleur. A la face, on constate les signes sensoriels qui accompagnent habituellement ces sortes d'anesthésies; le champ visuel est très notablement rétréci du côté droit; le goût, l'odorat, l'acuité auditive sont presque entièrement abolis. Il n'y a nulle part ailleurs d'autres troubles de la sensibilité, pas d'hyperesthésie localisée, pas de zones douloureuses à la pression, pas de points hystérogènes. En vous disant cela, je vous indique assez le diagnostic qu'il nous est permis de formuler. Notre malade est un cardiaque et un cardiaque hystérique. Je ne veux pas aujourd'hui aborder la question de savoir si les troublss cérébraux qu'il a présentés à deux reprises étaient purement dynamiques, si quelque petit caillot n'a pas obstrué d'une façon plus ou moins transitoire la circulation de l'artère sylvienne, si l'hystérie n'a pas été un syndrome surajouté à la lésion organique; j'ai simplement pour but de vous faire remarquer la coïncidence de l'affection cardiaque et des troubles nerveux manifestes que présente actuellement le malade et de rechercher avec vous si c'est là une exception, ou si les maladies du cœur ne mettent pas en jeu plus souvent qu'on ne le croit les sympathies névropathiques.

Il nous faut d'abord éliminer toute la série des accidents qui reconnaissent pour cause une lésion manifeste, bien caractérisée, des centres nerveux, telle qu'une hémorrhagie ou une embolie cérébrales. Ces accidents sont bien connus. Il nous faut aussi mettre de côté les cas où l'abus de la médication peut être invoqué, comme *primum movens* de ces complications. Mon ami le docteur Duroziez a suffisamment attiré l'attention sur les méfaits de la digitale pour que je n'aie pas à vous les rappeler. J'ai bien vu des cas analogues à ceux qu'il a signalés; le plus frappant avait trait à une malade entrée dans mon service au début de l'année 1888, et qui présentait un délire violent avec tendance au suicide. Cette malade avait une lésion cardiaque bien compensée; l'état de son cœur, les caractères de son pouls ne présentaient rien d'alarmant. Certains indices me firent penser à la possibilité d'accidents digitaliques; la suppression du médicament amena la disparition de tous les symptômes vésaniques, et nous apprîmes alors de la malade elle-même qu'elle avait fait un abus immodéré de la digitale. Il est important d'avoir ces faits présents à la mémoire; car si l'on mettait les accidents délirants de parti pris sur le compte de la maladie du cœur, on serait souvent coupable de les exagérer en croyant bien faire, c'est-à-dire en augmentant la dose du médicament, cause première des complications cérébrales.

Nous restons donc en présence des cas où la maladie du cœur détermine par elle-même les troubles nerveux, sans participation de lésions matérielles ou d'intoxication. Ces cas sont encore nombreux.

Vous savez que les cardiaques avérés présentent toute *une série d'accidents nerveux* qui peuvent aller du simple vertige aux névroses les mieux caractérisées. Dès le début des maladies du cœur, on constate déjà souvent que les sujets qui en sont atteints deviennent facilement irritables, très disposés à l'emportement; qu'ils sont d'un caractère fantasque, insupportables à leur entourage; le fait est surtout frappant lorsqu'il s'agit de lésions aortiques. D'autres fois, et ce sont les lésions mitrales qui provoquent plus facilement de tels accidents, on voit les malades tristes, abattus, présentant une torpeur intellectuelle marquée; cela peut aller jusqu'à l'état mélancolique accompagné de malaises véritables, d'angoisses vraies ou exagérées; accidents qui sont même capables d'engendrer l'idée du suicide. Ce qui prouve déjà le rapport intime existant entre cet état psychique et la maladie cardiaque, c'est le balancement, passez-moi l'expression, qui s'établit entre les

(1) Extrait de la *Clinique médicale de la Charité*, par M. le Professeur Potain, avec la collaboration de MM. François-Franck, H. Vaquez, E. Suchard, P.-J. Tissier. Paris, 1 vol. gr. in-8, librairie G. Masson. Prix : 30 fr.

aggravations des symptômes cardiaques et les aggravations des troubles cérébraux. A la phase ultime des affections du cœur ces troubles sont plus profonds, plus tenaces. M. Murati a, il y a dix ans, appelé déjà l'attention sur les perturbations morales et intellectuelles des asystoliques. Ceux-ci sont d'ordinaire en proie à un délire passager, vague, monotone, prédominant pendant la nuit, entrecoupé d'une somnolence pesante avec état comateux. La pathogénie de ces divers accidents n'est pas toujours facile à élucider. On a tour à tour invoqué l'ischémie et la stase; vous savez que leurs effets sont souvent les mêmes. Pendant longtemps, on a cru que, dans l'insuffisance aortique, la rentrée brusque du sang dans le ventricule déterminait un abaissement de la tension périphérique, bien capable d'expliquer les troubles à distance. J'ai montré que cet abaissement de tension n'existait pas en réalité. Il faut donc chercher une autre explication pour les accidents cérébraux des aortiques. Leur cause ne réside pas à proprement parler dans l'organe central de la circulation : elle siège dans le système vasculaire périphérique. Qu'il s'agisse parfois de phénomènes ischémiques, on n'en peut guère douter lorsque l'on voit certains malades présenter des accidents vertigineux quand ils sont debout, et n'en ressentir aucun dans la position horizontale, alors que, par contre, on voit d'autres malades délirer lorsqu'ils sont au lit et revenir complètement à eux-mêmes dès qu'ils tentent de s'asseoir ou de se lever.

Ces accidents, à tout prendre, constituent ce que l'on pourrait appeler les petits accidents nerveux des affections cardiaques. Il en est d'autres, mieux caractérisés, qui relèvent alors de la folie, de l'épilepsie ou de l'hystérie.

La *folie cardiaque*, comme on l'a dénommée, était connue déjà des anciens auteurs avant que mon collègue le professeur Ball (1) et son élève M. Fauconneau (2) vinssent attirer à nouveau l'attention sur elle. Corvisart avait noté l'anxiété vésanique et la tendance au suicide de certains de ses malades. Nasse, en 1818, avait également admis que les maladies du cœur peuvent amener la folie; il avait même rapporté l'observation d'un malade qui présentait suivant l'état de calme ou d'accélération de son pouls un état psychique raisonnable ou délirant; de telle sorte que, mélancolique alors que sa radiale battait 50 fois à la minute, il devenait maniaque lorsqu'elle battait 80 fois. M. Maurice Raynaud, en 1868, a de son côté signalé un cas de lypémanie dans lequel les symptômes s'aggravaient ou s'amendaient, suivant le retour ou la disparition des accidents asystoliques. Les observations rapportées par le docteur Ball ne sont pas moins probantes. On y remarque le caractère mélancolique du délire sur lequel mon regretté collègue attire surtout l'attention. « Mais, dit-il, cette lypémanie est en même temps accompagnée d'une tendance à l'agitation qui la rapproche absolument de la forme décrite sous le nom de mélancolie anxieuse; c'est un délire avec prédominance d'idées tristes, mais avec une tendance exagérée aux lamentations bruyantes et un besoin irrésistible de mouvement. » Il ajoute en plus que les fous cardiaques sont extrêmement portés au suicide, et que cette impulsion morbide se manifeste surtout à l'occasion de l'aggravation des troubles circulatoires. Cette folie a encore d'autres caractères : elle est très fréquemment en rapport avec l'apparition de l'albumine dans l'urine; ses exacerbations sont nocturnes, comme Corvisart l'avait d'ailleurs remarqué, et enfin, elle procède par bouffées pour ainsi dire, chacune des explosions du délire étant souvent précédée d'une sensation d'angoisse précordiale, qui figure une sorte d'aura. Nous verrons que certains de ces caractères se retrouvent dans les autres accidents nerveux d'origine cardiaque.

L'*épilepsie* peut reconnaître pour cause une maladie du cœur. Le travail publié en 1887, par M. Lemoine, dans la *Revue de médecine*, en fait foi. Cet auteur a réuni plusieurs observations démonstratives. Il résulte de celles-ci que, chez des individus indemnes de tout accident nerveux, on a vu de véritables attaques convulsives survenir à l'occasion de maladies du cœur diverses; je n'en spécifie pas la nature, car les lésions mitrales comme les lésions aortiques peuvent en provoquer l'apparition. Ce qui démontre d'une façon encore plus absolue le rapport intime de l'épilepsie avec les affections cardiaques qu'elle accompagne, c'est la diminution progressive des attaques, au fur et à mesure que les troubles déterminés par la lésion orificielle qui leur a donné naissance s'améliorent sous l'influence de la digitale. Nous savons d'ailleurs que le cadre de l'épilepsie, dite idiopathique, se rétrécit de plus en plus, à mesure que l'on connaît mieux les causes multiples qui peuvent donner naissance aux attaques convulsives qui caractérisent cette maladie.

L'épilepsie symptomatique, à laquelle ces causes diverses peuvent donner naissance, se reconnaît habituellement à des caractères que nous retrouvons justement dans l'épilepsie d'origine cardiaque. Les grandes attaques y sont rares; le plus fréquemment, il s'agit de vertiges ou d'absences transitoires constituant ce que l'on appelle l'épilepsie psychique; presque toujours il y a une aura, celle-ci parfois très prolongée, parfois même non suivie d'attaque, et, chose surtout importante, cette aura a un point de départ cardiaque. Le malade ressent subitement une douleur violente à la région précordiale sous forme d'angoisse, ou bien le cœur se met à palpiter violemment; bientôt ne tarde pas à apparaître une sensation d'ondée sanguine montant vers la tête, étreignant le sujet à la gorge, envahissant le cerveau et alors, d'un coup, le malade pâlit et perd connaissance; le plus ordinairement, il n'y a pas de cri initial. L'attaque qui survient est tout d'abord tonique, mais pour quelques instants seulement, puis elle devient clonique, et les convulsions s'étendent aux deux côtés du corps. Je vous ai dit d'ailleurs que ces grandes attaques étaient rares, mais, lorsqu'elles apparaissent, elles présentent presque toujours les caractères que je viens de rapporter et, fait également important, lorsqu'elles commencent à se manifester, elles ont une égale tendance à se répéter fréquemment. Dans une observation rapportée par M. Lemoine, on les vit se reproduire 195 fois en 6 mois. Dans ce cas également, l'administration de la digitale diminua assez rapidement le nombre des attaques.

Ce que je viens de dire pour l'épilepsie liée aux maladies du cœur est vrai pour l'*hystérie* de même cause. Les grandes attaques sont rares, bien que ce soient elles assurément qui attirent surtout l'attention; mais la petite hystérie est une manifestation assez fréquente. Deux choses peuvent alors se produire : ou bien l'affection cardiaque ne fera que réveiller ou exaspérer une hystérie latente jusque-là, ou bien elle créera de toutes pièces un état hystérique analogue à ces hystéries de cause interne, sur lesquelles j'ai, le premier je crois, attiré l'attention. Cela constitue donc deux types sur lesquels je reviendrai tout à l'heure, mais il me faut tout d'abord vous mettre en garde contre une association de symptômes qui pourraient en imposer, je veux parler des accidents cardiaques causés par l'hystérie. Vous voyez qu'ici l'association est inverse; il s'agit d'hysté-

(1) Ball, De la folie cardiaque (*Médecine moderne*, 10 juillet 1890).

(2) Fauconneau, *De la folie d'origine cardiaque et des troubles psychiques consécutifs aux maladies du cœur* (Th. Paris, 1890).

riques avérés chez lesquels surviennent des troubles du côté du cœur. Il importe de bien connaître ces faits, qui sont, comme vous le savez, extrêmement nombreux. Dans ces cas, les symptômes cardiaques se manifestent de deux façons, soit sous forme de douleurs précordiales. plus ou moins angoissantes, qui peuvent même parfois constituer de véritables points hystérogènes, soit sous forme de palpitations. Je vous ai déjà entretenus de ces fausses cardiopathies, je n'y insisterai pas davantage.

Dans bon nombre d'autres cas, constituant le premier des types morbides dont j'ai parlé, on a affaire à des malades hystériques affectés de lésions cardiaques véritables, et chez lesquels ces lésions ont exaspéré les accidents nerveux préexistants. Ceci n'est pas moins utile à connaître, au point de vue du pronostic et du traitement de certaines maladies du cœur. Laissez-moi vous en citer un exemple. Une malade est entrée récemment dans notre salle Piorry, pour des accidents d'oppression extrême avec angoisse précordiale intolérable. La respiration était haute, fréquente, mais on n'entendait aucun râle, aucun bruit morbide dans la poitrine. La malade accusait une sensation douloureuse très vive dans la région du cœur et cependant les battements de l'organe, bien qu'un peu accélérés, étaient réguliers et bien frappés. L'auscultation ne permettait pas moins d'y reconnaître les bruits spéciaux qui caractérisent le rétrécissement mitral. Fallait-il mettre tous les accidents que nous observions sur le compte de cette maladle et porter par suite un pronostic sérieux? Ce ne fut pas mon avis, car un examen approfondi de la malade me permit d'établir devant vous que celle-ci était une hystérique avérée, chez laquelle les accidents nerveux s'étaient manifestés avec leurs stigmates habituels, bien avant l'éclosion des symptômes cardiaques. Je vous assurai alors que cet orage n'était pas pour nous effrayer et que sous peu nous verrions tous les accidents se calmer comme par enchantement. Je ne prescrivis aucune médication cardiaque, et au bout de quelques jours, sous l'influence du repos et de quelques calmants, tout était rentré dans l'ordre, les signes d'auscultation restant ce qu'ils avaient été d'abord.

Arrivons enfin aux cas où la lésion cardiaque paraît avoir créé l'hystérie de toutes pièces. Ces cas sont encore assez fréquents, bien que les travaux publiés sur ce sujet soient peu nombreux. Je vous signalerai cependant une étude de M. Armaingaud (1), qui date de 1878, ainsi qu'un travail de M. Giraudeau (2), publié en 1890 dans *les Archives de médecine*. Ces auteurs se sont surtout occupés de l'hystérie chez l'homme; mais la maladie n'est pas moins fréquente chez la femme atteinte d'affection du cœur.

Les lésions cardiaques qui semblent provoquer le plus fréquemment les accidents hystériques sont celles de la mitrale.

Le rétrécissement est en première ligne, surtout le rétrécissement mitral pur, celui qu'à tort à mon avis on a coutume d'appeler congénital. L'insuffisance mitrale peut donner lieu aussi à ces accidents. Enfin, dans une observation d'Armaingaud, on constata une double lésion aortique. Dans les lésions congénitales, l'association des troubles nerveux à la maladie du cœur est plus rare, je ne l'ai jamais observée chez les sujets atteints de cyanose, je l'ai vue une fois chez un malade de notre service atteint de rétrécissement pulmonaire acquis avec état anémique manifeste. Chez tous ces sujets, la maladie du cœur joue le rôle de cause prédisposante; à la moindre alerte, l'hystérie apparaît. Je vous citerai à ce sujet deux observations tirées de ma pratique d'hôpital.

Premier cas : Un homme de santé relativement bonne jusque-là, qui de temps à autre se plaignait seulement d'un peu d'oppression et de dyspnée d'effort, est tout à coup pris de vertige au moment où, pour charger une machine (il était chauffeur), il pénétrait dans une soute à charbon. Il tombe sans connaissance, et au bout de quelques instants ses camarades le trouvent se débattant violemment. Cet homme, apporté à l'hôpital, présentait le lendemain à la visite une hémiplégie gauche complète avec anesthésie totale sensitive et sensorielle, rétrécissement considérable du champ visuel, etc. L'auscultation du cœur nous permettait de diagnostiquer une insuffisance mitrale très manifeste. Les accidents disparurent rapidement, et le malade sortit guéri de nos salles.

Le second fait que j'ai à vous citer est un exemple de la façon dont une émotion vive peut faire naître l'hystérie chez un sujet atteint de maladie du cœur. Le malade observé d'abord dans notre service, ayant été soigné ultérieurement dans celui de mon collègue le professeur Straus, M. Mosny, alors son interne, a bien voulu compléter pour nous l'observation. C'était un nommé G. (Alfred), mécanicien au chemin de fer d'Orléans, qui fut apporté dans mes salles, à l'hôpital Necker, paralysé du côté droit. La paralysie avait paru brusquement à la suite d'une émotion morale vive; cet homme, en rentrant chez lui, y avait découvert un voleur en train de le dévaliser. Il perdit connaissance sur le moment, et, revenu à lui-même, nous fut apporté dans l'état que je viens de vous dire. L'hémiplégie dont il était atteint n'était évidemment pas de nature organique, les troubles sensitifs et sensoriels étaient trop manifestes pour qu'on y pût penser, et de plus, dès le lendemain, l'anesthésie put être, sous l'influence suggestive d'un aimant, transférée au côté opposé, la paralysie persistant. Nous reconnûmes alors que le malade était affecté d'une insuffisance mitrale bien constituée. Un an après, à la suite d'une nouvelle émotion, cet homme, ayant une seconde fois perdu connaissance, s'aperçut, en revenant à lui, que la paralysie avait disparu. Il est actuellement à l'hôpital Laënnec, souffrant toujours de sa lésion cardiaque et présentant encore sinon des accidents confirmés, du moins des stigmates persistants de l'hystérie.

Les observations de M. Giraudeau sont fort analogues à celle-ci; dans un cas, c'est un étudiant qui, refusé à un examen, perd connaissance et se réveille avec une hémiplégie et une hémianesthésie sensitive et sensorielle; dans un autre cas, c'est un homme qui, soupçonné de vol, éprouve les mêmes accidents; les deux sujets étaient atteints de rétrécissement mitral.

Assez souvent le malade n'a aucune conscience des troubles sensoriels et sensitifs dont il est atteint et l'on est mis sur leurs traces par le caractère pusillanime, nerveux, efféminé du sujet ; parfois l'hystérie se retrouve avec tous ses symptômes : perte de connaissance, attaques convulsives, réveil dans une crise de larmes et apparition d'une paralysie plus ou moins étendue sous forme d'hémiplégie.

Maintenant que je vous ai montré la relation possible, et non point exceptionnelle, des affections du cœur avec l'hystérie, il me reste à vous faire voir qu'elle n'est point accidentelle et de simple coïncidence.

Sur huit malades atteints de rétrécissement mitral, examinés par Giraudeau, trois présentaient des troubles anesthésiques étendus. La proportion est bien forte pour relever du hasard des coïncidences. Dans les cas que nous avons observés, on ne pouvait trouver à l'hystérie aucune autre cause que la lésion cardiaque; nos malades

(1) Armaingaud, *Relation pathogénique entre les maladies du cœur et l'hystérie chez l'homme* (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1878).

(2) Giraudeau, Rétrécissement mitral et hystérie chez l'homme (*Arch. de méd.*, novembre 1890).

ne présentaient pas de tare nerveuse héréditaire ou acquise, d'intoxication qui pût expliquer l'apparition des troubles que nous vîmes évoluer. Enfin, l'existence dans un certain nombre de cas des prodromes cardiaques, sous forme d'angoisses, de palpitations prémonitoires, caractères communs aux accidents nerveux d'origine cardiaque, la rétrocession possible de ces mêmes accidents sous l'influence des médicaments qui s'adressent au cœur, comme cela est surtout bien net dans une observation rapportée par Armaingaud, tout, en un mot, indique que l'association que nous étudions en ce moment n'est rien moins que fortuite. Giraudeau a remarqué que la plupart de ses malades étaient chétifs, mal développés, anémiques à un haut degré, et il pense que l'hystérie peut, comme la lésion cardiaque, résulter dans ces cas-là d'une débilité, d'une malformation congénitale; je n'y contredis point, mais ce n'est pas la cause unique, et l'hystérie peut apparaître dans des cas de lésion acquise du cœur. Cette dernière crée une opportunité morbide spéciale, surtout sans doute si les sujets atteints sont en même temps débilités par une déglobulisation, une anémie excessives. Il suffit ensuite d'une cause occasionnelle fortuite, futile la plupart du temps, pour que les phénomènes hystériques apparaissent.

L'importance de ces associations au point de vue du pronostic ne vous échappera pas, elle est de tout premier ordre. Il n'est pas en effet d'un médiocre intérêt de savoir si des troubles nouveaux survenus dans le cours d'une affection cardiaque sont le fait d'une aggravation de la lésion organique ou la conséquence de troubles nerveux transitoires et purement dynamiques. Cela importe autant à la tranquillité du malade et de son entourage qu'à la conduite thérapeutique qu'il vous faudra adopter. Vous en avez la preuve chez la malade que vous venez d'observer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mars 1894.

Commissions de prix pour 1894.

	MM.
Académie..	Hérard, See, Germain, Kelsch.
Alvarenga.	Riche, Lereboullet, Berger.
Amussat...	Larrey, Verneuil, Terrier.
Baillarger..	Potain, Luys, Duguet.
Barbier....	Duval, Chatin Joannès, Mégnin.
Bourceret..	Hayem, Trasbot, Cadet de Gassicourt
Buignet...	Bouchard, d'Arsonval, Moissan.
Capuron...	Tarnier, Robin, Pinard.
Civrieux...	Empis, Lancereaux, Magnan.
Daudet....	Guéniot, Péan, Périer.
Desportes..	Laboulbène, Grancher, Laveran.
Falret.....	Besnier, Mesnet.
Godard....	Le Dentu, Magitot, Landouzy.
Hygiène de l'Enfance.	Lagneau, Budin, Charpentier.
Herpin....	Cornil, Ranvier, Hallopeau.
Itard......	Polaillon, Bucquoy, Chauveau.
Laborie...	Tillaux, Labbé, Chauvel.
Laval.....	Brouardel, Bouchardat, Gautier.
Meynot...	Jaccoud, Duplay, Fournier.
Monbinne.	Panas, Javal, Wéber.
Nativelle..	Jungfleisch, Prunier, Marty.
Orfila.....	Caventou, Le Roy de Méricourt, Dumontpallier.
Portal.....	Guyon, Sée (Marc), Straus.
Pourat....	Marey, Laborde, François-Franck.
Saintour...	Colin (Léon), Lannelongue, Debove.
Saint-Paul.	Proust, Planchon, Dieulafoy.
Stanski....	Schützenberger, Leblanc, Worms.
Vernois...	Vallin, Nocard, Blanchard,

Election.

M. Porak est élu membre titulaire dans la section d'accouchements par 41 voix sur 78 votants, contre 37 à M. Ribemont-Dessaignes.

Un fait de cholédocotomie.

M. Terrier. — Dans un mémoire récent sur la cholédocotomie, je n'ai pu réunir que 18 observations, dont une personnelle. Depuis, j'ai eu l'occasion de pratiquer une fois cette opération et d'assister une fois mon collègue Quénu.

Mon observation est relative à une femme de 55 ans qui a commencé à présenter des troubles dyspeptiques en juin 1891, avec douleurs dans l'hypochondre droit, vomissements biliaires et alimentaires. C'est seulement en décembre 1892 qu'est apparu l'ictère avec décoloration des selles. A l'entrée, la malade, très amaigrie, avait un ictère très foncé ; foie gros, vésicule appréciable à la palpation.

Le 9 mai, opération qui conduisit sur une vésicule ratatinée et adhérente au côlon, à l'épiploon, au foie.

En la disséquant, elle fut déchirée et il en sortit un calcul mûriforme. Après ligature du canal cystique et cholécystectomie, la plaie fut drainée, puis suturée.

Au 2e jour, il s'écoula de la bile par le drain. Cet écoulement persista abondant, les jours suivants; l'ictère diminua, mais les matières restèrent décolorées.

Les troubles fonctionnels continuant et la fistule biliaire persistant mais tendant à se rétrécir, d'où des accidents de rétention biliaire, la malade fut soumise, le 11 janvier 1894, à une seconde intervention.

Après introduction dans la fistule d'une bougie stérilisée qui pénétra à 18 centimètres de profondeur, et cette bougie servant de conducteur, le ventre fut ouvert sur la ligne médiane et on constata l'existence d'un calcul en arrière de la première portion du duodénum.

Le duodénum fut alors incisé et, en explorant avec l'index, M. Terrier constata que le calcul siégeait juste au-dessus de l'ampoule de Vater. Incision du cholédoque à ce niveau; extraction du calcul mûriforme enchatonné, long de 18 millim. et large de 16 millim.; cathétérisme rétrograde du cholédoque avec une bougie n° 10; suture à deux plans du duodénum; suture du cholédoque ; réunion de la plaie extérieure avec drainage.

Guérison rapide, après un écoulement temporaire de bile, prouvant que les sutures du cholédoque n'ont pas tenu.

Le 3 mars, la malade continue à se bien porter.

M. Dujardin-Beaumetz. — En présence des succès journaliers qu'obtient la chirurgie des voies biliaires, je crois qu'il n'y a pas là une simple question de chirurgie, mais bien aussi des questions de thérapeutique et d'hygiène. L'existence d'une fistule biliaire dans un point plus ou moins éloigné de l'ouverture pancréatique a créé des conditions physiologiques qui nécessitent une hygiène alimentaire spéciale. J'ajoute que je m'efforcerai, dans une prochaine séance, de démontrer que, dans les ictères par obstruction, lorsque les efforts médicaux échouent, l'intervention chirurgicale s'impose ; je baserai ces faits sur une observation qui m'est très personnelle.

Traitement des grands abcès sous-péritonéaux.

M. Bousquet (Clermont-Ferrand) communique deux cas d'abcès sous-péritonéaux très volumineux, guéris par l'incision franche et le drainage. Ces deux observations, à peu près identiques, ont trait à des sujets de 17 et 18 ans, atteints de mal de Pott avec volumineux abcès pointant dans l'abdomen, l'un dans la fosse iliaque, l'autre sous le thorax. Dans les deux cas, M. Bousquet incisa, décolla le péritoine et put aller ouvrir directement la poche, qu'il draina avec succès.

Briquettes dans les voitures publiques.

Sur le rapport de M. Proust, l'Académie émet le vœu ci-après sur cette question :

L'emploi pour le chauffage des voitures publiques des briquettes qui, par leur combustion, dégagent constamment dans l'intérieur de ces voitures des gaz délétères, est toujours dangereux et souvent mortel.

L'Académie émet le vœu qu'il soit absolument interdit, ainsi que tout autre mode de chauffage ayant pour résultat de déverser à l'intérieur de la voiture les produits de la combustion.

Fièvre typhoïde à Paris.

M. Bucquoy. — Depuis trois semaines, sévit à Paris une épidémie de fièvre typhoïde, dont la gravité s'accroît chaque jour, à en juger par le nombre considérable de malades reçus

dans les hôpitaux et de cas observés en ville. Il y a quelques semaines, M. Rochard nous disait qu'à Paris la fièvre typhoïde était peu à peu devenue un mythe, grâce aux mesures d'assainissement prises, et surtout à l'amenée d'eaux pures. Or, aujourd'hui, la population paraît tout entière empoisonnée, sans doute par la pollution des eaux d'alimentation. Est-ce à cette cause qu'il faut attribuer l'épidémie, ou à toute autre? Je demande que la section d'hygiène s'occupe au plus vite de la question.

M. Lancereaux. — Je confirme les dires de M. Bucquoy; tandis qu'à l'Hôtel-Dieu, il n'y avait que 3 typhoïdiques du 1er janvier au 16 février, il y en a actuellement 62 en traitement. Or, c'est de la même façon que les épidémies antérieures les plus graves ont commencé, notamment en 1876 et en 1882.

M. Lereboullet. — Jusqu'ici les épidémies de fièvre typhoïde commençaient à la fin de l'été et au commencement de l'automne. Or, l'épidémie actuelle n'obéit pas à cette loi épidémiologique. C'est au milieu d'un excellent état sanitaire, à une époque où la fièvre typhoïde n'éclate presque jamais, qu'elle sévit brusquement à Paris, dans les hôpitaux militaires aussi bien que dans les hôpitaux civils.

En présence de ces faits, on est tout naturellement porté à penser qu'une même cause doit produire une telle épidémie, portant sur tous les points de Paris indistinctement. D'ailleurs, les analyses publiées au *Bulletin municipal officiel* montrent que les eaux d'alimentation, aussi bien dans les réservoirs que dans la canalisation, renfermaient un nombre considérable de bactéries à la fin de janvier, époque où l'épidémie a éclaté. Il est donc à craindre que nos eaux n'aient été contaminées, soit au point d'émergence, soit dans les conduites d'amenée, soit par des mélanges d'eaux de rivière et d'eaux de source dans la canalisation intérieure de Paris. Il importe en tout cas de prévenir le public qu'il se méfie de l'eau d'alimentation et qu'il ne la boive que bouillie.

M. Armand Gautier. — Cette discussion doit aboutir, dès aujourd'hui, à des mesures de précaution, à un conseil utile à donner à la population.

Sans vouloir préjuger l'étiologie précise de l'épidémie actuelle, nous savons que la fièvre typhoïde se transmet généralement par les eaux potables ayant reçu des produits de déjections typhiques. Il y a donc quelque raison de penser qu'encore, cette fois, il a pu en être ainsi et l'administration interrogée par nous n'a pu, du reste, nous renseigner exactement sur la question de savoir si les eaux de source de la ville avaient été ou non contaminées à leur origine, ou sur le trajet, ni même, ce qui est du reste peu probable, si les eaux de Seine, de Marne ou de l'Ourcq n'ont pas été mélangées à ces eaux de source en aucun point de Paris. Toujours est-il que plusieurs savants ont remarqué que les eaux de la Vanne et celles de la Dhuis sont, dans ces derniers temps, arrivées troubles dans leurs maisons.

Il y a donc quelque probabilité que nos eaux ont été contaminées et il devient dès lors nécessaire de dire à notre population qu'il est bon de prendre des précautions. Celle que je propose est celle-là même qui a été prise depuis quelque temps pour la population militaire de nos casernes par le service de santé. Elle consiste à faire bouillir l'eau. L'ébullition, au bout de quelques minutes, suffit pour détruire, on le sait, tout danger de contamination typhique par les eaux de boisson.

L'eau bouillie le soir, étant refroidie et clarifiée durant la nuit, est excellente à boire. Il est inexact de dire qu'elle est lourde à l'estomac. La lourdeur de l'eau tient surtout à la présence des microbes qui produisent dans l'estomac une fermentation de gaz souvent putrides. L'eau bouillie n'est jamais indigeste.

Je ne proposerai pas l'emploi des filtres quels qu'ils soient. Ils ne présentent pas toute garantie et lorsque, dans la dernière épidémie de choléra qui a frappé Paris, le Conseil d'hygiène a voulu combattre cette épidémie, il a conseillé et procuré à la population de la banlieue non pas de l'eau filtrée, mais de l'eau bouillie, dont l'usage a été reconnu excellent.

M. Vallin. — Je pense qu'il suffit de dire à la population de filtrer rigoureusement son eau d'alimentation ou, à défaut de bonne filtration, la faire bouillir. Un grand nombre d'épidémies ont été arrêtées par l'usage d'eau filtrée avec soin.

Sur la proposition de **M. Bergeron,** la discussion est close par l'adoption, à l'unanimité, du vœu suivant :

L'Académie, s'associant aux observations présentées par plusieurs de ses membres, et approuvant les conseils qu'ils ont donnés, invite la population parisienne à faire bouillir son eau d'alimentation tant que durera l'épidemie de fièvre typhoïde.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Worms, l'Académie fixe comme il suit la liste des candidats à la place déclarée vacante parmi les associés libres : 1° M. Duclaux; 2° M. Blache; 3° M. Commenge; 4° M. Bertillon; 5° M. Galezowski; 6° M. Corlieu.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 mars 1894.

Tubercules du cœur.

M. Zuber apporte le cœur d'un tuberculeux présentant une symphyse complète du péricarde. Un assez gros tubercule qui paraît d'origine péricardique se voit dans la paroi de l'oreillette droite, au-dessus du sillon transverse du cœur, et immédiatement au-dessus de la valvule tricuspide. Un autre tubercule, en partie caséifié, existe au niveau de l'infundibulum de l'artère pulmonaire.

Ulcération sarcomateuse de l'oreille.

M. Claude apporte le pavillon d'une oreille, sur lequel existe, à sa portion médiane, une ulcération ovalaire assez profonde, longue d'environ deux centimètres. On avait pensé d'abord à une ulcération syphilitique. Le traitement spécifique ne donnant pas de résultat, on put, après biopsie, constater qu'il s'agissait d'une ulcération sarcomateuse. On fut ainsi amené à faire l'extirpation du pavillon atteint.

Structure du cervelet chez l'homme.

M. Azoulay expose quelques particularités de la structure du cervelet chez l'homme, et montre des préparations histologiques par la méthode de Golgi, qui viennent à l'appui de ses affirmations.

Les cellules de Purkinje présentent des aspects divers chez l'homme et chez l'enfant. La cellule adulte atteint presque la pie-mère, la cellule embryonnaire n'atteint pas la moitié de la zone moléculaire. Chez l'enfant, on voit que les ramifications protoplasmiques sont disposées en épines, qu'elles s'arrêtent brusquement. Elles deviennent arborescentes chez l'adulte. C'est le cas de dire que la fonction entraîne le développement de l'organe. Sur le cylindre-axe, on voit des masses noirâtres, globuleuses, destinées à l'allongement ultérieur de la fibre. Le cylindre-axe des cellules de la corne d'Ammon devient d'autant plus volumineux que les cellules sont plus centrales. Lorsque les cellules de Purkinje sont bien développées, leurs prolongements prennent l'aspect d'arborisations grimpantes. Dans la couche moléculaire, ces arborisations sont très marquées et subissent des inclinaisons rappelant la disposition des rameaux du saule. Dans les cellules très volumineuses, les prolongements protoplasmiques se divisent en plusieurs branches. Chacune de ces divisions ressemble à des fibres nerveuses. Il faut un très fort grossissement au microscope pour voir qu'il s'agit de ramifications protoplasmiques. Le cylindre-axe est très difficile à trouver dans ces cellules. Il est du type du cylindre-axe court.

Les cellules de névroglie dans le cervelet de l'homme sont beaucoup plus nombreuses que dans le cervelet des animaux.

Mort subite et tuberculose des capsules surrénales.

M. Letulle raconte un cas de mort subite chez un jeune homme entré depuis huit jours dans son service et atteint de symptômes frustes de maladie d'Addison. Ce jeune homme avait une teinte bronzée diffuse de la peau. Mais il avait eu de la fièvre paludéenne au Tonkin. Il n'avait aucun symptôme de tuberculose pulmonaire. Des traces de pleurésie existaient à la base du poumon droit.

Rien ne faisait prévoir la mort subite. A l'autopsie, on trouva les capsules surrénales grosses comme des mandarines, caséifiées. Des cellules géantes, mais peu de bacilles tuberculeux, existaient dans leur tissu. Les nerfs, les ganglions surrénaux étaient englobés par le processus tuberculeux.

M. Letulle insiste à ce propos sur la difficulté de pronostic des tuberculoses viscérales. Dans ces tuberculoses la mort est souvent soudaine. Le fait arrive dans les abcès tuberculeux du cerveau et même du cervelet, avec lésions pulmonaires quelquefois guéries. La même chose peut se produire à l'occasion de toutes les lésions tuberculeuses viscérales.

M. Broca rappelle un cas de mort rapide analogue rapporté l'année dernière à la Société par M. Binaud. Il s'agissai d'un malade qui avait été opéré dans le service de M. Nélaton pour fistule anale. La mort se produisit le lendemain de l'opération, avec des phénomènes d'hyperthermie, il est vrai. A l'autopsie, on trouva de la tuberculose des capsules surrénales. A la suite d'une résection du genou pour tuberculose de l'articulation, lui-même a eu un cas de mort subite. Il regrette de n'avoir pas dans ce cas examiné particulièrement les capsules surrénales. Les autres viscères étaient sains.

Lymphadénie.

M. Sergent montre la rate et les ganglions d'un homme de 40 ans, mort de lymphadénie dans le service de M. Ducastel. L'affection avait débuté il y a 11 mois. Les ganglions du cou du côté gauche avaient été pris les premiers, puis les ganglions du côté droit et ceux des aisselles. Un ganglion de l'aisselle avait été enlevé pendant la vie pour l'examen histologique et bactériologique. Ce dernier examen avait été négatif. L'examen du sang pratiqué avait révélé la prédominance des globules blancs, en particulier des globules à granulations et éosinophiles.

La mort se produisit par cachexie, après suffocation et gêne respiratoire consécutive à la compression des masses ganglionnaires du médiastin.

A l'autopsie, tous les ganglions sont trouvés envahis : dans le médiastin, dans le mésentère, autour des vaisseaux iliaques, autour du pancréas.

La rate pèse 1,850 grammes. Elle a l'aspect encéphaloïde. Quelques infarctus sont disséminés dans son tissu.

Des nodules lymphoïdes existent dans l'estomac et dans l'intestin. De petits nodules blancs sont trouvés dans le foie.

La base de la langue est curieuse. Une couronne de gros nodules saillants lui est formée par les deux amygdales et les glandes de la paroi postérieure.

F. Potier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 *mars* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Hémorrhagie méningée d'origine charbonneuse.

MM. Roger et **Crochet**. — Nous venons de recueillir une observation qui nous a semblé intéressante au triple point de vue clinique, anatomique et microbien. Il s'agit d'un homme qui entra dans notre service pour un érysipèle développé autour d'une pustule maligne; la lésion datait de quatre jours, mais l'état général excellent faisait porter un pronostic assez favorable. Or, aussitôt après la visite, le malade perd brusquement connaissance; ses membres sont dans la résolution; les extrémités se cyanosent et se refroidissent; les battements cardiaques deviennent faibles et rapides (128), la respiration est accélérée (36), l'insensibilité absolue. Après quelques contractures passagères, le malade succombe dans le coma, trois heures après le début des accidents.

L'autopsie révèle une abondante infiltration de sérosité au niveau du cou, des muscles pectoraux, du tissu cellulaire, du médiastin. Le sang était épais, poisseux, couleur sépia. Les viscères, fortement congestionnés, laissaient écouler un sang noirâtre. La lésion la plus curieuse siégeait au niveau des méninges, toute la pie-mère encéphalique était transformée en une vraie nappe sanguine qui entourait complètement le cerveau, le bulbe, la protubérance, le cervelet. Les méninges rachidiennes étaient congestionnées; à la partie inférieure de la région dorsale et à la région lombaire, il existait une hémorrhagie formant un véritable anneau autour de la moelle.

L'examen bactériologique a permis de constater qu'on avait affaire à une double infection: l'une, due au streptocoque, était restée locale; l'autre, due à la bactéridie charbonneuse, était généralisée. Le microbe du charbon se trouvait en abondance, et à l'exclusion de tout streptocoque, dans le sang, les viscères, les méninges. On a déjà signalé l'existence d'hémorrhagies méningées au cours de l'infection charbonneuse, mais jamais, croyons-nous, la lésion n'avait acquis une aussi grande extension que dans l'observation que nous venons de rapporter.

Ajoutons enfin que, malgré l'enquête que nous avons faite, il nous a été impossible de trouver la cause de la pustule maligne. Le malade, qui était employé dans une grande maison de quincaillerie, prétendait qu'il avait été piqué par de la paille servant à emballer les marchandises et sur laquelle il s'était couché.

Paroxysme hystérique à forme de névralgie faciale.

M. Gilles de la Tourette. — On doit aujourd'hui considérer l'hystérie comme une affection constituée par un ensemble de stigmates permanents: troubles de sensibilité, diathèse de contracture, etc., sur lequel évoluent des paroxysmes. Le plus anciennement et le mieux connu de tous n'est autre que l'attaque du paroxysme convulsif qui a longtemps englobé tous les autres. En 1891, j'ai sorti du groupe des névralgies faciales un paroxysme hystérique, tirant sa caractéristique d'une douleur siégeant sur le trajet du trijumeau et simulant, à s'y méprendre, le tic douloureux avec lequel il était jusqu'alors confondu. Ce paroxysme est précédé des phénomènes de l'aura commune et se termine par l'état mental spécial post-paroxystique et par l'émission d'une urine abondante et claire. Il est à supposer que, à l'instar des autres paroxysmes de forme névralgique, l'examen des urines de 24 heures, comprenant l'accès, donne la formule spéciale que nous avons établie avec M. Cathelineau; nos analyses toutefois ne sont pas encore terminées. C'est un cas de cet ordre que je présente aujourd'hui à la *Société*. Le sujet, homme de 54 ans, est porteur d'une hémianesthésie *gauche*, sensitivo-sensorielle, et présente sur la moitié *droite* de la face une zone hyperesthésique hystérogène, dont l'exaltation donne lieu aux phènomènes paroxystiques que je viens de décrire.

Ascite tuberculeuse guérie par injection de naphtol camphré.

M. Rendu rapporte deux cas d'ascite tuberculeuse, dont la nature a été contrôlée par les inoculations, et qui ont été très rapidement guéris par une seule ponction suivie d'injection de naphtol camphré. La dose était de 5 grammes environ de naphtol, répartis en cinq seringues de Pravaz.

Dans les deux cas, sauf quelques petites différences, l'évolution de l'affection à partir de la ponction et de l'injection de naphtol camphré a été identique. Dans les deux cas, innocuité parfaite et absence de tout accident secondaire : réaction péritonéale légère, à peine fébrile, donnant lieu d'abord à un empâtement diffus intra-abdominal, mais sans reproduction de l'ascite, puis se circonscrivant graduellement à la région épigastrique où l'épiploon offre pendant un certain temps une induration appréciable. Dans les deux cas aussi, symptômes thoraciques concomitants, ne disparaissant pas de suite, semblant même en quelque sorte s'exagérer momentanément après l'injection, mais s'atténuant rapidement au bout de une ou deux semaines.

Je ne veux pas tirer de conclusions trop absolues de ces deux cas, car je n'ignore pas que la péritonite tuberculeuse peut guérir de bien des façons et même spontanément. Il faut évidemment un plus grand nombre de faits bien observés pour entraîner une conviction en thérapeutique, mais je crois qu'il est utile de signaler un procédé qui, entre mes mains, s'est montré deux fois rapidement efficace et qui, dans tous les cas, je crois, a le mérite d'être parfaitement inoffensif.

Traitement du pneumothorax par la thoracentèse.

M. Galliard. — Dans le traitement d'urgence du pneumothorax simple, la thoracentèse, parfois efficace, est susceptible de soulager les malades et même de leur assurer la survie.

Elle permet de gagner du temps et d'atteindre la période de tolérance.

Elle amène, dans quelques cas rares, la guérison très rapide du pneumothorax.

Il faut la pratiquer à l'aide d'un fin trocart mis en communication avec l'appareil aspirateur.

Les canules à demeure ne doivent être employées que si l'on est certain d'avoir affaire au pneumothorax à soupape. Pour qu'elles ne fussent pas dangereuses, il faudrait : 1° assurer leur fixation dans le trajet intercostal; 2° les munir d'une soupape à fonctionnement régulier ou d'un appareil de filtration irréprochable.

Ces conditions semblent difficiles à réaliser en pratique.

La thoracentèse peut être suivie d'expectoration albumineuse, complication peu grave.

La thoracentèse peut être suivie d'emphysème sous-cutané généralisé, complication très grave.

Lorsque l'emphysème sous-cutané se manifeste à la suite de la thoracentèse, il faut pratiquer immédiatement la thoracotomie, mettre un drain dans la plaie et appliquer un pansement antiseptique.

En dehors de cette circonstance, la thoracotomie d'emblée est à rejeter (car elle serait inévitablement suivie de suppuration pleurale), à moins qu'il n'y ait gangrène.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 3 mars 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Toxicité du sang et des muscles dans l'état de fatigue.

M. Abelous. — Le sang d'un chien tétanisé possède, ainsi que l'a indiqué Mosso, des propriétés toxiques. Si l'on injecte ce sang à une grenouille récemment décapsulée, la survie de l'animal est notablement abrégée. On obtient les mêmes effets en injectant à l'animal décapsulé non pas le sang complet, mais seulement le sérum. De même l'extrait alcoolique du sang et des muscles d'animaux fatigués détermine les mêmes effets toxiques.

L'extrait alcoolique de capsules surrénales, mélangé au sérum de chien tétanisé, peut en faire disparaître la nocuité. Les substances toxiques de ce sérum sont solubles dans l'alcool. Elles sont sensibles à l'influence des agents réducteurs, et, par exemple, on peut les rendre inoffensives en les traitant par le permanganate de potasse.

Produits microbiens et thermogénèse.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — Il est intéressant d'étudier séparément les effets thermiques des cultures microbiennes, des toxines seules, et des cadavres microbiens eux-mêmes. Par exemple, si l'on injecte à un lapin 1 centimètre cube de culture sèche pyocyanique tuée par la chaleur, on observe une hyperthermie considérable qui fait passer la température de 39° à 40°9. Or, pendant le même temps, la déperdition de calorique par rayonnement est très diminuée; les indications du thermomètre et du calorimètre sont nettement inverses. Les effets sont ici tout à fait comparables à ceux de la tuberculine.

Si le produit injecté est une culture filtrée sur le noir animal, on obtient encore une forte élévation de la température; mais de plus, le calorimètre accuse un rayonnement très actif et ses indications sont parallèles à celles du thermomètre.

Les produits microbiens sont donc complexes et contiennent des substances qui agissent séparément sur la température et la thermogénèse.

On peut ajouter que certains produits toxiques internes agissent d'une façon analogue. La ligature aseptique des uretères abaisse les indications du thermomètre et du calorimètre. La ligature du cholédoque agit de même et d'une manière encore bien plus prononcée.

Isolement du coli-bacille.

M. Lignières. — En se servant de thé de foin à 3 0/0, on a un milieu de culture qui convient mieux au coli-bacille qu'aux autres germes susceptibles de l'accompagner dans divers produits. On peut utiliser ce fait pour isoler le coli-bacille. Le milieu est rapidement acidifié, ce qui est une des causes du retard de développement des autres microbes.

Le bacille d'Eberth pousse mal dans le thé de foin ; mais, dans certaines conditions, il tend à acidifier le milieu, comme le coli, et à se rapprocher de ce dernier.

Courbure des doigts de la main et mouvement d'opposition.

M. F. Regnault. — Les anatomistes n'ont pas noté que les doigts de la main humaine étaient courbes, de sorte que les 2e et 3e doigts sont courbés vers le quatrième et les 4e et 5e ont une courbure concave regardant le 3e. Cette courbure est constante et existe même chez le fœtus de huit mois. Elle est donc bien différente des déformations professionnelles et accidentelles.

A l'opposé des doigts humains, ceux des singes sont droits. Même les singes anthropomorphes n'ont pas les doigts courbés, à en juger par les nombreux moulages et photographies de nos collections et les quelques spécimens vivants de nos ménageries. Si cette courbure existe, elle est en tout cas extrêmement peu prononcée.

La cause de cette différence est due à la manière d'opposer le pouce. Quand l'homme veut prendre un objet, il peut opposer le pouce à un quelconque de ses quatre autres doigts. Quand le pouce veut s'opposer au reste de la main, le mouvement d'opposition l'amène naturellement entre le troisième et le quatrième doigts. Si on veut l'opposer au quatrième ou au cinquième, il faudra incliner ces doigts vers le bord externe de la main; et inversement pour les deuxième et troisième doigts. Le singe, au contraire, même anthropoïde, n'a qu'un mouvement d'opposition rudimentaire.

Il prend soit entre les quatre derniers doigts fléchis et la paume de la main, comme ferait un saturnin, soit, s'il désire plus de précision, entre l'index et la pulpe du pouce placée sur le bord radial de la première phalange du second doigt.

Il faut noter que les enfants prennent, jusque vers deux ans, comme les singes, et n'exercent que vers deux ans leur pouce à l'opposition.

A ces différences fonctionnelles en correspondent d'anatomiques. Une des plus importantes est la courbure des doigts de la main humaine. De plus, la paume de la main est plus longue et plus mince chez le singe, le pouce est petit, et l'espace digital entre le pouce et l'index moins considérable. Le système musculaire est moins compliqué. Enfin, les sillons de la main des singes anthropomorphes sont perpendiculaires ou transverses, mais ne présentent pas l'obliquité des sillons humains.

M. Baraban mentionne la présence de sarcosporidies dans le larynx d'un supplicié.

M. Simon étudie le développement du corps thyroïde dans ses rapports avec l'évolution des fentes branchiales.

M. P. Richer étudie les variations de l'attitude du corps dans la station verticale, suivant la variation du point d'appui.

M. Vitson a constaté que l'ablation de la rate n'empêchait pas chez les animaux le développement des aptitudes génésiques.

M. Azoulay communique quelques remarques sur la structure de la corne d'Ammon et du cervelet, étudiés par la méthode de Golgi (Voy. p. 113).

M. Daremberg, à propos de la réaction fébrile qui suit les injections organiques chez les tuberculeux, mentionne le cas d'un sujet chez lequel l'injection de sang frais n'était suivie de réaction fébrile qu'à l'occasion d'un exercice.

MM. Linossier et **Lannois** ont, à l'aide d'un dispositif spécial et très sûr, confirmé l'absorption des vapeurs de gaïacol par la peau.

J. Girode.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 *février* 1894.

Grossesse prise pour un kyste de l'ovaire.

M. Aug. Reverdin (Genève) envoie l'observation d'une femme de 24 ans qui, 14 mois après une ovariotomie, fut atteinte d'une tumeur à évolution rapide, prise pour un nouveau kyste. L'auteur fit donc la laparotomie rendue très laborieuse par les adhérences (si bien qu'il blessa l'intestin et dut en réséquer 12 centim.), arriva sur une poche liquide qu'il incisa et au fond de laquelle il trouva un fœtus : c'était l'utérus gravide, distendu d'une façon remarquable par l'hydramnios. Cet utérus, aminci au point de menacer rupture, fut enlevé et la malade guérit.

Luxation pathologique de la hanche.

M. Kirmisson fait un rapport sur une observation de M. Hartmann, relative à une luxation obturatrice de la hanche, au cours d'une arthrite aiguë de la hanche; la cuisse était en abduction à angle droit. La réduction fut obtenue, sous le chloroforme, par les mêmes manœuvres que pour une luxation traumatique. Ce fait est de l'ordre de ceux dont a parlé M. Verneuil, en 1883, d'après sept observations dont cinq concernaient la hanche; des observations analogues sont dues à Delens, Guterbock, Sonnenburg. M. Kirmisson en a recueilli une relative à la hanche au cours de la scarlatine et, après échec de tractions directes exercées par un autre médecin, a réussi par la méthode de douceur. Ces luxations, fréquentes surtout au cours de la scarlatine et de la fièvre typhoïde, ont soulevé des discussions pathogéniques; les uns, avec J.-L. Petit, disent que la tête est chassée par le liquide intra-articulaire; M. Verneuil invoque la parésie de certains muscles et la contracture des antagonistes; pour la luxation la plus fréquente, en arrière, il y aurait parésie des fessiers et contracture des fléchisseurs, mais il est à noter que dans le cas de M. Hartmann, il y avait parésie des fessiers et cependant luxation obturatrice. D'après M. Kirmisson, il faut invoquer à la fois l'attitude vicieuse et le liquide intra-articulaire.

Le traitement doit consister dans la réduction, par les mêmes manœuvres que pour les luxations traumatiques, et les succès ne sont pas rares.

Déchirure complète du périnée.

M. Routier, dans un cas de déchirure complète remontant à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sphincter, chez une femme de 22 ans, a employé avec succès le procédé suivant : 1° disséquer les deux bords du rectum, reconstitué ensuite par des sutures de Lembert, à la soie; 2° refaire le périnée et le vagin par le procédé d'Emmet. La guérison a été parfaite.

M. Pozzi. — Ce procédé a déjà été employé par Walsberg, par Lauenstein.

Plaies de tête par balles de revolver.

M. Le Dentu pense que le problème actuellement étudié est fort complexe; qu'en particulier il est obscurci par les ricochets de la balle à la face interne du crâne, tels qu'il en a vu dans le cas qu'il a publié à l'*Académie de médecine* (1891; voy. *Mercredi*, p. 53) et qu'ils ont été étudiés expérimentalement par Delbet et Dagron. En outre, il faut savoir que quelquefois on peut être induit en erreur par les signes de localisation : il y a déjà quelques années, M. Le Dentu a vu un homme qui, après s'être tiré un coup de revolver dans la région frontale, avait des troubles moteurs très nets, mais accompagnés de vomissements tellement persistants que la balle était allée jusque vers le cervelet. Le sujet ayant succombé probablement, la balle fut trouvée enkystée dans le lobe occipital; son trajet était suppuré. En somme, la recherche du projectile ne doit pas être recommandée en principe. Quant à désinfecter le trajet de la balle, il n'en saurait être question. Ce qu'on peut, c'est désinfecter la plaie superficielle, le foyer osseux, et la trépanation est bonne dans les cas, rares d'ailleurs, où il y a un épanchement sanguin profond. D'ailleurs, il y a de nombreux cas de guérison après abstention complète, et par exemple M. Le Dentu a soigné récemment un homme chez lequel il est à peu près certain que la balle a été s'arrêter contre la paroi du sinus caverneux, en coupant le moteur oculaire commun : abstention complète et le malade est actuellement en bon état.

M. Terrier ne peut pas en principe admettre l'abstention systématique. Pour les armes de guerre, sans doute, Otis au nom des statistiques américaines, Ruckert, Kocher, etc., au nom de leurs expériences, soutiennent qu'il faut s'abstenir : mais, pendant la guerre serbo-bulgare, Gluck a enregistré des succès de la trépanation, et cela prouve que, malgré la théorie, c'est une question à étudier en pratique. De même pour les balles de petit calibre, quoi qu'en dise M. Desprès, lequel ne représente pas précisément le progrès. Evidemment, on ne réussira pas toujours : pas plus que pour la laparotomie pour plaies de l'intestin, mais souvent il sera logique d'essayer, et en tout cas, il faut se dire que ce qui est grave, c'est la lésion pour laquelle on trépane et non pas le trépan. Il faut reconnaître, d'ailleurs, que l'opération est difficile et aléatoire, si on veut extraire la balle et les esquilles. Récemment, M. Terrier a pu s'en convaincre sur une jeune femme dont il apporte les pièces, confirmatives des expériences de Delbet et Dagron, de Delorme; et en explorant avec une bougie uréthrale, il a cependant fait une fausse route. Dorénavant, il fera à l'os une large brèche, pour bien voir la plaie profonde, et il pratiquera l'exploration avec une bougie à boule.

M. Berger présente un enfant atteint de luxation congénitale bilatérale de l'extrémité supérieure du radius, en avant d'un côté, en arrière de l'autre. Il se propose de faire l'arthrotomie pour obtenir la réduction.

MM. Michaux, Championnière, Tillaux, Routier ont vu des cas de ce genre, où le coude fonctionnait bien et conseillent l'abstention.

M. Rochard présente une femme à laquelle il a suturé, avec succès, une plaie du cæcum.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 14 *février* 1894.

Présidence de M. Cordier.

Névrome fasciculé du talon.

M. Brousses présente un malade dont l'histoire peut aider à élucider la pathogénie et le traitement de l'affection bizarre décrite par Desprès sous le nom de contusion chronique du talon et, par d'autres, sous celui de talalgie. Il s'agit d'un jeune soldat qui, depuis cinq mois, ressentait, en posant le pied droit sur le sol, une douleur vive à la face inférieure du talon, douleur que le repos faisait disparaître, mais que la moindre pression réveillait. On ne remarquait aucune modification dans le volume, la forme, la coloration et la température de la région. Comme antécédents pathologiques : une ancienne blennorrhagie parfaitement guérie aujourd'hui. Pas de rhumatisme.

Le repos au lit, la révulsion sous forme de badigeonnages de teinture d'iode, de pointes de feu, la médication antirhumatismale et antinévralgique n'amenèrent aucune amélioration.

M. Brousses proposa alors au malade une intervention chirurgicale ayant pour but l'extirpation de la bourse séreuse calcanéenne, siège probable de l'affection. Après incision en arc de cercle, les parties molles du talon furent rabattues en volet. On put constater *de visu* l'intégrité de la face inférieure du calcanéum. La dissection de la bourse séreuse amena la découverte, en un point de la paroi, d'une saillie dure, du volume d'un gros grain de blé, laquelle fut excisée. Les suites opératoires ont été des plus simples. Au bout de 25 jours, le malade put marcher sans souffrance aucune.

L'examen histologique de la petite tumeur pratiquée par M. le Dr Berthier nous en a révélé la nature. Il s'agit d'un névrome fasciculé développé dans la paroi de la séreuse.

Tumeurs adénoïdes.

M. Sieur, répétiteur à l'Ecole de santé militaire, présente un soldat de 23 ans, chez qui on constate l'ensemble des

déformations squelettiques que peuvent causer, à la longue, les tumeurs adénoïdes : pommettes effacées, fosses nasales rétrécies, cloison déviée, palais en ogive, saillie des incisives, cyphose, etc.

Malformation congénitale du cœur.

M. Lépine met sous les yeux de la Société le cœur d'un jeune homme de 16 ans, très hypertrophié, avec perte de substance de la cloison ventriculaire et auriculaire. Traces sur les valvules et le péricarde d'une endopéricardite récente. Essoufflé depuis son enfance, ce jeune homme n'avait eu de l'asystolie et de l'anasarque que depuis un an. Souffle systolique râpeux s'entendant dans toute la région précordiale. Fait remarquable, il n'y avait pas de cyanose.

Double cancer primitif.

M. Courmont, interne des hôpitaux, donne le résultat de l'examen histologique des pièces présentées par lui au mois de décembre dernier.

Le malade qui avait fait le sujet de l'observation était porteur d'un cancer de l'œsophage. A l'autopsie, on trouva, de plus, une tumeur de l'ampoule de Vater avec intégrité fonctionnelle du cholédoque environné cependant par le néoplasme. Cette seconde tumeur était-elle une greffe de la première ou bien un autre cancer primitif?

L'histologie vient de trancher la question. La tumeur de l'œsophage est un exemple très net d'épithéliome pavimenteux du type épidermique corné. La tumeur de l'ampoule de Vater présente un type tout différent, c'est un épithélioma cylindrique. Il s'agit donc bien de deux cancers primitifs ayant évolué chez le même sujet.

Dangers du chlorure d'éthyle.

M. H. Dor fait connaître un cas de perte de substance de l'épithélium cornéen, produite par une pulvérisation de chlorure d'éthyle faite sur la joue avant l'avulsion d'une dent. L'ulcère cornéen mit quinze jours à se cicatriser.

Séance du 21 *février* 1894.

Paralysie pseudo-hypertrophique avec rétraction des membres inférieurs.

M. Thévenet, interne des hôpitaux, présente un malade du service de M. le professeur Lépine. Il s'agit d'un jeune homme âgé de 16 ans. Pas d'antécédents héréditaires; personne, parmi ses ascendants ou collatéraux, n'a présenté d'affection analogue à celle dont il est atteint lui-même. Il a trois frères ou sœurs, âgés de 3, 6 et 14 ans, et jusqu'ici tous sont bien portants. La maladie actuelle a débuté à l'âge de 11 ans et a eu, depuis, une évolution lentement progressive. Aujourd'hui, le malade ne peut quitter le lit; les membres inférieurs peuvent être qualifiés de *membres de colosse*, et ils sont le siège d'une rétraction permanente: les cuisses sont fléchies sur le bassin, et les jambes sur les cuisses. Les mouvements volontaires sont à peu près nuls comme étendue et comme énergie.

Dans la partie supérieure du corps, les muscles, loin d'être hypertrophiés, sont pour la plupart en atrophie notable. Elle est appréciable surtout aux bras et à la face. Les muscles du thorax sont également atteints, et il est visible que la respiration ne s'effectue que par le diaphragme.

Pas de troubles de la sensibilité. Sphincters intacts. Intelligence assez développée.

En résumé, les particularités qu'on peut relever dans cette observation sont les suivantes : absence d'antécédents héréditaires, début tardif, rétraction des membres inférieurs.

M. Lépine. — Cette rétraction est fort remarquable. Elle pourrait faire penser qu'il s'agit ici d'un cas mixte, d'une myopathie avec lésion centrale. Il n'en est rien cependant, et nous sommes bien en face, là, d'une affection uniquement myopathique. M. Lépine a eu, il y a peu de temps, dans son service, un cas analogue, et c'était aussi une myopathie très pure. Ces rétractions dans la paralysie pseudo-hypertrophique sont tout à fait exceptionnelles; elles ont été signalées déjà par MM. Landouzy et Déjerine, ainsi que dans la thèse de Brossard.

Lésion corticale de la région temporo-occipitale ayant déterminé de l'aphasie.

M. Courmont, interne des hôpitaux, présente le cerveau d'un malade du service de M. Lannois. Ce malade était atteint d'aphéphobie (peur du contact), et a déjà fait le sujet d'un travail de la part de MM. Weill et Lannois. Il a présenté, de plus, une série de symptômes qui doivent être rattachés à la lésion qu'on a trouvée à l'autopsie.

Voici l'observation résumée :

En mars 1891, ictus apoplectique, perte du sentiment pendant trois jours. Il entre à l'hôpital huit jours après, et l'on constate qu'il n'y a ni paralysie motrice, ni troubles de la sensibilité, mais un léger degré de surdité verbale; de plus, la pupille droite est un peu dilatée. Persistance des troubles de la parole pendant cinq mois. — Le 20 décembre, nouvel ictus, perte subite de la parole. Quelques heures après, le malade entre à l'hôpital. Il a une sorte de bredouillement. Il écrit son nom et les mots qu'on lui dicte, mais ne peut, au bout de quelques minutes, reconnaître ce qu'il vient d'écrire. En même temps, dilatation très nette de la pupille droite, et impossibilité de siffler et de relever la pointe de la langue. Pas d'autres troubles moteurs. Ces derniers jours, le malade est venu mourir, dans le service, d'une pleurésie purulente.

A l'autopsie, on a trouvé les lésions cérébrales suivantes ; dans la région temporo-occipitale gauche, la dure-mère adhère fortement à un point de la substance cérébrale; à ce niveau, ramollissement ayant en surface les dimensions d'une pièce de deux francs; il occupe le tiers postérieur de la première et de la deuxième circonvolutions temporales. En profondeur, il s'étend jusque dans la corne du ventricule latéral. Cette lésion, on le voit, siège en dehors des centres connus de l'aphasie de réception ou de transmission; elle réside en pleine zone sensitive, et cependant il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Morve et tuberculose.

M. Cadéac relate les expériences qu'il a faites sur des cobayes en faisant ingérer aux uns de la matière tuberculeuse, aux autres des matières morveuses. Les cobayes nourris de viandes tuberculeuses deviennent tous tuberculeux; ceux, au contraire, qui ont mangé de la viande d'un cheval morveux restent indemnes.

D[r] P. Lacour.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 21 *février* 1894.

Anévrysme de l'aorte.

M. A. Frænkel a présenté un anévrysme de l'aorte provenant d'un individu syphilitique encore jeune qui était en même temps atteint d'artério-sclérose diffuse.

Depuis quatre ans, M. Frænkel a eu l'occasion d'examiner nécroscopiquement 19 cas d'anévrysmes de l'aorte thoracique, chez 3 femmes et 16 hommes. Sur ces 19 individus, 9 étaient manifestement syphilitiques, 6 avaient dépassé l'âge de 60 ans, et 4 n'avaient pas encore atteint l'âge de 40 ans.

Actinomycose.

M. Wolff a présenté les préparations microscopiques des foies actinomycotiques d'animaux chez lesquels il a pu provoquer l'actinomycose du foie après des inoculations faites dans la cavité péritonéale. Il a en même temps montré un cas d'actinomycose de la mâchoire pris pour du cancer, puis pour de la tuberculose osseuse. Comme l'actinomycose devient de plus en plus fréquente, M. Wolff désirerait que cette question fît l'objet d'études sérieuses.

Laparotomie vaginale.

M. Dührssen a décrit sous ce nom une nouvelle méthode d'extirpation des tumeurs utérines ou d'hystérectomie qui se pratique de la façon suivante.

On ouvre le cul-de-sac antérieur du vagin par une incision transversale ou arciforme. Le tissu rétro-vésical ayant été décollé et repoussé jusqu'à l'orifice interne du col, on passe une anse de fil sur la partie la plus élevée et encore visible de la paroi antérieure de l'utérus et on abaisse l'utérus par tractions sur le fil. Une seconde anse de fil est passée sur la portion attirée de la paroi antérieure de l'utérus et une nouvelle portion abaissée par des tractions exercées sur le fil. Par ces tractions successives, on arrive à amener presque à la vulve les replis vésico-utérins qu'on peut sectionner, le fond de l'utérus et même les annexes. On peut alors exécuter sur toutes ces parties les opérations correspondantes, pour lesquelles on est ordinairement obligé de faire la laparotomie.

Cette laparotomie vaginale est particulièrement facile et avantageuse quand il s'agit de l'énucléation de petits myomes utérins ou d'une rétroflexion où il est possible de couper, sous le contrôle de l'œil et du doigt, les tissus qui fixent l'utérus en arrière.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 19 février 1894.

Diverticule de l'œsophage.

M. Klemperer. — Il s'agit d'un homme de 25 ans, non hystérique, qui, depuis 4 ans, présentait des troubles digestifs faisant penser à un ulcère de l'estomac. Depuis 2 ans, le malade ne peut plus avaler les aliments solides et se nourrit exclusivement de soupes et de lait. La sonde œsophagienne rencontre à 40 centim. un obstacle qu'elle ne peut franchir. Les aliments que le malade avale sont au bout de quelques heures régurgités. A tous ces signes il n'est pas difficile de reconnaître un diverticule de l'œsophage.

M. Boas fait observer que les diverticules profonds, bas situés, sont assez fréquemment confondus avec les dilatations sacciformes consécutives à des contractions spasmodiques. Dans un cas de ce genre, M. Boas a pu obtenir la guérison par le bromure de potassium et la dilatation avec des sondes volumineuses.

M. Senator fait remarquer que dans les diverticules les parois du sac loin d'être hypertrophiées sont ordinairement atrophiées. Il est donc très curieux de voir le malade de M. Klemperer arriver par un effort à faire passer les aliments à travers le diverticule.

Dermatomyosites infectieuses.

M. Lewin pense que les dermatomyosites, étudiées dans la séance précédente par M. Frænkel, sont plus fréquentes qu'on ne le pense. La présence des streptocoques dans les muscles, constatée par M. Frænkel, est très importante au point de vue de l'étiologie de cette affection. Strumpell a trouvé dans un cas des grégarines. Dans d'autres cas, les accidents étaient attribués à une intoxication d'origine intestinale. Senator a, il y a 20 ans, publié un cas qui paraissait être produit par l'hydrogène sulfureux, et l'on sait aujourd'hui que l'ammoniaque, l'acide carbonique, etc., peuvent provoquer des accidents analogues. Mais toutes ces intoxications évoluent très rapidement, tandis que les dermatomyosites de Frænkel ont une marche très lente. Les érythèmes, dans ce dernier cas, sont très variés et s'observent dans un grand nombre de maladies infectieuses. Ceci vient encore à l'appui de l'origine bacillaire des dermatomyosites.

Les dermatomyosites infectieuses doivent être différenciées des myosites syphilitiques. Dans ces dernières, les rougeurs de la peau et la sensibilité des parties touchées font défaut; puis, le processus évolue très lentement ; on peut quelquefois observer des troubles moteurs et des paralysies de même que des troubles trophiques. Le traitement spécifique et surtout l'iodure de potassium arrivent à guérir rapidement les myosites syphilitiques.

M. Schwabach fait observer que dans les processus septico-pyohémiques consécutifs à l'otite moyenne, on n'a pas observé de phlébite par thrombose. On peut donc penser que le transport du virus se fait par les lymphatiques.

M. Lewy, qui a observé quatre cas de polymyosite, attire l'attention sur deux points : la dureté des muscles pris et la durée de la maladie qui peut varier de quelques mois à un ou deux ans. Dans trois autres cas, M. Lewy ne trouva pas de microcoques.

M. Litten, dans un cas de dermatomyosite septique, a trouvé les muscles non pas indurés, mais empâtés ; en même temps le malade avait un véritable purpura.

M. Senator croit qu'il faut diviser les dermatomyosites en deux groupes, suivant qu'il s'agit d'une infection myosite infectieuse ou d'une intoxication dans le sens large du mot, polymyosite primitive. Dans les premiers cas, les muscles sont envahis par des micro-organismes qui provoquent les modifications correspondantes ; dans le second cas, il n'existe pas d'invasion bactérienne, mais on se trouve en face d'une intoxication qui n'a rien à voir avec la pyo-septicémie. Entre les deux groupes la différence est peut-être la même qu'entre les arthrites multiples septico-pyohémiques et les poly-arthrites rhumatismales. Il est évident que dans la polymyosite rhumatismale il doit également exister quelque part dans l'organisme un foyer d'où part l'intoxication. Dans un cas où il existait des troubles gastro-intestinaux graves, l'origine de la myosite était probablement à rechercher du côté du tube digestif.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 23 février 1894.

Névrites multiples.

M. Mott. — Un homme de 34 ans, n'ayant ni syphilis, ni blennorrhagie, ni rhumatisme, fut pris de frissons, de sueurs, d'épistaxis; il eut un gonflement du genou droit, des douleurs dans la jambe et la main du même côté; il y avait de l'œdème et du gonflement des articulations; il y avait une fièvre intense, du sang et de l'albumine dans l'urine. Pas d'affection cardiaque ou pulmonaire. Bientôt il y eut de la diarrhée avec hémorrhagie intestinale; on songea à une fièvre typhoïde; la diarrhée cessa au bout d'une semaine; puis la fièvre augmenta et il survint de la paralysie et de l'anesthésie des membres du côté droit. On trouva que les muscles du bras et de la jambe du côté droit présentaient la réaction de dégénérescence; au bout de quelques jours, il y eut une exacerbation fébrile et la réaction de dégénérescence apparut dans les muscles des membres du côté gauche. Il y avait de l'anesthésie et de l'analgésie des parties paralysées. Les sphincters étant intacts, on diagnostiqua des névrites multiples. La fièvre dura pendant deux mois et il y eut continuellement une relation entre les exacerbations fébriles et l'envahissement de nouveaux territoires musculaires par la paralysie. J'ai examiné à plusieurs reprises le sang et j'y ai trouvé une grande quantité de coccus et de leucocytes. J'ai cultivé un de ces diplocoques, mais ses produits inoculés sur le lapin n'ont produit aucun effet d'intoxication. Le malade a actuellement un état général excellent, mais il persiste un peu de paralysie dans les membres inférieurs. Cette paralysie, du reste, tend à disparaître.

Paralysie diphthéritique.

M. White. — Un homme ayant eu la diphthérie présenta de la paralysie 3 semaines après; les bras et les jambes étaient très faibles et les muscles abdominaux présentaient aussi de la parésie. Les aliments passaient dans le nez et il y avait une paralysie unilatérale du voile du palais. Les sensibilités tactile et musculaire étaient diminuées. En buvant du thé, le malade fut brusquement pris d'un accès de toux, qui cessa bientôt; mais alors le malade fut pris d'une dyspnée intense, comme celle de l'asthme; il n'y avait aucun symptôme d'obstruction du larynx; la dyspnée augmenta, puis le malade

pâlit et il mourut en moins de 10 minutes. A l'autopsie on trouva du thé dans les bronches comme unique cause de la mort.

M. Sansom. — Peut-être le cas de M. Mott est-il un cas d'influenza. J'ai vu, en effet, cette maladie entraîner à sa suite des névrites. Beaucoup de cas semblables ont été rapportés à l'étranger.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 27 *février* 1894.

Pleurésie à pneumocoques simulant la pneumonie.

M. Washburn. — Je viens d'observer 3 cas de pleurésie à pneumocoques simulant la pneumonie. Dans le premier, il y eut des symptômes de pneumonie; cependant, les signes physiques n'étaient pas caractéristiques et les crachats rouillés manquaient. La maladie commença subitement par un frisson; le dixième jour la fièvre tomba et les symptômes généraux disparurent. Le malade était considéré comme convalescent; mais les signes physiques persistèrent et la fièvre reparut. Une ponction révéla la présence de pus dans la plèvre; on fit un drainage de la cavité pleurale et le malade guérit. Le pus contenait des pneumocoques. Chez le deuxième malade, les symptômes constitutionnels furent ceux de la pneumonie, il y eut de la fièvre, de la toux, du délire, de l'herpès. Les signes physiques, sans être typiques, étaient ceux de la pneumonie. Le malade mourut au bout de quelques jours. A l'autopsie on trouva que le poumon était sain, mais il y avait du pus dans la plèvre droite; ce pus contenait des pneumocoques. Dans le troisième cas, il s'agit d'un enfant ayant une pleurésie double avec épanchement; on fit une ponction et on trouva des pneumocoques dans le liquide; l'enfant mourut et à l'autopsie on trouva les deux plèvres tapissées d'un dépôt de fibrine. On voit que ce pneumocoque, en envahissant la plèvre, peut produire les mêmes symptômes que quand il siège dans le poumon. Je crois que bien des cas qu'on considère comme des pneumonies atypiques sont des pleurésies à pneumocoques. Il est donc urgent dans ces cas de faire une ponction exploratrice.

M. White. — J'ai vu dernièrement 4 cas semblables. Un homme entra à l'hôpital présentant les signes d'une pneumonie : frisson, herpès, crachats rouillés, fièvre, accélération de la respiration. La température baissa le huitième jour et il se produisit une amélioration bientôt suivie d'une reprise de la fièvre et ce malade mourut. A l'autopsie on trouva un léger empyème à la base de la plèvre droite, le pus avait fait irruption dans le poumon, qui était en partie gangréné. Il y avait aussi de l'endocardite infectieuse. Une jeune fille entra à l'hôpital avec des symptômes de pneumonie: on fit une ponction à droite, vers la base du poumon et on retira un peu de pus ; au bout de 11 jours la malade mourut subitement. A l'autopsie on ne trouva aucune trace de pneumonie, mais on vit une une épaisse couche de fibrine à l'intérieur de la plèvre, ainsi qu'un épanchement pleural.

Une femme entra à l'hôpital avec des symptômes de pneumonie à la base du poumon gauche; la température baissa graduellement, puis remonta. Après plusieurs essais, on finit par trouver du pus par la ponction, et la malade guérit. Un enfant de 6 ans entra à l'hôpital avec des symptômes très nets de pneumonie; la température baissa, puis remonta; on évacua du pus par la ponction, et le petit malade guérit. Dans tous les cas d'empyème dus au pneumocoque, les symptômes ne sont jamais absolument typiques de la pneumonie; les signes physiques en diffèrent toujours un peu. La température, en général, baisse graduellement; les signes physiques persistent encore en partie, et le malade ne se trouve pas beaucoup mieux après la chute de température. La température ne tarde pas à s'élever de nouveau, et souvent en même temps survient de la diarrhée. Cette affection est générale et peut envahir en même temps les plèvres, les méninges, etc. Quand la péricardite s'établit, elle est due à une infection du péricarde par le diplocoque.

M. Kanthack. — Il n'est pas douteux, aujourd'hui, que le pneumocoque de Fraenkel soit la cause de la pneumonie. Depuis le mois d'octobre, j'ai examiné quinze cas de pneumonie franche: j'ai toujours trouvé le pneumocoque de Fraenkel; dans trois cas, il était en cultures pures, et deux fois il était associé au staphylococcus pyogenes aureus et au streptococcus. Si on injecte à un lapin ou à un cobaye des crachats provenant d'un pneumonique avant la crise, l'animal meurt par septicémie pneumococcique; mais si on lui injecte des crachats d'un pneumonique, après la crise, l'animal est vacciné contre l'infection pneumonique. Dans un cas d'endocardite ulcéreuse, j'ai trouvé le pneumocoque associé aux staphylococcus albus et aureus.

Rapport des troubles de la digestion avec la neurasthénie.

M. Eccles. — Pour Thomson et Kowalewsky, la neurasthénie est due à un trouble digestif. La perte de la motricité du conduit gastro-intestinal paraît être le principal facteur dans la production d'un vice de nutrition de la substance nerveuse. Sur 65 sujets chez lesquels la neurasthénie et les troubles digestifs coïncidaient, 19 présentaient de l'ectasie gastrique et 17 de l'atonie musculaire de l'intestin. Sur les 29 autres malades, 13 avaient de la diarrhée, et 16 avaient des troubles digestifs indépendants de la dilatation, de la constipation ou de la diarrhée.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 26 *février* 1894.

Péritonite.

M. Treves. — La rigidité absolue des parois abdominales, la diminution d'amplitude des mouvements respiratoires et la douleur abdominale superficielle sont parmi les premiers symptômes d'une affection aiguë de l'abdomen. Ces signes sont surtout marqués dans les cas à début brusque, bien aigus et dans ceux où le péritoine était intact avant l'infection. Une grande rétraction de l'abdomen s'observe surtout quand il y a une perforation de l'estomac. A mesure que la péritonite arrive à une période plus avancée, l'hyperesthésie cutanée et la contraction de la paroi abdominale tendent à disparaître; dans quelques cas la paroi abdominale est relâchée pendant presque toute la durée de l'affection. La douleur, absolument diffuse au début, se localise ensuite. Les signes des lésions graves et soudaines du péritoine sont la douleur, l'épuisement, l'anxiété, la pâleur, la petitesse du pouls qui devient mou et rapide, le refroidissement des extrémités, les troubles de la respiration, les vomissements; ces symptômes apparaissent toutes les fois que les centres nerveux intra-abdominaux sont le siège d'une impression secondaire et forte. C'est là ce que Gübler a appelé le « péritonisme », état dans lequel le système nerveux joue un grand rôle. Les facultés mentales restent intactes jusqu'à la mort. Un frisson ne marque que rarement le début de la péritonite. Le météorisme est très variable; il peut manquer; il est très marqué dans les cas d'occlusion ou de perforation intestinale, de thrombose des vaisseaux mésentériques. Le météorisme paraît être surtout en relation avec des troubles vasculaires. Les vomissements sont un des symptômes les plus constants; ils sont abondants dans les péritonites consécutives aux hernies étranglées; ils manquent en général dans les cas de perforation de l'estomac; ils sont peu marqués dans l'appendicite, dans les péritonites du bassin. La constipation est un symptôme important de la péritonite; plus la constipation est marquée, plus le pronostic est sombre. Il y a souvent des complications pulmonaires. La température est sujette aux plus grandes irrégularités; la perforation intestinale s'accompagne d'une chute brusque de la température. En général, une température basse indique une infection généralisée, tandis que les péritonites enkystées s'accompagnent souvent d'une élévation de température considérable.

Au commencement du siècle, on traitait la péritonite par le repos absolu, les purgatifs, la diète, les applications froides sur l'abdomen, les saignées, l'opium donné à l'intérieur à très petites doses et seulement dans les cas de douleurs très vives. Actuellement, dans le traitement de la péritonite, on doit songer que bien des symptômes ne sont que la traduction de

la lutte de l'organisme contre le mal et, par suite, sont favorables. On devra recommander le repos absolu ; on cherchera à nourrir la malade sans abus et on n'aura pas trop recours aux boissons glacées; on donnera aussi peu d'opium que possible ; les purgatifs ne sont utiles que dans certaines péritonites, comme celles qui sont dues à une hernie étranglée ou à une appendicite, ou encore quand on se propose de faire une laparotomie. Le traitement opératoire de la péritonite suppurée est souvent couronné de succès, quand il s'agit d'une péritonite localisée; il n'en est plus de même quand il s'agit d'une péritonite tonique généralisée. Le traitement opératoire ne donne pas de succès dans les péritonites consécutives aux hernies gangréneuses ou à l'infection puerpérale ; il n'a guère été utile jusqu'ici dans les cas de perforation intestinale. Quand il s'agit d'une péritonite localisée, on fera l'incision de façon à aborder la collection purulente par le plus court chemin, on drainera la cavité et on pansera à la gaze. Au bout de 24 ou 36 heures on fera deux fois par jour un lavage de la cavité et on y introduira un peu d'émulsion iodoformée. Dans les cas de péritonites généralisées, on évacuera le liquide et on fermera l'abdomen sans drainage; quand l'épanchement est purulent, il faut faire un lavage avec une solution saline stérilisée, saupoudrer le péritoine avec de l'iodoforme en poudre et faire un drainage. On enlève mieux le sang en épongeant qu'en irriguant la surface.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE BUDA-PEST

Séances des 20 et 27 janvier 1894.

Hystéro-myomectomie.

M. Dirner a fait récemment cette opération deux fois. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 37 ans, qui, depuis 6 ans, portait une tumeur volumineuse, reconnue pour un myome utérin. Après un essai d'extirpation par la voie vaginale, on fit la laparotomie et on enleva la tumeur avec l'utérus et ses annexes. Le pédicule, long d'un centimètre, fut recouvert par un lambeau péritonéal, taillé sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus, et fixé de telle façon qu'il se trouva rétro- et antéro-péritonéal. La cavité rétro-péritonéale, située au-dessus du pédicule, fut drainée avec de la gaze iodoformée passée à travers le canal cervical préalablement cautérisé au fer rouge.

Le même procédé fut suivi dans un second cas analogue chez une femme de 32 ans. Les deux malades ont guéri dans d'excellentes conditions.

Opération césarienne post-mortem.

M. Bæcker. — Il s'agit d'une femme de 40 ans VIII-pare, au 9e mois de la grossesse, amenée à la clinique dans un état désespéré, avec de l'œdème pulmonaire et de l'éclampsie à laquelle elle succomba 1 heure 1/2 après son entrée. Comme l'enfant paraissait vivant, on fit immédiatement l'opération césarienne et on retira un enfant de 43 cm. de longueur et d'un poids de 2,510 gr. L'enfant, qui se trouvait dans un état d'asphyxie algide, put être ramené à la vie par le procédé de Schultze.

Traitement de l'avortement.

M. Lantos a exposé la conduite à tenir en cas d'avortement, d'après 100 cas personnels qu'il a eus à traiter.

Quand l'orifice du col est fermé ou insuffisamment ouvert, on peut se contenter d'ordonner le repos et les lavages vaginaux antiseptiques. En cas d'hémorrhagie, on fera le tamponnement du vagin qui a l'avantage d'arrêter l'hémorrhagie et de provoquer la dilatation du col utile pour l'intervention ultérieure.

Quand on trouve le col dilaté de façon à admettre l'index, c'est qu'il y a eu une hémorrhagie violente ; on ne peut plus, dans ces conditions, espérer d'arrêter l'avortement. Ici encore, on peut se contenter du repos et des injections vaginales, tant qu'il n'y a pas de fièvre. Mais aussitôt que celle-ci apparaît, il faut évacuer le contenu de l'utérus, soit avec le doigt, comme M. Lantos l'a fait chez 86 femmes, soit avec la curette ou la pince à polypes. Après l'intervention, la fièvre tombe et l'hémorrhagie s'arrête.

M. Tuszkai pense que tant que l'avortement n'est pas accompli, tant qu'il n'existe pas d'hémorrhagie notable et que l'utérus reste tranquille, il faut mettre la femme au repos et donner l'opium à haute dose.

Diphthérie nasale.

M. Bokai a rapporté l'observation d'un enfant de 2 ans atteint d'angine diphthéritique et chez lequel il existait en même temps des fausses membranes dans les fosses nasales. On institua des lavages du nez avec une poire en caoutchouc et un jour il se détacha de cette façon une fausse membrane, sorte de véritable moule des cavités nasales. L'expulsion de la fausse membrane fut suivie d'une amélioration passagère, Les membranes se reformèrent, du reste, et l'enfant finit par succomber à la septicémie.

En rapportant cette observation, M. Bokai tient à attirer l'attention sur la nécessité de pratiquer la rhinoscopie chez les diphthéritiques. Il pense que les lavages du nez sont indiqués dans ces cas et que la crainte de provoquer une otite moyenne n'est pas justifiée.

Phénomènes nerveux du rachitisme.

M. Szego a observé depuis deux ans, à l'hôpital Stéphanie, 2,500 enfants rachitiques de 5 à 16 mois. Le spasme de la glotte existait chez 241 enfants âgés de 4 à 11 mois. La forme la plus grave du spasme était l'apnée expiratrice liée au spasme expirateur, qui quelquefois se terminait par l'éclampsie avec asphyxie.

La tétanie a été notée dans 11 cas où l'on trouvait le phénomène de Trousseau, celui de Chvostek et celui d'Erb. Le phénomène du facial a été trouvé 104 fois sur 205 cas de rachitisme floride ; celui de Trousseau le fut 20 fois. Les deux signes ont coexisté chez 20 enfants.

L'exagération des réflexes a été notée chez presque tous les rachitiques; le hoquet et le nystagmus étaient relativement rares.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 31 janvier 1894.

Anatomie pathalogique de la poliomyélite antérieure aiguë.

M. Redlich a eu l'occasion de faire l'examen de la moelle d'un enfant de 5 ans ayant succombé à une poliomyélite antérieure aiguë. Sur les coupes présentées par M. Redlich, on pouvait voir l'existence des lésions typiques de myélite au niveau des cornes antérieures et de légères modifications de la moelle, principalement au voisinage des vaisseaux. Le bulbe et le cerveau renfermaient également des foyers plus ou moins volumineux. L'examen des nerfs périphériques montra que certains d'entre eux, le phrénique en particulier, étaient atteints de dégénérescence.

La multiplicité des lésions semble donc venir à l'appui de l'hypothèse d'après laquelle la poliomyélite serait produite par un poison bactérien qui circule avec le sang et frappe les cornes antérieures, sans toutefois épargner les autres parties du système nerveux central ou périphérique.

M. Winkler trouve qu'il serait intéressant de faire l'examen bactériologique de la moelle dans les cas récents. Comme le liquide de Muller rend ces recherches impossibles, Winkler propose de conserver les pièces dans une solution d'acide chromique phéniquée.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 11 — 14 MARS 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Bordeaux.

Année scolaire 1894.

Petit. L'enseignement de la médecine et l'assistance publique à Tours jusqu'en 1841 (fondation de l'École secondaire de médecine). — Dethève. Contribution à l'étude du traitement du mal de Pott par l'extension continue. — Berlin. Contribution à l'étude du traitement de la malaria. — Debédat. Influence des différentes formes de l'électricité d'usage courant en électrothérapie sur la nutrition du muscle.

Cannieu. Recherches sur le nerf auditif, ses rameaux et ses ganglions. — Mariot. Contribution à l'étude du formol comme antiseptique. — Debès. Contribution à l'étude de l'uréthrotomie interne. — Jurquet. Des rétrécissements de « large calibre » de l'urèthre.

Lamort. De l'influence comparée du raccourcissement des ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale au point de vue obstétrical. — Baudry. De l'intervention chirurgicale dans les cas d'absence du vagin. — Crozet. De la valeur séméiologique du rétrécissement concentrique du champ visuel.

Decourt. La rhinne hypertrophique chez les enfants, ses complications, son traitement. — Houques. Contribution à l'étude du tétanos céphalo-paralytique, tétanos céphalique avec paralysie faciale ou tétanos de Rose.

Cordier. Etude sur la médecine hindoue (temps védiques et héroïques). — Brandeis. L'état mental des chlorotiques. — Bussière. De la disparition du premier bruit du cœur dans les affections aiguës, valeur séméiologique.

Lyon

Année scolaire 1893-1894.

848. Féraud (Léon). Contribution à l'étude de la myocardite aiguë de la fièvre typhoïde. — 849. Laune (Elie). Contribution à l'étiologie de la pleurésie séro-fibrineuse dite idiopathique. — 850. Nové-Josserand. Etude expérimentale et histologique des troubles de l'accroissement des os par lésions de cartilages de conjugaison.

851. Vigerie (Marcel). Contribution à l'étude des ostéo-arthrites tuberculeuses chez les vieillards. — 852. Roussel (Louis). Etude sur les embolies de l'aorte abdominale. — 853. Lesnès (Georges). De l'adénite sus-claviculaire gauche dans les tumeurs malignes du testicule.

854. Galley (Léon). La gastro-entérostomie ; son manuel opératoire. — 855. Drouineau (Albert). Essai critique sur les intoxications alimentaires. — 856. Cornison (Charles). De la cure radicale de la hernie crurale. — 857. Marlier (Pierre). Résultats éloignés de l'extirpation du premier métacarpien. Remarque sur l'ablation de cet os avec une partie ou la totalité du squelette du pouce.

858. Sérullaz (Edouard). Contribution à l'étude de l'insuffisance aortique fonctionnelle. — 859. Sexe (Ernest). Traitement chirurgical des ruptures traumatiques de la vessie. — 860. Bonnaud (Félix). Des sutures dans les plaies de l'œil. — 861. Massenet (Henri). Quelques causes sociales du crime. — 862. Poret (Adrien). De la dégénérescence épithéliomateuse du cuir chevelu.

VARIÉTÉS

Bureau central en chirurgie. — Le jury se compose de MM. Sée, Reynier, Cruveilhier, Humbert, Bouilly, Campenon, Siredey.

Corps de santé militaire. — Ont été promus aux grades de :

Médecin-major de 1re classe, MM. Gazin, Stoupy, Georges.

Médecin-major de 2e classe, MM. Dalphin, Cardot, Cot, Gilbert, Ruotte, Chevalier, Puig, Ecot.

Aide-major de 1re classe, M. Friant.

Un concours sera ouvert le lundi 16 avril 1894, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer et à deux places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes.

Le registre d'inscription sera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 19 mars 1894, jusqu'au lundi 2 avril inclusivement.

Faculté de médecine de Paris. — *Prix.* — La Faculté de médecine de Paris vient de décerner : 1° Le prix *Châteauvillard*, à MM. les Drs Laborde (900 fr.), Huchard (500 fr.), Aviragnet (380 fr.), Pilliet (300 fr.); mention honorable, M. le Dr E. Berger. 2° Le *prix Montyon*, à M. le Dr Paul Raymond. Le *prix Saintour*, à M. le Dr Mauclaire.

Amphithéâtre des hôpitaux. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront à Clamart, le lundi 2 avril 1894.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre d'anatomie à partir du 10 mars.

Des conférences d'histologie pathologique continueront à être faites par M. le docteur Lesage, chef du laboratoire.

Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole de médecine de Besançon.

Congrès d'hydrothérapie marine. — La Société médicale de Boulogne-sur-Mer a pris l'initiative de réunir, du 25 au 29 juillet prochain, un congrès international de bains de mer et d'hydrothérapie marine sous les auspices du professeur Verneuil, membre de l'Institut, et du Dr Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, président de l'œuvre des hôpitaux marins, qui ont bien voulu en accepter la présidence d'honneur.

— Le troisième congrès international d'hydrologie et de climatologie s'ouvrira à Rome le 29 mars, et se fermera à Naples le 6 avril. Il sera suivi d'excursions dans l'Italie inférieure, puis dans la Toscane, la Lombardie et le Piémont.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Luxation du pied droit en arrière.

Tentative de réduction; contention défectueuse. — Sphacèle de la région antérieure du cou-de-pied, destruction des vaisseaux et nerfs tibiaux antérieurs et de deux tendons; ouverture et suppuration de l'articulation tibio-tarsienne. Amputation de la jambe au tiers inférieur.

Service de M. le professeur Ollier, suppléé par M. Rochet, agrégé. Observation prise par M. Bérard, interne du service.

Il y a deux mois, la malade, Benoîte G., voulant descendre dans sa cave, ouvre une trappe qui en ferme l'entrée, fait un faux pas et tombe au bas d'un escalier de cinq ou six marches, la jambe droite repliée sous elle de façon que l'ischion arrive au contact du talon. Elle ressent une vive douleur dans le cou-de-pied, ne peut se relever elle-même et constate que son pied droit occupe une position anormale, en rotation externe, la pointe basse et le talon remonté en arrière et en haut. Un rhabilleur appelé le même jour essaie de remettre le pied en bonne position et applique un bandage serré qu'il fait garder cinq jours à la malade. Lorsqu'on enlève le bandage, on trouve la peau de la région violacée, distendue par un épanchement du volume d'un poing, en saillie surtout sur la face externe de l'articulation: pour en amener la résorption, on pratique des frictions répétées et énergiques à la pommade et à l'alcool camphré, ce qui ne tarde pas à produire une petite ulcération par où s'écoule un liquide sanguinolent.

Pendant un mois encore, la malade laissée à son initiative panse la plaie avec divers topiques, mais, comme l'orifice s'agrandit chaque jour, elle s'adresse enfin à un médecin qui par des pansements antiseptiques fait diminuer le gonflement périarticulaire; les mouvements du pied et des orteils un moment abolis peuvent reprendre une certaine amplitude, sauf dans le sens de la flexion du pied qui reste très limitée : aucune nouvelle manœuvre de réduction n'est tentée.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, la malade est prise d'un frisson et ressent des douleurs lancinantes dans la jambe droite, tandis que le pied revêt une teinte violacée tout autour de l'ulcération.

Reçue dans le service le 30 décembre 1893, durant une suppléance de M. le professeur agrégé Rochet, elle présente à ce moment les lésions suivantes:

A l'examen, le pied droit est œdématié sur toute la face dorsale et au niveau des encoches rétromalléolaires presque comblées. Il est porté en arrière, un peu en rotation en dehors et en demi-extension, avec déformation en coup de hache derrière le tendon d'Achille; le talon forme une saillie exagérée, tandis que l'avant-pied semble raccourci; la mesure de la distance entre le bord antérieur de la malléole interne et l'extrémité du gros orteil donne 16 centim. pour le pied malade et 18 pour le côté sain. Au devant de l'articulation tibio-tarsienne, une ulcération à peu près circulaire, large comme une pièce de cinq francs, à bords fongueux et tapissés de bourgeons atones, laisse voir sur 2 ou 3 centimètres carrés la face antérieure de l'extrémité inférieure du tibia; dans le fond s'ouvre un petit pertuis qui conduit dans l'articulation tibio-tarsienne. L'exploration, très douloureuse, ne permet pas de constater la présence d'un liquide dans l'article, dont les mouvements sont étroitement limités.

Lorsqu'on invite la malade à remuer les orteils, elle ne peut le faire que pour les quatre derniers, le gros reste immobile, et pendant qu'elle exécute ces mouvements, on voit, au fond de la plaie, près du bord externe, les déplacements du tendon de l'extenseur commun, tandis qu'on ne trouve plus aucun autre organe entre ce point et la malléole interne : le tendon de l'extenseur propre du gros orteil, celui du jambier antérieur, les vaisseaux et nerfs tibiaux antérieurs sont donc très probablement détruits.

L'œdème, très étendu, remonte jusqu'au milieu de la jambe; mais ce qui frappe surtout, c'est une teinte livide de l'avant-pied au niveau des deux premiers orteils, avec desquamation épidermique sèche et diminution nette de la sensibilité à ce niveau; la température locale est plus élevée que du côté sain. Rien à la face plantaire.

La malade ne présente aucune tare générale, on ne trouve ni sucre ni albumine dans ses urines.

Le lendemain de son entrée, elle accuse des douleurs plus vives dans le membre malade, en même temps qu'un malaise général et des tendances à la nausée : le pansement ouvert, un peu de liquide séro-purulent s'écoule de l'articulation. Néanmoins, durant cinq jours encore, elle refuse toute intervention et les accidents généraux s'aggravent; la température monte le soir à 40°, avec de grandes oscillations, les téguments s'anémient et prennent une teinte plombée. Ce n'est que le 8 janvier qu'elle consent à une opération : il y a alors arthrite purulente tibio-tarsienne, et au niveau de la peau du talon qui reposait dans la gouttière rembourrée du pansement, on voit une nouvelle plaque noire de sphacèle des dimensions d'une pièce de deux francs. Des traînées rouges violacées avec une ou deux petites phlyctènes remontent jusqu'au tiers supérieur de la jambe dont l'œdème a considérablement augmenté.

En présence de tels désordres, M. Rochet rejette l'idée de résection tibio-tarsienne à laquelle il avait songé lors de l'arrivée de la malade et décide l'amputation.

Anesthésie à l'éther; une incision axiale remontant jusqu'au milieu de la face antéro-externe de la jambe laisse écouler une sérosité un peu louche des mailles du tissu cellulaire; néanmoins, la malade ayant exigé une opération qui lui conservât les mouvements du genou, on tente cette conservation, et l'amputation de la jambe est pratiquée en plein foyer enflammé, au tiers inférieur. Réunion très large, drainage avec de grosses mèches de gaze iodoformée.

La dissection immédiate de la pièce montre : une destruction complète du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil dont les gaines contiennent de la sérosité trouble; le tendon de l'extenseur commun, luxé en dehors, est intact, malgré la perforation et l'envahissement de sa gaine au devant de l'articulation par un liquide analogue. Le nerf et les vaisseaux tibiaux antérieurs présentent de même une solution de continuité dont on apprécie difficilement la hauteur, mais qui ne doit pas dépasser 2 à 3 centimètres. Pas de caillot dans les bouts de l'artère; thrombose des veines satellites sur un demi-décimètre de part et d'autre de la plaie. Les veines saphènes et le paquet vasculo-nerveux postérieur n'offrent pas de lésions.

Le rebord antérieur de l'épiphyse tibiale inférieure dénudée de son périoste en avant et dépolie sur une hauteur de 3 centimètres, surplombe de 1 à 2 centimètres la limite antérieure de la poulie astragalienne. Les ligaments tibio-tarsiens latéraux ne présentent pas de solution de continuité; il n'y a pas trace de fracture ou d'écrasement du bord postérieur de l'extrémité tibiale, ni d'arrachement malléolaire. Un peu de diastasis de l'articulation tibio-péronière inférieure. Les surfaces astragalo-calcanéennes sont dans leurs rapports normaux, mais dans l'articulation sus-astragalienne posté-

rieure, on trouve un peu de sérosité roussâtre. Aucune lésion articulaire ou squelettique.

L'intervention fait immédiatement tomber la température à 38°, puis à la normale et rétrocéder les accidents généraux; la malade accuse un soulagement considérable. Au premier pansement, pratiqué cinq jours après, il n'y a que très peu de pus imbibant les mèches de gaze du drainage, la plaie est couverte de bourgeons un peu pâles mais vivaces. Les plaques de lymphangite ont disparu (1).

Remarques.

Cette observation prête à d'utiles remarques :

Disons d'abord que le traumatisme, cause de la luxation, a agi ici par un mécanisme très net : le poids du corps (puissance) agit sur les os de la jambe (bras de levier) qui, bridés en arrière par les ligaments et le talon fléchi (résistance), sont portés en avant et luxés. Mais y a-t-il en même temps fracture du bord postérieur du plateau tibial et des malléoles, comme le relatent presque toutes les observations de luxation incomplète compulsées par les auteurs? C'est peu probable, puisqu'au bout de deux mois à peine, on n'en trouve pas de trace: premier point à noter.

Comment, maintenant, s'est opérée la destruction des tendons, des vaisseaux et des nerfs? La rupture de l'artère s'est produite, très probablement, au moment même de l'accident, comme le témoigne l'absence de caillot dans sa lumière; il y a eu véritable écrasement et oblitération immédiate. C'est alors que les autres parties molles situées en avant du tibia luxé, comprimées par lui contre le bandage et privées de nutrition, se sont sphacélées et que la peau s'est ulcérée peu à peu. Le tendon de l'extenseur commun a été épargné, protégé par la gouttière tibio-péronière dans laquelle il avait été repoussé.

Quant à l'intervention, elle ne manquait pas d'être embarrassante; une résection n'était guère à proposer, étant donnée la gravité de l'état local et général, le sphacèle effectué au niveau du cou-de-pied et du talon et menaçant sur le dos du pied; étant données surtout l'infiltration et la lymphangite de la jambe. Poinsot, d'ailleurs, relate deux cas de mort sur trois résections dans de telles luxations avec gangrène limitée et ouverture de l'articulation : c'était, il faut le reconnaître, au début de la période antiseptique. D'autre part, l'amputation de la cuisse ou du moins la désarticulation du genou (opérations rationnelles dans ce cas où la septicémie semblait menaçante par la gravité de l'état général et le tracé de la température et où l'infiltration à distance de la jambe pouvait faire redouter la gangrène des lambeaux d'une amputation économique pratiquée trop bas) étaient refusées énergiquement par la malade qui réclamait l'usage de son genou et, par conséquent, imposait une amputation de jambe au tiers inférieur. Cette intervention, que l'on devait considérer comme un véritable pis aller, a eu, néanmoins, les suites les plus heureuses; il semble donc une fois de fois de plus que parfois, et grâce à la méthode antiseptique, on puisse se permettre aujourd'hui de tailler des lambeaux d'amputation dans des tissus infectés, privés d'une partie de leurs moyens de nutrition, sans que pour cela le sphacèle soit trop à redouter; cette pratique, du reste, sera toujours une pratique d'exception et commandée seulement par les circonstances.

(1) Le 26 février, la malade quitte l'hôpital avec un moignon des plus satisfaisants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars 1894.

Présidence de M. Rochard.

Election.

M. Duclaux est élu associé libre par 43 voix sur 80 votants, contre 16 à M. Blache, 8 à M. Commenge, 7 à M. Corlieu, 5 à M. Galezowski, et 1 à M. Bertillon.

Glaucome.

M. Chauvel lit un rapport sur un travail de **M. Galezowski**, relatif à la pathogénie du glaucome (*Mercredi médical*, 1893).

D'après M. Galezowski, les glaucomes, aussi bien les glaucomes spontanés que les glaucomes secondaires, seraient dus à une oblitération des voies lymphatiques qui se produirait vers le segment postérieur de l'œil et au voisinage de la papille optique. La sclérotomie large, double, triple ou multiple, dans la région du cercle ciliaire, en débouchant le canal de Schlemm, rétablirait la circulation des liquides lymphatiques de l'œil, la nutrition des fibres nerveuses et permettrait ainsi le rétablissement de la fonction visuelle.

M. Chauvel ne saurait accepter cette théorie. Si, pratiquement, dit-il, la sclérotomie antérieure est excellente dans le glaucome simple, il n'est pas démontré que cette section agisse en établissant le cours de la lymphe, en débouchant le canal de Schlemm.

La chose est d'autant plus contestable que l'oblitération de ce canal n'est rien moins que démontrée. Mais fût-elle constatée qu'une incision dont les lèvres s'accolent aussitôt le couteau retiré, n'aurait pas pour résultat de rétablir la circulation entravée.

Quoi qu'il en soit, et tout en admettant comme probable que l'obstruction des voies lymphatiques joue le rôle principal dans la production de certains glaucomes... Aussi M. Chauvel estime-t-il que la formule du Dr Galezowski : « le glaucome est une lymphangite de l'œil » ne saurait être acceptée.

Poêles mobiles.

M. Moissan. — Les causes d'intoxication par l'oxyde de carbone sont nombreuses, mais la plus importante réside, à n'en pas douter, dans l'emploi de la plupart de nos procédés actuels de chauffage. Depuis que l'industrie s'occupe de résoudre la question de produire le maximum de chaleur avec le minimum de combustible, on règle avec soin le courant d'air qui doit arriver sur la grille. Cette simple transformation produit dans le gaz de la combustion une quantité d'oxyde de carbone beaucoup plus grande qu'auparavant.

L'analyse des gaz que m'a fournis un poêle mobile à fort tirage m'a démontré que l'oxyde de carbone y était contenu dans la proportion de 16 0/0; on voit de suite le danger qu'une fermeture défectueuse du couvercle ou la plus petite fuite peut produire, et ce qu'il y a de beaucoup plus grave dans ce poêle en grande marche produisant ainsi des torrents d'oxyde de carbone, c'est que les produits de la combustion étaient presque froids. C'est là, du reste, le plus grand danger des poêles mobiles. Du moment où l'on ne produit plus une colonne d'air chaud dans le coffre de la cheminée, le tirage est supprimé. Qu'il vienne un coup de vent, et les gaz contenus dans cette cheminée seront comprimés et tendront à rester dans l'appartement.

On a objecté à ce fait que l'oxyde de carbone étant plus léger que l'air devait s'élever. L'objection n'a pas de valeur; on peut y répondre en faisant l'opération suivante : dans une cloche retournée, on fait arriver rapidement un mélange gazeux composé de volumes égaux d'acide carbonique et d'oxyde de carbone; le mélange reste au fond de la cloche parce que l'acide carbonique plus lourd y maintient l'oxyde de carbone malgré sa grande légèreté.

En résumé, les produits de la combustion des poêles mobiles sont riches en oxyde de carbone et le mélange gazeux ainsi formé et économiquement refroidi à la sortie de l'appareil est plus lourd que l'air. Il tend donc, au lieu de s'élever, à redescendre dans les appartements.

M. Armand Gautier. — En dehors des poêles mobiles. il est une cause d'intoxication lente très puissante aujourd'hui à Paris, c'est le déversement dans l'atmosphère de quantités considérables par la fumée des usines productrices de force motrice pour l'éclairage électrique. Je poursuis en ce moment des recherches à ce sujet, à l'aide d'une méthode qui me permet de déceler, ce qu'on n'avait jamais pu obtenir jusqu'ici, un dix-millième d'oxyde de carbone dans l'atmosphère.

M. Javal. — L'intoxication lente par l'oxyde de carbone n'est pas seule à examiner au point de vue de l'hygiène des habitants des villes. Du fait de la conservation des eaux de source dans des réservoirs en zinc placés dans les habitations ou de leur distribution par des conduites de plomb, un empoisonnement lent peut se produire chez ceux qui consomment ces eaux.

M. le secrétaire perpétuel. — Ces diverses questions seront étudiées à tour de rôle par la section d'hygiène qui, très prochainement, sera appelée à proposer à l'Académie un vœu.

Fièvre typhoïde à Paris.

M. Bucquoy. — L'épidémie de fièvre typhoïde, qui continue à Paris, paraît en rapport avec la distribution de l'eau de la Vanne. Or, d'après les renseignements que j'ai reçus, à la même époque a commencé à Sens une épidémie de fièvre typhoïde. L'alimentation d'eau dans cette ville se fait par la même dérivation des sources de la Vanne. Il convient donc de rechercher si ces sources n'ont pas été contaminées.

M. Dujardin-Beaumetz. — L'Académie connaît cette hypothèse; elle en étudie avec soin la valeur, par une enquête qui se poursuit à Paris actuellement et va continuer sur les lieux mêmes.

M. L. Colin. — On a dit que l'épidémie actuelle aurait pour point de départ l'insalubrité des casernes de Paris; c'est le soldat qui aurait commencé.

Il n'en est rien; seulement, les soldats sont toujours plus exposés à cette maladie en raison de leur âge et de leur réceptivité spéciale. D'ailleurs, dans l'armée nous faisons connaître exactement nos malades et nos décès, tandis que, dans la population civile, il n'y a que peu de jours que les médecins déclarent les cas observés.

Hygiène et thérapeutique à la suite des fistules biliaires intestinales.

M. Dujardin-Beaumetz. — Chez tout individu porteur d'ictère par rétention, lorsque tous les efforts de la médecine auront échoué, il est indispensable d'intervenir chirurgicalement. Je ne discuterai pas le mode d'intervention; je suppose le malade guéri. Dans quelles conditions se trouve-t-il au point de vue de la nutrition?

Trois points sont à considérer : l'infection biliaire, les troubles hépatiques et enfin les modifications apportées au fonctionnement de la digestion.

A l'état physiologique, quoique le canal cholédoque s'abouche dans l'intestin où pullulent les microbes, son contenu n'en renferme cependant pas. Il n'en est plus de même lorsqu'il existe une fistule biliaire et l'on comprend facilement la possibilité de cette pénétration microbienne par l'ouverture fistuleuse et par suite l'infection du foie; elle se traduit par des accès de fièvre qui apparaissent à des époques plus ou moins éloignées.

Quant aux phénomènes intestinaux, ils résultent de ce fait que la fistule biliaire s'ouvre à une distance variable et qui peut être assez grande de l'ampoule de Vater. Ce défaut de concordance de la sécrétion pancréatique et de la sécrétion biliaire entraîne de la dyspepsie intestinale qui ne tarde pas à provoquer de la dyspepsie stomacale.

Contre les phénomènes d'infection du foie et les symptômes fébriles qui en résultent, l'antisepsie intestinale à l'aide du salol et la quinine produisent de bons effets. Lorsqu'il existe de l'hyperchlorhydrie, le meilleur traitement consiste dans l'usage de 0 gr. 50 à 1 gramme de bicarbonate de soude une heure après le repas, mais ce qui est encore préférable, c'est le régime végétarien. Il n'est pas moins nécessaire de faire fonctionner très activement la peau au moyen de lotions et de frictions avec le gant de crin.

Ces préceptes, applicables aux malades porteurs de fistules biliaires, ne peuvent que remédier, d'ailleurs, aux nouvelles conditions qui leur sont imposées. Il ne faut jamais, en effet, espérer revoir chez eux la nutrition reprendre l'activité d'autrefois; mais, quoi qu'on en ait dit, ils peuvent vivre et même dans des conditions relativement favorables, grâce aux bénéfices considérables qu'ils ont retirés de l'intervention chirurgicale.

Prothèse intra-articulaire.

M. Péan présente une pièce en ébonite qu'il a insérée à la place de l'extrémité supérieure de l'humérus chez un homme auquel il avait dû, pour ostéite tuberculeuse, réséquer le tiers supérieur de l'humérus. C'est, en somme, l'application de la méthode déjà employée par Gluck (Berlin). Les pièces de Glück sont en ivoire, et pour le cas particulier M. Péan en a trouvé le modèle trop faible. La guérison a été rapide, la fièvre a vite cessé et actuellement le malade est en fort bon état, a engraissé de 35 livres. Il est à noter, toutefois, qu'il persiste une fistulette rebelle à tous les moyens classiques, depuis 12 mois.

On peut donc remplacer même une articulation énarthrodiale par une pièce prothétique, et on évite ainsi le tassement immédiat des parties molles. Ces corps étrangers sont très tolérés, mais il faut faire des réserves sur la guérison définitive.

Comité secret.

En comité secret, l'Académie, sur le rapport de M. Ch. Périer, dresse comme il suit la liste de présentation à la place déclarée vacante dans la section de pathologie chirurgicale : 1° M. Nicaise; 2° M. Terrillon; 3° M. Lucas-Championnière; 4° M. Reclus; 5° M. Delens; 6° M. Ch. Monod.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 28 *février* 1894.

Traitement des angines.

M. Piedalu propose à la Société l'essai du traitement suivant dans les angines pseudo-membraneuses. Ce traitement lui a rendu de grands services dans les angines dont les fausses membranes bactériologiquement analysées contenaient le bacille de Klebs-Lœffler. Il consiste dans l'administration d'un sirop dont la formule se rapproche de celle du sirop de Gilbert :

Sirop simple..............	1000 grammes
Iodure de potassium.......	50 —
Bi-iodure de mercure......	0 gr. 50.

Une cuillerée à café ou à dessert toutes les deux heures selon l'âge. Au bout de quelques heures, des signes d'hydrargyrisme se manifestent et l'on doit diminuer la quantité de sirop. M. Piedalu enlève les membranes lorsqu'elles se détachent, trois fois par jour et les touche avec une liqueur de van Swieten. Est-ce chance ou hasard, ce traitement lui a parfaitement réussi; il demande qu'on vérifie son efficacité.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 6 *mars* 1894.

Tumeur de l'orbite.

M. Darier présente un malade âgé de 59 ans atteint d'exorbitis de l'œil gauche. Cet homme raconte qu'il a éprouvé plusieurs contusions sur cet œil; que, en 1878, il a été atteint d'une affection de la moitié gauche du cuir chevelu, laquelle, après avoir fait tomber les cheveux, a guéri grâce aux applications d'huile de cade. En 1888, de vives douleurs dans l'œil gauche l'amenèrent chez un oculiste de Londres qui diagnostiqua une tumeur de l'orbite et, la même année, un médecin posa le diagnostic de goître exophthalmique. La vision était encore bonne, mais il y avait une légère parésie du droit interne et de l'accommodation; en août 1888, l'exorbitis en bas et en dehors était déjà très accentué, mais on ne percevait au palper aucune sensation de tumeur. Le nerf optique s'atrophia malgré les frictions mercurielles et l'iodure de potassium; puis l'état resta stationnaire. En 1892, à la suite d'une cure par l'iodure de potassium survint de la rhinite du côté gauche et M. Castex reconnut l'existence dans la narine d'une excroissance qu'il toucha au galvano-cautère, mais sans arriver à désobstruer complètement la fosse nasale. En même temps le sujet accusait de la surdité de l'oreille gauche, ce qu'il attribuait à sa profession de joueur de cor.

Actuellement, les paupières et la conjonctive sont œdémateuses, le globe, dont la cornée conserve sa transparence, est projeté en bas et en dehors. Les mouvements sont très limités. Le nerf optique est atrophié, mais les vaisseaux centraux étant normaux, il doit être comprimé tout à fait au fond de l'orbite par une tumeur que le palper ne décèle pas.

M. Valude a eu l'occasion de suivre un homme qui vint le trouver se plaignant que sa vue d'un œil baissait; il avait cependant encore V = 2/3 et, à l'ophthalmoscope, on ne voyait aucune lésion. Un mois plus tard environ, la vision était encore un peu affaiblie, mais alors on constatait un très léger exorbitis, un faible ptosis, une parésie du droit interne. M. Panas, consulté, partagea l'opinion qu'il s'agissait d'une tumeur du fond de l'orbite et conseilla de l'enlever. Le malade s'y refusa, fut soumis aux frictions et à l'iodure, mais les symptômes augmentèrent et, lorsque l'on intervint, la tumeur avait pénétré dans le crâne : c'était un carcinome.

M. Abadie rappelle qu'il a publié l'observation d'un malade qui, accusant depuis six mois une douleur au fond de l'orbite et présentant une légère amblyopie avec exorbitis peu prononcé, lui parut être atteint de périostite orbitaire. Le traitement mixte resta sans effet; l'exorbitis s'accusa, s'accompagnant de phénomènes aigus, si bien que, soupçonnant l'existence d'une tumeur, M. Abadie énucléa l'œil, puis tomba sur un néoplasme qu'il se mit en devoir d'enlever, ce qui le conduisit jusque dans le cerveau; la paroi orbitaire n'existait plus.

Dans le cas de M. Darier, il convient de rapppocher des lésions orbitaires le polype nasal et la surdité pour localiser la tumeur dans l'ethmoïde.

M. Gorecki croit également qu'il s'agit d'un néoplasme. La lenteur de l'évolution des symptômes ne prouve même pas qu'il ne s'agit pas d'une tumeur maligne, ainsi qu'il a pu le constater une fois.

M. Vignes conseille de recourir à l'éclairage des sinus de la face pour localiser le siège de la tumeur.

Kératocèle.

M. Debierre présente une jeune fille atteinte d'ectropion cicatriciel de la paupière supérieure droite et d'un très large kératocèle survenu à la suite de l'élimination des couches superficielles de la cornée sphacélée à la suite d'un abcès et d'un ulcère. Cette jeune fille possède un certain degré de vision, mais il est impossible d'éclairer le fond de l'œil.

M. Valude a vu un cas analogue se produire chez un granuleux; tous les traitements qu'il a entrepris ont été de nul effet; la cornée a fini par devenir grisâtre tout en permettant un peu de vision.

M. Masselon conseille dans le cas particulier, puisqu'il y a ectropion, de faire la tarsorrhaphie pour comprimer la cornée malade.

M. Meyer partage cet avis; du reste il ne redoute pas le kératocèle, puisqu'il provoque sa venue pour guérir le kératocône, et le guérit par des cautérisations au nitrate d'argent ou au galvano-cautère. Chez la malade de M. Debierre, il cautériserait le tissu cornéen au pourtour du kératocèle afin de stimuler la prolifération des éléments qui recouvriront la cornée.

Convulsions et cataracte.

M. Abadie lit un rapport sur un travail de **M. Bistis** (de Constantinople) qui cherche à établir les rapports de la cataracte et des convulsions. Déjà Arlt a accepté l'influence des convulsions de l'enfance sur la production de la cataracte zonulaire. Horner et Magitot ont même rapproché des altérations du cristallin les malformations des dents; à chaque période convulsive correspondrait un trouble de la nutrition générale, d'où les stries transversales des dents et les opacifications des couches cristalliniennes. M. Abadie est porté à croire que les convulsions tout aussi bien que les lésions du cristallin et des dents sont sous la dépendance d'un état infectieux; il en trouve la preuve dans la syphilis héréditaire qui provoque ces divers désordres.

Myopie.

M. Despagnet rapporte l'observation d'un employé de chemin de fer qui, dans un déraillement, reçut des contusions à la région lombaire et fut atteint des phénomènes bien connus d'hystéro-traumatisme. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est que cet homme présentait une myopie forte de l'œil droit, avec staphylome annulaire que M. Despagnet considère comme une myopie congénitale. Cette interprétation ne fut pas admise par les tribunaux et un expert soutint que sous l'influence du traumatisme il était survenu un glaucome lequel avait été cause de la myopie.

La Société est unanime pour repousser une pareille explication.

Ophthalmoplégie.

M. Vignes a soigné un jeune collégien qui, ayant reçu un coup de poing sur l'œil, présente du strabisme en haut et en dedans, une grande limitation des mouvements de rotation du globe sauf l'adduction, une diminution de l'accommodation. Les pupilles sont égales. Il admet qu'il s'agit d'une ophthalmoplégie orbitaire par épanchement sanguin.

M. Abadie critique le mot ophthalmoplégie; il doit être réservé aux cas de paralysies d'origine nucléaire. Le malade de M. Vignes est atteint de paralysies multiples.

M. Sauvineau ne croit pas qu'il faille limiter la valeur du mot ophthalmoplégie comme le demande M. Abadie. Il existe des ophthalmoplégies basilaires, c'est-à-dire provoquées par des lésions de la base du cerveau tout aussi bien que des ophthalmoplégies nucléaires.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars 1894.

Déchirures du périnée.

M. Segond pense, contrairement à M. Pozzi, que le procédé de M. Routier est original; mais il pense aussi que c'est une complication presque toujours inutile et qu'on doit réussir par l'avivement de L. Tait, avec large mobilisation du rectum, et avec suture où l'on combine suivant les besoins le procédé de Tait à celui d'Emmet.

Lésions traumatiques du cerveau.

M. Bousquet relate deux cas de lésion traumatique du cerveau.

1° Le 15 février 1892, il a extrait une vaste esquille à un homme d'une quarantaine d'années qui avait reçu sur la partie postérieure de la tête un volumineux bloc de pierre. Malgré une profonde lacération du cerveau, les troubles cérébraux se sont bornés à trois quarts d'heure de perte de connaissance. Guérison.

2° En août 1892, un enfant recevait, au niveau de la région pariétale du côté droit, une brique détachée d'une cheminée, et, après avoir perdu connaissance, présentait une paralysie du membre inférieur. Appelé à le soigner deux mois après l'accident, M. Bousquet constata alors, au niveau de la région traumatisée, l'existence d'une tumeur volumineuse. L'enfant fut endormi, le 29 octobre, et l'on put s'assurer qu'il existait une véritable hernie du cerveau; trois esquilles enfoncées dans la substance cérébrale furent enlevées et l'enfoncement de la paroi fut redressé. Il se produisit les jours suivants un écoulement de liquide que rien ne put arrêter, l'enfant tomba dans le coma et mourut au 9e jour.

Fractures du crâne par coup de feu.

M. Delorme. — J'ai fait quelques expériences qui montrent bien la différence des résultats que l'on obtient avec les armes de guerre et les armes du commerce, de types si variés; en prenant un revolver d'ordonnance et un revolver du commerce d'un calibre identique. et en me plaçant à une distance de 7 pas, j'ai constamment perforé avec le premier cinq planches de 18 millimètres superposées l'une à l'autre, tandis qu'avec l'autre on réussissait à peine à traverser une seule planche de la même épaisseur. De même, le revolver d'ordonnance m'a permis de fracturer un fémur, en produisant un traumatisme considérable, alors que le revolver du

commerce imprimait seulement une trace légère sur un os identique.

M. Terrier, partisan déclaré de l'intervention précoce dans les plaies pénétrantes du crâne, pense que la trépanation exploratrice n'est pas plus dangereuse qu'une laparotomie exploratrice; il n'y a pas, il me semble, le moindre rapport entre ces deux sortes d'intervention, et je ne pense pas davantage que la dénudation d'une surface plus ou moins étendue du cerveau présenté par M. Terrier, puisse faciliter l'exploration du trajet suivi par le projectile et permette d'éviter plus sûrement les fausses routes, quel que soit l'instrument employé, c'est-à-dire même avec l'emploi d'une sonde à olive, que recommande notre collègue.

On a beaucoup parlé de l'asepsie des projectiles lancés par les armes à feu; nous avons fait à ce sujet, M. Laveran et moi, quelques expériences qui ont montré que cette asepsie est loin d'être constante : sur 7 balles logées dans des paquets de coton stérilisé, 2 seulement en effet se sont montrées, après ensemencement, absolument aseptiques. Il faut en outre songer aux corps étrangers multiples, tels que cheveux et débris de coiffure, qui viennent rendre la désinfection du trajet tout à fait irréalisable, dès que l'on dépasse une profondeur de 3 ou 4 centimètres.

M. Terrier insiste sur l'utilité d'une intervention précoce dans les plaies du crâne par arme à feu, et recommande, pour l'exploration de ces plaies, l'usage des bougies uréthrales en gomme et boule volumineuse, ou, mieux encore, des sondes en caoutchouc rouge.

M. Gérard-Marchant. — M. Berger nous a cité des cas dans lesquels l'abstention avait été suivie de guérison; on peut leur opposer d'autres faits moins heureux, qui viennent au contraire démontrer la nécessité d'une intervention précoce dans les plaies pénétrantes du crâne. C'est ainsi que, étant interne de Dolbeau, j'ai observé un homme qui, à la suite d'un coup de revolver dans la région temporale, présentait une monoplégie brachiale, avec paralysie faciale, et qui succomba au 4e jour, sans qu'on eût tenté d'intervenir; en faisant une trépanation *post mortem*, on put constater que la balle se trouvait située assez superficiellement et aurait pu être enlevée très facilement.

Il ne faut pas, à mon avis, attendre l'apparition de phénomènes de méningo-encéphalite pour se décider à trépaner, et le diagnostic même de la pénétration suffit à indiquer l'intervention. Ce diagnostic, d'ailleurs, n'est pas toujours facile et l'on est exposé quelquefois à croire à une plaie pénétrante lorsqu'il s'agit simplement d'une plaie extra-crânienne. Lorsqu'on est certain qu'il y a pénétration, il n'y a aucun danger à agrandir l'ouverture créée par le projectile, pour aller nettoyer le mieux possible le foyer traumatique.

M. Michaux montre un malade trépané pour une fracture du crâne avec enfoncement, suivie d'accidents cérébraux graves, avec quelques secousses épileptiformes; 7 ou 8 ponctions exploratrices du cerveau ont été faites sans qu'il en soit résulté aucun accident.

Tumeur congénitale du crâne.

M. Bousquet montre un homme qui présente dans la région frontale gauche une tumeur congénitale, animée de battements manifestes et dont le volume augmente d'une façon notable dès que le malade se baisse.

M. Berger a observé, il y a 15 ans, un enfant porteur d'une tumeur veineuse également pulsatile, en communication avec le crâne par l'intermédiaire d'une fissure congénitale; l'application d'un appareil compressif a fait cesser les battements sans faire disparaître la tumeur qui, quelques années plus tard, persistait encore.

M. Terrier présente des pièces relatives à une gastro-entérostomie pratique avec un bouton métallique et suivie de mort en 48 heures.

M. Picqué fait un rapport sur deux observations de M. Brault (Alger) :

1° Cure radicale d'une hydrocèle péritonéo-vaginale;

2° Traitement par l'incision d'un kyste hydatique du foie.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 9 mars 1894.

Rétrécissement de l'œsophage.

M. Orillard présente l'estomac et l'œsophage d'un peintre qui avait avalé une solution de potasse caustique. Ce malade accusait une dysphagie absolue : les liquides eux-mêmes ne pouvaient être déglutis. Le soir on nota des frissons et de la fièvre. On pratiqua une gastrostomie, mais le malade mourut avec des phénomènes d'infection putride. On voit sur les pièces présentées un rétrécissement de l'œsophage à la partie inférieure et sur le trajet un abcès qui explique les symptômes qui ont précédé la mort.

Fibro-sarcome de l'utérus.

MM. Durante et **Orillard** présentent les organes génitaux d'une femme qui fut opérée d'hystérectomie abdominale pour volumineuse tumeur utérine. L'utérus était fortement repoussé à la partie supérieure et, quand on plaça le lien sur le pédicule, on intéressa le vagin. Il y eut dans la suite une perforation vaginale, puis péritonite septique qui amena la mort de l'opérée. La tumeur était constituée par un fibromyome en dégénérescence sarcomateuse : les annexes étaient saines.

Reins kystiques.

M. Orillard a observé un malade qui fut atteint de phlegmon péri-néphritique du côté gauche, avec les symptômes vulgaires de cette affection : on fit une incision qui donna issue au pus. Après cette intervention, le malade présenta des urines purulentes, puis mourut d'urémie à forme gastro-intestinale. L'autopsie montra qu'il s'agissait de reins kystiques volumineux avec liquide puriforme dans les cavités. Les uretères étaient fortement hypertrophiés et dénotaient une lésion très ancienne; un calcul était resté fixé dans l'un d'eux, à peu près à la hauteur du détroit supérieur.

M. Laugier, en faisant l'autopsie d'une femme morte à l'hospice de Nanterre de pneumonie droite, a trouvé des reins volumineux à cavités kystiques dont le contenu était formé de liquide transparent, louche ou sanguinolent. Cette femme avait déjà été soignée deux ans auparavant à l'infirmerie de l'hospice pour albuminurie, qu'on avait attribuée à de la néphrite interstitielle.

Epithélioma du corps thyroïde. Fractures spontanées des humérus.

M. Martin Dürr présente les pièces d'une femme âgée de 52 ans, atteinte d'une tumeur du corps thyroïde qui évolua en 12 années; elle était soignée de plus pour une tumeur utérine, lorsqu'elle se fractura le bras droit; elle fut traitée pendant un mois dans le service de M. Tillaux et retourna, guérie de sa fracture, dans le service de M. Potain, où elle mourut quelque temps après avec symptômes de suffocation. L'autopsie démontre que la tumeur du corps thyroïde était de nature épithéliale, que la tumeur utérine était au contraire bénigne et constituée de fibromyome; enfin, on découvrit une fracture spontanée de l'humérus gauche causée par la dégénérescence cancéreuse du tissu osseux. Le diagnostic avait été erroné par suite de l'évolution lente de la tumeur thyroïdienne, et on avait supposé que le cancer primitif siégeait au niveau des organes génitaux internes.

Déviation de l'extrémité supérieure du fémur.

M. Mauclaire a trouvé un fémur pathologique sur un des sujets de l'Ecole pratique. Le col de l'extrémité supérieure est en rétro-déviation, l'articulation paraissait saine. En faisant passer un trait de scie vertical sur cet os, on voit qu'il existe une cavité remplie de matière caséeuse qui paraît être de la matière tuberculeuse, bien que les inoculations n'aient donné aucun résultat. Il n'y a pas trace de fracture ancienne du fémur. On aurait pu penser à du rachitisme, car il y avait aussi de la scoliose.

Cirrhose atrophique du foie.

M. L. Lévi a observé à l'hôpital Broussais, dans le service de M. Barth, une femme de 39 ans, malade depuis septembre dernier. On assista à l'évolution d'une cirrhose infectieuse

(ictère, hypertrophie du foie, etc.). Puis il y eut rétraction et atrophie de l'organe, on constata encore de la tachycardie continue pendant toute l'évolution de la maladie, avec souffle au premier temps. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une cirrhose dite alcoolique à marche rapide. On ne notait dans ses antécédents ni syphilis, ni impaludisme, ni alcoolisme.

Abcès du cerveau.

MM. Tuffier et **Tucker** ont soigné et opéré un homme entré en mai 1893, pour écoulement de pus par l'oreille, puis lésion de l'apophyse mastoïde qu'on trépana. Mais l'infection envahit les méninges et, à la suite de symptômes épileptiformes, on dut trépaner un abcès sous-duremérien. De nouveaux symptômes d'hémiplégie gauche occasionnèrent une troisième intervention qui n'amena pas d'amélioration. Enfin, une quatrième opération fut suivie de l'évacuation d'un demi-verre de pus localisé à la surface des centres moteurs. Le malade mourut dans le coma. L'autopsie montra qu'il y avait une infiltration purulente à la surface du cerveau; la large perte de substance osseuse avait amené la formation d'une hernie cérébrale du volume d'une mandarine.

Plaie du cœur par balles de revolver.

M. Mayet présente les pièces d'un homme entré dans le service du Dr Campenon pour plaie pénétrante de la poitrine par balles de revolver. Deux de ces balles avaient pénétré le poumon, deux étaient dans la tête. La première balle, logée dans le thorax, causa un épanchement considérable dans la plèvre correspondante qui amena la mort le lendemain. La seconde balle perfora obliquement la plèvre, le poumon, le péricarde, la face antérieure du cœur, puis ressortit du péricarde et vint se loger dans le médiastin postérieur en suivant la face postérieure des côtes. La plaie du myocarde n'est pas pénétrante. Il n'existait aucun symptôme à l'auscultation du cœur.

Diverticules du gros intestin.

M. Pilliet, en faisant l'autopsie d'un homme mort de broncho-pneumonie consécutive à une infection urinaire, a trouvé un gros intestin diminué de volume et, du côté du bord libre, il existait de petits diverticules de volume variable (pois, noisettes) remplis de matières fécales.

Dilatation des bronches.

M. Letulle rapporte l'histoire d'un malade qui présentait tous les symptômes de la pleurésie chronique purulente, et auquel on conseilla la pleurotomie qu'il refusa. Il mourut peu de temps après, avec des symptômes de gangrène pulmonaire. A l'autopsie, on voit que tout son poumon gauche est le siège de pneumonie chronique avec dilatation bronchique. Une grande poche située à la partie moyenne et voisine de la face externe du poumon avait aidé à l'erreur de diagnostic. Là se localisaient des mucosités purulentes que le malade expectorait ainsi qu'une vomique.

Thrombose de la veine sous-clavière.

MM. Letulle et **Meslay** présentent les vaisseaux de la base du cou d'une femme atteinte d'une tumeur du corps thyroïde et d'une tumeur utérine. Comme la première était peu volumineuse, on pensa qu'il s'agissait d'un petit fibrome, tandis que la seconde avait été diagnostiquée tumeur maligne, d'autant qu'on avait assisté à une thrombose de la veine fémorale droite. L'autopsie montra qu'on avait fait erreur, que l'épithélioma primitif siégeait au corps thyroïde et que la tumeur utérine était fibro-myomateuse. Il existait un noyau secondaire dans le poumon. Enfin, on trouva dans les veines axillaires et sous-clavières droites un caillot qui obturait à ce point l'orifice du tronc brachio-céphalique veineux droit dans la veine cave qu'on ne pouvait le reconnaître.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mars 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Traitement du pneumothorax.

M. Burlureaux, à l'occasion du procès-verbal, lit, au nom de **M. Catrin**, une observation dans laquelle non seulement la thoracentèse a produit une véritable résurrection, mais a procuré au malade une survie permettant l'emploi de moyens curatifs appropriés qui ont amené la guérison, non pas de la lésion tuberculeuse, mais du pneumothorax lui-même. On peut donc conclure avec M. Galliard que dans le traitement d'urgence du pneumothorax simple la thoracentèse est susceptible de soulager les malades et même de leur assurer la survie.

M. Rendu croit qu'il est préférable dans beaucoup de cas semblables de ne pas faire la thoracentèse complète. Ce peut être une bonne opération à condition de la diriger avec précaution. Une trop grande différence de pression trop rapidement faite permettrait au pneumothorax de se reproduire. Il vaut mieux faire une thoracentèse partielle, et de toutes façons, en matière de pneumothorax, il ne faut pas se trop presser d'intervenir.

Sur un procédé particulier de palpation de la région épigastrique et du bord inférieur du foie.

M. Albert Mathieu. — Je ne sais si le procédé de palpation de la région épigastrique et du bord inférieur du foie dont il va être question est réellement nouveau ; ce que je puis dire, c'est que je ne l'ai jamais vu employer par personne. Je me permettrai en tout cas de signaler en y insistant la précision des résultats qu'il donne.

Peut-être trouvera-t-on qu'il s'agit là d'un détail minuscule de technique séméiologique, mais les cliniciens savent combien est difficile souvent la détermination de l'existence, de la dureté et de la configuration d'une tumeur de la région épigastrique, la détermination de la situation et des modifications anatomiques de la vésicule biliaire et du bord inférieur du foie, et ils comprendront facilement que j'aie tenu à insister sur les avantages très réels d'un mode d'exploration qui, s'il est connu déjà, n'est pas habituellement employé. On pourrait lui donner le nom assez bien approprié de palpation de bas en haut.

Voici en quoi il consiste : le malade est placé dans le décubitus dorsal complet, la tête peu élevée, les genoux demi fléchis ; il respire doucement et librement, la bouche ouverte, en évitant autant que possible de raidir les parois musculaires de l'abdomen.

Le médecin s'assoit sur le bord du lit, à droite quand c'est le foie qu'il veut examiner et un peu au delà de l'épaule du patient, explore l'abdomen de bas en haut à l'aide des extrémités digitales des deux mains rapprochées qu'il ramène progressivement vers lui par petites secousses successives de palpation.

L'extrémité des doigts est légèrement fléchie ; on cherche, en somme, à accrocher en quelque sorte avec leur pulpe toute saillie ou tumeur susceptible de se rencontrer sous la paroi abdominale.

Le médecin palpe ainsi le ventre du malade de la même façon qu'il explorerait son propre abdomen. Suivant la position qu'il occupe à droite ou à gauche du lit, son bras gauche ou son bras droit se trouve placé au devant de la figure du patient.

Ce procédé de recherche m'a paru fournir des sensations beaucoup plus précises que celles que donnent les procédés habituellement employés. On perçoit ainsi des tumeurs qui avaient échappé à l'examen ; d'autres que l'on n'avait senties que d'une façon incertaine deviennent beaucoup plus nettes dans leur limite et dans leur consistance. On les distingue beaucoup plus facilement de la partie supérieure des grands droits abdominaux. Grâce à lui, on trouve et on détermine plus aisément aussi le bord du foie, les saillies qu'il peut présenter, et, s'il y a lieu, le relief de la vésicule biliaire.

Je suis tellement satisfait de l'emploi de cette technique, ceux auxquels je l'ai fait connaître l'ont trouvée si supérieure à la technique habituelle que je n'hésite pas à la recommander,

au risque de paraître, une fois de plus, découvrir le Pont-Neuf si souvent découvert déjà.

Sur un cas d'oreillons compliqués d'orchite et d'accidents cérébraux.

M. Ferrand rapporte l'observation d'un malade atteint d'oreillons doubles. Il y avait 10 jours que la maladie avait débuté, et très rapidement après le début, survint de l'épididymite; des frictions mercurielles appliquées sur les bourses, avant l'entrée du malade à l'hôpital, avaient provoqué de la stomatite et de la salivation. Survinrent des accidents cérébraux très caractérisés. Ces troubles étaient-ils liés aux oreillons? L'état du pouls, l'intégrité des pupilles infirmaient cette hypothèse. Le malade, de par sa profession de cantinier, était suspect d'alcoolisme, et c'est à l'intoxication qu'il faut attribuer les accidents cérébraux.

M. Laveran. — Je demanderai à M. Ferrand si le malade présentait de la fièvre au moment de l'apparition des accidents cérébraux; car c'est en général avec l'exaspération des phénomènes fébriles qu'apparaissent les troubles cérébraux, et presque en même temps aussi apparaît l'orchite.

M. Ferrand. — La fièvre avait disparu, ce qui établit encore mieux la nature éthylique des troubles cérébraux.

La polyurie et les oliguries dans la tuberculose pulmonaire.

M. A. Robin. — En général, la quantité de l'urine est augmentée dans la première période de la phthisie pulmonaire. Elle est normale dans la seconde et le plus souvent diminuée dans la troisième.

A chacune de ces périodes, il est un certain nombre de malades qui s'écartent de la règle. Vingt fois sur cent, il s'agit d'une polyurie plus ou moins accentuée.

La polyurie est relativement plus fréquente dans la phthisie de l'adulte que dans celle du vieillard.

La polyurie du 1er stade est liée à la phosphaturie ou prend les caractères de la polyurie simple, c'est-à-dire, sans élimination particulièrement exagérée d'un des constituants normaux de l'urine.

A côté des polyuries permanentes, il convient de placer les polyuries transitoires qui sont assez irrégulières, surviennent par crises. Aussi paraît-il légitime d'individualiser ces trois derniers groupes sous le nom de polyuries réactionnelles que l'on classera ensuite en permanentes et transitoires, en prétuberculeuses et en para-tuberculeuses.

L'oligurie des phthisiques dépend souvent de conditions accidentelles comme la diarrhée, les vomissements, la fièvre, les complications.

Quand la quantité d'urine s'abaisse sans être compensée par une augmentation proportionnelle de la densité, le pronostic s'aggrave.

L'anurie totale est exceptionnelle.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 5 mars 1894.

Présidence de M. Royer, vice-président.

Oxalurie et gravelle oxalique.

M. de Lavarenne lit un rapport sur un mémoire de M. Boursier (de Contrexéville) relatif à l'oxalurie et la gravelle oxalique. Ce mémoire, qui se rapporte surtout à la thérapeutique de cette affection par les eaux de Contrexéville, s'appuie sur 66 observations cliniques.

Le rapporteur passe rapidement sur la partie qui traite des caractères physiques, chimiques et microscopiques des oxalates de chaux, et sur la symptomatologie dans laquelle il faut signaler la fréquence des hématuries.

M. Boursier distingue deux variétés d'oxalurie, au point de vue causal : une oxalurie *physiologique* ou alimentaire, due à une suralimentation végétale, et une oxalurie *pathologique* résultant de l'oxydation incomplète des aliments. Cette dernière, qui peut être rangée dans la catégorie *des maladies par ralentissement de la nutrition* de Bouchard, s'observe chez les sujets dont les fonctions digestives sont troublées, puis chez ceux dont le système nerveux fonctionne mal, les *neurasthéniques*.

Relativement au mode de formation des dépôts oxaliques et de la gravelle oxalique, le rapporteur regrette que M. Boursier n'ait pas insisté davantage, et il fait remarquer qu'on ne peut conclure « d'une augmentation de sédiments d'oxalate de chaux à une augmentation de la sécrétion oxalique ».

Le traitement comporte deux ordres d'indications : alimentation rationnelle et exercice hygiénique d'une part, et traitement des troubles digestifs et expulsion des graviers déjà formés.

Ces deux derniers résultats sont obtenus par les eaux bicarbonatées calciques de Contrexéville prises à doses modérées.

Métrites et eaux minérales.

M. Tillot. — Les affections du système utéro-ovarien prennent très souvent la forme chronique, parce qu'elles éclosent sur un terrain préparé par une diathèse ou un état secondaire de l'organisme. Elles produisent souvent une déchéance générale et sont un foyer d'irradiations réflexes. Elles sont très souvent guéries par les eaux thermales parce que celles-ci agissent à la façon des antiseptiques et exercent sur l'état général une action favorable. Les eaux minérales l'emportent de beaucoup à ce point de vue sur le traitement chirurgical qui ne s'occupe que de l'organe malade et devrait être réservé aux affections rebelles, au traitement thermal.

Il est nécessaire de n'envoyer aux eaux minérales que des malades auxquelles elles soient bien appropriées. Au premier rang des indications figurent les diathèses, puis l'état secondaire acquis, tel que l'anémie ou la névropathie. Si pendant l'année qui suit la cure il se fait une modification importante dans cet état secondaire, il peut y avoir avantage à recourir au roulement thermal.

Les utérines qui fréquentent les eaux sont en général des arthritiques, des lymphatiques, des anémiques ou des neurasthéniques.

Les arthritiques sont disposées aux congestions de toute nature et doivent être dirigées sur des eaux sédatives et décongestionnantes, il en est de même pour les utérines névropathiques ; les sources excitantes comme les sulfureuses fortes et les ferrugineuses sont indiquées pour les lymphatiques et les anémiques.

Les eaux thermales de Luxeuil appartiennent au groupe des salines faibles à température très élevée et à la classe des eaux ferrugineuses tièdes. On emploie surtout dans cette station le traitement externe, et la technique balnéaire y est très bien installée pour le traitement des maladies des femmes ; les douches hypogastriques et ascendantes y sont données avec des précautions qui leur enlèvent tout caractère offensif.

Les utérines arthritiques et névropathiques sont adressées aux sources salines et les anémiques ainsi que les lymphatiques se trouvent bien des bains ferrugineux.

Les complications qui existent chez les utérines du côté du cœur ou des reins nécessitent des précautions, mais ne sont pas, en général, une complication à l'emploi des eaux de Luxeuil.

Les troubles fonctionnels directs ou réflexes qui précèdent ou survivent à la menstruation sur son déclin affectent en général la forme nerveuse et sont avantageusement modifiés par le traitement dans la station dont il s'agit. De même pour l'impressionnabilité spéciale à l'utérus chez des femmes qui n'ont aucune tare diathésique et dont l'utérus est émotif.

En résumé, ce qui domine dans les affections du système utéro-ovarien, c'est l'état général et, pour guérir les malades, il faut s'adresser à la lésion et à la maladie même, parce que, si la lésion est à l'utérus, la maladie a sa racine dans l'organisme.

MM. Caulet, de Rasne, Blanc, Morice et **Héraud** prennent part à la discussion au sujet de ce mémoire qui, dans ses grandes lignes, confirme ce qu'eux-mêmes ont déjà dit.

Dr Léon Leriche.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 *mars* 1894.

Présidence de M. Chauveau.

A propos de la toxicité du sang.

M. Hayem. — Dans ces derniers temps, on a parlé à diverses reprises devant la Société de la toxicité du sang et des propriétés toxiques du sérum en particulier. Or, j'apprécie d'une autre manière les effets pathologiques observés dans ces conditions, quand on injecte à un animal le sang ou le sérum d'une autre espèce : selon moi, il s'agit de phénomènes de coagulation. On en peut observer trois variétés en injectant le sérum. S'il s'agit d'un sérum emprunté à l'animal lui-même ou à un animal de même espèce, il se produit une coagulation par stase, en rapport avec un arrêt circulatoire en un point donné. Si l'on injecte au chien le sang ou le sérum du bœuf ou du cheval, il se fait une coagulation par précipitation, de forme granuleuse. Enfin, si l'on injecte du chien au lapin, il y a précipitation en masse du sang circulant, en particulier dans le cœur droit.

Il serait très intéressant de déterminer pourquoi le sérum exerce cette action coagulante. Or, c'est là un des problèmes les plus ardus de la chimie biologique. Tout au plus peut-on en établir quelques données. Un des points principaux, c'est que le chauffage à 56 ou 57° fait perdre au sérum sa propriété coagulatrice, sans le troubler ni l'altérer apparemment en rien. Mais que détruit le chauffage? Est-ce le ferment de la fibrine? La chose est possible. Toutefois, ce ferment ayant un caractère assez uniforme, on s'expliquerait difficilement pourquoi l'on obtient, en expérimentant plusieurs sérums, des effets si différents. D'ailleurs, le ferment de la fibrine n'a jamais été obtenu à l'état de pureté absolue.

Donc, il faut chercher une autre cause. Tout d'abord on remarquera que cette température de 56-57° est critique pour tous les plasmas d'origine sanguine contenant du fibrinogène. Il est invraisemblable que ces plasmas renferment une albumine particulière, susceptible d'être influencée par la température de 56° et qui jouerait, par rapport aux éléments figurés du sang, le rôle d'un agent globulicide.

Le fait de la coagulation aurait là sa raison d'être. Ce sont probablement les mêmes substances qui donnent aux plasmas et au sérum leurs propriétés bactéricides, ainsi que l'ont exprimé Buchner et divers auteurs.

M. Straus. — Je tiens à rappeler que Daremberg a fait dans mon laboratoire une étude de l'action globulicide du sérum sanguin, confirmant et étendant d'anciennes recherches de Landois. Le pouvoir globulicide du sérum par rapport aux globules d'un autre animal se perd à 56° ; ces résultats sont exactement parallèles à ce que Buchner a constaté pour l'état bactéricide.

Consommation du sucre dans le diabète pancréatique.

M. Kaufmann. — On peut supprimer l'intervention du foie dans cette étude en interrompant par une ligature appropriée la circulation sanguine de cette glande et du train postérieur de l'animal. Dans ces conditions, la moitié antérieure du corps de l'animal fonctionnant seule, on constate que le sucre du sang subit, néanmoins, une diminution réelle : la consommation et la destruction du sucre se font donc au niveau des tissus. Si l'on vient, pendant l'expérience, à rétablir le jeu circulatoire normal et à remettre en activité la glande hépatique, on assiste à une augmentation notable de la glycérine, qui indique bien le rôle considérable joué en tout état de cause par le foie dans la production du sucre.

M. R. Dubois communique ses recherches sur les variations du sucre du sang et du foie chez la marmotte en état de torpeur hibernale et sur l'influence qu'exerce le pneumogastrique par rapport à la glycogénèse au moment où l'animal passe de la torpeur au réchauffement.

M. Féré a étudié l'action comparative de divers alcools injectés dans l'albumen de l'œuf sur le développement de l'embryon ; il a vu que l'alcool méthylique est plus tératogénique que l'éthylique, et moins que le propylique.

M. de Coninck a constaté le pouvoir anti-fermentescible d'une ptomaïne pyridique ayant pour formule $C^{10}H^{15}Az$.

M. Azoulay a continué ses études sur l'histologie des centres nerveux. Dans la moelle, les cellules névrogliques juxta-épendymaires possèdent des ramifications complexes pourvues d'épines et de varicosités très développées. Dans le cerveau, plus spécialement au niveau de la corne d'Ammon, certaines cellules névrogliques rappellent à s'y méprendre les grandes cellules pyramidales des centres psycho-moteurs. Certaines cellules névrogliques semblent bien naître de l'endothélium des capillaires correspondants.

MM. Milne-Edwards et **Bouvier** ont observé un crustacé marin, voisin de l'écrevisse, dont l'appareil oculaire se modifie dans les grandes profondeurs au point de devenir inutilisable, et se transforme en une arme, en même temps que les organes de la sensibilité tactile se développent pour suppléer la vision devenue impossible.

J. Girode.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 *janvier* 1894.

Mécanisme histologique de la sécrétion des glandes granuleuses.

M. Ranvier. — En poursuivant l'étude du mécanisme de la sécrétion dans les glandes muqueuses, j'ai pu reconnaître que leurs cellules spéciales, cellules muqueuses ou caliciformes, contiennent, outre leur mucigène et leurs travées protoplasmiques, des vacuoles qui sont soumises à un mouvement physiologique continu et dont l'activité peut être beaucoup augmentée par l'excitation électrique. Dès lors j'ai dû rechercher si ce mouvement vacuolaire existait dans les glandes muqueuses. Pour cela, je me suis adressé à la glande sous-maxillaire du rat, qui offre les meilleures conditions expérimentales, et j'ai constaté que les glandes salivaires granuleuses *excitées* présentaient, dans presque toutes les cellules, des culs-de-sac, des vacuoles grandes, nombreuses, confluentes souvent (1). D'où il suit que, sous l'influence de l'excitation sécrétoire, il se produit une vacuolisation très considérable, comparable à celle des cellules caliciformes de la membrane rétrolinguale de la grenouille soumises à une excitation analogue.

De plus, les glandes salivaires granuleuses, au lieu de sécréter de l'eau et du mucus, comme les glandes muqueuses, sécrètent de l'eau et de la diastase. Les vacuoles contiennent de l'eau. Dans les cellules muqueuses, cette eau, en s'échappant de la cellule, entraîne du mucigène et forme du mucus. Il est probable que l'eau des vacuoles des cellules granuleuses sort aussi de la cellule en entraînant de la diastase élaborée par le protoplasma cellulaire.

Un signe de mort certaine emprunté à l'ophthalmotonométrie.

M. W. Nicati. — En étudiant la tension oculaire à l'aide de mon ophthalmotonomètre, j'ai trouvé que cette tension ou plus simplement cette dureté, qui est normalement de 18 à 21 grammes, oscille à l'état physiologique entre 14 et 25 gr. ($T = 0.4$ à 1), baisse avec la cessation des battements de cœur à 12 gr. environ pour s'affaisser ensuite progressivement avec des ressauts ou retours en arrière brusques ne dépassant jamais 12 gr. ; à partir d'une demi-heure, on rencontre déjà les duretés minima de 1 à 3 gr., mais la détente définitive n'a lieu qu'après deux heures ; elle devient alors complète.

L'œil énucléé et replacé dans son orbite présente les mêmes phénomènes.

L'instrument qui donne ces résultats est d'une extrême précision ; ses indications sont dépouillées de l'équation personnelle à l'observateur, qui a entravé jusqu'à ce jour tous les procédés pratiques de tonométrie oculaire.

Il en résulte un signe de mort certaine qui consiste dans un premier affaissement au moment de l'arrêt du pouls, et dans un affaissement définitif et au plus haut degré démonstratif peu d'heures après.

Les lois qui président à ces phénomènes sont les suivantes :

(1) A l'état normal, les vacuoles sont peu nombreuses, petites, et ne se rencontrent que dans un petit nombre de cellules.

1° La tension oculaire est fonction de la tension sanguine ;

2° Elle obéit à une régulation réflexe opposant à la pression sanguine des pressions égales (et empêchant soit les déformations qu'une pression sanguine exagérée pourrait provoquer, soit les ischémies qu'une pression sanguine trop faible amènerait inévitablement si l'œil conservait une pression constante) ;

3° Une régulation rapide, provisoire, a lieu par la rétraction rapide ou contraction de la coque oculaire musculeuse ;

4° Une régulation plus lente et plus durable a lieu par la sécrétion d'humeur aqueuse et son élimination.

Ces lois méritent de fixer l'attention, et pour leur portée ophthalmologique qui est très grande, et pour les applications à en tirer au profit de la médecine générale, la dureté de l'œil permettant une appréciation de la pression sanguine.

Venin des serpents.

M. S. Jourdain. — A propos de la récente communication de MM. Bertrand et Phisalix sur les glandes venimeuses des couleuvres et la toxicité du sang de ces animaux (voir *Mercredi médical*, 1894, p. 27), je ferai remarquer que la couleuvre à collier n'est pas la seule qui se montre réfractaire au venin de la vipère. Ainsi que je m'en suis jadis assuré, la couleuvre vipérine, la couleuvre d'Esculape, la couleuvre lisse et la couleuvre à échelons possèdent une semblable immunité. Je regarde donc comme certain que ces ophidiens possèdent des appareils vénénifiques, dont les produits se retrouvent dans leur sang. Bien plus, j'incline à croire que cet appareil existe chez tous tous les ophidiens.

Mais, au point de vue de la situation de l'appareil inoculateur, on peut établir deux groupes : 1° celui des protéroglyphes, caractérisé par la présence des dents sillonnées ou tubuleuses en avant de la mâchoire supérieure; 2° le groupe opistoglyphe, dans lequel ces dents sont rejetées tout à fait en arrière. Le premier comprend les deux espèces de vipères : le second n'est représenté que par la couleuvre de Montpellier dont le venin a une activité comparable à celui de la vipère, mais dont les habitudes diffèrent complètement de cette dernière. En effet, la vipère fond sur sa proie et la blesse aussitôt avec ses crochets antérieurs; la couleuvre de Montpellier est obligée de lutter corps à corps avec sa victime, qu'elle étreint avec ses anneaux ou qu'elle happe avec ses mâchoires, mais ne peut la frapper avec ses dents à venin que lorsqu'elle est fortement engagée.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 28 *février* 1894.

Présidence de M. Cordier.

Tuberculose du chien.

M. Cadéac. — La tuberculose chez le chien est plus fréquente qu'on ne le croit communément; elle est même très fréquente. A Dresde, Eber a trouvé 11 tuberculeux sur 400 chiens morts ou abattus. A Lyon, il ne se passe presque pas de semaine sans que M. Cadéac n'observe quelques cas à la clinique de l'Ecole vétérinaire. Aujourd'hui, il met sous les yeux de la Société un certain nombre de pièces anatomiques qui viennent à l'appui de son assertion. Voici d'abord des pièces provenant d'un chien amené hier à la clinique et atteint de tuberculose généralisée : les ganglions bronchiques et médiastinaux sont hypertrophiés et forment une grosse masse au niveau de la division de la trachée; ils ont le volume d'un petit œuf et présentent divers foyers de ramollissement. Les deux poumons sont criblés de granulations tuberculeuses grisâtres. Les ganglions mésentériques sont infiltrés et ramollis. La surface extérieure de l'intestin est parsemée de taches rouges violacées ou noires; en un point, une ulcération a abouti à une perforation. Ces lésions intestinales, au dire de M. Cadéac, sont fort rares chez le chien; il ne les a jamais vu signaler. Le péritoine diaphragmatique est couvert de granulations tuberculeuses. Il y a quelques jours, M. Cadéac a fait l'autopsie d'un chien chez qui il constata l'existence d'une pneumonie et d'une pleurésie tuberculeuses. A propos de la pleurésie du chien, M. Cadéac croit que dans bien des cas on a dû faire le diagnostic de pleurésie sarcomateuse alors qu'en réalité il s'agissait de pleurésie tuberculeuse. C'est qu'en effet on voit souvent la plèvre présenter des masses tuberculeuses ayant la grosseur d'une noisette et ne s'accompagner ni d'exsudat, ni de fausses membranes. En l'absence de tout examen bactériologique, rien n'est plus facile que de prendre ces noyaux pour des masses sarcomateuses. M. Cadéac soumet encore à la Société des pièces provenant d'un troisième chien atteint d'une péricardite exsudative des mieux caractérisées, mais dans laquelle l'examen bactériologique a décelé la présence de nombreux bacilles de la tuberculose.

En résumé, à Lyon la tuberculose chez les chiens est fréquente et il est certain que ces animaux malades peuvent contribuer à la dissémination de l'affection parmi l'espèce humaine. Les hygiénistes auront, à l'avenir, à se préoccuper de cette question.

Cancer primitif de la capsule surrénale..

M. Bérard, interne des hôpitaux, met sous les yeux de la Société des pièces anatomiques provenant d'une malade morte dans le service de M. le professeur Ollier. Elle était âgée de 26 ans.

On a trouvé à l'autopsie une tumeur occupant la face interne des cinq premières côtes à gauche. Le poumon gauche, au niveau de la tumeur, était atteint de pneumonie purulente avec sclérose. Au niveau du hile du poumon, nombreux ganglions dégénérés englobant les récurrents; cependant on n'avait noté pendant la vie qu'un peu de raucité de la voix. A droite, il n'existait plus de traces de la capsule surrénale, laquelle était remplacée par un néoplasme du volume du poing adhérent au diaphragme et au foie ; le rein droit lui-même était indemne. Le rein gauche présentait une petite tumeur le long de son bord concave. Les autres organes étaient sains. L'examen histologique a montré que la tumeur de la capsule était un cancer épithélial. C'est évidemment là la lésion primitive.

M. Mayet a rencontré il y a quelques années un cas de cancer primitif de la capsule surrénale. Il demande à M. Bérard si, dans les symptômes présentés par la malade, il en était quelqu'un qui pût faire penser à une altération des capsules surrénales.

M. Bérard répond négativement.

Absorption du gaïacol par la peau.

M. Linossier rapporte une expérience d'où il résulte que, dans les badigeonnages de gaïacol, l'absorption se fait bien par la peau et non par les voies respiratoires.

Pierre Lacour.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 28 *février* 1894.

La narcose par l'éther.

M. Vogel, assistant du professeur Landau, rapporte les résultats obtenus dans cette clinique par la narcose éthérée dont on se sert depuis trois ans, depuis une visite du professeur Wanscher (de Copenhague) qui a attiré l'attention de M. Landau sur les avantages de l'éther.

La première condition, quand on se sert de l'éther, c'est d'avoir un éther pur, d'un poids spécifique de 0,720, ne contenant pas d'acides ni d'essences. L'éther qui contient de l'eau ou de l'alcool n'est pas dangereux.

Il est absolument inutile de faire une injection de morphine avant de donner l'éther, qu'on peut administrer de deux façons. Tantôt le masque est appliqué étroitement contre la figure, de sorte que le malade aspire, dès le début, les vapeurs concentrées d'éther; tantôt le masque est approché peu à peu de la figure du malade de façon à faire absorber à celui-ci

des quantités de plus en plus fortes d'éther. Le premier procédé mène plus rapidement au but, mais il a des inconvénients multiples : le malade se débat, se cyanose par suite de la privation d'air et de l'accumulation d'acide carbonique, respire mal, râle, etc., c'est-à-dire présente un ensemble de phénomènes qui font reculer les chirurgiens allemands devant l'emploi de l'éther. Mais tous ces inconvénients sont imputables, non pas à l'éther, mais à la façon dont il est employé, et disparaissent avec le second procédé où, pour éviter les phénomènes d'intoxication par CO^2, on commence par donner les vapeurs d'éther mêlées à de l'air, puis, en augmentant progressivement la proportion d'éther, on arrive à donner celui-ci pur.

On procède donc à la clinique de Landau de la façon qui vient d'être décrite. Le sommeil obtenu au bout de 8 à 12 minutes ne se distingue en rien du sommeil chloroformique et n'est pas plus superficiel que ce dernier. Ce qu'il faut connaître, c'est le mode de respiration et les accidents qui peuvent survenir et auxquels, du reste, il est facile de parer. C'est ainsi que, pendant la narcose profonde, on observe quelquefois une respiration très bruyante. Elle tient simplement soit à une surcharge d'éther, soit à l'accumulation de CO^2. Il suffit alors de retirer le masque ou de faire passer sous lui un peu d'air, pour voir la respiration redevenir tranquille et calme; par contre, si, dans ces conditions, on continue de donner de l'éther, on peut voir survenir des accidents graves.

Un phénomène constant dans la narcose par l'éther est la salivation et la sécrétion abondante de mucus à la surface de la muqueuse respiratoire. On pare aux inconvénients de la salivation en mettant la tête en bas et en épongeant fréquemment la bouche, ce qui empêche l'aspiration de la salive dans les voies respiratoires.

L'éther n'a aucune influence nocive sur le cœur ; au contraire il semble même relever le pouls. Les vomissements peuvent survenir à toutes les périodes, mais à la période d'excitation on les arrête facilement en donnant d'un coup une forte dose d'éther. Dans un tiers des cas, ils s'observent au réveil. La quantité d'éther nécessaire pour une opération est de 120 à 150 grammes en moyenne, et varie du reste avec la façon dont on manie le masque.

Le nombre d'opérations faites sous l'éther à la clinique de Landau est actuellement de 1,200, dont 258 laparotomies, 111 hystérectomies vaginales totales et 665 autres interventions gynécologiques, sans compter un grand nombre d'explorations faites sous l'éther. Sur ce nombre on n'a eu à déplorer aucune mort, ni à compter avec des accidents graves, asphyxiques, nécessitant la respiration artificielle. Pendant la narcose éthérée il n'est pas nécessaire de tenir la langue avec une pince hors de la bouche.

Les bronchites qui surviennent après l'emploi de l'éther ne sont jamais graves et passent ordinairement au bout de 5 ou 6 jours. Dans cinq cas seulement on a vu survenir des affections pulmonaires graves avec fièvre rémittente et matité : il s'agissait là de pneumonie aspiratrice qui, chez un opéré, a abouti à une pneumonie grave. Seulement ces pneumonies aspiratrices ne relèvent pas de l'éther, puisqu'on les observe aussi avec le chloroforme. A la rigueur, l'éther aurait pu être incriminé dans un cas d'embolie pulmonaire qui s'est terminé par la mort au bout de six semaines.

En somme, les avantages de l'éther sur le chloroforme sont : 1° une action favorable sur le cœur; 2° le dosage plus facile ; 3° les caractères d'emblée bruyants par lesquels se manifestent les moindres accidents.

M. Karewski n'a pas employé l'éther aussi souvent que M. Landau, car suivant les cas il donne tantôt de l'éther, tantôt du chloroforme.

Tout d'abord l'éther est absolument contre-indiqué chez des malades qui présentent des lésions de l'appareil respiratoire et chez les enfants scrofuleux, car chez ces malades l'éther provoque des troubles respiratoires et des catarrhes bronchiques menaçants pour la vie.

Parmi les accidents graves que peut provoquer l'éther, il faut encore citer la syncope respiratoire déjà signalée par Garré. Quand la narcose par l'éther se prolonge, le type respiratoire se trouble et devient alarmant, comme dans un cas observé par M. Karewski où il a fallu faire la respiration artificielle pendant dix minutes. Du reste, dans la statistique de Garré on trouve 45 cas de mort dans l'éther, dont 25 au moins attribuables à l'éther.

Là où l'éther peut remplacer avantageusement le chloroforme, c'est chez les cardiaques, les anémiques et les alcooliques, puis dans les opérations de courte durée. Par contre, il ne doit pas être employé dans les opérations, qui, pour être bien faites, demandent le relâchement complet de tous les muscles que donne le chloroforme, et qu'avec l'éther, on obtient à un degré moindre. C'est ainsi que dans les laparomies compliquées, demandant beaucoup de temps, le chloroforme doit être préféré à l'éther.

M. Hahn a fait, depuis 1866, 2,100 opérations sous le chloroforme et eu six cas de mort chez des individus vigoureux qui ont succombé pour ainsi dire brusquement dès les premières gouttes de chloroforme. De plus, tous les ans il a des alertes graves, de sorte qu'il ne peut s'empêcher de considérer le chloroforme comme une substance dont l'emploi est dangereux. Il a donc essayé à plusieurs reprises l'éther, seulement il ne s'est arrêté définitivement à cette substance que lorsqu'il fut en possession du masque de Julliard, puis de celui de Wanscher qui est encore meilleur. Depuis 1893, il a fait 700 opérations sous l'éther, dont 40 n'ont pas duré moins de deux heures, saus avoir à compter avec le moindre accident ou incident. Il a pu faire ainsi des laparotomies de très longue durée, des résections de l'estomac, etc., et ceci, chez des malades auxquels il n'aurait jamais osé donner de chloroforme.

Les seules conditions qui contre-indiquent l'emploi de l'éther sont : 1° les bronchites étendues ; 2° les opérations sur la face et le cou ; 3° l'âge très avancé qui prédispose particulièrement aux bronchites pouvant, dans les conditions en présence, se transformer facilement en pneumonies. Mais chez les enfants, on peut tranquillement donner de l'éther.

Sauf les conditions citées plus haut, M. Hohn affirme qu'il ne retournera plus au chloroforme.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 5 *mars* 1894.

Traitement électrique de la paralysie infantile.

M. Jones. — Le traitement électrique de la paralysie infantile donne de bons résultats dans presque tous les cas, pourvu que le sujet soit jeune et qu'il ne se soit pas écoulé plus de 3 ans depuis l'apparition des accidents. Un muscle frappé par la paralysie infantile contient souvent des fibres encore actives qu'on peut réveiller par l'électricité. J'ai disséqué une jambe qu'on avait dû couper parce qu'elle avait été frappée par la paralysie infantile ; la malade avait 20 ans ; tous les muscles contenaient des fibres qui répondaient encore aux courants d'induction. En général, on a affaire à deux ordres de cas : chez les uns, les muscles sont diminués de volume, mais les réactions sont de qualité normale et ne pèchent que par la quantité ; chez les autres, les muscles sont paralysés et atrophiés et ne présentent que la réaction de dégénérescence. Les premiers malades s'améliorent dès le début par l'électricité, bien que certains puissent ne jamais arriver à la guérison. Les seconds, bien que le pronostic soit sombre, ne sont pas absolument incurables. J'ai pu obtenir une amélioration notable chez un enfant de 3 ans chez qui la paralysie survint à l'âge de 4 mois 1/2, et chez lequel les muscles paralysés ne réagissaient aucunement sous l'influence de l'électricité. Le traitement peut être conduit par la mère elle-même, qui applique l'électricité deux fois par semaine, baigne dans de l'eau chaude les membres malades et les frictionne chaque soir. D'abord se manifestent une augmentation de la nutrition et une augmentation de la motricité volontaire ; plus tard la sensibilité à l'électricité augmente. Souvent les muscles malades répondent à l'électricité induite avant de répondre aux courants galvaniques. Tous les courants sont bons; cependant on donnera la préférence aux courants d'induction. Pour les membres inférieurs, on pourra

donner des bains électriques. Dans tous les cas de paralysie infantile, on devra essayer l'électricité et persister pendant 6 mois ou même un an; il est exceptionnel que les muscles soient détruits au point qu'il ne reste aucune fibre saine; on peut fortement développer ces fibres par l'électricité; le traitement électrique est supérieur au massage, mais doit lui être combiné.

M. Cagney. — Les effets de l'électricité sont renforcés par des injections sous-cutanées ou intra-musculaires de strychnine.

M. Taylor. — Je ne crois pas à la grande vertu curative de l'électricité dans cette affection; dans 99 0/0 des cas, il reste de très sérieuses déformations. De plus, les courants induits ne valent pas les courants continus.

Méningite tuberculeuse.

MM. Ord et **Waterhour.** — Une petite fille de 5 ans entra à l'hôpital le 23 octobre 1893. Vers le milieu de septembre, elle avait été prise d'une céphalée aiguë avec des vomissements de temps en temps, de la constipation, de l'anorexie; il y avait un commencement de névrite optique dans les deux yeux; le pouls était régulier; cependant, si on l'examinait à plusieurs reprises, on voyait le nombre des pulsations varier beaucoup (de 70 à 120) à quelques minutes d'intervalle. L'enfant était presque dans le coma, l'abdomen était rétracté, la face était pâle. Les oreilles étaient saines. On fit le diagnostic de méningite tuberculeuse avec augmentation considérable de la pression intra-crânienne; la mort paraissait imminente. On endormit l'enfant et on fit une incision courbe au niveau de la fosse cérébelleuse gauche, on dut lier l'artère occipitale, puis on appliqua une couronne de trépan; la dure-mère fit une saillie considérable et on n'aperçut aucune pulsation. On incisa la dure-mère et l'arachnoïde; il s'écoula un liquide verdâtre, puis le cervelet vint faire saillie dans le trou et l'obturer; on introduisit entre le cervelet et l'arachnoïde une sonde le long de la faux du cervelet; il s'écoula du liquide par cette sonde. On plaça un drain le long de la sonde et on le laissa en place; le liquide s'écoula lentement par ce drain; la dure-mère fut suturée, on sectionna la rondelle osseuse en plusieurs fragments à l'aide desquels on boucha le trou fait par le trépan, ne laissant que la place du drain. L'enfant supporta bien l'opération et guérit complètement. Ce cas nous paraît être incontestablement un cas de méningite tuberculeuse.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 6 mars 1894.

Discussion sur l'ulcus rodens.

M. Kanthack. — Tout le monde admet que l'ulcus rodens est une production cancéreuse non épidermique. Les éléments épithéliaux du derme comprennent : les follicules pileux, les glandes sébacées et les glandes sudoripares. Tous ces éléments sont des involutions de l'épiderme qui forment un nouveau tissu à caractères spéciaux. L'ulcus rodens a son point de départ dans les follicules sébacés. Quand on examine un ulcus rodens au début, on voit que tout autour de la région malade sont des follicules sébacés, souvent hypertrophiés; la structure de la petite masse cancéreuse rappelle celle des follicules sébacés.

M. Spencer. — Ce qui différencie l'ulcus rodens de l'épithélioma, c'est que dans les antécédents des malades on ne trouve pas de cancéreux et de plus que les tissus du malade s'opposent avec une grande énergie à une marche envahissante de l'ulcus rodens.

M. Walker. — Il semble bien que l'ulcus rodens constitue une entité morbide bien définie et distincte de l'épithélioma; il ne cause que peu d'irritation des tissus, contrairement à ce qui a lieu pour l'épithélioma. Quant à l'origine de l'ulcus rodens, je dirai que les follicules sébacés s'atrophient dans son voisinage et que les petites cellules à croissance lente de l'ulcus rodens rappellent les cellules des conduits des glandes sudoripares; on a prétendu qu'il n'y avait jamais de métastase, cependant on en a rapporté des cas.

M. Boyce. — J'ai une série de planches qui montrent que l'ulcus rodens débute dans les glandes sébacées.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 21 février 1894.

Atrophie jaune aiguë du foie.

M. Foges présente les pièces anatomiques provenant d'un individu ayant succombé à une atrophie jaune aiguë du foie.

Il s'agit en l'espèce d'un militaire venu pour consulter, au mois de décembre 1893, pour des palpitations et des troubles respiratoires datant déjà d'un certain temps. A l'auscultation, on trouvait effectivement les battements du cœur irréguliers, accélérés, et, à la percussion, les signes d'une dilatation cardiaque. En janvier, la dyspnée fit des progrès, et en même temps parut un œdème qui avait progressivement envahi l'abdomen, le scrotum, les membres inférieurs et les mains. Subjectivement, le malade accusait des douleurs dans l'épigastre et des douleurs d'autre nature qu'on a cru pouvoir attribuer à l'angine de poitrine. L'urine, qui, au commencement, était sécrétée en grande quantité, commença à devenir rare, et à l'examen il fut facile d'y trouver de l'albumine.

Le 28 janvier parut sur la cuisse œdématiée droite une vésicule qui, s'étant rompue spontanément, donna lieu à un écoulement abondant de sérosité, de façon à diminuer de moitié l'infiltration du membre inférieur droit. Les jours suivants on nota : douleurs lombaires, dyspnée, crachats hémorrhagiques, diurèse très diminuée et restant telle malgré l'emploi de strophantus, de bains de vapeur, etc.

Le 5 février, les conjonctives se colorèrent en jaune, et le même soir le malade fut pris de vomissements, d'expectoration abondante, de crachats hémorrhagiques, puis de collapsus. Mort le 6 février.

A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes : néphrite interstitielle chronique avec infarctus récents et anciens des deux reins; hypertrophie excentrique du cœur avec myocardite segmentaire; anasarque avec ascite, hydrothorax et hydro-péricarde; infarctus récents dans la rate et les poumons; *thrombose de la veine porte* et de sa branche gauche avec propagation du thrombus dans la veine splénique jusqu'au hile de la rate; *atrophie jaune aiguë du foie.*

Pour M. Foges, l'affection des reins et du cœur était primitive; quant à la thrombose de la veine porte, elle était due peut-être au ralentissement de la respiration qui, comme on sait, exerce une action sur la vitesse de circulation du sang de la veine porte. Une autre hypothèse est possible, que la thrombose débuté dans les capillaires de la veine liénale et s'est propagée ensuite à la veine porte comme dans certains cas de malaria décrits par Frerichs.

Séance du 14 février.

Méningo-myélite syphilitique.

M. Reiner. — Il s'agit d'un malade qui contracta la syphilis en 1891 et fut soigné par des injections sous-cutanées de sublimé à la clinique de Kaposi. Déjà, à ce moment, il accusait des douleurs dans la jambe gauche. En 1892, il revint à l'hôpital pour des douleurs très violentes; puis, un matin, au réveil, il constata que ses jambes étaient paralysées et qu'il avait une incontinence d'urine. Sous l'influence du traitement, les phénomènes en question s'accentuèrent et l'amélioration se produisit pendant 3 mois. Au bout de ce temps, il revint à l'hôpital avec du tremblement des jambes et une parésie très notable du membre inférieur gauche qui, cette fois, ne cédèrent plus aux frictions mercurielles.

Aussi, en décembre 1893, le malade fut-il reçu à la clinique du professeur Drasche. Là, on trouva une démarche spasmodique et parétique, de la rigidité musculaire, de l'exagération des réflexes rotuliens, de légers troubles de la sensibilité et une incontinence relative de l'urine.

Ce qui est remarquable dans ce cas, c'est l'apparition précoce des troubles spinaux, à peine quelques mois après l'infection syphilitique.

M. Hack fait observer que les phénomènes de névrite remarqués pendant la seconde période étaient peut-être produits par l'irritation des branches nerveuses consécutivement à l'injection de sublimé au voisinage du nerf sciatique.

M. Weiss fait remarquer que le malade lui-même a constaté l'apparition des douleurs après la première injection.

M. Ehrmann rappelle à cette occasion qu'il a constaté chez 4 malades l'apparition spontanée de névralgies pendant la période secondaire. Il a donc toujours recherché cette névralgie chez des syphilitiques avant de commencer les injections de mercure, et n'a jamais trouvé la moindre relation entre la névrite et les injections mercurielles.

M. Hock ne croit pas que toutes les injections mercurielles provoquent des névralgies : il a voulu simplement dire que lorsqu'on injecte des sels mercuriels non solubles, il se forme un dépôt qui peut devenir le point de départ d'une névralgie.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 26 février 1894.

Gommes syphilitiques du pénis.

M. v. Zeissl a observé trois cas de gommes syphilitiques du pénis qui se sont présentés dans les conditions suivantes :

Dans le premier cas, la gomme, qui siégeait sur le dos du pénis, derrière le gland, s'était développée dans le réseau lymphatique qui va d'un côté du frein à l'autre. Le malade avait en même temps une gomme des ganglions lymphatiques de l'aine gauche. La gomme du gland était en voie d'ulcération ; la tumeur de l'aine, qui était fluctuante, disparut sous l'influence du traitement syphilitique, qui eut également pour résultat d'amener la résorption de la gomme du pénis.

Dans le second cas, la gomme du pénis se présentait sous forme d'une plaque cartilagineuse, mobile sous la peau, et dont la configuration rappelait celle du corps. Un prolongement de cette plaque s'engageait dans le gland. A la palpation on sentait nettement les vaisseaux épaissis du pénis s'engager dans cette plaque.

Le troisième cas est celui d'un individu chez lequel le développement de la gomme du pénis 17 ans après l'infection et traitée à ce moment par l'iodure seul, fut accompagné d'autres manifestations de la syphilis.

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 9 mars 1894.

Tuberculose du larynx.

M. Hajek. — Il s'agit d'un homme venu à la clinique pour des douleurs violentes survenant pendant la déglutition. A l'examen laryngoscopique, on trouvait l'épiglotte infiltrée et couverte d'ulcérations sur sa face linguale et son bord libre. Il n'y avait rien du côté des ventricules.

On essaya tout d'abord un traitement topique qui n'eut aucun résultat. Dans ces conditions, M. Hajek se décida à faire l'extirpation endolaryngée de l'épiglotte. Quatre semaines après l'opération, la plaie était complètement cicatrisée ; par contre, une infiltration diffuse puis des granulations envahirent la corde vocale droite qui fut extirpée à son tour. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis quinze mois, le malade va bien et a gagné 19 kilogrammes.

Gastrostomie.

M. Ullmann présente un homme de 62 ans auquel il a fait la gastrostomie pour un cancer de l'œsophage. La fermeture de la fistule est obtenue dans ce cas par la torsion de la paroi stomacale attirée en avant, comme dans le procédé de Gersunny pour l'incontinence d'urine ou l'anus contre nature où l'on fait la torsion de l'urèthre dans le premier cas, et celle de l'intestin dans le second.

M. v. Dittel a eu recours, avec succès, à la torsion, dans un cas d'opération de Kraske, et pense que le procédé en question peut trouver encore d'autres applications.

M. Topolanski présente 1° un malade avec un *corps étranger flottant librement dans la chambre antérieure de l'œil.* Le corps étranger en question est un éclat d'acier qui, à la suite d'un traumatisme, a pénétré dans l'œil en 1872.

2° Un malade avec une *tumeur dermoïde de la sclérotique* empiétant partiellement sur la cornée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique des maladies du système nerveux dans les hôpitaux de Paris, par Paul Lefert. — L'auteur expose dans ce volume le traitement du plus grand nombre des maladies du système nerveux, d'après des prescriptions formulées oralement ou contenues dans les travaux de la plupart des médecins des hôpitaux connus pour leur compétence en la matière. Les prescriptions se suivent par ordre alphabétique de maladies, de telle sorte que les recherches sont faciles ; une double table alphabétique par noms d'auteurs et par ordre de matières complète ce livre, dont l'utilité pratique ressort, croyons-nous, suffisamment de l'exposé du plan selon lequel il a été conçu, car il est exécuté avec le plus grand soin.

VARIÉTÉS

Inscriptions.

3e *trimestre de l'année scolaire* 1893-94.

Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 4 avril 1894. Il sera clos le samedi 18 avril, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures.

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 4, jeudi 5, vendredi 6, samedi 7, mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13, samedi 14 et mercredi 18 avril.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les jeudi 19, vendredi 20, samedi 21, mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27 et samedi 28 avril.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de doctorat et de 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mercredi 18 avril.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux.

MM. les étudiants, internes ou externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 2e trimestre 1893-94. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

LYON

Année scolaire 1893-1894.

863. Bouffaudeau (Hippolyte). De l'hystéropexie par le procédé du professeur Laroyenne. — 864. Fleury (Emmanuel). Des cas où l'abaissement thermique après le badigeonnage de gaïacol n'est pas constaté. — 865. Roux (Paul). Étude sur le ptérygion ; pathogénie et traitement. 866. Denommé (Paul). Des impulsions morbides à la déambulation au point de vue médico-légal.

867. Rispal (Joseph). Contribution à l'étude des troubles gastriques dans la phthisie pulmonaire. — 868. Vidal (Albert) Des troubles ponctués sur la face postérieure de la cornée.

869. Montalti (Paul). De l'estomac des tuberculeux; exploration gastrique. — 870. Védrine (Alexis). Quelques considérations à propos de badigeonnages de gaïacol. — 871. Mathieu (Gaston). Quelques considérations sur les températures permanentes. — 872. Leymarie (Louis-Joseph. Critique des procédés de thoraco-plastie dans la pleurésie purulente. De la désternalisation costale. — 873. Jenny (Lucien). De l'atrophie des goîtres laissés en place après diverses opérations pratiquées sur le corps thyroïde. — 874. Mialaret (Gaston). De l'ostéomyélite larvée. Des ostéalgies ostéo-myélitiques.

875. Faure (Léonce). Des kystes congénitaux du plancher buccal. — 876. Colomb (Pierre). La fonction glycogénique du foie dans ses rapports avec les expertises médico-légales. — 877. Bayle (Lucien). Sur le traitement de la kérato-conjonctivite phlycténulaire. — 878. Rey (Pierre). Des hernies ombilicales congénitales de l'adolescent et de l'adulte. — 879. Quilly (Jules). Traitement de la blennorrhagie chez l'homme par les lavages sans sonde au gallobromol. — 880. Calba (Henri). Troubles nerveux et sensitifs chez les tuberculeux pulmonaires.

881. Haury (Gaston). Contribution à l'étude des neuro-cérébrites toxiques. Psychoses polynévritiques. — 882. Viguier (Prosper). Essai de diagnostic clinique de la localisation de l'artério-sclérose sur le cœur et le rein. — 883. Lesterlin (Georges). Le favus à l'Antiquaille et dans la région lyonnaise. — 884. Gorso (Jean-Jules). Sur une forme spéciale de leucocythémie splénique. — 885. Legros (Auguste). Etude sur la pathogénie des morts subites au point de vue médico-légal.

886. Guichemerre (Paul). Des brûlures au point de vue médico-légal et de la mort dans les brûlures étendues. — 887. Breuil (Gabriel). De la réparation des cavités osseuses post-opératoires. — 888. Weydenmeyer (Auguste-Frédéric). Des ruptures du diaphragme au point de vue médico-légal. — 889. Tondeur (Henri). Contribution à l'étude des tumeurs de la glande lacrymale. — 890. Lemarchand (Ernest). Les procédés de trépanation du crâne et leur valeur. — 891. Zimmermann (Lucien). L'intoxication phéniquée et son expertise médico-légale.

892. Huber (Vincent). Contribution au traitement opératoire des fractures de l'extrémité inférieure de la jambe (type Pouteau-Dupuytren). Ostéotomie et suture malléolaires. — 893. Husson (Albert). De l'amputation dans la continuité du second métacarpien pour les lésions demandant la désarticulation de l'index. — 894. Bourlange (Jean). Des ruptures de l'urèthre dans les fractures du bassin. — 895. Lefebvre (Louis-Frédéric). Des calcanéites infectieuses.

VARIÉTÉS

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra à sa clinique, 52, rue Jacob, son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 3 avril, à 3 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure. Examen des malades et opérations à partir de 3 heures et demie.

On s'inscrit à la clinique les mêmes jours, de 3 heures à 5 heures.

Le banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 31 mars, à 7 heures, au restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, et sera présidé par M. le professeur Spillmann, de Nancy.

Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris. — L'assemblée générale de l'Association, aura lieu le samedi 31 mars, à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Congrès de Rome. — Le ministre de l'instruction publique vient d'arrêter ainsi qu'il suit la délégation qui représentera la France au congrès de Rome :

M. Bouchard.

M. M. Baudouin, secrétaire général du comité français du congrès;

M. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine;

MM. Charpentier, Chauveau, Cornil, Gariel, Pinard, Proust, membres de l'Académie de médecine;

Decori, avocat à Paris, membre de la Société de médecine légale.

M. Gellé, président de la Société d'otologie et de laryngologie de Paris.

MM. Richet et Gilbert, de la Faculté de médecine de Paris.

M. Vignes, secrétaire de la Société d'ophthalmologie de Paris.

Le congrès commencera le 29 mars.

Dans les Cas graves DE

CHLOROSE et d'ANÉMIE REBELLES

aux MOYENS THÉRAPEUTIQUES Ordinaires

LES PRÉPARATIONS

d'HEMOGLOBINE

SOLUBLE DE

V. DESCHIENS

ONT TOUJOURS DONNÉ LES RÉSULTATS LES PLUS SATISFAISANTS

ÉLIXIR
Préparation Nouvelle
Liqueur très agréable à prendre
1 petit Verre après chaque repas.

SIROP
Une cuillerée à soupe immédiatement avant ou après le repas, soit pur, soit dans 1/4 verre d'eau ordinaire ou gazeuse.

VIN
Un verre à madère immédiatement avant ou après chaque repas; un petit verre à liqueur pour les enfants.

DRAGÉES
dosées à 25 milligr. d'HÉMOGLOBINE
3 à 6 par jour au commencement des repas.

Dans toutes les Pharmacies

Gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris

ANÉMIE, CHLOROSE AMÉNORRHÉE DYSMÉNORRHÉE, SCROFULES, ETC.

Pilules

à l'Iodure ferreux inaltérable

DE

BLANCARD

Solution et Comprimés

BLANCARD

à l'Exalgine

NÉVRALGIES MUSCULAIRES, DENTAIRES, CARDIALGIES, RHUMATISMES, etc., etc.

Le plus actif, le plus inoffensif et le plus puissant médicament

CONTRE LA DOULEUR

VENTE EN GROS : **BLANCARD & Cie**, 40, Rue Bonaparte, PARIS.

COALTAR SAPONINÉ LEBEUF ANTISEPTIQUE

nullement irritant antidiphthérique, cicatrisant les plaies, admis dans les *Hôpitaux de Paris* et les *hôpitaux de la Marine militaire*. — Dans toutes les PHARMACIES

Le SACCHAROLÉ de QUINQUINA CHARLARD-VIGIER

Renferme les principes toniques et tous les alcaloïdes de l'écorce et remplace avantageusement les autres préparations de ce médicament. — **VIGIER**, Pharmacien, **12, Boul^d Bonne-Nouvelle, PARIS.**

PAPAÏNE

TROUETTE-PERRET

(Le plus puissant digestif connu)

Un verre à liqueur d'ELIXIR, SIROP ou VIN de *Papaïne de Trouette-Perret* après chaque repas.

TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

GOUTTES LIVONIENNES

de **TROUETTE-PERRET**

(Créosote, Goudron et Tolu)

Le Remède le plus puissant contre les **Affections des voies respiratoires.**

Quatre capsules par jour aux repas.

TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

SAVONS MÉDICINAUX de A° MOLLARD

JOUBERT, *Pharmacien de 1re Classe, Successeur*
PARIS, 8, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la douz.

SAVON *Phéniqué*...	à 5 % de A° MOLLARD	12f
SAVON *Boraté*.....	à 10 % de A° MOLLARD	12f
SAVON au *Thymol*..	à 5 % de A° MOLLARD	12f
SAVON à l'*Ichthyol*.	à 10 % de A° MOLLARD	24f
SAVON *Boriqué*....	à 5 % de A° MOLLARD	12f
SAVON au *Salol*.....	à 5 % de A° MOLLARD	12f
SAVON au *Sublimé*	à 1 % ou 10 % de A° MOLLARD	18f ou 24f
SAVON *Iodé* (KI — 10 %)..	de A° MOLLARD	24f
SAVON *Sulfureux* hygiénique	de A° MOLLARD	12f ou 24f
SAVON au *Goudron* de Norwège	de A° MOLLARD	12f
SAVON *Glycérine*......	de A° MOLLARD	12f

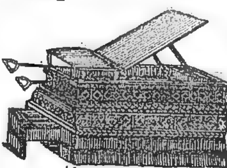
ILS SE VENDENT EN BOÎTE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC **35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.**

Canapé-Lit Leroux

RENÉ MARGRY, 80, Rue Montmartre

PARIS

BANQUETTE à TRANSFORMATIONS Brevetée



Ce Meuble fait **Canapé**, se transforme en **Chaise-longue** pour opération et se met en deuxième transformation pour **spéculum**.

Dernière Création.

PLATE-FORME à SPÉCULUM pour CLINIQUE

Meubles de Cabinets, Salons, etc.

CATALOGUE ET DEVIS FRANCO

Conditions spéciales pour MM. les Médecins.

SIROP de DIGITALE de LABELONYE

Sédatif du Cœur par excellence

Une cuillerée à bouche de ce Sirop renferme les principes actifs de **dix** centig. de **Digitale**.

DRAGÉES au Lactate de Fer de GÉLIS & CONTÉ

Approuvées par l'Académie de Médecine

Le FER le PLUS ASSIMILABLE

Dose : Cinq centigrammes par Dragée.

ERGOTINE et Dragées d'ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris

HEMOSTATIQUE LE PLUS PUISSANT

soit en Potion soit en Injections hypodermiques

Quinze centigram. par dragée. — Accouchement Hémorrhagies de toute nature.

LABELONYE & Cie, 99, rue d'Aboukir, **PARIS**

CHATEL-GUYON

SOURCE GUBLER

Constipation — Dyspepsie — Obésité
Engorgements du Foie
Affections des Reins et de la Vessie
Gastro-Entérite — Congestions

Notices et Renseignements : **5, rue Drouot, Paris**

CLINIQUE MÉDICALE

De l'utilité des enveloppements humides permanents du thorax contre l'élément fluxionnaire dans les maladies des voies respiratoires, communication à la Société médicale des hopitaux, par M. Le Gendre, médecin du Bureau central.

Le procédé thérapeutique dont je désire vous entretenir n'est pas nouveau, il est depuis bien longtemps usité à l'étranger d'une manière courante, en Allemagne notamment. Sous le nom d'enveloppements hydropathiques du thorax, il est décrit très minutieusement dans les traités de médecine infantile de Hénoch, de Picot et Despine, de Baginsky, à propos du traitement de la broncho-pneumonie, mais je ne le vois guère employer chez nous, sinon d'une façon accidentelle; je pense qu'il serait désirable, au contraire, que l'emploi en fût généralisé, et c'est afin d'attirer l'attention de nos confrères sur ce moyen simple, pratique, inoffensif, toujours et souvent d'une remarquable efficacité dans les maladies des voies respiratoires, que je me propose d'en préciser les indications.

L'enveloppement humide permanent du thorax s'exécute de la façon suivante : on prend une pièce de gaze pliée en huit doubles, d'une hauteur suffisante pour aller de l'ombilic jusqu'au sommet du thorax, assez longue pour entourer complètement celui-ci au moins une fois; on taille un morceau de taffetas gommé de la même dimension. La compresse de gaze est trempée dans l'eau froide à la température de la chambre; on peut additionner l'eau d'une certaine quantité d'alcool, ou l'employer à une température inférieure en y ajoutant plus ou moins de glace, mais cette eau glacée n'est utile que dans des circonstances particulières où on veut provoquer une réaction très énergique. Quand on veut pratiquer l'enveloppement, on déshabille rapidement le sujet ou on relève simplement la chemise en lui tenant les bras élevés. On prend la compresse imbibée d'eau, on l'exprime assez pour qu'elle reste simplement humide et on l'applique autour du thorax, de manière que le bord supérieur affleure le creux axillaire, tandis que le bord inférieur passe en arrière au niveau de la région lombaire et en avant au niveau de l'ombilic; on l'applique assez exactement pour éviter qu'il ne se forme des plis et par dessus on enroule non moins exactement la toile imperméable. Le sujet est ensuite recouché. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, les malades, et particulièrement les enfants, protestent à peine contre cet enveloppement froid; au premier moment, quelques-uns poussent un petit cri de saisissement, mais très rapidement la sensation réfrigérante pénible disparaît. Je passe à l'exposé des indications qui me paraissent justifier l'emploi de ce procédé dans les maladies aiguës ou dans les épisodes aigus des maladies chroniques des voies respiratoires.

Je ne dirai qu'un mot des voies respiratoires supérieures : dans certaines amygdalites aiguës, dans certaines pharyngites et laryngites aiguës à début brusque avec sensations pénibles de gonflement de l'isthme du gosier et du cou qui coexistent avec la rougeur vive et la sécheresse de la muqueuse, en un mot quand il y a prédominance de l'élément fluxionnaire à invasion brusque, les compresses imbibées d'eau froide recouvertes d'une toile imperméable procurent rapidement, à la condition qu'on ait le soin de les renouveler fréquemment et de les laisser appliquées d'une façon continuelle, un soulagement de la douleur par diminution de l'afflux sanguin, du côté de la muqueuse; dans les congestions aiguës du larynx, la sensation si pénible de chatouillement, de besoin de tousser, diminuent souvent très vite. Ce moyen est bien connu, traditionnellement employé dans certaines familles, même sans avis médical; mais les médecins n'y songent pas souvent ou ils le dédaignent. J'ajouterai que ce procédé m'a paru aussi souvent efficace pour faire cesser le spasme glottique de la laryngite striduleuse que l'éponge imbibée d'eau très chaude et généralement usitée.

Mais c'est dans les maladies des bronches et du poumon que l'enveloppement froid permanent m'a paru surtout rendre de grands services. Bronchites aiguës, accompagnées de congestion pulmonaire, congestions pulmonaires actives du début des fièvres éruptives, broncho-pneumonies, accès d'asthme accompagnés de congestion, et même poussées congestives au cours d'une tuberculose chronique du poumon, sont autant d'états pathologiques dans lesquels j'ai employé avec succès ce procédé thérapeutique, j'entends avec succès au point de vue de la disparition ou de l'atténuation du mouvement fluxionnaire.

En effet, une expérience déjà assez ancienne et en particulier une pratique systématique de ce moyen depuis six mois dans le service de M. Legroux que j'ai eu l'honneur de suppléer à l'hôpital Trousseau m'autorise, je crois, à considérer qu'il s'adresse exclusivement, mais victorieusement, à l'hyperhémie active et brusque du parenchyme pulmonaire, à la fluxion sanguine plutôt qu'à l'hyperhémie passive, graduellement amenée par la stase veineuse.

Quand on réfléchit au nombre si grand de circonstances dans lesquelles l'élément fluxionnaire constitue par sa brusquerie et son intensité le danger principal ou la cause d'aggravation la plus certaine, on s'explique les succès que peut donner un moyen qui permet presque à coup sûr d'enrayer promptement, de supprimer bientôt quelquefois, en tout cas d'atténuer la fluxion. Qu'il me soit permis d'esquisser rapidement l'aspect clinique des principaux cas de la pratique infantile où le rôle de l'hyperhémie fluxionnaire du poumon apparaît avec évidence et les modifications que subit cet aspect sous l'influence des enveloppements humides. Chez un enfant, au cours d'une bronchite banale, qui n'avait jusqu'alors qu'à peine gêné la respiration et n'avait pas provoqué de fièvre, on voit souvent en quelques heures apparaître un afflux congestif du poumon sous l'influence d'une stimulation provoquée sur les centres vaso-moteurs, soit par une impression de froid sur la peau, soit par l'introduction d'un air plus irritant dans les bronches, soit par les toxines résorbées au niveau de la muqueuse bronchique enflammée : la fièvre s'allume; la respiration s'accélère, les mouvements devenant d'autant moins amples qu'ils sont plus fréquents; en même temps se montrent la rougeur du visage, l'éclat inaccoutumé des yeux, l'agitation, l'insomnie; la toux devient sèche, incessante. L'examen stéthoscopique montre que les signes de la congestion pulmonaire se sont ajoutés à ceux de la bronchite. Si à ce moment on pratique l'enveloppement du thorax dans les compresses froides, renouvelées de quart d'heure en quart d'heure ou de demi-heure en demi-heure, on ne tarde pas à voir le tableau clinique se transformer comme par enchantement. Au bout de quelques minutes le rhythme respiratoire est déjà modifié, les mouvements du thorax se ralentissent et deviennent plus amples, on peut les voir diminuer de moitié en peu de temps; l'agitation se calme, l'enfant, qui ne voulait pas rester dans son lit autrement qu'assis, se recouche et souvent s'endort, et tel est le soulagement qu'il éprouve que s'il avait protesté contre les premières applications de compresses, il les accepte alors avec plaisir ou les réclame. Bientôt

la toux devient moins fréquente et plus grasse; en quelques heures la congestion s'est dissipée et la bronchite seule suit son cours. On pourra nous dire que bien souvent dans une circonstance semblable l'administration d'un vomitif est suivie d'une modification analogue; cela est vrai; aussi n'avons-nous pas la prétention de dire que les compresses froides détrônent l'ipéca dans les cas ordinaires; toutefois on peut n'avoir pas d'ipéca sous la main. Au cours d'une bronchite plusieurs bouffées congestives de ce genre peuvent se succéder à court intervalle; si on donne chaque fois l'ipéca, l'enfant s'en trouve déprimé, s'alimente mal par persistance de l'état nauséeux ou risque de s'affaiblir par la diarrhée qui souvent suit le vomissement après l'ipéca. Aucun de ces inconvénients n'est à craindre avec la compresse humide. Mais l'affection où l'enveloppement humide devient une ressource d'une valeur supérieure est la broncho-pneumonie, au cours de laquelle tous les médecins d'enfants s'accordent à considérer l'administration réitérée des vomitifs comme rarement utile et souvent très nuisible. Chacun sait quel rôle considérable l'élément fluxionnaire joue dans l'aggravation du processus broncho-pneumonique.

Autour d'un petit noyau de pneumonie lobulaire, se fait parfois en peu d'heures une zone congestive très étendue et subitement l'hématose est entravée sur une assez grande étendue pour provoquer une dyspnée intense; la température s'élève brusquement, et tout le cortège nerveux de l'hyperthermie apparaît. C'est contre ces poussées congestives que les praticiens emploient d'une façon courante dans notre pays presque tous, et avec la consécration de la plupart de leurs maîtres, les cataplasmes sinapisés, les ventouses sèches, le vésicatoire; en un mot, la révulsion sous ses diverses formes. Des deux premiers moyens de révulsion, je ne dirai rien, si ce n'est qu'ils ne sont actifs qu'à la condition d'être fréquemment réitérés et qu'ils sont alors pour les enfants, et par suite pour les parents, une cause d'agacement, même de douleur. Quant aux vésicatoires, sans vouloir aborder ici la question si délicate et toujours controversée de leur utilité et de leur mode d'action, nous pouvons bien dire que, même très petits, même très soigneusement pansés, ils sont une gêne ou une douleur pour l'enfant; ils compliquent la percussion et l'auscultation, ils agissent en somme assez lentement, et leurs inconvénients sont souvent plus durables que l'ennemi qu'ils ont combattu; car on peut voir une poussée fluxionnaire apparaître loin du point primitivement fluxionné, alors que le vésicatoire n'est pas encore sec au niveau de ce point.

Je sais bien que, confiants dans leur thérapeutique, les partisans du vésicatoire résistent rarement en pareil cas au désir d'en appliquer un nouveau, si bien que nous voyons quotidiennement arriver, dans nos hôpitaux d'enfants, de pauvres petits êtres soignés depuis peu de jours encore, pour une broncho-pneumonie à foyers successifs, et déjà couverts de tant de vésicatoires juxtaposés ou superposés, plutôt mal que bien pansés, qu'on ne sait littéralement plus comment les manier pour les déshabiller et les ausculter sans leur arracher des cris de souffrance.

En présence de ces inconvénients, résultant de l'abus, je me suis souvent demandé s'il ne valait pas mieux proscrire l'usage du vésicatoire dans les formes d'inflammation broncho-pulmonaire erratique, et encouragé par les excellents résultats que m'avaient donnés antérieurement les enveloppements humides dans les cas de ce genre, je n'ai plus mis un seul vésicatoire depuis plus de six mois dans les nombreuses broncho-pneumonies et congestions pulmonaires que j'ai soignées, qu'elles fussent consécutives à un catarrhe bronchique banal ou accompagnant une infection spécifique comme la grippe, la rougeole, la coqueluche, la diphthérie, la fièvre typhoïde, etc., etc. Je puis dire que les résultats ont été de beaucoup supérieurs à ceux que j'avais obtenus antérieurement dans les cas analogues, lorsque je suivais les errements classiques. Mais je tiens à bien préciser que l'enveloppement humide ne combat qu'un des éléments du processus broncho-pneumonique, la congestion active à marche rapide, et que les symptômes qui sont seuls et vite amendés sont en premier lieu la dyspnée, en second lieu et à un moindre degré l'hyperthermie avec leur cortège nerveux. Ce moyen ne dispense donc pas des autres ressources thérapeutiques telles que: l'alcool, les toniques du cœur, les antiseptiques des voies respiratoires et les bains froids, tièdes ou refroidis progressivement sur lesquels je n'ai pas à m'étendre aujourd'hui, mais que je considère, je le dis en passant, comme bien préférables aux anti-thermiques médicamenteux pour abaisser la température excessive et pour combattre les désordres anatomiques et fonctionnels que celle-ci engendre.

J'ai employé l'enveloppement humide chez des enfants de tout âge; l'effet m'en a semblé plus particulièrement remarquable chez les plus jeunes enfants. Je puis citer, entre autres, un cas de congestion pulmonaire chez un enfant de 2 mois atteint de coqueluche, un cas de broncho-pneumonie à rechutes consécutive à une scarlatine, où plusieurs poussées congestives furent enrayées par l'enveloppement froid du thorax avec un plein succès. Or, c'est justement chez les plus jeunes que la vésication réitérée est pleine de dangers par les portes qu'elle ouvre aux infections secondaires et l'influence qu'elle peut exercer sur la fonction rénale.

J'ai employé avec moins de succès sans doute, mais avec certains avantages encore, ce procédé dans les affections chroniques des voies respiratoires : tuberculose, bronchite chronique, asthme et emphysème, lorsqu'une fluxion intense et rapide vient en accidenter le cours.

En terminant, je soulèverai la question toujours discutable du mode d'action de ce procédé hydrothérapique. Il est probablement complexe; une part de son efficacité revient probablement à la soustraction physique de calorique et, d'ailleurs, la température centrale s'abaisse souvent assez vite sous l'influence des enveloppements froids fréquemment renouvelés; une part revient aussi à la stimulation qu'ils exercent sur l'activité nerveuse en général, puisque les enfants qui s'engourdissaient peu à peu dans le demi-coma de l'asphyxie ne tardent pas à sortir de la torpeur, à boire et même à jouer; mais au point de vue de la modification imprimée au processus pulmonaire, la part principale revient peut-être à l'action révulsive, rubéfiante, exercée sur la peau du thorax. Après quelques applications de la compresse humide recouverte de l'enveloppe imperméable, toute la surface thoracique est d'une rougeur intense, uniforme, plus chaude au toucher que les autres parties du corps, et au bout de plusieurs heures d'application, souvent on voit un vrai semis de petites papules d'un rouge plus foncé encore se détacher sur la peau rubéfiée.

Cet érythème papuleux est très comparable à celui que provoquent tant de révulsifs chimiques sur lesquels il a cet avantage de ne pouvoir désorganiser profondément l'épiderme. Il ne produit qu'une petite desquamation épidermique, même quand on prolonge l'emploi plusieurs jours de suite. En effet, il ne faut pas craindre de s'en servir aussi longtemps qu'il est nécessaire et d'y revenir à chaque nouvel assaut congestif. Le succès final est à ce prix.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations périutérines, par MM. Henri Hartmann et V. Morax.

Si la question des opérations à opposer aux diverses lésions inflammatoires des annexes a tenu dans ces dernières années et tient encore aujourd'hui une place importante dans les discussions de nos sociétés savantes, il n'en est pas de même de la nature et la pathogénie de ces inflammations. Ayant depuis un an poursuivi des recherches sur ce point dans le service de notre maître le professeur Terrier, nous vous demandons la permission de vous en exposer les résultats.

Dans tous les cas de salpingites catarrhales ou parenchymateuses et d'hydrosalpingites que nous avons examinés, tant au point de vue microscopique qu'en recourant à la méthode des cultures, nous n'avons pas trouvé de micro-organismes. Dans trois cas de grossesse tubaire avec hémosalpinx et même dans 2 hématocèles rétro-utérines avec fièvre (38°4 dans un cas; 38°2 et 38°8 dans l'autre), l'ensemencement d'une grande quantité de sang n'a donné lieu à aucune culture.

Deux cas de suppuration du tissu cellulaire des ligaments larges, avec propagation dans un psoas, nous ont montré la présence du streptocoque à l'état pur par la double méthode de l'examen sur lamelles et des cultures.

33 fois nos recherches ont porté sur des collections suppurées formées aux dépens des annexes;

13 fois le pus était stérile;

13 fois il contenait des gonocoques, 12 fois à l'état pur, une fois associé à du bactérium coli. Dans ce dernier cas le rectum était induré, cartonné; la collection semblait sur le point de s'y ouvrir; aussi pensons-nous qu'il s'est agi là d'une infection secondaire d'une salpingite blennorrhagique par du coli venu à travers la paroi de l'intestin.

4 fois le pus contenait des streptocoques, une fois à l'état pur, une fois associé à du bacterium coli et à un petit bacille que nous n'avons pas déterminé, une fois associé au bacterium coli, au même petit bacille et à un bacille en chaînettes;

2 fois il s'est agi de collection à pneumocoques, 1 fois d'une collection à bacterium coli.

Les cas à pus stérile se rapportaient l'un à une ovarite que l'examen histologique a démontrée être tuberculeuse, les autres à des lésions anciennes, le plus souvent gonorrhéiques selon toute probabilité. Il nous est cependant impossible d'affirmer d'une manière absolue l'ancienneté de toutes ces suppurations stériles, deux des treize malades qui les portaient ayant présenté 6 semaines et 2 mois auparavant une poussée inflammatoire manifeste.

Par contre, les salpingites contenant des gonocoques se sont toutes présentées chez des femmes ayant eu des poussées pelvi-péritonitiques récentes remontant à un temps qui variait de 3 semaines à 3 ou 4 mois au maximum, le plus souvent à 4 ou 5 semaines. L'interrogatoire des malades nous a même appris que les poussées salpingiennes avaient suivi d'assez près l'apparition d'un écoulement jaune verdâtre à la vulve, en un mot qu'il s'agissait d'une inoculation blennorrhagique récente. L'influence des grossesses antérieures sur le développement de la salpingite blennorrhagique nous a de plus paru manifeste. 2 fois sur 13 seulement il s'agissait de nullipares. Dans 3 des 11 autres cas, l'infection salpingienne blennorrhagique a même paru succéder au premier coït qui a suivi l'accouchement, soit que les conditions de réceptivité morbide de la cavité utérine et des trompes aient été augmentées par le fait de l'accouchement, soit plus simplement qu'on ait eu affaire à des inoculations résultant de ce que le mari, contraint pendant les derniers temps de la grossesse à l'abstinence conjugale, ait été chercher en dehors du ménage des germes infectieux. Un point reste acquis, c'est que le fait d'une grossesse antérieure favorise le développement de la salpingite blennorrhagique qui nous a paru relativement plus rare chez les nullipares, sujettes principalement à l'endométrite cervicale.

Les renseignements recueillis nous montrent que les salpingites à streptocoques ont une histoire différente, qu'elles succèdent presque immédiatement à des lésions, en quelque sorte traumatiques, du corps de l'utérus, un avortement, la dilatation d'un utérus fibromateux, etc.

Quant aux salpingites à pneumocoques ou à bacterium coli, l'étude des antécédents des malades ne nous permet de rien indiquer de spécial dans leur étiologie; leur nombre est du reste trop restreint pour nous permettre d'énoncer la moindre hypothèse.

Un deuxième point que nous avons recherché dans nos observations est celui de savoir s'il existe un rapport entre la marche de la température et la variété de salpingite observée. Nous devons dire qu'à cet égard les faits que nous avons recueillis ne nous permettent de tirer aucune conclusion, ni au point de vue de la nature de l'agent infectieux, ni même, le plus souvent, à celui de la suppuration ou de la non-suppuration de la lésion. Dans deux cas de foyers suppurés, la température avait oscillé au début de la poussée entre 39° et 40° pour redescendre à la normale au moment de l'intervention. Dans un foyer à pneumocoques, elle était de 39°1 avant l'opération; dans deux cas de salpingite à gonocoques elle variait entre 38° et 39°: dans un troisième cas où le gonocoque était associé au bacterium coli, elle était de 38°; de même dans une des salpingites à streptocoques et dans une salpingite à pus stérile. Dans la plupart des autres cas elle était normale au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Par contre, nous avons quelquefois observé de petites ascensions à 37°8, 38° chez des malades ayant des salpingites non suppurées. De plus, si dans trois grossesses tubaires nous n'avons pas noté d'élévation de température, il y avait, en l'absence de tout micro-organisme décelable par nos moyens actuels d'investigation, une élévation de la température à 38°5, 38°4, 38°8 chez trois malades atteints d'hématocèles enkystées.

Les résultats au point de vue de la recherche d'un rapport entre l'état de la température et la nature de la lésion en présence de laquelle on se trouve sont donc négatifs, conformes en cela à ceux communiqués par Schauta au dernier congrès de gynécologie allemande.

Une autre question que l'on peut se poser est celle de savoir si la nature de l'agent infectieux a une grande importance au point de vue des suites de l'opération et si la ligne de conduite doit varier suivant que l'on se trouve en présence de tel ou tel de ces agents. C'est là un point qui paraît avoir beaucoup préoccupé quelques gynécologistes allemands. Schauta et Wertheim, en présence des résultats douteux fournis par l'anamnèse et par l'étude de la température, conseillent de toujours pratiquer l'examen rapide d'une préparation faite des lamelles au cours de l'opération. On ne ferait, dit Wertheim, que très rarement des erreurs même avec ces simples examens extemporanés. Si le pus recueilli par ponction de la poche est stérile, ou s'il ne contient que des gonocoques, on fera, dit Schauta, une extirpation complète de la poche; s'il contient des micro-organismes autres que le gonocoque, on ne fera pas d'opération radicale, on suturera la poche à la paroi, on tamponnera le plaie à la gaze iodoformée et, cinq jours plus tard, quand on sera sûr du développement d'adhérences, on incisera la poche que l'on drainera. Ce sont là, croyons-nous, des pratiques subtiles qui n'ont rien de chirurgical et nous ne voyons guère un chirurgien attendant pour continuer son opération, après avoir ouvert le ventre de sa malade, que l'on revienne du laboratoire lui dire la nature du pus. C'est là une chirurgie par trop microscopique et ces déterminations opératoires ultra-scientifiques, suivies par quelques chirurgiens allemands, ne nous semblent pas destinées à un grand avenir. Elle n'ont, du reste, pas donné des résultats bien merveilleux. Sur 216 cas de lésions inflammatoires, le professeur Schauta a 13 morts, soit 6 0/0, et si l'on n'envisage que les salpingites contenant des agents infectieux, on voit que 33 pyosalpinx à gonocoques ont donné 3 morts et que 15 pyosalpinx relevant d'une autre infection ont donné 3 autres morts.

Certes la contamination du péritoine par un pus virulent (streptocoques, pneumocoques, etc.) est chose grave; aussi faut-il *dans tous les cas* se prémunir contre elle. Nous croyons qu'il est pour cela inutile de procéder timidement contre les gynécologistes allemands dont nous venons de rappeler l'opi-

nion. Avec un emploi judicieux du plan incliné et des compresses stérilisées chez une malade bien anesthésiée, on peut, par la voie abdominale, procéder à une ablation complète des annexes, tout en opérant, serions-nous tenté de le dire, *en foyer limité*, ce qui est le gros point en chirurgie abdominale dès que l'on craint une infection. La pratique de notre maître le professeur Terrier et la nôtre le prouvent d'une manière péremptoire. Sur 70 cœliotomies, pratiquées depuis le 1er janvier 1893, à l'hôpital Bichat, pour lésions inflammatoires des annexes (dont 37 étaient suppurées), il n'y a eu qu'une mort. Ces résultats se passent de commentaires.

Le seul point thérapeutique, où l'examen du pus aurait peut-être quelque utilité, est celui de la conduite à tenir vis-à-vis du drain que notre maitre M. Terrier et nous employons assez volontiers (20 fois sur 37 cas suppurés).

Lorsque, en effet, après ablation d'une salpingite à pus stérile ou contenant des gonocoques, on examine le liquide du drain, on constate que pendant les 48 premières heures il reste stérile, puis que, vers le troisième ou le quatrième jour, il est secondairement infecté par des microbes variés, spécialement par le staphylococcus epidermitis. Au contraire, dans les salpingites à streptocoques, nous avons constaté la présence de cet agent infectieux dans le drain, 7 et 8 jours après l'opération. Il y aurait donc intérêt à retirer le drain le plus rapidement possible, dans les salpingites à pus stérile ou dans les salpingites à gonocoques, dès que le suintement sanguin a diminué, au bout des 36 ou 48 premières heures, et à le laisser plus longtemps dans les salpingites contenant des microbes, qui se développent plus facilement dans le péritoine, le streptocoque par exemple. C'est la seule conclusion thérapeutique que nous croyions que l'on puisse tirer des examens bactériologiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mars 1894.

Présidence de M. Rochard.

Election.

M. Nicaise est élu membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, par 57 voix sur 68 votants, contre 7 à M. Lucas-Championnière, 3 à M. Terrillon et 1 à M. Delens.

Traitement du pneumothorax.

M. Fernet pense qu'il faut, dans le traitement du pneumothorax, tenir compte avant tout des complications septiques qui peuvent survenir du côté de la plèvre, complications qui sont la règle dans le pneumothorax des tuberculeux et qui en font la gravité toute spéciale. Pour le pneumothorax simple, il faut s'en tenir aux moyens simples, pour calmer la douleur et la dyspnée. Mais quand il y a infection, il faut désinfecter la plèvre, et les moyens doivent être d'une énergie proportionnée à celle de l'infection. Dans les cas légers, on peut s'en tenir aux injections intra-pleurales antiseptiques conseillées par Renaut (de Lyon), par Moizard, faites avec de la liqueur de Van Swieten (Renaut) ou avec la teinture d'iode diluée (Moizard, Fernet). Pour les cas plus graves, on aura recours au lavage, avec ponction au trocart pour évacuer le liquide épanché dans la plèvre; pour les lavages, M. Fernet conseille le naphtol en solution saturée.

Dans les cas graves d'emblée, ou lorsque les moyens précédents ont échoué, on n'hésitera pas à pratiquer la pleurotomie, sauf si on sait à l'avance que le poumon est atteint de lésions incompatibles avec l'existence. Cette opération évidemment est moins favorable qu'en cas de pleurésie purulente, elle laissera en général une fistule; mais elle aura sauvé la vie du malade.

Chirurgie du foie.

M. Verneuil désire rectifier une phrase où M. Dujardin-Beaumetz semble lui attribuer l'opinion que toute opération chirurgicale est contre-indiquée chez les sujets atteints de lésion hépatique. Il n'a jamais émis cette opinion, mais a seulement dit que chez ces sujets le pronostic opératoire était aggravé, comme par diverses autres propathies : ce qui n'est nullement une contre-indication aux opérations d'urgence.

Pneumo-bacille de la broncho-pneumonie et de la pleurésie hémorrhagique.

M. Berlioz (Grenoble) a étudié un microbe spécial qu'il a trouvé chez un sujet mort de broncho-pneumonie double avec pleurésie hémorrhagique. Ce bacille se présente sous forme d'un bâtonnet de 4 à 5 μ de longueur sur 1 μ de largeur. Il cultive bien sur l'agar et produit de nombreux spores. Inoculé à des lapins, il a toujours produit la broncho-pneumonie et la pleurésie hémorrhagique.

Eaux de Seltz et eaux minérales.

M. Moissan. — L'acide carbonique détruisant les microbes, je n'ai pu en trouver dans les eaux de Seltz, tandis qu'il n'est pas une eau minérale, parmi celles que j'ai examinées, qui n'en renferme une quantité considérable et parfois même du *bacterium coli*. Il me paraît facile de prendre des mesures pour faire cesser cet état de choses, car il tient surtout au défaut de propreté dans le captage et l'embouteillage de ces eaux.

J'ai de même rencontré dans celles-ci du zinc, du plomb et de l'étain dont aucune analyse chimique n'a fait mention jusqu'à ce jour et dont la présence paraît tenir au mode d'embouteillage.

D'autre part, les eaux minérales sont vendues par des épiciers, des crémiers, et autres commerçants qui ne sont pas à même de connaître l'importance de la pureté de ces eaux et ne peuvent être surveillés avec assez de soin; on en a vu même vendre au verre et au demi-verre des eaux essentiellement thérapeutiques.

M Riche. — Les territoires de certaines eaux, comme Vichy, Saint-Galmier, sont de véritables réservoirs où toutes les eaux se mélangent et où les causes d'infiltration de toute nature sont tellement nombreuses que le captage régulier des eaux est devenu presque impossible.

M. Cornil. — Depuis longtemps, on sait que les eaux minérales renferment de nombreuses bactéries. M. Pouchet, envoyé à Vichy, n'a trouvé aucun microbe aux griffons des sources et il a constaté que ceux-ci augmentaient à mesure que l'on se rapprochait du lieu d'embouteillage.

M. A. Robin. — La commission des eaux minérales a déjà appelé sur ces faits l'attention de l'Académie; elle ne saurait être rendue responsable des autorisations qu'elle fait délivrer, car, malgré ses réclamations réitérées, elle manque du personnel et du matériel nécessaires pour faire l'examen bactériologique des eaux minérales.

Cette question est renvoyée à l'examen de cette commission.

Epidémie de fièvre typhoïde.

M. Dujardin-Beaumetz. — Grâce aux renseignements administratifs et aux déclarations faites de plus en plus par les médecins, on peut maintenant déclarer que l'épidémie de fièvre typhoïde qui a commencé à Paris vers le milieu du mois dernier et qui diminue très sensiblement aujourd'hui, est en rapport avec les distributions des eaux des sources de la Vanne.

On sait qu'à Paris les eaux de sources distribuées proviennent de la Dhuys, de la Vanne et de l'Avre; elles se rendent dans des réservoirs distincts, et desservent, en hiver tout au moins, certains quartiers; or, c'est dans ceux-là que la fièvre typhoïde s'est presque exclusivement développée. L'immunité est remarquable pour les quartiers alimentés par la Dhuys et l'Avre.

D'autre part, le même jour qu'à Paris éclatait également à Sens, alimentée par une dérivation de l'aqueduc des eaux de la Vanne, une épidémie de fièvre typhoïde, alors que, depuis l'arrivée de ces eaux dans cette ville, la fièvre typhoïde y avait cessé.

Une enquête s'impose donc à Sens et à Paris; elle est déjà commencée par une délégation du comité permanent des épidémies.

M. Bucquoy. — Une dépêche que je viens de recevoir du Dr Lorne (de Sens) m'informe que M. le Dr Mathieu (de Villeneuve-l'Archevêque) signale une épidémie de fièvre typhoïde, dont 6 morts à Rigny-le-Ferrue il y a quelques mois sur le cours d'eau Tiremont traversant les drainages de l'usine Flacuy d'eau de Vanne.

M. Vallin. — Dans la garnison de Paris, le début de

l'épidémie a été brusque, imprévu; il rappelle plutôt la marche d'un empoisonnement aigu que l'allure lentement progressive d'une épidémie ordinaire. La fièvre typhoïde est restée exclusivement limitée à l'enceinte de Paris et à la garnison *intra muros*. Les casernes alimentées en eau de Vanne ont été seules atteintes ; celles alimentées en eau de la Dhuys, de la Marne et même de la Seine n'ont fourni aucun cas.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 16 *mars* 1894.

Cancer du poumon.

M. G. Bernard présente des pièces provenant d'un homme de 44 ans entré à l'hôpital avec un état général parfait. On constata une hypertrophie énorme du foie et un épanchement de la plèvre droite. Une première ponction donna issue à un liquide séreux transparent. Peu après, on fit une deuxième ponction : cette fois, le liquide était hématique. Bientôt survint une oppression progressive, des crises paroxystiques de dyspnée apparurent et le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva le lobe supérieur du poumon transformé en une masse néoplasique. Le médiastin était envahi et les pneumogastriques étaient englobés. Le reste du poumon présentait quelques noyaux disséminés. Il n'y avait rien ni au foie, ni au cœur. Un examen histologique sera fait ultérieurement.

M. Cornil a vu plusieurs cas de cancer primitif du poumon. Le début avait lieu en général par le sommet. Dans un fait publié avec M. Hérard, il s'agissait de sarcome et il y avait des cavernes.

Insertions du long péronier latéral.

M. Picou communique ses recherches relatives aux insertions inférieures du long péronier latéral, qu'il a étudiées sur trente pieds disséqués à ce point de vue.

L'expansion antérieure qui va au premier métatarsien a manqué quatre fois : cette expansion attire le premier métatarsien au-dessous du second. Le frein antérieur, allant du sésamoïde au cinquième métatarsien, n'a fait défaut que six fois. Il peut exister aussi un frein passant à la face dorsale et allant s'insérer à la base du deuxième métatarsien. M. Picou signale encore plusieurs dispositions dont il tire quelques conclusions d'ordre physiologique et opératoire.

Tumeur à myéloplaxes.

M. Pilliet présente, au nom de M. Mauclaire et au sien, une tumeur qui siégeait au niveau d'un doigt. Il s'agit d'une tumeur du genre des myélomes des gaines tendineuses de Heurtaux. Les caractères de ces tumeurs sont ici très nets. La masse s'implante sur la gaine, elle se mobilise avec elle, si bien qu'elle pourrait être prise pour un fibro-chondrome. Mais elle offre des points jaunâtres qui sont constitués par des myéloplaxes.

Anomalie d'un cartilage costal.

M. Le Fort montre un cartilage costal trouvé à l'autopsie d'un sujet. On voit que ce cartilage costal, qui continuait la quatrième côte gauche, est bifurqué. M. Le Fort n'a vu, dans ses recherches bibliographiques, qu'un cas pouvant être comparé à celui-ci, mais le cartilage était flottant, tandis qu'ici les deux cartilages aboutissent au sternum.

Péritonite blennorrhagique.

M. Chaput apporte des renseignements complémentaires au sujet d'une observation qu'il a communiquée antérieurement et qui avait trait à une femme opérée pour une péritonite blennorrhagique. A la suite de la laparotomie, une constipation opiniâtre s'établit, qui résista à tous les traitements. On fit même un anus contre nature, lequel ne donna lieu à aucune évacuation. Le diagnostic qui avait été fait ne peut être contesté. Les pièces ont été examinées au laboratoire de M. Cornil et l'on a trouvé la trompe enflammée, contenant du pus, lequel avait fusé dans le péritoine. L'intestin n'offrait pas d'autre altération qu'un très léger degré de psorentérie. Il ne pouvait donc s'agir ici de fièvre typhoïde. Il faut ajouter que l'amant de la malade était atteint de goutte militaire, et cette notion permet d'établir la filiation des accidents.

M. Cornil fait remarquer qu'il n'y avait, dans ce cas, ni hypertrophie des ganglions mésentériques, ni tuméfaction des plaques de Peyer et qu'aucune confusion ne pouvait être faite avec une lésion typhique.

M. Lejars rappelle un cas analogue de paralysie intestinale qu'il a observé. Une femme présentait tous les signes de l'obstruction intestinale : il fit une laparotomie, mais ne trouva aucune cause d'occlusion. Deux jours plus tard, les accidents persistaient encore, et la question se posait de la nécessité de faire un anus contre nature. Mais, l'état général n'étant pas encore très mauvais, on prit la résolution de différer. Le lendemain, une véritable débâcle se produisit qui fut suivie d'une guérison rapide et complète.

T. Legry.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 *mars* 1894.

De la trachéotomie chez l'adulte.

M. Gouguenheim fait une communication sur le manuel opératoire de la trachéotomie chez l'adulte ; il pratique cette opération en se contentant de l'anesthésie par la cocaïne, il incise couche par couche et il a apporté dans la technique habituelle une modification qui lui paraît présenter quelque intérêt et qui consiste, après l'incision des parties molles, à faire à la partie supérieure de la plaie avec la pointe du thermocautère une simple ponction de l'aponévrose dont la section est ensuite complétée sur une sonde cannelée engagée par l'orifice ainsi ouvert jusqu'à la partie inférieure de la plaie; il ne reste plus alors qu'à ouvrir la trachée au bistouri.

Traitement des plaies du cerveau par balles de revolver.

M. Tuffier apporte une contribution à l'étude du traitement des plaies pénétrantes du crâne par armes à feu de petit calibre, sous forme de quatre observations personnelles.

Dans un premier cas, chez un homme de 40 ans, qui s'était tiré la veille un coup de revolver dans la région temporale droite et qui présentait une hémiplégie gauche, M. Tuffier trépana et explora prudemment le trajet sans aucun résultat; le malade succomba 48 heures après cette intervention.

Un deuxième malade, opéré au quatrième jour, pour une plaie pénétrante de la région du temporal droit, par balle de revolver, ayant déterminé, au 3e jour, des accidents infectieux, a succombé trente heures après la trépanation, qui avait permis d'extraire le projectile et d'évacuer une certaine quantité de pus.

Dans les deux dernières observations de M. Tuffier, l'intervention a été suivie de succès. L'un de ces malades, qui s'était tiré deux balles de revolver dans la région temporale, fut pris d'accidents infectieux vers le troisième jour. M. Tuffier fit une trépanation, retrouva les deux projectiles qui étaient situés assez superficiellement, et le malade guérit parfaitement. L'autre malade fut opéré dans des conditions analogues, trois jours après s'être tiré un coup de revolver de 6 millimètres dans la région temporale, le projectile fut extrait à 6 centimètres de profondeur et la guérison fut obtenue.

M. Tuffier estime, comme M. Gérard-Marchant, qu'on doit trépaner, sauf contre-indication précise, dans tous les cas de plaies du crâne par arme à feu et explorer prudemment le trajet, sans pousser trop loin ses recherches. Il recommande surtout de ne pas employer, pour la trépanation, la gouge et le maillet.

Traitement des hernies gangrenées.

M. Chaput. — M. Martinet (Sainte-Foy-la-Grande) nous a communiqué deux observations très intéressantes de hernies gangrenées. Dans la première (hernie ombilicale), l'anse étranglée, très distendue, présentait sur son bord convexe une plaque de gangrène mesurant 9 centimètres de long et 2 centimètres de large. L'opérateur a enterré cette lésion au fond d'un pli fixé par une suture continue au catgut.

M. Piéchaud (Bordeaux) propose de donner à cette opération le nom de Martinet, mais il s'agit d'une manœuvre entrée depuis longtemps dans la pratique et qui a été décrite antérieurement par Daviers en 1869, par Bœckel en 1875, par Dayot en 1891. On la connaît, en Allemagne, sous le nom de méthode de Lindner (1891).

M. Chaput pense qu'il est préférable, en pareil cas,

d'employer la soie plutôt que le catgut, qui peut s'infecter au voisinage d'une gangrène. Il recommande également un double étage de sutures, pour être sûr qu'il n'y aura pas de désunion.

Dans la seconde observation, M. Martinet a été appelé le cinquième jour d'un étranglement (hernie crurale) qui avait déjà subi plusieurs tentatives de taxis. La hernie étant gangrenée, l'auteur fit la résection et la suture de Lembert. Il y eut pendant la convalescence des abcès métastatiques à distance qui guérirent complètement.

M. Chaput s'élève contre les tentatives réitérées de taxis; il rappelle qu'on ne fait plus le taxis après vingt-quatre heures, qu'on ne doit l'exécuter que sous le chloroforme et qu'il faut être prêt à opérer immédiatement en cas d'insuccès.

Une observation de Chaput tendrait à proscrire le taxis dans tous les cas. Il a observé à Cochin, chez M. Schwartz, un malade présentant une hernie très peu tendue; il la réduisit avec beaucoup de facilité. Le lendemain, la tumeur s'était reproduite sous le spica, et M. Rieffel, opérant, trouva une anse gangrenée et fit un anus contre nature. Il est probable qu'il s'est agi d'une hernie pro-péritonéale avec réduction apparente.

M. Chaput fait alors un parallèle entre l'anus contre nature et la suture intestinale.

L'opération de l'anus contre nature est simple, courte et facile : elle vide très facilement le bout supérieur.

Elle a l'inconvénient d'occasionner un phlegmon herniaire grave, résultant du passage des matières; ce phlegmon peut encore se propager au péritoine. La déperdition excessive des matières fait mourir d'épuisement un grand nombre de malades.

Dans plusieurs observations, l'anus contre nature a été suivi de gangrène, de perforation, de coudure du bout supérieur ayant amené la mort.

La mortalité de l'opération est considérable : elle s'élève à 88 0/0 (Lockwood), 80 0/0 (Franks), 76 0/0 (Mikulicz), et il ne semble pas possible de l'améliorer.

Enfin, l'anus artificiel constitue une infirmité dégoûtante qui réclame pour sa guérison des opérations graves et répétées.

La suture intestinale guérit les malades complètement et en quelques jours; elle n'expose ni au phlegmon herniaire, ni à l'épuisement; enfin elle donne une mortalité beaucoup moindre que l'anus contre nature. En réunissant les statistiques de Czerny, Riedel, Kocher, Hagedorn, Hahn, Poulsen et Mikulicz, on a un total de 64 cas avec 32 morts (50 0/0).

Il faut cependant faire quelques réserves. Ces résultats ne sont aussi brillants que parce que les opérateurs réservent, en général, leurs plus mauvais cas à l'anus contre nature.

La suture présente plusieurs inconvénients : elle expose à l'occlusion par rétrécissement ou par coudure; la mort est souvent le résultat de la perforation spontanée du bout supérieur, de l'insuffisance des sutures, de la gangrène secondaire de l'intestin.

Pour supprimer tous les inconvénients qu'on reproche à la suture, M. Chaput conseille de faire une longue incision empiétant sur l'abdomen qui permet de laver, de drainer le péritoine et de débrider de dehors en dedans, à ciel ouvert. La résection remontera suffisamment haut pour porter sur des tissus absolument sains. On évitera les inconvénients de la suture circulaire classique, en exécutant la suture circulaire avec fente de l'auteur, qui ne donne aucun rétrécissement.

L'anse suturée sera maintenue au dehors entre deux couches de gaze iodoformée. Le péritoine sera drainé et la plaie herniaire bourrée de gaze.

Si l'anse reste saine après quarante-huit heures, on la réduit et on suture l'abdomen; si elle se perfore ou se gangrène, cet accident n'a pas d'inconvénients pour le péritoine. En cas de désunion de la suture, il ne se produit qu'une fistule insignifiante, car la section de l'éperon se trouve réalisée par avance avec la fente préconisée par l'auteur.

La suture est contre-indiquée lorsqu'il existe du collapsus ou une péritonite grave, ou lorsque l'opérateur ne possède pas une habitude suffisante des sutures intestinales.

Dans les cas de gangrène n'atteignant pas toute la circonférence de l'anse et entourée de tissus sains, M. Chaput conseille une excision losangique emportant la plaque gangrenée, suivie de la suture des bords contigus du losange, afin de ne pas rétrécir l'intestin.

De la bactériologie des suppurations péri-utérines.

MM. Hartmann et **Morax**. — Voyez p. 135.

M. Monod lit une observation de M. Moty, se rapportant à un cas de plaie pénétrante du crâne par coup de feu.

M. Monod montre un enfant présentant une amputation congénitale du doigt, coïncidant avec d'autres malformations congénitales de la main opposée et des pieds.

M. Monod présente un second malade porteur d'un anévrysme cirsoïde de la main.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 mars 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Myxœdème et traitement thyroïdien.

M. Voisin présente à la Société une petite malade idiote myxœdémateuse à laquelle il a fait subir le traitement de la greffe thyroïdienne et l'ingestion de corps thyroïde.

Cette enfant avait progressé normalement jusqu'à l'âge de dix-huit mois; à ce moment, l'enfant grossit, mais ne grandit plus; elle cesse de parler et reste inmobile; à six ans, la malade recommence à marcher et à parler. Elle entra dans le service en avril 1893 et on constata alors tous les signes de l'idiotie myxœdémateuse. L'enfant est âgée de 9 ans et demi et présente 76 centimètres de taille; la face est bouffie, les yeux sont petits, enfoncés dans l'orbite, les joues sont pendantes, surtout la gauche.

Des squames existent sur les membres inférieurs et supérieurs ainsi que sur le tronc; eczéma dans le cuir chevelu.

L'intelligence est très peu développée, l'enfant est très lente dans ses mouvements et dans ses conceptions.

Au mois de juillet 1893, on lui fait appliquer une greffe thyroïdienne. La plaie se guérit par première intention et au bout de 5 à 6 semaines la glande thyroïdienne était résorbée.

La peau changea aussitôt d'aspect, elle devint moins épaisse et moins rugueuse.

A un moment donné même, surtout aux mains, la peau devint mince et parut trop grande.

A partir du 12 février on donna à l'enfant de 6 à 8 grammes par jour de corps thyroïde en ingestion.

Au bout de 18 jours on fut forcé d'interrompre à cause des accidents d'excitation et alors tout rentra dans l'ordre. Aujourd'hui, l'état mental s'est très amélioré, la peau est moins épaisse et moins rugueuse. Son élasticité paraît revenir; en un mot, une amélioration totale est manifestement évidente.

Érysipèle de la face.

M. Antony lit sur cette question un travail dont voici les conclusions :

L'érysipèle de la face est contagieux dans une faible mesure peut-être; mais, si restreinte que soit la contagiosité, elle est toujours à rechercher et on ne doit jamais négliger d'appliquer aux malades qui en sont atteints les mesures ordinaires de la prophylaxie des maladies contagieuses.

La période d'incubation de l'érysipèle varie de 3 à 12 jours et paraît être en moyenne de 4 à 8 jours.

L'érysipèle de la face a une évolution cyclique, le cycle fébrile a une durée moyenne de 6 à 8 jours ; la durée totale est de 12 à 15 jours.

Enveloppement humide du thorax.

M. P. Le Gendre. — Voyez p. 133.

M Rendu. — J'emploie également depuis l'année 1884 le traitement par l'enveloppement froid dans les broncho-peumonies, mais je me sers de l'enveloppement complet dans le drap mouillé pendant deux ou trois heures; tout d'abord il y a élévation de la température périphérique, ce qui concorde bien avec l'opinion de M. Le Gendre qui admet que l'efficacité de cette méthode résulte de ses propriétés révulsives. J'ai, à

maintes reprises, constaté l'efficacité de ce traitement, je l'emploie maintenant beaucoup plus volontiers que la vésication; son grand avantage est qu'elle provoque une diaphorèse et surtout une diurèse énergiques; en un mot elle respecte et facilite la fonction des émonctoires dans des cas où leur intégrité est un facteur important de la guérison.

M. Richardière. — Mes observations concordent absolument avec celles des auteurs précédents. Alors que j'étais interne de M. Rendu, j'avais déjà été frappé de l'excellence des résultats obtenus par l'emploi du drap mouillé dans le traitement des broncho-pneumonies graves. J'ai appliqué cette méthode à nouveau dans le service des Enfants-Malades que je dirige actuellement et je dois dire que les résultats que j'ai obtenus m'ont absolument satisfait.

La prochaine séance de la Société médicale aura lieu le 30 mars.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 mars 1894.

Présidence de M. Déjerine.

Action du régime lacté sur les fermentations digestives.

MM. Gilbert et Dominici. — Nous avons tout d'abord étudié l'action du régime lacté absolu sur les microbes de l'intestin. Un homme dont les matières fécales contenaient par milligramme 67,000 germes prend pendant 5 jours 3 litres de lait non stérilisé. Au 2e jour, les matières ne contiennent plus que 14,000 germes, au 3e jour 5,000, au 4e jour 4,000, au 5e jour 2,500. De plus, la quantité de matières évacuées tombe de 173 gr. à 75 gr., de telle sorte qu'en définitive la proportion de bactéries est 71 fois moins élevée. Chez un autre sujet adulte, nous avons donné le lait stérilisé; après 20 jours le nombre des microbes était tombé à 3,000.

Chez le chien les effets sont analogues; le régime lacté fait baisser la proportion de bactéries des fèces de 25,000 à 500, 1,000. Deux lapins qui prenaient du lait non stérilisé ont montré une élévation relative du nombre des microbes; mais comme la quantité des fèces était bien moindre, il y avait en somme diminution absolue des germes. Avec le lait stérilisé, on notait une diminution absolue et relative.

Les autres parties du tube digestif sont également améliorées. Chez un chien nourri au lait pendant 14 jours, on comptait pour l'estomac 100 germes au lieu de 50,000, pour le duodénum 50 au lieu de 30,000, pour le jéjunum 1,300 au lieu de 100,000, pour le gros intestin 1,275 au lieu de 30,000. Il y a donc une quasi-asepsie du tube digestif. Cet effet n'est pas dû directement au lait, qui, par exemple, laisse pousser le coli-bacille deux fois plus activement que le bouillon. Il s'agit probablement d'une rapide absorption, d'une action favorisante sur les secrétions glandulaires bactéricides. La diminution de la toxicité urinaire (Charrin et Roger) est un effet connexe. On comprend que le régime lacté soit bienfaisant dans les maladies de l'intestin, du foie, et dans les néphrites avec menace d'urémie. L'auto-intoxication est diminuée d'autant.

M. Richet. — Le lait subit dans les voies digestives la fermentation lactique. C'est peut-être par ce mécanisme qu'est réalisée au moins pour une part l'antiseptie digestive due au régime lacté.

Du mode d'action du pancréas dans la régulation de la fonction glycoso-formatrice du foie. Nouveaux faits relatifs au mécanisme du diabète pancréatique.

M. Kaufmann. — Les recherches sur le mécanisme du diabète pancréatique, que j'ai poursuivies pendant le courant de l'année, mettent en évidence une notion nouvelle fort importante. Les résultats obtenus démontrent que la secrétion interne de pancréas exerce son action modératrice sur la glycoso-formation hépatique non seulement par l'intermédiaire des centres nerveux, mais encore en agissant directement sur les éléments cellulaires du foie, par l'intermédiaire du sang. Cette donnée est basée sur les effets que produit la section des nerfs du foie sur des chiens normaux et sur d'autres qu'on prive de leur pancréas après avoir pratiqué les sections nerveuses. Chez les chiens qui conservent le pancréas, l'énervation totale du foie est toujours suivie d'*hypoglycémie*. Chez les chiens dont le foie est énervé totalement ou partiellement, l'ablation du pancréas produit constamment l'*hyperglycémie* et la *glycosurie*. L'action frénatrice exercée directement sur le foie par la sécrétion interne du pancréas est ainsi mise en parfaite évidence. Sur le foie totalement énervé, la sécrétion interne fournie par le pancréas continue à modérer la glycoso-formation intra-hépatique, d'où l'*hypoglycémie;* quand on enlève ensuite le pancréas, on tarit la secrétion interne, on supprime donc l'action frénatrice directe, d'où l'hyperproduction de sucre, *hyperglycémie* et *glucosurie*.

Normalement, le foie est donc soumis à une double régulation au point de vue de sa fonction glycoso-formatrice; l'une s'exerce par l'intermédiaire du sang chargé du produit de la secrétion interne du pancréas, l'autre se fait par l'intermédiaire du système nerveux.

Sur les différents procédés permettant d'obtenir du charbon asporogène.

MM. Surmont et Arnould. — Il est possible d'obtenir du charbon asporogène, c'est-à-dire des races de bacillus anthracis ayant perdu d'une façon définitive la propriété de sporuler, soit en cultivant le microbe en présence de l'acide phénique (procédé de Roux) ou du bichromate de potasse (Roux), soit en plaçant à l'étuve à 42° des cultures successives renouvelées tous les cinq jours (procédé de Phisalix).

Behring est arrivé au même résultat en cultivant la bactéridie dans de la gélatine additionnée d'acide rosolique ou d'acide chlorhydrique.

Les auteurs ont étudié comparativement les divers procédés en question.

Aucun de ces procédés ne permet d'obtenir à coup sûr du charbon asporogène dans tous les cas.

D'après les résultats d'expériences poursuivies depuis un an, le procédé qui réussit le plus généralement est le procédé de Roux à l'acide phénique. Viendrait ensuite le procédé de Phisalix, en troisième ligne le procédé de Roux au bichromate.

L'acide rosolique et l'acide chlorhydrique ne paraissent pas jouir dans le bouillon de l'action qu'ils auraient dans la gélatine.

La question de race a vraisemblablement une grande influence sur les résultats obtenus; la résistance des microbes étant très différente selon leur origine.

Nous avons expérimenté sur trois races de bactéridies. L'une, dite de Marcq, provient des cas de charbon humain observés à Pont-de-Marcq en 1892, et qui étaient consécutifs à l'utilisation dans une fabrique de brosses de crin animal d'origine chinoise. L'autre est du charbon de l'Institut Pasteur (cours de mai-juin 1893); la troisième est un premier vaccin de cet Institut.

Le charbon de Marcq s'est montré le plus résistant, si on en juge par ce fait que seul l'acide phénique a réussi à lui faire perdre d'une façon définitive le pouvoir de sporuler.

Le charbon de l'Institut Pasteur s'est montré sensible à la chaleur (procédé de Phisalix) et à l'acide phénique.

Enfin dans nos expériences, le premier vaccin est le seul qui devienne asporogène sous l'influence du bichromate de potasse.

Les charbons les moins virulents paraissent les plus faciles à transformer en charbons asporogènes. Il convient toutefois de faire quelques réserves à cet égard.

Bactériologie de la dysenterie.

M. Arnaud. — J'ai examiné en Tunisie 60 cas de dysenterie aiguë des pays chauds, tout à fait caractérisés, soit au point de vue clinique, soit au point de vue des lésions intestinales. Les évacuations et le contenu intestinal étaient peuplés presque exclusivement par un bacille présentant les réactions du bacterium coli commune. Ce microbe était bien plus actif chez les animaux inoculés: il reproduisait chez le chien une dysenterie typique avec ulcères intestinaux. Il me paraît donc vraisemblable que la dysenterie épidémique est due à une exaltation de la virulence du coli-bacille.

M. Laveran. — J'ai fait les mêmes constatations en ce qui concerne la dysenterie sporadique de nos climats.

Sur l'asphyxie.

M. Richet. — J'ai étudié l'asphyxie chez des chiens endormis avec le chloralose. Dans ces conditions, les mouvements volontaires sont supprimés, la respiration et la circulation continuent régulièrement, la pression artérielle est intacte. On apprécie mieux les effets de l'asphyxie. Il est à remarquer que plus la température de l'animal est basse, plus aussi la résistance à l'asphyxie est considérable. Quand l'asphyxie confirmée approche, le cœur bat plus lentement, ce qui tient à une excitation du bulbe et du pneumogastrique : si les pneumogastriques sont sectionnés, le cœur bat vite, est affolé et la mort a lieu beaucoup plus rapidement. Il semble donc bien que ce ralentissement du cœur soit un effort naturel destiné à épargner la provision d'oxygène. Lorsque le pneumogastrique est coupé, le cœur s'arrête plus vite que la respiration, ce qui est le contraire de l'asphyxie simple.

Résistance des animaux à l'asphyxie.

M. Richet. — P. Bert a soutenu que le canard résistait à l'asphyxie beaucoup mieux que le poulet, et que cette résistance tenait à ce que le canard est beaucoup plus riche en sang. J'ai cherché à vérifier cette affirmation. J'ai vu tout d'abord que le canard présentait bien réellement une grande résistance à l'asphyxie ; mais j'ai constaté ensuite que le même animal ayant subi une large saignée résistait tout aussi bien. Il ne s'agit donc pas de la quantité du sang. J'admettrais plutôt une sorte de résistance idiosyncrasique des tissus à la privation d'oxygène.

M. Mégnin. — Il faut peut-être faire intervenir la capacité relative des sacs aériens des canards.

Absorption de CO par le sang.

M. Gréhant. — Lorsqu'on fait respirer un chien dans une atmosphère contenant 1/1000 de CO, on observe, dans une première période, une augmentation considérable de l'oxyde de carbone du sang ; puis la proportion reste ensuite stationnaire ou presque. Dans un mélange à 1/10000, l'accroissement est régulièrement progressif et beaucoup plus lent.

J'ai constaté, au cours de ces recherches, que le sang contient en permanence un gaz combustible, l'hydrogène, qui provient peut-être des fermentations intestinales et de la fermentation butyrique.

Régime azoté de l'homme.

MM. Lapicque et **Marette.** — Chez un homme adulte nourri avec du riz, du lait, du pain et du sucre, l'équilibre azoté a pu être obtenu avec une ration journalière contenant 57 gr. d'albumine et correspondant à 2,800 calories. Ces chiffres ne représentent que la moitié des minima admis par Voit. Si l'on ajoute de l'alcool, l'énergie potentielle qui correspond à ce corps est utilisée au même titre que les autres aliments.

MM. Charrin et **Désesquelle** communiquent leurs recherches sur la valeur antiseptique et le pouvoir toxique de quelques composés mercuriques dérivés du sublimé.

MM. Charrin et **Modinos** ont expérimenté l'action toxique d'un mélange d'urine et d'une solution d'antipyrine. Les effets des composants s'ajoutent.

M. Féré a observé un épileptique amélioré par le traitement, et ne présentant plus que des ébauches convulsives, mais avec intervention d'une sialorrhée profuse, qui parfois même se produisait isolément et remplaçait les attaques.

M. Féré a constaté que les isoalcools possèdent une action tératogène, qui s'accroît comme celle des alcools correspondants.

M. Soulié étudiant le développement des fibres élastiques chez le fœtus de cheval a vu que, conformément à la doctrine classique, ces fibres se développent non pas aux dépens des cellules, mais aux dépens de la substance intercellulaire.

M. Hache communique un procédé de préparation des solutions d'hématoxyline, qui consiste à obtenir d'abord une laque qu'on dissout ensuite dans l'eau alunée ou tout autre milieu.

M. Roussy présente un appareil à contention pour le chien et **M. Latapy** un appareil à contention pour lapins et cobayes.

J. Girode.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 14 mars 1894.

Présidence de M. Adrian.

Accidents occasionnés par le salol donné à l'intérieur.

M. Josias. — On a recommandé l'emploi du salol, à doses élevées, contre les angines aiguës et les inflammations de l'isthme du gosier, quelles qu'elles soient. Dans un cas d'amygdalite aiguë, chez une jeune fille de dix-huit ans, j'ai prescrit la faible dose de un gramme le premier jour, et deux grammes le lendemain. Bientôt une large plaque d'érythème scarlatiniforme se montra sur la face interne de la cuisse droite, tandis que sur la cuisse gauche apparaissaient des taches rubéoliques et des papules rosées sur les joues.

Les urines examinées offraient les réactions cardiaques de l'acide phénique et de l'acide salicylique. Je fis suspendre le salol, pour lequel ma malade paraît présenter une susceptibilité spéciale.

Ce cas mérite d'être rapproché de ceux qui ont été publiés par MM. Cartaz, Morel-Lavallée, Derignac, lesquels ont dénoncé des phénomènes d'intolérance analogues. L'emploi du salol doit donc être surveillé, puisqu'il est susceptible d'occasionner des accidents d'intoxication, alors même qu'on le prescrit à des doses relativement minimes.

M. Dujardin-Beaumetz. — On peut s'exposer à des accidents chaque fois qu'on prescrira des phénols ; ils sont fort rares, heureusement, et supposent des constitutions rebelles, très susceptibles. Il est surtout nécessaire de se préoccuper de l'état des reins, lorsqu'on a recours aux agents de la série aromatique. C'est pour ne pas en avoir tenu compte que divers observateurs ont vu la mort être la conséquence d'injections phéniquées, pratiquées dans la plèvre. Ce qui est étonnant, dans l'observation de M. Josias, c'est qu'il s'agit d'une jeune personne dont le rein était évidemment perméable. Il ne faudrait pas en conclure à la condamnation du salol, dont je reste grand partisan pour la désinfection du tube digestif et que je préfère même au benzo-naphtol, qu'il faut donner à dose plus élevée.

M. Jasiewicz. — Chez les malades déprimés, fébricitants, la prudence s'impose certainement ; mais ici nous nous trouvons en présence de susceptibilités vraiment exceptionnelles. Je suis surtout étonné de l'apparition de phénomènes toxiques à la suite des applications externes de salol. Récemment, dans un cas de brûlure étendue, je n'ai observé aucun phénomène d'absorption, tout en ayant eu recours au liniment oléo-calcaire salolé, que j'ai ensuite remplacé par la poudre de salol, largement répandue sur la plaie.

M. Bardet. — Dans l'hypothèse d'intoxication par de faibles doses de salol, il est nécessaire de tenir compte de l'état pyrétique ou apyrétique du malade. On sait, en effet, que les aromatiques ont une action anti-thermique et dépressive extrêmement énergique sur les fébricitants ; c'est dans ces cas que l'on observe le plus souvent le refroidissement, le rash et la cyanose. Il faut donc être très réservé sur les doses des aromatiques en général et du salol en particulier chez les malades atteints de fièvre.

Au contraire, chez les apyrétiques, on peut certainement administrer de très hautes doses de salol sans provoquer d'accidents, mais il est évident que l'on ne saurait considérer comme comparables les doses conseillées aux dyspeptiques, par exemple, et celles qu'il est prudent d'atteindre chez des typhiques.

M. Constantin Paul. — Chez les sujets valides, qui n'ont pas de fièvre, on ne constate pas de refroidissement ni d'hypothermie quand on donne le salol, même à la dose de 5 grammes.

M. Patein. — J'ai fait de nombreuses analyses dans le service de M. Périer, pour rechercher l'action absorbante du

salol, utilisé en applications externes sur les plaies. J'ai toujours constaté dans les urines les traces du dédoublement du salol, qui doit s'opérer dans le milieu alcalin du sang ; mais jamais nous n'avons eu d'accidents.

M. Ferrand. — J'ai repris pour mon compte les recherches de M. Déclat, à propos des applications cutanées de gaïacol et m'en suis fort bien trouvé, dans certaines névralgies pleurales en particulier ; mais l'effet anti-thermique m'a paru à peu près nul. J'en ai conclu qu'il devait y avoir absorption par la peau, comme je l'avais déjà constaté autrefois pour une malade atteinte de léger phlegmon pelvien et qui était d'une intolérance extrême pour l'iode. J'eus l'idée de lui faire porter une chemise préalablement trempée dans une solution d'iodure et séchée. Des accidents intenses d'iodisme ne tardèrent pas à se produire.

M. Dujardin-Beaumetz. — L'absorption se fit par le poumon et non par la peau ; la chaleur de la peau fit dégager l'iode, qui fut alors respiré par votre malade. Les solutions médicamenteuses ne pénètrent pas par la peau, si elle est intacte ; mais la moindre fissure, la moindre écorchure, le simple grattage même suffisent pour permettre l'introduction de l'agent médicamenteux. En dehors de cette solution de continuité, je ne saurais admettre l'absorption, même pour les fumigations mercurielles de cinabre. En l'absence de syphilides et d'érosions externes, et quoique la tête soit en dehors de l'appareil, c'est par la voie pulmonaire que le médicament passe dans l'économie.

M. Guéneau de Mussy a jadis commis une erreur en admettant la pénétration par les bains arsenicaux. En élevant la température, on favorise l'évaporation des médicaments employés, que ce soit du gaïacol, de l'iodure de potassium, ou tout autre corps. Dès lors les voies respiratoires entrent en action. J'en dirai autant des applications externes de liniments chloroformés sur une peau saine ; c'est toujours par le poumon que l'action bienfaisante se produit.

Quant aux plaies très suppurantes, elles constituent un élément de décomposition pour le salol ; il peut et doit se transformer dans ce milieu alcalin, pour être ensuite absorbé.

De l'eau stérilisée.

M. Constantin Paul. — Un moyen très simple d'avoir de l'eau stérilisée, c'est d'ajouter 0 gr. 20 d'alun cristallisé par litre d'eau. Celle-ci ne prend aucun mauvais goût et se digère facilement. D'après des cultures qui ont été faites à la Charité, l'eau ne contient plus aucun germe, au bout de vingt-quatre heures ; les microbes ne reparaissent que le cinquième jour.

M. Créquy. — On s'habitue vite au goût de l'eau bouillie, surtout lorsqu'on la mélange au vin ; elle donne une sécurité complète et les petits inconvénients signalés sont peu de chose en regard de cet avantage.

M. Dujardin-Beaumetz. — Au comité d'hygiène, nous sommes arrivés à cette conclusion que l'eau bouillie offrait, en effet, les meilleures garanties. Les filtres les plus irréprochables, s'ils ne sont pas nettoyés à peu près quotidiennement, comme cela se pratique dans les régiments et certaines administrations, où on a sous la main un personnel docile, peuvent devenir de véritables foyers microbiens.

En dehors de l'alun, il y a d'autres agents stérilisateurs qui peuvent être utilisés ; mais nous avons toujours hésité à conseiller l'addition de substances chimiques.

M. Vigier. — Le goût de l'eau bouillie disparaît si on la met refroidir dans un endroit approprié et si on ne l'utilise que le lendemain.

Du di-iodoforme en chirurgie.

MM. Eug. Regnauld et Ferdinand Vigier. — Dès les premières communications faites à la Société de thérapeutique sur le di-iodoforme, M. le Dr Regnauld et moi nous nous sommes occupés de rechercher quels avantages la chirurgie pourrait retirer de cette substance, dont la première qualité est d'être inodore.

Voici plusieurs observations de malades chez lesquels l'action antiseptique du di-iodoforme a été constatée par M. le Dr Regnauld dans le service de M. Richelot, à l'hôpital Saint-Louis.

Obs. I. — Un homme présentant à l'avant-bras un nævus veineux pur, très douloureux, est opéré. Sur la plaie on répand une couche de di-iodoforme, qu'on fixe par un pansement occlusif au collodion. Huit jours après, ayant défait le pansement pour enlever les points de suture, on constate qu'il n'y a pas trace de suppuration. Le pansement au di-iodoforme est renouvelé, et la cicatrisation complète est obtenue avec la même facilité que si l'on avait fait usage de l'iodoforme.

Obs. II. — Ecrasement du pouce de la main droite. M. Regnauld fait la résection des deux tiers de la phalangette et suture les téguments au crin de Florence. Pansement au di-iodoforme. Six jours après, on coupe les points de suture : il n'y a pas de suppuration bien qu'une partie des bords du lambeau palmaire, mortifiée par le traumatisme initial, soit en train de s'éliminer. Sous l'influence d'un pansement composé de bandelettes imbriquées d'épithème di-iodoformée, on voit se détacher des couches épaisses d'épiderme, incrustées de limaille de fer et d'huile qui n'avaient pas permis d'obtenir une antisepsie rigoureuse du champ opératoire. En trois semaines la plaie était complètement cicatrisée.

Obs. III. — Suture du tendon fléchisseur superficiel du médius dans la paume de la main droite ; un drain est laissé dans la plaie, sur laquelle on applique une grosse éponge saupoudrée de di-iodoforme ; le cinquième jour on supprime le drain qui n'a donné issue à aucun écoulement, et on réapplique une éponge di-iodoformée. Trois semaines après, la plaie était cicatrisée par première intention.

De ces observations nous nous croyons autorisés à conclure que le di iodoforme agit sur les plaies chirurgicales comme antiseptique, qu'il n'est pas irritant, ne provoque aucune douleur, et ne forme pas de croûtes pouvant retarder la cicatrisation. Ces faits cliniques viennent compléter ceux de M. Hallopeau.

Mais il reste encore à étudier l'action de cette substance contre les suppurations proprement dites, bien que, dans l'observation n° 2, particulièrement, il est à peu près certain que la suppuration se serait produite sans l'emploi d'un antiseptique énergique : l'encrassement de ce pouce aurait inévitablement été cause de complications, si le di-iodoforme n'avait entravé le développement des germes pyogènes qui y étaient accumulés.

M. Bardet. — A mon tour, je viens de constater les bons effets du di-iodoforme chez un homme très gras qui, à la suite d'une chute, a été atteint d'un ulcère à forme variqueuse. Après avoir fait supprimer un pansement humide, qui avait été fait d'abord, j'ai prescrit des applications d'iodoforme que je n'ai pas tardé à remplacer par du di-iodoforme ; à partir de ce moment, la plaie s'est rapidement modifiée, le bourgeonnement s'est effectué dans d'excellentes conditions et la plaie ne tardera pas à être fermée.

Séance du 28 février 1894.

Huile de foie de morue.

M. Patein lit un rapport sur l'huile de foie de morue. C'est l'aliment gras le plus facilement digestible, probablement à cause des principes biliaires qu'il contient. En outre, l'huile de foie de morue a des propriétés excitantes et thermogènes importantes, dues au phosphore et à l'iode qu'elle renferme en combinaisons organiques et aussi aux nombreux alcaloïdes isolés par MM. Gautier et Mourgues. Ces alcaloïdes, qui sont la buthylamine, l'amylamine, l'oxylamine, la dilydrobutyline, l'aselline, la morrhuine, l'acide morrhuique, etc., existent surtout dans l'huile blonde et résultent d'une autodigestion des foies au bout de 3 ou 4 jours de macération. C'est une autodigestion et non une putréfaction, car, à ce moment, les foies ont une réaction acide, tandis que, durant la putréfaction, la réaction est alcaline. M. Patein aborde rapidement les applications de l'huile de foie de morue : rachitisme, tuberculose pulmonaire, le rhumatisme où son action paraît douteuse, les applications externes dans les dermatoses. Il signale les inconvénients, goût répugnant, effet purgatif, si l'on exagère la dose, surcharge graisseuse du foie, si l'on en abuse. Il conseille de ne pas dépasser la dose de 100 gr., de n'en faire usage qu'en hiver, en suspendant momentanément le traitement de temps à autre. Il recommande le mode d'administration dans un verre dont on a mouillé les parois

pour empêcher l'adhérence. Le malade doit avaler d'un coup et se laver la bouche, après avoir avalé, avec de l'eau aromatisée. M. Patein repousse les succédanés de l'huile de foie de morue : l'huile de pied de bœuf, beurre iodé, etc.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 14 *mars* 1894.

Présidence de M. Cordier.

Tumeur anévrysmale.

M. Burdet présente une énorme tumeur anévrysmale, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, développée sur la portion ascendante de la crosse de l'aorte. Le malade qui en était porteur n'a présenté qu'un minimum de symptômes tant objectifs que subjectifs : respiration du type Cheyne-Stokes, zone de matité sous-claviculaire, accès d'oppression et hémorrhagies finales. Mais il n'y eut ni tirage, ni cornage, ni symptômes de compression des troncs artériels ou des conduits voisins, ni extension, ni battements, ni thrill, ni bruit de souffle. La tumeur s'ouvrit dans la plèvre où l'on a trouvé deux litres de sang, et des hémorrhagies se produisirent par la bouche et l'anus.

Kyste de l'ovaire.

M. Rendu présente un kyste volumineux de l'ovaire qu'il a enlevé sur une femme de 69 ans. Développé en 17 mois, ce kyste renfermait 28 kilogr. de liquide hématique. Il était adhérent sur plus des trois quarts de sa surface, ce qui rendit l'opération laborieuse, une heure et demie. Deux points à noter : l'âge de la malade et l'absence de pédicule. Les kystes de l'ovaire sont rares à cette période de la vie et Spencer Wells, sur mille opérées, n'en signale que douze ayant de 65 à 70 ans. Le second point est plus intéressant : cet énorme kyste n'avait pas de pédicule. Les adhérences qui reliaient plus des trois quarts de la tumeur à la paroi abdominale, constituant ainsi une sorte de symphyse péritonéale, étaient très vasculaires. A défaut des ligatures, devenues inutiles par l'absence de pédicule, un Mikulicz adapté à la circonstance, c'est-à-dire formé d'une large pièce de gaze iodoformée étalée à la surface du péritoine pariétal et d'une seconde plongeant dans le cul-de-sac de Douglas, a permis d'arrêter l'hémorrhagie en nappe. La malade est actuellement en voie de guérison.

Séance du 7 *mars* 1894.

Epithélioma du genou.

M. Bérard présente le résultat de greffes autoplastiques pratiquées par M. Ollier sur un malade atteint d'épithélioma de la partie externe du genou. Ce malade s'était brûlé à l'eau bouillante à l'âge de 8 ans et la plaie était restée ulcérée. Quarante-deux ans plus tard s'était développé l'épithélioma. Les greffes enlevées sur la cuisse et l'avant-bras furent appliquées en deux séances, à un mois d'intervalle, en novembre et décembre 1893. Aujourd'hui, le malade est guéri et, en moins de trois mois, M. Ollier a pu combler et recouvrir d'un revêtement à peu près normal une surface de près de deux décimètres carrés.

Péricardite purulente.

M. Panot présente les pièces anatomiques d'un malade ayant succombé à une péricardite purulente, sans qu'aucun signe stéthoscopique l'ait révélée. Le malade, très rapidement emporté, du reste, avait présenté le tableau clinique d'une néphrite aiguë. La rate était infectieuse; le rein macroscopiquement sain et l'autopsie n'a révélé aucune lésion qui ait pu servir de porte d'entrée. Le péricarde contenait 640 grammes de pus renfermant des diplocoques encapsulés rappelant les diplo-bacilles de Friedlænder.

Souffle crural.

M. Lannois fait une communication sur un moyen d'amplifier ou de faire apparaître le souffle de Duroziez dans l'insuffisance aortique. Ce moyen consiste simplement dans une pression énergique exercée sur la crurale, un peu au-dessous du stéthoscope : le double souffle devient très apparent s'il était douteux, ou augmente beaucoup d'intensité si on le percevait déjà.

Le tracé sphygmographique devient beaucoup plus caractéristique dans les mêmes conditions. M. Lannois montre plusieurs tracés démonstratifs; dans un cas notamment où une affection mitrale et un rétrécissement aortique masquaient les signes sphygmographiques de l'insuffisance, la pression de la radiale au-dessus du sphygmographe faisait brusquement apparaître le tracé type de l'insuffisance.

Solutions stérilisées.

M. L. Jacquet présente des solutions stérilisées dans l'autoclave Chamberland, à 120°, dans une série de tubes de la contenance de 1 centimètre cube, scellés à la lampe aux deux extrémités. Les injections sont dosées d'après les formules les plus usuelles. Elles se conservent très longtemps sans altération. Une solution huileuse de bi iodure de Hg, stérilisée par la méthode de Pasteur et très instable comme l'on sait, est trouvée intacte après six mois. Des collyres très altérables en flacons ordinaires, tels que ceux au sulfate d'ésérine et que l'eau chlorée, sont conservés par le même procédé. Les oculistes apprécieront cette innovation.

P. Just Navarre.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 7 *mars* 1894.

Narcose par l'éther.

M. Rosenberg, revenant sur la question de la narcose par l'éther, communique le résultat de ses expériences sur des animaux, d'après lesquelles les inconvénients inhérents à la narcose chloroformique disparaissent quand on fait préalablement une injection sous-cutanée de cocaïne.

M. Schœnheimer pense que l'irritation des voies respiratoires qu'on observe après les inhalations d'éther doit être attribuée non pas à l'éther, mais aux aldéhydes qu'il renferme presque toujours. Il n'y a qu'un seul éther absolument pur, c'est celui de Raoul Pictet, obtenu par la distillation dans le vide à 15° au-dessous de 0.

Il y a un moyen qui permet de reconnaître très rapidement si l'éther est absolument pur ou contient des aldéhydes : c'est d'ajouter à l'éther une solution de fuchsine; si l'éther est pur, il reste absolument clair; mais s'il renferme des aldéhydes, il prend aussitôt une coloration rouge.

M. Silex. — A la clinique ophthalmologique, on a fait, depuis 1876, 8,000 opérations sous l'éther chez de jeunes enfants comme chez des vieillards, chez des individus autrement bien portants comme chez d'autres qui, à côté de leur affection oculaire, étaient atteints de néphrite, de bronchite, de scrofule, d'affections diverses du cœur. Dans tous ces cas, l'éther a donné des résultats on ne peut plus satisfaisants. On n'a jamais eu avec l'éther d'accidents graves; chez des neurasthéniques seulement, il survient quelquefois un tremblement des membres, une constriction des mâchoires, un arrêt passager de la respiration. On a alors l'impression comme si le malade allait étouffer. Mais il suffit d'enlever le masque pour quelques secondes et d'écarter les mâchoires pour voir la respiration redevenir normale. La narcose que l'on obtient avec l'éther est aussi complète qu'avec le chloroforme, comme le montre la disparition du réflexe pupillaire. Aussi on ne pourrait trop recommander de remplacer le chloroforme par l'éther.

M. Karewski trouve qu'on ne peut guère comparer les statistiques tirées de la pratique ophthalmologique avec celles fournies par les grandes opérations.

M. Landau. — La statistique de la Société allemande de chirurgie donne 1 cas de mort sur 3, 111 narcoses chloroformiques et 1 cas de mort sur 14,640 narcoses par l'éther. La proportion est encore plus favorable dans les statistiques anglaises qui donnent 1 mort pour 3,749 narcoses chloroformiques contre 1 mort pour 16,675 narcoses par l'éther.

L'éther est donc moins dangereux que le chloroforme. Et cela se comprend quand on veut bien songer que le chloroforme agit sur le cœur et l'éther sur la respiration. Or nous sommes moins désarmés contre les accidents pulmonaires que contre les accidents cardiaques.

Quant aux accidents signalés par M. Karewski, ils tiennent à la méthode employée, à la méthode par doses massives, dites asphyxiantes.

Parmi les contre-indications de la narcose par l'éther, il faut citer la bronchite, la bronchectasie, peut-être la néphrite.

Hermaphrodisme.

M. v. Bergmann a présenté un hermaphrodite dont le sexe ne fut établi que tout récemment.

L'enfant en question a été inscrit sur les registres de l'état civil comme une fille, sous le nom d'Emma. A l'âge de 2 ans, cette prétendue fille fut amenée à la clinique de M. Bergmann pour des douleurs de miction, et là, la fille fut reconnue pour un garçon atteint d'hypospadias. Quant aux douleurs provoquées par les mictions, elles tenaient simplement à une cystite catarrhale concomitante.

L'enfant présente un pénis fort bien développé, incurvé en bas, avec un gland non perforé et un prépuce fendu imposant pour un clitoris. Il s'agit là d'un cas d'hypospadias périnéal. Il n'y a pas trace de scrotum, pas plus que de grandes lèvres. De l'endroit où se termine l'urèthre part une sorte de rigole qui se termine dans le gland et est tapissée d'une muqueuse.

Sous le chloroforme, on peut fort bien sentir la vessie qui produit l'impression d'un tuyau allongé. Nulle part on n'a pu trouver quelque chose rappelant l'utérus; par contre, dans l'anneau inguinal gauche, on sent fort bien un corps lenticulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 5 *mars* 1894.

Thérapeutique par extraits organiques.

M. Fürbringer envisage dans sa communication principalement la thérapeutique des extraits glandulaires, qu'on considère aujourd'hui comme nécessaires au fonctionnement normal de l'organisme. D'après les opinions régnantes, les sécrétions glandulaires neutraliseraient les poisons organiques et s'opposeraient ainsi à l'auto-intoxication.

Pour ce qui est de la spermine, de l'extrait testiculaire, il est certain qu'il ne rajeunit pas les vieillards et ne reforme pas les invalides sexuels. D'après Pœhl, la spermine serait partie normale du sang; en l'introduisant artificiellement dans l'économie lorsque la sécrétion testiculaire devient insuffisante, on augm nte le pouvoir d'oxygénation du sang. Aussi, pour Pœhl, la spermine est-elle indiquée dans tous les cas d'hématose insuffisante, dans les auto-intoxications, la cachexie, l'anémie, la neurasthénie, etc.

Le traitement du myxœdème par l'extrait des glandes thyroïdes est réellement rationnel. C'est à Kocher, en somme, que revient l'honneur de la découverte, puisque c'est lui qui a montré qu'en cas de transplantation de glandes thyroïdes chez des individus thyroïdectomisés, les effets de l'absence de la glande se neutralisent. Murray eut l'idée de faire dans le myxœdème des injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien et obtint plus tard les mêmes résultats avec les glandes crues administrées par voie stomacale.

On sait encore fort peu de chose sur l'extrait pancréatique et la nervine. Cette dernière ferait, d'après Babes, des miracles, et il attribue à la nervine les succès que Pasteur obtient par son traitement de la rage.

La cardine et la néphrine ont été essayées par Onimus. Brown-Séquard emploie également la néphrine, à laquelle il attribue une amélioration de la sécrétion interne des reins.

D'après M. Fürbringer, il faut respecter dans cette théorie ce qui est vraiment scientifique. Ainsi, l'emploi de la spermine de Pœhl et celui de l'extrait thyroïdien sont basés sur des considérations scientifiques. Mais les autres substances doivent rester dans les laboratoires d'où elles sont tirées.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 13 *mars* 1894.

Ulcère de l'estomac.

M. Morse. — Une femme de 20 ans présentait des symptômes d'ulcère de l'estomac, lorsqu'elle fut prise brusquement de violentes douleurs abdominales avec des vomissements. La douleur envahit bientôt toute la région abdominale. On fit une laparotomie 5 heures environ après le début des accidents; on trouva le contenu stomacal répandu dans la cavité péritonéale; un trouva une perforation à la face antérieure de l'estomac près du cardia; on fit des sutures de Lembert et un lavage de la cavité péritonéale. Au bout de trois semaines, la malade était guérie.

M. Barwell. — J'ai réuni 35 cas de laparotomies pour des ulcères de l'estomac perforés; dans un de ces cas, on ouvrit l'abdomen de l'appendice xiphoïde à l'ombilic sans pouvoir trouver de perforation; on sectionna alors le muscle droit antérieur du côté droit; on sectionna le petit épiploon et on rechercha en vain sur la face postérieure de l'estomac une rupture quelconque. On divisa de même le muscle droit du côté gauche et il existait une perforation ayant les dimensions d'un pois et occupant le voisinage du cardia près de la petite courbure, sur la face antérieure. Il y eut ensuite un abcès sous-diaphragmatique, un empyème localisé et un abcès du poumon. Le malade guérit finalement. Dans des cas semblables la laparotomie doit être faite aussi rapidement que possible après l'accident; il faut faire l'incision un peu à gauche, car les perforations siègent souvent au voisinage du cardia, sur la face postérieure. Quand on ne peut découvrir la perforation, on peut faire boire au malade une solution de bleu de méthylène qui indiquera le siège de la perforation. Il est inutile de réséquer les portions ulcérées. Il est bon de laver soigneusement l'estomac par la perforation. Pour les lavages du péritoine, on préférera l'eau stérilisée à l'eau additionnée d'antiseptiques.

M. Haward. — Quand une perforation s'ouvre brusquement dans la grande cavité péritonéale, elle siège le plus souvent sur la face antérieure de l'estomac; les perforations de la face postérieure donnent le plus souvent naissance à des adhérences. Le diagnostic n'est pas toujours facile. Je préfère l'incision sur la ligne médiane. Un lavage de l'estomac me paraît inutile.

M. Page. — J'ai vu quelques cas de cet accident: j'ai opéré le premier 40 heures après la perforation; tout le péritoine était envahi. J'ai opéré le 2e cas 18 heures après l'accident; la perforation siégeait au voisinage du cardia; il fut impossible de la fermer et le malade mourut au bout de quelques heures. Dans un 3e cas, à la suite d'une consultation, on se décida d'attendre, la péritonite paraissant purement locale.

M. Godble. — J'ai vu 2 cas d'ulcères de l'estomac avec perforation ayant entraîné des abcès sous-diaphragmatiques. On doit opérer le plus tôt possible. Dans le seul cas que j'aie opéré, le malade était dans le coma et la perforation existait depuis 20 heures; l'ulcération siégeait au voisinage du pylore.

Résection de l'intestin.

M. Lockwood. — Un garçon de 17 ans fut pris brusquement d'une hernie inguinale étranglée. On ne fit l'opération que 31 heures après l'étranglement. On trouva une anse intestinale gangrenée. On la réséqua et on sutura les deux bouts de l'intestin par la méthode de Czerny-Lembert. Le malade guérit rapidement.

M. Treves. — Je ne sais pas si avant de faire la résection il ne vaut pas mieux établir un anus artificiel.

SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE.

Séance du 8 *mars* 1894.

Tumeurs de l'orbite.

M. Griffith. — J'ai enlevé de la partie supérieure de l'orbite d'un homme de 35 ans un adéno-sarcome encapsulé qui provoquait de la compression de l'œil et le déplaçait vers le bas. Chez une jeune fille, j'ai enlevé une tumeur de l'orbite qu'après l'opération je reconnus être la glande lacrymale hypertrophiée. Six ans après, une volumineuse exostose irrégulière remplissait l'espace compris entre le rebord orbitaire et l'œil; il est probable que la glande lacrymale avait dès le début été repoussée en avant par cette exostose, et c'est ainsi que je l'avais d'abord regardée comme étant elle-même la cause de l'accident. Chez un jeune homme, j'ai trouvé une inflammation hypertrophique aiguë des deux glandes lacrymales. Enfin j'ai observé 2 cas de tumeur maligne de l'orbite; l'un d'eux mourut un an après l'opération par extension graduelle du sarcome, et l'autre mourut 24 jours après l'opération, emporté par une méningite. Dans tous ces cas, la compression m'a suffi pour éviter les hémorrhagies et l'emploi du cautère actuel me paraît inutile.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 9 *mars* 1894.

Abcès cérébral.

M. Moullin. — Un garçon de 14 ans vint à l'hôpital avec une céphalée intense due à un coup qu'il avait reçu sur la région mastoïdienne droite. On trouva en ce point un abcès superficiel qu'on ouvrit. Huit jours après, le malade revint avec des symptômes plus graves. On réouvrit l'ancien abcès et on incisa le périoste. Cinq jours après, la douleur reparut encore; le malade était somnolent; on trépana l'antre de l'apophyse mastoïde, mais sans y rien trouver. Pendant dix jours, l'enfant alla bien. Puis, tous les symptômes précédents reparurent plus graves et il y eut de la névrite optique du côté droit. On fit une trépanation au niveau du lobe temporo-sphénoïdal; on fit en ce point diverses ponctions sans résultat. Enfin, on enleva l'os du côté du cervelet et on fit une exploration dans cette direction; finalement on put retirer un peu de liquide de la corne sphénoïdale du ventricule latéral. Vingt-quatre heures après, le malade mourait dans le coma. A l'autopsie on ne put trouver qu'un ancien abcès enkysté du lobe temporo-sphénoïdal gauche. C'est un abcès qui devait être latent depuis longtemps et qui a été reveillé par le traumatisme récent.

Hémorrhagies de la dure-mère.

M. Battle. — Une femme de 50 ans entra à l'hôpital pour une fracture du crâne et une fracture compliquée de l'astragale et du calcanéum. Il n'y avait ni paralysie ni inégalité pupillaire; on opéra la fracture du crâne et on trouva un caillot énorme ayant déprimé l'hémisphère cérébral droit à tel point que, le caillot enlevé, l'hémisphère ne reprit pas sa forme primitive. La malade guérit sans avoir présenté de paralysie. Un enfant de 5 ans tomba sur la tête; il resta sans mouvement, ne présentant que quelques mouvements convulsifs des sourcils, de l'aile du nez, de la bouche, puis du bras et de la jambe gauche. On opéra et on trouva sur la dure-mère un caillot. L'enfant guérit complètement.

Le troisième cas est celui d'un homme qui, en tombant, se fit une fracture du pariétal. Il y eut de la somnolence, de l'hémiplégie gauche avec dilatation de la pupille droite; la respiration était embarrassée et stertoreuse. On fit une opération et on trouva un gros caillot sur le côté droit du cerveau; on trouva aussi une veine qui saignait; on lia cette dernière et on enleva le caillot. Cet homme mourut au bout de quatre heures.

M. Eve. — Une femme tomba dans le coma à la suite d'un traumatisme de la tête; elle présentait de la dilatation pupillaire d'un côté; on trépana et on trouva une hémorrhagie entre la dure-mère et le cerveau du côté opposé. Chez une autre femme ayant subi un accident semblable, la dilatation pupillaire existait du côté de la lésion.

Perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde.

MM. Cayley et Sutton. — Un homme de 35 ans présenta des symptômes de perforation intestinale le vingt-quatrième jour d'une fièvre typhoïde qui paraissait bénigne. Cinq heures et demie après l'accident on fit une laparotomie; on trouva le cul-de-sac recto-vésical plein d'un liquide trouble; on trouva une ulcération intestinale perforée qu'on réséqua et on fit des sutures de Lembert. On fit ensuite un lavage du péritoine. Le malade mourut au bout de six jours. A l'autopsie on vit que la perforation siégeait à 30 centimètres environ au dessus de la valvule iléo-cæcale.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 7 *mars* 1894.

Elimination des phénols.

M. Strasser a fait des expériences pour voir dans quelles conditions se faisait l'élimination des phénols formés dans l'organisme.

Il a tout d'abord constaté que 70 0/0 seulement des phénols introduits dans l'organisme sont éliminés. La différence est due à ce qu'une partie se transforme par oxydation en acide benzoïque, et une autre se perd avec les déjections.

Dans la fièvre typhoïde, comme du reste dans toutes les maladies infectieuses, la quantité de phénols de l'urine est augmentée surtout pendant les premiers quinze jours, et redevient normale pendant et après la défervescence. Par contre, dans la pneumonie, l'augmentation est surtout marquée pendant le stade de splénisation et reste normale à la période d'hépatisation. L'augmentation des phénols de l'urine a encore été constatée par M. Strasser dans l'érysipèle de la face, dans les suppurations locales, la bronchite purulente, la péritonite.

Dans les maladies constitutionnelles, l'élimination des phénols est tantôt diminuée (anémie), tantôt augmentée (diabète, leucémie). Une diminution des phénols fut encore trouvée dans un cas de cirrhose hypertrophique, et dans un autre d'ileus. Dans tous ces cas l'augmentation ou la diminution des phénols n'était en aucun rapport avec l'intensité des putréfactions intestinales.

Abcès de la moelle.

M. Schlesinger a rapporté un cas d'abcès de la moelle chez un individu qui présentait en même temps un abcès de la prostate. L'abcès, bien circonscrit, s'étendait depuis l'extrémité inférieure de la moelle cervicale jusqu'à la moitié de la moelle thoracique. Il occupait principalement les cornes postérieures et la partie correspondante des cordons postérieurs. L'examen histologique montra que l'abcès s'était formé par propagation de la suppuration des méninges aux cornes postérieures.

L'examen bactériologique montra l'existence des staphylocoques.

Les abcès non traumatiques de la moelle sont extrêmement rares, puisque M. Schlesinger n'a trouvé dans la littérature que quatre cas analogues.

Livres déposés au Bureau du Journal

Précis d'auscultation, par le Dr E. Coiffier (du Puy). 3e édition avec 93 figures coloriées. Paris, J.-B. Baillière, 1894. 1 vol. in-18, cartonné, 180 pages, prix 14 francs.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Aptitude physique au service militaire. — Voici, d'après une récente instruction, la liste des cas qui feront classer les hommes dans les services auxiliaires :

1. La faiblesse de constitution, si après le troisième examen devant le conseil de revision elle ne nécessite pas l'exemption.

2. L'obésité qui n'aura pas motivé l'exemption par son développement excessif.

3. Le pityriasis et l'ichtyose, si le premier n'occupe pas de grandes surfaces et si le second n'est pas généralisé.

4. Les tumeurs bénignes, kystes, lipomes, etc., les cicatrices, siégeant dans des régions où elles seraient incompatibles avec le port des effets ou de l'équipement réglementaires.

5. Les nævi materni et les tumeurs érectiles qui sont peu développés ou qui, bien que volumineux et étendus, ne sont pas exposés à des pressions habituelles.

6. L'alopécie occupant une certaine étendue et indépendante du favus et de la pelade, les tumeurs bénignes du crâne : loupe, exostose; les productions cornées, les cicatrices qui n'ont d'autre inconvénient que d'apporter une gêne à la coiffure militaire : casque ou shako.

7. La perte du pavillon de l'oreille, si elle est totale; son adhésion partielle aux parois du crâne, ses déformations ou malformations, si elles sont peu étendues.

8. La perforation de la membrane du tympan sans complication d'otorrhée.

9. La laideur extrême, telle qu'elle est définie à l'article 73, lorsqu'elle ne suffit pas à conférer l'exemption.

10. Les mutilations de la face, telles qu'elles sont définies à l'article 75, lorsqu'elles ne suffisent pas à conférer l'exemption.

11. Le symblépharon qui, sans amener une grande gêne dans le mouvement des paupières, n'est pas un obstacle à la fonction visuelle.

12. La blépharite ciliaire ancienne sans renversement des paupières.

13. Les opacités de la cornée, les exsudats de la pupille, suivant le degré de diminution de l'acuité visuelle défini au paragraphe 2 de l'article 85.

14. La myopie supérieure à six dioptries, à condition que l'acuité visuelle soit ramenée par des vers concaves aux limites stipulées au paragraphe 2 de l'article 85 et qu'il n'y ait pas de lésions choroïdiennes étendues.

15. L'hypermétropie et l'astigmatisme, lorsqu'ils déterminent l'abaissement de l'acuité visuelle défini dans le paragraphe 2 de l'article 85.

16. Le strabisme fonctionnel, si la diminution de l'acuité visuelle est telle qu'elle est définie au paragraphe 2 de l'article 85.

17. La perte d'un grand nombre de dents si les gencives ne sont pas altérées et si la constitution du sujet est satisfaisante.

18. Le bec-de-lièvre congénital ou accidentel simple et peu étendu.

19. Le bégayement, quand il est assez prononcé pour empêcher de transmettre intelligiblement une consigne.

20. Les tumeurs du cou : le goître, les kystes séreux, les adénites peu développées, qui ne sont une cause de l'exclusion du service actif qu'en raison de la gêne causée par l'habillement militaire.

21. Les déformations de la poitrine : enfoncement ou saillie du sternum ou des côtes qui ne nuisent pas aux fonctions des organes internes; les arrêts de développement, les courbures vicieuses, les pseudarthroses de la clavicule, les déformations de l'omoplate qui n'entravent pas les mouvements des membres supérieurs.

22. Les hernies inguinale et crurale ne dépassant pas l'orifice externe du canal.

23. La cryptorchidie, lorsque le sujet présente les caractères généraux de la virilité.

24. Les difformités congénitales ou acquises qui n'entravent pas notablement leurs fonctions, telles que : un cal volumineux et même légèrement difforme; une incurvation modérée des membres supérieurs ou inférieurs; l'inégalité des membres supérieurs; le raccourcissement d'un membre inférieur s'il n'en résulte qu'une légère claudication.

25. Les varices, se présentant dans les conditions de non-acceptation pour le service actif stipulées article 231.

26. L'hygroma chronique, les kystes synoviaux assez prononcés pour exclure du service armé, ne compromettant pas néanmoins le jeu des articulations.

27. La raideur d'une articulation avec diminution légère de l'étendue des mouvements et qui ne nuit pas très sensiblement à l'action des membres, telles que : flexion incomplète de l'avant-bras sur le bras, la flexion incomplète de la jambe sur la cuisse, les mouvements opposés étant entièrement libres; la flexion permanente et complète de l'auriculaire de l'une ou l'autre main, la flexion incomplète de plusieurs doigts.

28. L'incurvation, la perte ou la mutilation des doigts ou des orteils, non compatibles avec le service actif, qui ne gênent pas notablement les fonctions de la main et du pied.

29. Les doigts et orteils surnuméraires, le chevauchement des orteils, les orteils en marteau, l'exostose sous-unguénale se présentant dans des conditions de non-acceptation pour le service actif.

30. Le défaut de taille constaté par le troisième examen devant le conseil de revision, après deux ajournements.

CLINIQUE MÉDICALE

Le traitement des phlébites des membres, par M. H. Vaquez, chef de clinique médicale à la Faculté (1).

Les pratiques nouvelles de la chirurgie et de l'obstétrique ont diminué dans de notables proportions la fréquence et la gravité des phlébites septiques. C'est au point que, pour décrire certaines de leurs formes, nous avons dû nous adresser, non à nos propres souvenirs, mais à des livres déjà anciens, contemporains d'une période d'histoire médicale qui n'est pas la nôtre. La phlébite consécutive aux interventions chirurgicales est aujourd'hui exceptionnelle, la phlébite puerpérale l'est moins; mais déjà il s'est passé dans son histoire un fait curieux, indiquant que sa fréquence est en pleine voie de décroissance. Alors que les anciens auteurs considéraient sa récidive, aux accouchements ultérieurs, comme un phénomène assez habituel, les auteurs modernes s'accordent à la regarder comme tellement rare qu'on pourrait en compter les cas. C'est avec juste raison que le professeur Pinard attribue ce changement aux soins plus méticuleux que prend l'accoucheur, quand un accouchement précédent a été suivi de quelque accident infectieux intéressant le système veineux.

Il est encore au pouvoir de l'accoucheur de prévenir un certain nombre de phlébites qui paraissent tout d'abord bien indépendantes des phlébites puerpérales. Nous voulons parler de ces phlébites variqueuses si fréquentes chez des femmes récemment ou anciennement accouchées et qui ont eu des varices de la grossesse. L'accouchement terminé et les varices ayant considérablement diminué, il semble que tout soit dit et qu'aucune prescription ultérieure ne soit nécessaire. Mais si l'on examine ces femmes quelques mois après l'accouchement, on voit que, sous l'influence de la marche, des fatigues, de la station debout, les varices se sont reproduites, entraînant même certains des accidents qui les accompagnent si souvent. C'est pourquoi il est absolument nécessaire de prescrire aux femmes qui ont eu des varices confluentes pendant leur grossesse de porter un bas-varices, soit à la première réapparition des dilatations veineuses, soit même comme moyen préventif.

Les phlébites d'ordre médical, ou dites spontanées, ne peuvent pas être prévenues de cette façon, mais il est bon de savoir que toutes les précautions d'hygiène et d'antisepsie que l'on doit observer pendant le cours et à la suite des maladies infectieuses ne contribuent pas peu à diminuer la fréquence des phlébites chez les convalescents. Celles-ci, en effet, n'empruntent pas seulement à la maladie première leurs germes pathogènes; le plus souvent, au contraire, c'est à des agents infectieux d'ordre banal qu'elles sont imputables; c'est pourquoi il importe de surveiller de près toutes les ulcérations ou eschares que peut présenter le tégument cutané, et de prévenir toute complication septique du côté de la bouche, des oreilles, etc.

Il n'est pas moins important, dans le cours ou à la fin des maladies infectieuses, à la suite d'un accouchement qui aura été suivi d'une élévation thermique, si faible soit-elle, d'examiner soigneusement et à fréquentes reprises l'état de la circulation veineuse des membres, surtout des membres inférieurs. Faire le diagnostic au moment de la période préoblitérante de la phlébite, c'est éviter souvent au malade des dangers et, tout au moins, l'ennui du long séjour au lit qu'entraînera l'oblitération définitive de la veine. L'interrogatoire du malade, la palpation des régions choisies d'ordinaire par la phlébite, la recherche de l'œdème unilatéral, même s'il n'atteint que le pied ou le mollet, permettront fréquemment de reconnaître une phlébite qui évolue encore sourdement. Dans ce cas alors l'immobilisation du membre légèrement élevé, l'emploi de faibles révulsifs ou d'applications chaudes pourront enrayer l'envahissement des veines par le processus phlébitique et prévenir leur oblitération.

Il est d'autres cas encore dans lesquels les mêmes soins anticipés devront être pris : ce sont ceux dans lesquels l'existence d'une phlébite se manifeste par des complications à distance alors que la phlébite elle même ne s'est pas encore révélée par ses symptômes propres. Ces cas constituent la forme que nous avons dénommée « phlébite latente à début embolique ». Nous en avons indiqué les caractères principaux. L'existence de douleurs intercostales subites, avec toux un peu quinteuse suivie ou non d'expectoration teintée, la répétition d'accidents thoraciques mal spécifiés chez des sujets capables de présenter des complications phlébitiques, sont alors des avertissements qu'il est bon de ne pas oublier.

Lorsque la phlébite est définitivement oblitérante, d'autres accidents, encore plus sérieux, deviennent possibles, ce sont ceux qui résultent de l'embolie pulmonaire. Prévenir ces accidents, calmer la douleur, voilà ce qui doit faire le fond de la médication. Pour prévenir les accidents emboliques, il faut immobiliser le membre, très légèrement élevé, dans une gouttière garnie d'ouate et remontant jusqu'à la racine de la cuisse. Il faut de plus que le tronc soit étendu sans pouvoir se courber, que la tête repose à plat sur le lit, sans oreiller. Le danger de l'embolie résulte surtout de la flexion de la cuisse sur le bassin; il faut donc à tout prix l'éviter. Quand la phlébite est double, c'est à l'emploi de la gouttière de Bonnet qu'il faut avoir recours. Elle seule permet alors de donner aux malades les soins nécessaires de propreté sans provoquer de trop grands mouvements. C'est le 30e jour après le début de la dernière oblitération phlébitique que l'on pourra relever la tête et le tronc du malade au moyen d'un oreiller; vers le 35e jour le décubitus latéral ne sera plus dangereux, mais l'on n'autorisera pas encore la flexion du tronc sur la jambe; au 40e jour enfin, le malade pourra s'asseoir, mais il sera encore prudent qu'il évite les mouvements brusques ou violents.

Nous croyons qu'une prescription ainsi méthodique est capable d'éviter à l'avenir tous les accidents qui résultent de la phlébite et qu'il importe de faire disparaître complètement, car cela est, à moins d'indocilité du malade, au pouvoir du médecin. C'est pour cela aussi qu'il est nécessaire de n'enlever la gouttière qu'au 40e jour, afin que le malade ne se croie pas autorisé à une liberté de mouvements plus grande que celle qui lui a été accordée. Retirer la gouttière ou l'appareil contentif à un phlébitique vers le 25e jour est le plus mauvais service qu'on puisse lui rendre.

Pour calmer les douleurs, l'enveloppement ouaté sera souvent à lui seul suffisant; parfois l'application de sachets de sable fin, suivant la façon indiquée par Trousseau, sera propice à amener une sédation marquée. Les onctions avec la pommade belladonée ou avec des liniments calmants ne doivent jamais être faites que par le médecin lui-même. Il est facile, malgré toute la confiance qu'on peut avoir en son aide, de comprendre l'importance de cette recommandation. Enfin, au besoin, l'emploi d'injections de morphine sera un sûr moyen de calmer les vives douleurs des premiers jours; de même

(1) Extrait de la *Clinique médicale de la Charité*, par M. le Professeur Potain, avec la collaboration de MM. François-Franck, H. Vaquez, E. Suchard, P.-J. Teissier. Paris, 1 vol. gr. in-8, librairie G. Masson. Prix : 30 fr.

des suppositoires belladonés, des lavements laudanisés viendront facilement à bout des souffrances qui peuvent s'irradier vers le bassin et les organes qui y sont contenus.

Peut-on, avec une médication appropriée, aider à la résolution de l'œdème et au retour de la circulation complémentaire? Certains auteurs le pensent, et c'est dans ce but que le professeur Pinard prescrit l'application de compresses trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque sur les membres atteints de phlébite, jusqu'à production d'un érythème vésiculeux. Les avantages de cette médication sont exposés dans la thèse de son élève Mlle Rosenthal (1), et acceptés par MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage (2) dans leur récent traité.

Lorsque le malade commence à se lever, l'emploi du bas-varices est de toute nécessité, mais il peut arriver qu'il soit mal supporté dans les premiers temps. Dans ces cas alors l'enroulement d'une bande de flanelle, coupée dans le biais de la pièce, et appliquée méthodiquement, sans serrer, de l'extrémité des orteils à la racine de la cuisse, accoutume le malade à une compression ultérieure un peu plus forte.

Le traitement des accidents consécutifs à la phlébite nécessite un soin très attentif, car ces accidents sont d'ordinaire pénibles et persistants. Il est de règle que, lorsqu'ils se produisent, sous forme de crises douloureuses ou d'œdème récidivant, on prescrive de suite le repos au lit. L'œdème disparaît d'ordinaire, mais les douleurs persistent trop souvent et, trop fréquemment aussi, le membre s'atrophie. C'est la peur de voir apparaître soudainement une embolie qui fait ainsi mettre à nouveau au lit les anciens phlébitiques, quelles que soient l'ancienneté et la cause de leur phlébite. Mais il faut savoir que cette crainte, d'ordinaire injustifiée, peut être fort préjudiciable au malade. Il n'est pas rare de rencontrer de malheureux patients que la terreur de l'embolie immobilise jusqu'à la cachexie. Il importe donc de ne pas se laisser entraîner à une inaction que souvent rien ne justifie.

Dans les cas de déformations atrophiques précoces, telles qu'elles apparaissent parfois chez les nouvelles accouchées (Verneuil), avec contractures névropathiques, le traitement de choix est l'hydrothérapie tiède suivie de massage. Cette opinion peut paraître paradoxale, elle est pleinement justifiée et n'implique aucun danger. MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage se rattachent d'ailleurs à ce mode de traitement, et il ne nous paraît nullement passible des reproches que Becker et Litten (3) lui ont faits récemment. Il importe cependant de distinguer les différents cas qui se peuvent présenter. Si l'on a affaire à une phlébite puerpérale parvenue au 60e jour de son évolution, l'œdème ayant depuis longtemps disparu ou considérablement diminué, il ne faut pas se laisser effrayer par les phénomènes douloureux qui peuvent encore persister. Les contractures et l'atrophie qui retiennent encore la malade au lit seront avec avantage traitées par des douches tièdes d'abord, chaudes ensuite, suivies de courtes séances de massage. Dans les premières séances, le massage devra être superficiel et s'adresser simplement aux téguments, sans comprendre encore les masses musculaires : plus tard et progressivement il aura pour but de remédier à l'atrophie des muscles du mollet et de la cuisse.

(1) Rosenthal, *Quelques considérations sur la phleg. alba dol. et son traitement*, Paris, 1892.
(2) Ribemont-Dessaignes et Lepage, *Précis d'obstétrique*, Masson, 1894.
(3) *Soc. de méd. de Berlin*, 15 janvier 1894.

On pourra éviter de pratiquer le massage directement sur la région des gros vaisseaux de la racine de la cuisse, et dans ces conditions on sera assuré de n'avoir aucun reproche à se faire. Il serait d'ailleurs bien difficile d'admettre qu'il puisse y avoir un danger quelconque à faire pratiquer le massage par des mains expérimentées, chez un sujet à qui l'on ne se croit plus en droit d'empêcher les mouvements du membre atteint de phlébite. Les contractions musculaires, si légères soient-elles, que nécessitent ces mouvements, ont une action bien plus énergique sur les vaisseaux veineux, et cependant l'expérience nous a appris qu'elles sont impuissantes à détacher, après le 60e jour écoulé, un fragment du caillot, définitivement adhérent à cette époque.

Si la phlébite a succédé à une maladie aiguë infectieuse (fièvre typhoïde, grippe, etc.), les indications pourront être analogues. Ces phlébites ne s'accompagnent généralement pas de troubles trophiques semblables à ceux qui peuvent compliquer les phlébites puerpérales, mais il n'est pas exceptionnel qu'elles soient suivies à longue échéance, et surtout chez la femme, de douleurs persistantes avec atrophie réelle, bien que non apparente parfois, des masses musculaires. Dans ces conditions, l'hydrothérapie tiède et le massage seront encore des agents thérapeutiques efficaces. M. Saquet (1) a communiqué récemment à la Société de médecine de Nantes un cas de phlébite ancienne, traité avec le plus grand succès par le massage. L'œdème reparaissait quotidiennement depuis 6 mois, l'atrophie musculaire s'aggravait, amenant une difficulté extrême de la marche. Le massage détermina, à la fin de la première semaine, une amélioration notable, suivie rapidement de guérison. En procédant de la même façon, nous avons pu, dans deux cas analogues, amener une sédation rapide des douleurs et un retour des mouvements dans des muscles atrophiés.

L'emploi de l'électricité peut rendre également de grands services, mais il ne nous paraît pas pouvoir convenir au cas où les douleurs sont intenses. Parfois l'électricité les exaspère d'une façon tout à fait fâcheuse, surtout si elle est maniée un peu aveuglément. Dans les cas où le membre est très atrophié, sans que les phénomènes douloureux soient bien marqués, le traitement électrique pourra être avantageusement employé.

Ces différents modes de traitement devront être laissés de côté lorsque l'on aura affaire aux phlébites récidivantes des variqueux ou des goutteux. Chez ces malades les dangers pourraient être trop réels : l'immobilisation, au moment des poussées aiguës, une très légère compression, quelques pratiques hydrothérapiques lorsque l'affection rétrocède, constitueront la médication de choix.

Pour ces cas, de même que pour ceux de phlébites rebelles aux traitements précédemment indiqués, l'emploi des eaux thermales peut être d'un utile secours. Les eaux chaudes de Plombières ou les eaux tièdes de Bagnoles nous ont semblé à diverses reprises amener une sédation marquée des accidents. Nous avons notamment connaissance de plusieurs observations où la cure hydrothérapique de Bagnoles, accompagnée ou non, suivant les cas, des pratiques du massage et de l'électricité, a permis d'obtenir une guérison, parfois durable, d'accidents post-phlébitiques, en apparence incurables. L'emploi des eaux et boues de Dax a plutôt son indication lorsqu'il y a des troubles persistants du côté de la peau ou des muscles.

(1) *Mercredi médical*, 1er novembre 1893.

REVUE DES JOURNAUX

Accouchement provoqué par l'injection de glycérine (Zur Technik der Einleitung der kunstlichen Fruhgeburt), par Mueller (*Munch. med. Woch.*, 1894, n° 4, p. 63). — L'auteur rapporte un cas de clinique de Winckel où l'on essaya de provoquer l'accouchement avant terme par le procédé de Pelzer (injection de 100 gr. de glycérine entre les membranes de l'utérus) chez une femme chez laquelle l'accouchement prématuré fut extrêmement difficile à provoquer dans trois grossesses antérieures.

L'opération de Pelzer, faite avec toutes les rigueurs de la méthode antiseptique et avec de la glycérine stérilisée, eut un prompt effet, et la femme accoucha au bout de 18 heures d'un premier enfant, et 30 heures après d'un second. Seulement, cette injection fut suivie au bout de 15 minutes d'une réaction effrayante : la température monta à 40°, la dyspnée devint considérable, des frissons se manifestaient à chaque moment. Tout se calma pourtant au bout de 24 heures. La femme guérit avec des suites de couches tout à fait normales.

En analysant la réaction en question — qui, d'après l'auteur, doit faire rejeter le procédé de Pelzer, — l'auteur montre qu'elle ne tenait ni à une infection, ni à une intoxication par la glycérine, mais à une excitation réflexe du centre thermique.

Laparotomie pour péritonite tuberculeuse, par Chrétien (*Poitou méd.*, 1893, n° 12). — L'observation se rapporte à une femme de 26 ans, laparotomisée pour une péritonite tuberculeuse, datant de quatre ans. Le péritoine, épaissi et couvert de granulations qu'on retrouvait aussi sur l'intestin, renfermait quatre à cinq litres d'un liquide verdâtre transparent enkysté seulement par en bas, vers le petit bassin. Guérison radicale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Préservation de la cécité.

M. Charpentier lit un rapport sur une demande d'avis de M. le Ministre de l'Intérieur concernant les instructions publiées par l'Association Valentin Haüy sur les moyens d'éviter la cécité des nouveau-nés.

Il lui paraît impossible de faire entrer dans la pratique courante les conseils donnés par cette association et préférable de s'en tenir aux préceptes inscrits dans le rapport de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance, à savoir : « dès les premiers moments qui suivent la naissance de l'enfant, la sage-femme doit lui laver tout spécialement les yeux avec de l'eau que l'on a fait bouillir pour la purifier et que l'on emploiera tiède ».

Eaux minérales.

M. Albert Robin. — La commission des eaux minérales a examiné la question soulevée mardi dernier par MM. Moissan et Grimbert. Elle admet que les manœuvres de la gazéification, de l'embouteillage et du décantage sont les principales causes de l'infection microbienne d'eaux qui sont pour la plupart parfaitement pures à leur griffon. Dans ces conditions, la commission propose d'émettre le vœu, qu'adopte l'Académie :

« L'Académie persiste dans l'opinion déjà formulée qu'on doit surseoir à l'autorisation de toutes les eaux minérales qui ont subi le décantage ou la gazéification.

L'autorisation ne sera accordée que si l'eau en instance ne contient aucun bacille pathogène.

Le laboratoire de l'Académie sera doté du local, du personnel et des appareils nécessaires pour que la Commission puisse étudier la bactériologie de l'eau dont on sollicite l'autorisation, afin que l'eau ne soit autorisée que si elle joint la pureté microbienne à la stabilité de sa composition chimique.

Aux époques d'épidémie où la population a souvent recours aux eaux minérales dans la crainte de la contamination des eaux d'alimentation, l'Académie a le devoir de signaler aux pouvoirs publics le danger que fait courir aux consommateurs l'infection microbienne de certaines eaux minérales et d'insister pour qu'il ne soit mis en vente que de l'eau dont l'Académie aura le moyen de constater la parfaite innocuité.

Sanatorium.

M. Pamard (Avignon) rend compte de l'installation d'un sanatorium interdépartemental pour les départements du Vaucluse et du Gard, à l'usage des enfants pauvres dans la vallée du Vialaret.

Comité secret.

Sur un rapport de M. Polaillon, la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de chirurgie est fixée ainsi qu'il suit : 1° M. Dezanneau (d'Angers), 2° M. A. Hergott (de Nancy), 3° *ex æquo* MM. Auffret (de Brest), Combalat (de Marseille), Gaulard (de Lille) et Poncet (de Cluny).

SOCIETE D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 19 mars 1894.

Présidence de M. Royer, vice-président.

Les névropathes à Bagnères-de-Bigorre.

M. Cazaux lit un rapport sur un travail de M. Gandy (Bagnères-de-Bigorre). L'auteur, s'appuyant sur la pratique qui fait de Bagnères-de-Bigorre le rendez-vous des névropathes, des arthritiques, des herpétiques, des malades enfin qui offrent un trouble dans leur nutrition, s'est appliqué à préciser les indications en ce qui concerne les névroses, et principalement la neurasthénie.

Le climat de Bagnères semble particulièrement favorable à ces malades : la température moyenne est de 11°, la pression moyenne de 715 millim., l'humidité relative, cette dernière condition étant beaucoup plus favorable que la sécheresse.

Des 37 sources minérales de la station, réparties en 11 établissements, les unes sont sulfatées calciques, donnant la note dominante et principalement utilisées dans le traitement des névroses, les autres ferrugineuses. Les premières ont une température variant de 21° à 51°, et fournissent deux millions et demi de litres par jour; en plus du sulfate de chaux, elles renferment de la magnésie, du fer et de l'arsenic. Cette classe d'eaux, disait M. Durand-Fardel, fournit des médications spécialement externes, à caractère généralement sédatif, et dont les indications tendent à se confondre avec celles des indéterminées.

L'auteur passe en revue la clinique thermale de Bagnères, comprenant la neurasthénie avec ses formes diverses, l'hystérie simple ou dans ses rapports avec les diathèses, enfin l'épilepsie, la chorée, la maladie de Basedow, les névralgies viscérales et périphériques; un dernier chapitre est consacré aux névroses chez l'enfant et chez la femme avec les indications qui découlent de leur mode de sentir et de réagir.

La conclusion est que, si Bagnères est efficace dans un grand nombre d'états morbides que les auteurs ont multipliés outre mesure, elle est surtout la station des névropathes simples ou arthritiques. Aux premiers conviennent les bains dont *Salut* est le type, aux autres conviennent le *Foulon* et les sources similaires.

M. Caulet regrette que M. Gandy n'ait pas défini ce qu'il entendait par *neurasthénie*. Sans doute, Charcot désignait ainsi un type morbide nettement caractérisé quoiqu'un peu artificiel; mais depuis, l'on a confondu sous ce nom une foule de conditions névropathiques différentes, depuis l'irritation spinale jusqu'à ce sentiment habituel de fatigue musculaire et de paresse générale compatibles avec la santé. De plus, tous ces états peuvent être essentiels, plus ou moins primitifs ou secondaires. Il y aurait certainement lieu de les étudier dans leurs rapports avec la médication thermale et les diverses cures hydro-minérales.

Elections.

M. Boursier (Contrexéville) est élu membre titulaire.

Dr Ray. Durand-Fardel.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 *mars* 1894.

Les nerfs glycosécréteurs.

MM. Morat et **Dufour**. — De l'étude à laquelle nous nous sommes livrés sur ce sujet il résulte que l'on peut, en dehors de toute circulation, de tout déplacement du sang à travers le foie, par la seule excitation des nerfs de cet organe, provoquer la destruction de son glycogène. Cette destruction peut atteindre plus de la moitié de sa quantité totale en un laps de temps n'excédant pas vingt minutes. Il n'y a donc aucun doute que le système nerveux a, sur les éléments du foie, une action directe, c'est-à-dire indépendante de celle qu'il exerce sur le cours du sang par les vaisseaux et comparable, en somme, à celle des nerfs moteurs sur les muscles.

En appelant cette action une action *directe*, nous ne voulons même dire que cela, car il est bien vraisemblable que les différents nerfs centrifuges, pour exciter tant d'actes divers dans les parenchymes où ils se rendent, doivent présenter à leurs extrémités des modes de terminaison en rapport fonctionnel avec chacun de ces actes.

Séance du 12 *mars* 1894.

Influence du temps sur l'absorption de l'oxyde de carbone par le sang.

M. Gréhant. — Si l'on fait préparer dans un grand gazomètre un mélange de 600 litres d'air et de 600 c. c. d'oxyde de carbone pur, on peut faire respirer ce mélange ainsi titré à 1/1000e pendant deux heures et demie à un chien du poids de 6 kilogrammes. En prenant de demi-heure en demi-heure un échantillon de sang artériel égal à 25 c. c., on extrait à l'aide du vide et de l'acide acétique bouillant l'oxyde de carbone absorbé, qui est analysé chaque fois à l'aide du grisoumètre.

Les résultats suivants ont été obtenus au bout de :

Une demi-heure...	6 c. c.	CO pour	100 c. c.	de sang
Une heure........	9 — 2		—	—
Deux heures......	10 —		—	—
Deux heures 1/2...	9 — 3		—	—

On voit donc que chez l'animal la proportion d'oxyde de carbone a augmenté dans la seconde demi-heure de 3 c. c. 2, puis qu'elle est restée sensiblement constante dans les heures suivantes.

Dans une autre expérience conduite de la même manière, j'ai fait respirer un mélange à 1/10000e, c'est-à-dire que 100 litres d'air contenaient seulement 10 c. c. d'oxyde de carbone pur, et j'ai obtenu au bout de :

Une demi-heure...	1 c. c. 42	CO pour	100 c. c.	de sang
Une heure........	2 — 05		—	—
Une heure 1/2.....	2 — 9		—	—
Deux heures......	3 — 15		—	—
Deux heures 1/2..	3 — 6		—	—

On voit ici que la quantité d'oxyde de carbone absorbée par le sang a été toujours en augmentant, ce qui montre qu'il existe une différence complète, impossible à prévoir, entre la marche de l'absorption du gaz toxique par le sang, quand on fait respirer des mélanges d'air et d'oxyde de carbone à 1/1000e et à 1/10000e.

De la présence d'un microbe polymorphe dans la syphilis.

M. Golasz. — J'ai trouvé, en 1888 d'abord, sous forme de bâtonnets, dans des végétations syphilitiques, un bactérium rappelant par sa morphologie le bacille de la tuberculose, mais en différant par certains caractères ; puis, en 1890, dans un cas de syphilis aiguë, suivi de mort, les mêmes bâtonnets accompagnés de cellules ovoïdes (spores) et de nombreux filaments articulés présentant une longueur moyenne de 60 μ.

De l'association de ces formes j'ai cru pouvoir conclure à l'existence d'un microbe polymorphe appartenant à une espèce très voisine des leptothrix et des cladotrix, mais plus rapprochée de cette dernière. J'ai cherché ensuite à cultiver ce microbe, et je n'y suis parvenu, après un certain nombre d'expériences, qu'en employant, comme terrain de culture une solution aqueuse de nucléine provenant de la rate de sujets indemnes de syphilis.

Séance du 5 *février* 1894.

Atténuation du venin de vipère par la chaleur et vaccination du cobaye contre ce venin.

MM. Phisalix et **Bertrand**. — En raison des caractères communs au venin de la vipère et aux toxines microbiennes dont nous avons parlé naguère (Voir *Mercredi médical*, 1894, p. 27), nous avons cherché à poursuivre l'étude de ces analogies dans un autre sens. Déjà, plusieurs expérimentateurs, en particulier M. Roux, avaient été frappés de la ressemblance qui existe entre le venin des serpents et les toxines microbiennes, telles que le poison diphthéritique. Cette comparaison est venue à l'esprit de plusieurs physiologistes le jour où il a été démontré que les microbes agissent par leurs poisons solubles. Il était donc rationnel de rechercher si le venin de vipère possédait ces propriétés dont l'étude a été si féconde en résultats, grâce aux travaux de Pasteur, Chauveau, Roux, Bouchard, Charrin, etc. Ce sont les propriétés vaccinantes qui ont tout d'abord attiré notre attention, et nous les avons fait apparaître par l'emploi méthodique de la chaleur. Nous avons été favorisés par ce fait que nous opérions sur des doses pondérables, dans des conditions identiques, sans que des influences secondaires pussent venir troubler nos expériences. Nous savions que la *dose minima* mortelle pour un cobaye de 500 grammes est de 0 milligr. 3 de venin sec. La mort arrive en moins de dix heures. Le critérium de l'atténuation était donc facilement appréciable. Après un quart d'heure de chauffage à 60°-70°, l'atténuation du venin est très sensible, il n'amène plus la mort qu'au bout de trente-six à quarante-huit heures. A partir de 75°, l'action de la température devient très manifeste : *l'animal survit à l'inoculation*. Après un chauffage à 80°-90° pendant cinq minutes, on n'observe même plus les symptômes légers d'échidnisme qui se produisent quelquefois avec le chauffage à 75° pendant cinq minutes. Bien plus, la température, au lieu de s'abaisser, s'élève d'un degré et demi. Les accidents locaux manquent toujours. Toutefois, par une courte application d'une température élevée (venin porté à l'ébullition en vingt secondes, puis refroidi), nous avons obtenu un résultat inattendu : les phénomènes locaux disparaissent, tandis que les phénomènes généraux persistent et entraînent la mort en vingt-quatre à quarante-huit heures.

Une dissociation si nette sous l'influence de la chaleur nous a fait concevoir des modifications plus importantes et nous nous sommes demandé si le venin chauffé dans des conditions favorables ne deviendrait pas un vaccin contre le venin entier.

Des cobayes inoculés avec 0 milligr. 3 de venin chauffé à 75°, 80° et 90°, sont éprouvés au bout de quarante-huit heures avec 0 milligr. 3 de venin entier. Or, non seulement ces cobayes ne succombent pas, mais encore ils ne présentent aucun symptôme appréciable d'envenimation. Si au lieu de 0 milligr. 3, on inocule 0 milligr. 6 de vaccin, l'animal supporte 0 milligr. 6 de venin entier.

Nous avons répété ces expériences un grand nombre de fois, toujours avec le même succès. Il nous resterait à exposer un certain nombre de données sur les conditions les plus favorables de durée, de solidité et d'intensité de la vaccination ainsi que sur le mécanisme de cette vaccination. Nous nous réservons de le faire ultérieurement.

Disons toutefois, dès maintenant, qu'il se produit dans le sang des animaux vaccinés des modifications importantes, analogues à celles que l'on a découvertes pour le tétanos.

En résumé, dans les substances toxiques du venin, il y a lieu de distinguer : 1° une substance à *action phlogogène*, comparable à certaines diastases, à laquelle nous proposons de donner le nom d'*échidnose* ; 2° une substance à *action générale*, qui impressionne vivement le système nerveux, trouble le fonctionnement de l'appareil vaso-moteur et suffit pour amener la mort ; ses effets se traduisent, chez le cobaye, par une hypothermie considérable : nous l'appellerons *échidnotoxine*. En solution étendue, ces deux substances sont considérablement modifiées, sinon détruites, par une température voisine de 75°. Le venin, ainsi chauffé, acquiert des propriétés vaccinantes, soit parce que la chaleur respecte des substances douées de ces propriétés, soit parce qu'elle en fait naître aux

dépens des matières toxiques. Mais ce sont là des hypothèses dont la justification exige encore de nouvelles recherches.

Nous avons cru utile de rapprocher de la communication précédente les débats qui ont eu lieu sur le même sujet à la *Société de Biologie* (séances du 10 février et du 3 mars) entre MM. Calmette d'une part, Phisalix et Bertrand d'autre part.

M. A. Calmette. — La note communiquée tout récemment à l'Académie des sciences par MM. Phisalix et Bertrand, au sujet de l'atténuation du venin de vipère par la chaleur et de la vaccination du cobaye contre ce venin, me détermine à faire connaître dès maintenant quelques résultats des recherches que je poursuis depuis plusieurs mois sur ce même sujet.

J'ai pu étudier simultanément le venin de quatre espèces différentes de serpents :

Celui du cobra capel (*maja tripudians*);

Celui de la vipère de France (*pelias berus*);

Celui de deux serpents très dangereux d'Australie, le serpent noir (*pseudechis phorphyriacus*) et le serpent-tigre (*hoplocephalus curtis*).

La dose mortelle de ces venins est très variable suivant l'espèce animale dont on se sert pour les expériences. Pour le lapin, les doses de venin sec, mortelles en moins de douze heures, par injection sous-cutanée, sont les suivantes :

Venin de cobra capel, 0 milligr. 25 par kilogramme de lapin;

Venin de serpent-tigre, 0 milligr. 29 par kilogramme de lapin;

Venin de serpent noir, 1 milligr. 25 par kilogramme de lapin;

Venin de vipère de France, 4 milligrammes par kilogramme de lapin.

Tous ces venins sont extrêmement résistants à l'action de la plupart des agents chimiques qui précipitent ou modifient plus ou moins les albumines. Même par mélange direct, *in vitro*, ils résistent un certain temps à l'action des acides, du bichlorure de mercure, du nitrate d'argent, de l'eau iodée et de la solution de Gram, du trichlorure d'iode, de l'eau oxygénée, du chlorure de platine.

Ils sont détruits, au contraire, très rapidement, par mélange direct et *in vitro*, par le permanganate de potasse, l'acide chromique, le persulfate d'ammoniaque, la soude ou la potasse en solutions très concentrées, l'hypobromite de soude, le chlorure d'or, le chlorure de chaux et les hypochlorites alcalins.

Tous ces venins subissent, par le chauffage, certaines modifications dans leurs effets, mais leur toxicité n'est détruite qu'à des températures voisines de 100°.

MM. Phisalix et Bertrand soutiennent que le venin de vipère chauffé cinq minutes à 75° n'est plus toxique pour le cobaye, et qu'il est même possible de vacciner cet animal contre le venin de vipère en lui inoculant 0 milligr. 3 de venin chauffé cinq minutes à 75°, 80° et 90° : « Dès après quarante-huit heures, les cobayes ainsi traités peuvent recevoir impunément, disent ces expérimentateurs, 0 milligr. 3 de venin entier sans succomber. Si, au lieu de 0 milligr. 3 on inocule 0 milligr. 6 de venin chauffé, l'animal supporte 0 milligr. 6 de venin entier. »

Je dois déclarer que, dans mes expériences, le venin de vipère de France, chauffé cinq minutes à 75°, 80° et 90°, s'est toujours montré toxique aux mêmes doses que le venin non chauffé. La survie des animaux est seulement plus longue, et il n'y a pas d'œdème local au point d'inoculation.

Quant à l'immunisation par les venins chauffés, — immunisation toute relative que j'avais déjà réalisée dès 1892 pour le venin de cobra, — elle n'est possible qu'à la condition de répéter pendant longtemps les injections de venins chauffés jusqu'à limite de leur toxicité. Encore n'est-ce point une immunisation véritable, car elle ne fait que donner aux animaux le pouvoir de résister à une dose de venin non chauffé à peine supérieure à la dose mortelle. Dès que cette dose est dépassée, les animaux succombent.

J'ai réussi à donner aux lapins une immunité solide contre une dose au moins huit fois mortelle de venin de cobra et de venin de vipère, à l'aide de trois procédés différents :

1° L'accoutumance à des doses progressives de venins dilués;

2° L'injection d'une dose plusieurs fois mortelle de venin pur, suivie d'une guérison par les méthodes que j'indiquerai ci-après;

3° L'injection, plusieurs fois répétée, de mélanges de venin à dose mortelle avec des quantités décroissantes de chlorure d'or ou mieux encore d'hypochlorites de chaux ou de soude.

La première méthode est la moins commode : elle ne réussit qu'à condition d'échelonner les inoculations venimeuses à des intervalles de huit à dix jours.

Dans tous les cas, et quelle que soit la méthode employée, l'immunisation n'est jamais réalisée avant un minimum de trois semaines, et elle ne se produit qu'à condition que l'animal ait été malade.

Le sérum des animaux immunisés est *antitoxique, préventif* et *thérapeutique*, non seulement à l'égard du venin qui a servi à immuniser l'animal, mais même à l'égard de venins d'autre origine.

Une dose de 3 c.c. du sérum d'un de mes lapins immunisés contre le venin de vipère, mélangée, *in vitro*, avec 0 gr. 016 milligr. de ce venin, dose capable de tuer 4 kilogrammes de lapin, rend ce venin inoffensif. Cette dose du même sérum détruit aussi l'activité de 0 gr. 001 milligr. de venin de cobra capel, dose également mortelle pour 4 kilogrammes de lapin.

L'injection *préventive* de 4 c.c. de sérum de lapin immunisé à un lapin neuf permet à celui-ci de supporter sans malaise une dose quatre fois mortelle de venin pur. L'inoculation du venin peut être effectuée sans danger une heure et demie après l'injection sous-cutanée de sérum préventif.

Enfin, j'ai dit que ce sérum était également *thérapeutique* : mes expériences sur l'animal m'autorisent à espérer beaucoup, pour l'application à l'homme, dans cet ordre d'idées.

Avec 3 c.c. de sérum immunisant contre le venin de vipère, injectés par moitié sous la peau et dans les veines d'un lapin envenimé depuis une heure par 0 gr. 012 milligr. de venin de vipère, on obtient une guérison parfaite.

Avec la même dose de sérum immunisant contre le venin de vipère, on peut également guérir un animal inoculé depuis dix-sept minutes avec une dose quatre fois mortelle de venin de cobra.

Avec sérum des lapins immunisés contre le venin de cobra, on a des résultats semblables.

Tous ces faits, très remarquables, montrent combien les venins se rapprochent étroitement, par leurs propriétés chimiques et physiologiques, des toxines diphthériques et tétaniques.

Ils montrent aussi que, si la composition chimique des venins diffère, comme on l'a pensé jusqu'ici, suivant l'espèce de serpent qui les fournit, les différences constatées par l'analyse s'appliquent à l'excipient et non à l'élément toxique, qui n'existe dans le venin qu'en quantité tout à fait impondérable.

En ce qui concerne le traitement des morsures de serpents venimeux, j'ai constaté que les hypochlorites alcalins, celui de chaux surtout, donnent des résultats constamment meilleurs que ceux qu'on obtient par le chlorure d'or.

Ces corps agissent efficacement dans l'organisme, grâce au dégagement plus ou moins rapide et continu d'acide hypochloreux qu'ils produisent. J'emploie actuellement, de préférence, le chlorure de chaux en solution à 1/12e, que je dilue au moment de l'usage, de manière à amener la dilution à 1/36e. Le dégagement d'acide hypochloreux s'opère dans ces conditions beaucoup plus activement, ainsi que l'a constaté E. Fernbach, et les injections sous-cutanées ou intra-musculaires de ce liquide ne provoquent aucune douleur. Ces injections doivent être faites suivant la même technique que j'ai indiquée autrefois pour le chlorure d'or.

Avec le chlorure de chaux, on peut intervenir beaucoup plus tardivement qu'avec la solution à 1 0/0 de chlorure d'or, celle-ci se décomposant très vite dans les tissus. Pour une dose de 0 gr. 002 milligr. de venin de cobra ou de 0 gr. 002 milligr. de venin de serpent-tigre d'Australie, capable de tuer en une heure et demie environ un lapin de 2 kilogrammes, on guérit toujours les animaux lorsqu'on injecte la solution de chlorure de chaux moins de vingt minutes après l'inoculation venimeuse. On guérit encore très souvent au bout de vingt-cinq minutes. La limite d'intervention efficace est de vingt-cinq à trente minutes.

Cette limite peut cependant être dépassée, si on soutient l'énergie cardiaque par une dose appropriée de morphine. J'ai traité ainsi avec succès deux lapins qui avaient reçu 0 gr. 002 milligr. de venin de cobra dans la cuisse, l'un trente minutes, et l'autre quarante-huit minutes avant mon intervention.

L'expérimentation sur l'animal nous fait donc concevoir l'espérance que l'on pourra traiter avec succès les personnes mordues, d'abord par des injections d'hypochlorites alcalins autour de l'inoculation venimeuse, et ensuite par les injections de sérum thérapeutique qui entraveront les phénomènes généraux produits dans l'organisme par l'envenimation ophidienne. On peut affirmer, dès maintenant, que le traitement des morsures de serpents venimeux par le chlorure de chaux est très efficace, et qu'il empêche sûrement la mort toutes les fois qu'on l'emploie avant l'apparition des symptômes d'asphyxie bulbaire.

M. Phisalix. — M. Calmette constate lui-même qu'après inoculation de venin chauffé à 75°, 80° et 90°, la survie des animaux est plus longue et qu'il n'y a pas d'œdème local: cela indique déjà une atténuation notable. En outre, s'il n'a pas obtenu les mêmes résultats que M. Bertrand et moi avons annoncés, cela tient aux conditions différentes dans lesquelles il s'est placé : 1° son venin de vipère a été recueilli dans de mauvaises conditions; 2° il a opéré le chauffage sur une solution de venin à 1 0/0, tandis que nous nous servions d'une solution à 1/5000; 3° les cobayes inoculés par M. Calmette étaient trop jeunes, — leur poids n'était que de 200 à 250 gr., — tandis que les nôtres pesaient en moyenne 500 grammes.

L'immunisation que M. Calmette a obtenue en 1892 était due à une accoutumance, et était toute relative. D'une manière générale, l'immunisation n'est jamais absolue, mais on peut affirmer que par le procédé de vaccination que nous avons indiqué, elle est beaucoup plus complète, plus rapide et moins dangereuse que par les méthodes de l'accoutumance progressive ou autre.

Les expériences négatives de M. Calmette ayant été faites dans des conditions différentes des nôtres, elles ne sauraient infirmer nos conclusions.

Dans notre précédente communication à l'Académie des sciences, M. Bertrand et moi avons montré que le venin de vipère convenablement chauffé est doué de propriétés vaccinantes. Ces propriétés ne se manifestent pas chez l'animal vacciné aussitôt après l'inoculation ; il faut un certain temps pour atteindre ce résultat. Sur une série de cobayes auxquels on a injecté la même dose d'*échidno-vaccin,* on fait l'inoculation d'épreuve après vingt-quatre, trente-six et quarante-huit heures. Or, tandis que le premier cobaye meurt aussi rapidement qu'un cobaye témoin, le deuxième résiste deux jours et le troisième survit. L'immunisation n'est donc pas produite directement par la matière vaccinante, elle résulte d'une réaction de l'organisme. Ce mécanisme rappelle l'action de la toxine tétanique que MM. Courmont et Doyon ont rapprochée de celle des ferments. L'*échidno-vaccin* provoque la formation dans le sang d'une substance antitoxique. Nous le démontrons de la manière suivante : des cobayes vaccinés avec 0 milligr. 5 de venin chauffé à 75° pendant cinq minutes sont sacrifiés quarante-huit heures après l'injection. Le sang défibriné ou le sérum mélangé à la dose de 15 c. c. avec 0 milligr. 3 de venin (supposé sec) est inoculé à des cobayes neufs dans la cavité péritonéale. Dans ces conditions, ces cobayes résistent parfaitement. Dans d'autres expériences, nous avons modifié les conditions en augmentant la dose d'*échidno-vaccin* dans le but d'accroître le pouvoir antitoxique. On peut alors dépasser notablement la dose mortelle de venin et inoculer sans danger 0 milligr. 5 de celui-ci mélangé à 12 c. c. de sérum antitoxique ; inversement, on peut diminuer la quantité de sérum antitoxique dans le mélange sans modifier les résultats. C'est ainsi que nous avons pu inoculer à un cobaye du poids de 380 grammes 0 milligr. 3 de venin dilué dans 3 c. c. de sérum antitoxique sans occasionner d'autre trouble qu'un abaissement passager de la température, 1°7. Au-dessous de 3 c. c., l'action antitoxique du sang diminue progressivement. Nous ferons remarquer ici que le sérum d'un cobaye vacciné permet de neutraliser, chez des cobayes neufs, les effets d'une quantité de venin beaucoup plus grande qu'il ne pourrait le faire chez cet animal lui-même ; il semble que la réaction vaccinale diminue la résistance de l'organisme.

Comme on peut le prévoir d'après ces expériences, la puissance antitoxique du sang est susceptible d'être augmentée dans des proportions considérables. On sait, du reste, qu'il en est de même pour les animaux immunisés contre le tétanos. Ce pouvoir antitoxique varie aussi suivant le mode d'immunisation. C'est ainsi que le sang de cobayes immunisés par accoutumance possède cette propriété, mais à un degré beaucoup plus faible que le sang des animaux immunisés par notre vaccination. En employant cette dernière méthode, qui n'offre aucun danger et qui permet d'inoculer des doses croissantes d'*échidno-vaccin,* nous espérons obtenir des modifications du sang suffisamment intenses pour qu'il puisse être utilisé comme agent curatif. Quelques résultats favorables nous encouragent dans cette voie, mais nous attendrons, avant de donner des conclusions définitives, d'avoir réuni un plus grand nombre d'expériences.

M. A. Calmette (*Séance du* 3 *mars*). — Il résulte des récentes expériences de MM. Phisalix et Bertrand d'une part, et de celles qui me sont personnelles d'autre part, que les divergences des résultats obtenus par chacun de nous s'expliquent grâce à la différence de toxicité qui existe entre les venins employés.

Celui que j'ai eu à ma disposition a une toxicité plus grande que celle du venin dont se sont servis MM. Phisalix et Bertrand, car il tue encore un cobaye de 500 grammes en huit à douze heures, à la dose de 0 milligr. 15 et, lorsque je le chauffe en tube clos, au bain-marie, pendant cinq minutes seulement, à 75° ou 80°, son activité reste à peu près la même.

Le sang des cobayes qui ont reçu des doses non mortelles de venin de vipère chauffé devient préservatif. Mais il en est exactement de même si, au lieu de venin chauffé, on inocule aux animaux une dose non mortelle de venin entier. Au bout de quarante-huit heures, le sang des cobayes inoculés dans ces conditions est déjà manifestement antitoxique.

On peut, aux procédés d'immunisation que j'ai déja fait connaître (venins modifiés par l'adjonction de substances chimiques, accoutumance, sérums immunisants), en ajouter un autre, lequel consiste à traiter préventivement les animaux par certaines substances chimiques sans mélange de venin.

Il suffira, par exemple, de pratiquer à des lapins, pendant quatre ou cinq jours consécutifs, une injection sous-cutanée de 6 à 8 c. c. d'une solution d'hypochlorite de chaux à 1/60e pour rendre ces animaux tout à fait réfractaires à l'inoculation d'une dose deux fois mortelle de venin.

M. Phisalix. — En modifiant les conditions expérimentales, M. Calmette a obtenu des résultats semblables à ceux que M. Bertrand et moi avions annoncés, à savoir l'atténuation du venin de vipère par la chaleur, et la vaccination du cobaye contre ce venin. Cela démontre une fois de plus la nécessité de préciser les moindres détails de l'expérimentation, si l'on veut établir un déterminisme rigoureux des phénomènes.

M. Chauveau. — Je désirerais savoir comment le venin employé par M. Calmette a été desséché et préparé. Voici pourquoi : j'ai observé de nombreuses morsures de vipères, j'ai vu en outre, dans mes laboratoires, faire de nombreuses inoculations de ce venin, et toujours j'ai constaté des accidents locaux caractéristiques. Dans les expériences de M. Calmette, il n'est pas question de ces accidents. Il serait donc très intéressant de connaître la méthode qui permet de supprimer les phénomènes locaux, tout en exaltant la virulence.

M. Calmette. — Le venin dont je me suis servi pour mes expériences ayant été préparé par M. Roux, je ne puis fournir à cet égard aucun renseignement précis.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 *mars* 1894.

Mort par la cocaïne.

M. P. Reclus argumente « un confrère de province » qui a adressé à la Société un cas de mort par la cocaïne, par lequel il démontre qu'il ne lit pas les Bulletins de la Société ou

qu'il les lit mal. Chez un homme de 72 ans, cardiaque artério-scléreux, après avoir abîmé le canal, l'auteur fit une tentative qu'il voulut faciliter en injectant dans l'urèthre « une vingtaine de grammes » d'une solution de cocaïne à 1/20 : à son grand étonnement, le malade mourut presque subitement. Une telle candeur nous désarmerait, s'il n'y avait pas eu mort d'homme. L'auteur dit « dose faible » et il ajoute : parce que c'était chez un vieillard, affaibli et cardiaque ; et c'est à ces dernières causes qu'il attribue la mort. Dose « folle », répond M. Reclus : 1 gr. environ alors que 0 gr. 15 est un maximum ; solution folle, à 1/20 alors qu'il ne faut pas dépasser 1/50. Il s'agit incontestablement d'un empoisonnement. L'auteur ajoute qu'il y a eu non pas injection dans le tissu cellulaire, mais seulement contact avec une muqueuse : il oublie que des cas analogues au sien avec des doses plus faibles (0 gr. 80, 0 gr. 60 même) ont déjà été publiés, et pour l'urèthre et pour le rectum ; qu'en particulier, pour le rectum, le suicide de Kolomine, après la mort de son malade, est classique.

M. Bazy se demande comment on peut injecter 20 gr. de liquide dans l'urèthre. Evidemment l'entrée de la vessie aura été forcée, et on sait que la vessie absorbe.

M. Marc Sée pense, pour expliquer la rapidité de la mort, qu'il faut tenir compte des solutions de continuité de l'urèthre. **M. Tuffier** pense de même qu'il y aura eu probablement pénétration directe dans les veines.

M. Verneuil regrette que l'auteur invoque comme circonstance atténuante l'état cardiaque du vieillard : c'était un motif de plus pour s'en tenir aux doses minimes.

Plaies du cerveau par balles de revolver.

M. Berger. — On m'a attribué, tout d'abord, des opinions et des paroles qui ne sont pas les miennes : je n'ai pas dit que les balles fussent aseptiques, mais que souvent elles se comportaient dans le cerveau comme si elles étaient aseptiques. Entre les deux propositions, il y a un abîme que je ne franchirai pas, car je ne suis pas bactériologiste.

Dans le débat qui a eu lieu entre interventionnistes et abstentionnistes, je crois qu'il y a avant tout une sorte de malentendu, et qu'en pratique nous nous comportons à peu près tous de même.

Un seul point, à vrai dire, est en discussion : faut-il trépaner pour une plaie partielle de revolver *sans aucun accident immédiat* ? M. Quénu affirme que le chirurgien prudent est alors celui qui trépane. Ici il faut considérer deux choses : les faits et la doctrine.

Les faits, d'abord. M. Quénu nous en donne trois : deux ont trait à des interventions secondaires, motivées par des accidents spéciaux; le troisième, à une plaie où la balle n'avait même pas ouvert la dure-mère et était ressortie en séton. Dans leurs opérations, M. Gérard Marchant, M. Tuffier ont fait œuvre très utile : mais eux aussi ont obéi à l'indication immédiate ou secondaire. Quant au fait de M. Terrier, il constitue bien une intervention primitivel ; mais il confirme les expériences de M. Delorme, si favorabes à l'abstention.

Je laisserai de côté les statistiques, car dans le cas actuel seule une statistique intégrale serait importante; et j'en arrive à la question de doctrine. Ici, c'est avant tout une question de tendance. M. Terrier et ceux qui le suivent, M. Quénu, par exemple, conseillent d'opérer toujours et de rechercher le corps étranger.

M. Quénu. — Je n'ai jamais dit cela.

M. Berger. — En ce cas, je m'arrête, et j'en viens au manuel opératoire de l'intervention. M. Gérard Marchant a recommandé, d'une façon tout à fait prudente et raisonnable, une intervention limitée, sans aller trop loin. Mais même ainsi l'innocuité n'est peut-être pas absolue ; même avec le trépan, l'ébranlement du crâne n'est pas nul. Et l'influence de ces opérations superficielles est-elle si capitale ? Il est permis d'en douter, car on laisse des corps étrangers, et c'est d'eux avant tout, que vous n'avez pas pu atteindre, que dépendra le résultat. D'autre part, proclamer l'indication constante de l'intervention immédiate, c'est inviter à la faire des praticiens qui n'auront pas toujours le tact nécessaire pour s'arrêter à temps. En pratique, mes contradicteurs et moi agissons à peu près de même et si j'avais une balle de revolver dans la tête je n'hésiterais pas à me confier aux soins de M. Quénu ou de M. Terrier. Mais tout le monde n'a pas leur valeur clinique et on aurait tort de prendre leurs paroles au pied de la lettre.

M. Prengrueber, chez un homme ayant une plaie à la tempe droite et des accidents par lésion corticale gauche (hémiplégie droite, aphasie) a trépané à gauche et n'a rien trouvé.

M. Verneuil constate qu'en 1887 la Société a été unanime en faveur de l'ablation, pour laquelle M. Terrier s'est prononcé avec son dogmatisme bien connu : il devrait bien nous dire pourquoi il a trouvé son chemin de Damas. M. Verneuil en est resté à son opinion de 1887. D'ailleurs, comme il l'a dit dans la thèse d'Esprit, il ne touche pas souvent aux balles de revolver. Pour les coups de feu au crâne, il se souvient, dans sa pratique, des cas suivants :

Trois balles dans le conduit auditif externe, dont 2 avec issue de substance cérébrale; 3 guérisons;

Une à la région occipitale, guérison ;

Une autopsie ayant prouvé que l'extraction eût été impossible;

Une plaie frontale, mort d'accidents cérébraux 2 ans après.

Une observation que M. Verneuil a déjà publiée dans son mémoire sur les névralgies paludiques et où d'ailleurs la pénétration n'est pas probable (balle sentie dans la peau à 5 m. de la plaie d'entrée).

Avant de préconiser l'intervention, il faudrait catégoriser les faits et répondre, en particulier, aux trois questions suivantes :

1° Combien de fois l'exploration a-t-elle conduit sur le projectile ? à peu près jamais.

2° Combien de fois, l'exploration ayant été positive, a-t-on pu extraire le projectile ?

3° Quand on a pu ainsi explorer et extraire, la guérison est-elle plus fréquente qu'après l'abstention ?

M. Quénu. — Les partisans de l'abstention, dans le cas de plaie pénétrante du crâne, procèdent cependant à une désinfection au niveau des parties molles, en rasant le cuir chevelu autour de la plaie, en lavant soigneusement celle-ci, et en enlevant tous les corps étrangers qu'elle peut renfermer. Lorsque nous intervenons par la trépanation, nous ne faisons que pousser les choses plus loin, en agrandissant la plaie du crâne à la pince-gouge et en nous donnant ainsi une voie assez large pour enlever les esquilles, cheveux, fragments de vêtements ou autres corps étrangers qui ont pu être entraînés par le projectile, et qui se présentent à nous dans une exploration prudente.

M. Pozzi. — J'ai observé, il y a environ 2 ans, le fait suivant : il s'agissait d'une jeune fille qui avait reçu un coup de revolver dans la région pariétale, et qui se plaignait de ressentir à ce niveau des douleurs atroces, bien qu'on eût déclaré qu'il n'y avait pas de plaie pénétrante. Dès la première exploration que je fis, mon stylet pénétra directement à une profondeur de 5 à 6 centimètres; j'appliquai alors une couronne de trépan, de façon à agrandir l'orifice, et je pus désinfecter soigneusement le foyer, sans toutefois pousser trop loin mes investigations; la guérison fut obtenue sans aucun incident.

M. Ollier. — J'ai trépané un jeune homme qui s'était tiré un coup de revolver dans le conduit auditif externe, avec section du facial, et qui accusait une douleur fixe en un point du pariétal; une intervention ne donna aucun résultat et le malade vint à Paris, où M. Terrillon fit une seconde trépanation, qui fut suivie de mort : à l'autopsie, on trouva la balle en dehors du crâne, derrière le pharynx.

M. Tuffier présente un malade opéré pour une plaie du rein consécutive à un traumatisme de la région lombaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 15 *mars* 1894.

De la flatulence.

M. Dujardin-Beaumetz. — Dans une des dernières séances, M. Bardet vous a parlé de la flatulence. Je crois qu'il faut distinguer l'un de l'autre le tympanisme et la flatulence. Il y a tympanisme quand des gaz se développent et flatulence lorsqu'ils sortent. Il y a, de plus, la flatulence intestinale et la flatulence stomacale. Occupons-nous d'abord de la première.

L'état nerveux joue un grand rôle dans la production des gaz de l'intestin. J'ai connu un hystérique qui pouvait à volonté développer dans son abdomen un tympanisme inouï et le faire cesser tout aussi facilement. Quant aux aliments, je crois qu'on a beaucoup trop insisté sur l'action des féculents. Le lait, au contraire, est une cause de flatulence. Tout individu, en effet, qui est soumis au régime lacté a des matières fécales épaisses comme du mastic, qui ne permettent pas aux gaz de les traverser. Aussi, à mesure que le bol fécal progresse dans l'intestin, il repousse devant lui toute la masse gazeuse située au-dessous de lui, sans lui permettre de remonter et de se loger dans les parties supérieures du tube digestif. A mon avis, le plus grand facteur de la flatulence, c'est le défaut de sécrétion biliaire. La bile arrête la fermentation; quand elle cesse de couler dans l'intestin, ces ferments se produisent et il en résulte des gaz.

Quant à la flatulence stomacale, c'est ici l'élément nerveux qui est le facteur principal. Il y a des gens qui, grâce à l'habitude qu'ils ont prise de faire des éructations, peuvent rendre des litres de gaz venus du sang. Certains hystériques ont des sortes de mouvements convulsifs de l'estomac et de l'œsophage, simulant l'éructation, sans qu'il y ait, je crois, issue de gaz.

M. Tison. — Je confirmerai ce que vient de dire M. Dujardin-Beaumetz, en citant l'exemple d'une hystérique d'au moins soixante-dix ans que j'ai observée pendant sept à huit ans. A certains moments, elle se mettait à roter d'une façon extraordinaire, faisant des grimaces et des sortes de contorsions avec de grands yeux. Il y avait des mouvements du gosier avec bruit, comme si elle exgurgitait. Mais je ne sais pas s'il sortait réellement des gaz.

Il m'a semblé, en plusieurs circonstances, qu'elle provoquait ces accès quand elle voulait rester seule ou se débarrasser de personnes qui ne s'en allaient pas assez vite.

M. Reynier. — M. Dujardin-Beaumetz distingue le tympanisme de la flatulence; or, il arrive souvent que le premier précède le second et la limite entre les deux est assez difficile à établir. Quant au mécanisme de la production des gaz, je ferai remarquer qu'ils se forment surtout lorsque l'élément nerveux entre en jeu : ce sont les névropathes qui produisent des gaz. En chirurgie, nous assistons à leur formation à la suite de la compression des nerfs de l'intestin, dans la hernie étranglée, par l'irritation des nerfs du péritoine, dans les phénomènes péritonéaux.

En somme, la flatulence provient surtout de l'action de l'élément nerveux sur les vaisseaux sanguins; c'est un trouble vaso-moteur. Quant à l'action du régime lacté sur la flatulence, je crois qu'elle est surtout due à l'état gastro-intestinal que produit le lait.

M. Bardet. — Je crois aussi qu'il faut distinguer le tympanisme et la flatulence. Le tympanisme doit être divisé en deux variétés : l'une due à la paralysie intestinale, l'autre à l'envahissement de l'intestin par les gaz. Lorsqu'un hystérique, par exemple, a du tympanisme, c'est par suite de la paralysie de ses muscles de l'intestin dont les parois se laissent alors distendre par les gaz. Dès qu'on provoque les contractions intestinales, en administrant du séné, par exemple, le tympanisme disparaît sans que le malade ait besoin d'évacuer ses gaz, dont le volume a diminué par suite de la contraction des parois de l'intestin. Chez les acholiques, chez les individus qui digèrent mal le lait, le tympanisme est causé par une irritation du tube digestif et le malade est obligé d'évacuer.

Si on place un malade atteint de tympanisme et de flatulence dans l'impossibilité d'évacuer ses gaz, il éprouvera des malaises divers, mais la production gazeuse finira par s'arrêter, dès que la pression intra-intestinale sera supérieure à la pression des gaz contenu dans le sang.

Au point de vue du traitement, le séné donne d'excellents résultats dans la flatulence intestinale. Quant à la flatulence stomacale, on peut arrêter l'accès en empêchant le malade de rendre ses gaz, en lui pinçant le nez, par exemple. Dans le décubitus dorsal, la production gazeuse est moins considérable, l'éructation étant impossible.

M. Dujardin-Beaumetz. — Je crois, comme M. Reynier, que le régime lacté absolu est très difficile à supporter, car il détermine une fatigue intestinale considérable et de véritables indigestions. Ce qu'a dit M. Bardet est exact; il y a des cas où les gaz paraissent se développer quand en réalité ils ne font que repousser la paroi de l'intestin paralysé.

M. Bovet. — Les gaz de l'estomac, contrairement à ce que croit M. Bardet, contiennent 80 0/0 d'hydrogène, de l'azote et de l'oxygène. Ils proviennent pour moi des aliments. Le lait, par exemple, contient beaucoup d'eau et peut donner naissance à l'hydrogène. Quant à l'acide carbonique, que je n'ai pas rencontré parmi les gaz de l'estomac, je ne vois pas d'où il viendrait, car je ne conçois pas que les gaz puissent sortir du sang.

M. Bardet. — Je ne crois pas qu'avec n'importe quel aliment on puisse seulement produire un litre de gaz; quant au lait, je ne vois pas comment il pourrait former de l'hydrogène, gaz dont je n'ai jamais trouvé trace dans l'estomac.

M. Dujardin-Beaumetz. — On vient de me demander de définir le tympanisme et la flatulence. Le tympanisme, c'est le développement exagéré du gaz dans une cavité naturelle ou artificielle. La flatulence, c'est la suite du tympanisme, c'est l'état de l'individu qui rend des gaz par en haut ou par en bas. Pour qu'il y ait flatulence, il faut qu'il y ait issue de gaz.

M. Reynier. — Dans toutes les cavités naturelles, chaque fois qu'il y a distension, il se produit une paralysie des parois avec spasme des orifices. Tant qu'il y a spasme, il y a tympanisme; dès qu'il cesse, il y a flatulence.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances de janvier et février 1894.

Lichen plan de la bouche.

MM. W. Dubreuilh et **Frèche** présentent deux malades atteints de lichen plan de la langue et de la muqueuse buccale.

Le premier a subi, après bien des traitements divers, la médication arsenicale qui l'a guéri. Le deuxième, traité d'abord par le mercure, voit ses lésions s'améliorer depuis qu'il prend de l'iodure de potassium.

M. Dubreuilh insiste sur l'intérêt de ces deux malades; car il est rare que des lésions aussi limitées que celles de la bouche et de la langue soient assez nettes pour éviter la confusion avec du psoriasis et certaines syphilides secondaires.

Plaie de la tempe par balles de revolver.

M. Armaignac lit une observation de section du nerf optique droit effectuée par une balle de revolver de 7mm, tirée dans la tempe droite.

A la suite de cet accident, le blessé, qui était un jeune homme de dix-huit ans, a vu survenir les symptômes suivants :

Abolition immédiate de la vision du côté droit, œdème des paupières, absence de troubles cérébraux. Un peu plus tard, ptosis, troubles de l'humeur vitrée et du cristallin, pupille dilatée, iris décoloré, globe oculaire mou; en dernier lieu, plusieurs mois après l'accident, l'œil droit est atrophié, la plaie est complètement cicatrisée.

Pendant ce laps de temps, l'œil gauche a présenté des troubles intéressants : pupille dilatée, conservation des réflexes, acuité visuelle réduite au 1/6, mouvements normaux. L'examen à l'ophthalmoscope révèle de petites hémorrhagies réti-

niennes. Au bout de quelques mois, le malade a pu recommencer à lire et écrire en se servant de verres convexes.

Malgré l'amélioration de la vue du côté gauche, on doit faire les plus grandes réserves au sujet de l'avenir de l'œil.

Quoi qu'il en soit, rien dans tout le cours de la maladie n'a pu déceler la place exacte du projectile. On peut cependant supposer le trajet qu'il a suivi : entrée par la fosse temporale droite, la balle a sectionné le nerf optique droit au niveau de son pôle postérieur, puis, sans pénétrer dans le crâne, a dû traverser la lame quadrilatère du sphénoïde et s'est enclavée dans le maxillaire supérieur gauche ou dans le temporal gauche.

Les observations analogues sont très rares. Cependant il existe un cas de section des deux nerfs optiques.

Désarticulation de la hanche.

M. Villar présente un homme auquel il a pratiqué, il y a deux ans, la désarticulation de la hanche gauche pour une fracture du fémur compliquée d'ostéomyélite. Le procédé employé a été celui de Verneuil. Malgré toute l'antisepsie d'usage, l'opération a été suivie d'une suppuration interminable de la partie centrale de la cicatrice, que n'a pu prévenir le grattage de la cavité cotyloïde. M. Villar désirerait savoir s'il existe un procédé capable d'éviter cette suppuration.

M. Dudon pense qu'on peut y arriver en enlevant le bourrelet cotyloïdien et le cartilage diarthrodial, et en facilitant ainsi l'application du lambeau sur le fond de la cavité cotyloïde.

Cure radicale des hernies.

M. Villar expose à la Société le procédé de cure radicale des hernies inguinales inventé par Bassini, de Padoue. Ce procédé consiste, une fois qu'on a fait une incision parallèle à l'arcade crurale et qu'on a disséqué le sac herniaire, à suturer, à la soie, sans avivement préalable, le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse à l'arcade crurale, puis à suturer les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique.

M. Villar a vu opérer un certain nombre de malades et en a opéré deux par ce procédé. Dans un cas, le malade eut des vomissements violents et, malgré eux, cette région resta solide.

Bassini aurait opéré 500 à 600 hernies sans récidive, même après 6 à 9 ans. D'après M. Villar, ce procédé serait donc idéal.

MM. Dubourg et **Dénucé** pensent qu'il ne peut pas y avoir de procédé idéal unique, car le plus souvent on fait ce que l'on peut et non ce à quoi l'on s'attend.

Spina bifida.

M. Piéchaud relate trois observations nouvelles de spina bifida.

Dans les deux premiers cas, il s'agissait d'enfants en très bas âge, chez lesquels la tumeur était assez volumineuse, transparente ; dans un cas les éléments médullaires n'apparaissaient pas dans la poche, dans un autre cas, au contraire, on les retrouvait en certaine quantité et ils nécessitèrent une dissection difficile.

Dans les deux observations, la poche avait été disséquée avec soin, abrasée dans une partie, puis adossée au niveau de la perforation par des sutures étagées, renforcées par les sutures du tissu conjonctif et de la peau. Des convulsions se déclarèrent vers le quatrième et le cinquième jour et les enfants succombèrent à de la méningo-myélite.

Dans une troisième observation, la poche étant ouverte, M. Piéchaud rencontra certaines parties des éléments de la moelle étalés dans la tumeur. Comme dans les premiers cas, il disséqua et abrasa la poche, fit une dissection minutieuse du tissu conjonctif placé autour de la poche et l'obtura, non seulement avec les parties restantes de la séreuse, mais encore avec des bouchons de tissu conjonctif pris sur les parties voisines.

Il se demande si, malgré les difficultés de la manœuvre, il n'aurait pas pu disséquer des lambeaux de périoste et semer de la substance ostéogénique pour assurer une plus grande solidité d'obturation, mais la suite de son observation démontre que les moyens chirurgicaux sont quelquefois vains pour obtenir la guérison définitive.

Le succès opératoire fut complet et dura plusieurs mois. Aujourd'hui apparaît une légère fluctuation au niveau de la cicatrice, les diamètres du crâne ont augmenté de deux centimètres, les fontanelles deviennent de plus en plus béantes, l'enfant est atteint d'hydrocéphalie.

Ces faits signalés depuis quelques années semblent démontrer combien sont incertains les résultats des interventions chirurgicales du spina bifida, ils ne doivent cependant pas faire oublier les quelques succès obtenus par cette thérapeutique.

Lichen simplex.

M. Méneau présente un homme de vingt-huit ans, n'ayant dans ses antécédents personnels que des rhumatismes, qui a ressenti, il y a deux ans, au lit une démangeaison très vive. Après bien des intermittences, ce malade a vu son affection se généraliser à la suite de deux bains d'amidon. L'éruption occupe actuellement toute la surface du corps, sauf la face, la verge et les fesses. Le diagnostic de lichen simplex aigu généralisé (Vidal) est le seul à admettre, bien qu'il soit difficile de se faire une idée exacte de cette affection, en lisant la description de la plupart des auteurs. M. W. Dubreuilh, lui, a prescrit des frictions à l'huile mentholée. Cette maladie tient le plus souvent à des troubles digestifs.

Hypospadias.

M. Loumeau lit un mémoire, accompagné de dessins, sur les différentes catégories d'hypospadias. L'hypospadias peut être pénien ou balanique; le pénien est plus rare.

Le malade signalé par M. Loumeau est un sapeur-pompier âgé de trente-deux ans.

Chez ce sujet, dont les organes génitaux étaient bien développés, on constatait à la face inférieure du gland, à deux centimètres de l'extrémité, trois ouvertures situées dans un sillon. Le cathétérisme permit de leur reconnaître les caractères suivants :

La plus postérieure conduisait dans la vessie.

L'ouverture intermédiaire conduisait dans un conduit en cul-de-sac, parallèle et superposé à l'urèthre.

L'ouverture antérieure n'était qu'une simple dépression. Malgré ces vices de conformation, le sujet avait des érections intenses et normales.

M. Loumeau rattache ces particularités au développement embryogénique de la verge.

Troubles neuro-musculaires du phimosis.

M. Dénucé lit un mémoire sur les troubles neuro-musculaires observés chez dix enfants atteints de phimosis congénital. Signalés pour la première fois par Fueri (1851), ces phénomènes ont été étudiés depuis par Sayre (de New-York) et Berger de Bordeaux.

Comme phénomènes nerveux, on a signalé de l'insomnie, de la céphalée et de l'épilepsie.

Les phénomènes musculaires ont consisté en strabisme divergent, convulsions, claudication, impuissance à faire plus de quelques pas sans tomber.

M. Dénucé s'est principalement occupé des troubles de la marche. Il montre les traces des empreintes de pas obtenues par le procédé de M. Gilles de la Tourette.

Tous ces troubles ont guéri par la circoncision. M. Dénucé explique tous ces troubles par une irritation réflexe de la moelle ayant pour point de départ les dépôts de matière accumulés entre le gland et le prépuce.

M. Régis estime que tous ces symptômes (phimosis, troubles de la marche, phénomènes cérébraux) sont des manifestations d'une cause plus générale, la dégénérescence de l'individu.

M. Piéchaud pense, au contraire, que toutes ces manifestations morbides relèvent du rachitisme.

M. Saint-Philippe démontre que la marche, chez les enfants, est la résultante de l'action de facteurs divers : cerveau, moelle épinière, os, articulations, muscles. Leur intégrité est nécessaire pour la bonne exécution de la marche. Il ne voit pas très bien la relation à établir entre le phimosis et les altérations des facteurs de la marche. Il critique le procédé employé pour recueillir les empreintes, car M. Gilles de la Tourette, en astreignant les enfants à marcher suivant une ligne droite, ne les place pas dans les conditions de leur marche habituelle.

M. Dénucé maintient que ses sujets étaient de tous les âges et qu'aucun d'eux n'était atteint de tare organique notoire. Il a modifié le procédé de Gilles de la Tourette, puisqu'il a fait marcher les enfants sur un sentier de papier de 60 centimètres de largeur.

M. Dénucé répond à M. Davezac qu'il est nécessaire de s'entendre sur l'état pathologique indiqué par le mot phimosis physiologique. Quant au phimosis pathologique, il est caractérisé par un canal rétréci présentant, dans certains cas, une virole fibreuse, il est encore assez fréquent. C'est à cette catégorie qu'il a fait allusion dans son mémoire.

Uronoplastie.

M. Piéchaud présente une petite fille de six à sept ans à laquelle il a fait, il y a vingt jours, une urano-staphylorraphie. Cette enfant présentait une division congénitale qui portait sur les deux tiers postérieurs de la voûte palatine. Il y avait un écartement considérable des lambeaux. Le voile du palais n'était représenté que par deux petites masses lobulées ratatinées. Le langage était incompréhensible.

M. Piéchaud a fait l'opération et, quatorze jours après, l'enfant parlait déjà mieux. Le résultat est excellent, car il ne reste qu'un pertuis très fin qui tend à se rétrécir.

M. Piéchaud a obtenu quatre succès analogues, en se conformant à la règle de M. Trélat, qui recommande de n'opérer qu'à partir de cinq à six ans. Cette opération, devant être faite sans chloroforme, demande qu'on y prépare pendant deux à trois mois les enfants par des exercices de massage et d'attouchement buccaux. Les enfants font preuve de beaucoup d'héroïsme, car l'opération est longue, douloureuse et sanglante.

Corps étranger de la vessie.

M. Pousson lit l'observation d'un homme ayant eu une blennorrhagie il y a trente ans, qui vit survenir il y a quelques mois des troubles urinaires. Il subit, pour un rétrécissement fictif, une séance d'électrolyse dans une ville voisine de Bordeaux. A la suite de cette intervention, les accidents s'étant aggravés, le malade se fit cathétériser et cette exploration avec le n° 20 permit de constater un corps étranger. Supposant que c'était un calcul, le docteur Pousson proposa la lithotritie qui fut acceptée. Au cours de l'opération, le lithotriteur n'ayant pu être retiré que très difficilement, parce qu'il était accroché par le corps étranger, la taille sus-pubienne fut pratiquée et l'on trouva une sonde incrustée de dépôts phosphatiques. Il est fort probable que cette sonde a dû être laissée accidentellement dans la vessie lors de la séance d'électrolyse : un mois à peine après l'intervention, le malade était presque guéri.

M. Dunogier lit un travail sur les périostites suppurées de la mâchoire supérieure et abcès de la voûte palatine consécutifs à la carie de la racine palatine de la deuxième grosse molaire.

Gastrostomie.

M. Villar fait la description d'un nouveau procédé de gastrostomie, inventé par M. Frank, de Vienne, qu'il a appliqué sur un malade atteint de rétrécissement cancéreux siégeant à la partie supérieure de l'œsophage :

L'incision faite à la paroi abdominale et dans l'endroit classique, on saisit l'estomac avec une pince et on l'attire au dehors. Ceci fait, on pratique une boutonnière cutanée supérieure à la première incision. On dissèque le tissu conjonctif et l'on fait passer l'estomac au-dessous pour le suturer à cette boutonnière supérieure, après avoir refermé la première incision. L'estomac ainsi fixé à la paroi abdominale offre une bouche et un conduit sorte d'œsophage. Ce procédé a l'avantage de permettre aux aliments de rester dans la poche stomacale et, de plus, d'empêcher le suc gastrique de s'écouler à l'extérieur et d'enflammer la paroi sous-abdominale.

Le malade de M. Villar n'a survécu que huit jours.

M. Courtin fait observer que ce procédé, tout en étant idéal, ne lui serait pas applicable dans le plus grand nombre des cas de sténose œsophagienne. Lorsque l'estomac est très rétracté, il est difficile de fixer sa paroi à la paroi abdominale. D'autre part, dans les cancers siégeant à la partie inférieure de l'œsophage, ou au cardia, il paraît dangereux de tirailler des tissus altérés et susceptibles de se déchirer. M. Courtin cite une opération effectuée avec M. Baudrimont dans laquelle le procédé de Frank eût été impossible à pratiquer. Quant à l'autodigestion des parois gastriques par le suc gastrique, les pansements au carbonate de magnésie l'atténuent singulièrement.

M. Piéchaud, tout en acceptant les conclusions de M. Courtin, s'élève contre la pratique de la gastrostomie en général, disant qu'elle procure aux malades une trop faible survie.

M. Villar s'élève à son tour contre le pessimisme de ceux qui considèrent la gastrostomie comme une opération trop grave pour l'infliger à des malades dont les jours sont comptés. Elle donnerait de meilleurs résultats si l'on opérait dès que le diagnostic est posé, au lieu d'attendre l'apparition de la cachexie.

M. Lagrange pose le dilemme suivant : le malade avale ou n'avale pas. S'il avale, la gastrostomie est inutile. S'il n'avale pas, l'opération, tout en étant dangereuse, est utile et son urgence s'impose. Car bien des insuccès sont imputables aux atermoiements et à l'apparition de la cachexie. Dans aucun cas, il ne faut songer à traiter le malade par l'emploi de la sonde à demeure.

M. Pousson condamne cette dernière pratique, et se rattache à la gastrostomie, tout en reconnaissant qu'elle a son coefficient d'imprévu. Le procédé de Frank ne lui semble pas applicable dans tous les cas, en particulier dans ceux où l'estomac est diminué de volume.

M. Raulin s'appuie sur quelques chiffres pour dire que la gastrostomie n'est réellement avantageuse que dans la sténose cicatricielle. L'optimisme est exagéré dans la sténose cancéreuse.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 14 *mars* 1894.

Valeur thérapeutique des courants galvaniques faibles.

M. Sperling, qui se sert avec succès des courants galvaniques faibles, a exposé ses idées sur le mode d'action de ces courants principalement dans les affections nerveuses.

Pour lui, les courants qui possèdent la propriété de ramener à l'état normal les tissus malades doivent être désignés sous le nom de courants spécifiques adéquats. Les courants faibles possèdent cette propriété dans la majorité des cas, mais pas toujours, comme par exemple dans l'épilepsie ou les troubles nerveux d'origine centrale.

Les courants forts peuvent agir sur les nerfs de deux façons : par l'électrolyse, en faisant disparaître les produits morbides (exsudat, épanchement sanguin), ou bien en tant qu'irritation spécifique adéquate (amélioration, rétablissement de la fonction physiologique).

Les courants galvaniques faibles possèdent une action qui ne peut s'expliquer par l'électrolyse. Quand ils amènent la guérison, ils agissent en tant que courants spécifiques adéquats en exerçant une action directe sur les tissus. Quant à l'action de l'irritation spécifique adéquate, elle ne se manifeste pas par une modification grossière des tissus.

Il est donc très important d'envisager certains processus de guérison, comme le retour à l'état normal des mouvements moléculaires troublés sous l'influence de l'irritation spécifique adéquate provoquée par le courant galvanique faible.

M. Mendel fait observer que le tabétique de M. Sperling, amélioré par les courants faibles, aurait peut-être trouvé le même soulagement si on ne lui avait rien fait. Quant au dosage

homéopathique des courants préconisé par M. Sperling, cette façon de faire s'explique quand on sait que M. Sperling est également homéopathe pharmaceutique.

M. Senator trouve que les mouvements moléculaires morbides peuvent être ramenés de trois façons à l'état normal : 1° en modérant les mouvements exagérés ; 2° en augmentant les mouvements affaiblis ; 3° en ramenant à la normale les mouvements anormaux. Or il est impossible d'admettre que les courants faibles exercent ces trois actions à la fois.

M. Oppenheim a obtenu des améliorations subjectives par des courants faibles, de même qu'en appliquant les électrodes sans faire passer le courant.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 12 *mars* 1894.

Thérapeutique des extraits organiques.

M. Goldscheider a rapporté les résultats obtenus à la clinique de Leyden par la thérapeutique des extraits organiques.

On a commencé par l'extrait thyroïdien et par l'ingestion de glandes thyroïdes crues. Ce traitement essayé méthodiquement dans un cas de myxœdème échoua complètement.

Il en fut de même de l'extrait de pancréas essayé chez le diabétique. L'effet fut absolument nul.

Dans un cas d'urémie pernicieuse, on avait essayé l'extrait de moelle osseuse. On n'a pu constater ni une amélioration de l'état général, ni une modification dans la composition du sang.

On peut donc admettre que, dans cette thérapeutique des extraits organiques, il ne s'agit pas de l'incorporation des substances spécifiques, puisque l'extrait d'une glande, d'un muscle, d'un nerf, renferme des substances très variables.

On a dit que la nucléine augmentait la leucocytose et agissait, au point de vue diagnostique, comme la tuberculine, dont elle n'avait pas les inconvénients. Les recherches faites à la clinique avec l'extrait de rate qui, comme on sait, renferme une forte proportion de nucléine, ont montré que la nucléine n'était en rien comparable à la tuberculine. Quant à l'action phagocitaire de la nucléine, les expériences faites dans cette direction chez des malades atteints d'affections infectieuses, n'ont encore donné aucun résultat.

Dans un cas de maladie d'Addison, on a eu un succès éclatant avec les injections sous-cutanées de tuberculine. La malade partit sans présenter la moindre coloration anormale.

M. Posner fait observer que ses essais avec la spermine ont complètement échoué.

M. Senator a également échoué dans le traitement du diabète par l'extrait pancréatique. Dans le tabes, les injections de spermine donnent lieu à une amélioration subjective qu'on obtient également par l'injection sous-cutanée de chlorure de sodium.

Valeur antiseptique de l'aldéhyde formique polymérisé.

M. Aronsohn. — L'aldéhyde formique est intéressant à deux points de vue : 1° il agit à l'état de vapeur comme l'ont déjà montré Segall et Buchner ; 2° il appartient à la série la plus simple de corps gras, tandis que les autres antiseptiques appartiennent à la série aromatique.

L'aldéhyde formique, dont la constitution exacte n'est pas connue et que M. Aronsohn propose de désigner sous le nom de paraforme, est une masse blanche à cristallisation peu accusée, insoluble dans l'eau, fondant à la température de 171°.

Le paraforme a été essayé par M. Aronsohn, d'abord à l'intérieur. En tant qu'antiseptique, il est supérieur à l'iodoforme, à l'aristol, au salol, au naphtol, etc., c'est-à-dire à toute la série des substances antiseptiques insolubles. Ainsi, le naphtol β arrête le développement des cultures typhiques quand il est mélangé à l'agar dans une proprortion de 1 : 3000, tandis que le paraforme exerce le même effet dans la proportion de 1 : 50000.

Au point de vue physiologique, les expériences faites sur des animaux ont montré que le paraforme n'était pas toxique. Les chiens supportent les doses de 3-4 grammes sans présenter le moindre phénomène morbide. Son action est peut-être comparable à celle du calomel, et pourtant le paraforme ne trouble en rien la digestion normale.

En fait de thérapeutique, M. Aronsohn a essayé le paraforme dans le choléra infantile, la fièvre typhoïde, etc., et a obtenu des résultats tout à fait satisfaisants.

Expulsion d'un calcul biliaire volumineux.

M. Rosenberg a rapporté l'histoire d'une femme de 40 ans sujette à des coliques hépatiques, mais sans ictère, qui, un jour, rendit avec les selles un calcul biliaire de forme et des dimensions d'une vésicule biliaire.

Le calcul n'a évidemment pas pu passer par le cholédoque. Aussi faut-il admettre qu'il a pénétré dans l'intestin après avoir perforé la vésicule biliaire et une anse intestinale.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 12 *mars* 1894.

Tumeur de la moelle épinière.

M. Bruns. — Il s'agit d'une femme qui, à l'âge de 20 ans, commença à éprouver des douleurs dans la région lombaire et les membres inférieurs. Au commencement ces douleurs avaient un caractère rémittent, mais à partir du mois de mai 1891, les douleurs devinrent continues et se localisèrent au côté droit.

En février 1892, quand M. Bruns vit la malade pour la première fois, il existait une paralysie de tous les muscles moteurs du pied droit. La paralysie était flasque, l'atrophie peu marquée ; les réflexes patellaires étaient égaux des deux côtés. A part cette paralysie, on trouvait des douleurs spontanées dans la région sacro-iliaque, douleurs qui s'exagéraient sous l'influence de la pression, de la toux, de l'éternument.

Le diagnostic n'a pas été fait, et la malade, considérée comme hystérique, passa quelques mois à la campagne. Au retour, on trouva les réflexes patellaires considérablement diminués ; puis des troubles vésicaux. L'état s'aggrava très rapidement et on assista à l'établissement définitif d'une paraplégie.

La malade fut alors examinée par Oppenheim, qui trouva une ébauche de la paralysie de Brown-Séquard.

La paraplégie devint complète au mois d'octobre. A ce moment survint une paralysie du rectum avec atrophie et contractions fibrillaires des muscles paralysés des membres inférieurs. Il devint alors évident qu'il s'agissait d'une tumeur de la moelle. En rétablissant le tableau clinique, on était amené à admettre que la tumeur s'était développé primitivement sur les racines et a envahi secondairement la moelle.

On se décida par conséquent à faire l'ablation de la tumeur si c'était encore possible, et on fit la laminectomie temporaire des vertèbres lombaires. La dure-mère fut incisée et une sonde glissée le long de la moelle. L'exploration fut infructueuse, et il a fallu fermer la plaie sans avoir trouvé la tumeur. La malade se rétablit de son opération, mais succomba quelques mois après aux progrès de la myélite.

A l'autopsie on trouva un sarcome fusiforme de la région radiculaire à la hauteur des 9e et 10e paires.

Troubles psychiques après l'emploi du sulfonal.

M. Oestereicher a observé un cas d'empoisonnement par le sulfonal survenu dans les conditions suivantes :

Il s'agit d'un homme de 48 ans qui, à plusieurs reprises, avait eu des coliques de plomb avec paralysie radiale et divers troubles nerveux. Depuis 1888 il était sujet à des insomnies qu'il combattait par le sulfonal. Le sulfonal paraissait agir bien, en ce sens que les insomnies disparurent, et à plusieurs reprises le malade put se passer du sulfonal pendant 2 ou 3 mois. En 1893 le sulfonal fut remplacé par le bromure de potassium. Mais au bout de 6 mois, en juin, on dut reprendre le sulfonal qui, cette fois, provoqua de la constipation, des troubles gastriques et une stomatite. On fit donc cesser le sulfonal, et quelques jours après le malade fut pris d'accès

de manie et de délire qui nécessitèrent son internement dans un asile.

M. Mendel. — L'empoisonnement chronique par le sulfonal se manifeste non seulement par des troubles gastriques et rénaux, mais encore par des vertiges, de l'ataxie cérébelleuse et quelquefois par un véritable délire.

M. Frænkel a observé des phénomènes graves d'intoxication après l'usage peu prolongé du sulfonal. Dans un cas, il est survenu de l'apathie; c'est une hématoporphinurie.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 19 *mars* 1894.

Diagnostic bactériologique de la diphthérie.

M. Wethered. — Dans beaucoup de cas, il est difficile de savoir si on a affaire à une diphthérie ou à une amygdalite folliculaire. Depuis la découverte du bacille de Klebs et Lœffler, l'examen des fausses membranes permet de trancher la question. Il est vrai que cette recherche ne peut se faire que dans un laboratoire. J'ai pratiqué mon examen de la façon suivante dans 26 cas de diphthérie et de 16 cas d'amygdalite folliculaire. Je me sers d'un fil de platine assez fort fixé d'une part à l'extrémité d'une tige de verre et terminé d'autre part par une sorte de boucle. A l'aide de cet instrument, j'ai recueilli des fragments de fausses membranes que j'ai placés à la surface d'agar-agar glycérinée contenue dans des tubes. J'ai mis pendant 24 heures ces tubes à l'étuve à une température de 37°. Dans les 16 cas d'amygdalite folliculaire, je n'ai jamais trouvé aucun microbe rappelant celui de la diphthérie; j'ai toujours trouvé uniquement ces staphylocoques et une fois seulement le bacterium termo. Dans les 26 cas de diphthérie, j'ai trouvé 15 fois le bacille de Klebs-Lœffler, 3 fois des streptocoques et 8 fois des staphylocoques. Pour Baginski, les streptocoques peuvent causer une forme bénigne de diphthérie; mais sur mes 3 malades atteints de diphthérie à streptocoques, 2 ont guéri et un est mort. Je suis arrivé à cette conclusion que dans ces examens, pour les besoins du diagnostic, on pourra se contenter de noter les caractères morphologiques des microbes.

Le régime lacté dans la maladie de Bright.

M. Ralfe. — Dernièrement on a discuté l'utilité du régime lacté dans la maladie de Bright tout au moins pour les périodes chroniques de l'affection; certains même recommandent un régime ordinaire pour ces phases de la maladie. Il est pourtant incontestable que dans bien des cas le régime lacté a rendu d'immenses services. J'ai étudié les effets du régime lacté sur la sécrétion urinaire (quantité d'urine émise, montant des matières solides, excrétion de l'urée, de l'albumine) chez des malades atteints de néphrite aiguë ordinaire, de néphrite chronique avec hypertrophie du ventricule gauche et tension artérielle élevée, de néphrite chronique avec asthénie cardiaque et dégénérescence vasculaire, de cirrhose rénale chronique par congestion veineuse par suite d'une lésion valvulaire du cœur. J'ai soumis ce malade d'abord pendant une semaine à un régime ordinaire, puis, pendant deux ou trois semaines, au régime lacté, puis de nouveau pendant une semaine au régime ordinaire. Dans la néphrite aiguë le lait augmente la quantité d'urine, la quantité des matières solides et de l'urée et diminue l'albumine; l'effet inverse était obtenu à la reprise du régime ordinaire. Dans les cas chroniques l'effet diurétique du lait est moins marqué et provoque une diminution de l'excrétion des matériaux solides et de l'urée; l'effet sur l'excrétion de l'albumine est variable : dans la néphrite avec hypertension artérielle, l'albumine diminue sous l'influence du régime lacté; dans la néphrite avec asthénie cardiaque et dégénérescence des vaisseaux, la quantité d'albumine produite n'est guère influencée.

D'une façon générale, le régime lacté est bien supporté dans les cas aigus et produit certainement une amélioration. Dans les cas chroniques, les malades trouvent d'emblée le régime lacté fort désagréable et ce régime augmente les symptômes urémiques. Il diminue cependant d'une façon incontestable la tension artérielle qui s'élève dès que le malade reprend un régime carné. Cette élévation de la tension artérielle fournit le principal argument contre un régime trop excitant chez les malades présentant une forte tension artérielle, car on peut craindre chez eux les hémorrhagies cérébrales, danger certainement aussi considérable que l'urémie qu'on peut provoquer par un régime trop débilitant. En somme, le régime lacté intégral et exclusif ne doit être prescrit que dans les cas aigus et pendant un certain temps chez certains malades chroniques, quand il est nécessaire de faire baisser la tension artérielle. Quand il y a de l'asthénie cardiaque et de la dégénérescence vasculaire, on aura recours à un régime plus excitant, mais dont on surveillera les effets avec le plus grand soin.

M. White. — Je suis arrivé à peu près aux mêmes conclusions que M. Ralfe. Je crois qu'en général on accorde trop d'importance à la présence de l'albumine dans l'urine. Dans la moitié des cas d'albuminurie, il s'agit de cystite, d'affections du cœur ou d'autres affections qui ne sont aucunement des maladies de Bright. Souvent, chez des malades débilités par le régime lacté, on fait cesser les symptômes urémiques en donnant un régime ordinaire. En général, dans les maladies de Bright chroniques, j'aime mieux un régime ordinaire que le régime lacté.

M. Kelson. — Chez deux malades atteints du mal de Bright, on donna outre le lait beaucoup d'œufs; l'effet en fut désastreux ; dans un cas il survint rapidement de l'anasarque et dans l'autre il se produisit une hémorrhagie cérébrale.

M. Ralfe. — Il est certain que dans beaucoup de cas un régime lacté exclusif est mauvais; mais il ne faut pas pour cela aller trop loin en sens inverse, car un régime trop excitant produit vite une hypertension artérielle.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Troubles fonctionnels du cœur (tachycardie et asystolie dans les compressions du pneumogastrique), par Renaud.

La compression des nerfs pneumogastriques détermine des désordres cardio-vasculaires qui peuvent se grouper sous deux formes.

La première forme se caractérise seulement par une fréquence exagérée avec petitesse du pouls; il n'y a qu'une dyspnée modérée avec palpitations.

Dans la deuxième forme, la tachycardie aboutit rapidement au cœur forcé; les malades présentent alors le tableau complet de l'asystolie cardiopathique. La dyspnée, parfois modérée, va dans certains cas jusqu'à l'orthropnée.

La tachycardie associée à l'asystolie survient chez des sujets atteints de tuberculose latente ou à la période ultime de la phthisie.

Le caractère permanent de la tachycardie, sa résistance à la digitale constituent les principaux éléments du diagnostic.

A l'autopsie, on trouve une compression d'un nerf pneumogastrique par une tumeur quelconque.

La tachycardie est due à une compression du nerf pneumogastrique, c'est-à-dire à une véritable paralysie de ce nerf.

De la miction chez les femmes en couches, par Natan Recht.

La miction après l'accouchement se fait presque toujours d'une façon spontanée.

Il faut pratiquer le cathétérisme le plus rarement possible, et si on est forcé d'y recourir, on doit le faire le plus longtemps possible après l'accouchement.

On n'est autorisé à pratiquer le cathétérisme qu'autant qu'il est indiqué par le développement de la vessie ou parce que la femme souffre de la rétention d'urine.

Une fois que l'on a pratiqué le cathétérisme, souvent il arrive qu'il faut le pratiquer plusieurs jours de suite.

Une cystite peut être la conséquence d'un cathétérisme, qu'elles qu'aient été les précautions que l'on a prises.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement opératoire des luxations congénitales de la hanche, communication au Congrès international des sciences médicales à Rome, par M. L. Lorenz (Vienne).

Le traitement opératoire rationnel de la luxation congénitale de la hanche a pour but de ramener la tête fémorale déplacée en haut, au niveau de la cavité cotyloïde rudimentaire, de creuser celle-ci et d'y replacer la tête telle quelle ou après l'avoir pour ainsi dire façonnée. L'opération comprend par conséquent les temps suivants : 1° réduction de la tête ; 2° agrandissement de la cavité cotyloïde ; 3° façonnage, au besoin, d'une tête fémorale ; 4° réduction de la tête.

Les anciennes méthodes se contentaient ordinairement de descendre la tête et de la ramener au niveau de la cavité cotyloïde ; aussi les résultats étaient-ils peu satisfaisants.

C'est à Poggi (Bologne) que revient l'honneur d'avoir le premier, en 1888, réduit et replacé la tête dans la cavité cotyloïde agrandie. Le procédé de Poggi est basé sur la section de tous les muscles fessiers, jusqu'à la capsule, à travers une incision courbe circonscrivant le grand trochanter. Cette section devait faire disparaître la résistance opposée par ces muscles à la descente de la tête.

Mais c'est, en somme, Hoffa qui érigea ce traitement en une opération bien réglée, méthodique.

La méthode d'Hoffa est basée sur l'opinion de Brodhurst d'après lequel l'obstacle à la réduction de la tête réside entièrement dans les muscles pelvi-trochantériens. Dans le même but, il faut encore, chez les enfants âgés, faire la section sous-cutanée des muscles qui descendent parallèlement à l'axe de la cuisse.

L'opération d'Hoffa se fait en résumé de la façon suivante : incision de Langenbeck comme pour une résection, décollement sous-périosté de tous les muscles qui s'insèrent au grand et au petit trochanter, et au besoin ténotomie sous-cutanée des adducteurs et des fléchisseurs de la hanche ; agrandissement de la cavité cotyloïde, réduction de la tête.

Il faut dire que ce procédé a l'inconvénient de sacrifier inutilement une dizaine de muscles fort importants (décollement des muscles pelvi-trochantériens), ce qui n'est pas sans importance pour le rétablissement des fonctions de l'articulation.

L'expérience clinique et l'étude anatomique montrent, en effet, que par le fait du déplacement de la tête les muscles pelvi-trochantériens, loin d'être raccourcis, sont au contraire allongés, et que par conséquent ces muscles ne constituent aucun obstacle à la réduction de la tête. Les muscles qui, en premier lieu, subissent cet allongement sont : le proces-iliaque, l'obturateur externe et interne, le carré fémoral et le pyramidal. Le moyen et le petit fessier sont également distendus et allongés par le déplacement de la tête. Seul le grand fessier est raccourci ; or, ce muscle n'est pas pelvi-trochantérien, mais bien pelvi-fémoral.

L'obstacle à la réduction se trouve plutôt uniquement dans le raccourcissement que subissent les muscles pelvi-fémoraux à trajet parallèle à la direction du fémur (tenseur du fascia lata, faisceaux internes du grand adducteur) et les muscles pelvi-jambiers (couturier, grand droit, demi-membraneux, demi-tendineux, triceps, etc.). Ce fait concorde du reste avec le phénomène clinique bien connu, à savoir qu'en cas d'extension et de contre-extension les muscles fessiers restent flasques, tandis que les pelvi-fémoraux et principalement les pelvi-cruraux se tendent comme des cordes.

Ces faits bien démontrés m'ont fait modifier le procédé d'Hoffa. Ma méthode est basée sur ce principe qu'il faut conserver tous les muscles qui ne sont pas raccourcis ou qui sont même allongés, et ménager autant que possible l'appareil moteur de l'articulation.

Mon procédé s'exécute donc de la façon suivante : l'articulation est ouverte par une incision longitudinale qui part de l'épine iliaque antéro-supérieure et à laquelle on ajoute une petite incision transversale à la hauteur du trochanter ; on sectionne ainsi le tenseur du fascia lata, en laissant intacts le muscle droit et le couturier. La paroi antérieure de la capsule mise à nu est fendue par une incision cruciale. On agrandit ensuite la cavité cotyloïde et on façonne au besoin une tête fémorale, que par une traction énergique on descend jusqu'à la cavité cotyloïde. On fait alors la toilette soignée de la cavité cotyloïde, on y place la tête et on met le membre en adduction légère. Au bout de 4 semaines, on commence le massage et la gymnastique qui sont continués pendant une année.

Les avantages de mon procédé sont : 1° traumatisme peu étendu et conservation de l'appareil musculaire ; 2° rétablissement plus facile et plus correct des fonctions articulaires ; 3° cavité cotyloïde plus accessible grâce à ce fait qu'elle se trouve à la face antérieure de la plaie.

Jusqu'à la fin de février 1894, j'ai opéré par ce procédé 63 cas de luxation congénitale. Dans les cas qui datent de plus de 18 mois, il n'existe pas trace de claudication et les malades marchent comme des individus bien portants.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES
tenu à Rome du 29 mars au 9 avril 1894.

(Tous les résumés que nous publions ci-dessous nous ont été donnés par les auteurs eux-mêmes.)

Sur l'antisepsie médicale en général.

M. Petresco (Bucarest). — J'ai entrepris, depuis 1887, à l'hôpital militaire central de Bucarest, une série de recherches cliniques sur l'action antiseptique de plusieurs substances médicamenteuses.

J'ai appliqué la médication antiseptique *intus* et *extra* sur une grande échelle.

J'ai fait de l'antisepsie locale ou des surfaces (cutanée, pulmonaire et intestinale) et de l'antisepsie générale dans différentes maladies parasitaires, contagieuses ou infectieuses plus ou moins confirmées.

I. — Comme antiseptique, premièrement du tube digestif et secondairement du milieu intérieur, j'ai administré les substances suivantes :

Le calomel, le bichlorure de mercure, le benzoate de sodium, le salicylate de sodium, le salicylate de bismuth, le perchlorure de fer, le sulfure de carbone, l'iodoforme, le sulfate de quinine, l'antipyrine, la kaïrine, la fleur de soufre, le gaïacol, l'eucalyptol, l'essence de térébenthine, la créosote, le naphtol β, le salol, les acides borique, phénique, salicylique, gallique, tannique, acétique, citrique, tartrique, chlorhydrique.

II. — Comme antiseptiques cutanés j'ai employé, en application topique, sous différentes formes pharmaceutiques, les médicaments suivants :

Les acides borique, salicylique, acétique anhydre et phénique, le précipité blanc de mercure, la solution de van

Swieten, le perchlorure de fer liquide, l'iodoforme, le salol, l'aristol, le carbonate de potassium, le biborate de sodium, la solution de Vleminxck, le naphtol β, le soufre.

III. — Comme antiseptiques pulmonaires, en inhalations, j'ai employé, à l'aide de l'inhalateur spécial, que j'ai fait construire chez les fabricants P. Rousseau, à Paris, et Rohrbeck, à Berlin, les vapeurs d'un grand nombre de substances et de médicaments plus ou moins volatils à la température ordinaire ou élevée.

C'est avec ces mêmes substances, simples ou associées, que j'ai entrepris des expérimentations dans le laboratoire de microbiologie du service de santé de l'armée roumaine, sur les deux bacilles bien connus : le bacille de la fièvre typhoïde et le bacille de la tuberculose et sur l'ensemble des microbes nuisibles ou indifférents qui pullulent dans l'air ambiant.

Des résultats obtenus tant à la clinique qu'au laboratoire avec ces substances médicamenteuses plus ou moins actives au point de vue microbicide ou détoxinisant, je pense pouvoir conclure :

1° Qu'on obtient une antisepsie locale, médicale ou générale, à distance sur les éléments histologiques et sur les germes pathogènes ou sur leurs toxines analogues à l'anti sepsie locale chirurgicale.

2° Qu'il y a plusieurs substances chimiques fixes ou volatiles, qui après leur absorption, exercent à distance une action atténuante et même microbicide sur certains micro-organismes pathogènes.

3° Qu'il y a des substances médicamenteuses qui déterminent une modification chimique moléculaire ou neutralisante sur les toxines des germes pathogènes.

4° Les meilleurs agents thérapeutiques par lesquels on peut obtenir une antisepsie médicale sont les produits chimiques plus ou moins condensés ou substitués de la série aromatique, tels que les essences. Les essences sont les antiseptiques par excellence tant médicaux que chirurgicaux.

C'est par les essences ou les vapeurs des essences qu'on obtient une imprégnation, une modification plus ou moins profonde de l'organisme et par conséquent une immunité médicamenteuse vaccinale.

On crée une stérilisation médicamenteuse du milieu intérieur analogue à la stérilisation *in vitro*, d'un milieu de culture.

Par cette stérilisation ou antisepsie du milieu intérieur, on empêche les auto-intoxications microbiennes ou ptomaïniques dans les maladies infecto-contagieuses.

5° L'antisepsie médicale doit être utilisée dans presque toutes les maladies internes de nature microbienne, comme elle a été utilisée dans les maladies externes de nature parasitaire.

6° Pour établir les bases de l'antisepsie médicale, il nous faut encore déterminer le coefficient toxique et thérapeutique de tous les médicaments microbicides ou antitoxiniques et antiptomaïniques.

La phénocolle dans la malaria.

M. Pucci (Catanzaro). — Depuis la publication du mémoire du professeur Albertoni sur la phénocolle dans la malaria, plusieurs auteurs se sont occupés de cette intéressante question. Crescimano, Matarazzo, Dall'olio, Bonnetti, etc., ont trouvé que ce nouveau remède était un bon antimalarien, mais non comme Conheim, Polettini, Micheli, Germani, etc.

Dans le n° 146 de la *Gazette des Hôpitaux* (1893), j'ai rapporté, dans une note, que ce médicament m'avait donné de bons résultats chez trois malades atteints d'infection palustre, rebelle aux sels de quinine.

Mes observations sont au nombre de 20 : elles comprennent 4 cas d'infection malarienne primitive, 10 de malaria récidivée et rebelle aux sels de quinine, 4 de paludéens ne pouvant supporter ces sels, et 2 de fièvre ictéro-hématurique.

Chez des personnes affectées d'impaludisme ancien, j'ai employé l'hydrochlorate de phénocolle en quantité totale de 3 à 6 grammes ou un peu plus, en faisant prendre de 1/2 gramme à 1 gramme par jour, par doses de 15 à 25 centigrammes dans les moments d'apyrexie ou de rémittence de la fièvre. Après avoir vaincu les paroxysmes avec la phénocolle, je l'ai encore préscrite durant 5 ou 6 jours ou même davantage, en l'associant à la quinine lorsque le malade la supportait, à la liqueur arsenicale de Fowler et au lactate de fer.

D'après mon expérience, la phénocolle a un effet certain contre la malaria, et sur 18 cas de fièvre palustre, j'ai observé 15 fois la diminution de la durée de l'accès, 1 fois un résultat négatif, et 2 fois un résultat incertain. Dans 2 cas de fièvre ictéro-hématurique, j'ai obtenu la guérison de cette fièvre et de la malaria : c'est donc, sur 20 cas, 17 guérisons.

Chez les sujets qui ne peuvent tolérer les sels de quinine, la phénocolle n'a pas produit d'hématurie. La disparition de la fièvre a été prompte, ou au moins après très peu de journées de traitement.

J'ai administré ce nouveau médicament à jeun, en combinant les choses de telle sorte que la dernière prise soit absorbée 4 ou 5 heures avant l'accès à venir. Je n'ai apporté, par les doses que j'ai employées, aucun trouble, ni dans le tube digestif, ni dans les autres viscères. Dans 4 cas, la tumeur splénique a disparu, dans 3 cas elle a été réduite légèrement, et dans 3 cas elle est restée stationnaire.

L'action anti-malarienne de la phénocolle s'explique, d'après moi, parce qu'elle rétablit et relève les fonctions vitales des globules rouges, et influence la plasmodie palustre d'une manière nuisible, de telle sorte que ce parasite ne peut produire ni la destruction des hématies, ni donner naissance aux toxines qui empoisonneraient le sang et provoqueraient l'accès fébrile, d'après les vues de Baccelli, confirmées par le professeur Golgi. Une fois que la crase sanguine est revenue à l'état normal, l'état des autres organes où siège l'amibe malarien s'améliore (rate, moelle osseuse, etc.), et le parasite, ne trouvant plus les conditions nécessaires à son existence, finit par mourir.

Je dirai quelques mots très brefs au sujet de 3 cas d'influenza et de névralgie rhumatismale traités avec la phénocolle. J'ai vu, après l'emploi de ce médicament, cesser presque toujours au bout de 2 ou 3 jours la fièvre, dans les cas d'influenza, lorsque l'état fébrile n'était pas l'expression d'une localisation dans les bronches ou dans une autre région. Quant aux cas de névralgies rhumatismales, je n'ai, sur 3 cas, obtenu qu'une seule guérison.

En conclusion :

La vertu antimalarienne de la phénocolle est certaine, et ce médicament peut être considéré comme un bon succédané de la quinine. Je l'ai trouvé utile, aussi bien dans les cas d'infection primitive que dans les cas de maladie chronique, et de récidive rebelle à la quinine ;

Il a réussi très avantageusement chez les personnes ne pouvant tolérer la quinine, et dans deux cas de fièvre ictéro-hématurique, la phénocolle employée seule a amené une guérison complète.

La phénocolle n'entraîne aucun trouble, et son action antimalarienne s'exerce en combattant la dyscrasie sanguine morphologique qui est le résultat de l'action destructive de l'hématozoaire malarique sur les globules rouges du sang.

Dans l'influenza et dans les névralgies rhumatismales, la phénocolle est inférieure à l'antipyrine.

Le traitement du typhus exanthématique par l'hydrothérapie.

M. Z. Petresco (Bucarest). — Dans ma carrière médicale, comme médecin militaire, chef de service à l'hôpital militaire central de Bucarest, depuis 1864 jusqu'à ce jour, j'ai eu l'occasion d'observer et de combattre trois épidémies de typhus exanthématique. La première, pendant l'hiver de 1867-1868, était une épidémie de *typhus des prisons*, la seconde était une épidémie de *typhus des camps et des armées* (typhus bellicus) pendant l'hiver de 1877-1878 (lors de la guerre contre les Turcs), et la troisième était une épidémie de la misère, le *typhus de la famine* des ouvriers qui travaillaient aux fortifications. Ce n'est que dans ces deux dernières épidémies que j'ai employé, d'une manière systématique, l'hydrothérapie comme une méthode de traitement ou comme un agent auxiliaire de la méthode antiseptique.

Les résultats obtenus par cette méthode de traitement m'autorisent à en déduire les conclusions suivantes :

1° L'hydrothérapie est l'agent thérapeutique le plus efficace dans le typhus exanthématique ;

2° Le traitement hydriatique est le seul qui pourrait réduire la mortalité du typhus jusqu'au taux minimum ;

3° L'hydrothérapie donne des effets miraculeux (une véritable résurrection) surtout dans la forme grave, ataxo-adynamique de l'infection typhique ;

4° La différence entre cette méthode de traitement et les autres qui ont été employées jusqu'à ce jour contre le typhus, c'est que par tout autre traitement, l'infection typhique n'est pas empêchée dans son évolution naturelle cyclique, mais seulement modifiée, mitigée, tandis que par la méthode hydriatique, elle est arrêtée complètement dans son évolution, de sorte que l'individu est exempté des dépenses organiques d'un long processus morbide. Ainsi presque tous les typhiques traités par l'eau froide sont rétablis presque sans aucune convalescence ;

5° Le traitement du typhus par l'eau froide n'est pas nuisible. Aucune des complications ou des localisations typhiques ne constitue une contre-indication pour l'institution de ce traitement détoxinisant ;

6° Le meilleur procédé de cette méthode, c'est celui des maillots humides ou des draps mouillés. Ce procédé est supérieur au procédé des douches ou bains froids.

Le traitement de la fièvre typhoïde par le naphtol β.

M. Petresco (Bucarest). — Inspiré par les travaux de l'érudit professeur de thérapeutique et pathologie générale de la Faculté de médecine de Paris, M. Bouchard, j'ai commencé, au mois de janvier 1888, à traiter tous mes typhoïdiques par le naphtol β, seul ou associé au sulfate de quinine. Le premier à la dose de 3-4 gr. et le second à la dose de 1-2 gr. par jour. En même temps, j'ai administré à tous mes malades comme boisson, à la place de l'eau, la limonade préparée au benzoate de soude (5 0/00) ou l'acide benzoïque (à 1-2 0/00). De même dans toutes les formes ataxo-adynamiques graves, j'ai associé à cette médication antiseptique l'hydrothérapie (les draps mouillés).

Depuis 1888 jusqu'à ce jour, j'ai traité par cette médication antiseptique 647 cas de fièvre typhoïde. Des résultats obtenus dans tous ces cas, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La fièvre typhoïde, traitée dès son début par le naphtol β, peut être atténuée et même jugulée;

2° La dose thérapeutique du naphtol est de 3-4 gr. par jour, administrés en 12 cachets de Limousin. Un cachet par heure. Cette dose doit être répétée tous les jours jusqu'à la guérison du malade;

3° Le traitement par le naphtol β, de la fièvre typhoïde, institué dès le début de la maladie, arrête en tout cas les phénomènes d'auto-intoxication ou d'infection secondaire. La maladie fait son évolution naturelle, cyclique, sans présenter le cortège des phénomènes fébriles de l'auto-intoxication et de l'autophagie exagérée ou de toute autre complication par infection secondaire ;

4° Le traitement par le naphtol β est incompatible avec le traitement par l'alcool pur ou toute autre boisson alcoolique, l'alcool étant un agent dissolvant pour le naphtol β.

Traitement abortif de la fièvre typhoïde.

M. Sanchez Herrero (Madrid) pense que les agents qui forment le virus typhoïde ne sont pas uniques et qu'ils envahissent l'organisme par diverses voies. Comme Peter, il admet une auto-typhisation, une infection typhoïde d'origine intestinale.

Ceci étant établi, ce qui prime dans le traitement, c'est la désinfection de l'intestin. Cette désinfection, M. Sanchez-Herrero l'obtient par l'association de l'huile de ricin et de l'essence de térébenthine, suivant la formule légèrement modifiée de Graves, à savoir :

Huile de ricin...............	30 grammes.
Essence de térébenthine.....	10 —

A prendre en une seule fois, le matin à jeun.

La mixture en question provoque des évacuations abondantes, fétides, qui se répètent 3 à 5 fois dans les 24 heures et sont suivies d'une baisse de la température qui revient à la normale et reste telle pendant quelque temps. En même temps le malade se sent mieux et demande même à manger. On prolonge cette amélioration pendant deux ou trois jours en administrant le charbon iodoformé selon la formule d'Hayem et en donnant le soir un gramme de sulfate de quinine.

Dans tous les cas où le traitement a été commencé dans les cinq premiers jours de la maladie, la convalescence s'est établie avant le dixième jour.

Comment se comportent les globules blancs dans la fièvre typhoïde.

MM. Aporti et **Radaeli** (Crémone). — Sur 24 malades, nous avons fait, à la distance de 2 ou 3 jours, des observations répétées pour déterminer le nombre des globules blancs et la proportion numérique des diverses formes de ces éléments qui se présentent sous des formes distinctes : à aspect polynucléaire ou à noyau polymorphe, à aspect mononucléaire avec noyau petit ou volumineux, se colorant facilement par l'éosine. Voulant tenir compte de toutes les conditions que nous avons pensé pouvoir influer sur les résultats de nos recherches, nous avons consigné, en regard de chaque examen : le jour de la maladie, la température du matin, du soir, et du moment de l'examen ; le nombre des globules rouges et leur valeur en hémoglobine, le rapport des globules blancs aux globules rouges, les faits les plus importants de la maladie, et enfin, le traitement suivi.

L'examen des leucocytes fut fait dans les 11 premiers cas avec une dilution du sang au centième, et dans les autres cas, l'examen fut pratiqué d'après la méthode de Thoma (acique acétique à 1 pour 300, et dilution du sang de 1 pour 100 à 1 pour 20). La détermination de la proportion numérique des diverses formes de leucocytes fut pratiquée sur des préparations d'après les méthodes indiquées par Ehrlich (échauffement à 120° et coloration avec la fuchsine acide et le vert de méthyle, avec l'hématoxyline et l'éosine, avec une solution saturée de bleu de méthylène, etc.).

Les faits que nous avons observés peuvent ainsi se résumer :

Le nombre des globules blancs dans les cas non compliqués et dans lesquels le cours de la maladie n'est ni augmenté, ni diminué d'une manière constante et définie, oscille dans les limites régulières de 4,000 à 9,000. Seulement, vers la fin de la maladie, quand la fièvre diminue et prend un caractère rémittent ou intermittent, et dans les premiers jours de la convalescence, on observe généralement une augmentation des leucocytes qui atteignent et même quelquefois dépassent les chiffres normaux.

La leucocytose dans la période ascendante et dans l'acmé de la maladie est presque toujours dans un rapport évident avec les processus de complications qui peuvent consister en une bronchite grave, en une forte augmentation des phénomènes intestinaux, en une pneumonie, en une péritonite. A ces processus peut ne pas correspondre, ou correspondre seulement beaucoup plus tard, l'augmentation des leucocytes. Dans un cas de broncho-pneumonie double et de péritonite par perforation intestinale, la leucocytose ne se montra que 15 jours après qu'eurent apparu les premiers symptômes de broncho-pneumonie ou de péritonite.

Les proportions numériques des diverses formes de leucocytes dans le cours de la maladie non compliquée, se maintiennent généralement au taux normal, c'est-à-dire qu'on constate une légère augmentation des leucocytes polynucléaires tant que la température reste fortement et constamment élevée. D'habitude, dans cette période, on note encore que les cellules qui fixent l'éosine sont très rares. Mais quand la fièvre commence à diminuer et à prendre le type rémittent, de même que dans la convalescence et spécialement dans les premiers jours de cette période, les globules polynucléaires diminuent sensiblement (jusqu'à 45 et 55 0/0), tandis que toutes les autres formes sont augmentées, y compris les globules éosinophiles, qui atteignent quelquefois un chiffre très élevé (jusqu'à 18 0/0). Dans les cas compliqués, les leucocytes sont très augmentés et polynucléaires.

En ce qui concerne les globules rouges et l'hémoglobine, on note le fait suivant; la déglobulisation qui devient manifeste ordinairement vers la 2e ou 3e semaine, mais n'atteint pas un chiffre élevé, et, d'une manière générale, la conservation de la valeur globulaire, pour laquelle la diminution de l'hémoglobine suit une marche parallèle à la diminution des globules rouges, viennent confirmer l'opinion de quelques auteurs (Halle, Hayem, Tumas, Kollenck, Sirensen, Limbeck, etc.), à savoir que la fièvre typhoïde non compliquée suit son cours sans qu'il se produise de leucocytose.

Selon la majeure partie des auteurs que nous venons de citer, le nombre des globules blancs, non seulement ne paraît pas augmenter au cours de la fièvre typhoïde, mais subirait une plus ou moins grande diminution. Cependant, quoique nous ayons obtenu quelquefois un chiffre inférieur

à 4,000 pour les globules blancs, nous ne pouvons admettre une véritable diminution, parce que nous n'avons jamais observé un chiffre inférieur à 3,000. La différence de cette divergence dans nos résultats et ceux des autres observateurs est difficile à expliquer.

Connaissant les études de Hirt, de Meyer, de Pohl, desquelles il résulte qu'une série de substances (anisette, fenouil, cannelle, menthe) ont la propriété d'augmenter le nombre des globules blancs, nous nous proposons d'instituer quelques recherches pour voir si, peut-être, les chiffres plus élevés que nous avons obtenus pourraient être en partie attribués aux substances excitantes (liqueur anisée d'ammoniaque, alcoolé de cannelle, etc.) qui furent largement employées dans le traitement de nos malades.

De toute façon, reste confirmée par nos recherches l'augmentation des leucocytes dans la fièvre typhoïde; c'est là un fait intéressant, soit parce qu'il peut être parfois utilisé, mais avec beaucoup de prudence, pour le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde, soit parce qu'il se lie aux questions si débattues de pathologie générale, celles, par exemple, qui concernent la genèse des leucocytes.

Les faits que nous avons observés démontrent qu'il n'est pas exact de parler, comme le font certains auteurs, d'une augmentation des leucocytes mono-nucléaires au cours de la fièvre typhoïde; cette augmentation s'observe seulement à la fin de la maladie ou durant la convalescence. Enfin, le très petit nombre des leucocytes éosinophiles, durant la période fébrile, s'accorde avec l'observation de Zappert, que dans la fièvre élevée, le nombre des éléments éosinophiles est extrêmement réduit; d'autre part, les chiffres élevés observés spécialement pendant la convalescence peuvent se joindre aux chiffres déjà donnés par Meyer, Rieder, Aldelhoff, Finck, Zappert, Heusser, etc., pour démontrer que, contrairement à l'opinion d'Ehrlich, le nombre relativement élevé des globules éosinophiles n'est point un symptôme de leucémie.

La leucocytose dans ses rapports avec la température du corps.

M. Rovighi (Sienne). — De ses recherches cliniques et expérimentales poursuivies pendant deux ans, l'auteur tire les conclusions suivantes :

Dans quelques processus infectieux, particulièrement dans la pneumonie, le nombre des leucocytes est surtout élevé dans la période de décroissance de la température.

Le refroidissement du corps diminue le nombre des globules blancs du sang, tandis que l'échauffement l'augmente.

Ces variations quantitatives des leucocytes ne semblent pas en rapport avec une augmentation ou une diminution des fonctions des organes hématopoïétiques.

Un bain local détermine ces variations d'une manière très variable, dans le district vasculaire soumis à des températures différentes.

Ces phénomènes sont très probablement en rapport avec une distribution inégale des leucocytes dans le courant circulatoire, et ici agissent les actions réflexes exercées sur les parois des vaisseaux, les modifications de la mobilité des globules blancs et des courants lymphatiques dans les capillaires des tissus.

Traitement de l'anémie pernicieuse, de la leucémie et de la pseudo-leucémie par l'arsenic.

M. Warfringe (Stockholm) a essayé à l'hôpital de Sabbatsberger l'arsenic dans 21 cas d'anémie pernicieuse. Dans aucun de ces cas l'effet ne fut nul, et s'il ne pouvait être question de guérison, l'amélioration était toujours des plus accusées. Ordinairement au bout de plusieurs mois de traitement, le nombre d'hématies remontait à 4 ou 5 millions par millimètre cube, la proportion d'hémoglobine à 80 ou 100 0/0.

Dans 10 cas, la guérison fut définitive, en ce sens qu'il n'y eut pas de récidive après l'interruption du traitement; 8 autres furent perdus de vue, mais à un moment où rien ne faisait prévoir le retour de la maladie, 2 ont succombé à une maladie intercurrente.

Dans 11 autres cas on a eu à compter avec la récidive qui s'est manifestée de 2 mois à 4 ans après l'interruption du traitement; 5 fois les malades ont définitivement guéri après la récidive, dans 4 cas la récidive survint une seconde fois, et dans 2 il y eut 6 récidives.

L'arsenic, essayé également dans la leucémie et la pseudo-leucémie, donna des résultats moins favorables que dans l'anémie pernicieuse progressive.

Le mercure et la noix vomique dans le tétanos rhumatismal.

M. Enrico de Pietra Leone (Sicile). — L'auteur a traité trois cas de tétanos rhumatismal (deux cas d'opistothonos et un de pleurostothonos), par l'emploi de l'onguent napolitain associé à l'extrait alcoolique de la noix vomique, en frictions sur la région dorso-lombaire; en outre il administrait à l'intérieur du protochlorure de mercure, lorsque les spasmes avaient diminué assez pour permettre la déglutition, le suspendant lorsque survenait la salivation, et reprenant l'usage du mercure dès que la salivation diminuait; et les heureux résultats qu'il a obtenus l'ont amené à conclure ainsi :

Le mercure agit surtout d'une manière efficace sur la lymphe plastique et les éléments histologiques et morphologiques du tissu connectif; la noix vomique à doses répétées, détermine une action hyposthénisante sur le centre de la maladie, le grand axe spinal.

Mais avec ces trois faits, on ne peut affirmer que cette méthode soit suivie de succès dans tous les cas : aussi serait-il nécessaire que d'autres praticiens voulussent bien diriger leurs recherches dans cette voie.

Observations sur le traitement et sur quelques symptômes de la variole.

M. Gamba (Rome). — J'ai expérimenté, sur 1,118 malades atteints de variole que j'ai observés de septembre 1885 à août 1887, le traitement par le sulfure de calcium, et j'en ai retiré meilleur résultat qu'avec aucun remède. Chez les enfants, je le mélange au sucre de lait, et il devient ainsi facile à administrer.

Les complications surviennent du côté des organes respiratoires, ce qui implique la nécessité de l'aération et de la désinfection du malade et du milieu : j'insiste sur les complications laryngées, qui comptent parmi les plus graves.

L'observation a montré que chez les vaccinés arrivés à la limite de la vie, la disposition à contracter la variole est presque égale à celle des non-vaccinés.

Les observations sur la mortalité des vaccinés et des non-vaccinés montrent que le pronostic est sévère de 1 à 14 ans, plus favorable de 14 à 30 ans et encore plus favorable de 31 à 60 ans.

En terminant, je rendrai compte des observations que j'ai faites sur l'antipyrine chez les varioleux; des planches que je soumets au Congrès montrent clairement que chez les varioleux, dans la période d'invasion, et plus particulièrement dans le stade de suppuration, l'antipyrine n'a pour ainsi dire aucune valeur antithermique.

Traitement de la diphthérie.

M. N. E. Lampadarios (1). — A. *Diphthérie du pharynx.* — 1° Pour guérir assurément la diphthérie, il faut appliquer toujours un traitement local énergique;

2° Il y a besoin d'un médicament antiseptique, que ce soit le perchlorure de fer, l'acide phénique, le sublimé, le phénol sulforiciné ou quelque autre pareil;

3° Pour moi, la partie la plus essentielle est la méthode d'application de ce médicament. C'est la méthode d'application qui assure le traitement et la guérison. C'est pour cela qu'on n'a pas réussi souvent avec ces mêmes médicaments, et qu'on va toujours à la recherche de médicaments nouveaux;

4° Les injections et les irrigations ne guérissent que les cas légers; elles sont insuffisantes contre les cas graves;

5° Ma méthode a l'avantage d'emporter minutieusement les produits septiques des microbes de toute la surface malade, et de nettoyer le plus profondément possible, jusqu'à ce que la surface paraisse rouge et saignante, sans qu'on risque le danger de la résorption par le traumatisme fait, et de l'empoison-

(1) M. Lampadarios nous prie de rectifier une faute d'impression commise sur son nom dans *La Pression barométrique*, de Paul Bert; il y est par erreur appelé Sampadarios (éd. 1878, p. 423).

nement du malade, comme une expérience de plusieurs années me l'a prouvé;

6° Cette méthode consiste à nettoyer minutieusement toute la surface malade au moyen de pelotons de coton hydrophile (enveloppé méthodiquement et solidement au bout d'une tige solide) trempés dans un liquide caustique et antiseptique et égouttés.

Le liquide dont nous nous sommes servi dans les premières années de l'application de notre méthode était parties égales d'acide phénique, d'alcool et de glycérine pure. Plus tard, je me suis servi de perchlorure de fer à parties égales ou à moitié de glycérine pure et même en substance en cas de diphthérie gangréneuse ou septique. On porte ces pelotons à répétition au pharynx et on nettoie partout en se servant d'une pression très forte. On parvient de cette manière avec ces pelotons trempés et égouttés à nettoyer mieux et plus profondément.

Tandis qu'on nettoie, on cautérise en même temps avec le liquide antiseptique, dans lequel ils sont trempés, et on ferme sur-le-champ les capillaires ou les lymphatiques ouverts par hasard;

7° Il faut agir toujours en pleine lumière pour nettoyer partout et appliquer en même temps partout le médicament caustique et antiseptique;

8° Par cette méthode appliquée 2 ou 3 fois dans les 24 heures on est sûr de guérir toute diphthérie du pharynx, tant soit-elle grave, septique ou gangréneuse; il suffit qu'elle soit appliquée dans les premiers jours, avant l'apparition des symptômes d'empoisonnement par les produits délétères des microbes;

9° Même chez les enfants indociles il est plus facile de réussir à appliquer cette méthode 2 ou 3 fois dans les 24 heures que de les déranger toutes les heures avec la méthode des irrigations, qui est aussi difficile à être appliquée chez de pareils enfants, et insuffisante du reste à guérir des cas graves de diphthérie.

Notre méthode, tout en étant plus active et plus sûre, laisse un temps de repos aux petits malades pour dormir et reprendre des forces, ce qui contribue aussi peut-être à la guérison;

10° Par cette méthode, qui emporte les produits septiques des microbes, les paralysies consécutives sont évitées, surtout la paralysie du cœur, qui fait tant de victimes chez les enfants traités par la méthode des irrigations;

11° Je me sers des injections ou des irrigations pour l'antisepsie buccale, parce qu'elles ne peuvent faire plus que ça. Aussi contre la diphthérie du nez et de l'oreille.

B. *Diphthérie du larynx* (croup). — Encouragé par les résultats obtenus dans le traitement de la diphthérie du pharynx, j'ai appliqué le même procédé de traitement contre le croup.

Je fais préparer plusieurs fils de laiton, ayant l'épaisseur, la longueur et la forme du porte-caustique laryngien. J'enveloppe le bout d'un peu de coton hydrophile, je le trempe dans le liquide de perchlorure de fer cité plus haut, je l'égoutte et je le porte à la glotte à répétition. Je répète 2 ou 3 fois dans les 24 heures.

Depuis mes premières recherches, j'ai eu l'occasion, l'automne dernier, pendant une petite épidémie de diphthérie à Athènes, de vérifier encore une fois de plus les résultats énoncés plus haut.

J'ai dû traiter et guérir plusieurs cas de diphthérie grave au moyen de ma méthode. J'ai eu l'occasion de voir aussi plusieurs cas de mort dans les mains de confrères distingués mais fanatiques du traitement de la diphthérie par la méthode des irrigations seules ou combinées avec quelques attouchements simples de la surface malade.

Il y en a même qui se servent des mêmes médicaments pour les attouchements, par exemple du perchlorure de fer plus ou moins concentré, et ils croient et prétendent faire la même chose que moi! Il y a une grande différence entre les attouchements et la méthode d'emporter minutieusement et profondément les produits septiques, sans s'inquiéter du traumatisme fait selon ma méthode et qui ne m'a causé jamais la mort du malade.

Contagion tardive de scarlatine diphthérique après trois mois et demi.

M. Varnali (Bucarest). — Le 17 septembre 1892 survient une scarlatine hypertoxique, accompagnée d'angine diphthéritique chez un enfant de 13 ans. Cinq jours après l'enfant meurt en pleine éruption et avec des phénomènes nerveux graves, délire, agitation, carphologie.

Pour prévenir une nouvelle victime, je prescris une désinfection radicale et je fais passer à l'étuve municipale tout le linge infecté.

Le 5 janvier 1893, à la suite d'une petite entérite colliquative, un frère du décédé, qui est resté tout le temps dans la maison, se trouvant débile et par conséquent dans un état favorable de réceptivité morbide, tombe malade de scarlatine ayant les mêmes allures que celle du cas précédent, la même angine diphthéritique et l'enfant succombe pareillement au cinquième jour de sa maladie.

Les cas où l'on peut démontrer avec précision la transmissibilité de la scarlatine après trois mois étant bien rares (Cadet de Gassicourt, Barthez, Sanné, Picot et Despine en citent quelques-uns), j'ai cru intéressant de vous entretenir de ces deux faits pathologiques qui, outre l'intérêt scientifique, présentent une grande importance pratique, car ils démontrent que l'isolement de six semaines prescrit aux élèves est insuffisant pour prévenir tous les cas de contagion.

Etiologie de l'angine folliculaire.

M. Jean Sendziak (Varsovie). — La question de l'étiologie de l'angine folliculaire est encore irrésolue jusqu'à présent. La plupart des auteurs (B. Frænkel, etc.) considèrent cette affection comme indépendante; d'autres, par contre, maintiennent qu'elle n'est qu'une variété affaiblie de la diphthérie.

J'ai donc décidé de m'occuper de cette question qui, à mon avis, ne peut être résolue que par le moyen de strictes recherches bactériologiques. J'ai exécuté le présent travail dans le laboratoire bactériologique de l'hôpital de l'Enfant-Jésus à Varsovie, sous la direction personnelle du Dr Jakowski, chef du laboratoire, ainsi qu'avec l'aide du Dr Swiezynski, assistant du laboratoire.

Vingt-deux cas (avec 8 nouveaux = 30) m'ont servi pour mes recherches. C'étaient des cas plus ou moins typiques d'angine folliculaire.

Voici les résultats de mes investigations bactériologiques (cultures sur Lœffler's « Blutserum », ainsi que sur l'agar glycériné, inoculations de membranes sous la peau des cochons d'Inde).

1° Dans aucun de mes 30 cas, je n'ai trouvé de bacilles de Klebs-Lœffler, spécifiques pour la diphthérie.

2° Dans 4 cas (et 3 de la nouvelle série, ensemble 7 cas), j'ai trouvé des bacilles de Hoffmann-Lœffler, c'est-à-dire pseudo-diphthéritiques, pour la plupart réunis à d'autres bactéries (4 fois avec les staphylocoques, 1 fois staphylo- et streptocoques). Ils différaient morphologiquement fort peu dans mes cas de ceux de Klebs-Lœffler, surtout par leur tendance à l'agglomération parallèle (sous le microscope), ainsi que par la coloration brunâtre des cultures ultérieures (les traits très caractéristiques, selon Escherich, pour les bacilles pseudo-diphthéritiques) et surtout par le résultat négatif des inoculations sur les cochons d'Inde.

3° Dans les 18 cas (5 de la nouvelle série, ensemble 23) je trouvai : *a.* des staphylocoques seuls 6 + 3 = 9 fois; *b.* des streptocoques seuls 2 + 1 = 3 fois; *c.* des formes combinées (staphylocoques et streptocoques) 10 + 1 = 11 fois (les staphylocoques étaient plus nombreux dans 6 + 1 = 7 fois, les streptocoques 4 + 0 = 4 fois).

4° Quant au cours clinique de la maladie, il fut seulement dans 7 cas (en présence de bacilles pseudo-diphthéritiques) un peu plus grave. Pour la plupart, c'étaient des cas pas entièrement typiques, les membranes en étant plus ou moins étendues.

5° Les staphylocoques et streptocoques en général n'avaient dans nos cas rien de spécifique et ne différaient en rien des staphylocoques et streptocoques pyogènes. Le plus souvent c'était le staphylococcus albus, quatre fois seulement ils étaient combinés (staphylococcus aureus et albus), une fois seulement staphylococcus aureus. Quant aux streptocoques, ils présentaient surtout des chaînettes courtes — parfois très longues — recourbées, composées ordinairement de cocci de différentes grandeurs; dans un cas seulement ils se composèrent de doubles coques (diplo-streptococcus (Barbier).

Conclusion générale. — Fondé sur le cours clinique ains

que sur les résultats bactériologiques, dans trente cas observés minutieusement par moi, je soutiens que la soi-disant angine folliculaire proprement dite, tonsillite lacunaire, est sous le rapport clinique et étiologique un processus pathologique indépendant, processus qui n'a rien de commun avec la diphthérite proprement dite, processus contagieux, à vrai dire, mais dont malheureusement nous ne connaissons pas l'agent spécifique.

Cécité pour les couleurs.

M. Dufour (Lausanne) a examiné sept cas de cécité totale pour les couleurs. Deux d'entre eux, intelligents, regardant le spectre, ont vu commencer la clarté à la ligne A et perçu le maximum de clarté à la ligne B, soit en plein vert. M. Dufour conclut que ces deux malades n'ont qu'une sensation fondamentale, savoir le vert. Ces cas ne s'expliqueraient pas par la théorie de Héring, mais bien par celle de Helmholz, si on suppose qu'il leur manque deux des sensations fondamentales.

La fonction visuelle des vieillards et ses effets sur l'emploi des couleurs en peinture.

M. Angelucci (Palerme). — L'examen des yeux de cent vieillards a amené l'auteur à reconnaître l'existence constante d'un reflet gris-verdâtre de la pupille, dû à l'altération sénile du cristallin, altération que l'on rencontre dans les yeux de tous les individus âgés.

Dans la vieillesse, on observe assez fréquemment des troubles dans l'appréciation des couleurs, l'abaissement de la vision et les symptômes de l'héméralopie.

Chez les peintres âgés, dont on examine l'état des yeux, on trouve dans ces troubles l'explication de leur manière de peindre, c'est-à-dire l'emploi excessif de la couleur blanche, la prédilection pour la teinte violette, le changement du bleu pour le vert, et la suppression du jaune. Le coloris de leurs tableaux est plutôt éclatant, mais l'ensemble manque de force et de vigueur : les ombres sont dures et peu dégradées.

Les tableaux de presque tous les peintres qui travaillent après 70 ans présentent ces mêmes caractères, mais il faut ajouter qu'il n'y a là aucun rapport avec la manière de peindre qu'on note chez les fous.

Les centres trophiques de l'œil.

M. Angelucci (Palerme). — Chez les chiens nouveau-nés, chez les petits lapins, chez les chats adultes après l'arrachement du ganglion cervical supérieur, on observe du côté opéré de l'alopécie de la face et des troubles dystrophiques dans les os du crâne et dans les dents.

L'œil est atteint d'un arrêt de développement de la cornée, s'aplatit, et le calibre des vaisseaux de l'uvée paraît diminué en même temps que se développent, dans la texture du tractus uvéal, des changements appréciables consistant en une sclérose atrophique.

Aussitôt après l'arrachement du ganglion cervical supérieur, les vaisseaux se dilatent, et à cette dilatation s'associe un léger œdème vasculaire.

L'extirpation du ganglion de Gasser entraîne la contraction des vaisseaux oculaires, dont les parois deviennent œdémateuses, surtout la couche adventice ; plus tard paraissent des altérations neuro-paralytiques de la cornée.

Les deux ganglions ont donc un pouvoir trophique sur l'œil, soit comme modérateurs de la circulation, soit que le fonctionnement normal de l'œil dépende de l'intégrité physiologique des parois vasculaires.

Hystéro-traumatismes oculaires.

M. G. Borel (Neuchâtel, Suisse). — 1° Les hystéro-traumatismes oculaires sont souvent méconnus et plus fréquents que les statistiques ne le font croire.

2° L'érythropsie, l'astigmatisme spastique, la diplopie monoculaire, le strabisme spastique, la mydriase, l'épiphora avec hémihyperidrose faciale peuvent chacun exister isolément et constituer une forme d'hystérie traumatique monosymptomatique.

3° Les hystéro-traumatismes oculaires appartiennent le plus souvent aux formes graves de l'hystérie, même chez les individus n'ayant jamais présenté de symptômes nerveux auparavant; c'est le cas surtout des formes dues aux catastrophes par collisions de chemin de fer (Railway Spine).

4° Le strabisme hystéro-traumatique est le même que le strabisme artificiel provoqué par la suggestion hypnotique.

5° Un hystéro-traumatisme oculaire minime peut donner lieu à une hystérie généralisée de longue durée même chez l'homme adulte dans la force de l'âge.

6° La kopiopie hystérique produit les symptômes suivants en intensité croissante : *a.* micropsie, *b.* diplopie monoculaire, *c.* érythropsie, *d.* amblyopie, *e.* épiphora, *f.* hémihyperidrose faciale.

Traitement curatif de l'épilepsie.

M. Sanchez Herrero (Madrid) traite toutes les épilepsies par la potion suivante :

Eau	500 gr.
Bromure de potassium	50 gr.
Iodure de potassium	5 gr.

On commence par administrer 20 cm. c. de cette solution une heure avant chaque repas, et on augmente la dose tous les jours jusqu'à provoquer chez les malades un état de somnolence et d'ébriété continuelles. Généralement la dose de 30 cm. c. est suffisante; quelquefois on est obligé d'aller jusqu'à 50, 60 et même 70. cm. c.

L'ébriété bromique dans les 8 ou 15 premiers jours est indispensable au succès.

Le traitement est continué sans interruption pendant six mois. Après on diminue progressivement la dose et on fait de la suggestion hypnotique 2 ou 3 fois par semaine. Le malade est guéri au bout d'un an.

Sur 30 épileptiques traités de cette façon, 19 qui ont suivi rigoureusement le traitement ont tous guéri. Les autres, qui se soignaient mal et irrégulièrement, ont été considérablement améliorés.

Etiologie du tabes.

M. Borgherini (Padoue). — Le tabes est une affection essentiellement systématique et sa pathogénie doit être recherchée dans une prédisposition spéciale de quelques faisceaux nerveux à ressentir l'action de la cause morbigène déterminante, et les agents auxquels on a attribué la genèse du tabes agissent, subordonnés à cette prédisposition morbide.

La syphilis, sans aucun doute, est une cause du tabes : et nombre de tabétiques sont des syphilitiques avérés; mais il serait exagéré de donner une importance absolue à la syphilis, et de nier la valeur d'autres causes. Une statistique que j'ai dressée avec plusieurs de mes collègues donne à peine 30 0/0 de syphilis dans les cas de tabes dorsal.

A côté de la syphilis on trouve d'autres causes plus génériques, qui entrent soit isolées, soit combinées à la syphilis : telles sont les habitations humides, les professions exposant à l'humidité et au froid, etc., etc., les abus de travaux intellectuels, les abus des plaisirs vénériens, etc. ; quelques cas enfin échappent à toute étiologie spéciale.

Les névropathes dans les familles de tabétiques ne sont pas rares, et bien des tabétiques sont eux-mêmes des dégénérés.

D'après cela, pour une lésion systématique, la prédisposition individuelle doit avoir le premier rang : l'action des autres causes vient se mettre en seconde ligne. Si dans d'autres pays la syphilis a un taux si élevé dans l'étiologie du tabes, il est possible qu'en Italie ce taux soit inférieur.

Sur la nature rhumatismale de la chorée.

M. Dyce Duckworth (Londres). — La chorée a non seulement, comme on le croit communément, des rapports avec le rhumatisme, mais elle est encore une variété et une manifestation de cette maladie.

La chorée est une forme de rhumatisme cérébral, représentant une des formes nombreuses de cette maladie, n'intéressant pas les articulations.

Les lésions peuvent se trouver dans le sang et dans le cerveau, et dans ce cas, autant qu'on peut le dire aujourd'hui, siègent dans la région corticale.

Il n'est pas possible de distinguer, soit durant la vie, soit après la mort, une différence entre l'endocardite due au rhumatisme, et celle due à la chorée.

Le choc, le travail nerveux exagéré, les émotions psychiques sont les causes qui produisent ordinairement la chorée ; mais ces causes ne sont capables de produire de tels effets que chez les enfants qui ont une hérédité rhumatismale.

Le syndrome de la chorée indique l'effet de l'action de certaines toxines sur l'organisme, et comme déjà il est prouvé que c'est là la cause efficiente du rhumatisme dans 80 pour cent des cas, nous devons conclure que c'est « la vraie cause » dans tous les cas, c'est-à-dire que ce n'est que dans une proportion très minime que la chorée dépendrait de quelque autre toxine qui posséderait une remarquable affinité avec le poison du rhumatisme.

De même que l'on reconnaît comme manifestations rhumatismales les localisations dans les autres parties du corps, les articulations, par exemple, de même la chorée peut être considérée comme une variété de rhumatisme qui spécialement intéresse le cerveau.

Mutisme hystérique guéri par l'éthérisation.

MM. F. Fazio et **C. Gioffredi** (Naples). — Une paysanne de Maiano, âgée de 20 ans, affectée depuis un an environ de mutisme survenu à l'improviste sans cause déterminante, présentait beaucoup des caractères de l'hystérie : convulsions, diminution de la sensibilité du côté gauche, zone hyperesthésique aux mamelons et dans la région des ovaires, raccourcissement du champ visuel, anomalies de l'odorat, etc.

A l'examen laryngoscopique : aucune altération anatomique ni fonctionnelle. Dans son histoire, il nous fut assuré par sa famille et par le médecin qui la soignait qu'elle avait souffert pendant quatre mois d'une anurie totale avec vomissements urineux et sueurs abondantes. Ces symptômes disparurent avec son entrée à l'hôpital.

Beaucoup de tentatives pour guérir le mutisme (électricité, suggestion pendant la veille et pendant le sommeil hypnotique, fortes émotions, etc.) étaient restées vaines. Il me vint à l'idée de l'éthériser, parce que j'appris des malades voisins que la nuit, pendant son sommeil, elle murmurait quelques paroles.

Et de fait, dans le premier moment d'excitation causée par l'éther, elle se mit à crier : « Ça me fait mal ! » Dès lors le mutisme disparut complètement.

Par ce résultat on pourrait être autorisé à conclure que l'éthérisation offre dans quelques cas et de préférence aux autres méthodes (électricité, suggestion pendant la veille et le sommeil hypnotique, éducation phonétique, fortes émotions), une thérapeutique facile et prompte pour le mutisme hystérique.

Ophthalmoplégie et paralysie bulbaire supérieure.

M Alexandre Marina (Trieste). — L'auteur étudie un cas de tumeur des corps quadrijumeaux et de la partie supérieure des pédoncules, et dans lequel on observa la paralysie double de l'oculo-moteur, de l'ataxie et du tremblement ; l'auteur relève l'importance des deux premiers symptômes qui rendent possible le diagnostic pendant la vie : l'absence de vomissement, de céphalalgie, de stase papillaire était contraire à l'hypothèse d'une tumeur, et l'existence du tremblement, de la parole scandée, éveillaient l'idée d'une sclérose en plaques. A l'examen microscopique, le pédoncule était intact, et ainsi fut confirmée l'hypothèse faite durant la vie, que le tremblement intentionnel pouvait survenir sans lésion des fibres motrices.

L'auteur admet que dans les affections périphériques de l'oculomoteur, peut exister l'intégrité des muscles intrinsèques du bulbe, et il croit que lorsqu'on trouve de l'ophthalmoplégie extrinsèque unilatérale complète, sans lésion des muscles intra-bulbaires, on doit faire le diagnostic d'affection périphérique, surtout quand d'autres symptômes parlent en faveur de ce diagnostic.

L'auteur parle de l'ophthalmoplégie externe chronique acquise et congénitale, et pour celle-ci, il suppose que la cause peut être une altération des vaisseaux qui viennent former la basilaire, et c'est là la raison pour laquelle cette forme d'ophthalmoplégie s'unit souvent à la paralysie faciale. On peut considérer comme certaine la paralysie bulbaire supérieure, lorsque chez un malade la paralysie oculaire s'unit, non seulement à des phénomènes bulbaires, mais encore à l'atrophie progressive, type Duchenne-Aran.

Dans le tabes, l'affection périphérique s'unit souvent à l'affection centrale. Un malade de l'auteur était tabétique et atteint de paralysie d'un oculo-moteur lentement progressive, par suite d'hémorrhagie dans un lobe du cervelet. A l'autopsie, outre l'atrophie de quelques groupes musculaires, on trouva de la névrite de la troisième paire. Chez un autre malade, les phénomènes tabétiques avec paralysie oculaire apparurent durant une récidive d'accidents secondaires syphilitiques ; toutefois, à l'examen microscopique de la moelle, on ne trouva rien de caractéristique au sujet de la syphilis.

L'auteur croit que la polio-encéphalite supérieure aiguë peut survenir également chez les sujets qui ne sont pas alcooliques, et croit également que l'ophthalmoplégie externe chronique s'unit plutôt à l'encéphalite aiguë, et dépend des lésions des noyaux de la substance grise centrale et non point des fibres unissant ces noyaux au cortex.

La fonction du reticulum des fibres qui se trouvent sous l'aqueduc est encore ignorée : il est des cas d'hémorrhagie limitée à ces fibres, qui ne déterminent point de paralysie oculaire, mais il n'y a rien d'improbable à ce qu'un foyer hémorrhagique puisse altérer le fonctionnement des noyaux, alors même que l'hémorrhagie n'a pas atteint les noyaux eux-mêmes, mais seulement les territoires avoisinants.

Une malade, à deux ans de distance, fut frappée deux fois de paralysie de l'oculo-moteur, et de l'abducteur droit, dans des conditions identiques, la deuxième fois après un accouchement : il paraît possible que cette récidive de la paralysie oculaire soit due à une récidive de la névrite, d'autant mieux que chez les femmes en couches, on observe quelquefois de la polynévrite, surtout du nerf facial. Chez cette malade, existait le signe de Westphal : aussi l'auteur croit-il que, dans le cas particulier, un début de tabes avait rendu le terrain favorable pour le développement d'une récidive de la paralysie oculaire, et qu'il a suffi d'une cause occasionnelle qui dans l'espèce a été l'état puerpéral.

Dégénérescence de la moelle spinale dans l'empoisonnement expérimental par le phosphore.

M. Gurrieri (Bologne). — Au sujet des altérations anatomo-pathologiques produites par le phosphore sur le système nerveux central, on trouve souvent répété ce qu'a écrit Schuchardt dans le traité de médecine légale de Maschka, que « dans le système nerveux central et périphérique, on ne trouve rien à noter ».

Et tandis que la littérature médicale est très riche en observations anatomo-pathologiques sur tous les organes des animaux ou des hommes morts par le phosphore, on ne trouve que bien peu de renseignements sur ce qui concerne le système nerveux.

Il existe cependant des observations importantes de Herschl, de Hofmann, de Orth, de Hammer, de Elkins, de Meddlemas, de Danillo, mais personne, autant que je sache, n'a jusqu'à présent rencontré de dégénérescence systématique dans la moelle spinale, telle que j'ai eu l'occasion de l'observer. Il s'agissait d'un chien mort après avoir pris quotidiennement, durant un mois, par la voie stomacale, du phosphore blanc, dissous dans de l'huile d'olive.

De petits fragments des organes, convenablement durcis dans le liquide de Müller, ont été mis, durant quelques jours, dans le mélange d'acide osmique et bichromique de March. Les coupes furent faites avec le microtome de Schanze.

Les sections furent examinées, quelques-unes aussitôt après la coupe, dans la glycérine, les autres colorées de diverses manières (carmin, fuchsine, hématoxyline) et montées dans du baume de Canada dissous dans du xylol.

Estomac. — Dans les glandes à pepsine, les cellules principales étaient profondément altérées : le noyau n'était plus colorable, et dans le corps de la cellule, on trouvait de nombreux granules colorés en noir par l'acide osmique.

Dans beaucoup de ces glandes, à la place des cellules principales, on observe une substance granuleuse dans laquelle on ne pouvait réussir, à l'aide de substances colorantes, à déceler les noyaux.

Pancréas. — Dans beaucoup de cellules pancréatiques, le noyau n'est pas colorable, et dans le protoplasma, on observe de petites granulations colorées en noir par l'acide osmique.

Foie. — Le corps de la cellule est plein de granulations noires de dimensions variables. Le noyau n'est plus colorable

et on ne peut réussir à distinguer les limites des cellules hépatiques; il existe une dégénérescence graisseuse diffuse de tout le viscère. Dans les coupes très fines, on note que dans le centre de l'acinus, autour de la veine centrale, le processus de dégénérescence est moins avancé. Il n'y a point d'infiltration de leucocytes dans le tissu connectif interacineux.

Cœur. — Dans beaucoup de fibres musculaires, on constate que la striation transversale et longitudinale a disparu; le protoplasma est réduit en granulations plus ou moins ténues et quelques-unes se colorent en noir par l'acide osmique.

Rein. — Dans les tubuli concorti, et dans l'anse de Henle, l'épithélium est réduit, dans la plus grande partie, en substance granuleuse; beaucoup de ces granulations, de volume variable, sont colorées en noir par l'acide osmique. Le processus de dégénérescence est beaucoup plus marqué dans l'anse de Henle.

Les glomérules sont, eux aussi, altérés. Les noyaux de l'épithélium de revêtement de la surface interne de la capsule de Bowman ne sont plus colorables; souvent entre la capsule de Bowman et le glomérule s'accumule de la substance granuleuse d'épaisseur variable et de forme assez régulièrement semi-lunaire.

Dans les autres organes examinés (poumon, diaphragme, muscles et nerfs périphériques), je n'ai rencontré aucune altération.

Moëlle spinale. — Sur des coupes transversales situées à des hauteurs différentes, les faisceaux pyramidaux croisés paraissent dans la partie postérieure des cordons latéraux, moins colorés par le liquide de Müller et par conséquent beaucoup plus clairs que les autres parties de la moelle. Dans les cordons latéraux, on peut suivre une dégénérescence semblable, commençant dans la région cervicale et se continuant dans toute la longueur de la moelle jusqu'à la fin de ces faisceaux dans la région lombaire.

A partir du tiers inférieur de la région dorsale, on observe aussi une dégénérescence des cordons de Goll et de Burdach, qui paraît toujours plus marquée dans ces deux cordons, en remontant vers la partie supérieure de la région dorsale. Dans la région cervicale, cette dégénérescence ne se continue que dans les cordons de Goll.

L'examen microscopique des coupes colorées par la méthode de Weigert et par le carmin ammoniacal, confirme la dégénérescence signalée tout à l'heure. Des coupes colorées avec le mélange d'acide osmique et d'acide bichromique n'ont point montré, dans les faisceaux, qui, cependant, paraissaient nettement dégénérés, les réactions caractéristiques de ces acides sur les fibres dégénérées, ce qui confirmerait le fait déjà signalé par le Dr Vassale, touchant les différentes manières de se comporter des fibres médullaires atteintes de dégénérescence; si la dégénérescence est primitive et résulte d'un processus atrophique lent, la réaction de l'acide osmique ne se produit pas; au contraire, la réaction a lieu lorsqu'il s'agit d'une dégénérescence secondaire, résultant d'un processus destructif plus ou moins rapide des fibres nerveuses elles-mêmes.

Au point de vue médico-légal, cette observation a une grande valeur : il y aurait là un critérium permettant de différencier les dégénérescences du système nerveux selon qu'elles seraient dues à des altérations chimiques (dégénérescences primitives), ou à des traumatismes (dégénérescences secondaires).

Etiologie de l'érythromélalgie.

M. Etienne Personali (Gênes). — L'étiologie de l'érythromélalgie est complètement à faire. Depuis le mémoire de Weir-Mitchell en 1872 jusqu'aux derniers de Rœster, Berger, Bernhardt, Senator, Ghreardt, etc., on a beaucoup écrit et supposé sur les rapports étiologiques de cette névrose. Malgré ça, on est encore au point de départ et la science ne possède rien de bien démontré sur les rapports de cause à effet. J'ai traité dernièrement deux cas classiques d'érytromélalgie chez des sujets syphilitiques : il avait un rapport constant entre les manifestations syphilitiques et les accès de la névrose. Le traitement par des injections sous-cutanées et des frictions mercurielles, iodure de potassium, a bientôt donné une amélioration considérable de la maladie, et plus tard la guérison complète. Aujourd'hui, après deux ans, celle-ci persiste encore, par conséquent, dans certains cas d'érythromélalgie est démontrée une relation de cause à effet avec la syphilis.

Sur quelques effets de l'augmentation de la pression intra-thoracique.

M. Borgherini (Padoue). — Dans les cas de pleurésie exsudative, avec épanchement très abondant de liquide, avec énorme augmentation de pression dans la cavité pleurale, j'ai relevé les résultats suivants :

L'augmentation en circonférence du thorax produite par l'épanchement s'observe, non seulement du côté malade, mais encore du côté sain.

Le côté malade a des mouvements respiratoires actifs qui peuvent, dans leur extension, égaler et même dans quelques cas dépasser ceux du côté sain.

Dans quelques cas, il existe une dissociation manifeste dans les mouvements respiratoires des deux côtés, le côté malade commençant le mouvement inspiratoire avant le côté sain.

Les courbes stéthographiques sont profondément dissemblables des courbes normales, indiquant un grand effort musculaire respiratoire, avec une ascension plus rapide de la ligne graphique et une descente aussi plus rapide; enfin il peut survenir une véritable paresse respiratoire à la fin d'une expiration et au commencement de l'inspiration qui la suit.

Ces faits peuvent se constater, en partie du moins, sans l'aide d'appareils enregistreurs : ils sont d'une extrême importance pratique, et représentent une indication absolue pour une intervention qui diminuera l'énorme pression intrathoracique.

Costotomie provisoire dans l'exsudat pleurétique aigu.

M. Z. Sanfirescu (Bucarest). — Le titre même indique suffisamment le but dans lequel en 1877 j'ai pratiqué la section temporaire des côtes par ce nouveau procédé. Elle pourrait être pratiquée même dans le cas d'exsudat devenu purulent, si l'adhérence pleurale n'est pas encore effectuée.

L'opération se fait de la manière suivante : on place le malade à demi couché latéralement sur le côté opposé à celui qui sera opéré et l'on procède à l'anesthésie que l'on pousse seulement jusqu'à l'analgésie et, pour arriver plus facilement à ce but, on emploie de préférence l'éther.

On compte les côtes de bas en haut et, au milieu de l'espace libre, entre la sixième et la septième côte, ou, juste au milieu de la partie déclive de l'exsudat, on trace une ligne au crayon dermographique et, à un point arrêté par l'opérateur, on trace une seconde ligne perpendiculaire, à partir de laquelle on mesure dans les deux directions (en avant et en arrière) la portion de la côte à sectionner et l'on élève encore une ligne verticale.

Le malade étant analgésié, le tissu, jusqu'aux muscles intercostaux internes, sera incisé entre les deux verticales sur la ligne comprise dans l'espace intercostal, et ensuite on n'incisera que la peau sur les lignes verticales jusqu'au-dessus du bord supérieur de la côte à sectionner. Arrivé là, on place le costotome sur l'une des lignes verticales, de manière à ce que les tranchants embrassent transversalement la côte entière, et que l'on pousse les pointes jusqu'à ce qu'elles pénètrent dans la cavité pleurale; on presse fortement des deux mains, jusqu'à ce que l'os soit complètement coupé, ainsi que les parties molles contenant aussi la plèvre. La même opération est pratiquée sur l'autre ligne verticale.

Il résulte de ces sections un lambeau pleuro-ostéo-cutané. L'artère doit être liée ou tordue.

La cavité pleurale occupée par l'exsudat est lavée par des irrigations faites avec du liquide antiseptique et le drainage est fait à l'aide d'un tube en caoutchouc, fenêtré et recourbé pour former un double courant.

Toute la région latérale thoracique opérée est recouverte d'une épaisse couche de ouate phéniquée, soutenue par un bandage de corps.

On observe cliniquement les oscillations de la température; si elle commence à monter, on défait le bandage et l'on fait des irrigations par l'un des orifices périphériques du tube jusqu'à ce que le liquide en sorte limpide, après quoi sera appliqué un bandage identique à celui que l'on a défait.

Le nombre des irrigations est en rapport avec l'élévation

de la température et si, après dix ou quinze jours, elle devient constante et presque normale, et que le liquide d'irrigation ressorte limpide dès le commencement, on devra limer les extrémités de l'os sectionné et le coudre par deux pointures faites avec de la soie, soit à l'aide de fils métalliques en argent.

On fait la suture des parties molles avec de la soie ou du catgut.

On réserve à l'incision de l'espace intercostal un petit orifice dans lequel on introduit un tube de drainage très fin pour observer pendant quelques jours, si les parois de la plèvre sécrètent encore et l'on décide de la fermeture complète certainement d'après l'absence totale d'exsudation.

Aussitôt la suture osseuse effectuée, toute la région latérale thoracique opérée est bandée à l'aide de larges et longues bandes de diachylon; seul l'orifice drainé est laissé libre et recouvert de ouate phéniquée ou iodoformée; le tout est soutenu par un bandage de corps que l'on n'enlève définitivement qu'après un délai de temps jugé par les circonstances, mais pas au delà de quarante jours.

J'ai opéré trois malades par cette méthode et tous ont été complètement guéris sans aucune trace ultérieure.

Sur la véritable signification étiologique de l'œdème pulmonaire aigu dans la pneumonie croupale; sa fréquence et son importance comme cause directe de la mort.

M. Rivalta (Rome). — 1° Chez les individus morts à la suite de pneumonie croupale on rencontre très fréquemment l'œdème aigu pulmonaire, qui peut avoir un siège plus ou moins étendu dans les deux poumons, être diffusé dans un poumon tout entier, ou bien circonscrit dans un seul lobe, ou même dans une partie d'un lobe.

Sur une statistique de 51 cas, l'œdème aigu fut rencontré 33 fois dans une proportion de 65 0/0 : dans ces 33 cas, 22 fois l'œdème siégeait dans le poumon tout entier, 6 fois à la base d'un poumon, 2 fois aux deux bases des poumons, 3 fois dans un lobe supérieur;

2° Dans le poumon, en état d'œdème aigu, on rencontre toujours le diplocoque de Frænkel en très grande quantité contenu dans l'exsudat des alvéoles pulmonaires, et presque toujours à l'état de pureté.

Très rarement on rencontre en même temps un diplocoque dans les capillaires de la région malade, et seulement dans les très rares cas de septicémie dans lesquels ces micro-organismes sont démontrables dans les capillaires des autres viscères ;

3° Les pneumocoques se trouvent déjà, durant la vie, en très grande quantité dans le poumon lorsqu'il existe de l'œdème aigu, et ne sont point dus à une invasion ou à un développement *post mortem;*

4° Très souvent dans le poumon en état d'œdème aigu on trouve un nombre plus ou moins considérable d'alvéoles remplis par un exsudat formé de globules rouges et de leucocytes unis à des éléments épithéliaux desquamés;

5° L'œdème aigu dans la pneumonie croupale doit être considéré comme un œdème aigu inflammatoire produit par le diplocoque, et correspondant au stade tout à fait initial de la pneumonie croupale ;

6° Les caractères principaux sont donc : la présence constante du diplocoque de la pneumonie, la réaction inflammatoire endo-alvéolaire et la localisation de l'œdème aigu, qui, dans certains cas, est plus ou moins circonscrit, entouré de parties parfaitement aérées et de tissu parfaitement sain;

7° La juste appréciation de ces faits enlève de l'importance aux hypothèses émises jusqu'aujourd'hui pour expliquer l'œdème aigu dans la pneumonie, telles que la fluxion collatérale, la stase par débilité du sang, les conditions hydrohémiques du sang, etc., bien que, quelquefois, ces facteurs puissent peut-être concourir indirectement à la production de l'œdème aigu inflammatoire ;

8° Dans la pneumonie grippale la mort survient, dans la grande majorité des cas, par abolition de l'aire respiratoire (78 0/0 d'après ma propre statistique); elle peut aussi être due à l'extension notable de l'hépatisation dans les deux poumons (14 0/0), ou à la coexistence de foyers d'hépatisation avec œdème aigu dû au diplocoque (52 0/0) et enfin au développement de la pneumonie croupale plus ou moins étendue chez les sujets déjà affectés de bronchite capillaire diffuse (12 0/0) ;

9° L'œdème aigu du poumon dans la pneumonie croupale a donc une grande importance comme cause directe très fréquente de la mort ;

10° Dans les autres cas, alors que la mort ne provient pas directement de l'abolition de l'aire respiratoire (22 0/0), on rencontre de graves complications extra-pulmonaires antérieures (spécialement chez les vieillards), ou des complications consécutives à une infection du poumon et de ses dépendances (plus souvent chez les jeunes gens).

Le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses ou doses thérapeutiques.

M. Petresco (Bucarest). — Les succès éclatants que j'ai obtenus pendant treize ans et dans 1192 cas de pneumonie traités par la digitale à hautes doses ou pour mieux dire à doses thérapeutiques, m'autorisent et m'imposent en même temps l'obligation morale de montrer l'utilité et la puissance de cette méthode de traitement. Je désire la voir adoptée, sans crainte, par tous les praticiens.

Depuis 1880, je ne traite les pneumonies que par l'infusion de feuilles de digitale préparée à la dose de 4 à 5 grammes, quelquefois même de 6 grammes pour 200 grammes d'eau et 40 grammes de sirop simple. A prendre chaque demi-heure une cuillerée à bouche.

Je répète ces potions, en cas de besoin, matin et soir, pendant 2 ou 3 jours suivant les modifications du pouls et de la température du malade. C'est ainsi que plusieurs de mes malades ont pris 8 et même 10 et 12 grammes de feuilles de digitale en 24 heures, et avec les résultats les plus satisfaisants.

C'est seulement à la suite de ces grandes doses de digitale, données coup sur coup, que la jugulation de la pneumonie franche a été obtenue aussitôt.

En général, la maladie a été jugulée en 3 jours. La fièvre et tous les phénomènes physiques tant locaux que généraux ont disparu comme par enchantement.

La température, qui marquait, au début de la maladie, 40 à 41 degrés, tombait ordinairement après trois doses de 4 gr. de feuilles de digitale, à 36-35 degrés et même 28 pulsations par minute. Dans un seul cas je l'ai vue tomber à 24 pulsations par minute.

Le râle crépitant et le souffle tubaire disparaissent immédiatement après ces doses en laissant les poumons parfaitement perméables.

L'état général s'améliorait visiblement et d'une manière notable. Les phénomènes de prostration ou de coma et d'asphyxie faisaient place à une lucidité et à une vitalité parfaites.

Le malade se réveillait comme d'un profond sommeil, en nous disant qu'il se sentait très bien et en nous demandant à manger.

Il ne s'apercevait même pas du grand abaissement de la température et de la diminution dans lequel il se trouvait sans le savoir. En effet, cette diminution de l'hématose réduisait complètement l'autophagie, la consomption fébrile du malade et, par conséquent, la durée de sa convalescence.

Tous nos malades se trouvaient dans l'état d'une parfaite santé 24 heures après la jugulation complète de la maladie. Ils pouvaient donc reprendre leur service sans avoir besoin d'un congé de convalescence.

Mais ce qu'il y a de plus important, c'est que la mortalité par cette maladie a été réduite à 1,22-2,66 0/0; tandis que la statistique de toutes les méthodes de traitement employées jusqu'aujourd'hui contre la pneumonie donne une mortalité de 7,15 et même de 34,50 0/0. J'ai même acquis la conviction que la digitale administrée dès le début de la pneumonie et à la dose que je préconise, pourrait rendre nulle la mortalité pour cette maladie.

Comme je viens de le dire, j'emploie cette méthode de traitement depuis 1880 et dans aucun cas jusqu'à ce jour les phénomènes classiques de l'intoxication par la digitale n'ont été observés. J'ai été en effet surpris par ces résultats heureux comparativement aux insuccès et aux accidents malheureux relatés dans quelques auteurs après l'administration d'une dose beaucoup plus faible de digitale.

C'est ainsi que je me suis fixé sur la digitale à hautes

doses comme le médicament le plus efficace dans le traitement de la pneumonie.

L'efficacité de ma méthode a été confirmée ultérieurement par M. le Dr Filk de Vienne, le Dr Masius de Liège, le professeur Lépine de Lyon, le Dr Schæffer de Saargemund (Lorraine), Hœffer de Dærnau et par plusieurs autres praticiens distingués.

Et, en effet, il n'y a pas d'action thérapeutique mieux entendue que l'action de la digitale dans la pneumonie. Son action thérapeutique s'explique parfaitement par l'action physiologique, hypercinétique, qu'elle exerce sur le nerf pneumogastrique.

Aujourd'hui, basé sur des faits et des cas nombreux de pneumonie traités par la digitale à hautes doses, je puis poser les aphorismes thérapeutiques suivants :

« Toute pneumonie franche aiguë, non compliquée, traitée dès son début par la digitale à doses thérapeutiques, se termine par la guérison.

» Toute pneumonie compliquée ou traitée tard, présentera plus de chance de guérison par la digitale, que par tout autre moyen thérapeutique. »

Du grand nombre de cas de pneumonies traités par la digitale à hautes doses, j'ai conclu les déductions suivantes :

1° La pneumonie peut être jugulée par la digitale à doses thérapeutiques, administrées dès le début de la maladie. Ce traitement abortif est le plus rationnel, car il est basé sur l'indication pathogénique de la pneumonie.

2° La digitale ne produit son action antiphlogistique immédiate dans la pneumonie que par sa dose thérapeutique.

3° La dose thérapeutique de la digitale est de 4 à 6 grammes de feuilles en infusion ou 4 à 6 milligrammes de digitaline en injections sous-cutanées, par jour, pour les adultes. Cette dose doit être répétée plusieurs jours de suite jusqu'à l'abaissement de la température et du pouls.

4° La tolérance et la non-toxicité de cette dose thérapeutique sont prouvées par les nombreuses observations déjà publiées.

5° Par l'étude comparative des différents traitements employés dans la pneumonie jusqu'à présent, il résulte que celui qui nous a donné les meilleurs résultats, c'est le traitement par la digitale à hautes doses.

6° Le traitement par la digitale est celui qui jusqu'à présent réduit la mortalité dans la pneumonie jusqu'au taux minimum, sinon à zéro.

Sur la toxicité du sérum du sang et de l'urine dans la pleuro-pneumonie.

MM. Picchini et **Conti** (Rome). — Le degré de toxicité du sérum du sang varie beaucoup selon les cas, dans la même période de la maladie. Dans l'acmé, comme dans la défervescence, on rencontre une toxicité très variable, sans que cependant la gravité, elle aussi très variable de la maladie, influe d'une manière manifeste. Le degré de toxicité du sérum est plus fixe lorsque s'est établie la guérison de la pneumonie.

La toxicité du sérum considérée dans les diverses périodes de la maladie (acmé, défervescence, guérison) se comporte d'une manière différente selon les cas. Chez dix malades examinés à des époques diverses, cinq présentaient un sérum plus toxique durant l'acmé, moins toxique dans la défervescence, tandis que les cinq autres malades avaient une toxicité moindre dans l'acmé, et plus considérable dans la défervescence de la pneumonie.

Le coefficient de la toxicité urinaire présente des oscillations propres à chaque cas, soit qu'on les considère isolément dans les trois périodes d'acmé, de défervescence et de guérison, soit que l'on compare la manière dont se comporte la toxicité de l'urine dans le cours complet de la maladie. Dans l'acmé, les coefficients de toxicité de l'urée oscillaient de 0.204 à 0.964 ; dans la défervescence de 0.083 à 0.469 ; dans la guérison de 0.082 à 0.139.

Le coefficient de la toxicité de l'urine fut dans tous les cas plus élevé dans l'acmé de la maladie que dans la convalescence. Mais ce rapport ne fut pas toujours constant entre l'acmé et la défervescence, parce que dans quelques cas il fut plus élevé dans l'acmé, et dans d'autres cas plus élevé dans la défervescence.

Enfin il existe un certain rapport entre le degré de toxicité du sérum et le coefficient de toxicité de l'urine, mais les oscillations dans ce rapport sont très étendues.

Enchondrome diffus du poumon d'un bœuf.

M. G.-P. Piana (Milan) conclut de l'examen de cette pièce :

1° Cette néoformation a débuté dans l'intime des petites artérioles pulmonaires et elle a envahi secondairement le parenchyme.

2° Les veines et les bronches ne présentent pas d'altération.

3° En correspondance des parties du poumon où la néoplasie est encore limitée aux vaisseaux artériels, plusieurs de ses éléments présentent la kariokynèse.

Sur un signe prémonitoire de tuberculose pulmonaire.

M. E. Destrée (Bruxelles). — En dehors de toute cause appréciable, on constate fréquemment dans le cours de la tuberculose pulmonaire une dilatation inégale des pupilles. La pupille la plus dilatée se trouve ordinairement du côté atteint quand la tuberculose pulmonaire est unilatérale ; elle est tantôt du côté du poumon le plus atteint, tantôt du côté le moins atteint, quand la tuberculose est bilatérale.

Ce symptôme ne se manifeste pas dans le cours d'une pneumonie du sommet, d'une bronchite chronique avec emphysème (sans tuberculose décelable par l'examen des crachats). En revanche, il s'observe fréquemment consécutivement à la pleurésie, remontant à plusieurs années.

Les expériences faites sur les animaux (chien, lapin), démontrent que l'on obtient à volonté la dilatation inégale des pupilles par l'excitation du grand sympathique pratiquée dans la cavité thoracique. Toute excitation mécanique ou électrique portée expérimentalement au niveau du plexus sympathique près du hile du poumon, amène la dilatation pupillaire du côté excité. De ce point, l'excitation par l'intermédiaire du premier ganglion thoracique et du ganglion cervical inférieur aboutit au ganglion ophthalmique.

Comme le démontrent les constatations faites à l'autopsie, l'excitation mécanique du hile du poumon et des filets du plexus pulmonaire du grand sympathique est due, dans le cours de la tuberculose, à la présence de ganglions lymphatiques bronchiques hypertrophiés.

Ces ganglions étant altérés par l'évolution de la tuberculose, le plus souvent avant ou tout au moins pendant l'invasion du processus dans le poumon, la dilatation inégale des pupilles constitue un signe précieux pour le diagnostic probable de la tuberculose ganglionnaire bronchique. On peut l'observer parfois plusieurs années (cinq ans) avant toute manifestation pathologique appréciable du côté du poumon. A ce titre, la dilatation inégale des pupilles est un signe prémonitoire relativement à la tuberculose pulmonaire.

Des conditions de curabilité de la tuberculose.

M. L. Revilliod (Genève). — Les recherches nécroscopiques arrivent aujourd'hui à conclure que les deux tiers des humains sont tuberculeux, que 40 0/0 des tuberculeux guérissent, que les tuberculeux guéris n'ont, pour la plupart, jamais présenté pendant leur vie de signes de tuberculose et n'ont jamais été traités comme tels.

La maladie est donc restée chez eux constamment latente et spontanément curable.

Pourquoi ?

Telle est la question que je pose au Congrès.

Cas rare de tuberculose chez un cheval.

M. G. P. Piana (Milân) tire de ce fait les conclusions suivantes :

1° Dans la tuberculose du cheval, on trouve des bacilles avec les mêmes caractères des bacilles de la tuberculose chez les autres animaux ; soit par rapport à leur forme et à leurs dimensions, soit par rapport à la la façon de se comporter vis-à-vis des réactifs.

2° Mais les tubercules du cheval présentent des caractères qui les font distinguer des tubercules des autres animaux. En effet, la caséification n'y existe pas ou elle y est très rare ;

Il y a beaucoup de vaisseaux capillaires même dans les parties les plus centrales, et on y trouve d'abondantes cellules géantes.

3° Toutes ces particularités ne dépendent pas de caractères spéciaux du bacille; car un lapin inoculé avec les matières tuberculeuses de ce cheval a contracté une tuberculose qui présentait les caractères ordinaires de cette maladie chez les lapins.

Nodules du foie et du poumon du cheval d'origine parasitaire.

M. Bruno Galli-Valerio (Milan) décrit le fait suivant:

1° Dans le foie du cheval on rencontre parfois des nodules calcifiés, de la grandeur d'un grain de grenaille à celle d'un grain de poivre, qui peuvent être dus :

a) Aux œufs du *Distomum hepaticum* ou du *D. lanceolatum*.

b) Aux embryons d'un nématode non encore classifié jusqu'à présent.

2° Les nodules dus à la première cause sont formés de couches concentriques de connectif avec infiltration pavimentaire et d'un tissu ayant l'aspect d'un exsudat organisé. Le milieu est occupé par un amas de résidus cellulaires et par un œuf de *Distomum*.

3° Ces nodules sont dus à l'embolie des petits canalicules biliaires opérée par les œufs de distome, entourés peut-être par un courant de résorption de la bile.

4° Les nodules dus à la seconde cause ont à peu près la même structure, mais au milieu il y a un embryon de nématode encapsulé.

5° Aucun rapport n'a pu être établi entre cet embryon, les vaisseaux et les canalicules biliaires.

6° Dans le cas où l'on a trouvé ces derniers nodules, il y en avait d'autres dans les poumons.

7° Les nodules pulmonaires simulaient macroscopiquement les nodules calcifiés de la morve, mais à la coupe présentaient la même structure et le même embryon de nématode que ceux du foie.

De l'entozoaire de l'homme en Tunisie.

M. Sonsino. — Dans la population européenne des villes de Tunisie, les entozoaires intestinaux sont fréquents, autant qu'en Italie; c'est ainsi qu'on rencontre le tricocéphale, les lombaires et les oxyures.

Le tænia saginata de Gœze est le cystode le plus fréquemment rencontré.

L'existence de l'ankylostome chez l'homme m'a été affirmée dans le sud de la Tunisie, dans les villes de Gabès et de Gafsa.

L'existence de la « Bilharzia hæmatobia » a été constatée chez les indigènes de Gafsa, et à Gabès chez des personnes qui venaient d'une localité (Bigetti) située dans le sud du Djerid.

Sur l'anasarque par rétention d'urine sans albuminurie.

M. R. Lépine (Lyon). — Bourgeois (Etampes), Trousseau, etc., ont signalé la relation existant entre une anasarque et la rétention prolongée de l'urine dans la vessie. Comment faut-il la comprendre?

La distension de la vessie s'accompagne d'une augmentation de pression dans les uretères. Dans ce cas, les reins fonctionnent d'une manière anormale que l'on peut expérimentalement étudier en mettant chez un chien une canule dans chaque uretère, en laissant librement couler l'urine d'un côté pour servir de terme de comparaison, et en adaptant à l'autre un tube dont l'orifice d'écoulement est élevé à une certaine hauteur. De ce côté, le rein supporte la contre-pression d'une colonne d'urine de la hauteur que l'on désire. Or, on constate que si l'urée est éliminée presque aussi bien du côté de la contre-pression, pourvu que celle-ci ne soit pas trop forte, la quantité d'urine *diminue* beaucoup (1). Cette urine ne renferme pas nécessairement de l'albumine, alors même que la contre-pression est de 60 centimètres et que la quantité d'urine est diminuée des quatre cinquièmes. Mais une condition qui me paraît essentielle pour que l'albumine ne se produise pas, c'est que la contre-pression soit constante, c'est-à-dire exempte d'*à-coups*. Transportant à la clinique ces données expérimentales, nous dirons que le défaut d'élimination de l'urine amènera nécessairement une hydrémie et par conséquent un état favorable à la production d'une anasarque chez un sujet plus ou moins cachectique, et que l'urine pourra rester exempte d'albumine s'il n'y a pas de brusques augmentations de tension dans les uretères; s'il se produit le reflux dans l'uretère d'une urine même exempte de micro-organismes, l'albuminurie pourra exister et on rentrera dans les conditions vulgaires de l'anasarque avec albuminurie. Si ce reflux n'a pas lieu, l'albuminurie pourra manquer, alors même que l'urine de la vessie sera ammoniacale, condition cependant bien favorable à l'infection du rein (1).

C'est ce qu'on voit dans une observation publiée par Michel (*Archives belges*, 1893). Une condition favorable au reflux est l'hypertrophie de la vessie. Aussi, dans la plupart des cas d'anasarque par rétention d'urine sans albuminurie, l'hypertrophie de la vessie n'est pas signalée. Elle faisait notamment défaut dans une observation personnelle que j'ai récemment recueillie.

(1) Voir Lépine et Porteret. *Comptes rendus*, 8 juillet 1888. Il est à noter que le chlorure de sodium se comporte en général comme la quantité d'urine.

(1) Voir Lépine et Roux. *Comptes rendus*, 1885.

Des bruits de souffle dans quelques affections de l'estomac.

M. Borgherini (Padoue). — Le cancer de l'estomac qui siège dans le voisinage des gros rameaux des artères coronaires s'accompagne souvent d'un bruit de souffle qui coïncide avec la systole ventriculaire cardiaque; l'ulcère rond de l'estomac s'accompagne aussi, mais plus rarement, d'un bruit de souffle systolique.

Dans deux cas, dans lesquels on avait noté le bruit de souffle, l'ulcère correspondait au voisinage de l'artère coronaire, et avait sur ce point déterminé un épaississement remarquable de la paroi de l'estomac.

Le bruit de souffle peut s'observer encore lors d'une dilatation considérable de l'estomac, quand la paroi gastrique est très distendue par du liquide : chez un de ses malades, l'auteur a noté, en même temps qu'un bruit de souffle systolique, l'existence de 2 litres 1/2 de liquide dans l'estomac.

Le bruit de souffle dans le cancer de l'estomac n'est point toujours fourni par le système de l'artère coronaire. Dans un cas de cancer de la région pylorique existait une adhérence de la masse néoplasique avec le lobe du foie.

Le bruit de souffle entendu sur cette tumeur était produit par l'artère hépatique.

Dans ce cas, le bruit ne se transmettait pas par le foie : ces bruits se transmettent au foie par la voie du cercle artériel.

Les injections de sérum dans la syphilis.

M. Kollmann (Leipzig) s'est inspiré du travail de M. Tomasoli, pour essayer les injections de sérum comme traitement de la syphilis.

Ce traitement fut appliqué à 18 syphilitiques, dont 8 traités déjà antérieurement par le mercure et l'iodure et 10 n'ayant subi aucun traitement. A titre de comparaison, les mêmes injections furent encore faites à 5 individus non syphilitiques.

La quantité de sérum injecté a varié entre 91,5 et 136 c. c., c'est-à-dire une quantité 2 ou 3 fois supérieure à celle que Tomasoli donne comme la dose maxima. Les injections provoquaient seulement de l'urticaire et des érythèmes généralisés à tout le corps aussi bien chez les syphilitiques que chez les non-syphilitiques. Deux malades ont eu, pendant le traitement, de l'albuminurie dans les urines, mais il était impossible de dire si l'albuminurie devait être attribuée au traitement ou non.

Les injections en question n'ont donc pas d'inconvénients. Quant à leur valeur thérapeutique, il faut attendre de nouveaux documents avant de se prononcer.

De l'efficacité et de l'innocuité des injections hypodermiques de mercure (albuminate de mercure) dans le traitement de la syphilis chez les adultes et chez les enfants.

M. Giacomo di Lorenzo (Rome). — Le traitement

mercuriel par la voie hypodermique dans la syphilis est encore « *sub judice* » pour ses véritables indications.

J'ai été un des promoteurs en Italie, et le premier à Naples, de cette méthode d'injections parenchymateuses que j'ai appris à connaître à Vienne, auprès d'Auspitz lui-même.

Je donne la préférence à l'albuminate de mercure, mais d'autres sels de mercure solubles, dilués avec de la glycérine, peuvent être employés, à condition de procéder avec une asepsie parfaite.

Les récidives ou les complications sont des plus rares. J'ai traité par ce moyen des malades en ville et à l'hôpital (aux Incurables, à l'Annonciation), des adultes et des enfants, et même des nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire, et je me suis toujours loué du procédé.

Voici par quelles propositions je résumerai mon appréciation sur cette méthode :

Dans le traitement de la syphilis générale, surtout dans la forme grave et dans la forme héréditaire des enfants, le traitement mercuriel hypodermique ou parenchymateux mérite la préférence par la faculté de l'absorption et la rapidité de ses effets.

Pour ce traitement, les sels mercuriels solubles doivent être prescrits, mais, d'après mon expérience, le meilleur serait l'albuminate qui me paraît supérieur à l'hydrochlorate et même au succinamide mercuriel.

L'asepsie parfaite, la petite dose de la préparation (1 à 2 milligr. chez les enfants, 2 à 5 milligr. chez l'adulte) pour chaque seringue, avec l'addition de glycérine et d'un peu de chloral sont des précautions qui permettront d'éviter la douleur et les abcès au lieu de l'injection.

L'hydroargyrisme, le catarrhe des premières voies aériennes, et les autres complications, sont assez rares avec cette méthode. La cure est complète au bout de 40 à 50 injections en moyenne, sauf à en faire quelques autres s'il y a récidive — mais c'est un fait exceptionnel.

L'usage interne des mercuriaux, les frictions, les bains, etc., indiqués plus particulièrement dans les formes chroniques et lentes de la syphilis, ne peuvent supplanter l'énergie et la rapidité d'action en certains cas de syphilis grave galopante, des injections hypodermiques et parenchymateuses de mercure.

Sur la fréquence relative de quelques signes de syphilis héréditaire latente chez les enfants.

M. Giacomo di Lorenzo (Naples). — La syphilis héréditaire peut frapper, comme on sait, le fœtus dans sa vie intra ou extra-utérine. Si la syphilis ne tue pas le fœtus par dégénérescence du placenta, ou par lésion du fœtus lui-même, lorsque l'enfant est né, on voit aussitôt, ou dans les premiers jours qui suivent la naissance, les altérations habituelles du nez, de la peau, des muqueuses, etc.

Mais il est parfois difficile de soupçonner ou retrouver des traces de syphilis congénitale, chez les nouveau-nés qui, sans en paraître atteints, portent le germe de l'infection ; on est obligé cependant de faire le diagnostic pour prévenir la contagion et la propagation à l'individu sain, en particulier à une nourrice.

Dans la recherche des signes que peut présenter un enfant suspect de syphilis sans lésion apparente, on peut souvent rencontrer des altérations générales et locales de quelque intérêt, comme celles de la nutrition, des glandes sanguines, des os, toutes lésions qui, isolées ou réunies, constituent de tels signes, qu'elles mettent en évidence l'infection latente.

Et ces signes, même seuls, m'ont fait, par leur fréquence relative, diagnostiquer la maladie chez beaucoup d'enfants, et l'autopsie ou bien des manifestations plus évidentes, ont ultérieurement confirmé mon diagnostic.

Les propositions suivantes résument le résultat de mes observations :

L'état dystrophique spécial avec anémie générale qu'on observe chez les nouveau-nés et les enfants en nourrice, sans autre raison évidente, est souvent l'indice d'une syphilis héréditaire, surtout s'il s'y joint une desquamation marquée de la peau, soit par plaques, soit diffuse.

L'augmentation de volume de la rate, seule, ou mieux avec une dénutrition profonde, exprime souvent, chez les enfants, les autres facteurs étant exclus, de la syphilis héréditaire latente.

L'engorgement du foie, des glandes mésaraïques ou des follicules de l'intestin, peuvent s'unir aux autres signes déjà mentionnés.

Les lésions des glandes lymphatiques, de la thyroïde, du thymus indiquent ou confirment la même cause originelle.

En outre, les os augmentés de volume ou douloureux chez les enfants, au niveau des articulations, soit avec ou sans altération des parties voisines, peuvent permettre de conclure à l'infection syphilitique.

Plus les lésions que je viens de signaler se rencontreront nombreuses, plus évident sera, chez les sujets suspects, le diagnostic de syphilis héréditaire latente.

Syphilis fœtale du rein.

M. Massalongo (Vérone) donne la relation d'un fait clinique et anatomique de syphilis rénale congénitale, de néphrite interstitielle fœtale, cas unique dans la science.

Il s'agissait d'un enfant de 6 mois, né avant terme d'une mère syphilitique, et qui présenta des phénomènes urémiques (albuminurie, diarrhée, convulsions, coma).

A l'autopsie on trouva une néphrite interstitielle, de l'endartérite et de la péri-artérite diffuses ; puis, mais à moindre degré, de l'artérite des artères, du foie, de la rate.

Les altérations du rein correspondaient à celles qui ont été décrites dans la syphilis rénale tardive, dans la néphrite syphilitique tertiaire.

Ce cas montre que même dans l'utérus de la mère, alors que se développent les organes, la syphilis peut en vicier l'évolution par l'altération primitive des artères périphériques et l'artério-sclérose.

L'auteur ne connaît point d'autres cas semblables : il insiste sur ce nouvel épisode de la syphilis héréditaire, dont la pathologie n'est pas encore complètement connue.

Dilatation et dilatateurs de l'utérus.

M. M. Mauri (Spezzia). — Après un rapide résumé critique des diverses méthodes de dilatation de l'utérus, et l'indication des dilatateurs employés jusqu'ici, l'auteur décrit un nouveau dilatateur qu'il apprécie ainsi :

Le nouveau dilatateur est très supérieur aux modèles existants : ses usages sont multiples, il peut servir comme dilatateur gynécologique, comme dilatateur obstétrique et comme seringue endo-utérine et à double courant ; ses principaux avantages sont les suivants : il abrège l'opération et garantit l'antisepsie lorsque la dilatation est extemporanée, et la désinfection continue du champ opératoire ; en un temps très court, il permet d'obtenir une dilatation jusqu'à 10 centimètres de diamètre, quelles que soient les conditions anatomiques du col de l'utérus, grâce au changement facile de ses quatre branches. Enfin, comme sonde intra-utérine, il garantit d'une manière absolue le reflux du courant antiseptique, en dilatant depuis le fond de l'utérus jusqu'à l'orifice vulvaire.

Ce dilatateur se recommande encore par sa simplicité qui le rend susceptible de la plus grande propreté et de désinfection, étant donnée la facilité avec laquelle on démonte les pièces qui le constituent.

Enfin il est élégant et relativement léger.

L'ovariotomie dans la pratique privée (11 cas, 11 succès).

M. M. Mauri (Spezzia). — Dans le numéro du 12 septembre 1891 de la *Lancette*, Lawson Tait dit : « La laparotomie doit être réservée, excepté les cas urgents, aux hôpitaux ou aux établissements dans lesquels on a à sa disposition des infirmiers habitués à soigner de tels opérés. » Cette affirmation est trop restrictive ; elles est contraire à l'histoire de l'ovariotomie et à toutes les lois de l'évolution de la pensée.

La laparotomie dans la pratique privée est non seulement justifiée, mais même peut se faire avec un esprit plus tranquille que dans les hôpitaux, à cause du milieu moins infecté.

A l'appui de sa thèse, l'auteur donne l'histoire de 10 opérations d'ovariotomie et d'un cas d'hystérectomie vaginale pratiquées d'après des indications diverses, avec résultats heureux, même chez des pauvres gens chez lesquels on abandonna les soins de l'opéré à l'assistance de la famille.

Le succès de ces 11 opérations a d'autant plus de valeur que ces ovariotomies sont les premières que l'auteur ait pra-

tiquées, et il a été assisté de confrères qui n'avaient point non plus la pratique de cette chirurgie; lui-même n'avait pas eu de part active à des opérations de ce genre, n'ayant jamais eu aucune charge officielle d'assistant de clinique ou d'hôpital.

L'utérus double.

M. Eustache (Lille). — L'auteur rapporte une observation d'utérus double qu'il a dans sa clientèle depuis six ans. Cinq grossesses successives ont eu lieu alternativement à droite et à gauche. Chaque fois l'accouchement s'est bien passé, mais avec cette particularité que l'utérus, non gravide, s'est débarrassé de sa caduque 4 et 5 jours après l'accouchement, et qu'il a été, du moins lors des deux premiers accouchements, le siège d'une métrite post-puerpérale qui épargnait son congénère délivré.

A propos de cette observation et d'une autre qui lui a été communiquée par M. Porak, l'auteur passe en revue les nombreux faits similaires publiés dans ces dernières années et qui tendent à démontrer que ce vice de conformation est plus fréquent qu'on ne croit.

Il en étudie les conséquences :

1° Au point de vue de l'obstétrique;

2° Au point de vue de la gynécologie et principalement des erreurs qui peuvent en être le point de départ.

Abcès du sinus maxillaire.

M. Garel (Lyon) adopte les conclusions suivantes :

1° L'éclairage électrique par transparence est la meilleure preuve complémentaire lorsqu'on soupçonne l'existence d'un empyème du sinus maxillaire d'après les symptômes ordinaires accusés par le malade;

2° L'absence de perception lumineuse subjective du côté malade constatée d'après notre méthode tranche définitivement le diagnostic s'il reste encore quelques doutes dans l'appréciation de l'opacité de la joue;

3° La preuve de l'existence du pus par la ponction exploratrice par le méat inférieur devient inutile pour confirmer le diagnostic;

4° Cette preuve est ordinairement obtenue dans la majorité des cas au moyen du simple lavage par l'orifice naturel du sinus;

5° Le lavage par l'orifice naturel est en même temps la méthode thérapeutique la plus expéditive et la première à tenter. La guérison s'obtient souvent en moins de 8 jours;

6° Dans le choix du procédé il est inutile de chercher à pénétrer par la partie la plus déclive, puisque, d'après notre statistique, les cas rebelles au lavage par l'orifice naturel le sont également au lavage par des orifices artificiels pratiqués à la partie la plus déclive;

7° Lorsque le cathétérisme par l'orifice naturel sera impossible, on aura recours à un orifice artificiel pour permettre au malade de se laver lui-même au besoin pendant plusieurs mois. Dans ce cas, on fixera son choix sur la ponction par le méat inférieur;

8° L'ouverture alvéolaire ne doit être considérée que comme la dernière ressource quand on ne peut se servir des autres méthodes. Nous en exceptons les cas peu fréquents dans lesquels une extraction dentaire s'impose avant toute autre intervention;

9° Enfin, l'ouverture par la fosse canine et le curettage seront exclusivement réservés aux cas rebelles ayant résisté à tous les procédés de lavage;

10° Quant à la nature du liquide à employer, nous ajouterons que l'eau boriquée suffit dans tous les cas, et que toutes autres substances : acide phénique, iodoforme, etc., ne nous ont jamais donné de résultat supérieur.

Des abcès du cerveau consécutifs aux suppurations de l'oreille.

M. Moure (Bordeaux). — Les abcès cérébraux consécutifs aux suppurations de l'oreille peuvent être latents et ne se manifester que par des douleurs vagues, intermittentes, sans localisation spéciale à un point du crâne.

L'existence d'une douleur continue à exacerbation fréquente, au cours d'une otite moyenne suppurée aiguë abondante, avec perforation suffisante pour assurer le libre écoulement du pus, constitue une indication pour trépaner l'apophyse mastoïde.

Cette dernière opération suffit très souvent pour enrayer les complications cérébrales.

Traitement des déviations de la cloison par l'électrolyse.

M. Moure (Bordeaux). — Depuis la communication faite au Congrès de Berlin et la brochure que j'ai publiee en collaboration avec le professeur Bergonié, de Bordeaux, notre manière de voir sur le traitement électrolytique ne s'est pas modifiée; c'est toujours à la méthode bipolaire que nous donnons la préférence, recommandant les aiguilles en acier qui nous ont semblé préférables à celles en platine. Il est plus facile de se les procurer, elles sont d'un prix modique et beaucoup plus résistantes, partant pouvant être enfoncées plus aisément.

Les aiguilles sont revêtues d'un mandrin en caoutchouc durci (bout de sonde uréthrale), qui non seulement les isole, mais permet encore de limiter exactement leur pénétration dans les tissus à électrolyser.

Nos aiguilles sont reliées à la batterie électrique en passant par un rhéostat et un ampèremètre.

Le rhéostat à immersion dont nous faisons usage (1) permet de graduer lentement, sans secousse, l'intensité du courant et de la diminuer de même.

D'après l'épaisseur de la crête ou de la saillie à détruire, l'intensité du courant doit osciller entre 18 à 25 milli-ampères et la durée varier de 12 à 15 minutes.

Les aiguilles doivent être enfoncées parallèlement au septum en suivant la partie saillante. La négative est placée au centre et la positive au-dessus et au-dessous de cette dernière. Les aiguilles ne doivent pas être implantées trop près de la base des éperons, pour ne pas produire de perforation de la cloison.

Pendant l'électrolyse, on doit surveiller par la fosse opposée le septum non dévié pour s'assurer qu'il ne s'échappe de ce côté aucun gaz indiquant que l'électrolyse agit au delà du point voulu.

Ce traitement convient à la plus grande partie des déviations, crêtes et éperons du septum. Il a l'avantage d'être assez rapide, d'agir en une seule fois s'il est bien appliqué, et de ne pas déterminer d'écoulement sanguin. Il est peu ou pas douloureux.

Toutefois le rapporteur convient que la pointe galvanique bien maniée et quelques ostéotomes trouvent aussi leurs indications spéciales.

Il préfère ces derniers moyens à la scie ou au drille qui produisent parfois des hémorrhagies abondantes et nécessitent le tamponnement des fosses nasales.

De l'ulcère perforant de la cloison.

M. E.-J. Moure. — L'ulcère dit perforant n'est pas toujours, comme l'a démontré M. Hajeck, le résultat d'une nécrobiose inflammatoire allant de la périphérie au centre. L'origine traumatique (Schmiegelow), vraie dans quelques cas, n'est pas toujours en cause. Une fois l'auteur a constaté les lésions d'un adéno-épithélioma : la perforation avait débuté par le centre même du cartilage quadrilatère, assez loin par conséquent de l'orifice du canal dit de Jacobson.

Enfin la perforation ne porte pas toujours sur le fibro-cartilage, car l'auteur a pu voir un malade, non syphilitique du reste, chez lequel la perforation s'est faite au niveau de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde sur le tiers inférieur. La marche a été celle de l'ulcère simple habituel, amincissement de la muqueuse, formation de croûtes superficielles enlevées par des injections et se formant d'un seul côté (gauche); puis peu à peu perforation du septum, s'étant agrandi lentement dans le sens antéro-postérieur, ayant une forme ovalaire de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Depuis plusieurs mois la lésion, qui a mis plus d'un an à évoluer, semble rester stationnaire.

(1) Rhéostat du professeur Bergonié.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

La régénération des tendons après section (Ueber Sehnenregeneration), par Euderlen (*Arch. f. klin Chir.*, 1893, Bd XLVI, p. 563). — Les expériences de l'auteur ont été faites sur 56 cobayes, auxquels, par une section transversale, on coupait plus ou moins profondément le tendon d'Achille mis à nu par une incision longitudinale de la peau. Après la section, la plaie était fermée et l'état des parties examiné à des intervalles de 1 à 90 jours. On a examiné en tout 112 tendons d'Achille.

Le tendon sectionné participe vivement à la régénération des parties tendineuses. Tout d'abord, il survient, par mitose, une multiplication des cellules tendineuses qui aboutit à la formation des fibrilles tendineuses. Le processus de formation des fibrilles qui a lieu à la surface de section marche de chaque côté vers les bords du tendon.

La guérison proprement dite de la plaie tendineuse, c'est-à-dire la réunion des surfaces de section par des fibrilles, est complète au 9e jour. Les modifications qui s'effectuent ensuite dans le tendon néoformé n'ont plus rien à voir avec la régénération proprement dite, et dépendent pour ainsi dire de l'âge du tendon nouvellement formé.

Quand on fait une plaie à un tendon, la régénération s'effectue par participation non seulement des surfaces de section, mais aussi des parties voisines. Dans les parties adjacentes aux surfaces de section, il se forme du tissu tendineux jeune qui repousse en avant le tissu vieux. Le tissu tendineux qui réunit les deux bouts du tendon sectionné ne se distingue en rien, sous le microscope, du tissu tendineux en général : il est seulement plus riche en cellules, comme tous les tissus jeunes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Élections.

M. Dezanneau (Angers) est élu correspondant national dans la division de chirurgie par 49 voix sur 59 votants, contre 5 à M. Herrgott (Nancy), 2 à M. Combalat (Marseille), 1 à M. Goulard (Lille), 1 à M. Poncet (Cluny) et 1 bulletin blanc.

M. A. Herrgott est ensuite élu correspondant national par 44 voix sur 58 votants, contre 10 à M. Combalat, 2 à M. Poncet (Cluny) et 2 bulletins blancs.

Luxation récidivante de l'épaule.

M. Verneuil lit un rapport sur une observation de **M. Ricard** concernant le traitement des luxations récidivantes de l'épaule par la suture de la capsule articulaire ou arthrorrhaphie. (Voyez *Mercredi*, 1892, p. 525).

L..., journalier, 27 ans, sans antécédents pathologiques, entre à l'Hôtel-Dieu, le 29 mars 1892. Il y a 5 ans, première luxation à gauche, en tombant d'une machine à battre ; la seconde, dix mois après, dans une nouvelle chute ; la troisième pendant la nuit en dormant. L'accident depuis s'est renouvelé maintes fois, notamment le 6 janvier et le 23 mars 1892, à la moindre occasion, en soulevant un seau d'eau, en écartant le bras, en mettant un paletot. Réduction très facile, sauf une fois où il fallut se servir de mouffle. La luxation du 23 mars était sous-coracoïdienne ; troubles de l'innervation et de la nutrition.

Antisepsie locale et chloroformisation ; incision verticale de 12 centimètres dans l'insertion pectoro deltoïdienne, incision horizontale partant de l'extrémité supérieure de la première et suivant l'insertion du deltoïde à la clavicule et à l'acromion. Le muscle ainsi détaché en avant et en haut forme un vaste lambeau triangulaire qu'on récline en dehors et en arrière, en respectant le nerf circonflexe ; le muscle remis en place a conservé et repris plus tard toute sa vigueur. Le coraco brachial est simplement relevé et porté en dedans. On découvre ensuite le sous-scapulaire dont on libère et dissèque le bord supérieur ainsi que le tendon près de son insertion humérale, de façon à mettre largement à nu la capsule articulaire.

Puis, le bras étant porté fortement en adduction et en rotation interne, on fit passer verticalement en bas dans l'épaisseur du tendon du sous-scapulaire, en haut, dans la partie de la capsule restée épaisse et résistante, au delà de la région amincie, trois fils de grosse soie plate situés à deux centimètres environ de distance, serrés de façon à changer la partie amincie de la capsule en un bourrelet épais, saillant, solide, indépressible, à travers lequel on ne pouvait même plus sentir la tête humérale.

Pansement ordinaire et immobilisation absolue et prolongée du bras pendant 37 jours. Le sujet reprit ensuite peu à peu ses mouvements qui persistent depuis 18 mois.

L'histoire du second malade est identique à celle du premier ; l'immobilisation a été prolongée seulement pendant 31 jours.

M. Verneuil prend acte de ces observations pour soutenir une fois de plus que l'immobilisation prolongée, loin de favoriser l'ankylose, est au contraire le meilleur moyen de prévenir l'arthrite et par conséquent l'ankylose.

M. Berger. — Pour appuyer ce que vient de dire M. Verneuil, j'ajouterai que j'ai même pu guérir par l'immobilisation prolongée une luxation récidivante. Il s'agit d'un homme qui se la réduisait en général facilement lui-même et qui une fois ne pût y parvenir. Il vint alors me trouver et je ne pus réduire que sous le chloroforme. Cela fait, j'imposai trois semaines d'immobilisation et depuis le malade n'a plus eu de nouvelle luxation. Il lui reste seulement une légère raideur.

Pour éviter les récidives, j'ai eu un bon résultat à l'aide d'une sangle qui entoure le thorax, sort par l'ouverture du gilet et prend le moignon de l'épaule de façon à empêcher l'élévation exagérée du membre.

Pour prévenir la luxation récidivante, je crois comme M. Verneuil qu'il faut immobiliser pendant longtemps après réduction d'une luxation récente. C'est de la sorte que l'on permet la cicatrisation de la boutonnière qui conduit dans le sac dont M. Ricard a bien mis le rôle en évidence.

Uretéro-cysto-néostomie.

M. Tillaux lit un rapport sur l'uretéro-cysto-néostomie dont M. Bazy a entretenu l'Académie (voyez *Mercredi*, 1893, p. 540). C'est aux yeux de M. Tillaux très supérieur à la néphrectomie, à l'abouchement uretéro-intestinal. Il y a une opération analogue de Novaro, mais M. Bazy n'en avait pas connaissance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 mars 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Arsenicisme chronique. — Pigmentation cutanée tachetée.

M. Mathieu présente un malade qui prend depuis 20 ans de l'arseniate de soude à dose élevée et dans un but thérapeutique. En 1883, il fut pris d'accidents aigus d'intoxication arsenicale caractérisés surtout par des phénomènes de gastro-entérite intense avec diarrhée profuse. Depuis ce moment est apparue une pigmentation cutanée qui, depuis, est allée en s'accentuant. Voici en quoi elle consiste actuellement : La peau présente une coloration nettement bronzée sur les points où la pigmentation est le plus marquée, fauve ou ardoisée sur ceux où elle est moins accentuée. Sur ce fond pigmenté se détachent, comme projetées, des taches lenticu-

laires plus claires. Les unes complètement blondes, les autres complètement ardoisées ou bistrées. Ces taches pâles, même les plus claires, n'ont nulle part ni la coloration d'un blanc éclatant, ni la limite linéaire des taches de vitiligo. La pigmentation est presque exclusivement limitée au dos, sur le tronc et sur le ventre, surtout aux régions inguinales. Les ongles des doigts et des orteils présentent des troubles trophiques; ils sont inégaux, irréguliers, déformés et cannelés. Il y aurait eu d'autre part des troubles de la motilité assez accentués pour qu'on ait posé le diagnostic de pseudo-tabes.

La notion de la pigmentation arsenicale est classique, cependant cette pigmentation est encore mal connue. Raoch (Copenhague) a montré que les descriptions des auteurs sont assez dissemblables. Certains comparent la mélanodermie à celle de la malade bronzée. L'acrodynie n'aurait été, prétend-on, qu'une intoxication par l'arsenic; elle se caractériserait par des troubles digestifs, de l'affaiblissement général, de la cachexie, des phénomènes parétiques, de la pigmentation cutanée; on a pu constater tout cela chez notre malade.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 30 *mars* 1894.

Présidence de M. Achard.

Anévrysmes valvulaires.

M. Sergent montre un cœur provenant de l'autopsie d'un malade qui avait eu, il y a vingt ans, du rhumatisme et qui est entré à l'hôpital avec des signes non douteux de mal de Bright. On voit qu'au niveau de deux des valvules sigmoïdes de l'aorte, il existe un anévrysme valvulaire, dont un est perforé à son centre. Dans les sinus de Valsalva, on trouve des plaques calcaires nombreuses.

Ossification de l'orifice mitral.

M. Sergent présente encore, à titre de curiosité, le cœur d'une femme morte de cancer de l'estomac. L'orifice mitral forme un anneau complètement ossifié.

Hernie de l'estomac.

M. Chevreau rapporte l'observation d'un homme, porteur d'une hernie inguinale externe extrêmement volumineuse, qui est entré à l'hôpital avec des signes d'étranglement incomplet. L'état général s'aggravant et l'obstruction semblant s'accentuer, on se décidait à intervenir, lorsque le malade succomba. Le premier organe qu'on a trouvé dans le sac, à l'autopsie, était l'estomac, considérablement dilaté : sa grande courbure mesurait 83 centimètres. Il y avait en outre dans le sac une très grande quantité d'intestin. Il ne restait dans l'abdomen que le cæcum et une petite partie d'intestin grêle. L'orifice inguinal était énormément agrandi.

Rétrécissement de l'intestin grêle.

M. Appert montre l'intestin d'une femme qui est morte d'obstruction intestinale. Deux fois déjà dans le cours de l'année dernière, des phénomènes d'obstruction s'étaient manifestés, mais la malade avait guéri. On a trouvé, à l'autopsie, un rétrécissement, long de 3 centimètres environ, portant sur l'intestin grêle, à peu près à 10 centimètres au-dessus du cæcum. L'intestin était dilaté au-dessus et diminué de calibre au-dessous. Il n'y a pas trace de cicatrice, pas de lésion tuberculeuse; la paroi est amincie et l'on ne peut songer à un cancer. L'examen histologique démontrera peut-être la nature de ce rétrécissement. Une hypothèse vraisemblable *a priori* est celle d'un rétrécissement congénital.

Rupture traumatique du foie et du rein.

M. Durante relate le fait d'un homme qui, à la suite d'une chute, succomba avec des phénomènes qui firent croire uniquement à de la commotion cérébrale. Il semble avéré que la voiture près de laquelle le malade est tombé, ne lui a pas passé sur le corps. On a trouvé à l'autopsie les 8e, 9e, 10e côtes droites fracturées. Il y avait un foyer hémorrhagique considérable dans le foie. Il y avait aussi hémorrhagie et déchirure du rein. La surface du corps n'offrait pas d'ecchymose. Le cœur était gras.

Tuberculose ?

M. Durante présente ensuite des pièces provenant d'un malade, chez lequel on songea successivement à une péritonite tuberculeuse, puis, l'ictère persistant, à une tumeur du hile. Les lésions qu'on a constatées à l'autopsie sont les suivantes : quelques épaississements pleuraux, pas de tubercules pulmonaires, foyer caséeux au bord droit du cœur, péritonite non tuberculeuse d'aspect dans les fosses iliaques et le bassin, abcès au niveau des septième et huitième côtes droites, foie petit et cirrhosé. Des cultures ont été faites, dont les résultats seront donnés avec les examens histologiques.

Sarcome du tibia.

M. Pasteau montre un tibia au niveau duquel s'est développée une tumeur pour laquelle on a fait une désarticulation du genou. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire à sa périphérie, globo-cellulaire à son centre. Ce serait un sarcome fuso-cellulaire d'origine centrale.

M. Achard insiste sur l'importance qu'a ici l'examen histologique, car les caractères généraux de la tumeur, petite et limitée, ne sont pas ceux de l'ostéo-sarcome.

M. Pilliet fait remarquer que le sarcome des os est la tumeur dérivée d'un tissu hématopoïétique, la moelle rouge, et que les propriétés actives de ce tissu s'affaiblissent très rapidement avec l'âge. Le sujet étant âgé de 39 ans, on s'explique la lenteur apparente de l'évolution de la tumeur.

Arrachement des ligaments croisés du genou.

M. Bayeux apporte le genou d'une fillette qui a subi un traumatisme grave, suivi d'une fracture de cuisse. Les ligaments croisés ont arraché leurs épines d'insertion sur le plateau tibial.

M. Achard fait ressortir l'intérêt et la rareté de ce traumatisme du genou et demande si la mort, qui a été rapide, ne pourrait être attribuée à une embolie graisseuse.

M. Bayeux répond qu'on n'a rien trouvé de semblable à l'autopsie.

Ulcération du duodénum.

M. Vermorel relate un fait d'hémorrhagie considérable de l'estomac qui contenait un caillot très volumineux : il y avait trois ulcérations du duodénum. Il existait aussi des kystes suppurés du duodénum.

M. Vermorel montre ensuite une aortite chronique étendue et un corps étranger de l'œsophage constitué par une pièce de cinquante centimes. L'œsophage était incomplètement perforé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 *mars* 1894.

Néphrectomie pour rupture du rein.

M. G. Marchant, à propos de faits analogues relatés par MM. Tuffier et Peyrot, publie un cas de néphrectomie lombaire pour rupture du rein chez un homme de 37 ans dont la région lombo-costale avait été fortement projetée contre l'angle d'un trottoir; rétention d'urine, puis hématurie abondante pendant 48 heures. Lorsque M. Marchant fut appelé, il constata, outre des accidents de péritonisme (ballonnement, vomissement), une tuméfaction lombaire que la contracture musculaire rendait difficile à délimiter (signe sur lequel MM. Marchant et Aldibert ont déjà attiré l'attention), une ecchymose du canal inguinal et de la racine de la verge (Letulle, Gargam) avec infiltration sanguine du cordon. Une incision exploratrice conduisit dans une vaste cavité dont les caillots furent détergés, caillots indemnes de tout mélange d'urine; le rein, entièrement rompu, fut extirpé en deux morceaux ; guérison sans incident. M. Marchant conclut que dans les cas de ce genre il faut inciser et, selon les lésions

constatées, mettre une pince à demeure (Peyrot), faire la suture du rein (Tuffier), ou enfin la néphrectomie si la conservation est impossible.

Plaies de tête.

M. Polaillon avait été encouragé à la recherche de projectiles dans le cerveau par une extraction heureuse de balle de revolver pratiquée dans son service par M. Poirier, sur cet homme dont on n'a pas eu, d'ailleurs, de nouvelles éloignées. Mais, depuis, il a fait deux tentatives malheureuses et il n'intervient plus que s'il y a des accidents primitifs ou secondaires. C'était d'ailleurs le cas chez ses deux blessés : 1° fille de 16 ans; balle à la tempe droite. Vers le 3e jour, accident d'encéphalite; trépanation, exploration infructueusee; à l'autopsie, fausse route; 2° homme ayant une plaie frontale; coma; exploration infructueuse avec une bougie à boule qui, sans arrêt, va jusqu'à l'occipital; mais, à l'autopsie, fausse route et *impossibilité de trouver la balle dans le cerveau.*

M. Dayot (Rennes) envoie l'observation d'un homme de 32 ans chez qui, en présence d'une plaie temporale avec légère fièvre (38°2), il désinfecta la plaie extérieure, en suppuration, élargit l'orifice osseux, n'alla pas dans le cerveau quoique la dure-mère fût trouée, et obtint la guérison.

M. Verneuil. — Il faut remarquer que, dans ce cas, le projectile est resté dans le cerveau.

M. Monod a, depuis quelques jours, observé trois plaies de tête par balles de revolver. Deux plaies temporales : une où il a désinfecté le foyer superficiel, l'autre où il s'est abstenu; mort dans les deux cas; pas d'autopsie, les cadavres étant réclamés par la justice. Une plaie frontale sans accidents cérébraux, désinfection du foyer cutanéo-osseux; malade actuellement en bon état. Dans ce cas, il n'y avait pas pénétration.

M. Monod cite un cas qu'il a observé, il y a 5 ou 6 ans, et dans lequel une balle de carabine Flobert ayant pénétré dans l'orbite resta bien tolérée.

M. Quénu répond à M. Polaillon que quand il y a du coma primitif il n'intervient pas, car c'est un accident contre lequel nous ne pouvons rien. Il se borne, quand le malade est en bon état, à prévenir l'infection du foyer; quand une fois elle est réalisée, la désinfection est très aléatoire et, par exemple, il sait que M. Broca a dû trépaner une seconde fois un malade que lui-même avait opéré quelques mois auparavant pour une fracture déjà infectée.

M. Monod précisément n'a pas trépané son blessé comateux et a désinfecté le foyer chez celui qui ne l'était pas.

M. Reclus. — Il y a des comas qui, au contraire, indiquent la trépanation et, par exemple, j'ai eu un beau succès dans un cas de ce genre en évacuant un hématome de la méningée moyenne.

M. Quénu. — Etait-ce une plaie d'arme à feu?

M. Reclus. — Non, mais on peut admettre qu'une balle coupe une branche de la méningée moyenne.

M. Quénu. — C'est possible, mais il faudrait le prouver par des faits; en tout cas, ce sera rare, car la perforation osseuse sert de soupape de sûreté.

M. Delorme est du même avis.

M. Verneuil ne croit pas que le coma importe beaucoup. Il a vu guérir par l'abstention un homme qui, après s'être tiré une balle de revolver dans le conduit auditif, resta comateux pendant deux jours.

Exothyropexie.

M. Poncet fait une communication sur le manuel opératoire de l'exothyropexie. Après incision médiane, il faut libérer la glande en restant toujours en dehors de la capsule et en agissant avec le doigt le long de la face antéro-externe de la glande; de même pour les goîtres plongeants, où l'on doit se garder de porter le doigt en arrière, car on romprait des veines, en avant, car on causerait l'asphyxie par compression de la trachée. On fait le pansement à la gaze aseptique, car la surface absorbante étant très vaste, la gaze iodoformée donne quelques accidents d'intoxication.

La méthode est applicable aux goîtres parenchymateux diffus et quelquefois, pour des goîtres suffocants, c'est une opération d'urgence. Pour les goîtres kystiques ou à noyaux solides enkystés, la méthode de choix est l'énucléation intra-glandulaire de Louis.

M. Tillaux a fait cette distinction, il y a bien longtemps déjà, entre les hypertrophies en masse et les tumeurs intra-thyroïdiennes auxquelles convient l'énucléation qu'il a pratiquée dès 1886, le premier à Paris.

M. Delorme présente un homme qui, à la suite d'une entorse, a, depuis 2 ans 1/2, un déclanchement bizarre des genoux pendant la marche.

M. Verneuil présente un corset monté destiné à permettre la compression des seins.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 19 mars 1894.

Sclérose latérale amyotrophique.

M. Senator. — On sait qu'il y a une trentaine d'années, Charcot a séparé du tableau de l'atrophie musculaire primitive un type qu'il désigna sous le nom de sclérose latérale amyotrophique avec tableau clinique caractérisé par de la faiblesse allant jusqu'à la paralysie des membres supérieurs ou inférieurs, par l'atrophie, l'exagération des réflexes, l'intégrité des sphincters et de la sensibilité. L'affection en question se propageait aux muscles innervés par les nerfs bulbaires et amenait ainsi la mort.

Leyden essaya, sans succès, de combattre ce type morbide, et le type de Charcot resta avec son substratum anatomique, la sclérose des cordons latéraux et du faisceau pyramidal et, plus tard, l'atrophie des cellules ganglionnaires antérieures. Leyden n'admettait pas cette sclérose primitive et ne croyait pas que le type de Charcot devait être séparé de l'atrophie musculaire primitive.

Tout récemment, M. Senator a eu l'occasion d'observer un cas de sclérose amyotrophique et d'en faire l'autopsie.

Il s'agit d'une femme de 57 ans, arrivée à la Clinique avec le tableau typique de la sclérose latérale amyotrophique qui avait débuté, il a 7 ans, par des paresthésies dans les jambes et les mains; plus tard, il survint de la parésie des jambes, puis le tableau clinique complet de l'affection, à savoir : les paralysies avec contractures, l'exagération des réflexes, phénomènes bulbaires.

La malade succomba trois jours après son entrée. A l'autopsie, on trouva une pleuro-pneumonie et une néphrite. L'examen microscopique de la moelle montra une atrophie d'un grand nombre de cellules ganglionnaires antérieures des segments cervical et dorsal, des foyers hémorrhagiques multiples dans la substance grise et blanche de la moelle épinière, une gliomatose du segment lombaire, une légère atrophie des racines antérieures et postérieures. Il n'y avait nulle part trace de sclérose des cordons latéraux ou du faisceau pyramidal.

On voit par conséquent qu'on peut trouver cliniquement des cas de sclérose latérale amyotrophique ne présentant pas anatomiquement les lésions que lui a assignées Charcot.

M. Oppenheim considère le cas rapporté par M. Senator comme un cas atypique, fruste, ne portant nullement atteinte à l'entité morbide érigée par Charcot. C'est aussi l'opinion de M. Remak.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 15 — 11 AVRIL 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 16 au 21 avril 1894.

Mercredi 18. — M. Dutauziet. De l'asthme survenant chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes. — M. Joly. Paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial ou paralysie Duchenne-Erb. — M. Le Gac. Pathogénie du tir douloureux de la face, son traitement par la résection du bord alvéolaire. — M. Tariel. Hernie inguinale étranglée chez l'enfant. — M. Guérin. Contribution à l'étude du traumatisme sur les organes génitaux des femmes enceintes. — M. Bazenerye. Etude clinique sur la syphilis nasale acquise. — M. Paquet. Association de la rougeole et de la scarlatine.

Jeudi 19. — M. Bonnelière. Contribution à l'étude de la grippe. Grippe à déterminations multiples. — M. Michel. Tuberculose pulmonaire des vieillards. — M. Tramont. Quelques particularités sur le fémur.

VARIÉTÉS

Concours public pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ce concours sera ouvert le vendredi 18 mai 1894, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 16 avril 1894, et sera clos définitivement le samedi 28 du même mois, à trois heures.

Le concours pour trois places de chef de clinique à l'Ecole de médecine de Marseille vient de se terminer par les nominations suivantes : Chef de clinique chirurgicale, M. le docteur Em. Lartail; chef de clinique médicale, M. le docteur Em. Cassoute; chef de clinique obstétricale, M. le docteur P.-A. Lop.

La Société phréniatrique italienne a nommé membres honoraires :

1° M. le professeur Meschede, directeur de la clinique phréniatrique de l'Université, Kœnigsberg;
2° M. le professeur Benedikt, à Vienne;
3° M. le directeur Rothe, à Varsovie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

G. MASSON, éditeur,
120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Précis élémentaire de Dermatologie, par L. Brocq, médecin des hôpitaux, et L. Jacquet, ancien interne de Saint-Louis. — IIe volume. *Maladies en particulier*. 1 vol. petit in-8°, de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. Broché, 2 fr. 50. — Cartonné, 3 fr.

Le Choléra, par A. Lesage, chef de laboratoire à la Faculté et chef du Laboratoire de bactériologie des hôpitaux de Paris. 1 volume petit in-8°, de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. Broché, 2 fr. 50. Cartonné, 3 fr.

LIBRAIRIE O. DOIN,
8, place de l'Odéon, Paris.

Thérapeutique des névroses, par P. Oulmont, médecin de l'hôpital Laënnec. Un volume in-18, relié en peau, de 350 pages. Prix : 4 francs.

Traitement des affections des voies lacrymales, par les méthodes conservatrices et antiseptiques, par le docteur A. Bourgeois (de Reims). In-8° de 12 pages avec figures. Prix : 75 centimes.

De l'influence des boissons alcooliques sur la genèse, la forme et l'évolution de la tuberculose pulmonaire, par le docteur Léonce Amat, avec une préface du docteur E. Lancereaux. In-8° de 105 pages. Prix : 3 francs.

Traité des maladies épidémiques, par A. Kelsch, directeur de l'Ecole de santé militaire de Lyon, médecin principal de 1re classe, membre de l'Académie de médecine, etc., etc. T. I. Epidémiologie générale. — Les phlegmasies catarrhales saisonnières. — Les pyrexies saisonnières. — L'ictère essentiel. — La pleurésie. — La pneumonie. — Le rhumatisme articulaire aigu. — La fièvre typhoïde. — Le typhus. — Un volume grand in-8° de 560 pages avec tracés. Prix : 12 francs.

L'ouvrage sera complet en deux volumes. Le deuxième volume est en cours d'impression.

Études sur l'art dentaire, recueil des différents travaux publiés dans la *Revue odontologique de France* par Louis Nux, médecin dentiste à Toulouse. In-8° de 45 pages. Prix : 1 franc.

Annuaire de thérapeutique, 6e année, 1893. Un volume in-32 cartonné toile de 360 pages. Prix : 2 francs.

Contribution à l'étude de la diphtérie, diagnostic et étiologie, par le docteur Henri Tézenas du Montcel. In-8° de 76 pages. Prix : 2 fr. 50.

FÉLIX ALCAN, éditeur.

La Moelle épinière et l'Encéphale, avec *Applications physiologiques et médico-chirurgicales* et suivis d'un aperçu sur la *physiologie de l'esprit*, par Ch. Debierre, professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Lille. 1 beau volume grand in-8° avec 242 figures en noir et en couleurs dans le texte, et une planche en chromolithogravure hors texte. 12 francs.

SITUATION MÉDICALE A PRENDRE dans un asile privé d'aliénés, faisant fonction d'asile public et recevant 600 malades. S'adresser pour renseignements à M. Miret, 92, boulevard Magenta.

Ce numéro contient 4 pages supplémentaires consacrées au Compte rendu du Congrès de Rome.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

MÉDECINE PRATIQUE

Note sur les indications du traitement thermal à Royat.

Parmi les stations thermales d'Auvergne, Royat compte depuis longtemps au nombre des plus connues et des plus fréquentées.

La nature de ses eaux minérales et leurs propriétés sont de notion courante. Je les rappelle ici sommairement.

Les eaux de Royat sont des eaux thermales, classées parmi les chlorurées-bicarbonatées sodiques ; elles sont, de plus, ferrugineuses, lithinées et légèrement arsenicales. Leur degré de thermalité varie entre 20° et 35°5 et leurs principes minéralisateurs entre 2 gr. 85 et 5 gr. 60 par litre.

On les administre en boisson et en bains à eau courante. Elles alimentent de plus un service complet d'hydrothérapie.

On peut déduire en gros leurs propriétés thérapeutiques de leur constitution chimique. A l'action ordinaire des bicarbonatées sodiques elles joignent, grâce au fer et au chlorure qu'elles contiennent, des propriétés reconstituantes. Elles activent la nutrition générale. J'ai publié l'an dernier (*Médecine moderne*, numéro du 24 juin 1893) une série d'expériences qui démontrent que sous l'influence de ces eaux en boisson ou en bain, l'urée, éliminée dans les 24 heures, augmente de 4 grammes environ.

Les indications générales des eaux de Royat se rangent sous deux chefs :

L'arthritisme,

L'anémie.

Lorsque ces deux états morbides s'associent, ce qui n'est pas rare, Royat est nettement indiqué. On devra donc y envoyer les arthritiques et de préférence les arthritiques fatigués, affaiblis, anémiés. Ceci domine toutes les indications particulières.

Je me propose maintenant de rappeler, d'une façon aussi nette que possible et très brève, les indications d'une cure à Royat, en insistant seulement sur quelques points particuliers et de notion moins répandue. Ce sera en même temps préciser quelques contre-indications.

La Goutte. — Depuis longtemps les goutteux sont envoyés à Royat avec le plus grand succès et parmi tous les sujets atteints de goutte torpide, atonique. Lorsque aux accès francs succèdent des attaques de goutte sourdes, prolongées, sans caractère aigu, qui affaiblissent l'état général des malades et les anémient, l'indication de Royat est péremptoire.

L'amélioration durable des symptômes est certaine, à défaut de leur disparition plus ou moins prolongée. Chez certains de ces goutteux affaiblis, la cure de Royat, en leur rendant la santé générale, rappelle de francs accès de goutte aiguë. Enfin, pour les goutteux âgés qui supporteraient mal un traitement aux eaux bicarbonatées fortes, Royat se recommande entre les stations similaires.

Gravelle urique. Uricémie. — La gravelle urique, surtout au début, est très améliorée. Avant d'être des goutteux francs, les uricémiques, qui dans certains cas restent à ce stade toute leur vie, souffrent de malaises généraux multiples et mal précisés souvent : douleurs erratiques, troubles digestifs, tendance aux pharyngites, aux trachettes, aux bronchites, Royat atténue considérablement ces accidents, et souvent les fait disparaître. C'est de plus un traitement préventif excellent contre la lithiase rénale et la goutte vraie, toujours possibles.

Je signale le *rhumatisme articulaire* en dehors, des accès aigus ; le *rhumatisme chronique*. Les névralgies d'origine rhumatismale, notamment les *névralgies sciatiques*.

Le traitement du *diabète* à Royat est de date relativement récente. Il y a dix ans, c'était une question discutée et encore à l'étude. Elle est résolue maintenant. L'action reconstituante des eaux est particulièrement précieuse chez les diabétiques. Le courant de ces malades vers Royat a coïncidé avec une orientation générale nouvelle dans le traitement du diabète. On s'est détendu avec raison de la rigueur des régimes intransigeants. On cherche moins aujourd'hui à faire disparaître, coûte que coûte, toute trace de sucre dans les urines. On ne parvient en effet souvent à ce but qu'au détriment des forces du diabétique. Or, si l'on s'inquiète surtout de l'état général, de maintenir et d'accroître la résistance et les forces des malades, Royat dans ce but s'indique au premier chef. D'ailleurs l'action des eaux sur la glycosurie est loin d'être négligeable. Le taux du sucre dans les urines tombe dans de très fortes proportions et souvent disparaît. En général, le sucre disparaît totalement dans les cas de glycosurie moyenne ou faible, ne remontant pas à une date trop ancienne. Dans les glycosuries abondantes, dépassant 100 gr. dans les 24 heures, ou dans les glycosuries anciennes, la quantité de sucre diminue rapidement et se maintient à un taux relativement faible. Les divers symptômes s'atténuent ou disparaissent ; notamment les troubles dyspeptiques, quand ils existent, et cette sensation de fatigue continuelle et de faiblesse qu'accusent certains diabétiques. L'appétit, grâce aux digestions plus faciles, se régularise. Jamais je n'ai vu, durant une cure bien surveillée, un diabétique fatigué par le traitement, soit pendant sa durée, soit après.

Les anémies. — L'anémie se surajoutant à une affection justiciable des Eaux de Royat est une indication de plus ; mais elle peut, à elle seule, réclamer pour le malade le traitement hydro-minéral. Je signale spécialement la *chloro-anémie*. Il faut adresser les malades à Royat après la phase en quelque sorte aiguë de la chlorose, lorsqu'elles peuvent marcher facilement et prendre, sans trop de fatigue, quelques exercices au grand air. Royat alors a toute sa puissance d'action. A la chloro-anémie se rattachent les *anémies simples de croissance* des jeunes sujets, jeunes filles ou garçons. Dans la *chlorose tardive* j'ai observé de bons effets, moins typiques néanmoins que dans la chlorose commune. Tous les troubles disparaissent en général complètement, troubles digestifs, troubles menstruels et nerveux, ainsi que les souffles cardiaques et vasculaires.

Les divers états anémiques consécutifs chez les jeunes sujets et les adultes aux maladies aiguës, fièvres typhoïde, scarlatine, etc., et notamment l'anémie consécutive aux attaques de rhumatisme articulaire aigu. La précaution à prendre, dans ce dernier cas, est d'envoyer les malades deux à trois mois au moins après la terminaison de l'affection aiguë.

J'ai vu un brillant succès dans un cas d'*anémie des mineurs* chez un homme fatigué par de longs travaux souterrains, dans le percement d'un tunnel. J'ajoute encore les anémies consécutives aux diarrhées des pays chauds et à un paludisme.

Voies respiratoires. — Le *coryza chronique*, la *laryngite catarrhale* ; parmi les affections pulmonaires, la *bronchite chronique*, l'*asthme*, le *catarrhe des bronches*. Chez les emphysémateux au début, les eaux ont une action secondaire très favorable en agissant sur l'élément « bronchite ». Je note particulièrement les congestions arthritiques des sommets simulant la tuberculose au début. L'efficacité est rapide et sûre dans la grande majorité des cas. Si la tuberculose est confirmée, Royat, à mon avis, n'a pas de valeur spéciale.

Appareil digestif. — Je ne fais encore qu'énumérer les *angines catarrhales chroniques*, les *rhino-pharyngites chroniques*, en insistant cependant sur les bons effets de Royat chez les malades qui ont subi une opération : discision ou ablation des amygdales, des végétations adénoïdes chez les jeunes sujets, et j'arrive enfin aux *dyspepsies*.

Il y a longtemps qu'on envoie avec succès les dyspeptiques à Royat. Je crois que les récentes études sur les maladies de l'estomac permettent de préciser les indications. D'abord il y a les malades qui viennent à Royat pour une autre affection prépondérante et qui sont dyspeptiques, chloro-anémiques, goutteux, diabétiques, etc. Chez ceux-là, la dyspepsie s'améliore avec l'état général. Mais pour les dyspeptiques purs à envoyer uniquement pour leur affection stomacale, je crois pouvoir poser l'indication générale suivante :

Tous les cas où la dyspepsie est causée par un retard dans le chimisme stomacal, et où il y a fermentation des ingesta.

Cette indication me paraît formelle. Elle comprend : les hypochlorhydriques simples, les hypochlorhydriques avec hyperacidité de fermentation. Le mode d'administration des eaux à l'intérieur doit varier dans ces deux cas différents. Dans le dernier, je considère l'efficacité des eaux comme tout à fait remarquable ; à ce point, qu'à mon sens, s'il y a doute entre une hypochlorhydrie avec fermentation acide et une hyperchlorhydrie légère, l'usage de l'eau peut servir d'élément de diagnostic. S'il y a hyperchlorhydrie, l'effet est nul, quelquefois même selon le mode d'administration, l'eau aggrave nettement la dyspepsie.

Les *dyspepsies intestinales*, à forme flatulente, avec ballonnement et constipation, sont souvent améliorées ; mais dans ce cas l'action des eaux n'est ni aussi fidèle, ni aussi déterminée. Elle est d'une efficacité réelle dans les troubles intestinaux d'origine goutteuse, simulant quelquefois l'entérite pseudo-membraneuse, et notamment dans les troubles accompagnés de névralgies intestinales, qui parfois alternent avec des crises de névralgies crurales ou sciatiques.

Système nerveux. — La *neurasthénie* sous toutes ses formes, primitive ou secondaire, sauf dans les cas aigus assez rares avec fièvre. En dehors de la cure thermale proprement dite, Royat offre à ces malades les avantages d'une cure d'air et d'altitude. D'ailleurs, considérée comme station d'altitude, et au point de vue climatérique et aérothérapique, Royat exigerait une étude spéciale.

Maladies externes. Affections utérines. — Je signale surtout la *métrite parenchymateuse*. La condition est que tout phénomène inflammatoire de l'utérus ou des annexes ait disparu.

Affections cutanées. — On soigne à Royat l'*acné*, le *pityriasis* et surtout l'*eczéma* ; on y envoie de préférence les *eczémas secs*. Cependant les eczémas très anciens, lichénoïdes, y trouvent peu d'amélioration, tandis que certains eczémas, très étendus, plus irritables, desquamant largement avec des craquelures humides et même sanguinolentes, offrant déjà un certain degré de dermite, s'y améliorent considérablement d'une façon durable.

Les *éruptions eczémateuses* des jeunes sujets, dont la nutrition se fait mal, et en général les éruptions causées par des fermentations anormales dans le tube digestif, relèvent de Royat. Le double traitement interne et externe a d'autant plus d'effet sur l'affection cutanée qu'il agit sur la cause interne : la dyspepsie.

Il me reste peu de place pour parler de quelques indications encore à la période de tâtonnements et d'étude. Je signalerai la *Lithiase biliaire* et surtout l'*Albuminurie et les Néphrites*.

D'une façon catégorique je crois que *les brightiques*, les *albuminuriques arthritiques* doivent être envoyés à Royat. *A priori* les accidents dont souffrent ces malades rentrent dans l'indication générale de la cure, et les faits justifient cette indication dans ces cas particuliers. La cure améliore l'état général et ce bon effet se prolonge. L'anémie, si grande souvent, s'atténue, la dyspepsie, l'inappétence disparaissent. J'ai vu des malades partir, mangeant et digérant bien, engraissant avec toutes les apparences d'une bonne santé. J'ai notamment l'observation d'un jeune homme de 23 ans, qui à sa troisième saison de Royat était d'une santé presque parfaite. Quant à l'albuminurie, à la vérité, le traitement ne l'abolit pas. Dans le brightisme ancien, la quantité d'albumine étant faible, la diminution est à peu près nulle. Il n'en est pas de même quand l'albumine est abondante, dans les néphrites aiguës passant à l'état chronique. J'ai vu de bons effets dans ces cas, mais les faits ne sont pas assez nombreux pour en tirer encore une conclusion. L'albumine, qui dépassait 2 gr. par litre, est tombée à 50 ou 60 centigrammes et s'est maintenue à ce taux. Et toujours la santé générale s'est améliorée.

Quant aux *contre-indications*, je les résume brièvement pour terminer. Ce sont d'abord toutes les contre-indications à un traitement hydro-minéral quelconque : — Les maladies aiguës, les anémies pernicieuses, les cachexies, — les tumeurs malignes, etc., etc. On peut déduire les contre-indications particulières, des indications formulées dans le courant de cet article. Je signale toutefois : la tuberculose pulmonaire confirmée. Les dyspepsies hyperchlorhydriques. Enfin les goutteux jeunes, sanguins, pléthoriques se trouveront bien des eaux bicarbonatées fortes comme Vichy ou Vals.

Dr Bouchinet,
médecin consultant à Royat.

De la créosote dans le traitement de la coqueluche.

D'après M. Lerefait (de Rouen), la créosote donnerait de très bons résultats dans le traitement de la coqueluche. Dans tous les cas où la maladie n'était pas accompagnée, avant le traitement, d'une complication grave du côté du poumon (bronchite capillaire ou pneumonie), notre confrère a pu constater, grâce à l'emploi de la créosote, une diminution graduelle de la fréquence et de l'intensité des accès qui finissaient par disparaître complètement au bout d'un temps variant de cinq jours à six semaines, suivant le degré de gravité de la coqueluche. En outre, M. Lerefait a constaté que la créosote fait disparaître les vomissements des coquelucheux plus rapidement que n'importe quel autre moyen de traitement, puisque ces vomissements sont souvent arrêtés au bout de vingt-quatre heures. Ce résultat est déjà bien précieux à lui seul, car il permet d'alimenter l'enfant et de lui donner ainsi les forces nécessaires pour lutter efficacement contre la maladie dont il est atteint.

Notre confrère rouennais administre la créosote sous la forme d'une potion contenant 0 gr. 50 centigr. du médicament pour 100 grammes de véhicule. On la donne par cuillerées à café, et la dose quotidienne varie suivant l'age de l'enfant (la dose minima a été de trois cuillerées à café chez un enfant de quarante-quatre jours).

Notons que M. Lerefait n'est pas le premier à recommander la créosote contre la coqueluche. M. le docteur L. de Almeida s'est aussi servi avec succès, chez les coquelucheux, de ce médicament qu'il donne associé au sulfonal dans du sirop de Tolu.

Action antimalarique du bleu de méthylène.

M. J. Huddleston (New-York Hospital) a guéri trois petites filles, atteintes de fièvre intermittente palustre, par l'usage interne du bleu de méthylène. Le médicament était administré en cachets de 0 gr. 10 centigrammes. L'aînée, agée de dix ans, prenait un cachet toutes les trois heures; la seconde, âgée de sept ans, recevait un cachet toutes les quatre heures; à la plus jeune, âgée de cinq ans, on donnait un cachet toutes les cinq heures. Après quatre jours de ce traitement, la guérison a été complète chez

les trois petites malades. L'examen du sang montra l'absence des plasmodies malariques qui, avant le traitement, existaient en grand nombre. Depuis lors, il n'est survenu aucune rechute.

Traitement du cancer.

M. T. Robinson prétend avoir guéri deux cas d'épithélioma au moyen d'injections parenchymateuses d'une solution saturée d'iode dans l'acide phénique brut du commerce.

Chez les deux malades, dont l'un, âgé de trente-cinq ans, était porteur d'un épithélioma siégeant au cou, et l'autre, âgé de soixante ans, présentait à la cuisse une tumeur de même nature, les néoplasmes disparurent complètement ne laissant à leur place qu'un simple tissu cicatriciel très dense, après plusieurs mois d'un traitement qui consistait à injecter dans l'épaisseur des tumeurs, quotidiennement ou tous les deux jours, 20 gouttes de cette solution réparties en plusieurs piqûres de 2 à 3 gouttes.

Traitement des hémorrhoïdes.

M. N. Ivanow traite les hémorrhoïdes prolabées et enflammées au moyen de légers badigeonnages avec la teinture d'iode pure, badigeonnages qu'on pratique une fois par jour. Ce traitement, assez analogue à celui qui a été préconisé par M. Preismann, a donné à M. Ivanow de très bons résultats, entre autres dans un cas grave où les hémorrhoïdes étaient excessivement douloureuses et très tuméfiées (la plus grosse des tumeurs avait le volume d'une noix). Après un premier badigeonnage à la teinture d'iode, le volume des tumeurs hémorrhoïdales diminua de moitié; après une seconde et dernière application, il n'en restait plus que « quelques traces », de sorte que le troisième jour le malade quittait l'hôpital se sentant complètement guéri.

Traitement des otorrhées.

Dans le traitement des otorrhées, M. Garnault se sert avec avantage d'une solution tiède d'iodure double de bismuth et de potassium à 1 0/0, additionnée d'un peu de glycérine (et même étendue d'un quart d'eau en cas de réaction douloureuse), dont on instille de 5 à 6 gouttes dans l'oreille préalablement lavée.

D'après notre confrère, l'iodure double de bismuth et de potassium serait, comme antiseptique, supérieur à l'acide borique, à la résorcine, à la créoline et au nitrate d'argent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LIBRAIRIE G. MASSON

Clinique médicale de la Charité. — *Leçons et Mémoires*, par le professeur Potain et ses collaborateurs Ch.-A. François-Franck, professeur suppléant au Collège de France, H. Vaquez, chef de clinique de la Faculté de Médecine, E. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, P.-J. Teissier, interne des hôpitaux. 1 fort vol. in-8° de 1060 pages avec nombreuses figures dans le texte. . . 30 fr.

Ce volume contient tout d'abord des *leçons* du professeur, recueillies par M. Vaquez, chef de clinique. Celles qui ont été choisies se rapportent toutes aux maladies du cœur. Voici les titres des principales : *Séméiologie cardiaque* (9 leçons, palpitations, percussion, auscultation, signes fonctionnels). *Palpations. Endocardite rhumatismale aiguë. Rhythme mitral. Le cœur des tuberculeux. Les cardiopathies réflexes. Névropathies d'origine cardiaque Traumatismes cardiaques. Symphyse cardiaque. Pronostic. Traitement* (3 leçons).

Le reste du livre est composé de travaux et de recherches poursuivis dans le service : deux mémoires de M. Potain (*des souffles cardio-pulmonaires et du choc de la pointe du cœur*), sont la démonstration complète de certains points de la séméiologie cardiaque, qui sont également tranchés dans les leçons.

M. Vaquez a donné un mémoire important sur la *Phlébite des membres* ; M. Teissier (interne du service) a rédigé les *Rapports du rétrécissement mitral pur avec la tuberculose*; M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, a fourni un intéressant travail sur la *Technique des autopsies cliniques*.

Enfin, M. François-Franck, professeur suppléant au Collège de France, a rédigé pour ce volume un très important mémoire, l'*Analyse de l'action expérimentale de la digitaline*. Ce mémoire est le développement d'une leçon que M. François-Franck avait faite aux élèves de la Charité.

L'ensemble de ce volume forme donc un tout traitant tout spécialement des maladies du système circulatoire.

Traité des Maladies des yeux, par Ph. Panas, professeur de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, membre honoraire et ancien président de la Société de chirurgie. 2 volumes grand in-8° avec 453 figures et 7 planches coloriées, cartonnés. . . . . 40 fr.

Dans cet ouvrage, l'auteur s'est attaché à donner d'une façon concise l'état de la science ophthalmologique en prenant pour base la clinique sans négliger l'enseignement et les recherches de laboratoire. — Le premier volume comprend l'anatomie, la physiologie, l'embryologie, l'optique et la pathologie du globe de l'œil. Il se termine par l'instruction ministérielle sur l'aptitude au service militaire. — Le second contient ce qui a trait à la musculature, aux paupières, aux voies lacrymales, à l'orbite et aux sinus cranio-faciaux; le tout envisagé au point de vue de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. Vu l'intérêt qui s'y rattache, les articles consacrés à la cataracte, au glaucome et à l'ophthalmie sympathique, constituent autant de monographies. En un mot, essentiellement pratique, ce livre s'adresse autant aux étudiants qu'aux ophthalmologues de profession.

Les Agents physiques et naturels : agents thermiques, électricité, modifications de la pression atmosphérique, climats et eaux minérales; 5e partie des *Leçons de Thérapeutique*, par le Dr Georges Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin à l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, 1 volume grand in-8°, avec nombreuses figures et 1 carte. . . . . . . 12 fr.

Ce volume, accompagné de nombreuses figures et d'une carte des eaux minérales et des stations climatériques, est le complément naturel des quatre volumes primitivement publiés et consacrés aux *Médications*.

En voici le sommaire résumé :

Agents thermiques (8 leçons). Résultat général de l'hydrothérapie, emploi de l'eau froide à l'intérieur. Applications chaudes. Applications froides, douches, drap mouillé, bains et douches d'air, douche écossaise, bains russes, indications et contre-indications de l'hydrothérapie. — *Electricité, Electrisation* (19 leçons), notions générales, résistance, électricité statique, machines, piles, accumulateurs, bains électriques, galvanothermie. — *Pression atmosphérique* (2 leçons). Aérothérapie, bains d'air comprimé, appareils, effets physiologiques. — *Climats* (5 leçons). Qualités de l'air atmosphérique, climats maritimes, climats de montagnes, climats de plaines. — *Eaux minérales* (11 leçons). Effets physiologiques, Traitement externe. Traitement mixte. Traitement interne. Classement des eaux minérales.

Examen et séméiotique du cœur, *Signes physiques*, par le Dr Pierre Merklen, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aides-Mémoire*). Broché, 2 fr. 50. Cartonné toile anglaise, 3 francs.

Cet Aide-Mémoire est destiné aux étudiants et aux jeunes médecins. Il contient, avec l'exposé des principales méthodes d'exploration du cœur, la description des signes physiques tirés de son examen. Une première partie est consacrée à l'inspection, la palpation et la percussion et l'on y trouvera l'étude détaillée des variations du choc de la pointe et des modifications de la matité cardiaque. La seconde partie plus importante traite de l'auscultation. Après un court résumé des caractères et des causes des bruits normaux, l'auteur passe en revue les altérations de leur rhythme (accélération, rhythme fœtal, ralentissement, rhythme couplé, intermittences, arhythmie, bruits de rappel et de galop), les modifications de leur timbre et de leur intensité, enfin les bruits anormaux, souffles et frottements. Tous ces signes sont étudiés au double point de vue de leur diagnostic et de leur valeur séméiologique. Les descriptions sont simples et complètes et l'auteur a mis à profit, quand l'occasion s'en est présentée, le résultat de ses observations personnelles.

Les Palimpsestes des Prisons, recueillis par le professeur César Lombroso, 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque de Criminologie*, orné de dessins et d'une planche graphique statistique. Prix : 6 fr.

Ce volume renferme les chapitres suivants:

Les camarades. — La justice. — Le détenu. — Céramique et épigraphes criminelles. — Le délit. — La prison. — Passions. — Religion et morale. — Le livre. — La politique. — Lyriques. — Agonie. — Femmes. — Palimpsestes étrangers.

La Nouvelle Législation Médicale, commentaire et texte de la loi du 30 novembre 1892, et des lois, décrets et règlements s'y attachant : docteurs, officiers de santé, dentistes, sages-femmes, étudiants français et étrangers, par MM. Lechopié, avocat à la Cour de Paris, et le docteur Floquet, licencié en droit, médecin du Palais de justice de Paris et du Tribunal de commerce, officier de l'instruction publique, *auteurs du Code des Médecins*, ouvrage honoré des souscriptions du Ministère de l'Instruction publique, de l'Assistance publique, du Conseil général de la Seine, de la Ville de Paris, du ministère de la Marine, etc., etc. Préface de M. le docteur Cornil, Sénateur, Président de la Commission du Sénat, Rapporteur de la loi de 1892, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. in-12 de 364 pages. Prix : Broché, 4 fr. 50; Relié, 6 fr.

Autorisés de leurs études antérieures sur le Droit Médical, ayant suivi pas à pas la discussion de la nouvelle loi dont ils ont les premiers commenté, dès 1891, le projet voté par la Chambre, puis celui voté par le Sénat, MM. Lechopié et Floquet ne pouvaient être mieux en situation de faire connaître la pensée véritable du législateur.

Ce livre se divise en deux parties distinctes : la première, renfermant le commentaire développé, article par article, de la loi du 30 novembre 1892 et des décrets et règlements qui s'y rattachent, avec l'analyse méthodique et très complète des importants travaux préparatoires et référence à la législation, à la jurisprudence et à la doctrine antérieures ; la seconde contenant les textes, avec notes, des décrets, arrêtés, circulaires et instructions relatifs à l'exercice et à l'enseignement de la médecine, de l'art dentaire et de l'art des accouchements, tous documents encore peu connus des intéressés eux-mêmes et que le praticien ne peut, sans péril, se dispenser d'avoir à tout instant sous la main, ne fût-ce que pour s'assurer d'échapper aux graves pénalités dont le chapitre s'est singulièrement accru, puisqu'au lieu de deux articles qu'il comptait dans la loi de ventôse, il n'en a pas moins de douze dans celle de 1892.

Les textes publiés et commentés par MM. Lechopié et Floquet comprennent, en sus de la loi fondamentale du 30 novembre 1892 : « La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite; le décret du 21 novembre 1893 sur la nomination des experts et le nouveau tarif; l'arrêté ministériel du 23 novembre, la circulaire du 1er décembre 1893, les instructions du Comité consultatif d'hygiène publique et autres documents relatifs à la déclaration des maladies épidémiques; tous les décrets de 1893 et 1894 relatifs à l'enseignement, y compris ceux sur le stage hospitalier et les droits à payer par les aspirants aux grades de docteur, chirurgien-dentiste et sage-femme ».

C'est donc, en réalité, un Code complet et à jour de la nouvelle Législation médicale.

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,
19, rue Hautefeuille, Paris.

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles pour 1894, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux. Cinquième édition. 1 vol. in-18 de 314 pages, cartonné, 3 francs.

Manuel pratique des maladies de l'enfance, par M. A. D'Espine, professeur à l'Université de Genève, correspondant à l'Académie de médecine de Paris, et C. Picot, médecin des hôpitaux de Genève, ancien interne des hôpitaux de Paris, cinquième édition revue et augmentée. 1 volume in-18 jésus de 916 pages, cartonné, 10 francs.

Formulaire des Alcaloïdes et des Glucosides, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1re classe, lauréat (médaille d'or) de l'Ecole de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr Hayem, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 de 313 pages, cartonné, 3 fr.

La Chirurgie journalière, leçons de clinique chirurgicale, par le Dr A. Desprès, chirurgien de l'hôpital de la Charité, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Quatrième édition. 1 volume grand in-8 de 836 pages avec 47 figures. Prix : 12 francs.

Les produits chimiques employés en médecine, (série grasse et série aromatique). — Antiseptiques. — Hypnotiques. — Analgésiques, — chimie analytique et fabrication industrielle, par A. Trillat, chimiste-expert. Introduction par P. Schutzenberger, membre de l'Institut. 1 volume in-16 de 415 pages avec 67 figures, cartonné 5 fr.

Des amputations simultanées, dans la continuité des deux membres inférieurs, par le Dr Paul Delon. Paris, 1894, gr. in-8, 112 p. 3 fr

L. BATTAILLE & Cie, éditeurs,
23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Manuel de thérapeutique clinique, par le professeur Lemoine, 1 volume gr. in-18. 8 francs.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'angine diphthéritique par des badigeonnages avec un mélange de papaïotine et d'acide phénique.

La papaïotine a été fréquemment employée autrefois dans le traitement des angines couenneuses. MM. E. Levy et H. Knopf l'ont employée, combinée à l'acide phénique dans un grand nombre de cas d'angine diphthéritique observés à la clinique pédiatrique de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Cette modification de l'ancien traitement local par la papaïotine a donné à nos confrères des résultats fort encourageants.

Voici la formule dont ils se sont servis :

Papaïotine	10 grammes.
Acide phénique pur liquéfié	5 —
Eau distillée	100 —

F. S. A. — Pour badigeonnages de la gorge.

Agiter le flacon avant de s'en servir.

Au moyen d'un pinceau chargé de ce liquide, on badigeonne doucement, sans essayer de les détacher, toutes les fausses membranes diphthéritiques. Les badigeonnages sont pratiqués toutes les dix minutes, pendant les deux premières heures, puis toutes les deux heures, le jour comme la nuit, autant que possible. Sous l'influence de ce traitement, les pseudo-membranes diminuent à vue d'œil et disparaissent parfois définitivement au bout de quelques heures; mais, le plus souvent, elles se reforment encore à plusieurs reprises, surtout dans le courant de la nuit, de sorte que la guérison ne s'obtient qu'au bout de deux à trois jours. Les cas dans lesquels les pseudo-membranes sont denses et l'infiltration de la muqueuse environnante légère céderaient plus facilement au traitement que ceux où l'infiltration est considérable et les pseudo-membranes ténues.

En dehors des badigeonnages avec le mélange de papaïotine et d'acide phénique, MM. Levy et Knopf employaient encore chez leurs malades des applications de glace sur le cou, ainsi que des inhalations de substances antiseptiques pulvérisées; ils leur faisaient prendre aussi du vin en abondance.

Sur 51 cas d'angine diphthéritique ainsi traités, 36, soit 70.58 0/0, ont guéri et 15, soit 29.41 0/0, se sont terminés par la mort. Parmi les cas guéris, 3 étaient compliqués de diphthérie des fosses nasales avec des symptômes plus ou moins prononcés de sténose des voies respiratoires, 13 d'albuminurie, 4 de rougeole, 2 de pneumonie fibrineuse et 2 d'abcès naso-pharyngiens. La trachéotomie ne fut pratiquée que chez un des malades guéris. Dans plusieurs cas où cette opération paraissait imminente, elle a pu être évitée grâce aux badigeonnages avec le mélange de papaïotine et d'acide phénique.

Sur les 15 morts, 5 ont eu lieu après la trachéotomie. En outre, 3 malades présentaient des complications d'une telle gravité (tuberculose pleuropulmonaire des deux côtés, bronchopneumonie étendue) qu'aucun traitement n'aurait pu les sauver.

On voit donc, aux résultats obtenus par nos confrères, que le mode de traitement qu'ils ont employé mérite d'être pris en considération.

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Imp. des Arts et Manufact. et DUBUISSON
12, r. Paul-Lelong. — Barnagaud, imp.

NEUROPATHOLOGIE

Un cas de pseudo-tabes dorsal (par polynévrite périphérique) d'origine syphilitique, avec ramollissement du renflement cervico-dorsal de la moelle, communication au Congrès international des sciences médicales, à Rome, par M. le professeur Petrini (de Galatz).

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un cordonnier de 37 ans, adonné à l'alcoolisme, qui a eu la syphilis. Ce malade, dans le courant de l'année 1889-90, a été en traitement dans un service médical de notre hôpital Philanthropia (Bucarest), où il a été traité pour la première fois d'ataxie locomotrice de Duchenne (de Boulogne) et à la suite d'un traitement antisyphilitique *est sorti guéri au bout de trois mois*. Pendant son séjour audit hôpital, il a présenté tous les signes classiques de l'ataxie de Duchenne (de Boulogne), et pendant ce temps il a été aussi atteint de paralysie des membres supérieurs, de sorte que l'infirmière de la salle devait lui donner à manger. Après trois mois, comme nous venons de le dire, il sortit guéri, mais il offrait encore une légère diminution des réflexes rotuliens. Il pouvait tout de même continuer son métier. Après trois semaines, il rentre de nouveau au même service pour y être soigné cette fois pour un rhumatisme polyarticulaire, et après quelques semaines il sort encore guéri, en état de pouvoir travailler.

Pendant huit mois le malade se porte bien, il peut marcher et continue bien son métier. Ensuite, en janvier 1891 il commence à sentir des douleurs dans les membres inférieurs, des fourmillements, de la fatigue dans la marche, et bientôt il ne peut plus marcher, il ne pouvait plus travailler.

Se voyant dans cet état, il entre dans mon service de l'hôpital Colentina le 15/27 février de l'année 1891. A ma première visite, je constate l'abolition complète des réflexes rotuliens, l'intégrité de l'organe de la vision, la mobilité normale de la pupille, la conservation normale des sphincters.

En mettant le malade debout et en lui disant de marcher, j'observe qu'il bouge avec grande difficulté, à peine peut-il faire quelques pas dans la salle. On remarque qu'il ne peut marcher aisément, qu'il se conduit comme un paralysé assez avancé. Les sens plantaire et musculaire étaient normaux; on constate un certain trouble dans la perception des piqûres qu'on lui fait avec les aiguilles de l'esthésiomètre.

Le malade se plaint plutôt d'avoir des cuissons, des brûlures, que des douleurs qu'il ressentait dans les muscles du mollet et du talon.

Ces troubles sensitifs étaient presque continus, très rarement il se plaignait de ces sensations.

Le malade avait de très fortes douleurs lorsque, étant au lit, je lui disais de suspendre une de ses jambes sur le bord du lit.

Assis dans la position horizontale, dans son lit, il pouvait mouvoir ses jambes quoique avec une certaine difficulté, mais toujours sans incoordination.

Au commencement, les muscles répondirent bien aux courants faradiques, mais à la fin on a constaté l'abolition de cette excitabilité électrique.

Trois jours après son entrée dans mon service, le malade ne pouvait plus faire un pas; de sorte que ce malade qui, en janvier, pouvait bien se servir de ses jambes, un mois après ne pouvait plus faire un pas dans la salle, à peine pouvait-il remuer ses jambes dans son lit.

Bientôt, on observe l'atrophie des muscles des jambes avec conservation normale à la douleur et à la température.

Quinze jours après, presque tous les muscles des jambes avaient perdu leur excitabilité aux courants faradiques, et parmi ceux de la cuisse, le couturier et les fléchisseurs seuls étaient encore influencés par ces courants.

La sensibilité tactile et thermique à cette époque était encore comme à l'état normal.

Un mois après son séjour dans mon service, le malade se plaint d'engourdissement et de la faiblesse des mains, de sorte qu'il se nourrit avec difficulté, et *ne peut plus continuer de faire seul les frictions hydrargyriques qu'il faisait jusqu'alors.*

Deux jours après il ne peut porter un verre d'eau à sa bouche qu'en s'aidant de ses deux mains. En même temps je remarque d'une manière évidente l'atrophie des muscles de l'avant-bras, tant à droite qu'à gauche. De sorte que ces membres étaient aplatis. Les muscles des régions thénar et hypothénar étaient aussi très atrophiés, on constate la disparition de ces éminences.

Cependant, même à cette époque, on constate l'intégrité des sphincters vésical, rectal, et de la pupille.

L'excitabilité électro-faradique disparaissait dans la plupart des muscles des avant-bras; seuls, le deltoïde et le biceps offrent une certaine contractilité.

Le malade ne pouvait plus se servir ni de ses mains ni de ses pieds.

Trois jours avant son décès, le malade a eu une légère fièvre à 38°5, et une certaine tachycardie, 130 pulsations cardiaques à la minute.

Les muscles respirateurs se prennent à leur tour; le diaphragme aussi fonctionne très mal; la voix devient faible, aphone, il parle avec difficulté; ne pouvait plus avaler; il a la respiration diaphragmatique. Enfin il meurt en pleine intégrité cérébrale.

L'étude histologique de presque tous les organes : moelle, racines rachidiennes, ganglions spinaux, nerfs périphériques, pneumogastriques, muscles, etc., m'autorise, et cela d'après l'étude de plus de 200 préparations microscopiques exécutées par mon préparateur de laboratoire M. Fatusesco, à considérer que dans ce cas il s'agit d'une polynévrite ascendante, avec complication vers la fin de la vie du malade d'un ramollissement limité de la moelle.

Les altérations vasculaires qu'on peut observer dans nos préparations ou dessins microscopiques expliquent peut-être suffisamment ladite nécrobiose.

Je n'ai pas trouvé la sclérose des cordons postérieurs; la moelle n'offrait que la sclérose des vaisseaux, et, seules, les cellules des cornes antérieures voisines du foyer ramolli offraient une certaine altération, comme on le voit sur nos préparations.

La sclérose des vaisseaux était aussi manifeste dans les nerfs que dans les muscles.

Mes dessins microscopiques montrent les altérations atrophiques des nerfs : saphène, tibial, sciatique poplité interne, l'intercostal, le phrénique, le grand sciatique, le médian, le cubital et le pneumogastrique.

Les préparations des muscles des régions thénar et hypothénar, où nos dessins microscopiques montrent aussi des altérations assez avancées. Le grand nerf sciatique a offert relativement des altérations moins considérables.

A l'appui de mon diagnostic je dirai que ce malade, lorsqu'il a été guéri d'ataxie locomotrice, a eu toujours une polynévrite, et dans ces cas, lorsque le mal n'intéresse pas les nerfs principaux de la vie, comme les pneumogastriques ou le phrénique, l'individu peut guérir.

On a vu qu'une deuxième fois, lorsque ce malade a été se faire soigner dans le service de l'hôpital Philanthropia, il a été atteint d'un rhumatisme polyarticulaire avec œdème des articulations, ce qu'on a signalé dans le cours de la polynévrite.

Le malade est entré dans mon service le 15 février 1891 et est mort le 27 mars, même année, c'est-à-dire après 43 jours.

Pendant ce temps nous avons assisté à la marche envahissante et ascendante de cette polynévrite.

Une polio-myélite n'a pas une marche aussi rapide, et les auteurs, comme Strümpell, qui se sont le plus occupés de cette affection, n'accordent pas un aussi mauvais pronostic à la polio-myélite.

Mon cas est peut-être le seul dans son genre, puisque le professeur Joffroy (Paris) qui s'est occupé de l'étude des névrites alcooliques et a publié des cas, dit n'avoir pas encore rencontré le ramollissement de la moelle, comme il a rencontré la nécrobiose cérébrale à la suite des artérites chroniques.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

tenu à Rome du 29 *mars au* 9 *avril* 1894.

(Tous les résumés que nous publions ci-dessous nous ont été donnés par les auteurs eux-mêmes.)

Glycosurie d'origine nasale; guérison par le rétablissement de la respiration nasale.

M. L. Bayer (Bruxelles). — 1° Il n'existe pas, jusqu'à présent, dans la littérature médicale de faits observés d'affections nasales ayant provoqué de la glycosurie.

2° Communication d'une observation de glycosurie accompagnée d'autres symptômes trophiques provenant d'une obstruction nasale complète et qui ont disparu avec le rétablissement de la libre respiration nasale.

3° Conclusion : un obstacle à la respiration nasale peut directement causer de la glycosurie.

4° La glycosurie peut s'expliquer en partie par la diminution d'absorption d'oxygène, mais surtout par les troubles réflexes bulbaires (nerveux) et circulatoires (asphyxiques).

Réflexes dérivés du nez, du pharynx et du larynx.

M. Roquer (Barcelone) a reconnu, depuis de longues années, l'influence des altérations du nez sur la production des réflexes à distance. Les névroses réflexes d'origine nasale ont été déjà constatées par plusieurs auteurs, mais ses observations personnelles ont pu lui laisser croire que les phénomènes réflexes ne sont pas exclusivement produits par la muqueuse nasale, puisqu'ils peuvent dériver aussi de la muqueuse du pharynx et de celle du larynx. Le Dr Roquer, dans sa communication, présente ses observations personnelles.

Dans la seconde partie de sa communication, il fait mention de trois cas de phénomènes hystériques, tels que convulsions, catalepsie, etc., produits par l'excitation de la muqueuse nasale et qui ont disparu par suite de la destruction de ladite zone. D'après les observations du Dr Lichtwitz qui a étudié les zones hystérogènes des muqueuses des organes des sens, le Dr Roquer recherche la relation qui peut exister entre les zones hyperesthésiques de la muqueuse du nez et l'hystérie, et il se demande si lesdites zones doivent être considérées comme la cause plutôt que comme l'effet de l'hystérie, puisque la destruction de la zone a produit la disparition des troubles occasionnés par la maladie.

Le Dr Roquer soumet à l'appréciation du Congrès ces observations qui sont la conséquence des résultats qu'il a obtenus dans sa clinique.

Iritis tuberculeuse.

M. Vignes (Paris). — 1° Il importe au point de vue clinique de différencier du groupe des iritis une variété tuberleuse.

2° Cette iritis prémonitoire de l'éruption des nodules miliaires dont elle peut précéder l'apparition de plusieurs semaines correspond à la période d'ensemencement bacillaire et de lutte phagocytique entre l'agent morbifique et l'organisme.

3° Elle se caractérise par son mode d'invasion qui se fait d'une façon sournoise; son évolution lente et torpide, qui détermine un minimum de signes réactionnels, mais de multiples et épaisses synéchies.

4° L'absence de signes pathognomoniques rend le diagnostic hésitant.

La tendance à la guérison spontanée de la tuberculose miliaire de l'iris tient à la résistance individuelle et surtout à la résistance particulière de l'iris. L'incapsulation du tubercule irien et la rapidité d'oblitération des capillaires limitrophes du tubercule favorisent son isolement et la protection des tissus sains.

Ce n'est pas à l'atténuation du bacille ou des toxines, ainsi que le veut Van Duyse, qu'il faut attribuer cette tendance à guérison, mais au terrain qui reçoit la semence.

Sur quelques anomalies congénitales des voies lacrymales.

M. Wicherkiewicz (Varsovie). — Jusqu'à présent on n'a pas fait en général beaucoup d'attention aux anomalies congénitales de la partie supérieure des voies lacrymales.

M. Wicherkiewicz a observé les anomalies suivantes :

1° Des points et des canalicules lacrymaux doubles.

2° Le manque des points et des canalicules lacrymaux.

3° Des fissures lacrymales au lieu des points lacrymaux.

4° Des cils le long du canalicule lacrymal jusqu'au point lacrymal.

Production expérimentale de doigts surnuméraires chez les tritons et observations sur les queues surnuméraires des lézards.

M. G. P. Piana (Milan). — 1° Si l'on pratique des lésions profondes aux extrémités des membres chez les *Tritons*, sans toutefois en déterminer la nécrose complète, on a le développement de doigts surnuméraires plus ou moins nombreux.

2° Les éléments du tissu de néoformation proviennent de la prolifération des éléments de toutes les parties qui ont été lésées et qui sont placées au-dessus de la lésion.

3° Dans cette prolifération, les éléments du périoste ont un rôle prédominant dès les débuts de la régénération.

4° Dans quelques moments du processus de néoformation, on trouve en grande quantité des éléments cellulaires en karyokinèse.

5° A la suite de lésions à la queue des lézards, en correspondance au point lésé, se développe un bourgeon ayant tous les caractères d'une sorte de queue embryonnaire insérée sur la queue primitive.

6° A l'intérieur de ce bourgeon, on trouve deux rudiments de moelle épinière, chacun desquels est enveloppé d'un canal rachidien.

7° L'un de ces rudiments est l'origine de la portion de moelle épinière qui est située dans la queue primitive et, précisément, de celle qui est placée en arrière du point lésé. Son étui cartilagineux est l'origine de la vertèbre ou de la portion de vertèbre située aussi en arrière du point lésé. L'autre rudiment est l'origine de la portion antérieure de moelle épinière, et son étui cartilagineux, de la vertèbre ou portion de vertèbre située en avant du point lésé.

Examen morphologique de l'individu.

M. de Giovanni (Padoue). — Par l'examen morphologique, l'auteur entend les méthodes de recherche qu'il se propose d'employer pour connaître l'individualité et les différences individuelles. La méthode tire sa base scientifique de la doctrine de l'évolution des êtres : elle est le résultat de nombreuses observations, la plupart publiées dans son traité de clinique médicale générale (Padoue, 1892) et dans ses deux

volumes de « Commentaires de clinique médicale » (Padoue, 1889-1894).

La méthode comprend : la mensuration du corps, l'inspection et l'anamnèse physiologique. La mensuration comprend la détermination du développement proportionnel de l'organisme tout entier ou de ses parties isolées : c'est ce que l'auteur appelle la « combinaison morphologique individuelle ». — L'inspection recueille tous les repères de la surface du corps qui sont les indices spécifiques de la combinaison morphologique. — L'anamnèse physiologique s'informe de la manière selon laquelle s'accomplit chaque fonction, de l'hygiène, de l'influence de la profession, des instincts, des tendances, et des idiosyncrasies que présente l'individu dans les différentes phases de la vie.

D'après l'anamnèse pathologique, l'examen objectif et toutes les autres recherches scientifiques, le diagnostic s'établit, en tenant compte des données que présente l'individualité, pour comprendre la morbidité spéciale, et, par là, la raison de la variabilité symptomatologique dans le cadre nosographique.

L'auteur démontre que, de même que la variété est la loi des êtres, de même il est intéressant de rechercher dans la variété des êtres les raisons des variétés cliniques.

Tous les hommes peuvent se réduire à quatre types.

Le type normal, qui se rencontre très rarement, doit être exclu : c'est donc en réalité à trois types que se réduisent les différents individus qui offrent une morbidité distincte. Il est entendu que, chez chaque individu, se trouve une combinaison morphologique qui peut être donnée comme un exemple de la variété.

Dans l'examen morphologique individuel, en étudiant toutes les fonctions, tous les liquides, toutes les sécrétions, etc., on comprend comment doit varier le milieu interne de l'organisme, et combien aussi doit varier la combinaison morphologique.

Dans cet ordre de faits et dans cette voie, la clinique est appelée, selon l'auteur, à exercer son influence comme science biologique, en contribuant à la connaissance de la physiologie générale et en particulier à celle de l'homme.

Sur la physiologie pathologique des névroses.

M. de Giovanni (Padoue). — L'étude comparative de toutes les formes cliniques des névroses a conduit l'auteur à les considérer dans ce qu'elles ont de commun, c'est-à-dire la prédisposition. En étudiant les caractères organiques et fonctionnels des individus prédisposés aux névroses, il a relevé des faits et des phénomènes qui l'ont amené à dire que le prédisposé est déjà un névrosé; donc la névrose est la prédisposition.

Tout ce qui aujourd'hui se professe au sujet de la famille névropathique, est un acheminement vers l'étude que s'est proposée l'auteur, mais on arrivera plus sûrement au but en associant la méthode analytique clinique suivie jusqu'ici à la méthode synthétique, d'après les indications de la morphologie moderne.

Dans cette voie, on arrive non seulement à comprendre que la névrose, comme toutes les formes cliniques qui peuvent en dériver, doit être considérée comme une maladie constitutionnelle; mais on arrive encore à démontrer que les névroses ne sont pas des maladies *sine materia*, comme on l'admet généralement; on arrive à expliquer l'évolution des formes des névroses par rapport aux autres phénomènes biologiques de l'individu, et on arrive à comprendre, étant donnée la prédisposition héréditaire et congénitale, quels autres éléments concourent à déterminer, dans les cas concrets, la forme clinique des névroses et leurs divers accidents.

Ces éléments sont : les dyscrasies, les auto-intoxications, les aberrations du système vaso-moteur, les phénomènes réflexes, les passions, les traumas.

La névrose n'est pas une maladie qui tombe sous l'observation de l'anatomo-pathologiste, mais, d'après tout ce qui précède, elle ne peut être étudiée que par la clinique biologique. On comprend aussi que la névrose puisse être un moment capable d'intervenir dans toute maladie dont les symptômes offrent alors plus ou moins de variétés cliniques.

L'auteur admet une névrose cérébrale, une névrose spinale, une névrose sympathique ou ganglionnaire et la névrose mixte; il dit que l'on devrait abandonner les dénominations en cours (hystérisme, neurasthénie, etc.), et se déclare opposé à l'opinion de ceux qui soutiennent que l'hystérisme est toujours cérébral et doit être relégué parmi les manifestations psychopathiques.

Selon cette conception, il est évident que, comme en clinique biologique, on doit se préoccuper par-dessus tout du traitement préventif et, dans le traitement curatif, se préoccuper de la forme de la névrose et des agents physiologiques qui concourent à la déterminer.

Recherches sur la densité du sang, sur la quantité de l'indican et de l'urée, en rapport avec les combinaisons morphologiques chez l'homme.

M. Romaro (Padoue). — L'observation conduit à admettre que chaque organisme trouve dans sa constitution morphologique la raison de sa morbidité spéciale. Aussi ai-je voulu rechercher, sous l'inspiration de M. de Giovanni, les rapports existant entre la constitution spéciale morphologique de l'individu et les produits variés qui sont le résultat de la vie active des organes eux-mêmes.

Tout d'abord, je me suis appliqué à rechercher comment se comportait la densité du sang chez les divers individus groupés dans les trois groupes fondamentaux établis par notre école. Et de cette recherche il résulta, pour moi, que la densité du sang était plus grande chez les individus du deuxième groupe morphologique, et en particulier chez ceux qui ont une prédominance de la cavité droite du cœur, ou, en d'autres termes, qui ont un développement exagéré du système veineux.

La densité du sang est en général moindre chez les individus appartenant au premier groupe. Mais chez ceux du troisième groupe la densité du sang se comporte d'une manière différente, diminue ou augmente selon que les sujets se rapprochent du premier ou du deuxième groupe. La densité du sang se montre constamment en rapport plus direct avec la quantité d'hémoglobine plutôt qu'avec la valeur numérique des globules rouges.

Consécutivement, j'ai recherché la valeur de l'indican, toujours par rapport aux combinaisons morphologiques, et je suis arrivé à conclure que ce pigment normal se trouve en quantité abondante dans l'urine indépendamment de la maladie, et en plus grande quantité chez les sujets du troisième groupe, en quantité moindre chez ceux du premier groupe et minime chez ceux du deuxième.

Par contre, l'urée se présente en quantité plus grande chez les individus du deuxième groupe et moindre chez ceux du premier; chez les sujets du troisième groupe, la quantité était ou plus grande ou plus petite, selon qu'ils avaient des affinités avec le premier groupe ou bien avec le second.

J'ai enfin voulu étudier la capacité vitale des divers sujets considérés en rapport avec leur constitution morphologique spéciale. La capacité vitale était déterminée en calculant la capacité respiratoire, l'hématose et la quantité d'urée qui, d'une manière très approximative, représente la consomption organique. De ces recherches, pour moi, il résulte que la capacité vitale est la plus grande chez les individus dont le thorax est développé, c'est-à-dire chez les sujets du deuxième groupe; cette capacité vitale est la plus petite chez les sujets du premier groupe, qui sont caractérisés par un défaut de développement des poumons. Chez les sujets du troisième groupe, la capacité vitale est plus grande ou plus petite selon qu'ils se rapprochent du premier ou du deuxième groupe.

Recherches sur l'existence de toxines dans l'urine durant et après la constipation.

M. Salvatore Spallici (Padoue) a pratiqué l'extraction des alcaloïdes de l'urine à réaction acide provenant de 3 individus constipés depuis 7 à 11 jours : résultats de l'inoculation à des lapins et à des grenouilles. Il conclut :

1° Les ptomaïnes extraites d'une urine émise durant la constipation déterminèrent des phénomènes de stupeur, d'immobilisation, de tremblement général, de contractions tétaniformes, de mort rapide, accidents plus intenses que ceux déterminés par les ptomaïnes extraites d'une urine émise en dehors de la constipation;

2° Chez les lapins, ces ptomaïnes ne produisirent d'une manière constante que de la torpeur générale et de la stupeur, mais moins que chez la grenouille.

3° En ce qui concerne la température, les accidents d'hypo-

thermie suivis d'hyperthermie, sont plus marqués avec les solutions des extraits obtenus durant la constipation.

La réaction diazo-benzoïque dans l'urine.

M. Baldo Zaniboni (Padoue) a voulu s'occuper de cette question à la clinique de M. de Giovanni, parce que les conclusions des auteurs ne sont pas concordantes, et parce que l'on n'a tenu compte jusqu'à présent que de la réaction dans les diverses maladies, et qu'il existe un autre élément très important, qui est l'individu chez lequel la maladie se développe.

Cette réaction, comme le démontrent de très nombreuses recherches, est constante chez les herbivores (lapins, bœufs, cheval, âne, brebis), peu marquée ou négative dans l'urine des carnivores (lion, léopard, tigre, hyène, ours blanc). En considérant que l'appareil digestif (intestin) est chez les herbivores plus grand que chez les carnivores, l'auteur se demande si cette réaction, en dehors de la maladie, ne représente pas une action chimique normale mais propre à quelques individus, chez lesquels l'appareil digestif est très développé par rapport au reste de l'organisme, à ces individus que l'école de Padoue range dans sa 3e combinaison morphologique. Et c'est ainsi que l'auteur a examiné durant de longs jours consécutifs l'urine de malades et d'hommes sains dans les conditions les plus variées de diététique et de nature de maladie.

L'auteur a ainsi pratiqué, sur l'urine d'individus sains ou malades, plus 850 examens dont 207 sur l'urine provenant de malades typhoïdiques.

Pour ses recherches, l'auteur a tenu compte du genre de maladie, de l'époque de la maladie, de l'indice morphologique de l'individu, du traitement, du régime, de la quantité d'urine émise en 24 heures, et de sa densité, de sa couleur, de sa réaction, de la quantité d'indican, de la présence des éléments pathologiques et de la réaction diazo-benzoïque quand elle existait. Voici ses conclusions :

La valeur diagnostique et pronostique de la réaction diazo-benzoïque dans l'urine de l'homme malade est à peu près nulle.

On la rencontre chez l'homme sain comme chez l'homme malade, et comme elle se rencontre constamment très franche chez les herbivores, peu marquée chez les carnivores, peut-être, chez l'homme sain, est-elle le résultat d'une constitution individuelle particulière (prédominance de l'abdomen).

Etudiée plus particulièrement chez les malades, on la trouve fréquemment, dans les urines fébriles, liée à la diminution de quantité et à l'augmentation de densité de l'urine, augmentée durant le traitement par une substance de la série aromatique, mais point parallèle à la quantité d'uroféine ou d'indican; enfin aucune conclusion ne peut se tirer de ces recherches, si on ne tient pas compte de la quantité totale de l'urine dans les 24 heures, de sa densité, du traitement (surtout s'il est diurétique), des déperditions possibles par d'autres voies de l'organisme, et si on ne pratique pas l'examen plusieurs jours de suite.

Dans une seconde série de recherches, l'auteur se demande si la réaction diazo-benzoïque est liée au genre d'alimentation, si on la rencontre dans le sang, dans les exsudats, et quel est l'enseignement qu'en peut retirer la clinique.

L'auteur démontre que l'alimentation n'exerce aucune influence, et que des lapins nourris presque exclusivement de viande continuent à présenter cette réaction d'une manière très nette dans l'urine; l'auteur la considère comme liée à la constitution intime de l'espèce, plutôt qu'à une cause facilement variable, et résidant exclusivement dans la constitution de l'appareil digestif.

Et il conclut: Sans ajouter à la présence de la réaction diazo-benzoïque une valeur diagnostique et pronostique chez l'homme sain, on peut cependant admettre que chez l'homme malade, quelle que soit la nature de la maladie, cette réaction est un indice de désorganisation grave et rapide de l'organisme.

Action vaso-motrice de l'urée.

M. Chiaruttini (Padoue) a voulu contrôler les expériences de Grutzner et Ustinowitch sur l'action vaso-constrictrice de l'urée introduite dans l'organisme. La voie suivie par M. Chiaruttini dans ses expériences était basée sur ce fait que la déperdition de la chaleur par la peau dépend, toutes les autres conditions supposées égales, de l'état de dilatation ou de rétrécissement des vaisseaux. Aussi, si, par un procédé quelconque, on arrivait à déterminer la déperdition de calorique dans un moment donné, on aurait par là la mesure de l'état de dilatation des vaisseaux.

Les expériences étaient donc conduites de la façon suivante : on appliquait un calorimètre sur le membre supérieur ou inférieur d'un individu, et on prenait en même temps sa température rectale et le tracé sphygmographique du pouls. Au bout de quelque temps on lui donnait à prendre une solution de 35 gr. d'urée, on rappliquait le calorimètre, et on reprenait le pouls et la température.

Ces expériences faites sur cinq individus ont montré que sous l'influence de l'urée il se fait une diminution de la déperdition de calorique sans que la température rectale s'élève en même temps. Or, on sait que l'urée provoque une élévation de la tension intra-vasculaire, aussi la déperdition de calorique ne peut-elle s'expliquer que par une constriction des vaisseaux. Ce qui vient encore à l'appui de cette constatation, c'est que dans toutes les expériences on trouvait en même temps une diminution de la fréquence du pouls, une augmentation de la diurèse et les caractères du tracé sphygmographique qui étaient ceux assignés par Marey à l'exagération de la tension vasculaire.

Le fait qui vient d'être signalé explique en partie l'hypertrophie du cœur gauche qu'on trouve chez les néphrétiques. L'urée qui reste plus longtemps dans le sang, grâce au mauvais fonctionnement du rein, exerce une action stimulante sur le centre vaso-moteur et le myocarde, se manifestant par une exagération de la tension artérielle qui provoque une hypertrophie fonctionnelle du cœur gauche. Mais, d'un autre côté, l'urée exerce une action vaso-dilatatrice sur les vaisseaux du parenchyme rénal encore intact, et permet à ce dernier de fournir une activité fonctionnelle exagérée et suppléer au parenchyme pathologiquement modifié. Quand la tension artérielle commence à baisser, l'urée s'accumule dans le sang et exerce son action stimulante sur le centre vaso-moteur de façon à relever la pression intra-vasculaire. Sous ce rapport, l'urée est donc une sorte de sauvegarde pour l'organisme.

Séméiologie et pathogénie des arhythmies cardiaques.

M. L. Bordoni (Sienne). — Les arhythmies cardiaques peuvent être irrégulières (délire du cœur) ou présenter une succession régulière; elles peuvent être constitués par l'irrégularité des contractions (arhythmies de nombre) ou par leur inégalité (arhythmies d'intensité); les applications électriques et en particulier galvaniques peuvent modifier quelques arhythmies, telles que les irrégularités périodiques et le pouls bigéminé, tandis qu'elles sont sans effet sur les arhythmies d'intensité, les intermittences dues à la faiblesse du myocarde et les arhythmies atypiques.

Un grand nombre d'arhythmies peuvent s'expliquer par la théorie myocardique ou myocardo-mécanique; d'autres sont sous l'influence du pneumogastrique; d'autres, comme les irrégularités périodiques, sont dues à des troubles dans l'appareil moteur du cœur. Le pouls bigéminé ne reconnaît pas un mécanisme unique : il est souvent en rapport avec une diastole forcée, partielle ou totale, d'origine nerveuse ou mécanique; d'autres fois très probablement avec des troubles de l'appareil moteur.

Déplacement paradoxal du cœur.

M. Livierato (Gênes). — Un fait séméiologique intéressant a été observé par l'auteur chez deux malades atteints de pneumonie fibrineuse.

Dans les deux cas, le poumon droit tout entier était compact, et cet état persista après la chute de la fièvre, même pendant la période de la convalescence. Les phénomènes acoustiques se bornaient à un souffle bronchique à la partie supérieure et à une absence presque complète de la respiration en bas. Il n'existait aucun signe d'épanchement liquide, et les ponctions exploratrices pratiquées à diverses hauteurs restèrent toujours blanches.

Lorsque le malade était dans la position assise, la pointe du cœur battait dans le cinquième espace intercostal, au-dessous du mamelon gauche, mais dans le décubitus latéral droit, la pointe

se portait vers la gauche, à trois ou quatre centimètres en dehors de la ligne verticale mamillaire gauche.

Ce fait, qui au premier abord semble paradoxal, puisque, dans la position latérale droite, le cœur, de par les lois de la pesanteur, se déplace plus ou moins vers la droite, c'est-à-dire vers la partie déclive, ce fait, dis-je, ne s'observe ni dans les cas de pneumonie droite, ni dans le cas d'épanchement pleurétique droit. Au contraire, dans ce dernier cas, on voit que, dans la position latérale droite, se corrige le déplacement du cœur, qui, comme on sait, est habituellement déplacé vers le côté gauche. — Dans les deux cas que j'ai observés, ce déplacement paradoxal était, je crois, la conséquence de l'état spécial dans lequel se trouvait le poumon droit.

Le poumon droit présentait les signes de la pneumonie massive, et c'est pourquoi, dans la position latérale droite, la pression sur le côté droit se transmettait au cœur par l'intermédiaire du poumon devenu compact, qui le repoussait vers le côté gauche.

Ce signe pourrait donc servir à établir le diagnostic différentiel entre la pneumonie massive et les épanchements pleurétiques du côté droit.

Dans le second de ces cas, j'ai encore pu démontrer, à l'aide d'un graphique, que, dans la région latérale droite du thorax, il se produisait une dépression à chaque battement du cœur : ce fait doit trouver son explication dans l'état compact du poumon et dans les modifications de l'espace endothoracique qui se produisent durant la révolution cardiaque. Il est évident que, pour que ce phénomène se produise, il est nécessaire qu'il n'y ait aucune région du poumon qui soit perméable à l'air.

Recherches sur l'importance diagnostique du cardiogramme.

M. Livierato (Gênes). — Depuis les expériences de Marey et de Chauveau, beaucoup d'auteurs se sont occupés de la doctrine des battements cardiaques, mais les progrès obtenus dans ces travaux ne sont point encore suffisants. Et la cardiographie, mise en honneur par Landois, n'a point trouvé l'application pratique qu'on avait espérée. Les opinions des auteurs sur l'interprétation du tracé cardiographique sont variées, et tout le monde ne s'accorde pas sur le type normal du cardiogramme. Les travaux de Martins ont révolutionné les idées professées, et la méthode de localiser sur le tracé, à l'aide de l'auscultation simultanée, les tons du cœur, ouvre de nouveaux horizons : mais à la doctrine de Martins, les contradicteurs n'ont point manqué.

Occupé depuis quelque temps à l'étude de la cardiographie, j'ai fait de nombreuses observations sur les sujets atteints de maladies du cœur et sur les sujets dont le cœur était sain. Les études que j'ai faites ont pour but de relever, si possible, les causes des controverses des différents auteurs sur le type du cardiogramme, et de démontrer quelle importance peut avoir la cardiographie pour le diagnostic des maladies du cœur, et pour l'étude des diverses influences pathologiques, physiques ou médicamenteuses sur l'organe cardiaque. De mes recherches, il résulte que la cardiographie a une importance réelle pour le diagnostic de la cardiopathie. Mais on ne doit pas rechercher un type caractéristique de cardiogramme, et c'est là, à mon avis, que gît la cause des différences des opinions des auteurs.

Dans le cardiogramme, j'ai considéré les rapports existant entre le tracé du cœur et le tracé correspondant de la carotide. Mes observations confirment la doctrine de Martins. La justesse de l'opinion de Martins est démontrée autant par les cardiogrammes d'individus sains que par ceux de sujets atteints de lésions réelles du cœur.

D'après Martins, la contraction des ventricules comprend deux temps : contraction coïncidant avec la fermeture des appareils valvulaires, puis contraction avec ouverture des valvules aortiques et pénétration du sang dans l'aorte.

En conséquence, le tracé carotidien commence à s'élever quand le tracé cardiaque a atteint son point le plus élevé. Dans les cas d'insuffisance des valvules aortiques, j'ai démontré que ce rapport est modifié, et que la ligne ascendante de la carotide commence avec celle du cœur. Dans ces cas précisément, manque le premier temps de la contraction avec fermeture des valvules, parce que ces valvules sont insuffisantes, et la communication avec le ventricule reste libre, jusqu'au premier moment de la systole ventriculaire. Dans les cas d'insuffisance mitrale, la contraction totale du cœur, et par là la chute de la courbe cardiographique est terminée un peu avant l'élévation de la courbe carotidienne, c'est que le cœur se vide en partie dans l'oreillette, à cause de l'insuffisance de la mitrale, avant que ne s'ouvrent les valvules aortiques qui restent closes à cause d'une pression plus grande.

Dans les cas de sténose aortique, la courbe cardiographique forme un sommet obtus, dont la partie la plus haute se produit un peu après l'élévation du tracé de la carotide : cette dernière élévation coïncide avec une petite élévation de la ligne ascendante du cardiogramme : ces faits sont en pleine harmonie avec les faits de physio-pathologie. Dans le rétrécissement de l'orifice aortique, le ventricule, malgré sa contraction énergique et l'ouverture des valvules aortiques, ne se vide que lentement.

Un autre fait que j'ai relevé dans mes études est le suivant : dans tous les cas dans lesquels existent les conditions de réplétion des oreillettes, indépendamment des lésions cardiaques, il y a un pouls systolique des veines jugulaires, coïncidant avec la contraction des oreillettes, et qui précède de 14 centièmes de seconde le pouls carotidien, et de 6 à 8 centièmes de seconde la contraction des ventricules. De mes observations résulte encore que, dans la courbe du pouls on peut rencontrer des ondulations correspondant à des oscillations analogues qui existent dans le tracé cardiaque.

Le diabète pancréatique expérimental.

M. de Dominicis. — L'auteur rapporte une longue série d'expériences qu'il a faites récemment et qui démontrent comment tous les phénomènes qui suivent l'extirpation du pancréas sont dus à l'absence de la sécrétion de cette glande dans l'intestin. Ces expériences sont de trois ordres :

1° La ligature du canal de Wirsung, sans altération des rapports vasculaires sanguins, et en empêchant toute autre communication entre le pancréas et le duodénum, détermine les mêmes phénomènes qui s'observent lors de l'extirpation de la glande. Dans ces expériences, l'auteur a noté que souvent les animaux succombaient en 24 heures, ou un peu plus. Un petit nombre seulement survivaient, et lorsque ceux-là dépassaient cinq ou six jours, ils se comportaient à peu près comme les animaux privés de leur corps thyroïde et devenaient ensuite voraces comme les diabétiques.

2° En greffant dans le tissu sous-cutané abdominal le tiers environ du pancréas, puis, la greffe ayant pris, en extirpant la partie intra-abdominale, l'auteur a vu se produire le diabète pancréatique exactement comme après l'ablation totale.

3° L'ablation totale du pancréas n'est pas toujours suivie de glycosurie, comme l'affirment Minkowski, Hédon et d'autres ; mais, à la glycosurie près, les autres symptômes du diabète grave sont constants, y compris les lésions anatomiques du foie et de la moelle épinière.

M. de Dominicis se croit autorisé à conclure que, par les troubles profonds qu'elle apporte dans la digestion intestinale, la suppression du pancréas produit, d'une part, des troubles de la nutrition par insuffisance des produits réparateurs ; d'autre part des accidents toxiques, causant des phénomènes de désassimilation, parmi lesquels la glycosurie. Les observations cliniques de diabète humain le confirment dans cette manière de voir, en nous montrant d'abord le diabète insipide alterner souvent avec le diabète sucré ; et non seulement les faits cliniques et expérimentaux nous montrent que des intoxications diverses peuvent produire la glycosurie, mais ce symptôme est le plus souvent lié directement aux désordres digestifs.

La transfusion immédiate du chien à l'homme comme moyen thérapeutique.

M. de Dominicis (Naples). — Après bien des vicissitudes, les physiologistes et les cliniciens de notre siècle ont fini par condamner définitivement, comme délétère, la transfusion sanguine hétérogène. M. de Dominicis a repris ces expériences, sur divers animaux d'abord, puis il a réussi à transfuser le sang artériel du chien à l'homme au moyen de la canule d'Albinus ; et il a pu non seulement laver la transfusion hétérogène des reproches qu'on lui a adressés, mais encore la réhabiliter comme moyen thérapeutique. Il a

pratiqué l'opération trente fois dans des cas d'anémie essentielle et de tuberculose, et il affirme que, bien faite, elle n'est pas seulement inoffensive, mais encore utile. Il n'a pas observé d'hémoglobinurie; l'urobilinurie est fréquente, mais elle préexistait par la maladie première et elle cesse 2 à 3 jours après la transfusion. Les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse conclure d'une façon absolue quel rang devra prendre cette méthode de transfusion. Il est important de noter qu'elle fait cesser la fièvre et les sueurs nocturnes.

Parasites et inoculabilité du cancer.

M. Pio Foa (Turin). — L'étiologie du cancer est restée, jusqu'à nos jours, un des problèmes les plus obscurs de la médecine.

Les recherches des auteurs modernes, si elles ont élargi la sphère de nos connaissances dans le champ de l'histogenèse, n'ont pu cependant faire connaître pourquoi il se produit un cancer.

De nos jours, au milieu de tant de recherches fécondes dans le domaine de l'étiologie des maladies, on a cherché à découvrir la cause première du cancer et, il y a très peu de temps, on a cru la découvrir dans un parasite de l'ordre des schizomycètes. Mais cette découverte fut vivement combattue et démontrée fausse.

Beaucoup de pathologistes pensent, néanmoins, que le cancer peut être de nature parasitaire et considèrent que la manière dont se comporte le cancer peut être comparée à l'évolution d'une maladie infectieuse. Le mal se développe d'abord dans un petit foyer localisé et, de là, lentement se diffuse dans tout l'organisme. Quelquefois, la diffusion a lieu d'une manière très rapide et s'étend au corps tout entier, dans le cas de cancer miliaire, par exemple. Le cancer est susceptible d'être inoculé, au moins chez les sujets de la même espèce : c'est ce que prouvent les inoculations par greffe, ainsi que les faits dans lesquels des cancers ont été inoculés accidentellement dans des tissus primitivement sains par un bistouri souillé d'éléments cancéreux, les inoculations expérimentales sur l'homme et sur les animaux, et les cas cliniques de transmission par contact soit sur le même sujet, soit sur un autre sujet.

Dans quelques pays, le cancer donne une mortalité de 15 0/0, au point qu'on peut le considérer comme endémique.

D'autres pathologistes, il est vrai, s'opposent à cette conclusion que le cancer soit une maladie d'origine infectieuse. Ils disent que jamais on n'a observé d'épidémie de cancer. Les faits expérimentaux tendant à prouver la contagion du cancer ne seraient autre chose que de véritables transplantations, et comparables aux transplantations d'autres tissus non cancéreux. Les produits secondaires à distance ne se développent pas sous l'influence de l'activité des germes fixés dans les tissus, mais dépendent du transport des éléments cancéreux qui se greffent et prolifèrent dans leur nouveau siège comme dans le foyer d'origine.

Quelques auteurs pensent que le cancer peut tuer le patient, bien que restant circonscrit au foyer d'origine, par l'action des produits toxiques qu'il engendre, et la preuve en serait donnée par le marasme cancéreux, l'altération dans la proportion des produits résultant des échanges organiques, et en particulier par la plus grande consommation d'azote. A cela on peut répondre que de pareils troubles dans les échanges s'observent dans l'inanition, et que tous les cancéreux ne meurent pas de marasme. Mais l'exposition de toutes les doctrines concernant le développement et la propagation du cancer conduirait trop loin, aussi suis-je obligé de me limiter aux recherches qui tendent à démontrer l'existence d'un protozoaire dans les cellules cancéreuses.

Peu après que Thoma eut décrit des corps endo- ou extranucléaires dans les cellules cancéreuses, formés de substance chromatique et de protoplasma, et probablement parasitaires, parurent les études de Albarran, de Darier et de Malassez, qui décrivirent dans les cancers épithéliaux, ou dans la maladie de Paget, ou dans les cancers médullaires, des corps qui, d'après eux, ressemblaient aux psorospermes. Van Heukelom, Syobring et Steinhaus ont également décrit des corps divers contenus dans le noyau ou dans le protoplasma cellulaire, et les considèrent comme étant probablement des parasites; enfin Russel a noté l'existence, dans le cancer, de corps qui se colorent d'une manière intense avec de la fuchsine acide. Plus tard, on démontra l'existence de ces corps dans des tissus non cancéreux et dans les tissus de divers animaux. Ces divers corps étaient semblables aux granules d'Altmann, ou à des gouttes hyalines, ou à des débris de globules rouges, et assurément aujourd'hui personne ne croit à leur rapport étiologique avec le cancer.

Podwysozki et Sawtschenko ont cru pouvoir démontrer d'une manière certaine l'existence de sporozaires dans le cancer; ils ont trouvé dans les cellules ou en dehors d'elles des corps falciformes, tels que ceux qui avaient été déjà décrits par Stroebe et ressemblant morphologiquement aux spores des sporozoaires.

Foa, en décembre 1891, décrivit des corps semblables à quelques-uns de ceux qu'avait décrits dans le printemps de la même année Soudakewitch, et que Ruffer et Walker ont également décrits vers le milieu d'octobre de la même année.

A la suite de ces publications parurent les travaux de Hursteiner, Borrel, Bouchard, Clarke, Galloway et Cattle, dont les résultats correspondaient, en tout ou en partie, aux résultats obtenus par les auteurs déjà cités. Pfeiffer, Adamkiewicz et Horotneff se séparent des précédents auteurs, car ils décrivent comme parasites des corps qui avaient, jusqu'à présent, été considérés par tous les auteurs comme des cellules épithéliales et connectives, constituant le tissu propre du cancer.

Une longue série d'auteurs, parmi lesquels Hansemann, Ribbert, Cornil, Unna, Hlava et Obrzut, ont combattu l'existence des parasites dans le cancer et ont admis que ces prétendus parasites sont ou bien des produits de dégénérations, ou des inclusions de cellules vieilles ou altérées, ou bien des globules rouges du sang, ou bien des débris pigmentaires. C'est-à-dire qu'ils admettent qu'ils sont constitués par la fragmentation de noyaux ou par la dégénérescence de noyaux ou de nucléoles.

En octobre 1893, Foa (sur les parasites et sur l'histologie pathologique du cancer, *Archives italiennes de Biologie*, 1893, t. XX, p. 44, 4 pl., et *Archivio delle scienze mediche*, 1893, vol. XVII, n° 13), Foa, a publié la description de ces parasites du cancer; il décrit des corps qu'il avait déjà indiqués dans les publications précédentes, et qui correspondent en tout ou en partie à ceux qui plus tard furent décrits par d'autres auteurs. Ce sont des corps endoprotoplasmiques, paranucléaires, constitués par un protoplasma très ténu avec un petit corpuscule central, et entourés d'une capsule à double contour. La dimension des corps parasitaires varie de celle d'un petit nucléole à celle d'un gros noyau. En s'accroissant, le corpuscule montre, dans son protoplasma, des replis réguliers à la superficie, ce qui lui donne une apparence festonnée, et le corpuscule prend la forme d'une cocarde; c'est-à-dire que le corpuscule se segmente régulièrement et alors le corpuscule a l'aspect d'une rosette, mais la division du protoplasma ne se poursuit pas : les segments n'ont pas la signification de spores. Puis le corpuscule central augmente encore de volume, tandis que le parasite cesse de s'accroître, et le protoplasma s'atrophie.

Le corpuscule central se divise enfin en de nombreux petits corps ronds qui remplissent le contenu du parasite, à présent réduit à une forme kystique, c'est-à-dire limité à une capsule contenant le résidu de l'ancien protoplasma et les corpuscules arrondis dérivant de la segmentation du corpuscule central. Ces corps sphériques seraient les spores. La capsule, le protoplasma et une substance muqueuse qui l'enveloppe se colorent fortement en bleu avec l'hématoxyline, se distinguant ainsi par leur coloration des noyaux et de leurs dérivés et du protoplasma.

Contrairement à Soudakewitch, Foa n'admet pas que les segments protoplasmiques soient des spores, et contrairement à Ruffer, Foa n'admet pas que les parasites aient une phase endonucléaire.

A part ces dissidences, il paraît certain que les corps décrits comme parasites par Soudakewitch, Ruffer, Clarke, Cattle sont identiques à ceux décrits par Foa dans sa note préliminaire de décembre 1891.

La présence des parasites se constate dans presque tous les cancers d'origine glandulaire. Plus difficilement et plus rarement on les découvre dans les cancers dérivés des épithéliums de revêtement. En général, on trouve les parasites les plus petits dans la partie périphérique de la tumeur, et les para-

sites kystiques et sporigènes dans les parties centrales ou plus anciennes.

D'ordinaire, dans les points où on rencontre beaucoup de parasites, la karyokinèse est absente ou très rare, et inversement, dans les points où la prolifération est abondante, les parasites manquent ou sont très rares.

Les parasites se trouvent dans le foyer primitif et aussi dans les noyaux secondaires les plus récents. Ils ne sont pas toujours apparents dans les foyers qui commencent à se développer, et ne se trouvent point non plus dans les foyers dégénérés.

Il semble que les parasites ne se nichent pas indifféremment dans tout épithélium cancéreux; ainsi, dans un cas de cancer pulmonaire constitué par des épithéliums cylindriques et des épithéliums polygonaux, les parasites ne se trouvèrent que dans les seconds, et jamais dans les épithéliums cylindriques. Souvent une seule cellule en contient plusieurs et de différentes grandeurs. Parfois, dans les cas douteux, la présence du parasite pourra faciliter le diagnostic de cancer.

L'objection soulevée contre les parasites décrits par les autres auteurs n'ont point de valeur en ce qui touche les parasites dernièrement décrits.

Par leur grand nombre que l'on constate quelquefois dans une seule cellule, par leurs dimensions, ils ne peuvent être pris pour des noyaux dégénérés. Le mode de coloration et leur particularité de structure les différencie des produits de la dégénérescence colloïde, hyaline ou cornée. La dégénérescence muqueuse peut donner une réaction semblable à celle des parasites, avec l'hématoxyline, mais les gouttes de mucus sont granuleuses, ne possèdent pas de capsules, et ne présentent pas les différenciations de structure que nous avons relevées dans les parasites.

Les granulations d'Altmann, les globules rouges et blancs sont évidemment une tout autre chose. Les cellules incluses par le phénomène de la phagocytose se comportent en fait d'une manière différente en présence des substances colorantes, et ont un autre aspect : et la fragmentation directe du noyau d'une cellule épithéliale ne donne point toujours naissance à des corps semblables aux parasites.

Il ne reste donc plus que cette hypothèse que les corps qui viennent d'être décrits sont étrangers, et, comme tels, des parasites. On en peut suivre toutes les phases de développement, depuis le petit corpuscule gros comme une nucléole, jusqu'au kyste sporogène gros comme un gros noyau, et même plus volumineux encore.

On n'a pu jusqu'à présent obtenir de culture de ces parasites, mais cet argument n'est pas péremptoire : on n'a point non plus encore obtenu de culture des plasmodes de la malaria.

Le cancer ne peut être transplanté que chez les sujets de la même espèce : on sait aujourd'hui que les parasites animaux sont spécifiques pour un organisme donné, et pour un élément donné du même organisme.

Il est possible qu'un cancer ne présente pas de parasites, ou ne contienne que les spores qui se différencient mal du protoplasma cellulaire.

Dans la cellule, le parasite achève son développement jusqu'à la production de kyste sporigène. Les spores infectent les autres cellules, et c'est avec elles qu'ils sont transportés dans les points secondaires.

Aucune objection à la théorie parasitaire au cancer ne peut se tirer de l'étude clinique. Au point de vue anatomique, il reste à expliquer la participation du tissu connectif et les différences des types; mais il convient d'avoir présent à l'esprit que, pour ces derniers points, il faut faire la part contributive de la réaction de l'organisme et les diverses fonctions des cellules primitivement atteintes.

En conclusion, comme on ne peut avoir la prétention de tout expliquer en une fois, en admettant l'existence d'un parasite du cancer, il semble que la nature parasitaire des corps que nous avons décrits est effectivement la plus probable des hypothèses.

M. Cornil (Paris). — On trouve dans le cancer un grand nombre de modifications de la forme des cellules et des noyaux qui peuvent en imposer pour des parasites. Les noyaux des cellules cancéreuses se divisent tantôt en deux, tantôt en trois, quatre, cinq, six ou sept noyaux secondaires, et ces divisions aboutissent à la production de deux ou plusieurs cellules contenant chacune un noyau, ou à la production de plusieurs noyaux siégeant dans le protoplasma de plusieurs cellules.

Les noyaux des cellules qui viennent de se diviser sont petits, riches en matière chromatique, mais ils deviennent bientôt frangés sur leur bord, bosselés, avec prédominance de liquide dans leur intérieur et diminution de la matière chromatique. Ils peuvent présenter alors les formes les plus varées, en bissac, en couronne, en amas de bosselures ou de noyaux secondaires sphériques, contenant peu de substance chromatique; quelquefois ces petits noyaux œdémateux ou hydropiques sont isolés en nombre variable dans le protoplasma des cellules. Or, tous ces noyaux, quelles que soient leur forme et leur apparence, contiennent les mêmes substances que les noyaux ovoïdes du cancer à l'état de repos ou à l'état de division indirecte.

Nous avons pu faire cette démonstration en colorant des coupes de cancers par le procédé de M. Moïse Frenkel, qui permet de colorer dans les noyaux deux substances solides, l'une, la nucléine, en bleu, sous forme de filaments et de grains, l'autre, la paranucléine, en rouge.

Lorsque le noyau des cellules cancéreuses montre les premiers phénomènes de l'accroissement, avant la formation de la plaque équatoriale, on voit la nucléine se présenter sous la forme de gouttelettes bleues, en même temps que la paranucléine, d'un rouge intense, s'accroît dans le noyau et se fragmente en granulations. Une zone claire apparaît entre le noyau dont l'enveloppe disparaît bientôt et le protoplasma cellulaire qui montre aussi des granulations rouges à sa limite interne. En même temps que la nucléine se dispose en grains ou filaments constituant la plaque équatoriale, on voit aux deux pôles du noyau les fuseaux radiés, formés de filaments et de granulations colorés en rouge. A chacune des figures de division par trois, quatre, cinq ou six, correspond une étoile de nucléine et un cône de paranucléine. On observe, au stade de la séparation des étoiles filles, de nombreuses irrégularités, et souvent, au lieu de se séparer en cellules distinctes, les noyaux secondaires constitués par ces étoiles restent inclus dans la même cellule.

A côté des grandes cellules en division pluripolaire, on trouve presque constamment des cellules de même dimension avec un ou plusieurs noyaux en forme de bissac, frangés, arborescents, à bourgeons multiples ou en grappes, présentant les apparences les plus bizarres. Ces noyaux, quelle que soit leur disposition, possèdent, comme ceux dont ils émanent, de la nucléine bleue constituant leur paroi, des filaments et des grains, et de la paranucléine formant une ou plusieurs granulations au centre du noyau et de chacun de ses bourgeons.

Nous sommes donc persuadé qu'il s'agit là de modifications du noyau dont on peut suivre toutes les phases. Comme on trouve ces grands noyaux arborescents et lobulés surtout à côté des mitoses pluripolaires, dont les étoiles filles sont à un état plus ou moins avancé de développement dans la même cellule mère, nous pensons que ces grands noyaux succèdent à des divisions nucléaires qui n'ont pas abouti à la séparation du protoplasma.

Ces apparences des noyaux ont été décrites comme des parasites du cancer et comme des corps inclus parasitaires par MM. Foà, Soudakévitch, Ruffer, Podwissotzky, etc., et les descriptions et les dessins de ces auteurs ressemblent absolument à ceux que j'ai publiés en 1891, dans un travail sur les divisions indirectes des cellules cancéreuses.

Les figures de karyokinèse sont loin de présenter, dans les tumeurs épithéliales, la même régularité que dans les tissus normaux, et souvent elles sont irrégulières ou tout à fait anormales. Une des formes les plus curieuses est donnée par le développement d'un noyau né d'une grande mitose et s'isolant de façon à arriver à complète maturité, tandis que le reste du filament nucléaire évolue plus lentement. Il en résulte une séparation d'un noyau et même parfois une inclusion cellulaire dans le protoplasma d'une cellule dont le noyau principal peut devenir hydropique ou arborescent, ou se présenter sous la forme de grappes ou de petits noyaux isolés, ce qui donne lieu à des apparences qui ont pu être également considérées comme résultant de la présence de parasites.

On rencontre aussi dans le cancer des cellules dégénérées, dont le protoplasma se colore plus fortement en rouge et qui renferment, en place de noyau, des grains, filaments ou masses

de nucléine représentant les diverses formes de la division indirecte, sans qu'il y ait de filaments achromatiques ni d'espace clair autour de la nucléine divisée. Ce sont des dégénérescences cellulaires arrêtées dans l'une des phases de la division indirecte des noyaux.

On a décrit aussi comme parasites des globules blancs migrateurs interposés entre les cellules du cancer. Ces globules subissent entre les cellules les mêmes modifications de forme et les mêmes régressions que dans leurs migrations à travers l'épiderme et les cellules épithéliales des muqueuses dans les inflammations. Ils pénètrent dans le protoplasma des cellules en dégénérescence ; ils s'accumulent parfois dans le centre des globes épithéliaux à la place de cellules épithéliales dégénérées et se réduisent alors eux-mêmes en fragments de nucléine.

En résumé, loin d'être hostile au parasitisme du cancer, j'en accepterais volontiers la démonstration, mais jusqu'ici les partisans de la théorie parasitaire du cancer se sont uniquement basés sur la morphologie, et les corps décrits par eux comme étant des parasites ne me paraissent pas être autre chose que des modifications des noyaux et des cellules, résultant des mouvements de la nucléine et de la paranucléine, en rapport avec leur croissance extrême et avec leurs dégénérescences variées.

MM. S. Duplay et **M. Cazin** (Paris). — Les résultats de nos recherches sur la structure des éléments constitutifs des cancers épithéliaux concordent entièrement avec les résultats obtenus par M. le professeur Cornil. Déjà, en 1891, au Congrès international d'hygiène et de démographie tenu à Londres (Voir *Mercredi médical*, 1891, p. 414), nous avons discuté un certain nombre d'interprétations admises un peu prématurément en faveur de la théorie psorospermique du cancer et, à ce moment, cette théorie semblait devoir être bientôt abandonnée, jusqu'à ce qu'une démonstration évidente de la nature parasitaire du cancer ait pu être fournie d'une façon irréfutable. Depuis, de nombreux travaux nous ont donné de nouvelles descriptions de sporozoaires du cancer, basées principalement sur les différenciations obtenues à l'aide de certains procédés de coloration. Mais là encore, dans ces travaux nouveaux, les descriptions et les dessins qui les accompagnent ne peuvent entraîner la conviction générale en faveur de l'hypothèse psorospermique : au point de vue morphologique, en effet, la plupart des éléments décrits ont déjà été étudiés par beaucoup d'anatomo-pathologistes et, notamment dans les planches publiées par M. Cornil sur les formes irrégulières de divisions indirectes des cellules épithéliomateuses, on retrouve un grand nombre des éléments que M. Soudakévitch et M. Ruffer considèrent comme des parasites. On peut, à notre avis, discuter longtemps encore sur la nature de ces éléments, dont personne ne nie, d'ailleurs, l'existence, sans que la question de l'origine parasitaire du cancer puisse bénéficier du même progrès. Nous admettons parfaitement l'hypothèse parasitaire tout autant que les défenseurs de la théorie psorospermique, mais nous constatons que la démonstration de cette hypothèse n'est pas faite en faveur des sporozoaires, puisque depuis bientôt six ans on décrit dans le cancer des parasites de ce genre sans pouvoir démontrer indiscutablement qu'il ne s'agit pas simplement d'erreurs d'interprétation.

M. A. Ruffer (Londres). — Je regrette de me trouver e contradiction avec M. Cornil et plusieurs autres observateur éminents, mais je dois dire que mes recherches, faites en collaboration avec MM. Walker et Plimmer, m'ont conduit à la même conclusion que celles de mon savant confrère M. Foà. Dans tous les cas de cancer examinés par nous, nous avons trouvé ces mêmes corps, qui donnent des réactions colorantes bien marquées et qui sont absolument différentes des réactions colorantes des noyaux des cellules cancéreuses. Nous avons parfaitement observé les figures décrites par M. Cornil et nous en avons même figuré quelques-unes dans nos travaux, mais je maintiens que ces figures diffèrent essentiellement des parasites décrits par Foà et par moi. Les réactions de la paranucléine de M. Cornil sont à peu près celles du noyau du parasite cancéreux, mais le parasite cancéreux, comme beaucoup de protozoaires étudiés par nous, ne contient pas de chromatine vraie et je crois que, dans la cellule pathologique humaine, il n'y a pas de noyau qui ne contienne de la chromatine. Quelques-unes des figures de M. Cornil re semblent d'une façon très nette aux figures décrites par Martin, Heidenhain, dans les cellules épithéliales du *triton helveticus*.

J'ai étudié aussi la phagocytose dans le cancer, et il est incontestable que les leucocytes pénètrent dans la cellule épithéliale et s'emparent des parasites qui s'y trouvent. J'ai pu observer ce fait nombre de fois dans les métastases jeunes du foie et des organes glandulaires internes. Je n'ai pas étudié les inoculations sur les animaux, mais je crois qu'il faut inoculer les métastases pour obtenir des résultats positifs et non la tumeur primitive, car la greffe du sarcome ne réussit que quand on inocule les tumeurs métastatiques.

J'avoue, du reste, que je souscris aux conclusions de MM. Duplay et Cazin, quand ils nous disent que les coccidies de Wickham, de Korotnew, de Podvyssotzki, Savtchenko et d'autres observateurs ne sont que des cellules pathologiques invaginées et dégénérées. Je crois que cela est admis maintenant par tous les observateurs compétents. En ce qui concerne la multiplication des parasites, je n'ai rien à ajouter aux faits publiés il y a près d'un an par M. Plimmer et moi.

Je crois que nous n'obtiendrons que peu de chose en nous servant des méthodes de fixation et de coloration usuelles et qu'il faut maintenant recourir à une nouvelle méthode. Depuis quelques mois nous étudions, M. Plimmer et moi, les préparations fraîches montées dans le suc cancéreux. Or, si l'on examine en ayant soin d'abaisser le condensateur et de se servir de la lumière oblique, on voit très bien les parasites dans la cellule. On peut même apercevoir le noyau, et nous avons parfois cru observer des mouvements, que nous espérons pouvoir photographier. Si maintenant on fait agir sur une préparation le réactif de Lœffler additionné de quelques gouttes de vert de méthylène, on obtient une réaction très caractéristique. La cellule cancéreuse se colore en bleu foncé, le noyau du parasite en rose, avec un point clair au milieu et le protoplasma du parasite en bleu très clair. Si l'on examine un cancer extirpé jour par jour, on peut suivre toutes les phases de la dégénérescence de ces parasites, et l'on peut aussi observer certaines phases de la vie de ces protozoaires sur lesquelles nous espérons revenir plus tard. Le bleu de Lœffler, additionné de vert de méthyle, n'est pas le seul réactif qui donne des colorations différentielles dans les préparations fraîches, car on peut obtenir de très belles réactions avec d'autres couleurs d'aniline, avec l'éosine glycérinée par exemple.

M. Morpurgo (Turin) a observé sur des coupes de cancers épithéliaux des corps arrondis qui se colorent fortement par le carmin en particulier, et qui se rencontrent dans les cellules en karyokinèse, situées le plus souvent au niveau des pôles des figures karyokinétiques.

Ces corpuscules, dont le volume est extrêmement variable, paraissent n'être que des fragments de chromatine détachés des figures de mitose. Si l'on attend ving-quatre ou quarante-huit heures avant de placer les tumeurs dans les liquides fixateurs, on trouve ces corpuscules entièrement tuméfiés et par suite beaucoup plus faciles à observer.

De la transmissibilité du cancer; tumeurs expérimentales obtenues chez les animaux.

MM. S. Duplay et **M. Cazin**. — Ainsi que nous l'avons montré dans des travaux antérieurs, les tumeurs malignes ne paraissent pas être transmissibles par inoculation ou par greffe des animaux d'une espèce à des animaux d'une autre espèce, et tous les expérimentateurs sont d'accord sur ce point.

Pour ce qui est de la transmissibilité des tumeurs malignes dans une même espèce animale, il existe au contraire des faits qui tendent à montrer que cette transmissibilité est possible, et il nous suffit de rappeler à ce sujet les résultats obtenus par M. Hanau (Saint-Gall).

Dans les expériences que nous avons faites sur les origines et la nature des néoplasmes, nous nous sommes donc surtout efforcés de multiplier les tentatives de transmission des néoplasmes dans une même espèce animale, et principalement chez le chien et le rat. Nos expériences de greffes et d'inoculations de tissus néoplasiques sont aujourd'hui au nombre de 120 environ, et sur ce nombre il en est plus de 60 dans lesquelles nous avons cherché, par les procédés les plus variés, à obtenir expérimentalement chez le chien la reproduction de tumeurs développées spontanément chez des animaux de

même espèce. Toutes ces expériences ont eu des résultats négatifs chaque fois qu'il s'agissait de néoplasmes malins, et les seuls résultats positifs que nous ayons obtenus sont relatifs à une forme de néoplasie dont la structure se rapproche beaucoup de celle des tissus inflammatoires.

Cette série heureuse, qui se compose de cas successifs dans lesquels l'affection néoplasique s'est régulièrement transmise par greffe, a eu comme point de départ des tumeurs multiples, développées aux dépens des parois du vagin d'une vieille chienne ; ces tumeurs, au nombre de trois, et dont la plus volumineuse avait les dimensions d'une très grosse noix, présentaient nettement ce caractère de tendance à persister et à s'accroître, qui, d'après la définition de MM. Cornil et Ranvier, appartient en propre aux tumeurs véritables.

Le premier chien inoculé a reçu dans le fourreau de la verge, après grattage à la curette de la muqueuse du fourreau et de la verge elle-même, des fragments des tumeurs de la chienne dont il vient d'être question, et cette inoculation a été suivie de succès, attendu que nous avons pu assister, pour ainsi dire, jour par jour, au développement de tumeurs végétantes, dont la plus volumineuse n'a jamais dépassé les dimensions d'une noisette, et dont la structure était en tout semblable à celle de la tumeur originelle. Dix mois après le début de l'expérience, nous avons trouvé en outre, à l'autopsie, dans les deux testicules, des noyaux présentant une structure nettement épithéliale. Mais les trois autres chiens, qui nous ont donné, au niveau du point d'inoculation, des résultats positifs en tout comparables aux précédents, ne présentaient pas la moindre manifestation néoplasique dans les organes éloignés, et nous ne pouvons pas, par conséquent, avant d'avoir obtenu des faits confirmatifs, affirmer que l'existence des noyaux testiculaires du premier chien soit en rapport avec les tumeurs végétantes que nous avons obtenues expérimentalement au niveau du point d'inoculation.

Dans une autre série d'expériences, faites chez le rat, nous avons obtenu, par greffe sous-cutanée au niveau des mamelles, le développement d'un énorme fibrome mammaire en tout semblable à la tumeur spontanée du rat qui avait servi de point de départ à nos expériences. Il s'agissait bien là d'un véritable néoplasme, qui n'a pas cessé de s'accroître régulièrement et qui, lorsque l'animal a succombé, neuf mois après la greffe, ne pesait pas moins du tiers du poids total.

En résumé, le cancer ne nous paraît être transmissible d'un individu à un autre, dans une même espèce, que dans des conditions qui se trouvent réalisées seulement dans un très petit nombre de cas, et, par conséquent, contrairement à une opinion, à notre avis tout au moins prématurée, nous devons penser que, si la contagion du cancer est possible, elle ne s'effectue en réalité que très exceptionnellement.

M. Trasbot (Alfort). — On a généralement négligé l'étude clinique comparative de certaines maladies qui sont communes à l'homme et aux animaux, et cependant cette étude peut fournir des renseignements utiles au sujet de la pathogénie de ces maladies, notamment en ce qui concerne le cancer.

Le chien est particulièrement disposé à tous les cancers ; or, il consomme beaucoup de matières azotées, et il y a une relation très intime, comme on l'a établi chez l'homme, entre la diathèse rhumatismale et eczémateuse et la diathèse cancéreuse. Si l'on donne au chien une nourriture très azotée, on peut, en quelque sorte à volonté, le rendre eczémateux, et souvent on le verra ensuite devenir cancéreux, ainsi que j'ai pu l'observer dans un cas où il n'y avait pas d'antécédents carcinomateux. Pour le cheval, chez lequel le cancer est plus rare, j'ai recueilli quelques observations analogues.

Quelle que soit la nature du cancer, qu'elle soit parasitaire ou non, le terrain doit certainement être préparé par une alimentation spéciale. On peut se rendre compte facilement de l'influence du terrain sur le développement du cancer, lorsqu'on modifie le régime des chiens cancéreux ; c'est ainsi que la marche de l'affection se trouve considérablement ralentie, lorsqu'on donne une nourriture un peu azotée à un chien cancéreux, jusque-là trop bien nourri.

J'ai fait moi-même, depuis près de trente ans, de nombreuses expériences de greffes et d'inoculations de cancer du chien sur des animaux de même la espèce. J'ai d'abord cherché par tous les moyens possibles à inoculer le cancer au moyen d'injections, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans les cavités splanchniques, et c'est par centaines que j'ai fait ces tentatives, sans jamais obtenir de résultat positif. Les greffes n'ont pas été suivies de plus de succès, quelque avantageuses qu'aient été les conditions dans lesquelles j'ai pu me placer. Il y a dix-huit mois environ, j'avais obtenu, après une greffe, une réunion par première intention, et peu de temps après je vis se développer une tuméfaction qui, six semaines plus tard, s'était transformée en une tumeur du volume du pouce. J'attendis encore ; trois mois après, le volume de cette tumeur avait considérablement diminué, et, au bout de six semaines, il n'en restait plus trace.

MM. Cadiot et Gilbert, depuis 1888, ont inoculé chez des animaux plus de 40 tumeurs provenant d'animaux de la même espèce, sans obtenir le moindre résultat positif pour tous les cas où il s'agissait bien de véritables néoplasmes. Dans un cas où, en effet, on avait cru d'abord à un succès, l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de tuberculose.

M. Cornil. — Dans les tentatives de transmission du cancer par greffe, les résultats négatifs sont certainement très nombreux, mais il existe toutefois des faits positifs dans lesquels les fragments greffés ont continué à vivre et à se développer. Je rappellerai notamment les faits que j'ai communiqués à l'Académie de médecine, et dans lesquels un chirurgien avait transplanté avec succès, chez deux de ses malades, un fragment de cancer du sein dans le sein du côté opposé. D'autre part, en clinique, il est assez fréquent de voir un cancer développé sur un point du corps se greffer sur un autre point avec lequel la localisation primitive se trouve constamment en contact ; enfin, après l'ablation des néoplasmes cancéreux, on peut assister à l'évolution de véritables greffes développées aux dépens de fragments du tissu néoplasique abandonnés dans la plaie.

M. Cazin. — Les expériences que nous avons faites, M. le professeur Duplay et moi, ont trait uniquement à la transmissibilité des néoplasmes d'un individu malade à un individu sain appartenant à la même espèce, et les résultats de ces expériences ne sont pas comparables à ceux que donnent les greffes pratiquées sur les individus cancéreux eux-mêmes, avec des fragments de leur propre cancer. Or, ces greffes, en effet, paraissent réussir aussi facilement que celles qu'on pratique sur un individu sain réussissent difficilement. La clinique nous en fournit des preuves nombreuses, comme vient de le rappeler M. Cornil, et, à ce point de vue, les expériences faites sur l'homme cancéreux ne nous ont par conséquent rien appris de nouveau.

Ainsi que nous avons pu nous en rendre compte, M. Duplay et moi, d'après les résultats de nos expériences et ceux qu'ont obtenus nos prédécesseurs dans cet ordre de recherches, les faits indiscutables de transmission directe du cancer d'un individu malade à l'individu sain sont au contraire extrêmement rares, soit dans les faits expérimentaux publiés, soit dans les observations que donne la clinique, et c'est pourquoi nous considérons que l'on n'a nullement le droit de regarder les cancéreux comme des contagieux.

De la psorospermose cutanée.

M. Ravogli (Cincinnati) pense que la maladie de Paget est une forme ulcéreuse de la psorospermose folliculaire végétante ; elle ne reste pas limitée au mamelon. Elle ne constitue pas, au début, un épithéliome vrai, mais par la suite elle peut dégénérer en véritable carcinome. La cause de cette affection est un sporozoaire appartenant au groupe des coccidies.

M. Neisser ne croit pas que l'on puisse accepter sans réserves les conclusions de M. Ravogli. C'est une affection très particulière et la nature des corps soi-disant parasitaires que l'on y rencontre est encore très obscure ; la maladie de Paget ne se transforme qu'exceptionnellement en épithéliome vrai et, d'autre part, il ne semble pas que l'on puisse l'identifier à la psorospermose folliculaire végétante. En ce qui concerne cette dernière, M. Neisser n'a jamais rien observé dans cette affection qui puisse lui faire admettre la nature parasitaire des corps que l'on y rencontre, pas plus que dans le carcinome.

M. Ravogli reconnaît que les inoculations qu'il a faites sur les animaux n'ont jamais donné de résultats positifs.

Sur la sensibilité de la femme normale et de la prostituée.

M. Gurrieri (Bologne). — Les recherches sur lesquelles est basé ce travail ont été pratiquées sur 40 filles d'un hospice d'orphelines, 60 prostituées presque toutes jeunes, la plupart examinées à la Clinique dermo-syphiligraphique de Bologne, et 15 femmes de bonnes mœurs qui, après beaucoup de difficultés, ont bien voulu se présenter à notre examen.

La sensibilité tactile fut explorée à la pointe de la langue et à la pulpe digitale des médius droit et gauche. Pour la sensibilité électrique, les parties examinées furent : la paume de la main droite et de la main gauche, le front un peu au-dessus de la glabelle, la pointe du nez, la pointe de la langue, les joues droite et gauche, la région ovarienne de chaque côté, le clitoris, la cuisse droite et la cuisse gauche, sur la face interne du tiers supérieur.

Je n'ai pu étendre, chez toutes les femmes, mon examen à tous les points indiqués ; par exemple, chez 40 filles de l'hospice d'orphelines, j'ai dû limiter mon examen aux mains, au front, à la nuque et aux joues.

Si on considère les résultats obtenus, il suffira de jeter un rapide coup d'œil sur les chiffres pour voir que toujours ou presque toujours les extrêmes de la sensibilité, comme ceux de la perception obtuse, sont donnés par les prostituées. Les chiffres extrêmes donnés par les femmes normales sont renfermés dans des limites assez étroites. Ainsi, en prenant la perception d'un courant électrique à la pointe du nez, nous voyons que les chiffres de la sensibilité de la femme normale sont circonscrits entre deux extrêmes bien plus rapprochés que chez la prostituée ; par exemple, ces chiffres oscillent entre 110 et 160 (ces chiffres représentent en millimètres la distance qui sépare les bobines), tandis que chez les prostituées ces chiffres extrêmes deviennent 90 à 200.

Les prostituées doivent être considérées selon qu'elles ont accouché ou avorté et selon qu'elles n'ont jamais été en état de gestation. Le nombre trop restreint des femmes normales qui ont été examinées ne permet pas, dans cette catégorie, une semblable distinction.

Si l'on excepte la main, la prostituée a une sensibilité beaucoup plus obtuse que la femme normale, et les prostituées qui ont eu des enfants sont plus sensibles que celles qui n'en ont jamais eu.

La sensibilité n'est jamais égale des deux côtés du corps, elle est plus vive tantôt à droite, tantôt à gauche ; la différence est plus accusée chez les prostituées.

De ces recherches, il ressort que les signes de dégénérescence et les troubles de la perception de la sensibilité sont plus accentués chez les prostituées que chez les femmes placées dans une condition sociale honnête. Ces signes de dégénérescence paraissent en général moins marqués chez les femmes qui ont eu un enfant.

Le professeur Sergi, dans une lettre adressée récemment à Lombroso, constate que la sensibilité est moindre et l'irritabilité plus grande chez la femme que chez l'homme ; j'ai également constaté une semblable différence, ayant observé chez les prostituées une sensibilité moindre et une irritabilité plus grande que chez les femmes normales.

Action diurétique de la lactose.

M. Gioffredi (Naples). — L'action diurétique de la lactose, découverte presque en même temps par Richet et Moutard-Martin en France, et par Albertoni en Italie, apportée en thérapeutique par Germain Sée, est beaucoup plus évidente sur les animaux que sur l'homme sain ou malade.

L'augmentation de la sécrétion urinaire n'est pas, comme Kianowski le croit, en rapport avec la grande quantité d'eau ingérée comme véhicule, mais elle est supérieure à celle-ci. Son usage augmentant la quantité d'urine, diminue son poids spécifique et la quantité d'urée et des autres sels excrétés ; mais, en même temps, on observe une notable augmentation de la quantité d'urée éliminée en 24 heures.

Les cardiaques sont ceux sur qui la lactose agit le mieux : l'urine augmente dans de telles proportions qu'elle finit quelquefois par atteindre le quintuple de la quantité primitive, bien que chez les autres malades, et même chez des cardiaques, elle n'ait produit que des effets négligeables. Chez les pleurétiques et les cirrhotiques on obtient aussi une notable augmentation de la quantité d'urine, dans de moindres proportions toutefois. Chez les néphrétiques, on obtient au contraire un accroissement réel de la quantité d'eau éliminée, sans accroissement de la quantité totale d'urée.

Chez les chiens, les urines augmentent d'une façon bien plus considérable, si on introduit le médicament dans les veines ; il en est de même si on l'introduit dans l'économie en quantité quadruple par l'estomac.

Le seul inconvénient de l'usage thérapeutique de la lactose est qu'elle provoque quelquefois la diarrhée, par suite de quoi la diurésie cesse. Pour la prévenir, on a démontré qu'il est d'une grande utilité d'ajouter à la solution de ce médicament du laudanum liquide.

La lactose a une action énergique sur les vaisseaux des reins et sur toute la circulation. Chez les chiens, l'introduction d'un gramme par kilo en poids, provoque une grande dilatation des reins en même temps qu'une légère augmentation de pression de 20 à 40 mm. (carotide) et qu'un ralentissement sensible du pouls.

La dilatation des vaisseaux des reins est démontrée clairement par le tracé sphygmographique des reins pris avec l'explorateur rénal de François-Frank et par la circulation artificielle du rein même obtenue avec l'appareil de Mosso. L'écoulement du sang chargé de ce médicament augmente du triple dans l'unité de temps, et l'accroissement de volume du rein indiqué par l'instrument est très sensible.

La dilatation des vaisseaux est d'origine périphérique et centrale. Le médicament agit en diminuant l'excitabilité de tout le système vaso-moteur.

Chez les chiens soumis pendant trois et quatre mois à l'absorption quotidienne de fortes doses de lactose par voie interne et par voie hypodermique, on n'a jamais trouvé de fortes altérations anatomiques des reins.

Séparation des asiles pour aliénés curables et aliénés incurables.

M. Meschede (Kœnigsberg). — Le séjour dans un même asile des aliénés curables et incurables présente les inconvénients suivants :

1° Comme il est impossible de séparer complètement dans un même asile les deux groupes d'aliénés, il s'ensuit qu'actuellement les établissements en question sont des asiles mixtes, avec prédominance des aliénés incurables.

2° Aussi, dans l'esprit du public, ces asiles sont des maisons de détention perpétuelle pour les aliénés. Les familles s'empressent donc ordinairement de mettre dans ces asiles leurs malades atteints d'aliénation mentale.

3° Aussi dans les asiles trouve-t-on ordinairement un nombre considérable d'aliénés incurables. Ce sont eux qui absorbent le temps, l'attention et les efforts du médecin et du personnel, aux dépens des aliénés curables.

4° La présence des aliénés incurables agit d'une façon déprimante nuisible sur l'esprit des aliénés curables dont l'affection est de date récente.

Développement des vaisseaux du bassin.

M. Hennig (Leipzig). — Dans tous les appareils génitaux — les canaux de Müller par exemple — la couche musculaire est représentée par une couche fibrillaire circulaire. A mesure que l'animal s'élève dans son organisation, cette couche musculaire se développe de plus en plus, tandis que la couche longitudinale se développe principalement chez les mammifères inférieurs et est séparée chez les rongeurs de la couche circulaire.

J'ai démontré, en 1860, l'existence chez l'homme de la couche musculaire circulaire au niveau de la couche glandulaire.

Chez les quadrupèdes, la couche corticale diminue, mais la couche circulaire se développe considérablement. Chez les ruminants pourtant, on trouve encore dans la couche vasculaire intermédiaire une partie de fibres lisses qui, en partie, présentent une direction verticale. Chez les oiseaux non carnivores, cette couche intermédiaire ne se manifeste que par la direction des vaisseaux.

Vers le 5° mois de la vie intra-utérine, on reconnaît chez l'homme les fibres circulaires au début embryonnaires de l'utérus ; dans la suite, elles prennent une disposition lamelleuse. Les ramifications des vaisseaux amènent le développement des fibres musculaires verticales qui s'entre-croisent.

Dans le col de l'utérus, les faisceaux sous-muqueux et externes se développent de bonne heure. Chez l'enfant nouveau-né, le corps de l'utérus présente une prédominance de la couche circulaire; les parties latérales sont parcourues par les vaisseaux qui se rendent aussi dans la couche sous-séreuse de tissu conjonctif. Plus tard, on rencontre aussi des vaisseaux volumineux dans une des trois couches circulaires.

Chez les adultes, la couche sous-muqueuse présente surtout une direction longitudinale; plus tard, on rencontre aussi des fibres longitudinales dans la couche sous-séreuse. Ces fibres prennent un développement considérable pendant la grossesse.

Au chirurgien il importe de connaître une veine qui entoure l'orifice interne du col et qui se divise en deux ou trois petites veinules. La partie antérieure de cette veine a été décrite par Rokitansky, qui l'a trouvée dans les utérus anté- ou rétrofléchis des primipares. Les veines utérines sont particulièrement développées chez les cardiaques chez lesquels elle a quelquefois un diamètre de 1 centimètre.

Avec la veine médiane utérine et la veine du fond de l'utérus, on trouve encore la veine circulaire ou coronaire. Le réseau veineux en question est difficile à suivre dans des utérus primipares non durcis; par contre, il est très net dans les utérus multipares.

L'injection de ces vaisseaux présente des difficultés considérables quand il s'agit des utérus des nouveau-nées ou des fillettes d'un an. Ce n'est qu'à partir de l'âge de 5 ans qu'on peut obtenir des préparations anatomiques convenables. A cet âge, on trouve déjà les vaisseaux du fond et de la partie moyenne de l'utérus passablement développés. Il faut donc admettre que les vaisseaux de ces régions se développent avant ceux des autres. A ce moment, on trouve sur les préparations le plexus veineux pampiniforme ou spermatique parfaitement bien développé.

Des produits bactériens fébrigènes.

MM. J. Donath et **Geyza Gara**. — Dans la question de l'infection et de la vaccination, la théorie vitaliste de Pasteur prédomine. Les observations se sont pourtant multipliées en montrant qu'en dernier lieu ce n'est pas la prolifération, la vie des bactéries, mais bien leurs produits qui provoquent les phénomènes morbides de la vaccination. La définition que Gamaleïa donna de l'infection comme intoxication par des produits bactériens est donc très vraie. Ces temps derniers on est même parvenu à vacciner contre la diphthérie, le tétanos, le choléra des poules, etc., non pas par des bactéries vivantes, mais seulement par leurs produits.

Pour ce qui est de la fièvre, nous savons que la tuberculine et la malléine peuvent la provoquer à un très haut degré. La même propriété a été reconnue aux produits du bacille pyocyanique (Charrin et Ruffer), du bacille de Friedlænder (Serafini), du bacille de Frænkel (Lucatello).

Nous avons tout d'abord constaté dans nos expériences sur des chevaux, des moutons et des lapins, que le bouillon de peptone pur possède des propriétés thermogènes quand il est injecté en grande quantité.

Les cultures filtrées de charbon ne donnaient pas de fièvre, mais conféraient dans certaines circonstances l'immunité. Les cultures non filtrées, c'est-à-dire virulentes de charbon, n'étaient pas non plus toujours pyrétogènes, en ce sens que sur 9 animaux infectés de cette façon, 4 seulement ont eu de la fièvre.

Les produits solubles du streptocoque pyogène provoquaient infailliblement la fièvre chez tous les animaux. Les cultures virulentes du streptocoque ne provoquaient pas chez les lapins de fièvre bien marquée. La stérilisation des cultures à 63° pendant 20 minutes paraissait détruire les substances pyrétogènes. Les substances pyrétogènes du streptocoque pyogène sont solubles dans l'alcool.

Les produits du staphylocoque pyogène doré étaient pyrétogènes et élevaient la température de 1 à 1°,5. Les cultures virulentes ne provoquaient pas de fièvre chez le lapin.

Les cultures stérilisées du bacille pyocyanique provoquaient à la dose de 20 cm. c. un léger mouvement fébrile chez le lapin et une fièvre nettement accusée chez le cheval et le mouton.

Pour voir si les substances pyrétogènes se trouvent dans la rate qui se tuméfie dans la plupart des maladies infectieuses, nous avons fait des expériences avec l'extrait alcoolique et aqueux de la rate des porcs infectés avec des cultures du rouget des porcs. Sur 4 lapins injectés avec l'extrait splénique en question, deux ont présenté une élévation de la température de 1 à 2°; deux autres ont, par contre, présenté un abaissement de la température.

Nous avons également pu constater que l'extrait de foie des pigeons inoculés avec du rouget des porcs possédait des propriété toxiques sans être pyrétogène.

Placenta prævia.

M. Muzio Pazzi, revenant sur la question du placenta prævia, résume les travaux importants qu'il a récemment achevés, explique quelques cas cliniques et tire les conclusions suivantes :

a) Le nombre moyen de placenta prævia est un cas sur 741 accouchements.

b) Un des points encore controversés et qui mérite une étude soignée est la fréquence du placenta prævia central qu'on peut approximativement considérer de 50 0/0.

c) Très rare le placenta prævia complètement central.

d) Le cas de polymorphisme placentaire montré par l'auteur est plutôt unique que rare.

e) Au point de vue du mécanisme de production des hémorrhagies du placenta prævia l'auteur croit qu'il y a beaucoup à espérer des recherches anatomico-pathologiques.

f) Toutes les méthodes de traitement de l'ectopie placentaire peuvent se ranger sous un type unique de : « Rupture médiate ou immédiate des membranes de l'œuf ».

g) La méthode de traitement de l'auteur pour le placenta totalement prævia est l'écoulement partiel et la perforation du même placenta combinés à l'inversion pelvienne, immédiatement; à peine le col de l'utérus permet-il librement l'introduction de deux doigts (Cohen-Crédé).

Forceps à traction axillaire.

M. Muzio Pazzi (Bologne) donne à la hâte quelques généralités sur le forceps, traite de la théorie mécanique de celui qu'il a inventé, démontrant graphiquement comment il parvient mieux que n'importe quel autre forceps au but pour lequel il a été construit.

L'auteur passe ensuite à l'énumération des expériences faites avec son forceps, soit sur des mannequins, soit sur des cadavres, dans différents laboratoires cliniques et anatomiques du royaume, et termine en faisant la statistique de tous les cas cliniques qu'on rencontre dans lesquels on peut appliquer son instrument, comparant les résultats nouveaux et anciens, tant à l'égard de la mère qu'à l'égard du fœtus.

L'auteur conclut de la manière suivante :

a) Le principe de construction du nouveau forceps qui est de rendre les cuillères mobiles sur les branches, non pour obtenir une plus grande courbure pelvienne, mais pour placer les cuillères mêmes en parallélisme avec les parois du bassin, est absolument original.

b) Le mécanisme de construction et de fonction des charnières est différent de ces nœuds qui existent le long des branches de certains forceps.

c) Le nouveau forceps est simple, peu pesant, peu coûteux, et, de plus, d'un usage facile et pratique pour tous.

d) Le nouveau forceps pourra subir quelques modifications dans sa forme, mais ne pourra jamais perdre ces charnières qui permettent la traction dans l'axe pelvien, principal but de l'invention.

M. Muzio Pazzi décrit ensuite deux appareils en plâtre permettant de retirer de l'abdomen de la femme, préalablement ouvert, un fœtus à terme, à travers le bassin et concurremment avec l'application de son forceps.

Le but de l'auteur est de montrer, dans son procédé, l'adaptation parfaite de son instrument à la filière pelvienne, et de le montrer dans les différents moments de son action tirant sur le fœtus.

Essai critique sur l'usage raisonné du levier obstétrique.

M. Muzzio Pazzi établit une statistique des cas d'application du levier à lui connus et en fait une critique raisonnée

au point de vue clinique et pratique, et termine par les conclusions suivantes :

a. Pour démontrer l'utilité du levier obstétrique, il est nécessaire d'établir toute la statistique relative à l'usage clinico-pratique de cet instrument.

b. Le levier comme le forceps a son indication pratique exclusive.

c. Le levier doit occuper la place qu'il mérite dans l'outillage obstétrical, et c'est à tort qu'on en a abandonné l'usage et l'enseignement dans les cliniques.

Nouvelle contribution sur l'érysipèle laryngien primaire.

M. A. Fasano (Naples). — Après un très court aperçu sur les connaissances bactériologiques acquises à la science sur l'érysipèle laryngien primaire, connaissances qui remontent à la découverte faite par l'auteur du streptococcus de Fehleisen dans un cas de cette affection (1887), l'auteur expose un autre cas d'érysipèle laryngien primaire qu'il a observé l'année passée, démontre qu'il y a unité du tableau pathologique dans cette maladie, établit le diagnostic différentiel envers l'œdème glottique, et insiste beaucoup sur les avantages qu'on peut tirer par l'*intubation du larynx* dans le but de combattre le péril des accès de suffocation.

Opération des végétations adénoïdes du nez.

M. Chiari (Vienne) a observé 385 cas de végétations adénoïdes du nez, tant à la clinique que dans sa clientèle privée. Les végétations sont particulièrement fréquentes chez des individus entre 20 et 30 ans ; la scrofule est souvent manifeste chez les malades qui ont le nez large et les cornets atrophiés.

Le diagnostic est souvent fait par la rhinoscopie antérieure seule ; on a rarement besoin de recourir à la rhinoscopie postérieure.

Le traitement comprend l'ablation des végétations par l'anse froide introduite par les narines. L'opération n'est pas douloureuse quand on a soin de faire préalablement un badigeonnage de la muqueuse nasale à la cocaïne. L'anse froide est préférable à la cuiller tranchante, qui donne lieu à une hémorrhagie notable et provoque quelquefois une réaction assez violente.

Pachydermie du larynx.

M. O. Chiari (Vienne). — La pachydermie diffuse pure et la pachydermie secondaire du larynx ne se distinguent que par ce fait que la première est produite par un catarrhe chronique et la seconde irritation spécifique comme la tuberculose, la syphilis, le typhus, le lupus, qui souvent provoquent des modifications identiques à celles de la pachydermie diffuse. L'irritation chronique, qu'il s'agisse de catarrhe chronique, ou de syphilis ou de tuberculose, provoque les mêmes rugosités, les mêmes bourrelets qui se composent d'épithéliums épaissis et de tissu conjonctif infiltré. Ensuite, il n'est pas rare de rencontrer des plaques d'épithélium épaissi sur les cordes vocales et les replis inter-aryténoïdiens.

La pachydermie du larynx n'est donc pas une maladie, mais simplement un symptôme.

Le traitement est par conséquent le même pour toutes les formes de pachydermie, que l'épaississement de l'épithélium soit accompagné ou non d'infiltration de tissu conjonctif, qu'il tienne à un catarrhe chronique ou à une lésion spécifique, qu'il soit très accusé ou à peine marqué.

Quand il existe de véritables bourrelets sur les cordes vocales, on peut essayer le traitement médical qui réussit plus souvent que le traitement chirurgical. Par contre, dans les infiltrations pachydermiques des replis inter-aryténoïdiens, il faut opérer avec le couteau ou le galvano-cautère. L'opération est encore indiquée dans les cas où la pachydermie s'accompagne de troubles de la phonation et de la respiration. L'électrolyse réussit souvent d'une façon toute particulière.

De la pilocarpine.

M. Sczіklaï. — 1° La pilocarpine est un spécifique du croup et de toutes les affections croupales telles que la rhinite, la conjonctivite, la laryngite, la bronchite, la pneumonie, la néphrite, la cystite, etc., dans les formes où l'affection s'accompagne de formation d'exsudats fibrineux.

2° L'action de la pilocarpine se manifeste très rapidement ; dans la laryngite croupale, la guérison est obtenue en quelques heures, dans la pneumonie, en deux ou trois jours.

3° Il est indifférent d'administrer la pilocarpine par la voie stomacale ou par la voie hypodermique.

4° Dans les cas urgents, quand il y a danger de mort comme dans la période avancée de la laryngite croupale, il faut préférer les injections sous-cutanées de pilocarpine.

5° La pilocarpine abrège la durée de la maladie et réduit à 0 la mortalité.

6° La dose de pilocarpine peut être augmentée de deux fois comparativement à celle du Codex, sans provoquer de troubles.

A des enfants de 0 à 1 an, de 1 à 3 ans, de 3 à 6 ans, de 6 à 10 ans et de 10 à 15 ans, on donne respectivement 1 à 2 cent., 2 à 3 centigr., 4 à 6 centigr., 6 à 7 centigr. de pilocarpine par jour. Aux adultes, 8 à 10 centigr. et dans les cas urgents, 1 gr. à 1 gr. 50 en injections sous-cutanées en une seule fois ; au besoin, on peut même répéter l'injection.

Traitement de la polisarcie.

M. A. Fasano (Naples). — Dans cette communication l'auteur fait, avant tout, l'histoire des méthodes avec lesquelles on a cherché, par le passé, à combattre la polisarcie, démontre, avec les données de la physiologie et de l'observation clinique, que le traitement de Banting, les régimes alimentaires de Vogel, d'Ebstein, etc., ne répondent pas aux indications d'une thérapie rationnelle parce que si, d'un côté, la graisse accumulée dans le corps se réduit beaucoup, d'un autre côté, il n'en est pas moins vrai que le malade, sous l'influence de ce traitement, se trouve exposé aux périls inhérents aux désordres gastro-entériques qui, dans presque tous les cas, vont se produire. Et pour ce qui concerne le traitement de la substruction de liquide par les injections de pilocarpine ou bien par les bains russes, etc., l'auteur démontre que même ce traitement ne répond pas à l'idéal d'une thérapie rationnelle, parce que l'affaiblissement de l'économie, qui en est la conséquence, peut parvenir à un degré périlleux. Seulement, la méthode du professeur Oertel semble à l'auteur répondre aux postulates d'une véritable thérapie rationnelle, parce que, sachant bien la traduire en pratique, selon les indications du cas concret, on peut réduire l'énorme quantité de la graisse accumulée dans l'économie, et, en même temps, fortifier le myocarde et tonifier l'organisme.

Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la tuberculose des articulations.

M. E. Sacchi (Gênes). — Pour prévenir les récidives locales à la suite d'intervention sur les articulations tuberculeuses, l'auteur a recours à la méthode suivante :

L'opération terminée, on tamponne avec la gaze iodoformée la région opérée, et on fait la suture des téguments, proportionnée à la dimension des plaies. Au bout de 24 heures, le tampon est enlevé : la région opérée est plongée dans un bain de solution sublimée à 1/2 ou 1 pour 1,000 ; des bassins de diverses formes permettent de baigner sans difficulté les mains, les pieds, les avant-bras, les genoux, etc. ; le bain dure deux heures, puis on remet dans la plaie un léger tampon : le traitement est répété chaque jour, puis tous les deux jours, jusqu'à complète guérison.

La suppuration reste absente, les granulations ont bel aspect, sans nulle tendance à devenir fongueuses, et dans un temps relativement court il se développe du tissu fibreux qui conduit à la guérison.

Au cas d'intolérance pour le sublimé, on aurait recours à un autre antiseptique.

A l'appui de sa méthode, l'auteur communique les observations de 10 malades ainsi traités avec succès.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *avril* 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Traitement des luxations récidivantes.

M. Le Dentu. — J'ai eu à remédier récemment, par un traitement analogue à celui de M. Ricard et dont M. Verneuil a entretenu mardi dernier l'Académie, à un cas de relâchement considérable de la capsule articulaire du genou.

Il s'agissait d'une petite fille de sept ans chez laquelle une chute détermina une telle mobilité de la rotule qu'à l'occasion d'un faux pas ou de certains mouvements de la jambe, cet os se luxait complètement en dehors.

Je mis à nu la face superficielle de la rotule et relevai la partie exubérante en un large pli que je suturai de façon à la convertir en un bourrelet épais et dur à grand axe vertical; puis je réunis le bourrelet à la face profonde des téguments et établis un drain. Quatre mois après, la luxation était guérie; le membre a aujourd'hui encore son fonctionnement normal.

L'hygiène au Havre.

M. Gibert. — Témoin de la mortalité exceptionnelle qui sévissait au Havre autrefois, je me suis préoccupé, depuis de longues années, d'appeler l'attention de l'opinion publique de cette cité sur les meilleurs moyens d'améliorer son état sanitaire.

Entré au Conseil municipal en 1876, je déposai aussitôt un mémoire sur la création d'un Bureau d'hygiène, à l'exemple de ceux qui avaient été créés à Turin par Rizzetti et à Bruxelles par Janssens. Ce Bureau fut créé dix ans après; il vient de publier un exposé de ses travaux que je présente à l'Académie.

La mortalité de la ville du Havre est, pour la dernière décade, de 30 0/00 dans l'ensemble de la ville; mais dans certains quartiers, certaines rues et même certaines maisons, elle s'élève jusqu'à 56, 60 et même 110 0/00. Chose remarquable : ce ne sont pas toujours les maisons ou les rues habitées par la population la plus misérable ou la plus adonnée aux excès de toutes sortes qui témoignent de la mortalité la plus élevée.

Il faut aussi observer que la phthisie, la diphthérie, la fièvre typhoïde et même le choléra ont au Havre la même distribution géographique, se concentrant, chaque fois qu'elles s'y montrent, presque dans les mêmes parties de la ville, et ce n'est que lorsque nous avons pu les attaquer par des mesures de désinfection régulières et bien appliquées que ces maladies ont pu être jugulées. La phthisie s'y transmet par contagion, d'étage à étage, de même la diphthérie.

Quant à la fièvre typhoïde et au choléra, dans les dernières épidémies, les cas se sont également montrés dans les mêmes rues, presque dans les mêmes maisons. Or, j'ai pu démontrer que le choléra a été, en 1892, importé au Havre; il n'y a pas été transmis par véhiculation hydrique, mais il s'est propagé par contagion directe. Il me paraît en être de même pour la fièvre typhoïde, quoi qu'en aient dit MM. Brouardel et Thoinot dans l'enquête qu'ils firent sur place.

M. Brouardel a en effet déclaré que l'eau de Saint-Laurent qui, pour la plus grande partie, sert à l'alimentation du Havre, avait été contaminée par le déversement sur le sol supérieur de vidanges renfermant des germes typhiques. Je ferai remarquer que, pas plus MM. Brouardel et Thoinot, dans leurs recherches bactériologiques, que M. Ollivier dans celles qu'il avait faites récemment et à maintes reprises au Havre, n'ont pu trouver de bacille typhique dans les eaux de Saint-Laurent. De plus, les personnes, voisines des champs où sont répandues les vidanges et qui boivent des eaux de puits plus aisément contaminables, n'ont eu la fièvre typhoïde. Enfin, les habitants des quartiers recevant les eaux de trois autres sources qui alimentent également la ville, ont eux aussi été éprouvés par la maladie. Bien plus, dans une famille, c'est le père qui seul avait bu exclusivement de l'eau minérale, qui a contracté la fièvre typhoïde et y a succombé.

Je sais, il est vrai, que dans une partie de la ville, la côte d'Ingouville, les habitants déversent leurs vidanges dans des puisards ou bétoires qui viennent contaminer le sol de la partie basse. Ces bétoires peuvent ainsi polluer les eaux de la nappe souterraine, mais celle-ci a des eaux trop saumâtres pour que la population puisse en faire usage. Le sol néanmoins en est infecté à tel point, qu'à l'analyse bactériologique, on y rencontre très fréquemment le bacille typhique.

C'est donc à cette contamination du sous-sol et du sol du Havre qu'il faut attribuer la persistance de la fièvre typhoïde et non à une adultération des eaux de Saint-Laurent qui, suivant moi, n'a pu être démontrée.

Aussi importe-t-il au plus haut point d'assainir le plus vite possible la ville du Havre par l'évacuation immédiate des matières excrémentitielles, de façon à ce qu'elles ne puissent jamais séjourner dans le sol. C'est ainsi, d'ailleurs, que la nature nous en prouve l'importance, dans ce quartier voisin de la mer, dont les impuretés du sous-sol sont enlevées à chaque marée et qui, malgré une population des plus misérables, doit à cette circonstance d'être toujours indemne de fièvre typhoïde ou de choléra. Il n'est que temps de laisser de côté toutes discussions théoriques et de passer aux solutions pratiques, à savoir l'assainissement rationnel de la ville et l'administration de son hygiène par des médecins exclusivement affectés à cette besogne, si nécessaire pour la prospérité et pour le bien du pays.

M. Dujardin-Beaumetz. — Il ne me paraît pas possible de faire le moindre rapprochement, au point de vue de la transmission, entre la tuberculose, la diphthérie et la fièvre typhoïde. Si les deux premières se rencontrent au Havre dans les mêmes maisons et les mêmes quartiers, c'est parce que les appartements contaminés, insuffisamment désinfectés, y propagent les maladies; mais le sol lui-même n'y est pour rien. Celui-ci peut-il être la cause de la propagation de la fièvre typhoïde? Pour en être persuadé, et alors qu'il s'agit d'une maladie dont la contagion directe est si rare, si l'on en juge par ce qui se passe dans les milieux hospitaliers, il faudrait démontrer qu'il existe un intermédiaire entre le sol et l'individu atteint. M. Gibert n'a pas fait la preuve de ce mode de contagion ni du contage qui en serait la cause. Tout nous prouve, au contraire, aussi bien au Havre que dans l'épidémie actuelle de Paris, que la fièvre typhoïde se transmet à la faveur d'une sorte d'empoisonnement général, pour lequel une seule cause d'absorption commune est l'eau d'alimentation.

M. Gibert. — Je n'ai pas confondu entre eux les modes de transmission de la tuberculose, de la diphthérie et de la fièvre typhoïde. Les deux premières maladies sont propagées par contagion directe assurément; je me suis borné à nier qu'au Havre la fièvre typhoïde ait pu être propagée par l'eau d'alimentation qui ne renferme pas de bacilles typhiques, alors que le sol en fourmille. L'épidémie de choléra à Yport en 1892 a nettement montré que des maladies de cause alimentaire comme celles-ci peuvent être transmises par contagion directe et par l'air. Actuellement, une épidémie de fièvre typhoïde sévit aux environs de la gare de Beuzeville où il n'y a pas de puits ni de cours d'eau, mais qui reçoit des vidanges du Havre.

N'a-t-on pas vu maintes fois à la campagne des individus, dont les chaussures étaient salies par un sol pollué, placer à leur bouche les mains qui s'étaient également salies au contact de la chaussure et avaient ainsi introduit des germes nocifs dans leur tube digestif? C'est d'ailleurs à la campagne, bien mieux que dans les grandes villes où les conditions sociales sont si diverses, que l'étiologie des grandes maladies épidémiques est aisée à suivre, et il ne me serait pas difficile de fournir ainsi de nombreuses preuves à la thèse que je soutiens et dont j'ai pu apprécier le bien-fondé pour la ville du Havre.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Grancher, l'Académie établit comme suit la liste de présentation à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique :

1° MM. Malassez et A. Voisin (*ex æquo*), 2° MM. Hanot et Raymond (*ex æquo*), 3° MM. Vaillard et Déjerine (*ex æquo*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 *avril* 1894.

Plaie de tête.

M. Monod a pu faire l'autopsie d'un des malades dont il a parlé la semaine dernière. La balle s'est réfléchie sur la face interne du crâne après avoir traversé le cerveau de part en part et s'est portée en arrière jusqu'au pli courbe.

Genou à ressort.

M. Delorme revient sur le malade qu'il a présenté à la dernière séance et qui est atteint d'un genou à ressort (déclanchement brusque pour passer de la flexion à 160° à l'extension) consécutivement à une entorse du genou avec hémo-hydarthrose. Il y a quelques craquements que l'auteur croit synoviaux, un peu d'hyperextension et des mouvements de latéralité; mais, d'après l'examen physique et fonctionnel, il faut éliminer comme cause du trouble fonctionnel et la subluxation du fémur en arrière par déchirure des croisés, et la luxation des semi-lunaires. Il s'agit d'un genou à ressort, comparable au doigt à ressort; M. Delorme, d'après l'examen local, n'admet pas la théorie ostéo-articulaire soutenue par Poirier, mais se rallie à la théorie musculaire soutenue par Carlier. Il croit qu'il faut incriminer l'atrophie du triceps avec spasme fonctionnel des fléchisseurs. Le ressort cesse, en effet, si on met une bande de caoutchouc autour de la cuisse; il diminue ou même disparaît si on électrise le triceps pendant la marche. Aussi M. Delorme va-t-il masser, doucher, électriser le membre.

M. Tillaux a observé un cas analogue. Depuis, il a pu disséquer un genou à ressort, mais n'a pu arriver à se faire une opinion pathogénique.

Rupture du rein.

M. Tuffier revient sur le malade qu'il a présenté il y a quelques semaines et auquel il a fait la suture du rein pour une déchirure grave, avec énorme tumeur lombaire et paralysie du membre inférieur. Il y avait, en outre, déchirure de la masse sacro-lombaire.

Mais l'hématurie n'est pas à elle seule une indication opératoire, et, par exemple, M. Tuffier a obtenu par l'abstention 4 succès chez des sujets tamponnés par des instruments larges; l'un d'eux a eu onze jours d'hématurie, puis une hématurie secondaire du 18e au 21e jour.

Il faut tenir compte avant tout de l'état général du blessé.

M. Bazy, dans deux cas, s'est abstenu parce qu'il n'y avait pas d'indication spéciale; un malade a guéri après un mois d'hématurie: l'autre a voulu quitter l'hôpital au quinzième jour pissant encore le sang.

Lymphangites ano-rectales.

M. Quénu lit un travail sur les abcès ano-rectaux et leur origine lamphangitique fréquente.

Il y a trois groupes de lymphatiques ano-rectaux :

1° Sous-cutanés;
2° Du méso-rectum ou profonds et médians;
3° Pelvi-rectaux supérieurs ou profonds et latéraux.

De là trois ordres d'abcès, les deux dernières variétés étant réunies par Richet et Pozzi sous le nom d'abcès pelvi-rectaux supérieurs; en réalité, il faut les distinguer, comme le prouvent les recherches anatomiques de MM. Quénu et Hartmann. Les abcès latéraux tendent à fuser vers la fesse, les autres, ceux du méso-rectum, forment une collection médiane; M. Quénu en a rapporté un exemple typique chez un enfant de 6 ans 1/2, consécutivement à une rectite stibiée. Chez la femme, il existe aussi des abcès péri-utérins d'origine rectale.

A. Broca.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 3 avril 1894.

Traumatisme oculaire.

M. Despagnet présente un homme qui a été blessé à l'œil gauche voilà dix-huit jours par un éclat de métal: on ne put savoir s'il s'agissait de fonte ou d'acier. Quarante-huit heures après le traumatisme on constatait une plaie pénétrante de la région ciliaire au niveau de l'angle externe, de l'hypopyon et une infiltration complète du corps vitré. Espérant que le corps étranger était en acier, M. Despagnet fit avec un aimant trois tentatives d'extraction, qui restèrent sans résultat; puis, comme le blessé avait mangé, il crut devoir retarder l'énucléation jusqu'au lendemain et, en attendant, pratiqua une injection sous-conjonctivale de sublimé. Celle-ci exagéra les douleurs déjà très vives et provoqua une réaction intense; mais le lendemain l'hypopyon avait diminué, l'état de l'œil paraissant meilleur, aussi l'énucléation fut encore remise. Depuis, la situation s'est encore améliorée sous l'influence de cinq injections sous-conjonctivales; le tonus de l'œil est normal, le pus a disparu de la chambre antérieure, le vitré empêche encore l'éclairement du fond de l'œil, mais le patient conserve la sensation lumineuse. Cet homme toutefois réclame l'énucléation, parce qu'il continue à souffrir. M. Despagnet ne se croit pas autorisé à pratiquer cette opération, car les douleurs sont moindres qu'au début, et, comme il peut surveiller le patient, il préfère n'intervenir que s'il survient des accidents.

Conjonctivite pseudo-membraneuse.

M. Debierre lit un rapport sur un travail de **M. Vialet** relatif à une conjonctivite pseudo-membraneuse survenue comme complication de la scarlatine. Il s'agit d'une fillette de 6 ans, qui présenta le 6 février dernier les premiers symptômes d'une scarlatine. Parmi ceux-ci on nota de la rougeur au niveau de l'angle interne de l'œil gauche avec œdème palpébral; la pression du sac lacrymal en chassait du pus. Il existait des fausses membranes sur les amygdales. L'affection progressa et le 15 février la rougeur et l'œdème avaient envahi non seulement les paupières, mais encore la région temporale; le sac lacrymal fut incisé. Malgré cette intervention, le 16 l'œdème palpébral avait augmenté et les deux culs-de-sac conjonctivaux supérieur et inférieur étaient tapissés de fausses membranes très blanches, fines, souples, nullement adhérentes, sans suintement sanguin de la muqueuse sous-jacente; la cornée était indemne. L'exsudat fut enlevé, mais dès le lendemain il s'était reproduit et passait comme un pont devant la cornée qui était infiltrée dans son tiers inférieur. Des lavages au sublimé toutes les deux heures et des insufflations de poudre d'iodoforme furent institués. Malgré ce traitement, le 18 la cornée se sphacélait, et l'iris fermait la perforation. Progressivement les fausses membranes diminuaient de consistance et disparurent définitivement le 5 mars. Comme autres manifestations morbides on doit encore remarquer chez cette petite malade une suppuration limitée à la fosse nasale gauche et une otite moyenne suppurée du côté gauche également.

L'examen bactériologique décela dans les fausses membranes d'une part l'absence du bacille de Leffler, de l'autre la présence du seul streptocoque et cela aussi bien au niveau de la gorge que de la conjonctive.

Il s'agissait donc d'une conjonctivite pseudo-membraneuse à streptocoques caractérisée cliniquement par la blancheur des fausses membranes, leur envahissement sur toute la conjonctive palpébrale et bulbaire, leur adhérence minime au derme conjonctival, enfin la virulence extrême de l'agent infectant. Celui-ci était parti de la gorge, où il avait provoqué une angine pseudo-membraneuse, passant dans la fosse nasale gauche et les voies lacrymales du même côté, il y avait causé de la suppuration, de même que dans l'oreille gauche, enfin sur la conjonctive, sa présence s'était manifestée par un exsudat pseudo-membraneux.

M. Valude croit les conjonctivites à streptocoques très rares; en réalité, il est très difficile de déceler le bacille de Lœffler, il faut pour cela des examens répétés, et c'est sans doute à des examens incomplets qu'il faut attribuer nombre de cas donnés comme des exemples de conjonctivites causées par le seul streptocoque.

Suture scléro-cornéenne.

M. Trousseau, levant au troisième jour le pansement d'une vieille femme opérée, sans incident aucun, de cataracte sénile, découvrit une hernie du corps vitré et de l'iris, laquelle s'était produite sans cause appréciable et sans provoquer de douleurs. Il réséqua la portion herniée et fit un pansement

compressif sous lequel la hernie se reproduisit, si bien que, au quinzième jour, la plaie n'était pas coaptée. Notre confrère se décida alors, son incision étant très périphérique, à pratiquer une suture scléro-cornéenne, ce qu'il fit avec avec un catgut double zéro et sans perdre beaucoup de corps vitré. Le pansement enlevé le troisième jour, la plaie parut coaptée, et trois semaines plus tard, l'œil est en très bon état.

M. Kalt estime que la suture scléro-cornéenne immédiatement après l'extraction du cristallin est presque impossible en raison de la douleur qu'elle provoque même après chloroformisation et par suite de la perte du corps vitré qu'elle provoque. Il n'en est plus de même de l'intervention tardive, mais celle-ci est bien rarement indiquée, car la plaie cornéenne en général est alors presque complètement fermée.

M. Chevallereau, dans un cas, a pu constater que la suture scléro-cornéenne secondaire était facile; c'était chez un opéré de cataracte, dont le lambeau sous le pansement compressif s'était renversé. Il dut après résection de l'iris remettre en place la partie supérieure de la cornée et la suturer.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 avril 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Sclérose pleuro-pulmonaire.

M. Galliard présente un malade âgé de 35 ans qui, à la suite de poussées répétées de tuberculose pulmonaire, est atteint d'une sclérose pleuro-pulmonaire unilatérale, sans aucune participation du côté opposé.

Un cas de syringomyélie à forme pseudo-acromégalique (chiromégalie).

M. Pierre Marie présente un garçon de 21 ans qui depuis quelques années a remarqué que sa main droite et son pied gauche avaient augmenté de volume. A la *main droite*, l'hypertrophie occupe surtout les têtes des métacarpiens, et les doigts, le pouce, l'index, le médius, sont les plus atteints. La forme des doigts est un peu altérée, ils sont plus massifs, plus cylindriques que ceux de la main gauche; la peau à leur niveau est légèrement épaissie, elle est le siège d'abrasions et d'anciennes ulcérations. La longueur de la main et des doigts n'est pas modifiée. Quant au *pied gauche*, il est de forme cubique, tassé dans le sens antéro-postérieur, la plante en est excavée, (pied creux), sa longueur est diminuée (1 cent. 3 de moins que le pied droit). La peau des orteils présente également des traces d'anciennes ulcérations; quant aux orteils eux-mêmes, leurs dimensions et leur forme ne sont pas modifiées.

M. Pierre Marie insiste sur ce fait que, dans ce cas, l'hypertrophie de la main et du pied ne peut en aucune façon justifier l'épithète d'acromégalique. Il rappelle que Holschewnikoff, Peterson, ayant observé des cas du même genre, les ont considérés comme des exemples d'association de la syringomyélie et de l'acromégalie et sont partis de là pour combattre quelques-unes des notions les mieux établies sur l'acromégalie, notamment pour nier que, dans cette affection, l'hypertrophie du corps pituitaire fût constante. Bernhardt, Karg, ont également observé des cas de syringomyélie à forme acromégalique; Charcot et Brissaud ont très justement fait remarquer que ces cas de syringomyélie n'avaient absolument rien de commun avec l'acromégalie; Hoffmann a publié un cas du même genre avec la désignation de « chiromégalie ». Cette désignation est celle à laquelle il semble préférable de se rallier, car, en continuant à donner aux faits de ce genre le nom d'acromégalie ou même de pseudo-acromégalie, on risque de faire naître une confusion fâcheuse, puisque entre les deux affections il n'existe aucun point de contact.

Traitement de l'orchite par les badigeonnages de gaïacol.

MM. Balzer et Lacour. — Le traitement habituel auquel sont soumis, dans nos salles du Midi, tous les malades atteints d'orchite est le suivant : stypages au chlorure de méthyle, compresses d'eau blanche sur les bourses; celles-ci sont relevées sur l'abdomen à l'aide d'un bandage en T. Le malade est purgé s'il est nécessaire. Dans le cas de douleurs trop violentes, nous avons en outre recours à l'application d'une vessie de glace loco dolenti.

Ces moyens, simples, aidés par le repos absolu au lit, amènent la sédation des phénomènes douloureux après un nombre de jours variable suivant les individus. Mais dans certains cas les douleurs persistent assez longtemps et c'est dans le but d'abréger ce qu'on pourrait appeler la période douloureuse de l'orchite blennorrhagique que nous avons été conduits à essayer le gaïacol.

Le *modus faciendi* a été le suivant : Nous avons commencé par employer chez trois malades, du gaïacol pur. Les cristaux de gaïacol sont préalablement fondus à une douce température; puis, avec un petit pinceau de blaireau on badigeonne rapidement la moitié droite ou gauche du scrotum suivant le siège de l'orchite. S'il y a funiculite, on applique également du gaïacol sur le trajet du cordon. La quantité employée pour chaque badigeonnage était d'un gramme à peu près. Un premier badigeonnage était fait le matin, un autre le soir. Le pansement était complété par du taffetas gommé, maintenu par un bandage en T. Sitôt le badigeonnage fait, le malade accuse une sensation de cuisson assez vive qui dure dix minutes environ. Cette sensation de cuisson se résout insensiblement en une simple sensation de chaleur qui dure deux heures à peu près et qui est bien supportée.

Les effets thérapeutiques ont été rapides et des plus satisfaisants. La douleur est bientôt calmée, puis bientôt disparaît complètement; le sommeil redevient possible, alors qu'il y avait de l'insomnie dans les nuits précédentes; enfin la température rectale tombe à la normale au bout d'un temps relativement court.

On ne peut mettre ces bons résultats sur le compte du repos complet auquel sont en même temps astreints les malades. L'effet sédatif est presque immédiat. Dans les orchites très intenses la douleur disparaît d'abord pour quelques heures, puis revient encore à une ou deux reprises, avec une diminution considérable d'acuité.

L'emploi du gaïacol en pommade ne nous a pas donné de résultats aussi satisfaisants. Il est bon de savoir, d'autre part, que le gaïacol, qui calme si bien la douleur, ne paraît pas avoir sur l'orchite d'action résolutive. L'épididyme, le cordon restent aussi gros qu'auparavant, bien que la douleur ait totalement disparu.

M. Chauffard a souvent employé avec avantage le salicylate de soude à la dose de 6 grammes par jour dans le traitement de l'orchite blennorrhagique.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 2 avril 1894.

Présidence de M. Bouloumié.

M. C. Paul est élu membre *honoraire* et M. Gandy membre *correspondant*.

Effets thérapeutiques des eaux de Bourbonne.

M. Choux (1). — D'après 455 cas observés par lui pendant les saisons thermales de 1892 et 1893 (parmi lesquels les résultats réalisés dans plusieurs variétés d'arthrite ankylosantes d'origine infectieuse, suites d'otite, de pneumonie ou de tuberculose osseuse, et dans six cas de fractures rotuliennes accompagnées de raideurs articulaires sont plus particulièrement à citer), donne les conclusions suivantes :

1° *Accidents suite de fractures.* — Dans les cas fréquents où les accidents consécutifs aux fractures des os longs s'amendent spontanément d'une façon régulière et progressive, l'action stimulante des eaux de Bourbonne active sûrement et nettement la guérison. Dans d'autres, soit par l'effet

(1) L'auteur a déjà commencé à étudier ce sujet dans les *Annales de la Soc. d'hydrol. méd. de Paris*. t. XXXVIII, p. 138, 1892-93.

d'une lésion initiale différente, soit à cause d'accidents consécutifs variables, l'action hydro-minérale est moins certaine. Les raideurs articulaires consécutives aux fractures rotuliennes et dont la disparition peut parfois se faire attendre jusqu'au 12e ou 14e mois sont éminemment justiciables de l'hydrothérapie thermale de Bourbonne.

2° *Ostéite et périostite traumatiques.* — Les ostéites et périostites suppurées sont modifiées d'une façon plus favorable que les simples infiltrations périostiques ou osseuses. La vieille et méritée réputation des eaux de Bourbonne dans les anciennes blessures par arme à feu avec lésion des os et production d'esquilles était l'expression de cette même appréciation.

3° *Arthrites chroniques.* — Les arthrites chroniques simples, c'est-à-dire celles qui ne s'accompagnent plus que de raideurs articulaires, d'atrophie des muscles voisins, de gêne dans le jeu des tendons, sont celles qui retirent les meilleurs effets de la médication thermale de Bourbonne. Les eaux de cette station, grâce à leurs propriétés générales toniques et stimulantes, et à leur action de relâchement des tissus, rendent dans les lésions de cet ordre de réels services. Elles sont beaucoup moins curatives dans les cas où la lésion articulaire a intéressé à la fois les parties molles et le système osseux, la réaction de ce dernier qui se traduit par le réveil marqué des douleurs sous l'influence de l'hydrothérapie thermale nécessitant presque toujours la suspension de la douche.

4° *Arthrites fongueuses.* — Leur exclusion de la cure à Bourbonne paraît à l'auteur devoir être maintenue définitivement et sans appel.

5° *Hydarthrose.* — Dans celles de ces affections qui relèvent uniquement du traumatisme, sans participation de l'élément rhumatismal, les résultats curatifs nous paraissent des plus aléatoires, l'hydrothérapie thermale semblant plutôt favoriser la persistance de l'épanchement qu'activer sa résorption.

6° *Ankyloses incomplètes.* — Celles qui succèdent à certaines arthrites spéciales de nature infectieuse, et qui n'intéressent que les parties molles, peuvent être modifiées de la façon la plus heureuse par l'usage des eaux de Bourbonne, particulièrement quand elles siègent aux grandes articulations, du genou et de l'épaule, par exemple. Les résultats sont moins heureux quand elles intéressent des articles plus serrés (coude, cou-de-pied).

7° *Accidents suites d'entorses et de luxations.*

α *Entorses.* — C'est dans les diastosis sans fracture articulaire, alors qu'il n'existe qu'un peu de raideur de l'articulation, un gonflement léger, de l'œdème après un exercice prolongé, que les eaux de Bourbonne donnent généralement les meilleurs résultats. Combinées avec le massage, elles rendent également de grands services dans les cas plus sérieux, mais au lieu de guérisons complètes, elles ne procurent que de simples améliorations;

β *Luxations.* — Dans les cas où l'articulation ne reprend pas complètement sa mobilité première, ou bien dans ceux où le membre blessé, bien que peu ou pas atrophié, demeure faible et ne peut exécuter ses mouvements complets ou énergiques sans que la douleur réapparaisse, l'effet curatif est toujours satisfaisant.

M. Suchard désirerait savoir pourquoi M. Choux redoute d'appliquer aux arthrites fongueuses le traitement hydrominéral de Bourbonne. Pour lui, il traite avec avantage aux eaux de Lancy toutes les variétés d'arthrites fongueuses suppurées ou non, avec ou sans lésions osseuses. Il applique le traitement sulfureux aux enfants et aux vieillards et réserve pour les âges intermédiaires l'usage des eaux mères.

M. Choux. — Les eaux de Bourbonne semblent donner un coup de fouet aux manifestations de la tuberculose qui pourraient tendre à se généraliser du côté des viscères et sans profit bien apparent pour l'état local. Aussi les médecins militaires s'abstiennent-ils absolument, depuis qu'une enquête sérieuse a été faite sur ce sujet, d'envoyer à Bourbonne des lésions de cette nature.

M. Caulet. — Cette prohibition devrait s'étendre à toutes les eaux chlorurées et d'une manière générale à toutes les eaux qui provoquent une vive excitation. Tout traitement qui donne la fièvre est contre-indiqué dans la tuberculose. Les eaux sulfureuses doivent être soumises à la même règle. Pour être profitable, la cure ne doit pas dépasser les limites d'une légère excitation.

M. Leudet. — Il serait très intéressant pour la Société d'hydrologie de chercher à déterminer, parmi les différentes variétés d'arthrites fongueuses et de lésions osseuses, la part qui peut revenir à Barèges et aux différentes eaux sulfureuses qui paraissent mieux appropriées à ces lésions que les chlorurées, car l'excitation qu'elles produisent semble moins dangereuse. J'en ai vu de très bons effets.

M. Grimaud. — Telle est aussi mon opinion. Toutes les formes d'arthrites fongueuses peuvent être traitées avantageusement à Barèges.

La proposition de M. Leudet, appuyée par M. Bouloumié, est adoptée. La question « du rôle des eaux minérales dans les affections osseuses et articulaires » est mise à l'ordre du jour.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 *avril* 1894.

Plaie de poitrine par balle de revolver.

M. Le Fort présente les différents viscères d'un homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la région présternale. La plaie de la peau était située à droite de la ligne médiane à la hauteur du 2e cartilage costal droit; le sternum fut traversé, puis la balle perfora la crosse de l'aorte : la tunique externe de l'artère est infiltrée de sang; les tuniques moyenne et interne sont rompues par éclatement; la trachée fut ensuite traversée par la balle qui perfora de plus l'œsophage et vint faire éclater le corps de la cinquième vertèbre dorsale; là le projectile dévia et vint briser l'apophyse transverse inférieure et le col de la côte correspondante, puis s'arrêta sous la peau de la région dorsale. Les deux minces lames pulmonaires des bords antérieurs, en rapport et même s'imbriquant derrière le sternum, avaient été perforées ainsi que les deux plèvres.

Anomalie rénale.

M. Vermorel a trouvé dans une autopsie un rein unique en fer à cheval à concavité supérieure, situé sur la ligne médiane, à peu près régulier et non pathologique. La vascularisation était normale des deux côtés, mais il y avait en plus un système vasculaire inférieur médian.

Résection du sommet de la vessie pour cancer alvéolaire.

M. Legueu a observé dans le service de M. Guyon, à l'hôpital Necker, un homme qui ne présenta d'abord que quelques hématuries dans les trois derniers mois, comme symptômes fonctionnels. A la palpation on sentit bientôt la présence d'une petite tumeur assez mobile sous la peau, suivant la vessie dans les différents mouvements imprimés, assez bien localisée.

On pratiqua la taille hypogastrique et on reconnut qu'il existait un néoplasme du sommet de la vessie du volume d'une prune; on réséqua la partie supérieure de l'organe qu'on sutura ensuite : il n'y eut aucune suite opératoire. Le microscope démontre qu'il s'agit d'un carcinome alvéolaire : le siège de cette tumeur est exceptionnel.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 *avril* 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Le président rappelle à la Société les douloureuses pertes qu'elle vient de faire en la personne de M. Brown-Séquard, son ancien président, et de M. Georges Pouchet, un de ses membres les plus actifs.

Puis M. Grimaux lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Pouchet.

La séance est levée en signe de deuil.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 16 — 18 AVRIL 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 23 au 28 avril 1894.

Mercredi 25. — M. Sabourand. Les tricophyties humaines. — M. Tardif. Les anastomoses viscérales sans sutures. — M. Dufour. La pathogénie capsulaire de la maladie bronzée. — M. Turner. La dilatation des bronches da l'artério-sclérose.

Jeudi 26. — M. Durand. Sur un cas de mort causée par l'électricité industrielle. — M. Bugnot. Nouvelles considérations sur la griffe dentaire.

MÉDECINE PRATIQUE

La cure saline aux eaux de la Mouillère-Besançon.

Parmi les stations nouvelles ouvertes, depuis quelques années, à la foule toujours grandissante des malades justiciables des *eaux chlorurées sodiques fortes, bromo-iodurées*, il convient d'attirer particulièrement l'attention sur celle de *La Mouillère-Besançon*, dont l'efficacité des eaux salées et des eaux-mères vient d'être bien mise en relief par une très intéressante publication extraite du « Bulletin de la Société de médecine de Besançon et de la Franche-Comté » (1).

Installé aux portes mêmes de la ville de Besançon (Doubs), dans l'un des sites de cette belle vallée du Doubs que l'on a pu si justement appeler « la préface de la Suisse », à six heures et demie de Paris, à cinq heures de Lyon et à deux heures de la Suisse et de l'Alsace-Lorraine, le nouvel établissement balnéothérapique utilise pour sa clientèle, les eaux de la source salée et des eaux-mères de la saline de Miserey, eaux empruntées au même banc salifère qui, de Gouhenan et de Mellecey Fallon (Haute-Saône), se prolonge jusqu'à Arc-Senans, Salins et Lons-le-Saulnier.

D'après les analyses de MM. Baudin et Boyssen, confirmées par celles du laboratoire de l'Académie de médecine, les eaux de la source salée de Miserey-Besançon renferment, par litre, 292 grammes de chlorures alcalins ou alcalino-terreux et 0 gr. 108 de bromure de potassium — les eaux-mères (*Mutterlange*), 308 grammes de chlorures et 2 gr. 250 de bromure de potassium. Une semblable composition chimique place ces eaux, sans conteste, au premier rang parmi les eaux similaires de la France et de l'étranger, puisqu' « elles unissent, par la plus » heureuse des combinaisons, la puissante chlo» ruration de Salies-de-Béarn à la précieuse bro» muration de Salins (du Jura) » (2).

Leur action est souveraine, spécifique, peut-on dire (Bazin, Durand-Fardel, Egasse et Guyanot, Dujardin-Beaumetz, J. Simon, etc.), dans le lymphatisme à ses divers degrés, dans les multiples manifestations, superficielles ou profondes, du vice scrofuleux, dans la prévention de la tuberculose et dans les tuberculoses locales, non viscérales; — elle est considérable dans l'anémie, et la chloro-anémie, la débilité et l'épuisement, dans une foule d'affections chirurgicales, ganglionnaires, osseuses ou articulaires, dans les fibromes et les fibro-myomes utérins; — elle est très utile encore dans bon nombre d'affections nerveuses (névroses, neurasthénie, paralysies anciennes, etc.), dans les maladies par ralentissement de la nutrition (A. Robin) : goutte atonique, rhumatisme chronique, obésité (E. Monin), etc., et dans certaines affections de l'utérus et de ses annexes (métrites chroniques, certaines salpingites ou ovaro-salpingites, etc.).

L'hydrothérapie, luxueusement installée, le massage, l'électrothérapie, la gymnastique médicale, les cures de lait, de petit-lait et de kéfir, apportent, dans une foule de cas, au traitement salin, en tant que médications adjuvantes, leur précieux concours.

Le Grand-Hôtel des Bains, touchant à l'Etablissement, offre aux baigneurs la plus hygiénique et la plus confortable des installations.

Des flacons de *Sels d'eaux-mères*, pour bains salins à domicile, se trouvent, soit à Besançon, à l'Etablissement, soit à Paris, au dépôt central, chez M. Pouydebat, 18, rue Oberkampf.

(1) Eaux iodo-bromurées sodiques fortes. — Station de Besançon-Mouillère. Etudes physiologiques et cliniques. — Besançon, 1894.

(2) Les bains salins de la Mouillère-Besançon et les eaux salées de Miserey. — Notice médicale, le Dr Baudin, médecin de l'Asile départemental, directeur du Bureau d'hygiène, médecin-chef de l'établissement des Bains-Salins. (1re et 2e édition. Besançon, 1892-1893).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENT DE PARAITRE :

Manuel des amputations du pied, par G. ROUX, de Brignoles, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille, chirurgien des hôpitaux, précédé d'une préface de M. L. OLLIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut. Un volume cartonné. G. Masson, éditeur. 10 fr.

Extrait de l'introduction de l'auteur. — « Un traité des amputations qui se pratiquent sur le pied pourrait paraître superflu à ceux qui ont pu apprécier la valeur des ouvrages classiques, celle surtout du traité si remarquable de M. le professeur Farabeuf. Mais, il faut bien le dire, la connaissance approfondie du rôle réparateur joué par le périoste et de la supériorité incontestable des moignons dans lesquels on a pu le conserver, doit donner à la technique opératoire une orientation nouvelle. Essayer de rendre pratique la médecine opératoire d'une région aussi importante, en adaptant aux procédés un peu surannés que l'on décrit ordinairement la véritable méthode d'exérèse qui leur convient, tel a été notre principal but... »

M. Roux a pleinement réussi et, comme le dit M. Ollier dans la préface par laquelle il présente l'ouvrage au public, ce livre est destiné à rendre les plus grands services, non seulement aux étudiants qui veulent s'exercer à la pratique des opérations sur le cadavre mais aux chirurgiens qui ont besoin de prendre une idée exacte des procédés pour pouvoir les comparer entre eux et choisir le plus approprié au malade qu'ils ont sous les yeux.

Les Excentriques ou déséquilibrés du cerveau, par Moreau, de Tours. In-12 de 120 pages, cartonné, 3 fr. (*Soc. d'Edit. scientifiques*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur une résection de tout le lobe gauche du foie exécutée en deux temps, par le professeur Ernest Tricomi, communication au Congrès international des Sciences médicales de Rome.

Aux recherches sur la régénération du tissu glandulaire du foie ont succédé celles sur la régénération d'un seul lobe ou d'une zone étendue du tissu hépatique. Glück a pu enlever chez les animaux inférieurs un tiers du volume normal du foie; Ponfick trois quarts de la glande hépatique, et il a remarqué que l'organe se reproduisait et recouvrait son poids primitif en peu de temps (30 à 40 jours). Von Meister a confirmé ces expériences.

De telles recherches expérimentales, très importantes au point de vue chirurgical, ont décidé quelques opérateurs à tenter l'ablation des tumeurs hépatiques.

Loreta, Bruns, Ruggi, Vobtz, Fansini, Pozzi, Billroth, Pauzei, Garré et d'autres ont réséqué avec succès les parties du foie affectées de kystes hydatiques.

Bruns, Kusmine et d'autres ont opéré l'ablation hépatique pour hernie de l'organe à travers une plaie pénétrante.

Langenbuch, Albert, Wagner, Lauenstein, Tillmanns, Czerny, Schmidt, Hochenegg et Bastiannelli ont réséqué le foie pour un syphilome ou gomme pédiculée.

Ont exécuté l'hépatectomie :

Eiselsberg pour le carcinome; Sklifosowski pour un fibromyome lipomateux et sarcomateux; von Bergmann, Keen, Müller pour l'adénome et Bardeleben pour le sarcome.

Clément, Lücke, Hochenegg et Küster ont eu la hardiesse de réséquer le foie pour un cancer.

Olshausen, en faisant une laparotomie, fut forcé d'enlever une portion du tissu hépatique.

A ces cas j'en ajoute rapidement un autre :

Piccoli Narcisse, 27 ans, fils de parents sains, eut à 13 ans un léger ictère qui dura quelques jours; à 16 ans, il eut les fièvres pendant 12 jours; le reste du temps, il fut toujours bien portant.

A 20 ans, il fit son service militaire. Dans le mois de janvier 1893, j'observai pour la première fois une tumeur dans la région épigastrique, elle grossit petit à petit, devint douloureuse d'elle-même et dans les mouvements du tronc. Au commencement de la maladie, l'iodure de potassium réussit; dans la suite l'iodure combiné avec des injections hypodermiques de sublimé ne servirent plus à rien.

C'était un jeune homme robuste, tête et cou bien pris, organes thoraciques normaux.

La région épigastrique était proéminente et, en la palpant, on sentait une tumeur grosse comme le poing d'un homme, dure, avec une face supérieure convexe, un bord antérieur aminci, mobile de bas en haut et non de haut en bas.

La tumeur était au milieu, disposée dans le sens transversal, sans limites nettes; elle s'étendait en haut et latéralement au-dessous des arcs costaux; en bas, elle arrivait à quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde et descendait manifestement avec la respiration. Elle était antéro-postérieure à l'estomac, aussi elle le resserrait considérablement, ainsi que le lobe droit du foie qui était confiné dans ses limites normales. En gonflant l'estomac d'acide carbonique, j'observai que la tumeur était placée antérieurement et quelque peu en haut. L'examen du reste de l'abdomen ne révélait rien.

Je crus devoir admettre que le siège de la tumeur était le lobe gauche du foie. J'examinai la nature et laissai le diagnostic en suspens.

Comme le malade désirait vivement l'opération, je lui expliquai que je ferais une incision pour explorer le mal, mais je ne pouvais lui promettre d'enlever la tumeur en toute sécurité.

Le 25 novembre 1893, je lui incisai l'abdomen sous le chloroforme depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. Le péritoine ouvert, je constatai que le lobe gauche du foie était le siège d'une néoplasie qui partait de la face inférieure, l'estomac était sain et dans la cavité abdominale hors du néoplasme hépatique, il n'y avait pas de tumeur. La néoplasie, de consistance dure, élastique, arrivait jusqu'au sillon longitudinal gauche. La vésicule biliaire était normale. Dans l'intention de voir s'il serait possible d'enlever cette volumineuse tumeur, à l'autogénésie de laquelle je ne comprenais pas grand'chose, j'essayai de faire sortir le lobe gauche par la plaie abdominale. Mais ses dimensions m'obligèrent à réséquer l'appendice xiphoïde, à inciser le ligament coronaire oblique sur lui en même temps que le muscle droit de l'abdomen à droite dans toute son épaisseur, et à couper le ligament triangulaire voisin du viscère. Ainsi le lobe se trouva mobile et je pus le faire sortir. Au delà des limites de la néoplasie, je plaçai un tube élastique circulaire autour de la base du lobe sorti et en ajustant le tube au sillon longitudinal gauche. Je suturai la partie inférieure de la plaie médiane de la paroi abdominale et la plaie transversale dans trois plans typiques, j'amenai le péritoine pariétal des bords de l'incision en dedans de la tumeur en contact avec le péritoine viscéral du foie au-dessus du tube élastique.

Le viscère sorti avait les dimensions suivantes :

Diamètre maximum longitudinal.....	19 c.
Diamètre maximum transversal.....	14 c.
Circonférence à sa base.............	49 c.
Hauteur maxima..................	13 c. 5

Je couvris la tumeur d'un pansement ordinaire. A chaque pansement suivant, je serrai davantage le lien élastique, ce qui nécrosa peu la base du néoplasme. Le lien se rompit le 14e jour après l'opération. Je lui substituai un anneau métallique monté du serre-nœuds de Maisonneuve, mais je ne parvins pas non plus avec la constriction métallique à nécroser complètement la tumeur. C'est pourquoi je tentai l'incision au thermocautère de Paquelin, mais l'hémorrhagie fut si grave, que je dus arrêter et suspendre l'incision faite dans le foie. Le 18e jour, après avoir préalablement rompu la suture du lobe immédiatement au-dessus du fil métallique, j'enlevai la volumineuse tumeur en l'amputant.

L'hémorrhagie fut arrêtée par le thermocautère et l'application de perchlorure de fer.

Dans les pansements suivants, on enleva beaucoup de parties nécrosées du morceau restant. La solution de continuité alla se remplissant de granulations et se cicatrisa 66 jours après l'opération.

La tumeur enlevée perdit 930 grammes; elle était de la grosseur de la tête d'un fœtus à terme, de forme irrégulière, de consistance dure. La face supérieure était constituée par du tissu hépatique, la face inférieure était composée d'éminences hémisphériques dont la grosseur variait de celle d'un pois à celle d'une noix. La section fit voir dans le centre des nœuds et des nodules de diverses grandeurs, de couleur blanc grisâtre, séparés par du tissu brillant, fibreux. La partie supérieure du lobe gauche était faite de tissu hépatique cyanosé, la partie inférieure de néoplasme. Dans la partie continuant le lobe droit du foie, la néoplasie était entourée de tissu hépatique.

A l'examen microscopique, on trouva la partie néoplastique composée de cordons de cellules épithéliales et de tissu conjonctif en abondance; près du tissu hépatique des cordons cellulaires entre-croisés et remplis de cellules cubiques limitées par du tissu conjonctif et du tissu fondamental. Les vaisseaux biliaires et intra-lobulaires étaient en prolifération.

Le tissu hépatique éloigné de la néoplasie présentait l'aspect habituel du tissu hépatique interstitiel. Les éléments des cordons cellulaires étaient cubiques ou cylindriques, pas grands, avec de petits noyaux, fortement colorés, semblables en tous points aux cellules de l'épithélium de revêtement des vaisseaux biliaires. Les cellules hépatiques de quelques lobes présentaient des métamorphoses de retour à mesure qu'augmentait la prolifération des canalicules biliaires des lobules. Il résulta de l'examen histologique que le néoplasme enlevé était un adénome tubulaire originaire des canalicules biliaires.

Ce cas semble avoir un certain intérêt par la notable quantité de tissu hépatique réséqué et par le choix de la méthode opératoire. Pour ma part, je ne sais pas si on avait jamais enlevé une aussi grande portion du foie.

Je ne veux pas discuter ici tous les processus morbides qui peuvent donner l'indication de la résection de tout le lobe gauche du foie. Il me semble que la méthode en deux temps que j'ai suivie démontre la possibilité de cette opération. Je crois que dans mon cas il aurait été difficile d'arrêter l'hémorrhagie si on avait fait la résection d'un seul coup. Le traitement extra-péritonéal dont j'ai fait usage m'a procuré l'avantage de pouvoir plus facilement enlever la tumeur en provoquant une hémostasie complète au dehors de la cavité abdominale et en évitant toute complication possible.

Pour la résection de tout le lobe gauche du foie, la méthode en deux temps est peut-être moins périlleuse et plus sûre que les autres.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

tenu à Rome du 29 mars au 9 avril 1894.

Une modification dans l'emploi des méthodes physiques pour l'examen des organes internes et spécialement de l'estomac et des intestins.

M. J. Bendersky (Kiew, Russie). — Il est bien connu que les méthodes que nous possédons pour délimiter les organes internes nous donnent souvent des résultats douteux. Ce peut être dit spécialement de l'estomac et de l'intestin. Le praticien perd souvent beaucoup de temps pour obtenir des résultats imparfaits, quelquefois nuls.

Bendersky propose d'employer la percussion *très légère* immédiate par les *bouts des doigts*. (La percussion par les doigts nous laisse en même temps sentir la *résistance* de l'organe et elle peut être légèrement unie avec la palpation et la succussion.) De cette manière on reçoit la *vibration* seulement de l'organe qui est percuté. Pour que l'oreille de l'examinateur puisse entendre ce son percutoire, qui ne peut pas être ordinairement entendu, Bendersky propose *d'ausculter* en même temps avec un stéthoscope spécial facile à fabriquer avec une clochette en verre ou en corne, communiquant avec un petit tube de caoutchouc, qui a un bout pour l'oreille (en forme d'olive ou autre). Nous recevons de cette manière le son percutoire comme « microscopié ».

Il ne faut pas comparer les *deux* sons, que nous recevons pendant l'auscultation périodique de ces deux organes. Il est *grave* de comparer les deux sons percutoires que nous recevons, pendant que *seulement un des organes est ausculté* (Par exemple, on ausculte *seulement l'estomac* et on percute en même temps *l'estomac et l'intestin* — côlon — ou *vice versa*).

On percute très bas, très légèrement, à ce point qu'on peut même dire qu'on *touche*. Cette méthode — la *percussion auscultatoire* — a donné à l'auteur des résultats excellents spécialement pour l estomac et pour l'intestin. L'auteur a examiné beaucoup de malades et a contrôlé quelques-unes de ses recherches par l'éclairage électrique de l'estomac, ou sur le cadavre.

La comparaison des résultats obtenus par la percussion auscultatoire avec les résultats de la percussion ordinaire a donné quelques corrections pour quelques organes. Par exemple, la limite inférieure de l'estomac se manifestait plus haut à un doigt et demi. (Cette méthode peut nous préserver, par conséquent, du diagnostic d'une *pseudo-ectasie* dans les cas où nous aurons un estomac normal atteignant le nombril.)

La matité cardiaque, celle de la rate, se trouvent par cette méthode un peu plus grandes. La limite supérieure d'une ascite se manifeste plus haut à l'emploi de cette méthode qu'à la percussion ordinaire. La méthode pourrait servir aussi pour la percussion des reins. En employant la percussion auscultative, on peut définir la largeur *des diverses parties des intestins*.

On peut constater de cette manière de vrais cas d'*ectasie des intestins*.

Les résultats sont si clairs qu'on peut sentir souvent la différence du son, si nous percutons le malade *à travers les habits* (1).

Cette méthode peut spécialement bien servir aux médecins un peu durs d'oreille. On peut bien apprécier les résultats de l'*auto-percussion*. On s'oriente très facilement dans les résultats obtenus et il ne faut pas une grande habitude et beaucoup d'exercice pour apprendre la méthode.

Pour *démontrer* cliniquement les résultats de la *percussion* auscultative, l'auteur a construit un *stéthoscope collectif*. Il consiste en un haut cylindre creux avec un élargissement rond en haut qui finit par un petit tube. De l'élargissement se dirigent radialement des petits tubes qui sont munis de tubes en caoutchouc, de longueurs différentes et qui ont des bouts pour les oreilles.

Le professeur met le cylindre sur l'organe examiné (lui et les étudiants mettent les bouts dans les oreilles) et percute comme il est décrit plus haut. Tous entendent la différence des sons très clairement. Le stéthoscope collectif ne peut pas servir pour l'*auscultation* collective, les bruits de voisinage confondant les résultats, mais il pourrait tout de même servir pour l'auscultation des sons, par exemple des cavernes du poumon, etc.

Le stéthoscope collectif peut être fait pour 5, 7, 9, 11 personnes, etc.

Des moyens de réparer les pertes de substance du crâne.

M. E. Sacchi (Gênes). — Dans une trépanation du crâne avec lésion des méninges et de la substance cérébrale, la perte osseuse ne se répare pas, et on observe toujours des adhérences du cerveau avec le tissu fibreux qui comble la cavité trépanée; avec les moyens employés jusqu'aujourd'hui pour réparer les pertes de substance du crâne, lorsqu'il existe une lésion des méninges ou du cerveau, on observe toujours l'adhérence des méninges et du cerveau, soit avec la substance, quelle qu'elle soit, employée pour la prothèse, soit avec les contours de la brèche osseuse.

On sait, en clinique, combien sont fréquents les accès épileptiques et autres troubles nerveux ayant pour origine les adhérences entre le cerveau, les méninges et la boîte crânienne.

Il est donc nécessaire de trouver un moyen qui, d'une part, permette de réparer la solution de continuité du crâne, et, d'autre part, empêcher les adhérences du cerveau à l'enveloppe crânienne.

J'ai, pour combler ces pertes de substance, essayé d'em-

(1) Il est mieux d'employer une clochette plus grande. Le son est plus haut quand on emploie un stéthoscope binaural, mais l'auteur ne conseille pas de l'employer. On peut s'en servir pour l'examen consultatif.

ployer des disques ou des fragments cartilagineux et j'ai pu me convaincre, par l'examen microscopique, que ces fragments étaient capables de vivre et de former un tissu osseux.

Pour empêcher la formation d'adhérences du cerveau aux parties osseuses, j'ai imaginé la méthode suivante : Placer dans la brèche osseuse un disque muni d'une couche suffisante de périoste, et interposer entre le disque et l'encéphale des lambeaux plastiques destinés à empêcher que la substance cérébrale vienne en contact avec les disques.

Pour former ces lambeaux plastiques, je me suis servi du périoste d'os crâniens, ou d'os long; j'ai aussi essayé de transporter des lambeaux de dure-mère pris à un autre animal : les lambeaux périostiques ont été placés « retournés », c'est-à-dire de telle sorte que leur surface externe vînt directement en rapport avec la substance cérébrale.

En théorie, ces deux méthodes devaient correspondre au but proposé, et c'est ce que l'expérience sur les chiens a pleinement confirmé.

Si le disque greffé « retourné » adhère comme s'il avait été placé normalement, si, avec les méthodes que j'ai décrites, on peut éviter les adhérences du cerveau avec le disque, on voit tous les avantages qu'en pourra retirer la clinique.

Une application très étendue de la méthode peut être faite dans les cas de traumatisme du crâne avec perte de substance du cerveau, dans les cas d'extirpation de tumeurs des méninges ou du cerveau, dans les cas d'extirpation ou destruction de quelques centres corticaux dans le but de guérir certaines formes de psychopathies, dans les cas de cicatrices adhérentes du cerveau avec le crâne ou les téguments, etc., en un mot, dans tous les cas où le chirurgien, ayant fait la trépanation, ne veut pas, dans un but thérapeutique, maintenir ouverte la brèche qu'il vient de créer.

L'auteur rapporte ensuite un cas dans lequel, par traumatisme, on eut une perte de substance de la voûte crânienne d'une étendue de 25 centimètres carrés et où il employa son procédé de réparation au moyen d'insertion de disques ostéo-cartilagineux pris sur les épiphyses de fémurs de chien.

Les disques osseux, d'une superficie d'un centimètre carré environ et d'une épaisseur à peu près égale à l'épaisseur du crâne à réparer, vinrent s'appliquer sur la dure-mère comme une mosaïque, s'ajustant bien entre eux et au contour de la brèche crânienne. (Ces disques doivent être pris sur un chien jeune récemment tué.)

L'individu a été opéré le 8 mai, la partie trépanée a un aspect rugueux, de résistance osseuse, ce qui fait supposer que les disques n'ont pu trouver moyen de se réunir immédiatement.

Le patient, grâce à la dépression produite par la cassure et grâce à la compression exercée au commencement sur la dure-mère dans la région du lobe préfrontal droit, présenta des troubles psychiques et des troubles de motilité (ataxie). La compression terminée, le malade recouvra son état mental normal et perdit l'allure ataxique.

L'auteur rapporte ensuite un deuxième cas opéré par lui un mois environ avant. Il s'agit d'un sarcome à petites cellules développé dans le diploé de l'os frontal droit. Il pratiqua une brèche de 16 centimètres carrés dans la voûte crânienne.

Suivant le procédé indiqué, il compensa la perte par des disques ostéo-cartilagineux pris sur les épiphyses du fémur d'un jeune chien.

Le malade, complètement guéri, quitta l'hôpital 27 jours après l'opération. La partie trépanée offre un aspect rugueux, de résistance osseuse, aucun des disques transplantés n'a été éliminé.

Sur la cure permanente des hernies.

M. W. D. Spanton (Hanley). — La conclusion que l'auteur tire d'un grand nombre d'opérations pour toutes sortes de hernies est que dans la grande majorité la cure est permanente. Quand il y a récidive, cette récidive survient en général peu de temps après l'opération. La mortalité étant presque nulle, les malades ne doivent pas refuser l'opération par crainte qu'elle ne soit pas efficace. Même chez les sujets âgés, l'opération pour la hernie inguinale ou fémorale est tout aussi sûre et aussi efficace que chez les jeunes gens.

Pour assurer une guérison permanente, il faut traiter chaque cas d'une façon spéciale. Chez les enfants il suffit de provoquer l'adhérence des parois du sac; chez les autres il faut suturer avec soin l'orifice herniaire ; enfin chez certains sujets il est indispensable de réséquer une partie de l'épiploon et du sac. Les véritables rechutes ne surviennent que chez ceux qui littéralement n'ont pas la place de loger leurs viscères abdominaux, soit par suite d'une flatulence permanente, soit par suite d'une abondance ou d'une laxité congénitale des tissus.

Avec de l'attention, des soins, les causes de récidive pourront disparaître et les rechutes deviendront de moins en moins fréquentes surtout entre les mains des chirurgiens expérimentés.

Le choléra africain en 1893.

M. Alcide Treille (Alger). — Au mois de juin dernier est né en plein Sahara, — puisque le premier cas signalé est celui de Tuggurt, 23 juin, — un choléra qui s'est étendu peu à peu à un grand nombre de points de la province de Constantine, de la Tunisie et à quelques localités de la province d'Alger. L'affection, très meurtrière, a fait plusieurs milliers de victimes.

La plupart des médecins, déroutés au début, ont cru d'abord à ce que l'on appelle les formes pernicieuses de la malaria, puis ils ont conclu nettement au choléra asiatique qui aurait été rapporté par les pèlerins de la Mecque. Or, ceux-ci n'ont commencer à rentrer qu'à la fin d'août et ils étaient indemnes.

Dès le mois de juillet, en me basant seulement sur la marche épidémique de l'affection et ses symptômes, j'ai déclaré que l'on se trouvait bien en présence d'un choléra, mais que ce n'était ni l'asiatique ni l'européen.

Au Lazaret de Constantine, au commencement d'octobre, j'ai pu constater, par la préparation des déjections, que l'organisme pathogène, y existant parfois à l'état de cultures pour ainsi dire pures, n'était pas le bacille-virgule de Koch.

Il se montre sous forme de longues spirilles, d'S plus ou moins allongées, de spirochætes.

J'ai donc isolé par deux procédés différents une spirille (*Spirillum choleræ cirtensis* ou simplement *Spirillum cirtense*) liquéfiant la gélatine beaucoup plus rapidement que le spirillum de Koch et peut-être aussi, au début, que celui de Finkler et Prior. Mais à l'inverse de ceux-ci, il ne s'étend que très lentement dans la profondeur.

Cette spirille est chromogène. Sur agar, au bout de douze heures, on voit une bande saillante, luisante et verdâtre.

Le micro-organisme cultive mal dans les bouillons, comme la plupart des spirilles isolées par Sanarelli au laboratoire de M. Metchnikoff, à l'Institut Pasteur, dans les eaux de Versailles et de Paris.

L'acide chlorhydrique ne produit pas, avec les cultures, la réaction du choléra-roth, mais développe simplement parfois, au bout d'un certain temps, une coloration rose. La culture offre alors l'aspect d'un vin blanc rosé, nouveau et trouble.

Ultérieurement je développerai amplement ce qui est relatif aux caractères microbiens de cette spirille.

M. Sanarelli, dont on connaît la compétence en ces matières, a pu se convaincre, en examinant simplement mes préparations provenant de déjections et de cultures, que ce microbe ne ressemble en rien à ceux des deux autres choléras connus jusqu'ici.

Dans cette affection, la diarrhée prémonitoire n'existe qu'à l'état d'exception. L'invasion est brusque, la marche non pas foudroyante, mais véritablement sidérante dans un grand nombre de cas.

Lorsque le décès ne survient pas rapidement, le rétablissement est généralement prompt. Pas d'anurie persistante. Albuminurie de moins longue durée. Période urémique manquant. Formes toutes très exceptionnelles.

L'injection de l'intestin grêle est moins vive que dans le choléra asiatique. Pas d'hypérémie des plaques de Peyer qui ne sont pas saillantes. Pas de psorentérie. Injection presque limitée à la dernière partie de l'intestin grêle. Gros intestin très congestionné. La muqueuse, gonflée, présente des plaques ecchymotiques ou un piqueté hémorrhagique très vif. Pas d'ulcération des follicules clos de l'intestin grêle ou du gros intestin. La rate n'est pas diminuée de volume.

En raison de ce que j'avais vu faire par les indigènes avec un succès incontestable sur divers points, j'ai conseillé

d'employer l'huile d'olive d'emblée à haute dose en y adjoignant les acides : lactique, tartrique, tannique...

Ce traitement, d'après des renseignements que j'ai reçus au dernier moment, a pu être employé dans l'une des dernières poussées du mois de décembre. Il y aurait eu 13 guérisons sur 20 cas, soit une mortalité de 35 0/0 seulement, alors qu'elle a atteint 85 ou 90 0/0 et que sa moyenne générale paraît avoir été de 60 à 70 0/0.

C'est, en somme, le traitement de l'empoisonnement par les alcalis ou certains alcaloïdes. L'huile est aussi employée par les indigènes contre l'asiatique.

Ce choléra africain me paraît le même que celui qui a régné en 1860 dans la province d'Alger, en 1873-74 dans la province de Constantine, où il a été observé par Lacassagne; en 1885, dans la même province, où MM. les docteurs Casanova et Leroy, de Constantine, se prononcèrent déjà, avec une commission dont ils faisaient partie, contre l'origine asiatique de l'affection.

C'est à ce choléra, endémique au nord de l'Afrique, que l'on doit attribuer la plupart de ces maladies dites fièvres pernicieuses, algides ou cholériformes, dont Maillot, en 1836, signalait la ressemblance frappante avec le choléra asiatique, avant que celui-ci ne fût jamais venu en Afrique.

Des faits semblent prouver que le sulfate de quinine est beaucoup plus nuisible qu'utile. En tout cas, il n'a aucune spécificité contre les diverses formes de ce choléra : entéralgique, cyanotique ou algide, cholériforme, ou cholérique proprement dite, c'est-à-dire avec les selles typiques.

Sur les nouvelles vues d'Emmerich et de Tsuboi en pathogénie du choléra.

M. A. di Vesten (Pise). — La nouvelle théorie pathogénique d'Emmerich et de Tsuboi sur le choléra, par la manière dont elle est établie, n'a que la valeur d'une hypothèse; malgré cela elle est digne de la plus grande attention. Les recherches urologiques et hémospectroscopiques que j'ai faites sur des cholériques lors de la dernière épidémie de Livourne ne confirment pas cette hypothèse, en ce sens que le choléra résulterait d'une intoxication nitreuse *générale*. C'est pour cela que je me suis mis à rechercher si la présence de sels nitreux et d'hydrocarbures (alimentation végétale) dans l'intestin des individus exposés à recevoir les germes du choléra, *ne les mettait pas en péril ou n'augmentait pas la chance d'attraper la maladie dans sa forme légère ou mortelle*, je pus reconnaître dans le fait de la réduction des sels nitreux ou nitriques au moyen d'un acide la cause de la diarrhée cholérique.

Tout en déplorant l'insuffisance de nos moyens actuels de production artificielle du choléra, on ne peut cependant pas accorder une grande valeur aux objections faites par le docteur Klemperer à la théorie en question; reste seul le champ positif d'examen : l'observation clinique et épidémiologique avec le secours des recherches de laboratoire.

Sur le traitement de quelques variétés de calculs vésicaux par la lithotritie périnéale, avec une description des instruments employés.

M. R. Harrison (Londres). — J'ai récemment atteint le chiffre de 400 opérations de la pierre chez l'homme. Dans cette statistique on rencontre des exemples de presque toutes les méthodes opératoires et, quoique la lithotritie y occupe une place prédominante, les tailles latérales, médianes et sus-pubiennes, y sont largement représentées.

En examinant les cent derniers cas opérés par ces diverses méthodes, je trouve que le nombre des morts survenues après des broiements et neuf sections n'excède pas cinq pour cent. Ces cas, il est vrai, représentent actuellement la meilleure moyenne de ma pratique et on peut la considérer comme la conséquence des grands progrès qu'ont amenés dans les opérations de calculs les travaux de Bigelow, Thompson, Guyon, Cadge, Keegan et Freyer, à chacun desquels nous sommes redevables de quelque avantage soit dans la méthode de traitement, soit dans son application.

Les points principaux de l'opération de lithotritie périnéale telle que je vais la décrire sont les suivants : — 1° La manière d'accéder dans l'intérieur de la vessie par la voie périnéale; 2° le mécanisme pour broyer et évacuer le calcul.

Une ouverture médiane est faite dans le périnée dans la partie membraneuse de l'urèthre à l'apex de la prostate sur un conducteur passé dans l'urèthre suffisant pour admettre un petit gorgeret de Wheelhouse et subséquemment l'index dans la vessie, comme cela a lieu dans l'opération de Cok — plus n'est pas nécessaire. Dans l'opération de Dolbeau, l'accès direct dans la vessie était obtenu par ce moyen avec l'aide d'un dilatateur du col de la vessie et de la prostate. Il m'a semblé que cette dilatation n'était pas nécessaire, d'autant plus qu'à moins d'être employée avec la plus extrême prudence elle présentait de sérieux inconvénients, voire même des dangers.

Ensuite j'arrivai à démontrer qu'au moyen d'un forceps de la forme des valves d'un lithotriteur et n'excédant pas en circonférence celle d'un doigt ordinaire, on peut obtenir assez de puissance pour broyer et évacuer toute pierre qui peut facilement être saisie par cette voie. Ce forceps est muni d'une arête dentelée à sa partie médiane et, comme vous le verrez par les spécimens que je vais placer sous vos yeux, il constitue un instrument des plus puissants, dont les deux branches sont munies d'un écrou mobile. Les fragments peuvent être évacués par un cathéter introduit dans la plaie et munie d'un aspirateur ou même simplement par le forceps. Si on a le soin de faire la plaie périnéale de la dimension du cathéter évacuateur qui atteint dans ce cas la dimension d'un index, il n'y a pas de difficulté à garder la vessie distendue pendant l'opération.

Les points principaux qui militent en faveur de cette opération sont les suivants : 1° elle permet à l'opérateur de broyer et d'évacuer des pierres volumineuses en peu de temps; 2° elle présente peu de risques pour la vie du malade en comparaison de la taille latérale ou hypogastrique et elle convient aux sujets âgés ou débilités; 3° elle permet à l'opérateur de laver la vessie et les cavités qu'elle peut présenter plus efficacement que par la voie uréthrale, la voie étant plus courte et les cathéters évacuateurs d'un plus fort calibre; 4° l'opérateur peut s'assurer par l'exploration avec le doigt ou le forceps qu'il ne reste plus de débris dans la vessie; 5° elle permet au chirurgien d'attaquer certaines formes d'hypertrophies ou de tumeurs de la prostate avec atonie de la vessie, de manière à non seulement assurer l'extraction de la pierre, mais encore le rétablissement de la micturition; 6° par l'introduction d'un tube à drainage elle permet de guérir ou d'améliorer d'une façon certaine les cystites dues à la rétention d'urine dans les poches ou les dépressions des parois vésicales.

Trois cas représentant, le premier une pierre phosphatique avec fistule urinaire, le second une pierre d'acide urique pesant plus de trois onces avec enlèvement d'un tumeur polypoïde de la prostate, le troisième d'une pierre phosphatique avec complication de poches vésicales, ont été relatés par Reginald Harrison qui a présenté les calculs.

La recto-cystotomie; avantages et facilité d'exécution de ce procédé, comparé aux autres méthodes de lithotomie.

M. L. Bauer (St-Louis). — La recto-cystotomie est le procédé de choix pour l'extraction des calculs vésicaux. L'opération bien réglée comprend 6 temps : 1° introduction du spéculum de Sims dans le rectum, afin de bien exposer et d'éclairer le champ opératoire, notamment la région du trigone; 2° ouverture de la vessie par une incision verticale; 3° introduction du doigt ou d'une pince dans la vessie, à travers l'incision; 4° extraction du calcul; 5° irrigation de la vessie; 6° suture de la plaie recto-vésicale au fil d'argent.

L'introduction du spéculum est ordinairement facile chez les individus qui ont eu de la dysurie mécanique ou du ténesme, de même que chez ceux qui présentent un certain degré de prolapsus du rectum. En cas de résistance trop grande, on peut faire la section sous-cutanée du sphincter.

Pour rendre le champ opératoire plus accessible, il faut faire préalablement l'injection d'une certaine quantité de liquide dans la vessie. Cette injection a pour effet de repousser le fond de la vessie contre l'anus, d'écarter les uretères et d'éloigner les vésicules séminales qu'on met ainsi à l'abri d'une blessure éventuelle. La blessure du péritoine n'est pas à craindre chez les adultes de la race blanche, chez lesquels le péritoine se trouve à 1 c. 3/4 du champ opératoire, quand la vessie est remplie de liquide. Mais, chez les enfants et les nègres, le péritoine descend très bas dans le petit bassin,

quelquefois jusqu'à la prostate; aussi la recto-cystotomie est-elle contre-indiquée dans ces cas.

L'introduction du doigt ou d'une pince dans la vessie, l'extraction du calcul et l'irrigation ultérieure de la vessie, se font avec la plus grande facilité. La suture de la plaie ne présente pas de difficultés techniques plus considérables que celle d'une fistule recto-vaginale.

En admettant même que la réunion de la plaie soit imparfaite et donne lieu à un suintement d'urine, le liquide passe, dans ce cas, dans un espace tapissé de muqueuse, et s'écoule facilement au dehors.

Sur le vivant, l'opération est des plus faciles et des plus rapides. La sonde à demeure peut être enlevée au bout de quarante-huit heures, la réunion de la plaie complète en 6 ou 7 jours. La guérison est donc plus rapide qu'avec les autres procédés de lithotomie.

Une forme particulière d'entérite ulcéreuse avec perforation de l'iléon.

M. Maragliano (de Rome) a rapporté trois observations d'entérite particulière, à caractères cliniques, anatomiques et bactériologiques presque identiques.

Cliniquement, on pouvait distinguer dans l'évolution de cette entérite trois périodes. La période prodromique, ou plutôt prémonitoire, d'une durée très variable, parfois très longue, dix à douze semaines, était caractérisée par le syndrome de la coprostase et les douleurs abdominales, mais sans fièvre, de sorte que les malades pouvaient encore vaquer à leurs occupations.

La seconde période, celle d'entérite déclarée, avait une durée de cinq à six jours, et était caractérisée par des douleurs abdominales très vives, des vomissements, du tympanisme, avec, quelquefois, de la constipation et de la fièvre.

La troisième période s'est signalée par le syndrome de l'iléus avec péritonite par perforation, facies grippé, vomissements fécaloïdes, collapsus, hypothermie, etc.

Anatomiquement, l'entérite en question était caractérisée par une congestion intense de l'iléon, principalement au voisinage de la valvule iléo-cæcale, avec ecchymoses, foyers hémorrhagiques sous-muqueux et sous-séreux, et ulcérations multiples, dont quelques-unes perforées. En même temps, on trouvait les lésions de la péritonite perforative; la rate était ordinairement tuméfiée; les autres organes paraissaient normaux.

A l'examen bactériologique des foyers hémorrhagiques de l'intestin et de la rate, on put isoler trois bacilles : le bacillus brevis subtilis, un microcoque ovale et un autre microcoque, tantôt monocoque, tantôt diplocoque. Les expériences faites sur des animaux ont montré que les deux premiers micro-organismes étaient seuls virulents, et que leur virulence pouvait être exagérée par l'addition du troisième. Quant à la nature des deux micro-organismes virulents, Maragliano, sans se prononcer d'une façon définitive, admet qu'il s'agissait peut-être là de deux espèces de coli-bacille.

De la suture des os à fil métallique perdu.

M. A. Caselli (Gênes). — Il existe des fractures récentes dans lesquelles la suture des fragments est indispensable si l'on veut obtenir une réunion parfaite et une guérison. Telles les fractures de l'olécrane et de la rotule, où les fragments soumis à l'action des muscles antagonistes sont difficiles à maintenir suffisamment rapprochés, et où il se forme au niveau de la fracture un véritable hématome s'opposant à la cicatrisation des fragments.

Pour ces fractures, Caselli procède de la façon suivante. Il met à nu la fracture par une incision en S et fait le nettoyage soigné du foyer; puis il perfore les deux fragments à une distance égale du trait de fracture et passe dans les trous un fil d'argent de 1 à 1 mm. 1/2 de diamètre qu'il tord de façon à ce que l'anse se trouve en bas. Le fil est ensuite coupé à 1 centimètre du nœud, et les deux extrémités enfoncées dans une cavité creusée dans le fragment supérieur dont le périoste, préalablement incisé sur une étendue de 2 centimètres, est ensuite suturé par-dessus le fil.

On procède de la même façon dans les anciennes fractures de l'olécrane et de la rotule, en ayant seulement soin d'aviver préalablement les surfaces avec la scie circulaire de Péan.

Le traitement post-opératoire comprend le massage et la mobilisation précoce.

Sur 17 cas de fracture de la rotule et 5 de l'olécrane, on a obtenu par ce procédé 28 guérisons radicales avec résultats fonctionnels excellents.

Dans un cas de fracture de la rotule on fut obligé d'enlever le fil à cause de la suppuration, due très probablement à une faute d'asepsie commise pendant l'opération. Dans un autre cas, également de fracture de la rotule, il survint après la guérison une raideur articulaire qu'on pouvait attribuer à un traumatisme antérieur.

Le même traitement est indiqué dans les fractures non réunies du fémur, de l'humérus, du maxillaire inférieur, du coude, du radius, du tibia et du péroné. La technique opératoire ne présente rien de particulier pour le fémur, l'humérus, le maxillaire inférieur et la clavicule, et a donné des résultats parfaits dans les cas (2 fractures de la clavicule, 2 du maxillaire inférieur, 5 de l'humérus, 7 du fémur) où il fut employé. Tous ces opérés ont guéri, sans qu'on fût obligé d'enlever les fils de la suture osseuse.

La suture doit être modifiée un peu dans les pseudarthroses des membres à deux os. Dans ces cas, après avivement de l'ancien foyer de fracture, il est préférable, pour obtenir l'adaptation parfaite des fragments, de faire la section très oblique du second os non fracturé. Si l'on opère à l'avant-bras, il faut avoir soin, pour éviter la soudure de l'espace interosseux, de faire la section de l'os non fracturé à 5 centimètres plus haut ou plus bas que le niveau du foyer de l'ancienne fracture.

Ce procédé permit d'obtenir la guérison avec retour complet des fonctions du membre, dans 1 cas de pseudarthrose du tibia, 2 du radius et 1 du cubitus. Dans l'un des cas de pseudarthrose du tibia, il se forma dans la cicatrice, cinq mois après l'opération, un petit abcès. A son ouverture, on trouva dans le cal le fil à nu, qu'on retira avec la plus grande facilité. Le malade guérit rapidement.

Ces faits montrent que :

1° La suture métallique perdue permet d'obtenir une réunion parfaite des fragments osseux;

2° Elle est applicable aussi bien à certaines fractures récentes qu'aux pseudarthroses des sections opératoires;

3° Le fil d'argent peut rester dans l'os, sans donner lieu au moindre trouble;

4° On n'est obligé de retirer le fil que dans 2 ou 3 p. 100 des cas, soit à cause de la suppuration, soit parce que les dimensions de l'os ne lui permettent pas de fournir un cas capable d'englober le fil.

Traitement de la syphilis par les injections intraveineuses de sublimé.

M. G. Baccelli (Rome), qui depuis quelque temps traite avec succès la malaria grave par les injections intra-veineuses de solutions neutres de quinine, a essayé les injections intraveineuses de sublimé dans la syphilis, après avoir établi par des expériences sur des animaux que ces injections ne comportent aucun danger.

La solution dont se sert Baccelli est composée comme il suit :

Bichlorure de mercure.....	1 gramme.
Chlorure de sodium..... .	3 grammes.
Eau distillée.............	1000 —

La technique de ces injections ne présente rien de particulier. La peau ayant été soigneusement aseptisée et les veines d'un membre rendues saillantes par une constriction réalisée à sa racine, on enfonce l'aiguille de la seringue chargée de la solution, dans une veine du coude, de la main ou du pied. On pousse lentement le piston, et l'absence de toute tuméfaction et de toute douleur montre que l'on est bien dans la veine.

Le traitement des cas graves — car ce sont eux principalement que Baccelli a en vue — commence par l'injection de 1 milligramme de sublimé, soit un centimètre cube de solution au 1000e. On fait une injection par jour, puis au bout de quelque temps on augmente la dose pour injecter 2, 3, 4, voire même 8 milligrammes (dose maxima) de sublimé. Quand on arrive à faire les injections de 4 milligrammes on peut remplacer la solution au 1000e par une autre au 500e afin de ne pas injecter trop de liquide à la fois. Dans les cas urgents on peut débuter par la dose de 4 ou 5 milligrammes de sublimé,

à la condition que la tolérance du malade pour le sel mercuriel soit connue d'avance.

Quelques secondes après l'injection, le malade perçoit déjà le goût caractéristique de mercure dans la bouche, et 5 ou 6 minutes après il survient déjà de la salivation.

D'après Baccelli, les avantages des injections intraveineuses de sublimé seraient les suivants : 1° incorporation des quantités minimes de mercure comparativement aux méthodes ordinaires; 2° possibilité de combattre rapidement certains symptômes tenant à un empoisonnement direct du sang par le virus syphilitique; 3° action rapide et efficace sur les vaisseaux mêmes qui, comme on sait, sont le siège de prédilection des lésions syphilitiques; 4° pénétration du médicament avec les humeurs circulantes, dans tous les tissus.

Adhérences chroniques des intestins.

M. A. Jaenicke (Breslau). — Chez 60 à 70 0/0 des femmes âgées de 20 à 40 ans et considérées comme hystériques à cause des troubles peu précis qu'elles présentent, on trouve à l'examen attentif de l'abdomen des adhérences entre les intestins résultant de péritonitites antérieures.

On ne peut sentir ces adhérences que lorsque la palpation est pratiquée quand la malade est à jeun. Dans ces conditions on trouve une résistance plus considérable dans certains endroits, résistance qu'on retrouve aux examens ultérieurs.

Dans 75 0/0 de ces cas, les adhérences sont produites par une irritation péritonale consécutive à une affection générale passée inaperçue. Dans les autres 25 0/0 des cas, une moitié a pour origine une ancienne pérityphlite, et l'autre une affection ulcéreuse du tube digestif ou les coliques hépatiques.

Le traitement comprend un régime sévère, les révulsifs destinés à favoriser la résorption des exsudats et la saignée en cas de poussées aiguës.

Modifications des échanges interstitiels sous l'influence des excitations thermiques.

M. A. Strasser (Vienne). — On sait depuis longtemps que, sous l'influence de l'hydrothérapie, certaines affections caractérisées par un trouble de nutrition (obésité, oxalurie, diathèse urique, etc.) s'améliorent et qu'au bout d'un certain temps les échanges nutritifs deviennent normaux.

Les recherches de ces dernières années ont montré que, sous l'influence des actions thermiques, les échanges azotés deviennent plus intenses. Les recherches personnelles de M. Strasser, faites sur deux individus atteints l'un de neurasthénie et l'autre de sclérose des cordons latéraux, ont confirmé ce fait en montrant que, sous l'influence des actions thermiques, l'utilisation d'azote s'effectue d'une façon plus intense; que lorsque l'organisme doit fournir un travail exagéré il utilise exclusivement l'azote des aliments sans avoir recours à celui de ses cellules.

La salipyrine.

M. A. Hennig (Kœnigsberg). — Tout le monde est d'accord pour considérer la salipyrine comme un excellent anti-névralgique. Tous les auteurs ont également constaté que la salipyrine rend des services considérables dans le rhumatisme articulaire aigu. Si Hitschmann (de Vienne) ne lui reconnaît pas de propriétés anti-rhumatismales, c'est qu'il n'a pas suivi les règles de l'administration de ce médicament. La salipyrine ne peut rien faire contre les complications cardiaques, mais, lorqu'elle est administrée d'une façon précoce et énergique dans le rhumatisme articulaire aigu, elle prévient à coup sûr les complications. Dans la laryngite rhumatismale, la salipyrine rend de grands services, comme topique, en insufflations intralaryngées, comme médicament administré par la bouche. L'application de pommades à base de salipyrine peut être utile dans le rhumatisme articulaire aigu.

La salipyrine est encore un antithermique de premier ordre à la dose de 3 à 4 grammes chez l'adulte. L'abaissement de la température n'est suivi d'aucun accident et reste dans les limites de la normale. Aussi la salipyrine est-elle particulièrement indiquée chez les enfants à la dose de 0.30 à 0.50 centigr.

Dans le coryza aigu fébrile de même que dans le refroidissement accompagné de maux de tête et de malaise général, la salipyrine fait rapidement disparaître tous les symptômes morbides. Mais son emploi principal est dans l'influenza, dont elle est le véritable spécifique. La salipyrine donne des succès éclatants dans les formes cardiaques et nerveuses de l'influenza; dans la forme gastro-intestinale, il faut commencer par donner du calomel et continuer ensuite par la salipyrine.

La salipyrine agit enfin comme hémostatique dans les métrorrhagies non liées à des tumeurs de l'utérus. Dans ces cas il faut l'administrer à haute dose.

Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus et de quelques autres affections intrapéritonéales.

M. Thomas More Madden (Dublin). — *Traitement chirurgical des tumeurs de l'utérus.* — Il est impossible, dans les limites de cette communication, de traiter à fond une question aussi vaste et aussi controversée que celle qui a trait aux indications générales d'une intervention chirurgicale dans le traitement des fibromes utérins. Cependant, je crois que de cette discussion pourra jaillir quelque lumière montrant les mérites comparatifs des différentes opérations par la voie intra-péritonéale ou la voie vaginale et sur la valeur du traitement par l'électricité. Il ne faut pas non plus oublier que dans certains cas il est possible d'arrêter la croissance de ces tumeurs par un traitement médical; on peut en faire cesser les hémorrhagies par l'ergot de seigle et l'iodure de potassium, faits sur lesquels j'ai déjà attiré l'attention.

Au sujet de l'intervention chirurgicale, je dirai que dans la majorité des cas de tumeurs utérines interstitielles ou sous-péritonéales, un traitement très actif ne me paraît pas indispensable; il est rare, en effet, que ces tumeurs menacent la vie et généralement elles s'arrêtent dans leur développement et ne produisent plus de symptômes à partir de la ménopause. Il est rare qu'il y ait vraiment lieu de faire la castration, opération qui, cependant, est parfaitement indiquée dans les cas de fibromes à marche rapide donnant lieu à des hémorrhagies qu'on ne peut arrêter ou à des phénomènes de compression et survenant surtout chez de jeunes femmes.

L'hystérectomie, bien qu'indiquée dans des cas exceptionnels, s'accompagne d'une mortalité telle qu'on ne peut la considérer comme une opération de choix dans une affection qui, abandonnée à elle-même, a une mortalité presque nulle. Quant à la myotomie, si l'on considère son issue trop fréquente, on en peut dire qu'elle est plutôt destinée à enlever la malade à sa tumeur que la tumeur à la malade.

Traitement des fibromes utérins par l'électricité. — Depuis quelques années j'ai eu occasion d'employer cette méthode à mon hôpital et dans ma clientèle. Au point de vue des hémorrhagies, les résultats sont très satisfaisants, car cette méthode m'a souvent permis de les arrêter. Apostoli et d'autres ont vu cette méthode amener une cure complète, ce que je n'ai jamais vu; mais ce traitement a, sous mes yeux, fait diminuer très notablement plusieurs de ces tumeurs, au bout de six semaines à deux mois. Dans tous les cas je me suis servi de l'électrode abdominale d'Apostoli; le courant était manopolaire et agissait directement sur la tumeur par le pôle intra-utérin; ce courant était produit par une forte batterie Leclanché capable de donner un courant maximum de 250 milliampères. Dans le premier de mes cas j'ai employé le courant négatif, mais ensuite je ne me suis plus servi que du courant positif, qui expose moins aux accidents, tout en agissant aussi bien comme galvano-caustique; de plus, par son action hémostatique, il est plus approprié à ces grosses tumeurs qui produisent des hémorrhagies si considérables.

Si les résultats de Cutter et ceux d'Apostoli, à la suite de l'emploi de l'électricité, résultats qui donnent 95 0/0 d'amélioration permanente dans les cas de fibromes, sont confirmés par d'autres, comme je l'espère, nous pourrons nous féliciter d'avoir enfin trouvé un traitement efficace et bénin des tumeurs utérines, ce qu'on cherchait depuis bien longtemps.

Traitement des affections des trompes de Fallope. — J'arrive aux affections des trompes dont on s'occupe tant au point de vue du traitement, question que j'ai déjà traitée ailleurs. Je me contenterai de faire remarquer que, tout en reconnaissant l'utilité de l'ablation des annexes dans certains cas de pyo-salpinx et d'hydro-salpinx et en rendant justice à l'habileté avec laquelle ces opérations ont été perfectionnées, mon expérience personnelle m'a conduit à ne pas regarder la laparotomie comme indiquée d'une façon générale comme paraissent le croire la plupart des auteurs. Je crois au con-

traire que dans certains cas, surtout quand il s'agit d'hydrosalpinx, l'affection peut guérir sans intervention chirurgicale; de plus, il n'est pas rare que ces collections purulentes ou séreuses puissent être évacuées par une ponction vaginale. J'ai pu constater les avantages de cette méthode chez une dame qui, malade depuis plusieurs mois, vint me consulter et me demanda l'ablation de ses annexes; je pus la guérir par une ponction de la trompe. Je crois donc qu'il est utile de recourir à ces petits moyens avant d'avoir recours à une ablation des annexes.

Indications et contre-indications du traitement local de la phthisie laryngée.

M. Browne (Londres). — Les inflammations, les ulcérations et les néoplasmes qui apparaissent dans le larynx au cours de la phthisie pulmonaire sont très probablement tuberculeux : cependant une tuberculose laryngée primitive peut exister. Virchow a dit que le larynx est l'organe qui permet le mieux la constatation de l'évolution tuberculeuse. C'est également l'organe qui permet le mieux un traitement local, qui, exceptionnellement curatif, arrête du moins les progrès de l'affection et n'est pas seulement palliatif.

Contrairement à l'opinion qui a généralement cours, l'amélioration de l'état général et de l'état pulmonaire n'est pas la cause, mais bien souvent est le résultat direct d'un traitement local agissant sur les lésions des voies aériennes supérieures.

Indications du traitement. — 1° Conditions laryngées : que l'état soit aigu ou chronique.

2° Stade de la tuberculose : qu'il y ait de l'infiltration, de l'ulcération superficielle ou profonde, de la nécrose ou de la carie des cartilages, ou des néoformations constituant des tumeurs.

3° Etat pulmonaire.

Les résultats du traitement établi dans 102 cas de phthisie laryngée par 8 observateurs différents montrent que chez 32 malades chez lesquels il y avait une affection pulmonaire double, il n'y a eu aucun cas de guérison, et que 3 seulement ont été améliorés par le traitement. Chez 31 malades n'ayant qu'un poumon d'atteint, les lésions de ce poumon étant graves, il y a eu une guérison et 3 améliorations. Chez 24 malades n'ayant que des lésions peu avancées d'un seul poumon, il y eut 6 guérisons et 16 améliorations. Dans 15 cas ne s'accompagnant d'aucune lésion pulmonaire, il y eut 2 guérisons et 7 améliorations.

On peut conclure de là que les chances de guérison et même d'amélioration dépendent en grande partie de la coexistence et du degré des lésions pulmonaires.

Méthodes et limites du traitement local. — La morphine est contre-indiquée, sauf dans les cas désespérés; la cocaïne n'est qu'un préliminaire pour le curettage laryngé ou le traitement par l'acide lactique; elle peut encore être utile pour soulager temporairement la dysphagie.

On doit accorder la préférence à l'application des remèdes sous forme de spray (à l'exception de l'acide lactique) et on n'aura recours ni aux insufflations ni au pinceau.

A la période préulcérative, les meilleurs remèdes sont le menthol ou le menthol et l'iodol dans l'huile et l'aristol dans l'éther.

La curette sert :

1° A enlever les hyperplasies;

2° A faire disparaître les produits de nécrose des ulcérations et à réunir en une seule surface toutes les surfaces de petits ulcères multiples.

Le curettage, sans être indispensable, est utile pour assurer l'efficacité des applications d'acide lactique; mais un grattage n'est pas nécessaire avant chaque application d'acide; il suffit de faire ce grattage une fois sur 5 ou 6 applications d'acide. Il faut, pour que ces applications d'acide agissent, faire des frictions assez fortes. Les ponctions et les incisions dans les tissus infilfrés (Schmidt, Rosenthal) sont inutiles, car elles ne servent qu'à favoriser l'ulcération. L'extirpation des cartilages aryténoïdes (Heryng, Gouguenheim) n'est pas non plus indiquée; ces cartilages sont en effet rarement malades, ou, quand ils le sont, les choses sont trop avancées pour que cette intervention soit utile.

L'expérience personnelle de l'auteur condamne la trachéotomie pour la tuberculose laryngée. Il faut, en même temps qu'on établit un traitement local, se préoccuper des conditions hygiéniques, de la médication interne et des conditions climatériques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril 1894.

MM. Burcker, Hanriot et G. Pouchet se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et chimie médicales.

Élections.

M. Malassez est élu membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique par 41 voix sur 77 votants, contre 33 voix à M. A. Voisin, 2 à M. Hanot, 1 à M. Vaillard et 1 bulletin blanc.

Hépatite suppurée.

M. Bertrand communique l'observation d'un cas d'hépatite suppurée survenue chez un soldat venant du Tonkin, et dans le pus duquel il a trouvé plusieurs variétés de staphylocoques, des bacilles d'Eberth, une bactérie encore indéterminée et une variété de streptocoque. Neuf ans auparavant, le malade avait été atteint de fièvre typhoïde, et, après deux séjours successifs au Tonkin, d'accès de fièvres paludéennes et de dysenterie aiguë (sera publié).

Fièvre typhoïde au Havre.

M. Brouardel. — Le Havre est, comme l'a montré il y a huit jours M. Gibert, une des villes de France le plus gravement atteintes par la fièvre typhoïde. Sur les 197 villes dont j'ai pu observer la statistique depuis 1886, j'ai constaté que pour la période 1886-1891 le Havre occupait à cet égard le 192e rang avec 1,077 décès typhoïdes donnant une mortalité de 16 p. 10,000. La dernière épidémie de Paris, celle qui sévit actuellement, n'a pas tué 400 personnes; l'année la moins chargée au Havre de 1886 à 1891 donne 91 décès, soit 7,8 p. 10,000, ce qui constituerait pour Paris une épidémie faisant 1,729 victimes. D'ailleurs, soit par lui-même, soit par ses indications, le Havre est le plus gros foyer de fièvre typhoïde du Nord. Comment peut-on le faire disparaître?

Pour M. Gibert, la cause unique de l'état sanitaire du Havre au point de vue épidémique est la souillure du sous-sol. Des renseignements que j'ai recueillis et de ceux que j'ai extraits de la statistique même du Bureau d'hygiène, je suis obligé de conclure d'une façon diamétralement opposée, ou du moins de déclarer que ce ne sont pas les quartiers dont le sol serait le plus infecté, au dire de M. Gibert, qui présentent le plus de cas de fièvre typhoïde. Au contraire, j'ai dit et je maintiens que la répartition typhoïdique est bien en rapport avec l'alimentation d'eau potable, ce qui tient à ce que les sources de Saint-Laurent étaient mal protégées contre les infiltrations et les souillures du sol.

M. Gibert objecte que nous n'avons pas trouvé de bacilles typhiques dans ces eaux; mais notre analyse a été faite à une époque où l'épidémie était à peu près terminée; au surplus, en matière d'épidémie typhoïdique, cet examen est toujours trop tardif.

Pour établir la théorie hydrique de la propagation de la fièvre typhoïde, nous ne nous sommes pas basé seulement sur la valeur d'un microbe sur lequel discuteront même les bactériologistes, nous avons établi que les groupes d'individus qui étaient atteints buvaient la même eau, qu'à côté d'eux se trouvaient des groupes peu ou pas atteints qui buvaient une autre eau : je l'ai démontré pour Clermont-Ferrand, et chaque fois que dans une ville, comme à Rennes, comme à Angoulême, etc., on a modifié le régime des eaux d'alimentation, on a vu la mortalité générale diminuer et surtout la mortalité typhoïdique.

(M. Brouardel expose alors le régime des eaux du Havre, la situation générale des sources qui l'alimentent, la composition chimique des eaux de ces sources et leur origine géologique.)

Les sources de Saint-Laurent sont dangereusement avoisinées; elles peuvent être contaminées aussi bien par les maisons qui se trouvent près de leur point de captage que par l'épandage des vidanges sur les terrains crétacés qui les surplombent.

Au mois d'août 1886, des tinettes de la ville du Havre ont été répandues en assez grande quantité sur le plateau; la fièvre typhoïde a éclaté épidémiquement au Havre en mai 1887. Cette dernière année, la même pratique est répétée sur le plateau en septembre et octobre; en mai 1888, la fièvre typhoïde reprend épidémiquement au Havre. Cette relation de cause à effet entre l'épandage des matières fécales et l'apparition de la fièvre typhoïde est d'autant plus admissible que le bacille typhique existait, à n'en pas douter, dans les tinettes déversées, que le temps écoulé entre l'épandage et l'apparition de l'épidémie correspond à la rapidité d'écoulement des eaux à travers le sol.

Sans doute, il n'est pas impossible que la fièvre typhoïde se propage par contact, mais elle a alors une extension limitée à un logement ou à une maison, et ce n'est que secondairement, lorsque le germe a été apporté, que pareil fait se produit dans certaines conditions d'encombrement; celui-ci favorisant la propagation, mais ne créant pas la maladie.

M. Gibert me reproche d'avoir mis en cause les eaux de Saint-Laurent et d'avoir négligé les causes de pollution du sous-sol du Havre par les eaux usées, au risque de ne pas y obtenir ce que le drainage aurait permis d'obtenir dans certaines villes étrangères. Je ne vois pas qu'à Bruxelles, Berlin, Dantzig, Francfort, villes citées par M. Gibert, le drainage ait supprimé la fièvre typhoïde, et j'y constate que chaque fois que les eaux d'alimentation y ont été polluées, la fièvre typhoïde a eu une recrudescence marquée, tandis que, dans des villes françaises comme Rennes et Angoulême, l'amenée seule d'eau pure a suffi pour faire presque disparaître la fièvre typhoïde.

Du reste, je n'ai jamais nié, car je le disais avec M. Thoinot dans notre rapport de 1889, qu'il ne fallût pas seulement mieux protéger les sources de Saint-Laurent qui alimentent le Havre, mais encore y compléter le réseau d'égouts et empêcher au plus vite l'infection du sous-sol. Aussi, comme conclusion à ce débat, je propose à l'Académie de demander au ministre de l'Intérieur de nommer une commission qui serait chargée d'indiquer les mesures à prendre pour assainir la ville du Havre.

M. Gibert. — Je ne puis que m'associer à cette proposition qui montrera avec quel soin les médecins du Havre, son administration et le Bureau d'hygiène ont poursuivi l'étude de son assainissement depuis longtemps et quel est le bien-fondé de leur opinion sur la cause de la persistance de la fièvre typhoïde dans cette ville.

Toute l'argumentation de M. Brouardel repose sur la possibilité ou plutôt sur la réalité de la contamination des eaux de sources de Saint-Laurent par l'épandage de matières fécales au niveau des eaux de sources. Je ne crois pas cette contamination possible.

Les eaux de sources de Saint-Laurent viennent en effet du plateau de Caux, dans une direction nord-est; elles sourdent à une profondeur telle qu'aucune eau pluviale ne peut leur arriver de la surface du sol qu'après une filtration lente et complète. Si le terrain crétacé qui compose une partie de ce sol peut avoir des cassu es, la couche arable qui le surmonte n'en a pas, et sur une épaisseur suffisante.

Le fait a été étudié par les géologues et la carte de M. Lapparent a précisément montré à la municipalité que ces eaux pouvaient être captées sans crainte. D'ailleurs, les puits forés à leur voisinage dénotent une absence absolue de contamination par suite de l'épandage des matières fécales à la surface distante de 70 à 60 mètres des eaux, même après des pluies torrentielles.

L'eau captée circule jusqu'au Havre dans des conduites forcées en fonte et sous une pression considérable; comment des microbes typhiques, au cas où il en serait déversé aux sources, pourraient-ils s'y multiplier dans une eau courant dans de telles conditions et alors qu'ils y seraient projetés d'une façon continue pendant plusieurs semaines chaque année?

Au surpls, la courbe de la fièvre typhoïde montre qu'elle ne sévit pas avec la même intensité au Havre chaque année ; deduis 1887-1888, elle s'est abaissée, tandis que si l'on admettait la théorie de M Brouardel, elle eut dû avoir les mêmes allures chaque année.

Je crois devoir ajouter qu'à aucune époque, et ce'a depuis des années, aucun de ceux même parmi les plus compétents, qui ont cherché des bacilles typhiques dans les eaux distribuées au Havre, n'a pu en découvrir un seul, tandis que l'eau des égouts et le sous-sol en renferment toujours une quantité considérable. C'est donc surtout là qu'il faut rechercher la cause de la fièvre typhoïde, d'autant plus que son extension est en rapport direct avec le degré d'infection de ce sol suivant les quartiers.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Ch. Périer, l'Académie établit comme suit la liste des candidats au titre d'associé national :

1° M. Bouchacourt (de Lyon), 2° M. Azam (de Bordeaux), 3° M. Delore (de Lyon).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 13 avril 1894.

Préparations par la méthode de Golgi.

M. Azoulay montre des applications de la méthode de Golgi à d'autres tissus que le tissu nerveux. Les préparations portent sur le foie, le tube rénal, les muscles. Il montre ensuite sur un embryon de poulet que la fibre motrice nerveuse est visible dès le sixième jour.

Tuberculose de la région costale.

M. Souligoux commente deux cas de tuberculose de la région costale. Dans le premier cas, trois ou quatre trajets fistuleux existaient. La mamelle soulevée, on découvrit qu'au siège de la tuberculose il y avait une fracture de côte, consécutive à une tuberculose costale complète. Il n'y avait aucune apparence de lésion pleurale au même niveau.

Dans le deuxième cas, il y avait deux abcès froids, l'un du cou, l'autre de la région pectorale. En prenant avec la main la collection de la région pectorale, on constata qu'elle s'affaissait et que la tumeur fluctuante disparaissait. A l'autopsie on découvrit que les deux abcès communiquaient par un trajet fistuleux qui passait en arrière de la clavicule. Le pus de la région pectorale avait été refoulé vers la région sus-claviculaire à travers le trajet de communication. Dans ce cas il y avait tuberculose pulmonaire avec cavernes, adhérences pleurales tuberculeuses; nulle part on ne trouvait de lésion costale.

M. Souligoux pense que l'on peut considérer, au point de vue de l'origine, trois sortes d'abcès froids de la région costale : des abcès froids d'origine osseuse, d'origine pleurale, d'origine ganglionnaire.

M. Guinard fait observer à M. Souligoux que M. Verneuil a dit de vieille date que les abcès froids costaux ont souvent pour point de départ les ganglions voisins, sans participation costale.

Angiomes de l'avant-bras.

M. Boulai montre une série d'angiomes veineux de l'avant-bras, observés chez un enfant de trois ans, mort de méningite tuberculeuse. Ces angiomes se traduisaient pendant la vie par de petites tumeurs multiples siégeant sous la peau, dont deux ne disparaissaient pas par la pression. Les mêmes tumeurs existaient à la partie antérieure du sternum, du côté gauche. Aucune autre trace d'ectasie veineuse n'a été trouvée dans les viscères à l'autopsie.

M. Jardet fait observer qu'on trouve très peu de fibres élastiques dans les vaisseaux qui sont le siège d'angiomes. Il dit que l'ectasie de ces vaisseaux est probablement due à la pauvreté de la paroi vasculaire en tissu élastique. Si l'on cautérise l'angiome, il arrive dans certains cas que l'on voit se développer à sa place un névrome sous-cutané douloureux. Toutefois ici le mot névrome est impropre, car histologiquement il s'agit de myome, fait remarqué d'abord par M. Balzer.

M. Broca rapporte qu'il a opéré deux fois, pour des tumeurs érectiles, l'enfant qui fait l'objet de la présente communication. Cet enfant présentait sur tout l'avant-bras des bosselures noueuses qui formaient deux agglomérations principales, l'une à la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras, l'autre entre le 1er et le 2e métacarpien. Ces bosselures ont été enlevées et il est à remarquer que sur la pièce présentée la cicatrice est parfaite, sans aucune apparence de névrome en formation.

F. Potier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 avril 1894.

Rupture du rein.

M. Gérard Marchant constate que les trois dernières observations de M. Tuffier prouvent que l'hématurie n'est pas à elle seule une indication opératoire; mais il ne faudrait pas se hâter d'en conclure à l'abstention. Dans un travail fait avec M. Aldibert, M. Marchant a relevé 17 cas où les malades sont morts d'hémorrhagie et où l'intervention opératoire seule pouvait les sauver.

Il faut donc opérer si l'on voit la collection sanguine augmenter, l'état général s'aggraver, et faire une incision exploratrice, après quoi on se comportera suivant les lésions constatées.

Calculs de l'urèthre.

M. Bazy fait un rapport sur deux cas de calculs de l'urèthre :

1° M. Lary (Saint-Orens) a observé un vieillard qui porta pendant 14 ans, sans gêne, une tumeur périnéale, peu à peu grosse comme un œuf de poule. Puis se déclarèrent des accidents inflammatoires, pour lesquels le malade refusa toute opération; le calcul s'élimina par un abcès et enfin la fistule consécutive guérit spontanément;

2° M. Piogey (Asnières) a fait l'uréthrotomie interne pour un calcul gros comme un haricot qui, après avoir été longtemps bien supporté, causa une rétention d'urine. Il se forma comme dans le cas précédent un abcès périnéal; élimination du calcul; guérison de la fistule, quoiqu'il y eût une destruction considérable de la paroi inférieure de l'urèthre.

A ce propos, M. Bazy résume la thèse de son élève Roux, relative à ces calculs. Il montre que certains calculs phosphatiques peuvent se former sur place dans l'urèthre; que d'autre part l'infection locale joue un rôle important dans la genèse des accidents qui favorisent la sortie des corps étrangers. Par l'opération on obtient de fort bons résultats, mais il faut reconnaître aussi que souvent la nature fait très bien les choses.

Torsion du pédicule de la rate.

M. Terrier lit un rapport sur une observation de M. Hartmann relative à une splénectomie pour torsion du pédicule d'une rate hypertrophiée (2190 gr.) chez une femme paludique. Les accidents, à début brusque, avaient été ceux d'une péritonite aiguë pour laquelle M. Hartmann fit une laparotomie médiane. Derrière l'épiploon, entouré d'adhérences molles, il trouva la rate dont le pédicule était tordu deux fois sur lui-même dans le sens des aiguilles d'une montre. Le péritoine contenait un liquide citrin, dont M. Morax vérifia la stérilité. La femme guérit rapidement et aujourd'hui, après une leucocytose passagère, se porte fort bien.

Les cas de ce genre sont plus fréquents que ne le pense M. Heurtaux qui, à l'occasion d'un fait personnel, n'a pu en trouver qu'un seul autre. La plupart du temps il en résulte des accidents péritonitiques plus ou moins aigus, d'où indication opératoire (Albert, Bland Sutton, Heurtaux, Mills); quelquefois, il y a seulement des crises douloureuses dans l'hypochondre gauche (Prochownickz, Lawrence, Smith, Glascow). La torsion a toujours lieu dans le sens des aiguilles d'une montre. Bl. Sutton, Glascow ont tenté de remettre en place l'organe détordu, mais les accidents ont récidivé, d'où splénectomie secondaire. Il faut donc faire d'emblée la splénectomie.

M. Delorme présente deux malades :

1° Une *cystocèle inguinale* opérée avec succès;

2° Une *fracture du fémur* par arme à feu de la variété *par contact*, c'est-à-dire sans esquille libre primitivement. D'après M. Delorme, la suppuration des fractures d'armes à feu est en rapport avec leur variété anatomique, ce que **M. Terrier** a contesté formellement.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 avril 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Propriétés antithermiques du gaïacol.

M. Gilbert. — J'ai employé le gaïacol synthétique obtenu par MM. Béhal et Choay. Ce corps est fusible à 28° et peut être sans inconvénient appliqué sur la peau du thorax ou des cuisses. Les doses utilisables sont celles de un à un et demi gramme : au-dessus, on pourrait avoir des accidents, du collapsus, la mort même, comme cela a été observé avec deux grammes de gaïacol liquide du commerce. Chez les tuberculeux, l'emploi des doses indiquées détermine rapidement un abaissement thermique qui s'accentue pendant 3 heures. Puis vient une réascension tantôt brusque, tantôt lente. Après 5 à 7 heures le thermomètre a repris son niveau habituel. On voit même parfois une sorte d'hyperthermie temporaire, de réaction thermique. Le gaïacol liquide produit des effets analogues, ainsi que le créosol, qui en est un constituant important. Le créosol est moins toxique et peut s'employer aux doses de deux grammes à deux grammes et demi.

M. Capitan. — En employant les badigeonnages de gaïacol, j'ai vu que les malades au bout de quelques jours cessaient de se montrer sensibles au médicament.

M. Gilbert. — Les effets mentionnés ont été obtenus avec une constance remarquable dans des recherches poursuivies 12 jours chez le même sujet.

Action des vapeurs mercurielles sur les œufs de poule.

M. Féré. — Ce point de physiologie a été étudié autrefois par Gaspard et par Cl. Bernard. Ce dernier observateur avait admis que l'action toxique du mercure sur les œufs en incubation ne commence qu'à partir du moment où l'embryon possède un rudiment de système nerveux. M. Dareste à son tour a repris ces études : il a observé des monstruosités, mais non l'arrêt de développement des œufs. A mon tour j'ai repris ces recherches et j'ai pu obtenir des résultats identiques aux précédents.

Action des toxines sur la sécrétion lacrymale.

M. E Berger. — Mes recherches m'ont montré qu'au cours des maladies infectieuses les poisons solubles peuvent influencer les glandes lacrymales et en tarir plus ou moins la sécrétion. Ceci s'observe bien au deuxième septénaire de la fièvre typhoïde, dans les rougeoles malignes, dans le choléra. Il en résulte une sécheresse de la conjonctive et de la cornée ; celle-ci s'altère, son épithélium devient caduc, il se produit des fêlures. Les microbes pathogènes peuvent alors faire invasion. Il en résulte une opacité cornéenne et un ramollissement progressif. Les faits qui se passent dans les yeux d'un cadavre sont très analogues.

Les maladies qui entraînent une inocclusion palpébrale, le goître exophthalmique en particulier, peuvent entraîner des conséquences très comparables. On pourra prévenir en grande partie ces inconvénients, en faisant des lavages répétés de l'œil avec la solution de sel marin à 4 pour mille ou en injectant même cette solution dans le cul-de-sac conjonctival.

Mécanisme de l'hyperglycémie déterminée par la piqûre diabétique et par les anesthésiques.

M. Kaufmann. — En poursuivant l'analyse expérimentale de la régulation de la fonction glycoso-formatrice, j'ai découvert des faits nouveaux qui permettent de saisir le mode d'action du système nerveux sur la glycoso-formation et de comprendre les perturbations diverses de cette fonction.

Après avoir coupé les nerfs splanchniques, ou les filets nerveux qui du ganglion solaire se rendent au foie et au pancréas, la piqûre diabétique ainsi que les anesthésiques ne déterminent plus d'hyperglycémie. La section isolée des nerfs du foie ou la section isolée des nerfs du pancréas n'empêche pas l'hyperglycémie d'apparaître quand on fait ensuite la piqûre diabétique ou quand on anesthésie les animaux. *Donc l'action créée dans les centres nerveux sous l'influence de la piqûre diabétique et des anesthésiques est transmise simulta-*

nément au foie et au pancréas. Il en résulte que le pancréas reçoit une action fréno-sécrétoire pour sa sécrétion interne, pendant que le foie reçoit une action excito-sécrétoire pour la sécrétion du sucre. Ces deux actions concourent au même but : la production de l'hyperglycémie. Dans la production du travail glycoso-formateur, le foie doit être considéré comme le moteur, et le pancréas comme le frein. Le travail s'accroît quand le frein pancréas cesse d'agir pendant que le moteur foie augmente sa force excito-sécrétoire. Le pancréas, en effet, cesse de déverser dans le sang son produit de sécrétion interne qui est frénateur pour les cellules hépatiques, en même temps que le foie reçoit, par ses nerfs, une excitation sécrétoire plus forte. Ces deux effets s'ajoutent et l'organe glycoso-formateur acquiert le maximum de sa puissance glycoso-sécrétoire. A l'aide de ces faits on saisit facilement le mécanisme qui préside à la régulation de la fonction glycémique et le mode de production de toutes les formes cliniques et expérimentales du diabète sucré.

La glycosurie, conséquence de l'hyperglycémie, a toujours pour cause directe la suppression plus ou moins complète de la sécrétion pancréatique interne, coïncidant, ou non, avec l'augmentation de l'excitation glycoso-sécrétoire du foie. L'extirpation du pancréas, toute altération pathologique du pancréas qui aboutit à la suppression de sa sécrétion interne, toute influence nerveuse, qu'elle soit d'origine centrale ou d'origine réflexe, exerçant une action frénatrice puissante sur la fonction sécrétoire interne du pancréas, toutes ces causes isolées ou associées auront pour conséquence la production de l'hyperglycémie et de la glycosurie. On comprend ainsi comment le diabète sucré peut se développer à la suite de lésions très diverses intéressant l'encéphale, la protubérance, le bulbe, la moelle, le pneumo-gastrique, le grand sympathique, le pancréas, le foie, etc. Ainsi s'expliquent aussi les formes de diabète d'origine réflexe émotive et toxique qui généralement ne sont pas accompagnées de lésions matérielles dans les organes. Ces actions pathologiques diverses et variées aboutissent toutes à l'arrêt plus ou moins complet de la sécrétion pancréatique interne et par conséquent à la suppression de l'action frénatrice exercée sur les cellules hépatiques. En somme, toutes les formes cliniques ne sont que les variétés d'une forme unique dont le type est le diabète expérimental obtenu par l'extirpation totale du pancréas.

M. d'Arsonval. — Les faits rapportés par M. Kaufmann sont très intéressants. Je voudrais seulement demander s'il est possible d'interpréter le mécanisme de ces actions. Cl. Bernard avait admis que la transformation du glycogène en sucre se fait dans le foie à l'aide d'un ferment spécial. Il faudrait donc admettre que la sécrétion interne du pancréas agit sur ce ferment pour en modérer les effets.

M. Kaufmann. — Je n'ai pas encore d'explication satisfaisante du phénomène, mais je pense que la production du sucre dans le foie résulte de l'activité vitale propre des cellules hépatiques et ne comporte pas l'intervention d'un ferment.

Sénilisation de la rate.

M. Pilliet. — J'ai montré antérieurement que chez le vieillard l'involution splénique était représentée par un épaississement de la trame et une disparition des éléments cellulaires des cavités bulbaires. Or, j'ai vu récemment qu'en intoxiquant les animaux par le nitrate d'urane ou l'hydroxylamine on reproduisait des lésions spléniques de même forme et une véritable sénilisation artificielle de la rate.

Coagulation du sang.

M. Arthus. — La production de la fibrine aux dépens du fibrinogène n'est pas encore bien élucidée, et d'aucuns pensent qu'il pourrait s'agir d'une simple transformation isomérique. Or, j'ai pu, en calculant exactement le poids du fibrinogène et de la fibrine, montrer que le poids de cette dernière est toujours inférieur à celui du corps dont elle provient.

Rôle de l'alimentation dans le diabète pancréatique expérimental.

M. Thiroloix. — Des chiens restés à jeun pendant cinq et sept jours n'ont pas présenté de glycosurie lors de l'ablation de leur pancréas. La glycosurie ne survenait que si on les alimentait avec de la viande. La quantité de sucre éliminée était proportionnelle à la quantité d'aliments ainsi ingérés. Chez un chien épancréaté et glycosurique, la piqûre a amené l'élimination du sucre. On peut, en restreignant de plus en plus l'action du pancréas, observer d'abord une glycosurie avec les amylacés, puis une glycosurie avec les albuminoïdes. Si on y ajoute une lésion nerveuse, l'animal fabrique du sucre avec ses éléments anatomiques. Le diabète pancréatique paraît ainsi relever d'une exaltation fonctionnelle partielle ou totale de la cellule hépatique.

Epilepsie modifiée.

M. Chouppe. — La communication faite par M. Féré dans la dernière séance (Voir *Mercredi médical*, 1894, p. 140), m'a rappelé un cas qu'il y a peut-être quelque intérêt à rapprocher de celui qu'il a résumé.

Il s'agit d'une femme épileptique que j'ai observée depuis 1873 ; elle avait alors 34 ans. Pendant les années qui avaient précédé cette date, cette malade avait eu annuellement de 120 à 150 attaques convulsives, typiques et violentes. Elle n'avait jamais suivi de traitement. En 1873 je commençai l'emploi du bromure de potassium à la dose de 6 grammes par jour. L'action salutaire fut immédiate ; en 1873, 60 attaques ; en 1874, 6 attaques ; à partir de 1875 il n'y a plus qu'une seule attaque tous les ans ou tous les dix-huit mois. Jusque-là c'est un cas heureux et rien de plus ; mais voici ce qui le rapproche de celui de M. Féré :

En même temps que les attaques convulsives disparaissaient en quelque sorte, on voyait survenir des vertiges, parfois passant presque inaperçus, mais s'accompagnant toujours ou même se révélant uniquement par un flot d'urine évacuée involontairement, la quantité émise ainsi dépassait parfois un litre, au dire de la malade et de son entourage. Cela avait lieu 5 à 6 fois par an.

J'avais perdu de vue cette femme depuis dix ans ; à la suite de la communication de M. Féré, je me suis enquis d'elle : l'état est le même ; la ménopause n'a rien modifié. Elle a une attaque en moyenne chaque année et 4 ou 5 vertiges avec polyurie. Le bromure de potassium est toujours continué à la même dose.

Stérilisation en chirurgie.

M. Contejean. — La désinfection des pièces employées dans les opérations chirurgicales est difficile à obtenir sans détérioration des objets. J'ai constaté qu'en associant le chauffage à l'action d'un antiseptique on obtenait des résultats très favorables. Par exemple, l'emploi d'une solution bouillante d'eau phéniquée au 1/20e amène la stérilisation des éponges et tue les spores du bacillus subtilis dont elles ont été intentionnellement imprégnées.

Choc nerveux et arrêt des échanges.

M. Contejean. — L'expérience de M. Roger sur ce point me paraît susceptible d'une interprétation différente. Elle a détruit, en effet, les vaisseaux efférents de la moelle et empêche par conséquent le toxique (strychnine) d'arriver jusqu'au contact des éléments nerveux. En ménageant ces vaisseaux en même temps que la destruction du cerveau est réalisée tout aussi complètement, on constate que le tétanos strychnique est obtenu régulièrement chez la grenouille.

Bactériologie de l'éclampsie.

MM. Raffin et Monnier. — Dans quatre cas nous avons isolé un bacille spécial, qui, examiné sans coloration, se montre renflé aux extrémités, et qui se colore au contraire dans sa partie centrale par la méthode de Gram. Ce bacille se cultive sur les milieux habituels, et il est pathogène pour les animaux.

Transfusion du sang.

M. Hayem. — L'introduction dans les veines d'un animal d'un sang étranger complet produit des effets très variables suivant les cas, effets utiles à connaître pour interpréter le mode de formation des concrétions vasculaires. Il y a une action réciproque des deux sangs mis en présence : mais la réciprocité est loin d'être équivalente. Si l'on injecte du sang de chien au chevreau, les éléments sanguins de ce dernier animal sont très vite altérés ; mais le même effet ne s'obtient pas en injectant du chevreau au chien. Mêmes remarques pour les injections de chien à lapin, ou inversement : le sang

du lapin n'altère que très peu les éléments du chien. Dans les cas où le sang du transfuseur est détruit, on peut observer de l'hémoglobinurie, de l'ictère, de l'anurie et de l'urémie. Dans les conditions inverses, il se produit de la dyspnée, des concrétions par précipitation, des embolies surtout pulmonaires et l'asphyxie.

Myélite expérimentale par toxine diphthéritique.

MM. Enriquez et **Hallion.** — Nous avons fait la remarque que l'injection intra-veineuse de doses massives de bouillon toxique ne provoquait aucun trouble grave, tandis que l'injection sous-cutanée de doses plus faibles entraînait un état morbide déterminé avec troubles nerveux graves et mort en quelques jours. Il peut se produire dans ces conditions des troubles graves et des lésions importantes de la moelle et des racines. Les altérations de la moelle peuvent être très étendues et grossières au point qu'elles sont appréciables à l'œil nu : vascularisation excessive surtout de la substance grise, hémorrhagies, foyers de myélite occupant le cordon antérieur et latéral et empiétant sur la corne antérieure. Histologiquement c'est une sclérose névroglique très développée, et en évolution. Les tubes nerveux et les cellules sont à différents stades de destruction; il y a des corps granuleux. On note encore une congestion veineuse méningée. Dans un cas, il existait des lésions radiculaires évidentes affectant les origines du pneumogastrique et du spinal : c'était un processus exclusivement parenchymateux.

Direction du gros orteil par rapport au bord interne du pied.

M. Félix Regnault. — La direction du gros orteil varie suivant les fonctions du pied.

1° Les individus qui se servent continuellement de leurs pieds pour maintenir des objets entre le premier et le second doigt ont le gros orteil déjeté en dedans par rapport à l'axe du corps.

2° Les chaussures étroites déjettent au contraire le gros orteil en dehors.

3° Chez les va-nu-pieds qui ne se servent de leurs pieds que pour marcher, anthropologistes et médecins ont admis jusqu'à ce jour le parallélisme entre le gros orteil et le bord interne du pied. Meyer le premier a soutenu cette opinion, et recommandé une chaussure informe, dite rationnelle, à extrémité carrée et bord interne rectiligne. Pestal, Sturke, Ziegler, Blum et tout récemment Manouvrier ont soutenu cette opinion. Brandt von Lindau avait, il est vrai, relevé une erreur dans le travail de Meyer et indiqué que l'axe du pied passait par le second orteil et non par le premier comme le prétendait Meyer, mais la question de l'axe du gros orteil était demeurée intacte.

Or il résulte de nombreux examens que le gros orteil, chez les gens qui n'ont jamais porté de chaussures, est en légère abduction. Trente-six Dahoméens ont offert 16 fois le gros orteil en dedans (ils se servaient de leur pied comme organe préhensile), 6 fois parallèle et 14 fois en dehors. Quelques petits va-nu-pieds observés à Kehl ont offert cette légère abduction. Enfin, les nombreuses photographies conservées à la Société de géographie montrent combien cette abduction est fréquente chez les peuples qui ne se servent pas de leurs pieds pour la préhensilité et vont nu-pieds. L'erreur de Meyer provient de ce qu'il examina les nouveau-nés chez qui, en effet, le gros orteil est parallèle. Mais sitôt qu'ils commencent à marcher, il se porte un peu en dehors. La chaussure dite rationnelle, à bord interne rectiligne, est donc en réalité défectueuse.

Au reste, tous les peuples ont donné une légère convexité en dehors au bord interne de leurs souliers : telles, par exemple, les chaussures des Chinois, des anciens Grecs, des Romains, des Gaulois, etc.

Forme du crâne dans l'hydrocéphalie.

M. F. Regnault. — Pour Broca, la voussure est plus souvent occipitale que frontale ou temporale. Il n'a pas étudié l'influence de l'hydrocéphalie sur l'indice céphalique. Les autres auteurs qui ont écrit sur cette maladie ne sont pas plus explicites.

Or, il résulte de mes recherches sur 13 crânes du musée Dupuytren, 7 du musée Broca, 9 enfin de collections particulières, que c'est toujours le diamètre transverse qui augmente proportionnellement le plus. La brachycéphalie est d'autant plus intense que l'hydrocéphalie est plus accentuée et le sujet plus jeune. Elle atteignait en un cas 108. Par contre, la dolichocéphalie n'a été observée que sur un seul crâne; encore l'hydrocéphalie y était-elle douteuse ou en tout cas légère.

Les résultats sont analogues chez les sujets vivants.

Quand le malade guérit, la brachycéphalie tend à s'atténuer, mais elle est encore très marquée chez les adultes qui ont été atteints de cette maladie.

M. Dissard présente un appareil à l'aide duquel on peut aisément mesurer les échanges respiratoires dans le milieu aquatique. Les poissons sédentaires ont un coefficient respiratoire beaucoup moins élevé que les poissons migrateurs.

M. Nepveu décrit les lésions viscérales et médullaires du béribéri.

M. Iscovesco a observé plusieurs cas d'asphyxie locale des extrémités au cours de la paralysie générale.

M. **Azoulay** a modifié la méthode de Golgi de façon à rendre stables les préparations. L'effet est obtenu par les procédés photographiques, en faisant agir un corps réducteur, hydroquinine, acide pyrogallique, aristol, etc., puis en lavant à l'hyposulfite de soude.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *avril* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Cirrhose pulmonaire palustre.

M. Laveran. — Dans la précédente séance, notre collègue M. le Dr Galliard a présenté un malade qui était atteint de sclérose pleuro-pulmonaire totale unilatérale et de tuberculose. Ce malade, ancien militaire, avait eu la fièvre intermittente pendant deux années en Algérie.

M. Galliard, discutant les causes de cette sclérose pleuro-pulmonaire, croit devoir écarter complètement le paludisme qui, dit-il, *ne détermine pas d'habitude de semblables lésions.* Je n'ai pas examiné le malade de M. Galliard et je mets de côté complètement ce fait particulier, mais je crois devoir faire observer, à propos de ce cas, que les observations de sclérose pulmonaire d'origine palustre ne sont pas aussi rares que semble le croire notre collègue.

Herchl a signalé la fréquence de la pneumonie chronique chez les individus ayant eu des fièvres intermittentes de longue durée.

J'ai eu l'occasion, pour ma part, d'observer un certain nombre de fois cette altération des poumons en Algérie chez des malades atteints de paludisme.

Dans la séance du 26 décembre 1879, j'ai eu l'honneur de présenter à la Société médicale des hôpitaux une note sur l'anatomie pathologique de la cirrhose pulmonaire palustre et, dans mon *Traité des fièvres palustres* (Paris, 1884), j'ai cité deux observations de cirrhose pulmonaire pure, sans tuberculose, et avec dilatation des bronches chez des cachectiques palustres (Observations XI et XII).

J'ai dans mes notes plusieurs observations semblables recueillies en Algérie, notamment chez des indigènes; dans ces cas, la cirrhose pulmonaire ne se compliquait pas de tuberlose; dans d'autres cas, j'ai observé cette complication.

Ces faits rapprochés de ceux de Heschl montrent que la cirrhose pulmonaire a sa place parmi les lésions auxquelles le paludisme chronique peut donner naissance.

La pathogénie de la cirrhose pulmonaire palustre paraît être la même que celle de la splénite, de l'hépatite chronique et de la néphrite interstitielle d'origine palustre; l'irritation produite par la présence des hématozoaires donne naissance d'abord à des congestions, puis, à la longue, aux lésions de l'inflammation chronique. La pneumonie aiguë est une complication très fréquente du paludisme. Un dernier mot à propos du malade de M. Galliard : le fait que la rate avait repris son volume normal n'exclut pas le paludisme comme cause initiale des altérations pulmonaires. On voit tous les jours des

malades chez lesquels le paludisme provoque une hépatite ou une néphrite et qui guérissent du paludisme, tandis que la cirrhose du foie ou des reins continue à évoluer et finit par entraîner la mort.

Applications locales de gaïacol.

M. Ferrand a employé un mélange à parties égales de gaïacol et de glycérine en applications locales. Les cas auxquels était adressée cette médication étaient surtout des douleurs nerveuses (sciatique, névralgie intercostale, etc.). Dans tous ces cas, le résultat analgésique fut favorable, presque immédiat. Les douleurs reparaissent bien encore, mais elles ne tardent pas à céder à de nouvelles applications du médicament. On obtient plutôt l'abaissement thermique si l'on emploie le gaïacol pur ou en vapeurs.

Myxœdème congénital amélioré par l'ingestion de corps thyroïde.

MM. Brissaud et **Souques** présentent une malade atteinte de myxœdème congénital, traitée par l'ingestion de corps thyroïde. Il s'agit d'une naine de 37 ans dont les symptômes myxœdémateux très accusés remontent à la première enfance. Le 19 février dernier on lui donna, dans du pain azyme, un lobe frais et cru de glande thyroïde par jour. Ce traitement dura 6 semaines et la malade prit au total 34 lobes.

Dès le second jour, l'effet de cette ingestion se fit sentir. Le cinquième jour survinrent quelques phénomènes d'intoxication, à savoir : de l'insomnie, de la céphalalgie, des douleurs dans l'abdomen et les membres inférieurs. Ces troubles disparurent spontanément en 48 heures. Dès le début aussi le pouls et la température montèrent, le premier de 84 à 120, la seconde de 36° à 37° et 37°5. Cette élévation du pouls et de la température se maintint pendant toute la durée du traitement. La diurèse s'établit également dès l'origine et persista jusqu'à la fin.

En somme, au bout de 6 semaines, la guérison était complète. L'œdème de la face, des membres, du corps, avait disparu.

Le poids du corps était tombé de 27 kilogr. à 23 kilogr. 500. Les ongles avaient repoussé. Mais l'état intellectuel ne s'était pas sensiblement amélioré.

Attitudes vicieuses extraordinaires dans un cas de myopathie.

MM. Brissaud et **Souques** présentent un malade de 27 ans atteint de myopathie primitive progressive, depuis une dizaine d'années. Ce malade présente réunis les trois principaux types de la myopathie (type Landouzy-Déjerine, type Erb, pseudo-hypertrophie). Mais ce que ces malades présentent de particulier, ce sont des attitudes vicieuses, excessives, extraordinaires, qu'il est impossible de décrire et dont la photographie seule peut rendre compte.

M. Pierre Marie déclare que le degré de la déformation présentée par ce malade est tout à fait extraordinaire et que, pour sa part, il n'a jamais vu de myopathique qui la présentât d'une façon comparable.

Il fait remarquer que cette déformation est un peu analogue à celle que les artistes cambodgiens de la grande époque ont figurée chez les danseuses qu'ils aimaient à représenter; on peut trouver en un certain nombre de spécimens très intéressants au Musée cambodgien du Trocadéro.

A un autre point de vue, M. Pierre Marie insiste sur ce fait que chez le malade présenté par M. Souques, la région occipitale est manifestement aplatie et pour ainsi dire sur le prolongement direct de la verticale passant par la nuque.

Cet aplatissement est commun chez les myopathiques et peut s'observer dans les différentes formes de myopathie progressive primitive.

Urémie dans la chlorose.

M. Hanot rapporte une observation d'accidents urémiques survenus au cours de la chlorose.

Cette observation peut s'ajouter à celles publiées par le professeur Dieulafoy dans sa communication sur le chlorobrightisme faite à l'Académie de médecine dans la séance du 20 juin 1893.

Dans la chlorose, le travail de la nutrition intime est troublé et accumule dans l'organisme des produits de désassimilation incomplètement oxydés qui, éliminés par les reins, finissent parfois par produire une néphrite épithéliale. Leur action nocive est souvent facilitée par la coïncidence de l'aplasie rénale artérielle signalée par M. Lancereaux et qui fait du rein un organe de moindre résistance.

Diverses conditions intercurrentes, surménage, mauvaise hygiène alimentaire, insuffisance (fatigue, grossesse, etc.), aggravent encore l'état rénal et provoquent l'anémie.

Dans cette observation comme dans la plupart de celles relatées par M. Dieulafoy, la néphrite n'a pas abouti aux accidents du brightisme et a cédé rapidement au régime lacté.

M. Hayem fait remarquer que l'albuminurie est rare chez les chlorotiques et que l'on doit, en conséquence, tenir compte des coïncidences et des associations morbides qui peuvent expliquer certains cas analogues à celui rapporté par M. Hanot.

Sur une modification des réflexes rotuliens.

M. Marie présente un malade atteint de syringomyélie qui offre un phénomène assez spécial. Il consiste dans une manière d'être particulière des réflexes rotuliens. *A gauche*, pas de réflexe, de l'autre côté, le réflexe existe nettement. Ceci n'est pas rare, mais lorsque l'on frappe sur le tendon rotulien *à gauche*, il se produit un mouvement d'adduction très nette du côté de la jambe droite. C'est un point intéressant, car on peut en induire que les centres moteurs sont atteints. De plus, on sait que beaucoup d'auteurs pensent que le réflexe rotulien n'est pas un réflexe; or, si chez notre malade, nous pouvons produire une adduction, c'est qu'il s'agit bien d'un phénomène réflexe. Enfin, ce phénomène existe chez la plupart des gens sains, c'est-à-dire que la contraction des adducteurs se produit du côté opposé à celui où l'on recherche le réflexe rotulien. Dans les cas pathologiques, ce dernier signe est important, puisqu'à son aide, on peut faire le diagnostic de la lésion centrale.

H. Vaquez.

ÉTRANGER

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 4 avril 1894.

Kystes parovarique et vaginal associés, formés par la dilatation d'un conduit de Gartner.

M. Rouths. — Dans certains cas, chez la femme adulte, on peut suivre le conduit de Gartner depuis le parovarium jusqu'au vestibule de la vulve, au-dessous et un peu à côté de l'orifice uréthral.

On peut dire par homologie que les glandes de Max Schüller sont des diverticules des conduits de Gartner, comme les vésicules séminales sont des diverticules des canaux déférents. Les conduits de Skene ne paraissent pas être constitués par la terminaison des conduits de Gartner en avant desquels ils se trouvent. Quand le conduit de Gartner reste perméable, il peut se dilater et donner un kyste parovarique ou un kyste vaginal suivant la portion qui est dilatée. Les deux peuvent se trouver réunis.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 17 — 25 AVRIL 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Thèses du 30 avril au 5 mai 1894.

Mardi 1er. — M. Desesquelle. Des phénolates mercuriques et de certains de leurs dérivés. — M. Pages. Coïncidence des kystes de l'épididyme et de l'hydrocèle. Considérations cliniques et thérapeutiques. — M. Chailloux. Etude sur la hernie épigastrique et son traitement. — M. Arrizabalaga. Du traitement des rétro-déviations utérines.

Mercredi 2. — M. Chatenay. Les réactions leucocytaires vis-à-vis de certaines toxines. — M. Dominici. Des angiocholites et cholécystites suppurées. — M. Tournus des Gonnets. Contribution à l'étude des plaies du testicule. — M. Quevedo. De l'hallus valgus. Orteil en équerre, en croix ou clinodactyle et de son traitement chirurgical. — M. Charpentier. De la grippe et de ses complications. — M. Mangin. Contribution à l'étude du goître puerpéral.

Association des médecins de la Seine. — L'Assemblée générale de l'*Association des médecins du département de la Seine*, fondée par Orfila, aura lieu le dimanche 29 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Ordre du jour :

1° Allocution du président ;
2° Lecture du compte-rendu de l'exercice 1893 ;
3° Election d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire général ;
4° Renouvellement, par tirage au sort, de la Commission générale.

Les Sociétaires qui, par suite d'une erreur d'adresse, n'auraient pas reçu de lettre, sont priés de considérer le présent avis comme une convocation.

VIENT DE PARAITRE :

G. Masson, éditeur.

☞ **La Paralysie générale**, par MM. MAGNAN, médecin de l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, et PAUL SÉRIEUX, médecin-adjoint de l'asile de Villejuif, membre de la Société médico-psychologique. 1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. 2 fr. 50.

Les Organes de relation chez les invertébrés, par JOANNES CHATIN, professeur-adjoint à la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire.* 2 fr. 50

Les Grandes pêches maritimes modernes de la France, par G. ROCHÉ, inspecteur principale des pêches maritimes. 1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire.* 2 fr. 50

Leçons de thérapeutique. Les agents physiques et naturels : agents thermiques, électricité, modifications de la pression atmosphérique, climats et eaux minérales, par le Dr Georges Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. grand in-8°, avec nombreuses figures et 1 carte des eaux minérales et stations climatériques. 12 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Eau minérale de Contrexéville et les maladies au traitement desquelles elle convient, par le Dr Mabboux, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg.

In-8° de 208 pages. Prix broché..... 4 fr.
Relié cuir plein souple.............. 5 »
Société d'éditions Scientifiques, place de l'Ecole de Médecine, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Ce livre, dont l'auteur est déjà connu par plusieurs travaux sur les Eaux minérales, est un exposé complet de la médication de Contrexéville et de ses applications thérapeutiques. Tout en s'attachant à conserver à son livre un caractère scientifique, l'auteur en a autant que possible exclu les mots techniques, de façon à ce qu'il pût être lu et compris par les gens du monde.

La fatigue intellectuelle et physique, par A. Mosso, professeur à l'Université de Turin. 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, traduit de l'italien par le Dr P. Langlois. Paris. Félix Alcan, éditeur. 2 fr. 50

Rhinologie, Otologie, Laryngologie. Enseignement et pratique de la Faculté de médecine de Vienne, par le Dr Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris. Georges Carré, éditeur, 1894. Un volume in-16, de 540 pages, relié maroquin, tranche dorée. Prix : 8 francs.

L'auteur a réuni dans ce volume les notes qu'il a recueillies au cours d'une mission scientifique en Autriche. Par son importance et son étendue, cet ouvrage est plus qu'une simple relation de voyage ; c'est une étude des plus complètes, richement documentée, et très fouillée en ses détails, sur l'organisation des études médicales, et en particulier de l'enseignement des spécialités à la Faculté de médecine de Vienne.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la métrorrhagie.
(DUJARDIN-BEAUMETZ.)

Teinture d'hydrastis canadensis.	10 grammes
Elixir de Garus................	100 —

Une à deux cuillerées par jour.

Traitement des verrues.

Bichlorure de mercure............	1 partie.
Collodion élastique..................	—

Badigeonner avec une brosse une fois par jour la verrue et le pourtour de sa base.

NEUROPATHOLOGIE

Les différentes formes de la sciatique et leur traitement. Communication au Congrès international des sciences médicales, par le Dr J. Schreiber (Méran).

Si je me permets de prendre la parole devant un auditoire de médecins aussi distingués sur un sujet connu de tous, c'est dans la conviction de pouvoir vous communiquer quelques observations peu communes et quelques faits d'un intérêt pratique.

D'après un grand nombre de cas que j'ai pu observer depuis quinze ans, j'ai gagné la conviction que, parmi les malades qui viennent chez moi me consulter pour sciatique, un certain nombre d'entre eux seulement est atteint de cette maladie, tandis que dans un grand nombre de cas les troubles sensoriels et affectifs de la locomotion ont pour base des douleurs rhumatismales des muscles, des tendons et de l'articulation de la hanche.

Ces affections rhumatismales prises pour des affections sciatiques se distinguent des formes communes de la véritable sciatique avec ses bases si variées avant tout par la continuité ininterrompue des apparitions maladives.

Tandis que dans les cas de véritable sciatique il se présente des intervalles de jours et de semaines sans aucune douleur et où la locomotion n'éprouve aucun obstacle, les personnes au contraire chez lesquelles la sciatique est en fait une affection rhumatismale souffrent sans interruption de douleurs et la mobilité diminue sans cesse.

L'examen médical permet aussi de reconnaître des différences essentielles.

Les douleurs ne suivent pas le cours de nerfs; elles sont diffuses, plus ou moins étendues, elles ont de préférence leur siège aux extrémités fibreuses des muscles ou dans les tendons terminaux.

Quand dans des mouvements passifs de l'articulation de la hanche on rencontre des résistances difficiles à vaincre, on est fondé à soupçonner un rhumatisme chronique. Quand il s'agit de diagnostiquer la sciatique, on ne peut jamais procéder avec trop de prudence, car de l'examen dépendent et le traitement et le pronostic.

Ceci importe surtout pour les malades du sexe féminin chez lesquels parfois à la suite de péritonites puerpérales se forment dans la profondeur du bassin des exsudats qui pèsent sur le nerf sciatique et engendrent ainsi la sciatique.

Il va de soi que toute méthode recommandée dans un pareil cas pour combattre le mal sera inutilement mise en emploi aussi longtemps que l'exsudat n'aura pas disparu.

Dans tous les cas, nous devons, sans parler de l'examen des organes du bas-ventre, soumettre le bassin à une visite soigneuse et examiner s'il ne se produit pas des gonflements de l'os dans le voisinage du *foramen ischiadicum majus*.

Ces cas sont, il est vrai, très rares; mais comme cependant ils se présentent, une erreur pourrait avoir pour conséquence l'emploi d'un traitement sans résultat possible. Je n'ai pu faire qu'une seule observation d'un cas de ce genre, en voici le résumé :

Observation. — *Sciatique causée par un gonflement de l'os au passage du nerf sciatique par le foramen ischiadicum majus.*

Un ouvrier tanneur italien, natif de Tollmezzo, vint me consulter dans le courant de l'année 1883; il voulait être guéri d'une sciatique qui durait depuis des années; cet homme de 46 ans, dont la déchéance profonde était due au besoin et à la pauvreté, se traînait avec la plus grande peine et courbé comme un vieillard; pendant des jours entiers il ne pouvait quitter son lit de douleurs.

Quand, après une cure de cinq semaines, il me fut impossible d'apercevoir aucune trace d'amélioration, je procédai à un nouvel examen et une observation attentive me permit de découvrir un gonflement de l'os dans le voisinage de la sortie du nerf sciatique.

Partant de l'idée que le gonflement pouvait être une exostose syphilitique, j'adressai des questions au malade dans ce sens.

Il m'avoua qu'il avait été atteint de syphilis plusieurs années auparavant.

Je reconnus alors que le traitement mécanique devait dans le cas pendant rester sans résultat, et j'appliquai un énergique traitement par les onguents mercuriels. Le succès fut étonnant.

Le gonflement de l'os diminua peu à peu, l'os redevint normal et la sciatique disparut sans autre traitement. Ce cas est certainement un des plus intéressants qu'il me fut permis d'observer.

Il ne faut pas montrer moins de prudence dans les cas où les symptômes incontestables de la sciatique sont causés par un commencement d'ataxie; dans ces cas, le praticien le plus expérimenté peut se tromper et être amené à prononcer un diagnostic absolument faux.

L'ataxie peut être soupçonnée dans des cas considérés comme sciatique lorsqu'on observe de préférence les douleurs aux genoux, au sommet de l'os péroné, aux chevilles, aux talons, à la plante des pieds, lorsque ces douleurs se manifestent tout à coup avec une violence insupportable, ne durent que très peu de temps, parfois seulement quelques minutes, lorsqu'en même temps les muscles des fesses ne sont éprouvés par aucune douleur et que la mobilité des extrémités en dehors des attaques de douleurs ne ressent aucune gêne.

On peut facilement confondre ces cas avec la sciatique parce qu'au début de l'ataxie, parfois il n'existe aucun des symptômes caractéristiques qui autorisent à diagnostiquer cette maladie. Dans ces cas douteux, le traitement mécanique peut servir comme pour établir le diagnostic. En effet, si, après quatre à six semaines de traitement mécanique rationnel, la cure n'a pas de résultat, on est certainement en présence d'un cas d'ataxie.

Observation. — *Tabes dorsalis qui se présente avec les symptômes de la sciatique.*

En 1884, le professeur Widerhofer, de Vienne, m'adressa un malade, officier âgé de 36 ans, qui souffrait prétendûment d'une sciatique.

Les vues de plusieurs médecins distingués de Vienne (le professeur Bamberger, le professeur Benedikt) n'étaient pas unanimes sur la nature du mal, les uns déclaraient qu'il y avait commencement d'ataxie, les autres diagnostiquaient une sciatique. L'examen que je fis du malade m'autorisa, car j'avais déjà alors une certaine expérience au sujet de la sciatique, à considérer le mal comme d'origine centrale. Le malade était tout à coup frappé de douleurs insupportables qui duraient quelques heures, puis ne reparaissaient plus pendant un certain temps; ces douleurs ne pouvaient être considérées comme lancinantes, elles ne suivaient pas le cours du nerf sciatique non plus que de ses branches qui s'étendent aux muscles des fessiers, au bord du bassin, etc., mais elles sautaient çà et là, perçaient tantôt l'articulation du genou et tantôt le talon; à aucune place cependant, leur violence n'était plus grande qu'autour de la partie interne de la cheville.

Malgré la meilleure volonté du monde, le malade était obligé de calmer un peu ces douleurs par des injections de morphine; c'était, après tout, le seul moyen pour lui de se faire une existence supportable. Les apparitions anatomiques tout à fait particulières de la douleur me déterminèrent à mettre en doute le diagnostic d'une sciatique. « Je suis prêt », dis-je au professeur Widerhofer, « à traiter le malade d'après ma méthode qui ne m'a jamais trahi. » Si nous sommes devant une sciatique, le malade sera guéri au plus tard dans six semaines; dans le cas contraire, nous devons diagnostiquer

une ataxie. La cure mécanique qui fut entreprise n'eut aucun résultat, au bout de six semaines je l'interrompis.

Quelques mois plus tard se manifestaient les symptômes caractéristiques, qui ne peuvent tromper, de l'ataxie dont le malade mourut en peu de temps.

Est-ce la constipation qui cause la sciatique, c'est naturellement à une cure de l'affection intestinale qu'il faut avoir recours.

Les symptômes de la sciatique prennent parfois chez de semblables malades un caractère tout à fait typique. Les douleurs ne se manifestent qu'à certains jours ou pendant une série déterminée de jours, pour ensuite disparaître complètement pendant un certain temps; du reste, là il faut reconnaître que l'accroissement des douleurs coïncide avec les jours où il y a absence de selles.

En ce qui concerne la cure de la sciatique, elle peut aussi bien être traitée par l'électricité, l'hydrothérapie que par la cure mécanique. J'ai dû, par des centaines de cas que j'ai eu l'occasion de voir dans le cours de quinze années, gagner la conviction que là où les deux anciennes méthodes, électricité et hydrothérapie, ne réussissent pas, la méchanothérapie est toujours couronnée de succès.

Dans les affections rhumatismales invétérées des fesses, de l'articulation des hanches et de la cuisse qu'on donne comme sciatique dans ces cas qui durent depuis des années et qui causent au malade des douleurs indescriptibles et l'empêchent de travailler, je n'attends aucun succès d'un traitement électrique ou thérapeutique; le massage lui-même ne conduira au but que s'il est combiné avec une cure de gymnastique thérapeutique rationnelle, ce qui veut dire une cure tout imprégnée de l'esprit de l'anatomie et de la physiologie.

Qu'il me soit permis de vous faire part très brièvement d'une observation sur ce sujet; elle démontrera mieux que tout la vérité de ce que j'avance.

Observation. — *Affection rhumatismale des parties entourant l'articulation de la hanche droite traitée pendant douze ans sans résultat comme sciatique et guérie en quatre semaines par une cure mécano-gymnastique.*

En juin 1892 un M. M... se présenta à mon examen; c'était un homme corpulent, âgé de 62 ans. Racontée brièvement, l'histoire de sa maladie peut se résumer comme suit :

« Depuis douze ans, me dit-il, j'éprouve à la hanche droite des douleurs intolérables qui m'enlèvent le sommeil. J'ai consulté beaucoup de médecins distingués. Je me suis rendu dans les bains et dans les établissements les plus divers, j'ai employé les médicaments les plus variés, j'ai essayé des bains de mer, de l'hydrothérapie, de l'électricité, un spécialiste de grande renommée m'a traité pendant trois mois par le massage. Tout était inutile; mon état empire continuellement. Quoique je doive me faire toujours conduire et qu'il me faille en plus m'appuyer sur une canne, chaque pas est pour moi une douleur, je ne peux pas me lever de mon fauteuil sans le secours de quelqu'un, je ne puis qu'avec les plus grandes difficultés quitter mon lit ou y monter; je tiens toujours le genou droit courbé; je ne pose à terre que sur la pointe du pied, et par suite de cette fausse position dans la marche il s'est développé une scoliose.

» Désespérant d'une guérison et ne songeant qu'à une diminution de mes insupportables douleurs, j'ai consulté le professeur Lorenz de Vienne pour le prier de guérir ma scoliose. Le professeur Lorenz me déclara que la scoliose n'était qu'une suite de de la sciatique chronique, d'où il suivait que celle-ci devait être guérie la première et il me donna le conseil de me soumettre chez vous à une cure mécano-thérapique. » Le malade, homme d'une haute intelligence, n'exagérait certainement pas ce que ses douleurs avaient de pénible, sa position de fortune lui avait jusque-là rendu facile l'emploi de tous les moyens de guérison; donc tout contribuait dans l'histoire de la maladie à ne pas me donner de brillantes espérances. Le traitement désiré par le malade allait lui causer de nouvelles douleurs, mon désir comme ma volonté tendaient à ne pas les lui infliger si je n'avais pas à espérer un succès complet.

Après un examen approfondi, le cas me parut mystérieux, car les troubles fonctionnels constatés ne correspondaient pas à ceux qui diagnostiquent la sciatique.

J'en vins à prendre la résolution de n'entreprendre la cure qu'au cas où un nouvel examen et de nouvelles réflexions sur son état m'éclaireraient complètement.

Ce nouvel examen ne me rendit pas plus savant, moi qui ne recherchais que la sciatique. A la fin je portai mon examen sur la partie interne de la cuisse. A une pression sur les muscles *gracilis*, *adductor longus*, *pectineus*, le malade répondit par un cri perçant, la douleur à ces places était bien plus intensive que dans les environs des muscles fessiers. A leur origine, les muscles dont je viens de parler se tendaient avec la rigidité du fer; le mouvement d'extension de la cuisse échouait devant cette résistance.

Je me trouvais dès lors devant un tableau beaucoup plus clair, je l'avais déjà vu souvent, et il n'avait pas le don de m'effrayer. Le malade souffrait, comme je le savais dès lors, d'un rhumatisme chronique qui avait son siège dans tous les muscles des fesses et de la cuisse et s'était spécialement attaqué aux tendons. Maintenant il m'était possible de lui promettre la guérison.

Le traitement, qui dura quatre semaines, fut douloureux pour le malade et très fatigant pour moi, parce que j'avais affaire à un homme corpulent qui ne pouvait presque pas se mouvoir. J'aurais très volontiers appelé à mon aide un garçon de bains exercé au massage, mais dans le cas actuel où tout acte mécanique devait être imprégné de l'esprit de la science, où le médecin ne devait faire qu'un de son savoir, de sa volonté et de sa puissance, je reconnus l'impossibilité de recourir à l'aide d'une main inexpérimentée et j'eus une nouvelle occasion de reconnaître combien inutiles et infructueux sont les prétendus massages des profanes.

Je prenais M. M... en traitement deux fois par jour, chaque fois pendant 30 minutes environ; en plus, je faisais faire au malade des exercices musculaires simples et d'autres aux appareils dits de résistance systématiquement combinés.

M. M... réapprit, sans éprouver de douleurs, à marcher; il put de nouveau gravir des hauteurs de cinq cents pieds sans éprouver de malaises, de même aussi faire des marches d'une durée de deux heures. Il lui fut de nouveau possible de prendre dans son lit toutes les positions et d'y parfaitement dormir. M. M... me quitta heureux au delà de toute expression.

Mon expérience m'autorise à dire que les affections rhumatismales invétérées des muscles, des tendons, des ligaments et des aponévroses ne peuvent être guéries par de simples massages. Les muscles doivent réapprendre à faire les mouvements qu'ils ont désappris dans le cours des années. Ces mouvements, de même qu'aussi les tiraillements et les extensions qui se produisent dans les tendons affectés du rhumatisme, sont certainement très douloureux, mais le malade doit avoir la force morale de se soumettre à ces douleurs. Le cas est analogue à celui d'un homme qui devrait lui-même s'arracher une dent ou s'ouvrir un abcès, etc. Dans des cas semblables, le médecin doit par ses encouragements, par sa persévérance, par son énergie, former et fortifier la force de volonté du malade pour pouvoir lui-même exécuter ce qui semble impossible. Le médecin doit réussir à transporter de son propre esprit dans celui de son malade sa propre croyance à une prochaine guérison, mais c'est aussi son devoir de ne pas trop lui demander aussi bien que de ne pas lui imposer une trop lourde tâche. Il faut savoir ménager la transition du facile au plus difficile; on ne doit pas non plus épuiser le malade, il n'y a qu'avantage à lui donner entre chaque exercice musculaire des intervalles de repos; on peut même parfois, dans le cours du traitement, lui donner tout un jour de congé.

Le médecin ne doit se laisser diriger que par sa conviction et par sa propre expérience, il n'a jamais à se

laisser déterminer par le malade. Quand le malade se plaint, pleure, se laisse aller à l'idée d'abandonner le traitement, tout cela ne doit pas inspirer la moindre impatience au médecin, son devoir est finalement d'implanter dans l'esprit du malade sa propre persévérance, et il a le plaisir de constater qu'au bout d'un court délai celui-ci reconnaît le but efficace de l'action énergique dont il est l'objet.

Le médecin doit toujours être présent en personne pendant les exercices. Il importe peu que les appareils de résistance soient construits d'après les systèmes de Zander, de Nicander ou de Burlot.

Ce traitement est pour le médecin une étude à la fois anatomique et physiologique à laquelle ne manque nullement l'intérêt scientifique. Cette étude le pousse en effet continuellement à chercher une voie qui incite au travail les muscles rebelles.

Il n'y a pas de sortes d'affections où la mécano-thérapie ne puisse célébrer de plus grandes victoires que dans les affections rhumatismales que je viens de décrire.

Il y a vingt ans, des cas semblables étaient considérés comme incurables, si bien que les malheureux cacochymes qui en étaient atteints n'avaient qu'à traîner une déplorable existence.

Désormais dans chaque cas nouveau le médecin qui s'occupe de la mécano-thérapie verra s'ouvrir un horizon nouveau, et, de même que le chirurgien entreprend avec un intérêt sans cesse renouvelé la centième opération de la même sorte, de même tout médecin adonné à la mécano-thérapie témoignera un vif intérêt à tout traitement mécanique et il aura le bonheur et la conscience d'avoir porté secours dans des cas où autrefois nous restions les bras croisés à force de perplexité.

Conclusions.

1° Un grand nombre de cas de sciatique qui au traitement médical ne sont pas des névralgies, mais des affections rhumatismales.

2° Les deux formes de la maladie peuvent être guéries aussi bien par l'électricité et l'hydrothérapie que par la mécano-thérapie; ce dernier traitement a des effets rapides et les plus sûrs.

3° Quand l'électricité et l'hydrothérapie restent sans résultats, la mécanothérapie atteint toujours le but désiré.

4° Les cas graves et invétérés ayant une origine rhumatismale et faussement considérés comme sciatique ne peuvent pas non plus être guéris uniquement par les plus adroits massages, il doit s'y joindre une gymnastique médicale et rationnelle.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES
tenu à Rome du 29 mars au 9 avril 1894.

Pathogénie et traitement électrique de la névrite sciatique.

M. Stefano Personali (Turin). — De ses recherches cliniques, l'auteur conclut que, dans le plus grand nombre des cas, la névrite sciatique représente une affection secondaire, dépendant de la propagation au nerf sciatique d'un processus inflammatoire localisé d'abord au tissu connectif qui entoure l'articulation coxo-fémorale. L'affection primitive serait donc une péricoxite, et l'inflammation du nerf ne serait que consécutive. Cette hypothèse a sa démonstration dans la localisation de la douleur qui au début siège au niveau de l'articulation, dans la clandication déjà existante avant que le sciatique ne soit atteint, dans la douleur provoquée dans les parties voisines de l'articulation par la rotation de la cuisse, par l'extension de la douleur à toute la région fessière, et en particulier le long de la crête iliaque et du bord externe du sacrum.

Personali traite les malades atteints de sciatique par l'électricité faradique. Une électrode est appliquée sur la région lombaire : un pinceau faradique constitué par des fils de cuivre, très fins, très flexibles, est promené vivement sur toute la région fessière malade, sur le nerf sciatique, et sur les muscles du mollet : puis on diminue graduellement la rapidité pour accoutumer le patient à la douleur toujours plus grande du courant, et on finit par laisser le pinceau en place, durant une minute si possible, successivement sur tous les points douloureux de la fesse ou d'un nerf, et en particulier au niveau de l'échancrure sciatique : entre ces divers arrêts, on laisse un intervalle de 20 à 30 secondes. Le courant est très intense, aussi les douleurs sont-elles presque insupportables : la séance est répétée chaque jour et le traitement complet exige de 25 à 45 séances.

Le premier résultat du traitement est l'aggravation des douleurs, et cela durant 6 à 7 jours : puis les douleurs disparaissent progressivement.

Sur quelques formes cliniques encore mal connues des névroses des extrémités.

M. Cardarelli (Naples). — Les névropathies des extrémités, particulièrement celles des mains, sont souvent méconnues ou confondues avec d'autres maladies. Leur origine est souvent centrale et relève dans ce cas surtout de lésions médullaires, mais plus fréquemment elle répond à une affection du système nerveux périphérique et notamment du système sympathique. Dans certains cas, enfin, il s'agit de simples troubles fonctionnels.

Au point de vue symptomatique, elles peuvent être sensitives, motrices, vaso-motrices ou trophiques. Ces deux dernières formes méritent surtout un examen approfondi, car le plus souvent, reconnues et traitées trop tard, elles donnent lieu à des déformations graves et permanentes.

Les traitements mis en usage sont nombreux et souvent, à vrai dire, ils sont inutilement appliqués. Je crois cependant qu'il est possible d'obtenir des résultats sérieux par l'emploi de l'électrothérapie et d'un massage bien dirigé.

Epilepsie d'origine nasale.

M. Kjelmann (Stockholm) rapporte deux cas d'accès épileptiformes chez des enfants de 12 et 6 ans, à l'examen desquels il trouva une hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur. Sous l'influence des cautérisations répétées des parties hypertrophiées, les accès s'espacèrent et finirent par disparaître.

Contribution à l'étude des convulsions infantiles.

Mlle Cornélie Chernbach (Bucharest). — L'urine des convulsivants — enfants et adultes — introduite par la voie hypodermique dans l'organisme des lapins, donne des convulsions cloniques et toniques plus fortes que l'urine normale.

L'urine des malades épileptiques traités par le bromure de potassium produit des convulsions beaucoup moins fortes.

C'est à se demander si le bromure contenu dans l'organisme du malade et s'éliminant par l'urine contrebalance l'effet des substances convulsivantes qui y sont contenues, ou bien si le bromure, augmentant la diurèse chez l'animal en expérience, favoriserait par ce fait l'élimination des toxines.

Une troisième hypothèse même pourrait être faite : le bromure de potassium diminuerait dans l'organisme du malade la production de ces toxines.

Des recherches faites parallèlement avec les urines des adultes et celles des enfants convulsivants nous ont montré que les urines des premiers sont moins toxiques que celles des seconds, et que le bromure de potassium abaissait plus le coefficient urotoxique chez l'adulte. L'ébullition prolongée donne le même résultat.

D'une statistique de 247 cas de convulsions observés pendant quinze ans, à l'hôpital des Enfants de Bucharest, on peut conclure que ce sont surtout les maladies infectieuses qui fournissent le plus fort contingent.

La relation inconstante qui existe entre la présence et la quantité de l'albumine dans l'urine d'une part, et l'intensité

des convulsions d'autre part, semble démontrer aussi que ce n'est pas l'albumine qui détermine les convulsions dans les maladies infectieuses.

Quant au rapport qui existe entre la fièvre et les convulsions, nous croyons que celle-là est plutôt un phénomène concomitant qu'un agent provocateur.

De la paresthésie pharyngo-laryngienne et nasale chez les neurasthéniques.

M. Ricardo Botey (Barcelone) a observé un nombre considérable de fois la vraie paresthésie pharyngo-laryngienne. Pour cet auteur qui a traité ces malades par tous les moyens locaux imaginables, la cause de cette fastidieuse maladie est purement nerveuse. Les lésions locales (granulations, hypertrophie tonsillaires, varices de la base de la langue, turgescence du cornet moyen, catarrhe, etc.), à moins d'être d'une certaine importance, n'en sont jamais la cause occasionnelle.

Il divise la paresthésie pharyngienne en deux groupes : paresthésie douloureuse (rhumatismale presque toujours) localisée le plus souvent à la base du second pilier, et paresthésie non douloureuse, localisée généralement à l'entrée du larynx.

Botey termine par ces conclusions :

1° Les neuro-asthéniques et les très nerveux se plaignent quelquefois d'une sensation de pression, d'obstruction, de gêne dans le nez, qui ne correspond souvent à aucune lésion appréciable.

2° La paresthésie du pharynx chez ces individus se localise presque toujours au niveau de l'os hyoïde ou de la racine du pilier postérieur.

3° La paresthésie du larynx et de la trachée au niveau du cricoïde et des deux premiers anneaux de la trachée.

4° Dans la paresthésie pharyngo-laryngienne des neuroasthéniques on trouve souvent les amygdales un peu hypertrophiées, des granulations, des varices de la langue, etc., mais dans les 90 0/0 des cas, contre les opinions admises, après le traitement de ces lésions la paresthésie persiste.

Faits nouveaux relatifs à la nature de l'hystérie.

M. Sollier rapporte les faits suivants qu'il a été amené à découvrir par suite de remarques faites sur les modifications de la mémoire chez les hystériques pendant leur état de maladie et leur guérison, leur insomnie rebelle, la superposition des troubles de la sensibilité à tous les accidents hystériques et enfin des observations faites au cours de recherches entreprises sur les rapports de la sensibilité et de l'émotion (*Revue philosophique*, mars 1894). En hypnotisant une hystérique profondément et lui ordonnant de se réveiller *complètement*, on constate qu'elle se trouve souvent ramenée au réveil à plusieurs années en arrière, avec perte complète des souvenirs de toute une période de son existence. Ce premier fait prouve qu'elle était en état de vigilambulisme profond, fait corroboré par de nombreuses autres observations chez des malades d'aspect très varié cependant. Tantôt ces hystériques se trouvent ramenées à l'état normal au point de vue de la sensibilité, tantôt elles ont encore des troubles de sensibilité. Si on les replonge dans l'hypnose et qu'on leur dise alors de sentir successivement tous les segments de leur corps, on constate que tous les accidents hystériques disparaissent, et qu'en même temps le sommeil, l'appétit et toutes les fonctions organiques se rétablissent. Les phénomènes hystériques tiennent donc uniquement à des diminutions ou à des pertes complètes de sensibilité. Pour ramener les souvenirs perdus, il suffit de réveiller de la même façon l'anesthésie de la tête, sans suggestions d'actes ou d'idées, comme font les hypnotiseurs : on voit reparaître tous les souvenirs. Le réveil de la sensibilité s'accompagne de phénomènes très caractéristiques et toujours les mêmes chez toutes les malades. Ceux qui se passent du côté de l'encéphale, en particulier, sont très curieux et les malades se servent d'expressions identiques pour les caractériser. L'auteur ne veut pour le moment exposer que des faits. Il se propose, dans un mémoire ultérieur, d'en tirer les conclusions psychologiques, physiologiques et thérapeutiques qu'ils comportent.

M. Lombroso (Turin) insiste sur l'intérêt de cette communication dans laquelle il voit un essai de synthèse des phénomènes hystériques, physiques ou mentaux. Il demande comment M. Sollier explique l'unilatéralté des troubles hystériques.

M. Sollier répond qu'il n'y a pas en réalité unilatéralité, mais seulement prédominence et qu'en effet, lorsqu'on réveille la sensibilité d'une hystérique hémianesthésique, le côté qui paraissait normal recouvre une sensibilité plus vive, ce qui prouve qu'elle n'était pas normale, nos moyens d'investigation étant du reste trop grossiers pour apprécier les troubles anesthésiques.

M. Bérillon prétend que tous ces faits ne sont que des faits de suggestion, et que l'on sait déjà que par suggestion on peut faire disparaître n'importe quel trouble hystérique.

M. Sollier répond qu'il ne s'agit pas ici de suggestion. Ce qui ressort des faits qu'il a rapportés, c'est que les troubles de la sensibilité et particulièrement de la cénesthésie sont fondamentaux dans l'hystérie, et qu'il suffit de réveiller la sensibilité pour en faire disparaître les accidents. Quant au moyen de provoquer ce réveil de la sensibilité, il n'est pas du tout nécessaire d'employer de suggestion; l'isolement, ou un procédé quelconque meilleur qui est à chercher, valent non seulement autant, mais beaucoup mieux.

M. Bianchi (Naples). — J'ai signalé depuis trois ans, à l'appui des faits susénoncés, les modifications de la personnalité chez les hystériques anesthésiques ; les phénomènes rapportés par M. Sollier et qui confirment cette opinion, ont une grande importance au point de vue médico-légal.

M. Hirt (Breslau) considère la suggestion hypnotique comme le procédé de choix dans le traitement de toutes les névroses dites fonctionnelles ; bien plus, à l'hypnothérapie, il estime qu'il y a lieu d'ajouter ce qu'on pourrait appeler l'hypnodiagnostic, c'est-à-dire l'emploi de la suggestion comme moyen de diagnostic des maladies fonctionnelles par opposition aux affections nerveuses et cérébrales organiques où la suggestion ne donne aucun résultat thérapeutique ; dans les cas douteux ce serait là une sorte de réactif clinique dont les effets même négatifs permettraient de trancher la question de diagnose en suspens.

M. Benedikt (Vienne) répond qu'il est indispensable de faire ici des distinctions nombreuses tant sur l'époque de la maladie où la suggestion est applicable que sur les cas particuliers de névroses fonctionnelles dont beaucoup ne lui paraissent pas à beaucoup près aussi justiciables de la suggestion. Le début de la maladie ou son déclin semblent être les moments de choix pour une telle intervention. Le début, lorsque l'hystérie, par exemple, ou la neurasthénie, n'ont point encore par trop affaibli les centres cérébraux volontaires du malade ; le déclin, lorsque le malade, commençant à se ressaisir, a besoin d'un complément d'énergie pour surmonter son apathie et éviter les défaillances de son système nerveux.

M. Benedikt compare l'état mental des hystériques et autres nerveux soumis intempestivement à des pratiques d'hypnotisme à celui des intoxiqués chroniques, en particulier les morphinomanes ; la suggestion provoque un soulagement immédiat, mais n'est pas plus curative que la piqûre du morphinomane ; la preuve en est dans la nécessité de la répétition progressivement fréquente desdites pratiques pour certaines maladies qui deviennent pour le médecin une obsession dont le professeur viennois cite de curieux exemples tirés de sa pratique personnelle ; hypnotiser dans ces cas, c'est augmenter la démoralisation des malades, achever de ruiner une énergie dont le libre exercice n'est que trop devenu impossible et qu'il importerait au contraire de restaurer. L'hypnotisme et la suggestion hypnotique sont donc des armes à double tranchant et peuvent devenir ainsi dangereux à manier.

L'action psychogénétique du crime.

M. Silvio Venturi (Catanzaro). — Le crime déterminé par causes sociales hors de toute disposition antérieure psychopathologique, c'est un trauma moral capable d'apporter, comme conséquences transitoires ou continuées, des troubles nerveux ou psychiques ou criminels.

Les malaises de la vie sociale créent continuellement de nouveaux points de départ aux processus dégénératifs psychiques individuels ou familiaux.

Traitement de la morphinomanie.

M. Bérillon (Paris). — Les deux méthodes de traitement

de la morphinomanie, la méthode par suppression brusque ou par suppression lente présentent toutes les deux de graves inconvénients. Actuellement, la plupart des auteurs donnent la préférence à la suppression lente. Dans la pratique, M. Bérillon a constaté qu'il était presque impossible d'arriver à une guérison définitive si l'on n'a recours à la suggestion hypnotique. Avant de commencer le traitement, un certain nombre de séances doivent être consacrées à l'entraînement du malade. Plus on l'aura rendu malléable et suggestible, plus il sera facile de diriger le traitement. Dans certains cas, la démorphinisation peut s'effectuer sans qu'il soit nécessaire de placer le malade dans une maison de traitement ; il suffit de l'isoler de son milieu habituel. Il est des cas où un isolement complet est indispensable, quand le malade est arrivé à la période des troubles mentaux; dans ce cas la suggestion diminue d'une façon très appréciable les douleurs et les troubles mentaux exagérés momentanément par l'abstinence. La durée du traitement par la suggestion hypnotique est d'environ un ou deux mois. Quand le malade ne prend plus que quelques centigrammes de morphine par jour, on procède à la suppression définitive. C'est alors que se présentent des troubles très graves, des vomissements bilieux, des diarrhées abondantes, des alternatives d'excitation et de dépression qui nécessitent une surveillance attentive. Tous ces accidents ne sont graves qu'en apparence chez un malade déshabitué lentement de la morphine. Ils disparaissent habituellement au bout de trois ou quatre jours. La période de convalescence est d'autant moins longue que la suppression a été plus lente. Les guérisons obtenues avec l'aide de la suggestion sont plus sûres que celles qui sont obtenues par la suppression forcée. Elles ont pour base le réveil de la volonté du malade auquel on n'aura pas négligé de suggérer un véritable dégoût pour la morphine.

M. Tanzi (Palerme). — En 1889, à la clinique psychiatrique de Gênes, j'ai eu recours à l'emploi de la suggestion hypnotique pour traiter un morphinomane invétéré, j'ai été surpris du secours qui m'a été donné par ce procédé. J'ai acquis la certitude que le malade avait été radicalement guéri. La méthode suggestive répond à des indications formelles, celles de combattre les sensations objectives du malade.

M. Hitzig (Leipzig). — Je suis disposé à accepter l'idée de l'emploi de la suggestion hypnotique, car le traitement moral est appelé à jouer un grand rôle dans le traitement de la morphinomanie. En Allemagne, la méthode de Lévinstein est actuellement abandonnée et nous avons recours à la suppression graduelle. Ayant constaté que les morphinomanes présentent des altérations du suc gastrique et de l'hyperchlorhydrie, je les soulage beaucoup par le lavage de l'estomac.

M. Bianchi (Naples). — Au point de vue clinique, il me paraît important de faire la distinction entre les morphinistes et les morphinomanes, les uns étant plus faciles à guérir que les autres.

Structure de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale.

M. Luys (Paris). — Sur les préparations à l'état normal, on voit la disposition naturelle de la substance blanche et des corpuscules de la névroglie, ainsi que les tubes nerveux entourés des capillaires. Dans les zones profondes de l'écorce, on voit l'orientation générale des cellules pyramidales dont les prolongements supérieurs sont tous dirigés dans le même sens vers la périphérie, tandis que les prolongements latéraux s'anastomosent entre eux pour former un tissu réticulé inextricable. Les cellules forment des zones parallèles superposées les unes au-dessus des autres et des zones transversales. Les éléments de la névroglie sont mélangés aux éléments radiculaires des cellules. La névroglie se présente sous la forme de corpuscules discoïdes, insérés par leur prolongement au milieu des réseaux des cellules et des fibres blanches. Elle forme à la surface de l'écorce un stroma spongieux sous-méningé, d'épaisseur variable suivant les âges dont on voit un spécimen très net : c'est un véritable épiderme de l'écorce.

A l'état pathologique, dans la paralysie générale en particulier, tous les éléments sont sucessivement modifiés : c'est surtout l'élément interstitiel, le réticulum de la névroglie, qui est l'agent destructif par excellence de tous les éléments nobles du cerveau. Sur des pièces à faible grossissement, l'envahissement de la névroglie sous forme de tractus sclérotiques commence à apparaître par une dilatation des gaines vasculaires. Puis le travail sclérosique envahit les capillaires, épaissit leurs parois et oblitère littéralement, ainsi qu'on peut le voir, la lumière de quelques-uns de ces vaisseaux, ce qui amène, comme on peut penser, l'usure des éléments actifs, la démence précoce.

Çà et là, on peut juger de l'intensité du travail sclérosique interstitiel. Ce travail est caractérisé par une trame nouvelle dans laquelle on observe des vacuoles plus ou moins multiples remplies de sérosité.

Les régions de l'épiderme sous-méningé acquièrent une vitalité excessive et gagnent ainsi les régions sous-jacentes de l'écorce.

Ces processus destructeurs se propagent simultanément dans les régions grises et les régions blanches.

Les régions grises présentent une destruction successive des cellules pyramidales : elles sont peu à peu écrasées, déformées et anéanties par l'invasion du tissu névroglique, dont les éléments prolifèrent avec une vitalité extrême.

On voit, sur ces pièces, les différentes phases de leur envahissement et de leur destruction progressive, jusqu'au moment où elles ne représentent plus qu'un magma informe.

Syringomyélie lépreuse.

M. Souza Martins (Lisbonne). — J'ai pu assister à l'évolution d'un cas de syringomyélie chez un malade qui a présenté les symptômes les plus nets de cette maladie et dont l'autopsie a confirmé le diagnostic.

L'examen histologique et bactériologique de la moelle a été fait par M. L. da Camara Pestana, qui a trouvé, dans la région cervicale de la moelle, une cavité s'étendant dans toute la région et intéressant les substances grise et blanche.

Cette cavité était remplie d'une masse diffluente et brune.

Sur les préparations faites avec cette substance et colorées pendant dix minutes par la fuchsine phéniquée de Ziehl, puis décolorées par l'acide nitrique aux 2/3, on a pu trouver une grande quantité de bacilles disposés en amas, de 4 μ de longueur et présentant des espaces clairs séparés par des granulations fortement colorées, granulations qui, maintes fois, existent à l'extrémité du bacille. Ces caractères sont ceux du bacille de Hansen.

Voilà donc un cas de syringomyélie qui, diagnostiqué deux ans et demi environ avant la mort, est, à ma connaissance, le premier fait confirmant les idées émises par M. Zambaco.

Je ne crois pas qu'il soit possible de conclure de cette seule observation à l'unité étiologique de la syringomyélie. Il me semble difficile, d'autre part, d'attribuer au bacille de Hansen seul la pathogénie de la fistulation de la moelle. D'autres maladies que la lèpre peuvent dissocier les éléments cellulaires de la moelle, le sarcome et le gliome, par exemple. Il restera, il est vrai, à démontrer que toutes les lésions décrites dans la syringomyélie ne sont que des lépromes méconnus.

Je crois donc qu'on peut conclure actuellement qu'il n'y a pas lieu d'admettre une espèce nosologique dite syringomyélie, et que l'affection syringomyélique peut relever de différentes maladies parmi lesquelles il faut compter la lèpre.

Phénomènes nerveux au cours de certaines méningites infectieuses.

M. Bozzolo (Turin). — Le rapprochement clinique de la méningite à pneumocoques avec la méningite tuberculeuse et avec les autres méningites microbiennes donne lieu à un certain nombre de considérations intéressantes.

Une première différence s'impose, qui existe surtout entre la méningite tuberculeuse et la méningite à pneumocoques.

Fréquemment, dans cette dernière variété, les symptômes sont réduits au minimum, à ce point que bien souvent ils échappent au clinicien.

D'une façon générale, il semble que dans la méningite tuberculeuse les symptômes dépassent notablement la gravité des lésions anatomiques, tandis que dans la méningite pneumococcique, ils sont à peine en rapport avec ces mêmes lésions.

Je crois qu'il est légitime de chercher l'explication de ces faits dans l'influence exercée sur le système nerveux, et notamment sur le système cérébral, par les différents virus

C'est ainsi qu'il est possible d'opposer à l'action déprimante du virus pneumonique l'action irritante des autres processus infectieux. Nous rencontrons des faits analogues dans les infections qui agissent selon un mode continu, telles que la syphilis.

Dans certains cas, il est vrai, et même en l'absence de toute méningite, des symptômes tétaniques peuvent survenir durant le processus pneumonique.

Ces symptômes se rencontrent parfois chez les animaux, lorsque, comme je l'ai fait sur des lapins, on a soin de leur inoculer des parcelles de substance pulmonaire hépatisée.

L'existence de ces faits rend souvent difficile le diagnostic de cette méningite. Aussi, à mon avis, est-il nécessaire de distinguer plusieurs formes de cette affection : 1° la forme subite ; 2° la forme délirante ; 3° la forme paralytique, comprenant comme seconde variété la forme avec ictus apoplectique ; 4° la forme tétanique ; 5° la forme convulsive ; 6° la forme subdélirante et silencieuse.

Parmi les différents éléments du diagnostic, deux, à mon avis, ont une grande valeur : d'une part l'examen bactériologique du sang, d'autre part la ponction du sac arachnoïde par la méthode de Quincke. Celle-ci a une valeur absolue, en ce qu'elle nous permet de faire l'examen bactériologique de l'exsudat et d'y trouver le pneumocoque, que l'on peut ensuite obtenir en cultures.

M. A. da Rocha (de Coïmbre). — La communication de M. Bozzolo me paraît entraîner quelques considérations. A mon avis, les phénomènes nerveux cérébraux que l'on constate dans la méningite simple relèvent de plusieurs facteurs, parmi lesquels se trouve en premier lieu l'intoxication, dont les effets diffèrent avec chaque micro-organisme, et la topographie de l'infection.

Selon la quantité du poison sécrété, selon la durée de l'intoxication, les symptômes sont essentiellement variables et en cela je suis absolument d'accord avec M. Bozzolo. Il faut remarquer, de plus, que lorsque l'infection reste localisée, la quantité de poison sécrétée est tellement minime qu'elle s'élimine au fur et à mesure ; alors les symptômes cérébraux restent peu prononcés.

C'est ainsi que la méningite à pneumocoques se présentera avec des symptômes très graves ou au contraire très modérés.

De l'emploi de la neige (1) dans quelques affections cérébrales.

M. di Pietro (Aversa). — Les médecins discutent sur la question de savoir si dans les méningites, hyperhémies et congestions cérébrales, on doit ou non se servir de la vessie de neige appliquée sur la tête. J'ai étudié cliniquement la question et je me suis convaincu que, prise dans les mêmes conditions, l'hyperhémie cérébrale disparaît plus facilement et plus rapidement sans employer la neige, que la congestion cérébrale a un cours moins alarmant quand on ne fait pas usage de la neige, et que la méningite s'aggrave par l'usage de la neige. Ainsi, lorsque pour les individus atteints d'hyperhémie cérébrale on se sert de la neige, on voit augmenter l'hyperhémie oculaire qui est l'indice de l'hyperhémie interne.

Les raisons principales qui combattent l'usage de la neige sont les suivantes :

1° Toute ischémie externe produit une hyperhémie interne.

2° Le sang du cuir chevelu ne va pas au cerveau ; mais, par la jugulaire externe, le sang veineux se rend dans le ventricule droit du cœur, et le sang artériel se change en veineux dans ce même cuir chevelu.

3° Si pourtant le sang perd un peu de chaleur par l'usage de la neige, c'est insignifiant, étant donnée la rapidité d'une révolution complète du sang qu'on a calculé être d'une demi-minute.

4° Si dans le premier moment on remarque un spasme des nerfs vaso-moteurs cérébraux et ensuite une contraction des capillaires, après vient la dilatation des mêmes capillaires, comme je l'ai constaté en trépanant des crânes de chiens et en leur appliquant de la neige.

5° Revenant aux méningites : si, comme il importe de le retenir, celles-ci sont d'origine infectieuse et si, comme il a été démontré, le sang perd par la congélation sa propriété bactéricide, l'usage du froid ne pourrait que nuire.

6° Enfin, si aussi bien dans les surexcitations que dans les affaiblissements du cerveau on emploie de la neige, je dis qu'il est juste de se demander si elle est un excitant ou un calmant. Je veux dire qu'en se servant de la neige on n'a pas conscience de son action.

(1) En Italie, faute de glace, on emploie la neige qu'on recueille sur les montagnes.

Les fonctions des lobes frontaux.

M. Bianchi (Naples) a fait des expériences sur des chiens et des singes en produisant des lésions dans les lobes frontaux, une série de lésions expérimentales. Les troubles psychiques qu'il a notés dans ces cas ont été :

Agitation, excitation et en même temps apathie sous forme d'indifférence (chez les singes) pour les objets environnants et pour les animaux de la même ou d'une autre espèce, qui se trouvaient en contact avec les animaux mutilés. Diminution du penchant sexuel ; terreur au moindre bruit ou à l'approche d'autres animaux ; voracité.

Cécité verbale.

M. Bianchi (Naples). — Il s'agit d'un vieux compositeur de 70 ans, sujet à des vertiges et des accès d'épilepsie, et ayant succombé quelque temps après une attaque d'apoplexie cérébrale avec hémiplégie droite, au cours de laquelle il présenta de la cécité verbale.

Voici ce qu'on trouva à l'autopsie.

Dans l'hémisphère droit : un petit foyer de ramollissement dans la partie externe du noyau lenticulaire ; un vieux foyer analogue dans la substance blanche de la première circonvolution frontale au-devant de son pied ; un troisième foyer, qui se trouvait dans le corps calleux, s'étendait dans le tiers inférieur du précunéus.

Dans l'hémisphère gauche : un vieux foyer de ramollissement dans le gyrus angulaire occupant principalement la partie postérieure du premier sillon temporal ; un second foyer existait dans le gyrus angulaire ; ce foyer s'étendait jusqu'à la corne postérieure du ventricule latéral, mais en laissant intactes les deux premières circonvolutions temporales et la substance grise du lobe occipital.

Localisation générale des réflexes.

M. Jendrassik (Buda-Pest). — La neurologie clinique a admis une localisation de tous les réflexes d'après les données de physiologie pure. Mais lorsqu'on compare les observations pathologiques aux données de physiologie, on trouve des contradictions nombreuses.

D'après M. Jendrassik, les réflexes de l'homme se divisent, au point de vue pathologique, en trois groupes :

1° Un groupe qui comprend les réflexes dits profonds (phénomènes tendineux, périostés, etc.). Leur voie de conduction passe transversalement à travers la moelle épinière, et leurs caractères principaux sont le peu de sensation qu'ils provoquent ; la possibilité d'être fournis par des parties du corps peu sensibles ; un mouvement en rapport avec l'intensité et l'excitation. On peut produire ces réflexes aussi bien sur soi-même que sur d'autres personnes ; leur période latente est très courte ; ils sont exagérés dans les paralysies cérébrales. Dans les cas pathologiques (division de la moelle épinière), on peut voir survenir des réflexes spinaux pathologiques, comme le réflexe du fléchisseur, le pseudo-phénomène du genou. Les réflexes vaso-moteurs, le réflexe pupillaire, appartiennent à ce premier groupe.

2° La seconde classe comprend les réflexes cutanés et phénomènes analogues où il existe un arc réflexe qui partant du cerveau est transmis aux voies centrifuges par les voies centripètes. Ce qui caractérise ces réflexes, c'est qu'ils sont fournis par la peau particulièrement sensible en donnant lieu à une sensation spécifique nette (sensation de chatouillement, de douleur) ; que les excitations faibles sont plus efficaces que les excitations fortes ; qu'ils réussissent mieux sur d'autres personnes ; que la durée de leur période latente est égale à celle de leur période de réaction.

3° La troisième classe comprend les réflexes possédant des centres spéciaux (éternûment, toux, vomissements) qui se trouvent dans la moelle épinière et le bulbe. Dans les conditions normales, la fonction de ces centres peut être mise en jeu par le cerveau. Ce qui caractérise ces réflexes, c'est que

lexcitation doit être de longue durée, et que, pendant ce temps, on perçoit une sensation d'intensité progressivement croissante qui, arrivée à son summum, fait fonctionner le centre inférieur.

Traitement des fièvres et particulièrement de la fièvre typhoïde.

M. Burney Yeo (Londres). — La médecine scientifique et rationnelle exige que la thérapeutique soit en accord avec les notions de pathologie. Les changements qui ont été apportés dans nos connaissances sur la nature et les causes des fièvres spécifiques exigent des modifications correspondantes dans la conception et les indications de leur thérapeutique.

Cette communication a trait au traitement de la fièvre typhoïde prise ici comme un type de fièvre spécifique infectieuse.

On admet que les fièvres spécifiques sont d'origine bactérienne; leurs symptômes caractéristiques, dont fait partie la fièvre, sont produits par des micro-organismes dans le sang et les tissus.

On sait que, *dans les laboratoires*, certaines substances arrêtent la croissance et l'activité de ces microbes; d'autres conditions, comme la présence d'un processus de putréfaction, activent leur développement. Nous possédons aussi certains agents qui peuvent arrêter les effets des toxines de ces microbes à *l'intérieur du corps*. Il est donc essentiel pour la thérapeutique de ces affections de neutraliser ces poisons sécrétés par les microbes.

Ainsi se constitue l'idée d'un traitement antitoxique ou antiseptique. Je dirai même que, pour une maladie comme la fièvre typhoïde, la recherche des antagonistes des microbes et de leurs produits est plus importante que les tentatives faites pour obtenir l'immunité.

Les observations cliniques montrent que la marche ordinaire et les caractères de ces fièvres peuvent être heureusement modifiés, et en quelque mesure diminués par des agents antagonistes. Je m'appuie en cela sur ma propre expérience et sur celle des autres. Bien des témoignages ont été fournis en faveur de cette méthode, notamment par O'Connor de Buenos-Ayres, qui a appliqué ces procédés au traitement de 100 malades et qui n'a eu que 2 morts.

Pour maintenir cette *antisepsie intestinale* qui forme le point essentiel de ce traitement, il faut prêter une attention très grande à la nourriture du malade atteint de fièvre typhoïde; il faut songer que ces malades ont une capacité de digestion et d'absorption extrêmement limitée.

L'auteur termine sa communication par quelques remarques sur l'usage des stimulants alcooliques, des agents antipyrétiques dépresseurs, dont il condamne l'usage, sur les indications très limitées et les dangers du traitement par les bains froids.

L'auteur insiste sur l'utilité d'appliquer aussitôt que possible sa méthode (voir *Manual of medical treatment*, vol. II, part. IX, chap. 3); la grande diffusion à travers l'organisme des toxines fait que, quand on ne leur oppose pas de très bonne heure des antagonistes, la guérison est impossible.

Corrélation de poids entre le cerveau et les testicules ou les ovaires.

M. Silvio Venturi (Catanzaro). — Chez les aliénés, les diminutions du poids du cerveau dues aux processus d'atrophie involutive précoce, retrouvent une relation dans la diminution du poids du cerveau, des testicules ou des ovaires.

Cette réduction de poids du cerveau, des testicules ou des ovaires confirme la corrélation entre la vie psychique et la vie sexuelle, laquelle a été démontrée il y a longtemps par l'observation clinique et les lois du développement.

La réduction en poids des testicules avec beaucoup d'approximation, est accompagnée de diminution de volume. Par cette raison, sur les vivants, par la diminution des diamètres des testicules, on a un jugement approximatif utile pour diagnostiquer le degré de l'atrophie cérébrale corrélative.

Nature biologique du criminel né et de l'homme de génie.

M. Silvio Venturi (Catanzaro). — Le criminel né n'est pas un produit dégénératif de la famille et de l'espèce, un *caput mortuum* inutile, c'est plutôt un outil actif de l'équilibre ou de destruction familiale et sociale, lequel répond par là à une fonction biologique de conservation.

L'homme de génie n'est pas un produit de la dégénérescence familiale et sociale, un fait tératologique accidentel, c'est, au contraire, l'outil nécessaire de l'activité divergente ou progressive dans le champ physique ou moral de la famille ou de l'espèce.

Les éventuelles et nombreuses marques de la dégénération physique ou morale des hommes criminels ou de génie servent à exprimer le fond duquel jaillissent dans la nature les individualités, lesquelles représentent des variations éminentes dans l'ordre de la structure ou de la fonction, et qui sont produites par une anomalie dans le processus de la force évolutive.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 *avril* 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Election.

M. Bouchacourt (Lyon) est élu associé national par 55 voix sur 65 votants contre 10 à M. Azam (Bordeaux).

Fièvre typhoïde.

M. Manouvriez expose les conditions sanitaires de la ville de Valenciennes en rapport avec la propagation de la fièvre typhoïde.

A ce sujet, **M. Brouardel** fait observer combien l'exemple de Valenciennes est démonstratif au point de vue de l'influence qu'exerce sur la diminution de la fièvre typhoïde l'amélioration de l'alimentation en eau potable dans les villes.

Les renseignements recueillis se rapportent à trois périodes de chacune dix années: la première a précédé une amenée d'eau potable de bonne qualité, et pendant laquelle la mortalité typhoïdique était en moyenne de 12 pour 10,000 dans la population civile et s'élevait jusqu'à 21 et même 32 pendant les années d'épidémie. La seconde période est celle qui va depuis l'arrivée de l'eau potable à Valenciennes jusqu'au moment où l'on procéda au curage des égouts et au creusement d'un canal de déviation de l'Escaut; la mortalité typhoïdique était descendue à 9,7.

Déjà l'amenée d'eau avait produit ce résultat; mais elle ne desservait que les trois cinquièmes de la ville, le reste étant alimenté par des puits suspects. Les égouts n'étaient pas creusés et en communication avec le sous-sol; la partie canalisée de l'Escaut, dont l'étiage ne cessait de s'élever et qui recevait le déversement des égouts, produisait également de fréquentes infiltrations et inondations dans la nappe d'eau souterraine; d'où une contamination incessante des eaux consommées dans une partie de la ville, et des contacts infectieux qui n'étaient pas sans influence sur la persistance de la fièvre typhoïde.

Dès que les travaux d'assainissement du sous-sol ont pu être commencés et qu'un canal de dérivation de l'Escaut a permis l'assèchement progressif de la nappe, la mortalité typhoïdique s'est graduellement abaissée jusqu'à 2,7 pour 10,000, si bien que Valenciennes est aujourd'hui, au point de vue de cette mortalité, au 44e rang sur les 200 villes les plus peuplées de la France.

Exalgine.

Questionné par M. Berger, **M. Dujardin-Beaumetz** estime comme celui-ci qu'il faut mettre une grande prudence dans l'administration de l'exalgine et qu'il y a toute utilité à fractionner les doses et à ne pas dépasser celle de 0 gr. 25 en une seule fois.

Arthrotomie du genou.

M. Mouchet (de Sèvres) communique une observation de deux arthrotomies du genou chez une hystérique pour extraire

9 aiguilles introduites volontairement. L'opération a été faite antiseptiquement et la guérison obtenue sans encombre.

Des glycéro-phosphates et de leur emploi en thérapeutique.

M. Albert Robin. — Je désire faire à l'Académie une simple communication préalable sur une médication nouvelle, dont je poursuis l'étude depuis l'année 1888. Il s'agit des glycéro-phosphates.

J'ai employé les glycéro-phosphates de chaux, de soude et de potasse, soit isolés, soit associés, par la voie stomacale et par la voie sous-cutanée.

L'action de ces médicaments sur la nutrition est extrêmement importante, surtout quand on les administre par voie sous-cutanée.

J'ai conclu de mes expériences que les glycéro-phosphates pouvaient être avantageusement employés dans les cas où il s'agissait de relever la nutrition nerveuse défaillante et d'en stimuler l'activité.

Ils m'ont réussi dans la *convalescence de la grippe et de quelques maladies infectieuses*, dans les *asthénies nerveuses* de diverses origines, dans une variété particulière de *neurasthénie* par le cuivre, dans des cas de *chlorose torpide* où les oxydations azotées étaient sensiblement abaissées, dans les *albuminuries phosphaturiques* et dans un cas de *phosphaturie*. Ils me paraissent donc indiqués dans tous les états morbides où les réactions nerveuses sont en défaillance. Ainsi j'ai amélioré considérablement un malade atteint de maladie d'Addison.

Il était impossible de ne pas comparer les effets de glycéro-phosphates avec ceux obtenus par les injections de liquide testiculaire. En effet, le phosphore en combinaison organique est l'un des principes essentiels, sinon le principe le plus important de ces liquides.

Les *ataxiques* ont augmenté de poids (moyenne 51 grammes par jour). On a constaté chez eux une tendance à la moiteur, une sensation de chaleur dans les extrémités, moins d'appréhension dans la marche et surtout une diminution très sensible des douleurs fulgurantes. L'incoordination motrice n'a point été modifiée notablement.

Des améliorations notables ont été obtenues dans des cas d'hyposthénie gastrique, de sciatique, de tic douloureux de la face.

Dans un cas de *paralysie des extenseurs de la main* consécutive à une intoxication par l'oxyde de carbone, je n'ai obtenu que des effets très insignifiants.

Les injections ne produisent pas d'accidents locaux quand elles sont pratiquées avec les précautions antiseptiques d'usage. Tout se borne à une sensation de cuisson, rarement douloureuse, et à une rougeur plus ou moins persistante de la peau.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des cas favorables. Pourtant il est juste d'ajouter que chez deux ataxiques, les injections semblent avoir été parfaitement indifférentes. Chez un troisième, il y eut, à la suite de la quatrième injection, une sorte d'accès d'excitation cérébrale, avec insomnies et ébauches d'hallucination.

En résumé :

1° Les glycéro-phosphates sont des agents thérapeutiques puissants qui accélèrent la nutrition générale par l'intermédiaire de leur action sur le système nerveux.

2° Ils reconnaissent la dépression nerveuse comme indication essentielle.

3° En injection sous-cutanée, ils produisent des effets au moins aussi énergiques que le liquide testiculaire qui n'agit vraisemblablement qu'en vertu du phosphore organique qu'il contient. Il y a donc tout avantage à l'employer à la place de ce liquide, puisque l'on substitue ainsi un produit défini, dosable, à une préparation incertaine, variable et éminemment altérable.

4° Les observations citées plus haut donnent lieu d'espérer que ces injections seront avantageusement utilisées dans le traitement des asthénies nerveuses, de causes diverses, des albuminuries phosphaturiques, des phosphaturies de la maladie d'Addison, de quelques sciatiques et du tic douloureux de la face. Dans l'ataxie locomotrice, les résultats sont plus incertains et tout paraît se borner à une diminution des douleurs fulgurantes.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 20 *avril* 1894.

Hernie de l'appendice.

M. Gustave Bernard rapporte l'histoire d'un malade qui se disait atteint de hernie ancienne. Cette hernie était irréductible depuis huit jours.

A la palpation de l'aine droite, on perçoit une tumeur dure, irréductible, paraissant se prolonger dans le canal inguinal. On porte le diagnostic d'épiplocèle adhérente. On décida d'opérer.

L'incision faite, on ne trouve pas de sac herniaire, on tombe sur une petite masse blanche, arrondie, longitudinale, sur laquelle des tractions sont aussitôt opérées. On reconnaît que le cæcum est attiré en bas par suite des tractions ainsi faites, et que l'organe sur lequel on pratique les tractions n'est autre que l'appendice iléo-cæcal, venu se loger dans le trajet inguinal. La résection en est aussitôt opérée. Le malade va bien.

Lipomes herniaires.

M. Gustave Bernard montre ensuite un lipome gros comme un œuf de pigeon extrait d'un trajet inguinal. Si le malade n'avait pas eu dans les bourses ses deux testicules, on eût pris facilement pour un testicule en ectopie la petite tumeur mobile que constituait dans le trajet inguinal le lipome en question. Le diagnostic fait avait du reste été kyste du cordon. L'opération seule a pu fixer sur la nature de la tumeur.

Diverticule de Meckel.

M. Lardenois montre un diverticule de Meckel trouvé au hasard de l'autopsie chez un malade mort d'urémie dans le service de M. Constantin Paul.

Ce diverticule se détache de l'iléon à 45 centimètres de l'orifice iléo-cæcal. Il est accolé au mésentère par une sorte de bride. Sa longueur est de 10 centimètres. Il se termine par un renflement en massue semé de bosselures. L'orifice initial en est très étroit, et permet à peine l'introduction du petit doigt.

F. Potier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 *avril* 1894.

Prolapsus utérin et métrite.

M. Bouilly insiste sur la symptomatologie un peu spéciale que présentent certains cas de métrite avec abaissement léger de l'utérus. On sait combien sont variables les manifestations douloureuses chez les femmes atteintes de lésions génitales. Quelquefois elles sont expliquées par des lésions des annexes, mais souvent il est difficile de faire la part de ce qui revient à l'utérus et au système nerveux général. Par elles-mêmes, la plupart des lésions utérines sont indolentes, mais on sait que, par exemple, les souffrances sont fréquentes dans les déchirures du col soit avec éversion, soit avec dégénérescence scléro-kystique; de même lorsqu'il y a métrite parenchymateuse ayant gagné le corps.

Mais les troubles fonctionnels sont à leur maximum quand avec les métrites il y a une insuffisance périnéale avec plus ou moins d'abaissement de l'utérus. C'est alors — ce qui ne s'observe que par la réunion de ces deux ordres de lésions — qu'on a des douleurs abdominales, lombaires, sacrées, avec dyspepsie, avec état névropathique qui, dans bon nombre de cas, prend le pas; la station debout et la marche sont très compromises, la femme arrive à un véritable état d'infirmité permanente, avec neurasthénie, avec déchéance de la nutrition. Un certain degré d'entéroptose, de néphroptose est souvent concomitant. A l'examen local on ne trouve rien du côté des anneaux.

Pour traiter ces lésions complètes il faut une opération complexe et « faire le complet » en une séance : curettage, amputation du col, anaplastie périnéo-vaginale.

M. Pozzi approuve cette conduite, mais croit que les

symptômes tiennent avant tout à la métrite, entretenue par la déchirure périnéale et le prolapsus.

M. Delorme résume un cas d'hématochylurie par *bilharzia hœmatobia* adressé par M. Cahier.

M. Monod présente un malade auquel il a réparé par des greffes de Thiersch une perte de substance de la jambe.

M. Reclus, d'après son expérience personnelle, craint que l'ulcération ne reparaisse.

M. Chaput présente un malade auquel il a d'abord fait la ligature pour un anévrysme poplité; les douleurs persistant, il a fait l'extirpation et a trouvé, en effet, le sciatique poplité interne adhérent à la poche; résection de 0.05 de la veine. Bon résultat.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 11 *avril* 1894.

Présidence de M. Adrian.

Intoxication par le salol.

MM. Patein et **Désesquelle**. — Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, sans tare névropathique, personnelle ou héréditaire, qui, ayant pris en quelques heures 8 grammes de salol, eut des troubles prononcés de sensibilité générale et spéciale, principalement du côté des sens du goût et du toucher. Ces accidents paraissent dus au phénate de soude, résultant du dédoublement du salol, car on connaît les propriétés anesthésiques marquées de l'acide phénique. Aux accidents produits chez certains sujets par le salol, il faut donc ajouter des troubles de la sensibilité.

Badigeonnages de gaïacol.

MM. Linossier et **Lannois**. — L'abaissement de la température, déterminé par ces badigeonnages, avait été attribué à une action réflexe analogue à celle du vernissage. M. Lannois, collaborateur de M. Linossier, attribue cette action antithermique à l'absorption par voie pulmonaire. MM. Linossier et Lannois ont démontré que cette absorption cutanée avait bien lieu, par des expériences où toutes les précautions pour éviter l'absorption par voie pulmonaire avaient été prises. Ils ont démontré de plus que le gaïacol s'absorbe à l'état de vapeur en grande partie. L'élimination par l'urine atteint son maximum quatre ou cinq heures après le badigeonnage. Après vingt-quatre heures, il s'en élimine fort peu. La quantité éliminée peut être considérable. Un double badigeonnage de 5 grammes a amené une élimination par les urines de 3 grammes de gaïacol. Donc l'absorption du gaïacol par la peau est rapide; son emploi thérapeutique en badigeonnage ne doit pas avoir lieu à l'air libre, mais le badigeonnage doit s'accompagner d'enveloppement caoutchouté et ouaté.

M. Berlioz demande si M. Linossier s'est servi du gaïacol liquide ou du gaïacol synthétique en solution alcoolique. De plus, il demande si la méthode de dosage calorimétrique est suffisante pour permettre de doser des milligrammes de gaïacol.

M. Linossier s'est servi du gaïacol liquide. Il s'est rarement servi du gaïacol cristallisé. Il croit que, pour une recherche de ce genre, le procédé calorimétrique, bien qu'approximatif, est amplement suffisant.

Recherches sur l'action thérapeutique de quelques dérivés du formol.

M. Bardet. — Le point de départ a été la recherche théorique d'un bromure qui n'aurait pas les inconvénients des bromures métalliques et dont la composition permettrait de réaliser l'antisepsie suivant l'hypothèse de M. Féré qui, pour éviter l'éruption furonculeuse bromique, administre des antiseptiques en même temps que des bromures.

Ces recherches ont été faites avec M. Trillat, qui a préparé des dérivés bromés à base de formol. Ce dernier corps a été choisi parce qu'il est antiseptique à dose infiniment faible. C'est ainsi que l'auteur a été amené à étudier la *formine* (ou *méthylène diamine méthane*) qui elle-même a servi à préparer l'*iodoformine*, puis l'*iodéthylformine* et la *bromethylformine*.

Tous ces corps jouissent de la propriété de régénérer du *formol* en présence des alcalins et en même temps de l'iode ou des iodures et bromures alcalins.

La *formine* n'est pas toxique, elle peut être ingérée impunément même à doses élevées (2 à 4 gr.), elle dissout facilement l'acide urique et les urates et peut à ce point de vue se ranger à côté de la pipérazine.

L'*iodoformine* régénère lentement de l'iode et du formol, c'est un antiseptique puissant, qui, dans des essais pratiqués en collaboration avec le Dr Reynier à Tenon ou par l'auteur à Cochin, a donné d'excellents résultats dans le traitement des ulcérations et des plaies de mauvaise nature.

La *brométhylformine* régénère du bromure de sodium, du formol et probablement de l'alcool dans l'économie; d'essais pratiqués par l'auteur et par M. Féré à Bicêtre, sur des nerveux et des épileptiques, il résulte que ce corps possède nettement l'action d'un bromure, mais moins actif que les bromures métalliques; il est très bien supporté et n'a pas donné d'éruptions furonculeuses; dans l'usage il faut tenir compte que le bromure de potassium est une fois et demie plus actif. Il faut au moins 3 de brométhylformine là où l'on administre 2 de K Br.

L'*iodéthylformine* administrée à des animaux a été bien tolérée et n'a provoqué aucun accident à la dose de 1 gramme par kilogramme; prolongée pendant plusieurs jours, elle s'élimine par les urines à l'état d'iodure alcalin. Ce corps n'a pas encore été employé chez l'homme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 *avril* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Mécanisme du réflexe rotulien.

M. Du Cazal. — M. Marie a présenté à la dernière séance un malade qu'il juge, avec raison, fort intéressant au point de vue surtout de la démonstration du mécanisme du réflexe rotulien.

Je rappellerai que j'ai présenté à la Société de biologie, dans sa séance du 15 février 1890, un malade qui a ce point de vue précisément me semble encore beaucoup plus démonstratif et qui établissait, je crois, d'une façon indiscutable que le réflexe rotulien est bien d'origine médullaire.

Il s'agissait d'un garde de Paris qui présentait une amyotrophie post-arthritique très prononcée du triceps crural.

Or, chez ce malade, la moelle présentait une hyperexcitabilité tout à fait anormale qui se révélait par l'exagération du réflexe rotulien du côté malade. Mais de plus, lorsqu'on frappait sur le tendon rotulien, non seulement on provoquait un mouvement synergique dans le membre opposé, mais on provoquait encore un *cri réflexe* causé par la contraction spasmodique des muscles de la glotte. Or, la physiologie nous enseigne que le centre de ce réflexe se trouve dans les parties les plus élevées de la moelle, dans la région bulbo-protubérantielle de l'isthme.

Le rapport intime qui reliait ces phénomènes prouvait bien leur dépendance du centre médullaire.

Endocardite végétante expérimentale, sans traumatisme valvulaire par streptocoque d'origine salivaire.

MM. F. Widal et **F. Bezançon**. — Nous présentons à la Société les pièces d'une endocardite végétante expérimentale développée sur le cœur d'un lapin dans des circonstances étiologiques qui nous ont paru dignes d'être rapportées.

Les lésions de cette endocardite expérimentale sont exactement calquées sur celles de l'endocardite végétante de l'homme. Au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, sur la valvule mitrale, existe une végétation en chou-fleur, d'aspect granuleux, de la grosseur d'un pois environ, et qui tranche par sa coloration jaunâtre sur la rougeur du myocarde. Cette végétation, dont le tissu est friable et se désagrège facilement, adhère à la valvule par une large base d'implantation; autour d'elle, sont disséminées de très petites granulations rougeâtres, d'aspect inflammatoire et de la gros-

seur d'une tête d'épingle environ. Le cœur était augmenté de volume dans sa totalité.

Le détritus granuleux de la grosse végétation, examiné au microscope, laisse voir quelques streptocoques. L'ensemencement de cette végétation, celui du sang du cœur et de la pulpe splénique donne des cultures pures d'un microbe présentant tous les caractères d'un streptocoque qui avait été inoculé à l'animal seize jours auparavant.

Cette endocardite expérimentale s'est produite, nous insistons sur le fait, sans traumatisme valvulaire préalable, sans même injection intra-veineuse. L'animal inoculé le 2 avril, dans le tissu cellulaire de l'oreille, avec 1 c. c. d'une culture de streptocoque, eut un érysipèle déjà caractérisé au bout de deux jours par de la tuméfaction, de la chaleur, de la rougeur, de la ptose de l'oreille, avec élévation générale de la température. Il était convalescent et son oreille desquamait, lorsque le 16 avril sa température s'éleva de quelques dixièmes de degré, il devint inappétent, sommeillant et mourut le 18. Outre les lésions cardiaques, l'autopsie révéla un épanchement pleural gauche, une tuméfaction de la rate et de la congestion pulmonaire.

Ce fait s'est présenté à notre observation sans que nous ayons cherché à le provoquer au cours d'expériences que nous poursuivons sur le streptocoque. Nous avions inoculé 93 lapins avec des streptocoques de diverses provenances, lorsque l'un d'eux mourut avec une endocardite végétante dans les circonstances que nous avons énumérées. Ce sont là les conditions de la clinique. Il n'y a pas, en effet, de streptocoque spécifique de l'endocardite végétante. Tout streptocoque virulent peut, chez l'homme, déterminer des végétations de l'endocarde, s'il trouve une raison pour être retenu au niveau des valvules ; il y a là en quelque sorte une étiologie à deux degrés. Or, si l'on songe que, par rapport à la fréquence des infections à streptocoque chez l'homme, l'endocardite végétante est une exception, on conçoit qu'expérimentalement cette lésion ne puisse s'observer que par un heureux hasard, après l'inoculation d'un grand nombre d'animaux. C'est précisément dans ces conditions expérimentales que nous étions placés.

Nous avons donc vu se réaliser chez l'animal, avec une précision rare en expérimentation, l'image fidèle d'une maladie humaine. Rien n'a manqué : ni la lésion anatomique, ni les conditions étiologiques, ni l'évolution clinique. L'endocardite est apparue en effet comme le second temps de l'infection, consécutivement à un érysipèle. N'est-ce pas ainsi qu'évolue le plus souvent l'endocardite végétante elle-même, celle de l'infection puerpérale par exemple, et sans aller chercher si loin notre comparaison, celle de l'érysipèle de la face, comme en font foi deux observations de Jaccoud et d'Achalme ?

Il nous reste à insister sur l'origine du streptocoque, agent de notre endocardite végétante. Ce microbe provenait de la bouche de l'un de nous, il ne donnait pas de culture apparente sur pomme de terre et primitivement, comme tous les streptocoques de la bouche, il était dénué de toute action pathogène. En l'associant à un coli-bacille virulent suivant un procédé qui sera décrit ailleurs, nous sommes parvenus à donner à ce streptocoque salivaire la propriété de produire chez le lapin une plaque d'érysipèle et c'est le streptocoque tiré de cette plaque qui, inoculé à notre animal, a reproduit les lésions que nous avons étudiées.

Ce détail complète le cycle étiologique de notre observation et pourrait peut-être jeter quelque lueur sur l'origine de l'endocardite végétante dite primitive, qui reconnaît le plus souvent une porte d'entrée bucco-pharyngée. Dans la nature, c'est sans doute aussi par association microbienne que nos streptocoques saprophytes arrivent le plus souvent à remonter la gamme de leur virulence et, pour ne prendre qu'un exemple, ne savons-nous pas avec quelle fréquence l'intervention du bacille de l'influenza prête à l'éclosion des infections streptococciennes?

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 *avril* 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Dosage de la fibrine.

M. Hayem. — A propos de la communication de M. Arthus, je voudrais faire remarquer que le dosage du fibrinogène fournit des résultats très dissemblables suivant qu'on s'adresse au plasma sanguin, à un liquide coagulable comme celui de la pleurésie, ou encore à un exsudat non coagulable comme le liquide de l'hydrocèle. Le chauffage à 57° n'est pas un procédé sûr pour apprécier le phénomène.

Mensurations du crâne.

M. Luys. — J'ai fait un grand nombre de ces mensurations en me conformant au schéma que je présente. Il est bon de reconnaître que ces mensurations ne conduisent à aucune déduction ni aucune loi fondamentale touchant l'appréciation du volume de l'encéphale. Mais j'ai été amené à constater que, certaines parties nerveuses s'atrophiant, d'autres subissent une hypertrophie compensatrice. De telle sorte qu'en définitive la masse de l'ensemble change peu.

Glycogénèse hépatique.

M. Butte. — On sait que, d'après Seegen, le glycose du foie se produit aux dépens des substances albuminoïdes et des peptones. Or, j'ai éprouvé, en analysant *post mortem* des foies de chien et de lapin, que le glycose continue à être produit et se forme aux dépens de la substance glycogène préexistante.

Nouvelles recherches sur le lieu de formation de l'urée dans l'organisme animal. — Rôle prépondérant du foie dans cette formation.

M Kaufmann. — Quand on lie l'aorte et la veine cave postérieure dans la poitrine d'un animal qu'on maintient vivant par la respiration artificielle, pendant environ une heure, on constate que la quantité d'urée ne subit pas de grandes modifications dans le sang qui circule dans le train antérieur; cependant les résultats qu'on obtient par cette méthode sont, dans leur ensemble, favorables à une formation d'urée dans les divers tissus, mais ils ne permettent pourtant pas d'être très affirmatif.

On arrive à des résultats plus nets par la méthode qui consiste à doser l'urée comparativement dans le sang et les divers tissus d'un animal tué à jeun.

Pour les dosages, M. Kaufmann a employé deux procédés : celui de Gréhant et celui de von Schrœder. Les résultats obtenus sont parfaitement concordants. Toujours le sang se montre moins riche en urée que les différents tissus, et parmi ceux-ci c'est le tissu hépatique qui contient la plus forte proportion de cette substance.

De ces recherches, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La formation de l'urée n'est pas entièrement localisée dans le foie; tous les tissus en produisent une certaine quantité;

2° Le foie doit être considéré cependant comme le foyer le plus actif dans la production de l'urée chez le cheval à jeun;

3° La production de l'urée semble donc liée à la fois aux phénomènes de la nutrition qui s'accomplissent dans les tissus et aux phénomènes d'élaboration et de préparation des matériaux nutritifs déversés incessamment dans le sang par la glande hépatique.

M. Hayem. — A propos de cette question de l'urée, je ferai remarquer que j'ai dans mon service une hystérique polyurique dont les urines sont à peine plus denses que l'eau potable. La malade est atteinte d'anorexie hystérique. Elle n'élimine qu'*un gramme* d'urée par jour.

Développement des œufs et vibration.

M. Féré. — Lorsque des œufs placés en incubation à l'étuve sont soumis à une vibration continue, leur développement est influencé d'une double manière. Il y a retard de développement et production d'anomalies ou malformations. Cette influence tératogène est d'autant plus accusée que les œufs influencés contiennent des embryons plus jeunes.

Nerfs du rein et du cœur.

M. Azoulay. — J'ai étudié ce point d'anatomie à l'aide de la méthode de Golgi. On voit que dans le rein les réseaux et plexus ont une grande complexité et donnent des branches et fibrilles terminales qui abordent les tubes et probablement les cellules, car j'ai pu suivre, jusqu'à la base d'une cellule des tubes contournés, une fibrille nerveuse pourvue d'un renflement terminal conique.

Dans le cœur il existe des rameaux variqueux et des branches pourvues de renflements fusiformes qui font ressembler le tout aux figures des plexus de l'intestin.

Observations sur les infusoires.

M. Pilliet. — Ayant obtenu dans des cristallisoirs une infusion de foin, herbe et algues, j'ai vu se développer à la surface des zooglées en grande activité de développement. Or, si l'on vient à laisser tomber au centre d'une zooglée une goutte d'essence de girofle, on constate que la colonie est arrêtée dans son développement, quoique l'essence ne soit pas miscible à l'eau.

J'ai préparé, comme liquide de l'infusion, une solution étendue d'une couleur d'aniline acide, la fluorescéine. Le développement des zooglées n'est pas influencé, et les infusoires ne se colorent pas. L'effet est le même avec le bleu de méthylène alcalin. Il est à remarquer ici que la solution finit par se décolorer, en vertu d'une sorte d'action réductrice commune aux plantes. Il y aurait peut-être dans l'emploi de ces milieux colorés et titrés un moyen d'étudier l'énergie vitale et l'activité vitale de certains organismes inférieurs.

M. Laveran. — Je ferai remarquer à propos du bleu de méthylène qu'en introduisant dans le sang une grande quantité de ce corps je n'ai pas obtenu la coloration des hématozoaires des animaux. J'ai lieu de croire que c'est là un mauvais parasiticide.

M. Pilliet. — Dans l'étude de ce rôle du bleu, il faut se garder de l'intervention possible de l'arsenic des bleus uriques.

M. Jaron commence une étude de 18 cas de grippe dans lesquels il a retrouvé le bacille étudié par Teissier, Roux et Pittion.

M. Charpentier a cherché à mesurer la résistance apparente des nerfs faradisés en se servant du téléphone comme moyen d'appréciation.

M. Danner a obtenu des effets très curieux en employant l'effluvation dans le traitement des ulcères variqueux.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séances des 4, 11 et 18 *avril* 1894.

Ecrasement du pouce.

M. Gangolphe présente un homme de 28 ans qui, le 20 décembre 1893, eut la presque totalité des parties molles du pouce gauche et le métacarpien correspondant sectionnés par une « fraise ». Après 17 jours de soins antiseptiques, on pratique la suture musculaire, celle des tendons extenseurs (le tendon fléchisseur étant conservé), la suture osseuse et celle des parties molles. Aujourd'hui le pouce a repris ses fonctions.

Kyste hydatique du foie.

M. Gangolphe présente un homme de 35 ans, opéré avec succès d'un kyste hydatique du foie, par la méthode en deux temps de Bégin-Volkmann. Ce kyste intra-hépatique, et nullement isolable, n'aurait pu être opéré par une autre méthode. La méthode en un temps n'est indiquée qu'en cas d'urgence, ou lorsque l'isolement de la poche est facile.

Torsion du hile du poumon.

M. Mathis met sous les yeux de la Société une pièce rare, unique même dans la pathologie animale; il s'agit d'un cas de torsion d'un lobe pulmonaire autour de son hile, chez un chien pleurétique; cet animal était mort subitement après qu'on l'eut fait placer dans diverses attitudes pour démontrer aux élèves de l'Ecole vétérinaire la mobilité de l'épanchement.

Méningite suppurée.

M. Josserand présente les pièces anatomiques provenant d'une méningite suppurée au cours de la fièvre typhoïde; il s'agissait d'une méningite suppurée enkystée ayant présenté des symptômes de localisation (aphonie, monoplégie droite); des cas analogues pourraient peut-être justifier une intervention.

Endocardite tuberculeuse.

M. Courmont présente un cobaye vivant, inoculé le 9 février à la cuisse droite, avec des fragments d'une endocardite aiguë recueillis par M. Mouisset chez un tuberculeux. L'engorgement des ganglions du côté droit est caractéristique de la tuberculose, donc l'endocardite était bien tuberculeuse.

M. Courmont a présenté à la séance suivante les pièces anatomiques de ce cobaye. Les ganglions sentis pendant la vie étaient bien tuberculeux. La rate et les poumons offraient des lésions tuberculeuses. Par conséquent, l'endocardite du malade de M. Mouisset était bien tuberculeuse.

Lésion du pédoncule cérébelleux.

MM. Courmont et **Devic** présentent un cobaye vivant, inoculé il y a deux mois à la cuisse gauche et atteint aujourd'hui d'une lésion des centres nerveux caractérisée par des mouvements en rayon de roue du côté droit, de l'hémiplégie droite, de la contracture des deux membres droits, enfin de l'hémi-anesthésie incomplète du même côté. Le diagnostic est celui de lésion du pédoncule cérébelleux moyen gauche, dans sa partie antérieure, et de lésion du pédoncule cérébelleux inférieur gauche. Cet animal sera sacrifié, et ses pièces anatomiques seront ultérieurement présentées à la Société.

Tubage de la glotte.

M. Ferrand présente des instruments de tubage, construits, sur ses indications, par la maison Lafay, de Lyon. C'est une simplification de l'appareil d'O'Dwyer. Ce nouvel appareil a été expérimenté avec succès à la Charité par M. Rabot, dans son service des diphthéritiques.

Mort par l'éther.

M. Vallas vient d'avoir une mort par anesthésie à l'éther, dans son service de chirurgie de la Croix-Rousse. Il s'agit d'un homme atteint de hernie crurale étranglée. Au bout de quelques minutes d'éthérisation, arrêt respiratoire. Flagellation, aération, respiration artificielle, sans succès. On entend au fond de la gorge un gargouillement indiquant un conflit d'air et de liquide stomacal; un tampon ramène de grandes quantités de ce liquide. On fait la trachéotomie, et il s'écoule de la trachée une quantité considérable de liquide de vomissement. Le malade succombe bientôt, l'arrêt du cœur s'étant produit après celui de la respiration. L'autopsie montre une congestion pulmonaire intense et des adhérences généralisées. M. Vallas reste, malgré cet accident, partisan convaincu de l'anesthésie par l'éther, comme le sont depuis longtemps la grande majorité des chirurgiens lyonnais.

M. Augagneur. — M. Vallas a-t-il essayé du procédé de M. Laborde?

M. Vallas. — Oui, concurremment avec la respiration artificielle. Pour moi, ce procédé n'agit qu'en empêchant la langue de basculer en arrière; c'est, à ce titre, un simple auxiliaire de la respiration artificielle.

M. Augagneur a réintroduit l'éther à l'Antiquaille. Les anesthésies sont aussi profondes et tranquilles qu'avec le chloroforme. L'éther, en revanche, donne beaucoup plus de sécurité que le chloroforme. Les cas comme celui de M. Vallas sont exceptionnels. M. Augagneur ne croit pas à une efficacité bien grande des tractions rhythmées de la langue, suivant le procédé de M. Laborde.

M. Carry relate un cas de mort à la suite d'anesthésie par l'éther, survenu, en 1882, chez un homme atteint de hernie inguinale étranglée.

M. Gangolphe. — Il importe de ne pas confondre les deux questions de l'anesthésie par l'éther en général, et de l'anesthésie dans les hernies étranglées. Dans ce dernier cas, en raison du peu de résistance des malades, l'anesthésie doit être superficielle ou nulle.

M. Vallas. — Les cas de MM. Carry et de Létiévant ont été déjà publiés par moi dans la *Revue de chirurgie*. Il y a en tout quatre cas de mort par anesthésie publiés à Lyon depuis 1867. Le mien est le cinquième.

M. Augagneur, de son expérience personnelle, conclut que le chloroforme offre moins de sécurité que l'éther, même chez les jeunes sujets.

M. Arloing étudie, d'une part, les dangers de l'anesthésie en général; d'autre part, ceux de l'anesthésie dans le cas spécial d'étranglement herniaire.

1° *Dans toute anesthésie,* soit avec le chloroforme, soit avec l'éther, il y a, d'après les expériences de M. Arloing, trois périodes dangereuses :

a. Au début, l'action de l'anesthésique (éther ou chloroforme), par son action sur les extrémités sensitives, peut amener la mort par syncope cardiaque ;

b. A la période moyenne, possibilité de mort par action bulbaire. Cet accident s'observe chez l'animal avec le chloroforme, jamais avec l'éther.

c. A une période avancée, on doit redouter une intoxication par administration prolongée de l'anesthésique : arrêt de la respiration d'abord, du cœur ensuite. A cette période, l'éther est un peu plus dangereux. Avec l'éther, en effet, l'arrêt du cœur suit immédiatement l'arrêt respiratoire; il y a, au contraire, avec le chloroforme, un peu d'intervalle entre ces deux phénomènes.

Les tracés cardiographiques pris chez le cheval soumis à l'influence de l'éther donnent à chaque systole une courbe parabolique, au lieu d'un ressaut brusque; donc le cœur se laisse plus facilement distendre par le sang, et par conséquent, l'éther affaiblit le myocarde. L'opinion contraire semble avoir été établie d'après l'état du pouls et non du cœur. Or l'éther produisant une vaso-dilatation énergique rend le pouls plus fort, plus plein, alors qu'en réalité le cœur est plus faible.

De cette étude, M. Arloing ne conclut pas qu'il faille employer systématiquement tel ou tel anesthésique. Pour lui, au contraire, il y a des indications pour l'éther, et d'autres pour le chloroforme. « Lorsqu'il y aura lieu de se méfier du cœur droit, le chloroforme sera préférable à l'éther; lorsqu'il s'agira de protéger le cœur gauche, il faudra prendre l'éther plutôt que le chloroforme. » Chez les jeunes sujets, les expériences de MM. Arloing et Tripier ont montré la supériorité du chloroforme.

2° En ce qui concerne spécialement la mort par *anesthésie chez les hernieux,* on a eu raison de rappeler au cours de la discussion (M. Augagneur) l'expérience de Torchonoff. Toutefois, dans les cas de MM. Vallas et Carry, la respiration paraît s'être arrêtée la première. La physiologie ne nous donne donc pas du mécanisme de cette mort une explication suffisante.

M. Gangolphe croit que dans les cas de MM. Vallas et Carry, il faut faire jouer un grand rôle, dans le mécanisme de la mort, à l'obstruction mécanique de l'arbre aérien par les liquides de vomissement.

M. Soulier se déclare partisan de l'éther ; **M. Marduel,** du chloroforme.

M. Gangolphe. — « En somme, cette discussion est en faveur de l'éther, puisque tous les accidents qu'on lui a imputés se sont produits dans des cas d'étranglement herniaire, c'est-à-dire chez des malades offrant très peu de résistance vis-à-vis des anesthésiques. »

Fracture du bassin.

M. Gangolphe présente un jeune homme qui eut, il y a un an, une fracture double du bassin, verticale, du type de Voillemier, s'accompagnant d'un écrasement de l'urèthre et de la région périuréthrale. La taille hypogastrique permit de faire le cathétérisme rétrograde et de rétablir la continuité de l'urèthre. Actuellement, le malade est complètement guéri de sa fracture et de sa lésion uréthrale.

M. Gangolphe présente au nom de M. Figuet, de Vienne, un bel exemple de corne développée sur un kyste sébacé de la région frontale chez une femme.

A. Pic.

ÉTRANGER

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 10 avril 1894.

Persistance du conduit thyréo-glosse.

M. Durham. — J'ai observé 3 cas de persistance du conduit thyréo-glosse. J'ai enlevé le premier chez un jeune homme de 19 ans ; il présentait deux lanières tapissées par un épithélium cilié ; à la partie supérieure il y avait des plaques d'épithélium squameux et une petite traînée de follicules thyroïdiens. Le second cas a été observé chez un enfant de 6 ans ; là aussi il y avait deux conduits avec un épithélium cylindrique en bas et aplati en haut. Dans le troisième cas il s'agissait d'un goître de l'isthme du corps thyroïde associé à une persistance du conduit thyréo-glosse chez une fille de 18 ans. Le diagnostic de conduit thyréo-glosse était basé sur la présence de cavités ciliées dans la tumeur et d'un prolongement croisant le cartilage thyroïde et sectionné au moment de l'opération. On peut classer de la façon suivante les kystes congénitaux et les fistules congénitales de la ligne médiane du cou et de la base de la langue ;

1° Kystes dermoïdes et fistules causés : *a.* par une persistance du conduit lingual ; *b.* par une persistance du sinus pré-cervical ; *c.* par une autre cause quelconque.

2° Kystes muco-dermoïdes et fistules causés : *a.* par la persistance du conduit thyréo-glosse ; *b.* par la persistance du sinus pré-cervical et des arcs branchiaux épiblastiques et hypoblastiques.

3° Kystes muqueux et fistules causés : *a.* par les glandes muqueuses du conduit lingual ; *b.* par la persistance du conduit thyroïdien.

Beaucoup de prétendues fistules branchiales sont dues à la persistance du conduit thyréo-glosse.

M. Bland Sutton. — L'existence du conduit thyréo-glosse ne peut plus être mise en doute ; ce conduit est visible à l'œil nu. M. Johnson a établi qu'il n'y a pas d'orifice congénital ; mais quelquefois, après la naissance, il se forme un kyste qui s'ouvre et cause alors une fistule permanente ; au contraire les fistules branchiales sont toujours congénitales. On ne peut, pour caractériser ce conduit, se fonder sur l'aspect de son épithélium, qui peut varier.

M. Johnson. — J'ai observé récemment un de ces cas chez un jeune homme de 19 ans, chez lequel un kyste existait depuis 2 ans quand se fit l'ouverture. Dans ce cas, on peut introduire un stylet dans le conduit presque jusqu'au foramen cæcum. On ne peut guérir ces malades que par une opération radicale.

M. Barker. — Il est difficile de suivre ces conduits dans la langue ; dans un cas j'en ai suivi un presque jusqu'au foramen cæcum et cependant la fistule a récidivé.

M. Durham. — Je ne crois pas que la persistance du conduit thyréo-glosse soit un fait absolument démontré et je crois surtout que le microscope est absolument nécessaire pour le révéler. Les fistules thyréo-glosses sont secondaires, mais les fistules branchiales ne sont pas toujours congénitales et peuvent être précédées par un kyste.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 18 — 2 MAI 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 7 au 12 mai 1894.

Mercredi 9. — M. Jay. Des injections intratrachéales de menthol dans la tuberculose pulmonaire. — M. Jouitteau. Troubles confectionnels cardiaques d'origine gastro-hépatique. — M. Loridant. Contribution à l'étude du traitement indirect des salpingites. — M. Morange. Etude sur la hernie musculaire. — M. Aury. Le cidre et le poiré en santé et en maladie. — M. Montalescot. Le chlorure de zinc dans le traitement de l'otite moyenne, suppurée, chronique, granuleuse. — M. Bompaire. Du torticolis mental. — M. Druène. Contribution à l'étude de l'hystérie. Du bégayement chez les hystériques.

Jeudi 10. — M. Martel. De l'hystérie toxique (Intoxication sulfo-carbonée.) — M. Weisenburger. Considérations sur la morphinomanie. — M. Grallan. De l'antisepsie buccale et nasale. M. Leblanc. De l'exentération du globe oculaire. — M. Chauvenet. Contribution à l'étude des abcès périnéphrétiques.

Faculté de Montpellier. — Il y est créé une chaire de microbiologie (fondation de la ville.)

VARIÉTÉS

Bureau central de médecine. — Le jury se compose de MM. Letulle, Moissenet, Brocq, Gaucher, Gouraud, Comby, Berger.

Bureau central d'accouchement. — Le jury du concours se compose, sauf modification ultérieure : de MM. Duplay, Rigal, Pinard, Guyon, Maygrier, Ribemont-Dessaignes, Champetier de Ribes.

Corps de santé de la marine. — Ont été nommés *au grade de médecin de deuxième classe* : MM. Quinsou, Liffran, Bartet, Boudron, Baudry, Binard, Baret, Erdinger, Massion, Frézouls, Camus, Ruelle, Castaing, Mesny, Abeille, de la Colle, Roi, Taburet, Antoine, André, Delaporte, Lamort, Fénon, Mariot, Jacob et Daniel.

CABINET MÉDICAL

Du Dʳ P. Labarthe, à céder par suite de décès. S'adresser boulevard Poissonnière, 28, de onze heures à deux heures.

VIENT DE PARAITRE :

☞ **Atlas de Laryngologie et de Rhinologie**, par A. GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital Lariboisière et de la clinique laryngologique de l'hôpital et J. GLOVER, ancien interne de la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière Avec 37 planches en noir et en couleurs comprenant 246 figures et 47 figures dans le texte. 1 vol. grand in-4°, 50 francs.

Les auteurs n'ont pas visé à faire une énorme collection, ils se sont contentés de présenter aux lecteurs les cas les plus fréquents rencontrés dans la pratique. Les figures des planches ont été dessinées d'après nature et gravées par l'un des auteurs, ce qui en garantit l'exactitude. Le texte qui précède les planches n'est pas seulement un commentaire des figures, mais c'est un véritable *manuel pratique* qui, pour la commodité du lecteur, a été divisé en quatre chapitres : anatomie topographique, technique laryngoscopique et rhinoscopique, anatomie pathologique, médecine opératoire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire, par le Dʳ Y. A. FORT. Paris, G. Masson, 1894. 1 vol. de 554 pages. Prix : 10 fr.

Les médecins et la loi du 30 novembre 1892. Etude historique et juridique sur l'organisation de la profession médicale et sur ses conditions d'exercice par R. ROLAND, docteur en droit, avec une lettre préface du Dʳ Chevandier, 2ᵉ édition, contenant : 1° le texte du décret, arrêtés et circulaires publiés en exécution de la loi du 30 novembre 1892; 2° le texte de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Paris, 1893. Marchal et Billard, 27, place Dauphine. 1 vol. in-8°, 180 pages. Prix : 4 fr. 50.

Traité des maladies mentales par J. DAGONET, médecin-adjoint de l'Asile Sainte-Anne, et G. DUHAMEL, médecin directeur d'une Maison de santé 1 vol. gr. in-8 de 850 pages, avec 42 photogravures en couleur représentant des types d'aliénés et une carte des Asile. Prix : 20 fr.

Le *Traité des maladies mentales* de M. le docteur Dagonet est le résultat d'une longue expérience, acquise dans les grands établissements d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin) et de Sainte-Anne (Paris) où l'auteur a été successivement médecin en chef.

De l'Urétérectomie partielle et totale dans les lésions des uretères avec ou sans altérations des reins. Indications et manuel opératoire, par le docteur Jean LIAUDET ancien externe des hôpitaux de Lyon.

Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1894, gr. in-8, 174 pages. Prix : 4 fr.

Maladies du cœur et tuberculose. Des lésions de l'endocarde chez les tuberculeux, par le docteur Pierre TEISSIER, interne-lauréat des hôpitaux de Paris, etc.

Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1984, 1 vol. gr. in-8 de 326 pages. 7 fr.

Service de *Rhinologie, Otologie*, et *Laryngologie* de la policlinique de Paris.

Statistique pour l'année 1891-92. (2ᵉ année) Paris. Revue intern. de Rhinologie 1893.

1 brochure.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Six cas de laparotomie exploratrice. Communication au congrès international de médecine de Rome, 1894, par le Dr Francois Villar, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux.

La laparotomie exploratrice a donné quelquefois des résultats inespérés; malheureusement cette question n'est pas encore jugée.

J'apporte au Congrès de Rome les résultats que j'ai obtenus dans six cas où j'ai été appelé à ne pratiquer qu'une simple incision exploratrice; c'est une contribution à l'étude de cette question.

Observation première. — Jeune homme de dix-huit ans porteur d'une tumeur abdominale. Laparotomie exploratrice. Je trouve une énorme tumeur maligne collée contre la colonne vertébrale et englobant l'aorte; je referme le ventre; le malade meurt plus tard, emporté par la cachexie cancéreuse.

Obs. 2. — Un de mes confrères, âgé de trente quatre ans, présente une tumeur du foie; il est vu par d'autres que moi et nous hésitons entre un kyste hydatique et un cancer du foie. Laparatomie : tuberculose du foie; il succombe deux mois et demi plus tard.

Obs. 3. — Malade âgée de trente et un ans, souffrant du bas ventre depuis longtemps. On avait hésité à l'opérer. Lorsque je la vois, je la trouve dans un état déplorable; pâleur et amaigrissement extrêmes, douleurs continuelles; par le toucher et le palper, je sens une masse volumineuse autour de l'utérus. Laparotomie : je juge imprudent de toucher aux lésions et je referme le ventre.

La malade est complètement guérie depuis plus d'un an et demi. On ne trouve plus rien; l'état général est superbe.

Obs. 4. — Malade âgée de trente-huit ans, énorme tumeur abdominale de mauvaise nature. Laparotomie exploratrice La tumeur a presque complètement disparu après l'opération; elle a augmenté de nouveau plus tard.

Obs. 5. — Mme X..., cinquante-quatre ans, ascite considérable, que l'on est forcé de ponctionner tous les huit jours; tumeur du foie. Laparotomie exploratrice. L'ascite ne reparait plus pendant trois mois; elle se reproduit ensuite, mais peu abondante puisqu'il n'a plus fallu faire de ponction. La malade est morte neuf mois après l'opération, d'une broncho-pneumonie.

Obs. 6. — Malade âgée de trente ans; ascite considérable. Laparotomie exploratrice : sarcome généralisé du péritoine; l'ascite ne se reproduit que quelque temps après l'opération.

Ainsi donc, j'ai obtenu deux résultats nuls, une amélioration qui au début semblait promettre plus qu'elle n'a tenu, une véritable amélioration, une guérison complète.

Ce qui me console de ces non-résultats, c'est que si je n'avais pas été partisan de la laparotomie exploratrice, je n'aurais pas sauvé la malade de l'observation III.

L'observation IV est particulièrement intéressante, puisque la tumeur (cancer du mésentère), très volumineuse, a presque complètement disparu pendant quelque temps après l'opération.

La malade de l'observation VI a bénéficié quelque peu de l'intervention. Celle de l'observation V a été améliorée d'une façon très nette.

Quant à la malade de l'observation III, elle a guéri d'une façon absolue.

Je n'ai eu aucun accident opératoire chez mes six opérés; la terminaison fatale, amenée par la maladie elle-même, est survenue deux mois et demi, huit mois, etc., après l'opération.

D'après ces faits et ceux publiés antérieurement (disparition d'ascite et de tumeurs solides malignes par la simple incision exploratrice, guérison de la péritonite tuberculeuse, des adhérences pelviennes), je crois qu'on est autorisé à conclure que la laparotomie exploratrice se trouve indiquée:

1° Pour compléter un diagnostic;

2° Lorsque, au cours d'une laparotomie, on se trouve en présence de tumeurs inopérables.

3° Pour guérir la péritonite tuberculeuse et certaines adhérences pelviennes.

4° Pour combattre l'ascite et favoriser la régression de certaines tumeurs malignes.

Il semble, en un mot, d'après les faits connus, et il en est de très curieux et de très paradoxaux, il semble, dis-je, que l'on soit autorisé à pratiquer la laparotomie exploratrice d'une façon systématique, à moins de contre indications spéciales.

Un cas de grossesse tubaire; laparatomie au douzième mois; guérison. Communication au Congrès international de médecine, Rome, 1894, par le Dr Francis Villar, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Chirurgien des Hôpitaux.

Il semble que la grossesse extra-utérine, longtemps considérée en France comme une affection rare, tende à devenir plus fréquente chez nous. Sans parler des travaux de Pinard à ce sujet, il est facile de trouver plus d'une observation dans les publications périodiques et dans les comptes rendus des Sociétés savantes de ces dernières années.

Le cas nouveau que je rapporte aujourd'hui, traité par la laparotomie et suivi de guérison, est intéressant à plusieurs titres.

Mme X..., âgée de trente-huit ans, réglée à dix ans, mariée à dix-sept; accouchement normal, un an plus tard; pas de suites de couches.

A vingt-quatre ans, fausse couche et peut-être hématocèle. Tout rentre dans l'ordre au bout de six mois.

Le 21 novembre 1892, règles normales: depuis cette époque, Mme X... n'a plus eu ses règles; par contre, à chaque période menstruelle, elle était prise de crampes d'estomac, de vomissements, de syncopes, ensemble symptomatique rappelant l'éclosion d'une hématocèle péritonéale.

On entend les bruits du cœur du fœtus au mois de mai, une seule fois, et on ne les a plus entendus depuis. La malade sent remuer au mois de juin; cette sensation disparait au mois d'août et, dès lors, les crises périodiques cessent.

En septembre, métrorrhagie abondante.

On croit la malade enceinte et on cherche à la faire accoucher au mois d'octobre.

Je la vois pour la première fois le 10 novembre 1893.

Etat actuel. — Le ventre est très volumineux ; la saillie est nettement plus accusée du côté gauche. Palpation : tumeur arrondie, dure, uniforme, dépassant l'ombilic de trois travers de doigt ; pas de fluctuation ni de choc.

Toucher vaginal : col normal ; derrière l'utérus et indépendante de cet organe, je sens une partie très dure rappelant un coude fléchi ; pas de ballottement.

L'hystéromètre pénètre dans l'étendue de douze centimètres. Toucher rectal : je sens des parties dures qui donnent la sensation des os du crâne.

L'auscultation de l'abdomen ne révèle rien.

En pressant les mamelons on fait sourdre du lait.

Je porte le diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant mort.

Ce diagnostic s'imposait ici pour les raisons suivantes : 1° durée de la grossesse actuelle ; 2° marche de cette grossesse (phénomènes péritonéaux) ; 3° inefficacité des moyens mis en usage pour faire accoucher la malade ; 4° siège latéral de la tumeur abdominale ; 5° état du col ; 6° hystérométrie ; 7° renseignements fournis par le toucher vaginal et rectal.

La laparotomie est pratiquée le 13 novembre : je tombe sur une tumeur recouverte par l'épiploon qui y adhérait fortement. L'intestin grêle et le gros intestin lui adhéraient aussi.

Je ponctionne, il ne s'écoule rien ; j'incise alors la tumeur

et je tombe sur un fœtus dos collé contre la paroi sans interposition de liquide. La tête du fœtus est enserrée dans un diverticule de la poche.

Le fœtus extrait, je reconnus que la poche était fermée de toutes parts et qu'elle était indépendante de l'utérus.

Ne pouvant extirper la poche, je la fixai à la paroi abdominale, je la marsupialisai, suture de l'abdomen au-dessus et au-dessous.

Suites opératoires fort simples. La poche a marché rapidement vers la guérison et la malade a quitté Bordeaux deux mois environ après l'opération.

Le fœtus était beau et bien développé, le placenta atrophié.

L'examen histologique de la poche a démontré qu'il s'agissait bien d'une grossesse tubaire ; détail à noter, il existait dans la paroi de la poche une zone fibro-calcaire, première étape du lithopédion.

Plusieurs points sont intéressants à noter dans cette observation : la fausse couche à vingt-quatre ans, cause probable de cette grossesse extra-utérine ; la marche de la grossesse, l'histoire des bruits du cœur du fœtus, entendus une seule fois, la cessation des crises périodiques et l'apparition d'un écoulement sanguin après la mort du fœtus, la facilité du diagnostic, le volume de l'enfant, la disposition bilobée de la poche fœtale, l'incrustation de la paroi. Un des points les plus curieux c'est la durée de cette grossesse ; on sait, en effet, que les grossesses ectopiques arrivent rarement à terme, quant aux cas de grossesses tubaires arrivées à terme, ils sont très rares.

Enfin, la marsupialisation de la poche m'a donné une guérison rapide ; c'est évidemment à ce mode de traitement que l'on doit avoir recours le plus souvent dans les cas de grossesse extra-utérine, à moins, bien entendu, que la poche ne soit facilement pédiculisable.

L'observation que je viens de rapporter plaide en faveur de l'expectative dans le traitement des grossesses extra-utérines ; mais il ne faudrait pas se baser sur ce cas, qui m'a donné un succès, pour laisser marcher toutes les grossesses extra-utérines ; il est des cas où il faut intervenir de bonne heure, ou plutôt il faut en général intervenir aussitôt que possible, les grossesses extra-utérines étant, comme on l'a dit, de véritables néoplasmes malins.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

tenu à Rome du 29 mars au 9 avril 1894.

Dégénérescences consécutives aux lésions du cervelet.

M. Turner. — Les dégénérescences consécutives à l'ablation du lobe latéral du cervelet, chez le singe, ou à la section du pédoncule cérébelleux supérieur montrent que ce tractus contient des fibres efférentes allant au noyau rouge et à la couche optique du côté opposé et des fibres afférentes qui semblent être la terminaison dans le cervelet du faisceau ascendant antéro-latéral de Gowers. L'extirpation d'un lobe latéral ou la section du pédoncule cérébelleux moyen amène une diminution des fibres transversales du pont de Varole du côté de la lésion et un atrophie des cellules du noyau du pont du côté opposé. L'extirpation d'un lobe latéral ou la section du pédoncule cérébelleux inférieur démontre l'existence d'un faisceau efférent allant à l'olive inférieure du côté opposé et d'un faisceau afférent allant à l'écorce, principalement à l'écorce du lobe latéral. L'extirpation du lobe médian n'amène aucune dégénérescence dans les pédoncules cérébelleux, mais de même la dégénérescence du faisceau qui va du processus vermiforme au noyau de Deiters, c'est-à-dire du « faisceau cérébelleux sensitif direct » d'Edinger. L'auteur ne confirme pas les vues de Marchi sur l'existence d'un faisceau cérébelleux efférent direct allant à la moelle ou sur la dégénérescence des racines antérieures, ou des bandelettes longitudinales postérieures par l'ablation du cervelet. Cependant dans 2 cas d'extirpation du lobe latéral il a observé la dégénérescence des cornes antérieure et latérale de la moelle, comme l'avait indiqué Marchi. Mais il faut ajouter que dans le cas où il y avait de la dégénérescence marginale de la corne antérieure le noyau de Deiters du même côté était détruit, tandis que dans le cas où il y avait de la dégénérescence de la corne latérale, il y avait une lésion superficielle du pont envahissant aussi le noyau.

Des rapports entre les lésions du cervelet et les troubles de la vision.

M. P. Bruno (Valence) a observé un symptôme dépendant d'une lésion du cervelet, qui jusqu'ici n'a pas été signalé ; une hémianopsie homonyme localisée dans le quadrant supérieur droit de chaque champ visuel a été consécutive à un abcès localisé dans l'hémisphère gauche du cervelet, intéressant aussi, sur un millimètre d'épaisseur, la partie correspondante de la paroi du vermis supérieur, ainsi qu'on a pu le constater à l'autopsie. L'hémianopsie s'était développée six mois après les premiers symptômes, qui consistaient en troubles de la déambulation.

On n'est pas encore fixé actuellement sur le processus qui préside à la production de pareils phénomènes. Certains auteurs les considèrent comme de simples troubles secondaires produits par compression. En tenant compte de ce que nous apprennent la physiologie du cervelet et de nombreux faits cliniques, on est forcé d'admettre qu'il est des cas où l'on doit invoquer des rapports de conduction reliant le cervelet à la rétine.

Phrénopathies sensorielles.

M. Bianchi. — On peut distinguer divers groupes de phrénopathies sensorielles :

Le premier est constitué par les cas dans lesquels une seule hallucination, quelquefois hypnagogique, amène un trouble profond de toutes les fonctions corticales, qui peut aller du simple étourdissement à la stupeur la plus intense. Les hallucinations se reproduisent ou non.

Un deuxième groupe est représenté par les cas où les hallucinations ont donné lieu dans un moment assez court à l'organisation de délires ayant toute la spontanéité des délires paranoïaques, dont ils se distinguent cependant par leur origine nettement hallucinatoire, par leur fond non dégénératif, et par leur curabilité relative.

On peut ranger dans un troisième groupe les cas dans lesquels les hallucinations se répètent continuellement, sans que le contenu de la conscience en soit troublé. Le malade assiste à une fantasmagorie projetée des centres sensoriels dans le monde extérieur. Dans ce cas, ou bien il s'organise tardivement un délire systématisé, ou bien des épisodes de délire sensoriel aigu apparaissent qui, en se répétant, finissent par diminuer la personnalité psychique (démence consécutive).

La folie sensorielle est très fréquente. A côte de la forme aiguë avec confusion, il y a la forme chronique ordinairement sans confusion.

Ce troisième groupe se distingue aussi de la paranoïa d'origine intellectuelle comme de la manie, de la mélancolie, et de nombre de formes de démence décrites par Meynert, ou de démence aiguë décrites par Schüle, qui sont aussi d'origine sensorielle.

Chirurgie cérébrale.

M. Masse (Bordeaux) résume sur ses recherhes de la *topogrphie cranio-cérébrale.*

Ces recherches ont eu pour objet de tracer à la face externe du crâne, par un procédé spécial d'auto-gravure sur des têtes d'études, des lignes correspondant au *sillon de Rolando* et à la *scissure de Sylvius.*

Ces lignes tracées, nous avons déterminé leurs relations géométriques avec deux grandes lignes de direction, l'une supérieure et antéro-postérieure, à laquelle nous avons donné le nom de méridien crânien, passant par l'ophryon, le bregma et l'inion ; l'autre horizontale, a laquelle nous avons donné le nom d'équateur crânien, passant par l'ophryon, au-dessus de l'attache crânienne du pavillon de l'oreille et de l'inion.

Nous avons projeté chacune des lignes correspondant au sillon de Rolando et à la scissure de Sylvius sur ces espèces de longitude et de latitude crânienne. Il est tout aussi facile d'établir ces lignes sur le vivant que sur le cadavre. Ceci fait, nous avons procédé à des séries de mensurations, à l'aide desquelles nous sommes arrivé à trouver des nombres fractionnaires décimaux, qui expriment les relations constantes qui existent entre ces lignes et les segments de cercle qui les coupent, soit directement soit par prolongement.

Nous avons maintes fois constaté qu'il suffit de connaître ces nombres fractionnaires pour pouvoir déterminer avec exactitude, à l'aide de simples mensurations faites avec un ruban métrique sur des têtes de différentes formes et de différentes dimensions, la direction des sillons de Rolando et des scissures de Sylvius.

Nos conclusions pratiques sont les suivantes : c'est qu'il faut prendre les 53 0/0 du méridien crânien, à partir de l'ophryon, pour déterminer la situation exacte de l'extrémité supérieure du sillon de Rolando.

On trouve la direction de ce sillon en déterminant un poin sur l'équateur crânien au 42 0/0 de la distance qui sépare sur cette ligne l'ophryon de l'inion. Sur cette ligne Rolandique, l'extrémité inférieure du sillon de Rolando se trouve, de haut en bas, au 67 0/0 de la ligne totale.

La scissure de Sylvius coupe l'équateur crânien au 32 0/0 de la distance qui sépare horizontalement l'ophryon de l'inion.

On trouve la direction générale de la portion rectiligne de la scissure de Sylvius en déterminant sur le méridien crânien un point situé sur le prolongement de cette ligne qui se trouve au 79 0/0 du méridien crânien, mesuré à partir de l'ophryon.

L'extrémité postérieure de la portion rectiligne de la scissure de Sylvius se trouve en moyenne au 48 0/0 de la ligne Sylvienne, mesurée de bas en haut et d'avant en arrière.

Sur une tête préalablement rasée, on tracera facilement au crayon fuchsiné un méridien et un équateur crâniens. Grâce aux mensurations de ces lignes, à l'aide de simples règles de proportion, on tracera les lignes Rolandique et Sylvienne à l'aide desquelles on sera toujours en mesure d'établir la situation exacte des différents centres de la localisation, sur lesquels on aura à diriger une action chirurgicale. Les ventricules cérébraux et les ganglions crâniens se trouveront au-dessous d'un arc de cercle décrit concentriquement au méridien crânien, avec le conduit auditif comme centre et un rayon égal à la moitié de la distance auriculo-bregmatique. Dans les opérations de la chirurgie encéphalique, qui demandent de la précision, des notions exactes d'anatomie topographique sont indispensables. Les méthodes que nous avons employées sont à la fois simples, faciles à appliquer et donnent toutes les garanties désirables d'exactitude.

M. Argento propose une nouvelle méthode pour déterminer l'extrémité inférieure du sillon rolandique.

M. Just Lucas-Championnière. — Sur 64 opérations, 10 ont été faites peu après un traumatisme et ont montré les résultats très satisfaisants de la trépanation avec suites secondaires irréprochables. Un des malades a été suivi 19 ans. 3 morts ont été observées chez des sujets agonisants au moment de l'intervention.

Les 54 opérations faites en dehors du traumatisme n'ont également fait observer de mort que chez des sujets en très mauvais état, presque à l'agonie, sauf deux cas : un cas d'énorme tumeur cérébrale et un cas de périencéphalite diffuse avec épilepsie jacksonienne. Les 5 autres sujets avaient été opérés dans l'état le plus grave. Total des morts, 7.

Les 54 opérations en dehors du traumatisme se subdivisent ainsi :

Epilepsie vraie, 14 cas. Epilepsie partielle jacksonienne, 12 cas. Epilepsie d'origine traumatique, 6 cas. Troubles cérébraux divers, vertiges, douleurs, bruits intra-crâniens, paralysies diverses, etc., 22 cas.

L'épilepsie vraie m'a donné de meilleurs résultats qu'à beaucoup d'observateurs. J'ai pu, dans quelques cas, suivre des guérisons apparentes, 2 années dans 1 cas. Dans 12 cas, j'ai observé des améliorations à des degrés divers ; dans 2 cas, je n'ai eu aucun résultat apparent et, dans l'un des deux, il y a eu un court accès d'aliénation peu de semaines après.

L'épilepsie d'origine traumatique, 6 cas, ne m'a donné de très bons résultats que dans 3 cas ; aucune mort.

L'épilepsie jacksonienne, 12 cas avec 6 morts, ne m'a pas paru donner au point de vue des indications de la trépanation les résultats admis généralement.

L'épilepsie jacksonienne sans paralysie s'est rencontrée avec des lésions énormes et éloignées des centres, tumeurs cérébrales, hémorragies, méningites, etc.

Le chapitre des troubles cérébraux divers qui réunit 22 cas avec 1 mort mène à quelques conclusions intéressantes.

Toutes les fois que le phénomène douleur nous a dirigés, les résultats ont été très satisfaisants.

Il en a été de même du symptôme vertige.

Les monoplégies ont donné un élément de direction très satisfaisant.

Le cas de mort observé est un cas d'hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie incomplète, sujet à peu près dans le coma.

Les lésions qui m'ont donné des guérisons satisfaisantes ont été 1 cas d'hémorrhagie cérébrale limitée, 1 cas de lésion syphilitique et surtout des cas d'encéphalite superficille d'origines diverses.

Les cas de périencéphalite en relation avec un traumatisme plus ou moins ancien, même peu violent, me paraissent un excellent terrain pour les opérations. J'ai obtenu la guérison ou l'amélioration de sujets paraissant voués à des accidents cérébraux incurables.

La chirurgie cérébrale montre une action manifeste des opérations non seulement quand il est possible de découvrir exactement une lésion localisée, mais elle montre une action peut-être plus puissante encore en déterminant des phénomènes de décompression cérébrale. On en peut tirer un très grand parti en intervenant de bonne heure pour les lésions diffuses qui succèdent au traumatisme ; mais on peut en tirer un parti considérable aussi dans le traitement de lésions non traumatiques dans lesquelles la compression intra-crânienne joue un rôle important (épilepsie, périencéphalite, etc.).

On a sans doute fait déjà des tentatives de ce genre. Cette note est destinée à faire persévérer dans cette voie.

Ces opérations montrent la voie à suivre pour l'intervention dans les maladies cérébrales. Elles permettent de penser que si nous sommes loin encore du traitement de la folie par la trépanation, au moins devons-nous nous engager activement dans le traitement chirurgical de certains accidents.

M. Macewen (Glasgow) a étudié les causes et le traitement des abcès intracrâniens. Pour lui, 1° tous les abcès du cerveau sont consécutifs à un premier foyer d'infection situé quelque part ailleurs ; 2° ces foyers d'infection siègent surtout au niveau de l'oreille moyenne ; 3° les abcès du cerveau ayant pour point de départ l'oreille moyenne sont généralement au contact immédiat de la source primitive de l'infection ; 4° on atteint généralement bien ces abcès par l'apophyse mastoïde ; 5° l'antre mastoïdien est facilement ouvert par le triangle sus-mental ; 6° il faut enlever toute la région malade ; 7° on doit ensuite trépaner le crâne au niveau du lobe temporo-sphénoïdal du cerveau.

M. Lavista (Mexico). — Parmi les cas de tumeurs cérébrales que j'ai pu observer, un des plus curieux se rapporte à un jeune homme qui, après une extirpation trois fois réitérée d'une volumineuse tumeur conjonctive de l'épaule, présenta des accidents d'encéphalite aiguë, compliquée de phénomènes épileptoïdes et de paralysie du moteur oculaire commun du côté droit et suivie rapidement d'un état comateux. Soupçonnant l'existence d'une tumeur cérébrale située sur la couronne rayonnante et envahissant la capsule interne, je procédai immédiatement à la trépanation crânienne et je pus en effet enlever très facilement un néoplasme qui avait les dimensions d'un œuf de poule et occupait le point que je lui avais assigné. Mon opéré succomba malheureusement à des manifestations cancéreuses du côté de l'estomac.

Pour ma part je ne compte pas un seul cas de guérison après l'ablation de tumeurs cérébrales proprement dites. Les kystes guérissent facilement, à moins qu'il n'existe des lésions secondaires ou qu'il ne survienne des complications.

Par elle-même, la trépanation n'a jamais contribué à aggraver la situation des malades atteints de tumeurs cérébrales ; bien au contraire, elle les a toujours soulagés temporairement,

surtout dans les cas de néoplasmes superficiels. Malheureusement, dans les tumeurs profondes, la désintégration de la substance cérébrale rend impossible la guérison du malade, mais on doit, quand même, intervenir chirurgicalement si l'on espère procurer au malade une amélioration.

D'une façon générale, dans les lésions encéphaliques, il ne faut pas attendre le développement des complications secondaires, et l'on doit opérer de bonne heure les malades affectés d'un néoplasme cérébral tant que celui-ci n'aura pas provoqué de lésions secondaires, auquel cas l'intervention opératoire serait précisément contre-indiquée. Dans les cas douteux, on devra recourir à la crâniotomie exploratrice.

M. Mugnai communique un travail sur le diagnostic et le traitement de l'hémorrhagie de la méningée moyenne.

M. Grande rapporte une observation de plaie par arme à feu au niveau de la région frontale, avec issue de substance cérébrale et guérison complète le 27e jour.

M. Zuccaro conseille de recourir à la trépanation comme à une opération temporaire et exploratrice et montre un trépan à cet effet.

M. Postempski relate 20 cas de crâniectomie. Une localisation précise est inutile, mais il faut faire une ouverture assez grande. Dans l'ensemble les résultats ont été mauvais et cette opération paraît aussi peu efficace chez les sujets atteints de microcephalie ou d'hydrocéphalie que chez ceux qui ont une épilepsie à forme grave.

Torticolis spasmodique.

M. Noble Smith (Londres). — Mon expérience personnelle relative au traitement chirurgical du torticolis spasmodique me semble démontrer d'une façon précise les phénomènes suivants :

Lorsque le spasme est limité au sterno-mastoïdien on obtient, à coup sûr, la guérison en excisant une partie du nerf spinal avant son entrée dans le muscle.

Lorsqu'il existe, en outre, un spasme du splénius ou de quelque autre muscle, il sera nécessaire d'opérer sur les nerfs qui se rendent à ces muscles, et par ce moyen on pourra espérer une guérison complète.

L'innervation des muscles postérieurs étant moins exactement définie que celle du sterno-mastoïdien, il faut s'attendre à ce que des phénomènes spasmodiques persistent pendant quelques semaines après l'opération.

Toute communication nerveuse est abolie par l'excision d'une portion des branches externes de la division postérieure des deuxième, troisième, quatrième nerfs cervicaux.

Aucun trouble fonctionnel important ne résulte de l'opération pratiquée sur un seul nerf spinal et sur les nerfs cervicaux d'un côté. Dans un cas, où j'ai opéré sur les deux nerfs spinaux et sur les nerfs cervicaux d'un côté, je n'ai observé aucune gêne notable.

Dans un seul cas, où j'avais opéré sur un seul nerf spinal et sur les nerfs cervicaux des deux côtés, j'ai constaté un peu de faiblesse du cou, mais cette faiblesse ne présentait aucune importance et ne tarda pas, du reste, à disparaître. La malade affirmait, d'ailleurs, qu'elle préférait une gêne permanente dans les mouvements du cou aux spasmes violents dont elle souffrait autrefois.

Le drainage vertébral dans le mal de Pott.

M. Turretta (Trapani). — J'ai fait remarquer l'importance du procédé opératoire pour la cure de la tuberculose des vertèbres antérieures proposé par le professeur Vincent (de Lyon) et mis en pratique par le premier, j'ajoute les trois observations personnelles que voici :

a. Un enfant de 14 ans, mal de Pott de la région dorsolombaire, gibbosité assez marquée, abcès par congestion dans les fosses iliaques, trépan et drainage transomatique des deux premières vertèbres lombaires, guérison 105 jours après ; le malade a recouvré complètement l'usage des membres inférieurs.

b. Un homme de 36 ans. Cyphose dorso-lombaire, abcès par congestion allant jusqu'au triangle de Scarpa à gauche, troubles de motilité et de sensibilité dans les membres inférieurs, sequestre dans le corps de la 1re lombaire. Mort 85 jours après de tuberculose généralisée.

c. Un enfant de 7 ans. Cyphose en angulaire sur la deuxième dorsale. Abcès par congestion dans les deux fosses iliaques. Drainage transverso-vertébral, le corps de la 12e vertèbre étant complètement détruit. Mort par schock.

J'ai fait quelques remarques sur les indications fournies par les deux autopsies. J'ai comparé mon procédé opératoire avec celui suivi par Lane, Kraske, Jalaguier, qui proposent de délivrer l'endroit endolori de la pression des fongosités et sclérosités qui l'entourent en enlevant un nombre considérable d'arcs ; et avec l'autre procédé suivi par Chipault qui sépare les lésions de l'endroit préendolori en enlevant des arcs. Je trouve préférable à ce point de vue le procédé Israël et Vincent qui entrent directement dans le foyer et donne une issue certaine aux endroits endoloris.

Au point de vue de la technique opératoire je crois que l'opération n'est pas difficile chez les jeunes gens. Je ne la conseille pas chez les adultes, non seulement à cause de la difficulté plus grande, mais parce qu'on perd ordinairement celui qu'on a opéré sauf quelques cas isolés.

Je n'ai pas tiré de conclusions définitives, mais une série plus complète de documents cliniques démontrera que la cure chirurgicale avec drainage systématique dans le mal de Pott est réellement préférable à l'attente d'une guérison.

De l'ouverture directe du foyer tuberculeux dans la paraplégie du mal de Pott dorsal.

M. le Dr V. Ménard (Berck-sur-Mer). — La durée souvent très longue de la paraplégie du mal de Pott et la gravité des accidents dont elle peut se compliquer, ont fait regretter jusqu'ici l'absence d'un moyen thérapeutique que l'on puisse lui opposer avec succès.

Après avoir éprouvé chez deux malades l'inefficacité de la laminectomie, nous avons, en pratiquant la même opération chez un troisième paraplégique, ouvert incidemment un abcès tuberculeux provenant des corps vertébraux. La paraplégie a guéri rapidement. Donnant au fait l'interprétation qui nous semblait lui convenir, nous avons renoncé à découvrir désormais la moelle dans le canal rachidien et nous avons été conduit, au contraire, à pratiquer l'ouverture directe du foyer tuberculeux des corps vertébraux chez deux malades âgés de neuf ans et dix ans et demi, atteints de mal de Pott dorsal, avec gibbosité et avec une paraplégie complète, remontant à plusieurs mois. A l'abolition des mouvements volontaires, s'ajoutaient des contractures et une anesthésie presque totale.

Le procédé opératoire a été le même dans les deux cas.

Premier temps : Incision verticale de six centimètres sur la partie culminante de la gibbosité, à trois centimètres de la ligne médiane sur le côté droit divisant la peau et les muscles.

Deuxième temps : Résection avec la pince-gouge d'une ou de deux apophyses transverses de leur sommet à la base ; résection sous-périostée de l'extrémité rachidienne des côtes correspondantes sur une étendue de cinq à six centimètres.

Troisième temps : Une sonde canelée, suivant de dehors en dedans le canal périostique de la côte enlevée, arrive sur les corps vertébraux malades, et ouvre le foyer tuberculeux ou bien élargit l'ouverture déjà faite. Dans le premier cas, l'écoulement du pus tuberculeux a suivi immédiatement l'ablation de la côte. L'opération est suivie de l'application d'un drain double et d'un lavage antiseptique ; la plaie cutanée et musculaire est réunie, sauf sur le passage du drain. L'ouverture du foyer tuberculeux pratiquée une fois accidentellement au cours d'une laminectomie, deux fois d'après le procédé précédent, a été suivie, dans les trois cas, d'une guérison très rapide de la paraplégie. Le soir même de l'opération, les mouvements volontaires et la sensibilité reparaissaient à un faible degré mais cependant d'une manière évidente au bout de quatre ou cinq jours, la sensibilité est vive sous ses trois formes principales : toucher, piqûre, chaleur, trois semaines plus tard les malades peuvent se tenir debout et commencent à marcher. La guérison de la paraplégie, complète dans deux cas, un peu incomplète dans le troisième cas, a persisté depuis plus de six mois ; elle peut être considérée comme définitive.

La fistule qui est restée sur le trajet des drains n'a qu'un trajet très court et ne donne lieu qu'à une suppuration insignifiante. L'état général des malades, très misérable avant l'opération, s'est beaucoup amélioré depuis.

La guérison rapide des troubles paralytiques à la suite de l'opération que j'ai décrite ne peut être expliquée qu'en admettant que ces troubles étaient produits par le mécanisme

de la compression médullaire. On sait que la compression de la moelle dans le mal de Pott n'est due ni à la saillie en arrière d'un fragment osseux déplacé, fait extrêmement rare, ni au rétrécissement osseux du canal rachidien, qu'on ne rencontre pour ainsi dire jamais à un degré marqué, même lorsque six, huit, dix corps vertébraux ont été détruits comme nous l'avons observé.

La moelle est habituellement comprimée par un abcès tuberculeux dont un prolongement a pénétré dans le canal rachidien. On sait que le contenu de ces abcès est soumis à une certaine tension représentée par une colonne mercurielle d'une hauteur de 12 à 22 millimètres (Lannelongue). La paraplégie est observée presque exclusivement dans le mal de Pott de la région dorsale, depuis la deuxième jusqu'à la neuvième vertèbre de cette région, les abcès tuberculeux du mal de Pott y restant beaucoup plus souvent sessiles que dans les régions cervicale et lombaire et trouvant plus difficilement une issue vers l'extérieur.

Les médecins, qui voient un grand nombre de malades atteints de mal de Pott, savent que la paraplégie qui complique cette affection a souvent cédé après l'ouverture d'un abcès, que cette ouverture ait été spontanée ou opératoire. Nous n'avons jamais observé la paraplégie chez des malades dont le mal de Pott était compliqué d'une ou de plusieurs fistules (le mal sous-occipital mis à part).

Nous croyons que la paraplégie du mal de Pott est presque toujours due d'abord à la compression médullaire exercée directement ou indirectement par un abcès tuberculeux. La présence d'un ou de plusieurs abcès tuberculeux est pour ainsi dire constante à la période d'aggravation de la maladie. A une période plus tardive, la pachyméningite et la myélite transverse peuvent ajouter leur influence à celle de la compression et rendre la guérison de la paraplégie plus difficile à obtenir.

L'opération, que nous avons pratiquée et que nous proposons, supprime manifestement la compression de la moelle. Deux de nos opérés ont rapidement et complètement guéri ; chez le troisième, la guérison reste encore incomplète, le fait nous paraît imputable à une altération anatomique de la moelle, qui persiste après qu'on a fait disparaître la compression.

Il ne nous est pas clairement démontré qu'aucune intervention chirurgicale pratiquée jusqu'ici ait exercé une action très favorable sur la myélite transverse du mal de Pott. Par la lamnectomie on a pu enlever des fongosités entourant les méninges et la moelle, ouvrir et gratter des abcès intra-rachidiens. Mais cette opération ne s'adresse qu'indirectement aux lésions des corps vertébraux. En outre, elle a donné jusqu'ici une mortalité de 40 0/0 et 28 0/0 de guérisons (statistique de 103 cas de laminectomie) n'autorisant pas actuellement à faire entrer cette opération dans la pratique habituelle.

L'ouverture directe du foyer tuberculeux des corps vertébraux telle que nous l'avons pratiquée avec succès est une opération d'une exécution facile et exempte de danger. Elle agit sur le foyer tuberculeux en supprimant sa tension d'une manière immédiate, elle permet de modifier dans la suite les lésions osseuses par des injections antiseptiques et même légèrement caustiques.

Encouragé par les résultats qu'elle nous a déjà fournis, nous sommes disposé à la pratiquer de nouveau chez des sujets affectés du mal de Pott avec une paraplégie grave qui n'aura pas cédé au traitement habituel par le décubitus horizontal. Nous pensons qu'on pourra la pratiquer de bonne heure, si la paraplégie est accompagnée d'accidents graves comme des escharrhes de la région sacrée.

Laminectomie exploratrice.

M. Caselli conseille la laménectomie temporaire dans les lésions de la moelle et de ses enveloppes. Cette opération doit être considérée comme purement exploratrice et comme telle elle peut amener la guérison. Les os peuvent du reste se souder ensuite sans aucune difformité. Il relate une observation dans laquelle il avait opéré pour des symptômes graduellement croissants de compression de la moelle, la résection pratiquée au niveau des 3e, 4e et 5e vertèbres dorsales montra l'existence d'une exostose et d'une pachyméningite ; l'ablation de l'exostose fut suivie d'une guérison complète, bien que le malade eût été atteint d'une paraplégie complète.

Symptomatologie des fractures du rachis.

M. Th. Manley (New-York). — Les fractures du rachis n'ont pas une symptomatologie bien définie. Dans la majorité des cas, il n'y a ni déplacement ni mobilité, ni crépitation comme dans les autres fractures. L'expérimentation sur les animaux a prouvé ce fait, à savoir que les apophyses et les corps vertébraux peuvent être fracturés sans déterminer de symptômes nerveux.

Dans la plupart de ces cas, lorsqu'il existe un déplacement notable des fragments susceptible de comprimer la moelle, il en résulte une désintégration de la substance médullaire, qui entraîne dans un laps de temps variable l'apparition d'une paraplégie.

L'incision exploratrice pratiquée sur le rachis et suivie d'une ouverture de la dure-mère, dans le but d'établir un diagnostic, est un procédé qui doit être condamné, mais il est susceptible de créer des dangers sérieux pour la vie du malade. Lorsque, d'autre part, la fracture est considérable, que plusieurs corps vertébraux sont atteints, il n'est point besoin de recourir à ce moyen pour préciser le siège de la lésion.

Les manipulations violentes produisent aussi des résultats trop décourageants pour ne pas les déconseiller d'une façon presque absolue.

On voit, en résumé, que la fracture du rachis constitue une de ces variétés rares de traumatisme dans lesquelles le diagnostic est des plus difficiles et même parfois impossible.

Traitement du spina bifida.

M. Mayo Robson (Leeds). — Après avoir fait passer une liste de 20 cas opérés par sa méthode, l'auteur rappelle qu'il avait pour la première fois énoncé ses vues sur ce sujet, à la Société clinique de Londres en 1885 ; depuis, une expérience plus grande l'a confirmé dans sa conviction que l'excision de tout le sac dans la méningocèle ou d'une partie du sac dans la méningo-myélocèle est un traitement supérieur aux divers autres procédés, injection, ponction, qu'on a jusqu'ici adoptés. Il croit que la méningocèle est plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Pour la commodité de la pratique, il divise les cas de spina bifida en trois classes :

1° Cas où une opération n'est pas nécessaire, tels que ceux où le sac est petit et bien protégé par un solide tampon.

2° Cas dans lesquels une opération est contre-indiquée à cause de l'étendue de la fissure, de la présence d'une paraplégie bien établie ou d'une hydrocéphalie.

3° Cas où l'opération est indiquée comme *a*) dans tous les cas de méningocèle ; *b*) ceux où les tissus qui recouvrent le sac sont minces et transparents, les lambeaux cutanés étant alors obtenus par un procédé qui consiste à faire glisser des lambeaux de peau des parties latérales de la tumeur ; *c*) enfin dans les cas où la moelle est attirée ou bien où les nerfs sont compris dans le sac ; l'excision de la tumeur ou des incisions entre des parties de nature manifestement nerveuse permettra à ces organes nerveux de rentrer dans le rachis, et d'y être contenus par des lambeaux cutanés ramenés au-dessus.

La nécessité d'une antisepsie absolue aussi bien avant qu'après l'opération est formelle ; l'auteur conseille de faire porter après l'opération un appareil protecteur en celluloïde pour soutenir et garantir la cicatrice.

Les 20 opérations de M. Mayo Robson lui ont donné 5 morts (dont 4 opératoires) ; 4 des malades ont été revus de 6 mois à 1 an plus tard en bonne santé.

Du pouvoir filtrant du foie et du cerveau dans les empoisonnements alcooliques.

M. Carlos Gioffredi. — A la suite d'une série de recherches expérimentales, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'empoisonnement alcoolique étudié en comparant les cas qui en sont produits par les différents alcools sur des grenouilles saines et des grenouilles auxquelles on avait enlevé le foie, s'est montré, chez ces dernières, plus intense, plus rapide et plus mortel.

2° Les émulsions du foie des grenouilles empoisonnées avec l'alcool reproduisirent chez les grenouilles saines, et mieux chez les grenouilles privées de foie, la forme nosologique de l'alcoolisme.

3° L'action de barrage du foie se développe avec plus d'énergie si on administre l'alcool par l'estomac que si on l'administre par la voie hypodermique.

4° Les grenouilles écervelées sont plus sensibles à l'action de l'alcool que les grenouilles saines.

5° En étudiant et en comparant avec des grenouilles saines, écervelées et privées de foie, le pouvoir filtrant du foie et du cerveau, celles du foie sont apparues les plus grandes.

6° Les grenouilles privées de foie et de cervelle sont d'une sensibilité exquise à l'action de l'alcool qui peut produire des phénomènes complets d'empoisonnement à des doses qui passeraient presque inaperçues chez des grenouilles saines.

7° La propriété topique d'excrétion du foie et du cerveau appartenant aux mammifères (lapin, chat) atteints d'empoisonnement aigu ou chronique, l'alcool est beaucoup plus développé, et, avec ceux-ci, on a pu reproduire toute la nosographie de l'alcoolisme comme chez les grenouilles.

8° On a pu démontrer avec preuves chimiques précises que l'alcool n'est pas transformé dans le foie ni dans le cerveau, tandis qu'on n'a plus les réactions chimiques de l'alcool dans les sécrétions des autres organes (rate, muscles, sang). Seules les sécrétions des reins et des poumons ont montré les réactions de l'alcool à peu près intactes.

9° En procédant, avec des moyens spéciaux décrits tout au long par l'auteur, à l'analyse quantitative de l'alcool dans les sécrétions des divers organes de petits chats, l'auteur a trouvé :

a. Chez un petit chat empoisonné avec 5 centimètres cubes d'alcool éthylique à 90° : un centimètre cube et demi d'alcool, soit presque un tiers, dans le foie ; un centimètre cube (le cinquième) dans le cerveau ; dans les reins et les poumons, organes d'élimination de l'alcool, un demi-centimètre cube ; des traces dans les muscles, une quantité inappréciable dans le sang.

b. L'action accumulatrice du foie se fait toujours mieux sentir quand on administre tous les jours de petites doses d'alcool de manière à produire un empoisonnement subaigu.

c. Que si, dans un empoisonnement chronique, on suspend, pendant un certain temps l'alcool, petit à petit le foie et le cerveau parviennent à se débarrasser de l'alcool, qui est éliminé soit tel quel comme quelques-uns le soutiennent, soit oxydé comme beaucoup le croient.

A propos de la statistique sur les conditions sanitaires des petits centres de population.

M. A. di Vestea (Pise).—Quand on compare d'après les données de la statistique officielle les mortalités propres des grandes villes, des autres chefs-lieux de provinces et d'arrondissements et des communes plus petites, on remarque que généralement les ravages de la mort sont plus grands dans ces dernières, non seulement causée par les maladies, la scarlatine, la diphthérie (pour ne pas parler de la malaria), mais encore par les conditions d'insalubrité plus sûrement évitables dans l'état actuel de l'hygiène publique, comme les infections iléo-typhiques, les maladies de l'enfance et celles de la grossesse et des couches. Ce qui prouve que par les travaux d'assainissement et par les secours de l'assistance publique, on vient de préférence en aide aux grandes villes ; c'est pour cela qu'on est forcé de reconnaître qu'il est à désirer que, au point de vue sanitaire aussi, on fasse une répartition plus équitable des efforts de la société et de l'Etat.

Sur un nouveau moyen de déterminer le pouvoir calorifique des étoffes.

M. A. di Vestea (Pise). — Vouloir soumettre la fonction calorifique des étoffes à une méthode expérimentale rigoureuse est un problème autrement compliqué.

Plutôt que de l'étudier à un point de vue exclusivement physique, comme je l'avais fait jusqu'ici, en prenant, par exemple, en considération le pouvoir émissif, on obtient un meilleur résultat, je crois, en se plaçant à un point de vue physiologique, en reproduisant quelque chose d'analogue au mécanisme animal, où la fonction calorique des vêtements se transmette à un système de matériaux combustibles. C'est à quoi je suis arrivé, dans la mesure du possible, avec un calorimètre automatique très sensible, revêtu successivement des étoffes à comparer. Ce calorimètre était alimenté par une petite lampe à gaz munie d'un compteur et les choses étaient disposées de façon que dans les indications de l'appareil (tant comme volume de gaz consumé que comme équivalents de calories) on eût la mesure, à une grande approximation, *du coefficient relatif de la chaleur d'épargne.*

Traitement des déviations verticales de la cloison sans épaississement.

M. Ricardo Botey (Barcelone). — Partant de l'idée que dans les déviations verticales sans épaississement de la cloison, celle-ci est toujours trop large et que tous les moyens qui prétendent la redresser ou extirper la portion saillante ne conduisent pas au but que l'on se propose, Botey fait une opération qu'il a imaginée.

Celle-ci consiste à pratiquer une incision horizontale étendue et qui comprenne muqueuse et cartilage au point de jonction du septum avec le plancher des fosses nasales. Après cela, l'auteur pratique trois incisions verticales sur la cloison cartilagineuse (du côté de la concavité du septum), l'une au point le plus reculé, c'est-à-dire à proximité de l'articulation avec la lame de l'ethmoïde, l'autre au milieu de la concavité et la dernière tout près de la sous-cloison.

Alors il dénude le cartilage en ayant soin de ne pas transpercer la cloison. Il résèque une languette du bord antérieur et du bord inférieur du lambeau central, rabat la muqueuse et redresse la cloison facilement, car il est brisé par les trois lignes principales de sa plus forte courbure et en outre son insertion inférieure peut être facilement déplacée et mise au centre des fosses nasales.

Sans points de suture la plaie se cicatrise rapidement dans l'espace de 15 jours. Pour maintenir la cloison en place, Botey se sert tout simplement de deux petites attelles de gaze iodoformée.

En agissant ainsi, le redressement est définitif, quand même il pourrait en résulter quelquefois une petite perforation.

Des avantages et des inconvénients de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales.

M. Lagrange (Bordeaux). — L'électrolyse mérite de prendre place à côté de la méthode de Bowmann dans le traitement des affections des voies lacrymales, mais elle ne doit pas être employée seule ; elle n'est bonne qu'à rendre la méthode de Bowmann plus complète et plus facile.

Pour utiliser judicieusement l'action mécanique de l'électrolyse, il faut employer de faibles courants et seulement pendant deux ou trois minutes. Les courants qui dépassent 6 à 8 milliampères entraînent des eschares qui produisent plus tard des rétrécissements incoercibles, parfois une véritable occlusion des voies lacrymales.

Les courants faibles ramollissent la muqueuse et rendent très facile l'introduction d'une sonde de gros calibre.

Pour les rétrécissements très étroits, plusieurs séances d'électrolyse sont nécessaires ; grâce à leur action sur la muqueuse des voies lacrymales, on peut en quelques semaines se rendre maître d'un rétrécissement invincible par la méthode seule de Bowmann.

En outre de cette action mécanique, l'électrolyse exerce sur les infections du canal nasal une action antiseptique très énergique.

Nos expériences personnelles démontrent que les inoculations de bouillon de culture électrolysé dans des conditions expérimentales analogues à celles dans lesquelles on se trouve en clinique sont stériles.

Nous croyons donc pouvoir conclure : 1° que l'électrolyse est très utile pour préparer la muqueuse à se dilater sous l'influence du cathétérisme ; qu'elle est dangereuse lorqu'on se propose d'obtenir la dilatation par l'action seule du courant électrique : on crée alors des rétrécissements consécutifs très redoutables ; 3° qu'à son action mécanique l'électrolyse joint une action antiseptique très précieuse.

Sur les caractères cliniques du mycosis fongoïde.

M. Hallopeau (Paris). — Les poussées érythrodermiques peuvent être suivies d'une desquamation abondante et prolongée en larges lambeaux ; le tableau clinique rappelle alors celui des herpétides exfoliatrices. La plante des pieds peut

être le siège d'une desquamation généralisée et adhérente; cette desquamation peut s'accompagner d'excoriations avec exsudation et formation de larges croûtelles, ce qui entraîne parfois de profondes dystrophies des ongles et amène quelquefois la chute de ces organes. Ces excoriations peuvent être suivies de la formation de nombreuses tumeurs mycosiques.

L'infiltration du derme peut n'être caractérisée que par une induration ligneuse sans érythrodermie, avec épaississement du tégument et impossibilité de lui imprimer des plis; cet épaississement donne lieu quelquefois à des altérations des traits, telles que le rétrécissement des ouvertures palpébrales, l'élargissement du nez, le renversement de la lèvre inférieure et la production d'un double menton.

Les tumeurs mycosiques sont circonscrites par un rebord convexe à contours nettement arrêtés; souvent elles se renversent sur lui. Ce rebord peut être lui-même entouré d'une aréole érythémateuse qui en constitue la zone d'extension.

La partie centrale du néoplasme peut rester à l'état de tumeur, ulcérée ou non, saillante ou déprimée; elle peut s'affaisser complètement et n'être plus représentée que par une macule avec ou sans épaississement de la peau; d'autres fois elle fait place à une cicatrice plus ou moins irrégulière; d'autres fois encore elle se gangrène en masse. Quand la partie centrale de la tumeur subit une de ces évolutions rétrogrades, le bourrelet périphérique persistant peut s'étendre excentriquement en même temps qu'il se détruit dans sa partie interne, soit par résorption interstitielle, soit par gangrène.

La partie ulcérée de la tumeur a souvent l'aspect d'une membrane de bourgeons charnus, mais sa structure est celle des tumeurs mycosiques; on y distingue parfois des granulations semblables à celles de la tuberculose. Les néoplasies mycosiques des mamelons peuvent offrir un aspect nettement velvétique.

Les adénopathies constantes et volumineuses dans les formes érythrodermiques peuvent faire complètement défaut dans les cas où il n'y a que des tumeurs, alors même qu'elles sont très volumineuses et ulcérées.

Le mode d'évolution des tumeurs mycosiques et particulièrement la rapidité avec laquelle elles peuvent s'effacer sans laisser de traces, ainsi que leur tendance à se multiplier et à atteindre des proportions souvent énormes, permettent d'affirmer que l'agent infectieux encore incomplètement déterminé qui en est la cause prochaine n'a qu'une vitalité éphémère, mais qu'il possède en revanche une grande puissance de reproduction.

Guérison radicale du cancer épithélial de la peau.

M. Gavino. — Je suis arrivé à guérir tous les cancers épithéliaux de la peau à l'aide du mélange suivant : acide nitrique fumant, 10 gr.; bichlorure de mercure, 4 gr.; papier Berzélius, q. s. ad consist. sirup. L'application du médicament est faite au moyen d'un pinceau de coton : au bout de dix à douze jours, on répète la cautérisation; cela suffit pour faire tomber la tumeur la plus volumineuse. La cicatrisation ne tarde pas à devenir parfaite. Jusqu'à maintenant, la statistique m'a donné 100 0/0 de guérisons.

Un malade de M. Péan, affligé d'une tumeur de 17 centim. de diamètre et que ce chirurgien n'avait pas voulu opérer, a été guéri au bout de 18 jours par ce procédé; la tumeur est tombée en entier dans cet espace de temps et il ne restait plus qu'une plaie en cicatrisation.

Sur la grippe.

M. Mendizabal (Orizaba). — J'ai pu, durant ces dernières années, suivre d'assez près les épidémies de grippe qui ont atteint à plusieurs reprises la ville d'Orizaba, au Mexique. Les études que j'ai faites à ce sujet m'ont permis d'établir les analogies et les différences qu'elles m'ont paru présenter avec les épidémies européennes.

La durée moyenne des quatre épidémies fut de trois mois environ. Ce furent les plus courtes qui affectèrent les caractères les plus graves; celles qui coïncidèrent avec l'époque où règnent les vents impétueux du sud-ouest, secs et ardents, furent aussi les plus sérieuses. Dans toutes, les enfants, d'une façon générale, ont été épargnés. Nous avons pu constater tous les types que la maladie avait revêtus en Europe, mais ils étaient légèrement modifiés par les conditions du milieu et ils étaient en général moins graves. La forme thoracique était plus ou moins associée aux formes nerveuse et intestinale; plus rarement chacune de ces formes restait isolée.

Au point de vue symptomatique, le fait le plus frappant était la brusquerie du début, le grand affaiblissement des malades, l'existence de douleurs périorbitaires et rétro-oculaires violentes, avec une hyperesthésie générale, une rachialgie insupportable.

Le vertige, si fréquent dans la forme européenne, a été chez nous presque exceptionnel.

La mortalité était due le plus souvent à la pneumonie qui, dans tous les cas, a présenté une allure particulière. Il s'agissait plutôt de broncho-pneumonie ou de congestion intense, car le frisson initial était peu prononcé; le point de côté léger, les râles plutôt sous-crépitants, les crachats peu teintés, la dyspnée notable. Quelquefois l'asphyxie survenait, déterminant la mort.

Les formes thoraciques, principalement les formes bronchiques et pneumoniques, ont été souvent la raison de poussées tuberculeuses aiguës chez des individus qui paraissaient absolument indemnes ou qui étaient atteints d'une tuberculose très lente; chez les cardiaques, les brightiques, les formes broncho-pneumoniques étaient particulièrement graves. Maintes lésions cardiaques, latentes jusque-là, apparurent après la grippe.

Dans certains cas, la grippe se présentait avec tous les caractères apparents d'une fièvre éruptive, rougeole, scarlatine, sans qu'il nous fût possible de distinguer s'il s'agissait ou non de l'une de ces maladies survenant à titre de complication dans le cours de la grippe.

Certaines formes thoraciques enfin simulaient tellement la tuberculose que l'examen bactériologique était absolument nécessaire au diagnostic.

Diverses précautions prophylactiques appliquées d'une façon rationnelle m'ont paru donner de réels résultats. L'isolement des malades, la désinfection des logements, l'emploi de l'eau filtrée, l'hygiène de la bouche, du pharynx, des fosses nasales, sont des mesures susceptibles de déterminer les plus heureux effets.

A titre de médicament préventif, l'arséniate de strychnine m'a paru donner d'excellents résultats.

Je crois qu'il est utile de ne pas abuser des anti-thermiques, comme la phénacétine, l'antipyrine, qui dans nombre de cas retardent réellement la convalescence par leur action dépressive sur le cœur.

Dans les formes simulant la pseudo-tuberculose, l'administration du calomel à doses fractionnées, l'application de pointes de feu dans les points où il existait un processus inflammatoire, ont une véritable efficacité. Plus tard, alors que la convalescence se fait avec lenteur, l'hydrothérapie, le déplacement du malade vers une région où l'air est plus sec, la température plus uniforme, ont aisément raison des mauvais effets de la grippe.

Causes de l'innocuité de certains parasites.

MM. Bouchard et **Charrin** — Certains parasites pénètrent en nous, tout comme les microbes, mais sans provoquer le moindre mal; il nous a paru intéressant d'en rechercher les raisons, en comparant le bacille pyocyanogène et l'oospora Guignardi, le premier pathogène, le second ne l'étant pas.

On peut résumer en trois groupes les motifs de ces différences.

En premier lieu, l'oospora est plus sensible aux antiseptiques, aux agents atmosphériques, à l'acide borique, au sublimé, au naphtol, à la pression, à l'ozone, à la lumière, au froid, au vent, par conséquent il y aura chance pour qu'il soit introduit atténué.

De plus, mis en concurrence avec les bactéries, cet oospora succombe: il est beaucoup plus faible.

En second lieu, cet oospora préfère les aliments sucrés, les hydrates de carbone, tandis que le bacille du pus bleu recherche les éléments protéiques, ceux qui dominent dans les tissus animaux; ce bacille se développe plus abondamment que l'oospora Guignardi dans le sérum; il préfère le rein au foie et l'oospora le foie au rein, à cause du glycogène; nos viscères sont des bouillons différents juxtaposés.

En troisième lieu, en quinze ou vingt jours le bacille pyocyanogène a achevé son évolution dans un litre de bouillon; il

a fabriqué ses produits offensifs. Pour atteindre le même but, l'oospora exige deux et trois mois.

La lenteur dans la pullulation, la lenteur dans les sécrétions s'ajoutent à la faiblesse vis-à-vis des agents d'atténuation, au manque d'appropriation des aliments qui se rencontrent dans l'économie.

Les agents atmosphériques et les bactéries.

M. Charrin. — Dans une série d'expériences, communiquées pour la plupart à la Société de biologie de Paris et dont plusieurs sont inédites, nous avons, M. d'Arsonval et moi, entrepris d'étudier l'influence des agents physico-chimiques qui nous environnent sur les microbes, leurs produits solubles, et les milieux de culture.

En opérant sur le bacille pyocyanogène, nous avons réussi à mesurer plus aisément qu'avec beaucoup d'autres germes, à cause des propriétés chromogènes, toute la gamme des degrés d'atténuation.

Le *froid*, assez promptement, agit sur la rapidité de pullulation et de sécrétion, mais, pour tuer les infiniment petits, il est nécessaire de descendre à des températures excessives de — 60° à — 90°, obtenues en employant le cryogène de Cailletet ou l'appareil Carré modifié. Même à ce chiffre de — 60°, pour anéantir les micro-organismes, il convient de prolonger la réfrigération pendant quatre à six heures. Ces résultats permettent de comprendre pourquoi, contrairement à la légende, les épidémies se développent en dépit des hivers rigoureux.

La *chaleur* est plus énergique; mais, dans la pratique, les écarts se produisent plutôt au-dessous qu'au-dessus de la normale, du moins ceux qui sont considérables.

La *pression* affaiblit la bactérie du pus bleu. Toutefois, si l'on s'en rapporte aux travaux de Chauveau, qui a fait disparaître la virulence de la bactéridie en utilisant 9 à 12 atmosphères, on voit que la résistance à ce moyen physique varie énormément d'une espèce à l'autre; dans notre cas, il ne faut rien moins que de 30 à 40 atmosphères pour obtenir des effets comparables, et encore doit-on opérer sous l'acide carbonique; avec l'oxygène, il faut monter encore plus haut.

L'*électricité*, par elle-même, sans déterminer d'élévation thermique, sans faire de décompositions chimiques, diminue sensiblement les sécrétions des bacilles, mais nous avons dû recourir à des courants sinusoïdaux, à haute ou basse fréquence.

L'*ozone* est un antiseptique médiocre; il ne parvient pas à supprimer toute vitalité.

L'*oxygène pur* a une action comparable; il n'influence guère que la production des matières colorantes.

C'est à ces gaz, ainsi qu'aux autres éléments volatils, tels que les essences, répandus dans l'air, que la *ventilation* doit ses propriétés; excitante, si elle est légère, elle devient promptement nuisible, si on l'augmente. Les *tourbillons aériens* opèrent surtout, comme la *pluie*, des déplacements de microbes.

Les *trépidations*, les *mouvements répétés*, étudiés avec M. le professeur Bouchard, ont des effets complexes attribuables à l'agitation, d'une part, à l'aération, d'autre part. A la longue, ces trépidations amènent un léger degré d'affaiblissement qui se traduit par une décroissance dans la formation des pigments.

La *sécheresse* constitue pour les parasites infectieux un danger infiniment plus grand que l'*humidité*.

De tous les agents cosmiques qui nous entourent, la *lumière* est, au point de vue pratique, eu égard au sujet en question, le plus intéressant et peut-être le plus important.

Pour les autres agents, en effet, pour la pression, le froid, la chaleur, on est contraint, pour tuer les bactéries, d'employer ces agents dans des conditions inusitées. La lumière, au contraire, telle qu'elle est autour de nous, est très énergique; ses effets se manifestent, qu'on l'emprunte au soleil ou à l'arc électrique.

Toutefois, les divers rayons du spectre sont loin de posséder les mêmes qualités. Tandis que ceux qui avoisinent le violet provoquent des atténuations rapides, allant jusqu'à la mort, les rayons rouges ou leurs voisins ont un pouvoir presque nul.

Les agents cosmiques modifient également les *toxines*. C'est ainsi que la *tuberculine* soumise longtemps à l'*oxygène* devient moins active.

Ces mêmes agents changent également les terrains inertes. En refroidissant à — 90° des bouillons stériles, puis en les ensemençant, après les avoir ramenés à 37°, on constate que, dans la majorité des cas, quatre fois sur six, le bacille pyocyanogène se développe un peu mieux au sein de ces bouillons au préalable congelés.

Ces faits montrent que le refroidissement est capable de nuire même à un moment où son application a cessé.

Quant à l'ensemble de ces expériences, il n'est pas nécessaire d'y insister pour voir tous les enseignements que les hygiénistes et les pathologistes peuvent en tirer. Il n'est pas difficile de saisir de quelles clartés ces données illuminent les mystérieuses notions de l'ancien génie épidémique.

En somme, on saisit par là ce qu'il y a de vrai dans les notions qui ont trait aux intempéries, aux vents, aux courants d'air, à l'obscurité, aux variations thermiques, à l'humidité, parfois à la foudre, en un mot aux différents agents cosmiques invoqués comme causes de maladies.

Actions vasomotrices, circulatoires, etc., des toxines.

MM. Gley et Charrin (Paris). — Au Congrès de Berlin, il y a trois ans, nous avons montré, nous inspirant des résultats entrevus avec nous par M. le professeur Bouchard, qu'il convenait d'étudier les produits bactériens au point de vue physiologique.

Depuis cette époque, nous avons eu la satisfaction de voir une série d'auteurs s'engager dans cette voie; nous-mêmes avons poursuivi ces études, dont nous apportons les nouveaux résultats.

Lorsqu'on injecte les sécrétions du bacille pyocyanogène, on provoque une paralysie des centres vaso-dilatateurs; le réflexe de Snellen-Schiff est plus lent à se produire; il exige des excitations plus grandes.

Dernièrement, nous avons reconnu qu'à ce point de vue il n'existait aucune différence entre les sujets vaccinés et les sujets normaux. On ne peut donc pas dire que l'immunité réside dans ce fait que certaines cellules, sinon toutes, sont accoutumées aux toxines.

Plus récemment encore, nous avons constaté que, parmi ces toxines, les principes volatils actionnaient ces centres vasodilatateurs, créant, en empêchant les transsudations et la diapédèse, un état d'infériorité pour la résistance, attendu que les humeurs bactéricides, que les phagocytes ne peuvent agir à leur aise.

D'autre part, ces principes volatils exhalés des cultures et des poumons des individus infectés peuvent expliquer certains effets de l'encombrement dans les salles de malades.

Nous avons vu également que les poisons bacillaires agissaient sur la moelle, et cela dès 1889; nous avons complété ces notions; mais surtout nous avons mis en évidence de nouvelles actions sur la fibre cardiaque, sur le cœur séparé de ses centres nerveux, sur les vaisseaux, sur la pression.

On conçoit sans peine l'importance de ces données, car elles expliquent les anémies, les œdèmes, les congestions, les inflammations; avec le système cérébro-spinal, on commande à tous les phénomènes.

Ces poisons bactériens ont beaucoup d'autres propriétés que l'un de nous doit exposer ailleurs. Ils influencent la composition du sang, le volume de la bile, des sucs digestifs, la teneur de l'urine, la glycémie, les phénomènes cutanés, la respiration, la chaleur centrale et périphérique, etc., etc.

Traitement du pied bot congénital.

M. Ch. Willems (Gand). — Chez les enfants qui n'ont pas encore marché, le traitement orthopédique pur et simple n'est recommandable que si la difformité se laisse corriger complètement et facilement par l'application d'un seul appareil. Quand la malformation est plus accentuée, au point qu'elle exigerait un redressement graduel, l'opération de Phelps constitue le traitement de choix.

Chez les enfants qui ont déjà marché, et chez lesquels, par conséquent, la saillie des os du tarse s'est prononcée, les résections osseuses sont préférables à l'opération de Phelps. *A fortiori*, chez l'adulte, la tarsectomie est-elle la seule opération à conseiller. La tarsectomie sera toujours large, de façon que le redressement se fasse tout seul et qu'il n'y ait pas besoin d'un appareil. Le meilleur procédé à suivre consiste

à commencer par la résection de l'astragale et à enlever ensuite dans le tarse tout ce qu'il faudra pour compléter le redressement. J'ajouterai enfin qu'il est avantageux d'opérer les deux pieds en une même séance.

Statistique de la variole et de la vaccination.

M. Violi (Constantinople). — La vaccination est obligatoire dans trente Etats et dans plusieurs villes de l'Amérique du Nord et de l'Australie. Cependant elle n'est pas pratiquée régulièrement. Elle varie entre 67 00/00 et 93 0/0 de la population.

Dans les pays où elle est falcultative, on constate une proportion de 25 00/00 à 64 0/0.

Les populations de l'intérieur de la Turquie, de l'Asie, de l'Afrique et de la Perse continuent la pratique de l'inoculation de la variole.

La vaccination est faite en général avec le vaccin animal, seulement en Irlande, Bogota, Mexico on préfère le vaccin humanisé.

Comme préservatif de la maladie, la variole humaine cultivée sur les vaches a donné des résultats positifs à Voigt, Hime, Fischer, Haccius; d'autres négatifs, Chauveau, Renoy, etc. En présence de ces faits, et dans la conviction de l'indentité de ce virus, la continuation des études et expériences est forcément commandée.

Il faut combattre l'insouciance des populations en édictant des lois pour rendre la vaccination et la revaccination obligatoires et surveiller pour qu'elle soit strictement appliquée. A Constantinople, à Alexandrie, au Caire, au Mexique, Calcutta, etc., etc,, où la vaccination est obligatoire, une très petite partie de la population est vaccinée.

La préparation vaccinale obtenue avec les pustules triturées dont l'origine est le cowpox ou l'horse-pox préserve sûrement de la maladie, le principe actif du vaccin se trouvant dans la partie profonde de la pustule.

Ces préparations donnent à présent en général 98 0/0 de bons résultats dans la vaccination et 75 0/0 dans la revaccination.

Les établissements vaccinogènes doivent être créés par l'Etat et lui appartenir. S'ils sont privés ils doivent être strictement surveillés et dirigés par des médecins et des vétérinaires et recevoir le semence originale (cow pox ou horse-pox primitif cultivé) des établissements de l'Etat.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mai 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Cure radicale des hernies ombilicales.

M. J. Bœckel. — J'ai pratiqué 15 fois la cure radicale des hernies ombilicales : 10 fois pour des hernies non étranglées, 5 fois pour des hernies étranglées. Onze opérés ont été suivis pendant un temps suffisant pour permettre d'apprécier les résultats éloignés.

De deux cas opérés par la méthode ancienne (sans suture de l'anneau), l'un a donné lieu à une éventration consécutive, l'autre est resté guéri.

Six opérés par la méthode de M. Championnière (suture de l'anneau) ont fourni 5 guérisons définitives et 1 guérison partielle (légère récidive après 5 ans dans une hernie énorme).

Trois cas opérés par l'omphalectomie sont restés indemnes de toute récidive.

En somme et comme conclusion on peut dire que : 1° la cure radicale de la hernie ombilicale étranglée est une opération peu grave, la mortalité n'étant que de 1,3 pour 100; 2° le pronostic de la hernie ombilicale étranglée étant plus grave (28,1 p. 0/0 de mortalité), l'étranglement survenant presque fatalement dans toute hernie, la cure radicale doit être proposée dans toute hernie ombilicale non étranglée, quel qu'en soit le volume et quel que soit l'âge du sujet. J'ai en effet opéré des sujets de 56, 69, 74, 75 et 81 ans avec succès.

3° Les résultats excellents de cette intervention dans les hernies petites et moyennes sont moins brillants dans les grosses hernies; néanmoins, l'opération place le sujet dans des conditions plus avantageuses sous tous les rapports.

4° La méthode de M. Le Dentu (onphalectomie) est la méthode de choix, attendu que jusqu'à ce jour elle n'a pas donné de récidive.

Thyroïdectomie suivie de la résection du cartilage cricoïde et des cinq premiers anneaux de la trachée. Nouvel appareil pour rétablir la phonation.

M. Péan présente une malade âgée de 41 ans à laquelle il a pratiqué l'ablation totale de la thyroïde à l'hôpital Saint-Louis en décembre 1890. A cette époque, la tumeur était bénigne ainsi que l'ont reconnu MM. Cornil et Brault. Deux ans plus tard, la tumeur ayant récidivé au niveau de la face antérieure du larynx et de la trachée, M. Péan fut obligé d'enlever en même temps que la tumeur le cartilage cricoïde et les cinq premiers anneaux de la trachée qui étaient envahis. Un nouvel examen histologique fait par Brault montra qu'il s'agissait d'une dégénérescence maligne qui avait pris naissance dans les débris de la thyroïde.

A la suite de cette nouvelle opération, les bords de la plaie trachéale furent suturés aux lèvres de la peau, ceux de la plaie laryngée furent laissés libres.

Trois jours après, une canule ordinaire fut placée à demeure dans la trachée pour éviter le rétrécissement et pour faciliter la respiration.

Un peu plus tard, la perte de substance produite au niveau du cricoïde et des premiers anneaux de la trachée tendant à se combler, M. Péan pria M. Eugène Krauss de dilater ce trajet et d'adapter à la canule trachéale une autre canule dirigée en sens opposé afin d'empêcher cette portion du canal aérien de s'oblitérer et de combattre l'aphonie qui était complète.

On peut voir sur la malade l'apppareil qui a été construit et la facilité de son fonctionnement. Voici en quoi il consiste : Sur la double couche trachéale ordinaire, qui sert à faire parler les malades, à la suite de la trachéotomie, il a fait adapter et souder, au niveau de la fenêtre supérieure, un tube flexible, formé d'une spire d'argent recouverte de caoutchouc et destiné à faire passer l'air par la glotte. Grâce à sa flexibilité ce tube est facilement introduit dans le larynx et n'exerce pas de frottement pénible sur les tissus qui l'entourent. Cet appareil est si simple que la malade le place et le retire elle-même sans difficulté. Non seulement il lui permet de parler, mais encore elle boit, mange, dort et vaque à ses occupations comme si elle portait une canule trachéale ordinaire.

Il est donc préférable à tous les autres appareils prothétiques que l'on a décrits sous le nom de larynx artificiels, de canules parlantes, qui ont été imaginés pour établir la phonation à la suite des pertes de substances étendues du larynx.

Fièvre typhoïde à Paris.

M. Bucquoy rappelle dans quelles conditions a débuté l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Paris depuis le 24 février dernier. Sa coïncidence avec une épidémie survenue à Sens, alimentée également par la dérivation des sources de la Vanne, a permis de penser que c'était à la contamination de celles-ci qu'il fallait l'attribuer. Or, les sources captées se subdivisent en sources jaillissantes proprement dites et en eaux de nappe puisées à l'aide de drains et réunies aux premières. Une épidémie de fièvre typhoïde est survenue l'an dernier dans un petit village, Rigny-le-Ferron dont les eaux d'écoulement sont proches des eaux de nappe captées à l'usine de Flacy; les déjections des typhiques ont été déversées sur les bords du ruisseau d'écoulement; trois semaines après une pluie abondante qui a lavé ces bords, la fièvre typhoïde est apparue à Sens et à Paris. M. Bucquoy souhaite que des mesures soient prises pour éviter le retour de pareils faits de contamination des eaux jusqu'ici insoupçonnées, qui sont déversées dans l'aqueduc de la Vanne.

Tel est aussi l'avis de **M. Dujardin-Beaumetz** qui propose à cet effet le vœu suivant :

L'Académie, en présence de la possibilité de la contamination et de la pollution des eaux de sources distribuées à la population parisienne, et tout en reconnaissant que cette

contamination est un fait exceptionnel qui ne s'est produit qu'à de très longs intervalles, émet le vœu que des mesures de police sanitaire rigoureuses soient appliquées dans le périmètre des sources concédées à la ville de Paris.

Après un échange d'observations entre MM. Brouardel. Armand Gautier, Vallin, le vote de ce vœu est renvoyé à la séance prochaine.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Empis, l'Académie fixe comme suit la liste de présentations pour une place d'associé libre :

1° M. Rollet (Lyon); 2° *ex æquo* MM. Renant (Lyon) et Zambaco Pacha.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 *avril* 1894.

Prolapsus utérin

M. Bazy a fait « le complet sur mesure » à deux femmes atteintes de prolapsus et une de ces observations prouve bien que dans les souffrances la métrite joue ici un rôle considérable. L'utérus, en effet, s'est à peine abaissé, mais un an après l'opération sont revenues à la fois douleurs et métrite.

Hernies gangrénées.

M. Segond. — Dans la communication qu'il nous a faite il y a quelques semaines, M. Chaput considère que le vieux débat entre l'anus contre nature et l'entérorrhaphie est tranché définitivement en faveur de celle-ci. Que nous réserve l'avenir? Je l'ignore, mais actuellement je ne crois pas que cette formule soit prudente. Pour ma part, trois fois j'ai fait l'entérectomie, dans des cas favorables, et les malades sont morts en 10, 12, 15 heures, après avoir été à la selle, sans péritonite, la suture tenant bien : ils sont morts parce-qu'ils n'ont pu supporter une heure d'opération. Chez les déprimés et les infectés de cette catégorie, il faut réduire au minimum le coefficient traumatique de notre intervention : faisons donc un anus contre nature, que nous traiterons plus tard si le malade guérit. Ma statistique, je le sais, n'est pas bien merveilleuse : sur 9 cas j'ai 4 décès immédiats, 4 survies chez des sujets qui ont succombé au bout de quelques mois, trois par pneumonie, un par néphrite; ma dernière opération est récente, mais la malade va bien depuis 8 jours.

L'entérectomie, je le concède, est le traitement idéal. Mais dans la pratique il doit être réservé à des cas spéciaux : sujet jeune, étranglement récent. Parfois aussi on aura recours à la méthode mixte décrite par Bouilly. Mais l'anus contre nature convient à la grande majorité des cas.

M. Terrier appuie ces conclusions, mais ajoute que peut-être seront-elles modifiées par l'entéro-anastomose avec le bouton de Murphy. M. Murphy, en effet, a opéré ainsi 8 cas, avec une seule mort; cela se ferait en 10 à 15 minutes.

M. Kirmisson, lui aussi, pense que la plupart des malades ne sont pas en état de supporter l'entérectomie, et par contre il a dû d'assez nombreux succès à l'anus contre nature. Mais l'objection porte sur la durée, non sur la nature de l'opération, et peut-être tombera-t-elle pour le procédé de Murphy.

M. Championnière soutient la même opinion. Il ajoute qu'il a vu deux malades opérés par M. Chaput dans son service : tous deux ont succombé, quoique les cas fussent relativement assez bons.

M. Chaput. — Les observations de M. Segond prouvent tout simplement qu'il y a des sujets chez lesquels il n'y a rien à faire. Quant à la durée, l'entérectomie peut se faire en une demi-heure. Les décès dont parle M. Championnière sont dus l'un à l'anurie, l'autre à une faute opératoire : ils ne sauraient donc modifier ma manière de voir.

M. Segond. — M. Chaput me dit que mes malades seraient morts aussi bien par l'anus contre nature. Je crois précisément que non : avec mes doctrines, j'ai bien évidemment opéré des malades en bon état. Il est très dificile de juger par des statistiques, mais je ne pense pas que l'anus contre nature tue par lui-même.

M. Kirmisson. — Une demi-heure de plus pour une kélotomie, c'est très long.

Fistule trachéale.

M. Kirmisson a observé un sujet auquel, depuis 5 ans, on avait laissé, par habitude sans doute, une canule de trachéotomie. M. Kirmisson l'a opéré par le procédé autoplastique qu'a décrit M. Berger, mais a dû quelques heures après, faire sauter les fils parce que le malade suffoquait, or, la cicatrisation s'est faite par deuxième intention; quelques jours après son achèvement, il est vrai, il s'est fait une rupture grosse comme une tête d'épingle qui récemment a été opérée. Ce fait prouve que, comme dans les procédés de Le Fort, de Desprès, c'est la libération entre la peau et la trachée qui est le temps principal.

M. Bazy a obtenu un succès par un procédé analogue pour une fistule consécutive à une tentative de suicide.

M. Segond présente une dilatation anévrysmale de la saphène au pli de l'aine qu'il a extirpée chez un malade qui se croyait atteint de hernie. M. Segond, d'ailleurs, en présence d'une tumeur bizarre d'aspect, n'avait pas admis le diagnostic sans réserves, et s'était demandé s'il ne s'agissait pas d'un sac déshabité. A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 *avril* 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Infection et dégénérescence.

M. Féré. — On sait que certaines infections, et notamment la syphilis, ont une influence fâcheuse sur le développement du germe. D'autres maladies, telles que la fièvre typhoïde, ont pu exercer une action analogue sur les produits engendrés au moment de la convalescence. J'ai pu réussir en injectant des toxines microbiennes dans les œufs mis à incuber et en injectant comparativement de l'eau dans des œufs témoins, à montrer que les toxines ont un effet retordant et tératogène presque aussi considérable que les alcools supérieurs. Les œufs en incubation offrent ici l'avantage qu'on peut voir la chose à l'heure dite et au moment qui convient pour bien mettre en relief les anomalies.

Foudroiement par courants alternatifs.

M. d'Arsonval. — J'ai déjà dit, à plusieurs reprises, qu'il s'agissait d'effets asphyxiques et qu'on pouvait rappeler à la vie hommes et animaux, même après l'action de courants très élevés par exemple 2,500 volts (on n'emploie que 1,500 volts dans l'électrocution).

Il vient de se produire un accident du même genre sur la ligne de transmission électrique de la Chapelle à Epinay. Un ouvrier a été soumis, pendant cinq minutes, à l'action d'un courant de 5,000 volts, et brusquement tétanisé. C'est seulement après 40 minutes qu'on a pu porter secours à cet homme, pratiquer la respiration artificielle et tirer la langue hors de la bouche. Or, après cinq minutes de ces manœuvres, le malade est revenu à la vie et il est actuellement hors de danger. Je noterai que le sujet était épileptique; il y aura lieu de voir si sa névrose aura été modifiée.

M. Laborde. — On m'a communiqué deux cas analogues observés à Besançon. L'un des foudroyés est mort après qu'on eut tenté inutilement la respiration artificielle. Chez l'autre, on a fait des tractions de la langue, le sujet est revenu à lui et a guéri.

Urée et foie.

M. Richet. — Un foie de chien ayant été extrait au moment de la mort et hydrotomisé, j'ai dosé immédiatement l'urée et trouvé 0,02 par kil. de foie. Après 4 heures de séjour à l'étuve, il y avait 0,8. Au bout de 24 heures, la production d'urée était encore appréciable. Les quantités observées correspondent à l'uréoporèse hépatique des chiens en inanition.

M. Chauveau. — Sont-ce les albuminoïdes de la cellule hépatique qui sont transformés en urée, ou quelques corps de réserve, comme la créatine, suivant la loi qui préside à la transformation du glycogène en sucre?

M. Richet. — Il s'agit probablement d'une action sur des corps albumineux. Je noterai que chez un chien ictérique avec un foie biliaire, il n'y a pas eu de production d'urée.

M. Dastre. — Ces expériences démontrent ce qui avait été soupçonné par Lehman, le parallélisme entre la glycogénèse et l'uréoporèse hépatiques.

Examen bactériologique de trois cas d'éclampsie.

MM. Bar et **Rénon.** — Nous avons pu, chez trois femmes. mortes d'éclampsie puerpérale, examiner le foie immédiatement après la mort.

Dans le premier cas, le résultat de l'ensemencement de fragments hépatiques fut positif : nous pûmes observer l'apparition de colonies de staphylocoques blancs et dorés. A l'autopsie de la malade, outre les lésions du foie ordinaires de l'éclampsie, il existait une endocardite végétante de la valvule mitrale. Dans ces végétations, les coupes firent reconnaître de nombreux amas de staphylocoques.

Dans le second et le troisième cas, des fragments de foie furent ensemencés de la même manière, et les cultures restèrent stériles; de même, la recherche des microbes dans les coupes de foie présentant les lésions ordinaires de l'éclampsie, furent aussi négatives.

Dans ces trois cas, la toxicité du serum sanguin fut considérable, 3, 4, 5 centimètres cubes de sérum par kilogramme de lapin. La toxicité des urines ne put être examinée que dans le premier et le troisième cas. Dans l'une elle était de 45 centimètres cubes et dans l'autre de 50 centimètres cubes par kilogramme.

Ces trois faits, intéressants à cause des conditions spéciales dans lesquelles nous nous sommes placés, nous permettant d'éviter les erreurs d'une expérimentation faite quelques heures après la mort, nous paraissent prouver que l'éclampsie peut être l'aboutissant d'états pathologiques divers. Elle peut succéder à une infection généralisée, comme chez notre première malade, ou bien, peut-être, à une toxhémie non-infectiense, comme dans nos deux dernières observations.

Saturnisme et sulfure de sodium.

M. Peyron. — J'ai expérimenté avec succès le monosulfure de sodium dans le traitement du saturnisme humain. Ce sel favorise l'élimination plombique, améliore la colique hépatique, enraye la paralysie et n'entraîne aucun inconvénient lorsqu'on l'administre à la dose de 0, 40 centig. par jour dans de la glycérine.

M. Gréhant a établi une mesure biologique de l'oxyde de carbone en milieu clos, le gaz étant dosé dans le sang d'un animal qu'on y fait respirer un temps donné.

M. Regnard démontre que la cause principale du mal des montagnes est la fatigue avec tendance asphyxique. Ce mal est évité ou retardé quand on restreint les dépenses. Ce n'est pas question de hauteur, car les aéronautes peuvent s'élever à des hauteurs bien plus considérables sans souffrir de l'appauvrissement de l'atmosphère en oxygène.

M. Lefèvre étudie la résistance de l'organisme au froid à l'aide de mesures calorimétriques prises à propos des bains froids.

M. Braquehaye a fait des recherches sur le rôle physique comparatif du crâne et de l'encéphale au cours des phénomènes de la contusion cérébrale.

J. Girode.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 16 *avril* 1894.

Présidence de M. Bouloumié.

Les utérines aux stations thermales.

M. Tillot. — Les indications thermales, au point de vue de l'utérus, sont basées sur l'état général et sur la modalité même de l'affection.

L'état général est primitif comme la diathèse; il est secondairement créé dans l'organisme, comme la névropathie.

La modalité de l'affection est l'atonie ou l'irritabilité. L'atonie est la forme la plus commune dans l'anémie et le lymphatisme : voilà l'indication des sources ferrugineuses.

L'éréthisme appartient aux arthritiques ou aux femmes névropathiques. L'irritabilité est locale ou générale : dans l'un et l'autre cas, les eaux salines ou apaisantes sont seules indiquées; s'il y a mélange de lymphatisme et d'arthritisme, l'association des deux variétés de sources remplit une utile indication.

C'est dans la forme érithique d'origine vasculaire ou nerveuse que Luxeuil enregistre ses plus éclatants succès, comme si son levier thermal avait besoin, pour mieux agir, de s'appuyer sur un appareil facile à surexciter, ou sur un système nerveux très impressionnable, à vibrations irrégulières et désordonnées.

La lésion, dans les affections utérines, est elle-même une source d'indications avant et pendant la cure; avant, elle peut entrer en ligne de compte dans le choix d'une station; pendant le traitement, elle influe sur l'application des procédés balnéaires, irrigations, douches locales, etc.

Certaines eaux ont une action élective très marquée sur l'utérus; cet effet spécial qui s'observe à Luxeuil dans une certaine mesure, explique comment l'eau des sources réussit à combattre un grand nombre d'affections chroniques du système utérin.

Les lésions qui ressortissent le plus souvent à la cure de Luxeuil sont celles de la métrite partielle ou générale, de la périmétrite, ainsi que les altérations du petit bassin (adhérences ou brides) dues à des péritonites répétées; mais s'il s'agit d'altérations anatomiques fort anciennes, de brides résistantes ou de tissus très indurés, on ne peut guère compter sur un résultat favorable, non plus que dans les cas de fibromes.

M. Héran (Luxeuil) après avoir constaté que l'intervention chirurgicale ne parvient pas à faire disparaître l'élément douleur, même au prix d'ablations hors de proportion avec des lésions peu profondes, déclare qu'il a obtenu d'excellents résultats, en employant à Luxeuil un traitement local et un traitement général : le premier consiste en des irrigations très chaudes, faites à l'aide d'un spéculum grillagé; le second, en bains tièdes, destinés à combattre l'état nerveux, en douches et en absorption d'eau ferro-manganésienne pour remonter l'état général.

M. Suchard estime que dans certaines stations balnéaires, il est fait abus des traitements locaux utérins; que ceux-ci seraient mieux à leur place, soit avant la cure thermale pour que la malade vienne aux bains consolider sa guérison, soit après pour qu'elle se fasse opérer dans des conditions meilleures, une fois sa constitution fortifiée.

Pour se rendre compte du rôle que peut jouer la cure thermale à elle seule dans la guérison des affections utérines, le Dr S. a essayé, il y a quelques années, de traiter un certain nombre d'affections utérines par une dérivation puissante vers les téguments, au moyen de bains sulfureux additionnés d'une dose considérable d'eau minérale et au moyen de douches énergiques chaudes et froides, en même temps qu'il était fait de la révulsion vers l'intestin par des boissons purgatives; avec cela aucun traitement utérin chirurgical, ni même des injections, ni des irrigations, ni des douches utérines; et pour empêcher l'eau du bain très saturée de chlorures d'irriter la muqueuse vaginale et d'agir sur les organes génitaux, le vagin de la malade était tamponné avant chaque bain au moyen d'un tampon enduit de gros gras. Par ce traitement, les utérus se sont dégorgés, les paramétrites se sont résorbés, les érosions se sont cicatrisées, cela aussi rapidement que quand il était fait des applications toniques.

M. Caulet proteste contre l'introduction préalable du tampon qui constitue à elle seule une cause d'irritation répétée chaque jour : la précaution est d'ailleurs inutile, l'eau ne pénétrant pas spontanément dans un vagin dont on n'écarte pas artificiellement les parois.

M. Graux est nommé membre titulaire.

Raymond Durand Fardel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 *avril* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Pigmentation de la peau dans l'arseniusine.

M. Richardière présente une malade chez laquelle l'arsenic, administré sous forme de liqueur de Fowler pendant un temps très court, a amené une pigmentation brunâtre

très accentuée de la peau. Elle avait pris au total 500 gouttes en vingt-cinq jours et reçu 12 injections intra-ganglionnaires de 3 gouttes de liqueur de Fowler chaque fois.

La pigmentation est généralisée à toute l'étendue de la surface cutanée et respecte les muqueuses. Il y a en plus des macules lenticulaires pigmentées en des points où la peau avait été traumatisée par des piqûres de punaise, des écorchures, etc. La pigmentation de la peau s'est accompagnée de décoloration des cheveux, devenus secs et cassants et de troubles trophiques des ongles.

M. Rendu se demande si l'arsenic est ici seul en cause, s'il n'y a pas quelque influence tuberculeuse, peut-être une tuberculisation des capsules surrénales. Il y aurait lieu, en tous cas, de suivre attentivement l'évolution de la maladie avant de se prononcer d'une façon décisive.

Pseudo-éléphantiasis névropatique chez une hystérique.

M. Thibierge présente une malade qui, depuis le mois de janvier 1893, est atteinte d'un œdème progressivement ascendant du bras. Actuellement, tout l'avant-bras et les deux tiers inférieurs du bras gauche sont notablement tuméfiés, de consistance un peu mollasse et uniforme, mais sans altérations cutanées, sans circulation collatérale. La malade est nerveuse, elle présente une anesthésie pharyngée complète, mais n'a aucun autre stigmate hystérique. M. Mathieu a proposé pour ces œdèmes la dénomination de pseudo-éléphantiasis névropathique, c'est celle qui semble convenir ici. Cependant, on on ne constate pas dans le cas actuel la névralgie qui accompagne habituellement cette affection.

M. Gilles de la Tourette. — Pourquoi appeler « pseudo-éléphantiasis névropathique » un œdème survenu chez une hystérique conforme au dire de M. Thibierge lui-même? L'œdème histérique n'est pas toujours bleu, ainsi qu'il semble le croire. Sydenham qui l'a décrit le premier n'a pas noté sa coloration. M. Thibierge appelle son cas pseudo-éléphantiasis parce que la pression du doigt ne laisse pas d'empreinte. Mais Sydenham a justement donné cette particularité comme caractéristique de l'œdème hystérique.

Pourquoi compliquer les choses et traiter de névropathique un œdème survenu chez une hystérique et pour lequel l'auteur élimine lui-même l'influence de toute lésion organique?

L'œdème hystérique est aujourd'hui assez bien connu pour qu'on ne lui marchande plus la place qu'il a conquise dans la nosographie.

M. Mathieu. — Il est possible que cet œdème soit de nature hystérique, mais il me semble bien difficile d'établir une limite entre les œdèmes hystériques et les œdèmes arthritiques qui sont aussi névropathiques. Le point le plus important c'est, outre la parenté du pseudo-lipome et des œdèmes névropathiques, l'aspect clinique et particulier de ce pseudo-éléphantiasis.

H. VAQUEZ.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 25 avril 1894.

Ecrasement de la jambe. Psoïtis.

M. Gangolphe présente deux malades :

1° Un homme de 43 ans, qui, il y a 8 ans, eût un écrasement de la jambe au tiers supérieur, produit par la roue d'une voiture pesant 3000 kilos. Antisepsie soignée et suture métallique. Aujourd'hui guérison complète sans aucune déformation.

La suture métallique est indiquée dans les fractures simples ou compliquées, avec déplacement difficile à corriger.

2° Un jeune homme de 21 ans, ayant eu, il y a 4 ans, une psoïte suppurée. Incisions crurale, iliaque et rétrocrurale, au niveau du petit trochanter. Aujourd'hui, retour complet des fonctions du membre : le malade fait de la bicyclette. Il est nécessaire de compléter le drainage classique par une contre-ouverture au niveau du petit trochanter.

Polype naso-pharyngien.

M. Lathuraz présente un polype naso-pharyngien extrait, à l'aide de la pince de Lœwenberg, par morcellement, en passant par les voies naturelles. Opération pratiquée par M. Pollosson.

Endocardite et tuberculose.

M. Lépine présente des pièces anatomiques montrant une coexistence, chez le même sujet, de tuberculose aiguë et d'endocardite végétante. Ce fait paraît être en contradiction avec la loi de non-coïncidence de M. Tripier.

M. Bard. — M. Tripier a lui-même publié un cas de tuberculose aiguë et d'endocardite aiguë ; mais il a soutenu qu'on ne voyait pas une tuberculose chronique évoluer, et en même temps une lésion cardiaque parvenir à la période d'asystolie, chez le même sujet.

Liquide antiseptique et anesthésique.

M. Mayet donne la formule d'un liquide antiseptique et anesthésique, à employer à l'aide de tampons dans diverses affections de l'utérus, ou pour le pansement de plaies *peu étendues* (furoncles, petites brûlures). Voici cette formule :

Pétrovaseline stérilisée....	200	grammes.
Iodoforme..................	10	—
Cocaïne....................	2	—
Acide oléique..............	8	—

Les dangers d'absorption de la cocaïne doivent faire réserver ce mode de pansement aux plaies peu étendues.

Mort par l'éther.

M. Tellier fait une communication sur un cas de mort, au cours d'une laparotomie pour occlusion intestinale, chez un malade anesthésié à l'éther. La mort paraît avoir été due, comme le malade de M. Vallas, à la pénétration de liquides de vomissement dans la trachée. Pour obvier à cet inconvénient, M. Tellier propose de faire, avant toute anesthésie, le lavage de l'estomac, lorsque les vomissements sont particulièrement à redouter, comme dans les cas d'occlusion intestinale et de hernie étranglée.

A. PIC.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 avril 1894.

Cavernes pulmonaires.

M. Macé présente les poumons d'un jeune homme tuberculeux, mort dans le service de M. Achard à l'hôpital Cochin, à l'âge de 19 ans. On remarque en plus des lésions de granulie récente, deux grandes cavernes occupant tout le lobe supérieur de chaque poumon, symétriques d'étendue et d'aspect.

Quoique la mort soit survenue par hémoptysie, on ne voit pas les orifices des vaisseaux pulmonaires. Les symptômes cavitaires très accentués avaient fait penser, pendant la vie, à un pneumothorax des deux sommets de la plèvre.

Tumeur mixte du testicule.

M. Pilliet rapporte l'opération faite avec succès par M. Tillaux pour une tumeur du testicule, dure, régulière, quoique bosselée par place, non adhérente, du volume d'une noix de coco.

Après la castration, l'incision de cette tumeur montra qu'il existait par places des noyaux cartilagineux. L'examen au microscope montra qu'il s'agissait d'une tumeur mixte contenant des fibres lisses et striées, des kystes à épithélium caliciforme et d'autres à épithélium pavimenteux.

Le testicule est étalé et aplati sur un des côtés de la tumeur qui est donc plutôt paratesticulaire.

Tumeur du petit bassin.

M. Pilliet présente les coupes d'une tumeur diffuse du petit bassin chez la femme. Cette tumeur est constituée par des kystes que tapisse un épithélium caliciforme ; mais chacun de ces kystes est entouré d'une atmosphère limitée de tissu lymphoïde, rappelant la disposition de ce tissu autour des cryptes des amygdales. On se trouve donc en présence d'une tumeur rare, participant à la fois du lymphosarcome et de l'épithéliome mucoïde.

M. Azoulay présente une série de préparations histologiques obtenues par la méthode de Golgi par M. Wurtz de Bruxelles ; entre autres pièces, on constate de jolies coupes du rein avec les nerfs de cet organe.

G. DAGRON.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 14 au 19 mai 1894.

Mercredi 16. — M. Cortot. Contribution au traitement de l'épilepsie. — M. Cégan. De l'éléphantiasis exotique, ses rapports avec la filaire du sang. — M. Berceot. Quelques considérations sur le traitement des cataractes secondaires. — M. Leblois. Contribution à l'étude des fractures chez les enfants et de leur traitement. — M. Gratien. De l'influence curative de la laparotomie. — M. Mouffier. Considérations sur l'asepsie et l'antisepsie dans la chirurgie rurale.

Jeudi 17. — M. Mével. Contribution à l'étude des troubles oculaires dans l'acromégalie. Essai sur la pathogénie de cette affection. — M. Campbell. De l'emploi de l'éther comme anesthésique générale. — M. Barret. Relation entre la pelade et la teigne. — M. Baudron. De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement de lésions bilatérales des annexes de l'utérus (Opération de Péan).

VARIÉTÉS

Corps de santé militaire. — Ont été promus aux grade de :

Médecin-major de 1re classe, MM. Lambert (Marie-Ch.-Henri), Gély-Guinard, Lambert (Fernand, Philippe), Thouvenin, Chopart, Charpentier.

Médecin-major de 2e classe, MM. Créton, Pelegry, Achard, Maison, Delabrousse, Barudel, Brissé Saint-Marcary, Robelin, Licht, Renaud.

Bureau central en médecine. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Darier, Thoinot et Girode.

Une chaire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Edouard Labbé, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.

Manœuvres obstétricales — M. Bar, agrégé, fera sa première démonstration au Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique, le mercredi 16 mai 1894, à 5 heures de l'après-midi. Les exercices opératoires d'obstétrique auront lieu tous les jours, à 3 heures (Pavillon no 6), à partir du samedi 19 mai.

Hôpital Saint-Louis. — Le docteur du Castel reprendra ses conférences cliniques et thérapeutiques, le samedi 12 mai, à 10 heures dans salle de conférences du Musée et les continuera le samedi de chaque semaine à la même heure.

Le lundi à 9 heures et demie, Traitement chirurgical des affections cutanées, salle Emery. Le mercredi. Consultation externe à 9 heures. Le jeudi, Examen et discussion des nouveaux malades, salle Hillairet, à 9 heures.

Congrès international de bains de mer et d'hydrothérapie marine. — Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

De l'influence du traitement marin dans les tuberculoses;

Indications et contre-indications du traitement marin.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr G. Houzel, secrétaire général, 4, rue des Vieillards, à Boulogne-sur-Mer.

Un concours d'admissibilité aux emplois de *médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés* aura lieu à Lyon, Lille et Bordeaux le 1er juin prochain; à Paris, Nancy et Toulouse le 4, et à Montpellier le 7 du même mois. Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès qui pourront être déclarés admissibles est fixé à six pour la région de Paris, a cinq pour celle de Lille et à trois pour chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy, Montpellier et Toulouse.

Les docteurs en médecine, satisfaisant aux conditions ci-dessus indiquées et qui désirent subir les épreuves devant le jury qui fonctionnera dans l'une ou l'autre des régions, devront adresser leur demande, sur papier timbré, au ministère de l'intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 1er bureau), de manière à ce qu'elle y soit parvenue dans la journée du 21 mai prochain avant cinq heures, dernier délai de rigueur. Cette demande, accompagnée des pièces énumérées ci-dessus, doit indiquer la région dans laquelle le candidat veut subir le concours.

Les candidats qui seront autorisés par le ministre de l'Intérieur à y prendre part seront prévenus officiellement et recevront également les indications nécessaires au sujet de l'endroit où siégera le jury et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

Médecins et avocats. — La conférence des avocats de la Cour de Paris a discuté la question suivante : « Le médecin qui, en voulant expérimenter une nouvelle méthode curative à l'insu de son malade, a occasionné sa mort, peut-il être poursuivi pour homicide par imprudence? » La conférence a adopté la négative.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Valeur de l'anesthésie par l'éther,

par M. le professeur Poncet (1).

L'éther est un agent anesthésique trop universellement employé et apprécié à Lyon, pour que, lorsqu'il est accusé de quelque méfait, chacun de nous ne prête l'oreille et ne se demande a priori ce qu'il peut y avoir de fondé dans les accusations dont il est l'objet.

J'ai éprouvé ce sentiment à propos de la discussion qui s'est ouverte, ces jours-ci, devant la Société. Je désire prendre part à ce débat sur l'éthérisation que je veux simplement envisager d'après mon expérience personnelle, qui remonte déjà à plus de vingt-cinq ans.

Si je calcule, en effet, les éthérisations que j'ai faites, que j'ai vu faire, enfin que j'ai fait faire, dans mon service, en prenant une moyenne de deux anesthésies par jour, chiffre plutôt assurément en deçà qu'au delà de la vérité, j'arrive au chiffre de 18 à 20,000 éthérisations d'après lesquelles il m'a été donné d'avoir une opinion sur la valeur de l'éther dont je reste exclusivement partisan, après avoir employé ou vu employer le chloroforme qui est le seul anesthésique partageant, avec lui, la faveur des chirurgiens.

Avant de vous donner les résultats d'une pratique qui m'a rendu *éthérosophile* et, par contre, *chloroformophobe*, je voudrais présenter quelques réflexions sur les cas de mort par l'éther dont on a parlé récemment devant vous et que l'on a imputés à la pénétration dans la trachée de liquides vomis pendant des opérations abdominales. Je fais allusion seulement ici aux deux cas de MM. Vallas et Tillier, je laisse, pour le moment, de côté l'observation de M. Carry, où le mécanisme de la mort a été, en apparence tout au moins, différent.

Chez les malades de MM. Vallas et Tellier, je ne crois pas que la mort soit due à la pénétration, à travers la glotte, des liquides stomacaux.

Si on lit, en effet, attentivement les observations qui vous ont été communiquées, on voit que c'est après des troubles respiratoires graves, après l'arrêt de la respiration, que cette complication est survenue, et je crois qu'il faut la considérer comme un phénomène agonique et non comme la cause de la mort. Le réflexe glottique n'est-il pas l'un des plus puissants, l'un des plus persistants? Lorsqu'il disparaît, sa disparition n'est-elle pas le meilleur indice, mais aussi le plus mauvais signe avant-coureur d'une mort imminente? Les réflexes qui provoquent les vomissements sombrent certainement avant lui et lorsque des liquides provenant de l'estomac, de l'intestin, tombent dans la trachée, ils n'y trouvent entrée que parce que le sujet est déjà mort.

Je considère cet encombrement des voies respiratoires comme un phénomène cadavérique précoce, comparable à l'expulsion par la bouche, par les fosses nasales des liquides chassés de l'estomac après la mort.

Je n'ai jamais vu, du reste, dans mes nombreuses anesthésies, semblable accident survenir, et cependant que de fois, pendant des éthérisations, n'ai-je pas été témoin de vomissements abondants, parfois presque incoercibles?

Le mécanisme de la mort, dans les cas dont on nous a parlé, est tout autre : il s'agissait de sujets atteints d'une affection abdominale grave, profondément dépressive (2 hernies étranglées chez de vieilles gens, 1 cas d'occlusion intestinale). L'éthérisation a été la fameuse goutte d'eau qui fait déborder le verre, elle a été la cause occasionnelle qui, ajoutée au traumatisme chirurgical, a précipité le dénouement. Tout autre anesthésique aurait offert certainement les mêmes dangers que l'éther, par la bonne et unique raison qu'une cause occasionnelle quelconque devait accélérer la marche des accidents mortels, chez des sujets plus ou moins déjà en état de collapsus. C'est ainsi également que doit être expliquée la mort chez la malade de M. Carry, qui avait été opérée d'une hernie crurale étranglée et chez laquelle aucun liquide n'avait pénétré à travers la glotte.

Je dirais volontiers que de telles morts sont survenues pendant ou immédiatement après l'anesthésie et non par l'anesthésie (1).

J'arrive maintenant à la supériorité de l'éther sur le chloroforme et aussi à ses inconvénients, à ses contre-indications.

Je préfère l'éther au chloroforme parce qu'il est, comme on l'a dit bien souvent, moins dangereux, j'allais dire non dangereux. Le fait est qu'avec l'éther je n'ai jamais vu se produire, en premier lieu, que des accidents respiratoires. Ils ont duré, seuls, un temps plus ou moins long, mais toujours suffisant pour être combattus efficacement.

J'ajouterai qu'ils n'éclatent pas brusquement, à l'improviste, mais qu'ils sont précédés de phénomènes qui attirent l'attention : respiration bruyante, face vultueuse, cyanose progressive, etc.

Avec le chloroforme, on le sait, la plupart du temps rien de semblable : la respiration, mais surtout le cœur s'arrête presque tout à coup, et maintes fois on ne peut plus rien.

J'ai été bien des fois témoin d'accidents respiratoires avec l'éther, je les ai toujours vus céder aux moyens habituellement conseillés, enfin à la trachéotomie dans les cas graves.

En résumé, *l'éther est, de l'avis de tous les chirurgiens, moins meurtrier que le chloroforme.*

Les accidents avec l'éther ont lieu chez des tarés, chez des sujets porteurs de lésions pathologiques qui avaient pu échapper à l'examen, mais que l'autopsie a ensuite révélées. Il est loin d'en être ainsi avec le chloroforme qui tue brutalement sans crier gare et sans explication plausible. L'éther me donne le maximum de sécurité sur tous les autres anesthésiques, et c'est la seule raison, qui vaut mieux que toutes les autres, pour laquelle je lui donne journellement une préférence absolue.

Je suis loin cependant de méconnaître ses inconvénients, parfois ses dangers qui, dans certaines circonstances, doivent lui faire préférer un autre anesthésique.

J'ouvre ici le chapitre des contre-indications à l'emploi de l'éther, contre-indications qui m'ont le plus frappé, et dont je tiens compte dans la pratique.

A. Une première contre-indication relève de l'âge des sujets.

Dans l'enfance et jusqu'à l'âge de 14 à 15 ans, je donne la préférence au chloroforme. L'éther, chez les jeunes sujets, irrite les voies aériennes, il donne lieu à des mucosités abondantes que j'ai vues être fréquemment une cause d'asphyxie. Cet accident exige une grande surveillance non seulement pendant, mais encore un certain temps après l'anesthésie. On doit le redouter d'autant plus volontiers que les malades sont enrhumés et présentent des signes de trachéo-bronchite.

(1) Communication orale faite à la Société des Sciences Médicales de Lyon à propos de la discussion sur l'éthérisation. Séance du 2 mai 1894.

(1) La seule conclusion qui découle de ces accidents mortels est celle qu'en ont déjà tirée mes collègues et qui a été formulée depuis longtemps : les vieux herniеux sphacélés, les sujets en collapsus, ne peuvent et, par cela même, ne doivent pas être endormis.

Chez les vieillards atteints d'emphysème, mais surtout de catarrhe pulmonaire, l'éther est également contre-indiqué. Il ne provoque plus, comme chez les enfants, la formation rapide de mucosités bronchiques, pharyngiennes et buccales, mais il irrite les voies respiratoires d'une façon plus durable. Il donne lieu, dès les premiers jours qui suivent l'opération, à des bronchites, à des broncho-pneumonies graves que j'ai vues être mortelles. C'est ainsi également que, les gens d'un certain âge, la trachéo-bronchite, provoquée par un goître suffocant, peut se diffuser par l'éthérisation et donner lieu aux mêmes complications pulmonaires.

Je redoute particulièrement, chez ces derniers malades, l'anesthésie générale pour les raisons que je viens d'indiquer. Aujourd'hui, je les opère sans les endormir, ou mieux après avoir anesthésié la peau par une injection de cocaïne.

En dehors de ces contre-indications de l'éthérisation qui relèvent de l'âge des sujets, je n'en connais pas d'autres que la nécessité d'opérer la nuit, dans un local insuffisamment aéré, où des lampes, un feu allumé peuvent provoquer l'embrasement des vapeurs éthérées. Je passe sur cette contre-indication généralement admise.

L'éthérisation doit naturellement être surveillée avec soin. L'expérience m'a appris qu'il fallait redoubler de vigilance, dans les opérations sur la région cervicale: face, cou, dans l'ablation des ganglions soit superficiels, soit profonds, et surtout des tumeurs congénitales (1). Il s'agit, comme l'a bien indiqué Duret (Thèse d'agrégat., Paris, 1880), d'opérations dans *la zone des nerfs bulbaires*, opérations capables de produire plus facilement des réflexes d'arrêt respiratoire et cardiaque.

Quant au traitement des accidents se produisant pendant l'éthérisation, il n'est autre que celui de l'asphyxie rapide. Je n'ai pas, à cet endroit, d'indication particulière à fournir; je voudrais cependant dire quelques mots de la trachéotomie, qui est une opération excellente pour triompher de l'asphyxie [et à laquelle il ne faut pas trop tarder d'avoir recours.

J'ai sauvé ainsi quatre éthérisés chez lesquels la respiration artificielle, les flagellations, etc., etc., étaient, depuis de longues minutes, impuissantes à ramener la vie.

La trachéotomie pratiquée, l'air pénètre alors facilement dans la trachée, avec les manœuvres méthodiquement pratiquées de la respiration artificielle.

Si j'en juge par ce que j'ai observé, les anesthésiés en état de mort apparente peuvent revenir de très loin. J'ai vu, dans un cas, chez une jeune femme, la respiration se rétablir, plus d'une heure après sa disparition complète. Il ne faut donc pas désespérer trop tôt et prolonger systématiquement la respiration artificielle.

Un dernier point sur lequel je désire appeler l'attention, est le suivant : l'*éthérisation simple*, c'est-à-dire avec l'éther seul comme agent anesthésique, me paraît préférable aux éthérisations composées, ou mieux, combinées avec l'ingestion, avec la pénétration dans les tissus de substances toxiques, appelées, dit-on, à faciliter l'anesthésie, à la rendre moins dangereuse.

Je rejette l'*anesthésie mixte* et, tout particulièrement, l'injection, quelques minutes avant l'opération, de la solution atropo-morphinique.

A un moment donné, tous mes opérés recevaient, vingt minutes avant l'éthérisation, une injection d'atropo-morphine, mais j'ai été témoin de plusieurs cas graves d'anesthésie prolongée.

(1) Poncin. Des accidents survenant pendant l'anesthésie dans l'ablation des tumeurs congénitales du cou et de la face. Thèse de Lyon, 1889.

Quelques endormis seraient certainement morts, si on ne les avait surveillés longtemps après l'opération, quelques-uns pendant plusieurs heures (1).

L'anesthésie mixte ne peut prévenir la *syncope primitive* ou *laryngo-réflexe*, mais, selon moi et d'après les observations que j'ai fait publier, elle favorise la *syncope tertiaire* ou *par intoxication*.

Depuis quelques mois, j'ai complètement abandonné, dans mon service, l'anesthésie mixte, pour m'en tenir à l'éthérisation simple dont je me trouve, du reste, très bien, comme par le passé.

En terminant, je me déclare, à quelques contre-indications près, un partisan convaincu de l'éthérisation.

Ce n'est pas sans un certain sentiment de fierté que l'Ecole de Lyon doit voir les traditions d'anesthésie chirurgicale, que nous ont léguées nos maîtres, être recueillies de tous côtés. A l'étranger, en Suisse, en Allemagne, les chloroformistes se rallient de jour en jour plus nombreux à l'éthérisation.

Il y a une douzaine d'années, parcourant l'Amérique du Nord, je m'arrêtai à Boston et je visitai Massachusett's-Hospital où, pour la première fois, il y avait près de quarante ans, l'éther avait été donné, dans le but de supprimer la douleur pendant une opération.

Parmi les renseignements intéressants que me fournit alors le regretté professeur Bigelow, deux surtout me frappèrent.

Il me raconta qu'en Amérique, l'anesthésie générale par l'éther gagnait de plus en plus du terrain; que, naturellement, au début, l'éthérisation ayant été découverte à Boston, on s'était empressé ailleurs, dans les autres villes des Etats-Unis, de n'employer que le chloroforme. Mais les accidents étaient devenus si graves, si fréquents avec ce dernier anesthésique que l'on tendait, un peu partout, à y renoncer.

Il ajouta qu'à Massachusett's-Hospital, on avait, cédant à l'entraînement général, lors de la découverte de la chloroformisation, postérieure d'un an environ à celle de l'éthérisation (*la première éthérisation fut faite à Boston par Warren, chirurgien du Massachusett's-Hospital, le 14 novembre 1846. Le mémoire de Simpson. signalant la supériorité du chloroforme sur l'éther, fut lu le 10 novembre 1847 à la Société Médico-chirurgicale d'Edimbourg*), essayé du chloroforme, mais plusieurs cas de mort s'étant produits, on l'avait abandonné. Avec l'éther, au contraire, utilisé depuis bientôt 40 ans, on n'avait jamais eu d'accidents mortels.

Le contraste fut si frappant entre la malignité du chloroforme et la bénignité de l'éther, que l'administration de Massachusett's-Hospital ne craignit pas de proscrire le chloroforme et d'enjoindre à ses chirurgiens de n'employer dorénavant que l'éther.

Cette décision n'était peut-être pas très scientifique, mais elle était éminemment sage. Plus j'avance dans la pratique de la chirurgie, plus s'accroît mon expérience de l'anesthésie générale, plus je reconnais les avantages et la supériorité de l'éther sur les autres anesthésiques.

(1) Cathoire, Dangers de l'anesthésie mixte et accidents tertiaires après l'éthérisation et la chloroformisation précédée d l'injection atropo-morphinique. Thèse de Lyon, 1894.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES
tenu à Rome du 29 mars au 9 avril 1894.

Valeur diagnostique de l'indicanurie chez les petits enfants.

M. Cima. — Les enfants dans l'urine desquels j'ai essayé de rechercher l'indican étaient en partie des malades pris dans la clinique pédiatrique, au nombre de 58, en partie des malades de la consultation externe, au nombre de dix. Pour presque tous l'analyse fut faite plus d'une fois; mais pour quelques-uns de ceux de la première série elle fut recommencée mainte et mainte fois. La plupart étaient nourris simplement d'un peu de lait et de pain, d'autres cependant de bouillon, de légumes et d'œufs. Ceux de la consultation externe étaient nourris de préférence de lait de mère ou de vache.

J'ai toujours fait l'analyse avec des urines des jours de diagnostic, avant de commencer le traitement ou bien avec celles des jours où on suspendait le traitement.

Ma méthode de recherche a été la méthode ordinaire de Jaffé, après avoir purifié l'urine avec une solution d'acétate de plomb à 10 0/0.

Pour pouvoir plus clairement tirer les conclusions, j'ai divisé en trois séries la liste de tous les cas observés, suivis, pour chacun d'eux, du nombre d'analyses et de leur résultat, du diagnostic clinique, et, quand il y avait lieu, anatomique.

1° *Cas cliniquement déclarés de tuberculose des organes abdominaux et thoraciques et pour quelques-uns confirmés par le diagnostic sur la table d'autopsie.* Au nombre de 10, dont 3 au-dessous de 2 ans 1/2 et nourris exclusivement de lait, 7 compris à peu près entre 2 ans 1/2 et 7 ans, nourris en plus du lait, de bouillon, d'œufs et de quelque peu de légumes et de pain. Presque tous avaient des digestions irrégulières et des selles la plupart du temps liquides et en bouillie. J'ai fait en tout 99 analyses dont 30 *sans réaction; 24* avec une *réaction faible; 14, médiocre*; 31, *violente*. Donc: 69 résultats positifs sur 99 analyses, soit 69,69 0/0, et réaction moyenne ou violente dans presque la moitié des cas, soit dans 45,55 0/0. J'ai remarqué que dans les mêmes cas plus souvent étudiés on avait une réaction violente après les jours d'une alimentation plus riche en albuminoïdes ou pendant la constipation. La réaction était nulle ou faible quand les malades avaient pris du lait ou quand ils avaient des selles liquides ou en bouillie.

Le cours de la fièvre n'avait aucune influence sur l'indicanurie.

2° *Cas soupçonnés de scrofulose et tuberculose avec des phénomènes d'atrophie, d'adénopathie, de catarrhes chroniques des intestins ou de catarrhes intermittents des bronches;* au nombre de 23, dont 7 au-dessous de 2 ans 1/2 et nourris de lait seul et de fécule, ou encore de pain, de bouillon et d'œufs pour les plus grands; 16 autres compris entre 3 et 8 ans nourris de la même manière, mais quelques-uns nourris en plus de viande. Tous mis en observation à la clinique. J'ai fait 73 analyses: 18 *sans réaction*, 21 avec *réaction faible*, 18 avec *réaction moyenne*, 16 avec *réaction violente*. Donc la proportion de résultats positifs est de 75,34 0/0. Mais si on veut tenir compte seulement des réactions moyennes et violentes, comme plus sûres pour donner des indications dans les cas semblables, dans mes observations on a une proportion de 46,57 0/0, donc d'une certaine importance. Je ferai néanmoins remarquer que le plus grand nombre de réactions moyennes ou violentes est donné par quelques petits enfants qu'un long cours de maladie avait rendus tuberculeux et qui avaient des digestions anormales, nourris presque exclusivement de lait; ou par d'autres enfants, plus grands, nourris de moins de lait que de viande et de farineux, ayant aussi au point de vue clinique des digestions irrégulières.

3° *Cas de diverses maladies aiguës ou chroniques* au nombre de 35, dont 15 au-dessous de 2 ans, nourris seulement de lait de mère et de vache et d'un peu de farineux; 20 de 2 à 9 ans nourris, ou seulement de lait, ou de lait et aussi de viande, de bouillon, d'œufs et de farineux. Pour chaque cas en moyenne j'ai fait plus de deux fois l'analyse. Donc: 88 essais, 38 *sans réaction*, 23 avec *réaction faible*, 13 avec *réaction moyenne*, 14 avec *réaction forte*. En somme, une proportion de 30 0/0 de réactions moyennes et fortes (comme ayant une plus grande valeur) et données pour la plupart par des enfants au-dessus de 2 ans et non par ceux nourris de lait seul, comme les 15 premiers.

Donc, de ces quelques observations différentes sur diverses maladies on peut conclure que les indications données par les urines sont plus en rapport avec les anomalies de digestion, surtout dans l'alimentation mixte (pain, bouillon, œufs, viande), qu'avec la maladie principale.

Par conséquent l'indicanurie ne peut avoir d'autre importance diagnostique que celle d'indiquer le degré de décomposition des substances albuminoïdes dans l'intestin.

Cure de la coqueluche essayée par la vaccination.

M. F. Pestalozza (Pavie). — L'inoculation de la vaccine n'est pas le spécifique de la coqueluche. La méthode Clapmann-Pesa (celle-ci à l'étude) n'empêche pas qu'il existe d'autres médications peut-être plus puissantes, mais moins pratiques. Pour la plus grande partie des cas cités les médecins qui les rapportent déclarent avoir en vain exploré le répertoire des remèdes contre la coqueluche, guérie radicalement et sans qu'on s'y attende par la vaccination. Nous ne savons pas absolument comment la vaccine agit, mais nous savons qu'elle peut agir bien efficacement en améliorant et en guérissant en peu de temps les malades. L'objection que la dite méthode sera peu active étant donné qu'on traite la plupart du temps des petits enfants déjà vaccinés avec succès à leur naissance n'a pas beaucoup de valeur: des épreuves quotidiennes démontrent, en effet, que la vaccination peut réussir même répétée à de courts intervalles de temps, car la réaction de la vaccine a lieu à moins que le terrain de culture, l'organisme qui est infantile, ne soit stérilisé tout entier. Je vais pourtant tenter à nouveau l'épreuve pour pouvoir un jour sur la solide base des faits établir un jugement sain touchant cette cure pratique de la coqueluche.

Rapports entre le rachitisme et les accidents convulsifs chez les enfants.

M. J. Comby. — La plupart des médecins d'enfants ont observé la coïncidence du rachitisme avec les divers accidents convulsifs, l'éclampsie, le spasme de la glotte, la tétanie, etc.

Les convulsions générales (éclampsie infantile) s'observent avec une fréquence assez grande chez les rachitiques; cependant il ne faudrait pas exagérer cette fréquence; le rachitisme est chose banale, et en dix ans, dans un petit dispensaire de Paris, M. Comby n'a pas rencontré moins de 1,600 enfants atteints de cette maladie. Au contraire, les convulsions sont rares, puisqu'il n'a été consulté pour ces accidents que trente ou quarante fois.

Parmi les accidents convulsifs observés chez les rachitiques, il faut distinguer surtout les convulsions générales (éclampsie) et les convulsions partielles ou spasmes de la glotte, qu'on appelle encore laryngo-spasme, asthme thymique, asthme de Kopp.

Cette névrose, qui frappe les enfants du premier âge avant l'achèvement de la première dentition, comme le rachitisme, lui a été subordonnée par beaucoup d'auteurs. Il est bien vrai qu'elle survient fréquemment chez les rachitiques, et que le professeur Hénoch a pu dire, sans trouver de contradicteurs, que les deux tiers des enfants atteints de spasme glottique étaient rachitiques. M. Comby admet ce rapport, quoique personnellement il n'ait pas observé un très grand nombre de cas de laryngo-spasme. Il semble que le spasme glottique soit plus rare en France qu'en Allemagne. Quant à la relation qui unit le rachitisme au spasme glottique, est-elle de cause à effet, n'est-elle pas de seule coïncidence? M. Comby répond négativement à ces deux questions et voici pourquoi:

1° Il n'y a pas de relation de cause à effet entre le rachitisme et le spasme de la glotte, le spasme de la glotte n'est pas subordonné au rachitisme. Si le rachitisme était la cause directe du spasme glottique, comment ne le produirait-il pas plus souvent? Le rachitisme est très commun, le spasme glottique très rare.

Si le rachitisme était la cause du spasme de la glotte,

comment, par quel mécanisme le produirait-il? Ce n'est pas par le trouble apporté à l'évolution dentaire. Serait-ce par les altérations de la tête? C'est ici qu'intervient la théorie du craniotabes, imaginée par Elsæsser et soutenue par Leyden, Zpengler et bien d'autres.

Or, d'après les recherches personnelles de M. Comby qui renferment celles de Hénoch, Ritter, Baginski et autres, le crâniotabes est une lésion banale pouvant même se rencontrer chez des enfants robustes et sains.

Le rachitisme et le spasme de la glotte sont-ils donc indépendants l'un de l'autre, et quand ils surviennent simultanément, n'y aurait-il aucun lien entre eux? M. Comby croit qu'il n'y a pas une simple coïncidence entre des affections si souvent associées. Il y a un lien. Mais quel est-il?

2° Le rachitisme reconnaît pour cause une perturbation nutritive générale qui dépend elle-même, le plus souvent, d'une mauvaise hygiène alimentaire. Personne aujourd'hui n'oserait soutenir la théorie si manifestement erronée de Parrot. Le rachitisme n'est pas une maladie spécifique, il ne dérive pas de la syphilis héréditaire. C'est une maladie acquise de la première enfance, très rare chez les riches, très commune chez les pauvres, habituelle chez les enfants allaités artificiellement, exceptionnelle chez les enfants au sein. Le rachitisme est précédé, accompagné, suivi de troubles et de lésions de l'appareil digestif (vomissements, diarrhée, constipation, gros ventre; gros foie, grosse rate, dilatation de l'estomac et de l'intestin). Voilà qui est acquis. D'autre part, les convulsions, le spasme de la glotte s'observent dans les mêmes conditions étiologiques; si l'on fait abstraction de l'hérédité neuro-pathologique (hystérie, épilepsie, alcoolisme, folie) qui peut expliquer un certain nombre de convulsions et de lésions du système nerveux central, toutes les autres sont subordonnées à l'alimentation vicieuse des nourrissons et aux dyspepsies qui en résultent. Pour M. Comby c'est cette dyspepsie qui tient sous sa dépendance et le rachitisme et le spasme de la glotte.

Cette dyspepsie, source de troubles nutritifs et d'empoisonnement pour l'organisme, est la cause prochaine des lésions osseuses, de l'impotence fonctionnelle, du retard évolutif qui caractérisent le rachitisme; elle est également la cause des accidents convulsifs qui se montrent alors à nous, non pas comme des manifestations purement nerveuses, réflexes ou purement inflammatoires, mais comme des excès toxiques secondaires, comparables aux convulsions de l'urémie, de l'alcoolisme, etc. L'auto-intoxication, en un mot, me paraît dominer toutes ces expressions symptomatiques, et la théorie que je soutiens peut s'appuyer sur les recherches de l'éminent professeur de Paris, Ch. Bouchard.

Myxœdème infantile avec lipomatose de la peau.

M. Imerwol (Jassy). — J'ai observé une petite fille de quatre ans qui présentait tous les symptômes cliniques du myxœdème, avec idiotie complète. Des injections de suc de corps thyroïde, continuées pendant vingt jours, amenèrent une amélioration notable, car la tuméfaction de la peau diminua et l'état psychique s'améliora également. Malheureusement l'enfant fut atteinte d'érysipèle et succomba. A l'autopsie, on constata une absence complète de corps thyroïde; le cerveau, bien développé, pesait 950 grammes. Quant à la peau, l'examen histologique montra qu'elle présentait une structure, non pas muqueuse, mais adipeuse, car il existait en effet une véritable lipomatose de la peau.

Nouvelles recherches sur les modifications du sang sous l'influence des agents thermiques.

M. W. Winternitz (Vienne). — J'ai déjà publié une partie de mes constatations sur les modifications du sang sous les influences thermiques et mécaniques (v. *Mercredi* 1893; p. 1000). Je veux aujourd'hui me borner à parler de celles que je n'ai pas encore signalées. Je rappellerai seulement que les réfrigérants appliqués sur le corps tout entier provoquent une augmentation du nombre des hématies et des leucocytes, de la teneur du sang en hémoglobine et de la densité de ce liquide.

Cette modification de la composition du sang dure plus ou moins longtemps, est plus ou moins accusée et met un temps variable à disparaître d'une façon complète. Mais elle ne fait défaut que lorsque les applications réfrigérantes n'ont pu provoquer une vive hyperhémie de la peau; dans ces cas, au contraire, on constate une diminution du nombre des hématies et le plus souvent aussi des leucocytes; parfois même les globules rouges sont diminués de nombre et les globules blancs augmentés. Mais ce dernier phénomène ne s'observe que lorsque le froid ne provoque pas à la peau d'hyperhémie ni de turgescence et lorsque la circulation est affaiblie.

Le froid localement appliqué provoque une augmentation du nombre des éléments globulaires, de la teneur en hémoglobine et de la densité du sang au point d'application, une diminution de ces chiffres aux points du corps périphériques et éloignés; c'est ainsi qu'un bain de pieds froid détermine l'augmentation au niveau des orteils, et la diminution aux doigts ou au pavillon de l'oreille.

Les bains de siège froids provoquent généralement une augmentation plus marquée des leucocytes que des hématies dans le sang recueilli au niveau du doigt.

La chaleur locale produit une diminution des éléments figurés, de l'hémoglobine et de la densité du sang.

Je ne sache pas que l'on ait fait déjà des recherches comparatives sur le sang recueilli au niveau du tronc et des points périphériques du corps. Ces recherches font cependant constater des faits intéressants. Ainsi, chez un de mes sujets, tandis que le sang recueilli au niveau de la pulpe du doigt contenait 4,955,000 globules rouges au millimètre cube et marquait 91 centièmes à l'hémoglobinimètre, celui recueilli en même temps au niveau de la paroi abdominale antérieure contenait 7,266,000 globules et marquait 115 comme hémoglobine. Des recherches de ce genre montreraient combien la répartition du sang dans l'organisme est inégale, et on en retirerait des aperçus nouveaux au sujet des phénomènes de la circulation.

Voici encore des constatations plus intéressantes :

Si, après avoir déterminé la composition du sang de la pulpe du doigt et de celui de la paroi abdominale, on applique sur le ventre un topique froid bien enveloppé, et si, lorsqu'il a eu le temps de s'échauffer, au bout d'une heure, par exemple, on refait les déterminations précédentes, on trouve pour la composition du sang en ces deux points des différences encore plus marquées. Le sang de la paroi abdominale peut alors contenir jusqu'à 2,000,000 d'hématies de plus que le chiffre primitif et l'hémoglobine peut dépasser 120 sur l'appareil de Fleischl.

Malgré tous nos efforts nous savons encore peu de chose sur les topiques excitants; la clinique nous fait constater leur efficacité, mais pour l'expliquer nous en sommes réduits aux hypothèses et aux conjectures.

Les cataplasmes et les applications chaudes ont une action différente, presque inverse. Je ne veux pas en parler aujourd'hui parce que je n'ai pas encore terminé mes expériences de contrôle. Je crois cependant pouvoir dire qu'ils provoquent une augmentation modérée des leucocytes et une diminution des globules rouges. Cela pourrait rendre compte des différences d'action des topiques excitants et de ceux qui ont une action thermique directe.

Je me borne à signaler les résultats que j'ai obtenus, sans entrer dans les détails, pour que d'autres expérimentateurs contrôlent et complètent mes recherches. Il est certainement très intéressant de pouvoir, au moyen de simples agents physiques, modifier à volonté et rapidement la composition du sang comme on n'a jamais pu le faire avec des agents pharmaceutiques, si souvent employés dans ce but.

De l'antisepsie intestinale dans l'anémie.

M. Bourget (de Lausanne) présente les courbes du poids du corps et du taux de l'hémoglobine notées dans 100 cas d'anémie traitée sans l'aide d'aucune préparation ferrugineuse, mais en assurant le bon fonctionnement et la désinfection du tube digestif.

Ces malades soignés à l'hôpital ont tous été soumis au même régime alimentaire et à la même manière de vivre.

L'intervention thérapeutique s'est bornée à une désinfection intestinale aussi complète que possible (salol, lavages du gros intestin).

Tous les huit jours, le poids du corps et le taux de l'hémoglobine sont notés et dans tous les cas nous voyons leur pro-

portion augmenter et se suivre assez régulièrement dans leurs variations.

Des dosages très exacts des sulfates préformés et sulfoconjugués de l'urine ont été faits pendant toute la durée du traitement.

Au fur et à mesure que le taux de l'hémoglobine remonte, nous voyons les sulfates toxiques (conjugués) diminuer dans l'urine.

De ces 100 observations, non pas choisies, mais prises au fur et à mesure de l'entrée des malades à l'hôpital, on peut conclure que le fer n'est pas indispensable pour le traitement et la guérison de l'anémie, car on peut obtenir sans lui d'excellents résultats. L'orateur n'entend cependant pas, par là, conclure à l'inactivité du fer dans le traitement de l'anémie, mais affirmer simplement que l'on peut arriver au même résultat curatif en excluant du traitement toute préparation ferrugineuse.

Traitement de la pleurésie tuberculeuse par l'injection de l'exsudat pleural.

M. Gilbert (Genève) a voulu se rendre compte des effets produits chez les malades porteurs de pleurésies par l'injection sous-cutanée de sérosité pleurétique qui, lorsqu'elle est d'origine tuberculeuse, contient, comme on sait, une substance analogue ou identique à la tuberculine de Koch. M. Gilbert procède de la façon suivante : il plonge dans le liquide pleural l'aiguille aseptisée d'une seringue de Pravaz, aspire le liquide, retire l'aiguille sans la sortir complètement et, quand elle est arrivée dans le tissu cellulaire sous-cutané, il vide le contenu de la seringue. 21 malades dont la pleurésie ne remontait pas à plus de 8 jours furent traités de cette façon. Dans tous les cas, à l'exception de 2, l'injection de liquide pleural a été suivie de réaction assez vive, avec fièvre. Puis, l'épanchement s'est résorbé peu à peu et l'état général s'est amélioré. Tous les malades ont guéri en quinze jours, trois semaines au plus.

De l'action de l'extrait de sangsues sur la formation de thrombus.

M. Sahli (de Berne). — Haycraft et Dickinson ont déjà montré que l'extrait de sangsues s'opposait à la coagulation du sang. Le principe actif de cet extrait n'est pas détruit par la cuisson ; il n'est pas toxique ; il est insoluble dans l'alcool et soluble dans l'eau ; il est éliminé par les urines, qui alors possèdent la propriété caractéristique de cet extrait.

Après avoir anesthésié des lapins, j'ai lié l'extrémité centrale de la veine jugulaire, et à l'aide de la canule de la seringue de Pravaz j'y ai introduit une soie de porc, pour déterminer la formation d'un caillot ; ce caillot est déjà constitué au bout de vingt minutes. Pour empêcher cette coagulation, ce qui convient le mieux c'est l'infusion de l'extrémité céphalique de sangsue ; une tête de sangsue suffit à empêcher 55 grammes de sang de lapin de se coaguler. Le temps d'efficacité de cette infusion est d'autant plus court que les reins fonctionnent mieux. L'innocuité des injections intraveineuses d'extrait de sangsues permet de faire des recherches thérapeutiques chez l'homme dans les cas de thromboses récidivantes et d'infarctus. Comme le sang humain se coagule un peu moins facilement que celui du lapin, il suffirait pour un homme de 65 kilogs d'employer 80 à 90 têtes de sangsues. Il conviendrait d'associer à ce médicament d'autres agents thérapeutiques vasculaires, tels que la digitale.

M. Bæumler (de Fribourg) demande si des expériences ont été faites à propos de l'action de l'extrait de sangsues sur le cœur et sur la pression sanguine. C'est intéressant, car ce médicament pourrait être utile dans les cas de thrombose cardiaque que l'on observe au cours de la fièvre typhoïde, de l'influenza et d'autres maladies infectieuses, dans les cas de dégénérescence graisseuse du cœur, etc., qui peuvent causer la mort par embolie pulmonaire.

M. Sahli répond que ces expériences n'ont pas encore été faites, mais qu'il a l'intention de les faire.

[illegible] deux modes inédits de la tuberculose [illegible] par la voie buccale.

M. le Dr L.-H. Petit (Paris). — 1er mode : Des phthisiques fument des cigares ou des cigarettes ; ils en jettent les bouts, qui renferment des bacilles et sont ramassés ; ils sont alors fumés par des gens bien portants qui les achèvent, ou par des industriels de bas étage qui vendent ce tabac aux ouvriers. Ce tabac infecté ne peut-il communiquer la tuberculose aux personnes qui en font de nouvelles cigarettes et le fument ?

Un autre danger analogue peut encore provenir d'ouvriers employés à la fabrication des cigares et cigarettes dites à la main ; ces ouvriers peuvent être phthisiques et se servir de leur salive pour coller les feuilles de tabac ou le papier à cigarette.

2e mode : Un caissier phthisique à marche lente et son patron se servent du même porte-plume ; en mettant ses comptes en ordre, le caissier met à chaque instant son porte-plume dans sa bouche et l'infecte ; le soir le patron vérifie les comptes et fait la même manœuvre avec le porte-plume ; au bout d'un an, cet homme, jusque-là robuste et bien portant, est atteint d'adénite cervicale et cinq ans après de tuberculose pulmonaire.

Les tuyaux de pipe, les manches de porte-plume, les crayons, les couteaux à papier, transmettant très bien la syphilis buccale, peuvent tout aussi aisément propage la tuberculose.

Sur l'anthracose pulmonaire.

M. Tripier (Lyon). — J'ai déjà publié, il y a une dizaine d'années, un travail duquel il ressortait que la phthisie des mineurs n'était qu'une phthisie tuberculeuse anthracosique et que l'expérimentation avait pu produire la pénétration de particules charbonneuses dans les poumons, mais non la maladie des mineurs, qu'enfin on pouvait trouver des poumons infiltrés de charbon à un haut degré sans aucune autre lésion pulmonaire chez des mineurs ayant succombé accidentellement ou par suite de maladies autres que des affections pulmonaires.

Je puis montrer aujourd'hui des dessins se rapportant à un cas de phthisie des mineurs où il existe des lésions tuberculeuses manifestes, quoique difficiles à découvrir, et où les préparations microscopiques montrent soit des points ne permettant de voir qu'une accumulation très grande de particules charbonneuses au milieu d'un tissu fortement sclérosé, soit ces mêmes lésions ou des masses caséeuses évidentes dont quelques-unes sont en voie d'ulcération.

Cette tuberculose ne joue pas seulement un rôle accessoire ; car, indépendamment des arguments qui permettent d'assimiler ces lésions à celles que l'on observe communément chez les tuberculeux, surtout chez ceux qui sont âgés et présentent la forme fibreuse, il est à remarquer que dans ce cas on ne pouvait guère attribuer la maladie à l'accumulation progressive des poussières de charbon : ce malade, en effet, qui avait travaillé pendant quinze ans dans des tunnels, avait cessé ce genre de travail depuis six ans lorsqu'il a commencé à tousser, c'est-à-dire vraisemblablement lorsqu'il est devenu tuberculeux.

Un autre dessin représente l'aspect d'un tissu pulmonaire infiltré de matières charbonneuses provenant d'un sujet qui avait été exposé à respirer des poussières de charbon pendant trente-et-un ans, comme mouleur sur métaux, et qui a succombé à un cancer de l'estomac. Le tissu pulmonaire, resté souple et perméable à l'air, présentait seulement une teinte grisâtre très prononcée avec des taches noires beaucoup plus nombreuses et plus accusées qu'à l'état normal, sans aucune production fibreuse, ni aucune ulcération. Les particules charbonneuses sont disséminées en grand nombre sur toutes les parties constituantes du tissu pulmonaire, mais principalement sur le trajet des lymphatiques où l'on trouve des épaississements dus surtout à l'accumulation du charbon plutôt qu'à une sclérose manifeste. En tout cas, il n'existe aucune lésion scléreuse ressemblant à celles que l'on constate chez le premier malade. Et cependant le second était resté deux fois plus de temps exposé à respirer les poussières charbonneuses !

On ne peut attribuer l'absence de lésions inflammatoires chez ce dernier à ce que l'accumulation du charbon n'aurait pas été assez abondante, car on trouve journellement des poumons beaucoup moins infiltrés.

On peut rencontrer du reste tous les intermédiaires reliant les altérations du poumon le plus infiltré à celui qui l'est le moins ; il n'y a donc pas lieu d'admettre une maladie particu-

lière due à la présence dans les poumons de particules charbonneuses.

Les mêmes considérations sont applicables aux autres poussières pénétrant dans les poumons, et notamment à la silice et à l'oxyde de fer.

Des diverses formes de tuberculose en rapport avec les altitudes au Mexique.

M. D. Mejia (de Mexico). — J'ai eu l'occasion de faire comparativement l'examen clinique de malades atteints de tuberculose et habitant des zones d'altitude variable.

Il m'a semblé découler de mes observations que le symptôme dominant, l'évolution de la tuberculose, varie surtout avec l'altitude.

La marche de la tuberculose est beaucoup plus rapide dans les zones basses (au niveau de la mer); les hémoptysies, la réaction fébrile élevée, l'amaigrissement existent surtout dans les zones basses, et se retrouvent, à un moindre degré, dans les zones moyennes. Dans ces zones, la mort est la terminaison la plus fréquente.

L'évolution est au contraire beaucoup plus lente, les complications notablement moins fréquentes et la mort réellement plus rare dans les zones élevées (de 1,000 à 3,000 mètres).

Pathogénie et thérapeutique du délire pneumonique.

M. B. Robert (de Barcelone). — Dans la pneumonie, le délire constitue toujours une complication grave, surtout par son influence d'arrêt sur le centre des réflexes trachéobronchiques qui, d'après les dernières recherches de Holm, réside dans la partie dorso-latérale des pneumogastriques. Il faut savoir toutefois que les troubles céphaliques qui apparaissent dans l'évolution de la pneumonie sont des plus divers et ne reconnaissent pas une pathogénie univoque, contrairement à l'opinion de Liebermeister, qui les attribue toujours à l'élévation de la température. Fréquemment, en effet, le délire peut manquer tandis que la température est très élevée ; il peut exister alors même que le malade est en pleine convalescence. Je ne crois guère possible, d'autre part, d'attribuer tous les délires pneumoniques à la présence dans les méninges ou dans l'encéphale du pneumocoque de Talamon-Frænkel, du bacille de Friedlænder, ou des streptocoques ou staphylocoques, car bien souvent la méningite fait défaut et l'on ne peut constater l'existence de colonies microbiennes.

Il semble plus logique d'invoquer la présence des toxines ou toxalbumines virulentes.

Pour arriver à une thérapeutique rationnelle, il est utile d'établir certaines catégories. Il faut tout d'abord distinguer le délire qui se développe dans la période d'engouement et d'hépatisation rouge d'avec celui qui se présente dans l'hépatisation grise ou lors de la défervescence.

L'âge, la topographie de la lésion, l'alcoolisme ont aussi, comme on le sait, une certaine valeur étiologique dans la détermination du délire.

A la période d'engouement et d'hépatisation rouge, le délire est représenté par un processus d'hyperhémie méningée encéphalique ; à la période d'hépatisation grise il peut être dû à des complications méningées par infection secondaire. A la période de défervescence, l'anémie cérébrale doit entrer en ligne de compte. Dans les autres cas, il faut surtout incriminer la congestion passive.

En résumé, d'après les considérations précédentes, je crois qu'en dehors des complications méningées, il y a lieu d'admettre un délire par hyperhémie active cérébrale, un délire par hyperhémie passive, un délire par anémie cérébrale.

La première forme est surtout caractérisée par une agitation notable et une insomnie complète. La face est rouge, les sclérotiques injectées, il existe du myosis, le pouls est en général fréquent et très fort.

Dans la deuxième forme, on observe surtout un délire tranquille incohérent, alternant avec des périodes de somnolence ; l'état général du malade est absolument celui d'un typhique.

La troisième forme s'affirme par un délire raisonnant, loquace, alternant parfois avec des hallucinations gaies ou terrifiantes.

Dans le premier cas, l'usage des antipyrétiques, les anémiants de l'encéphale, la saignée sont indiqués ; dans le second, j'emploie surtout les stimulants du cœur et de l'encéphale ; dans le troisième, je recommande l'usage de l'opium, de l'alcool et des analeptiques.

Etude expérimentale sur la localisation des liquides colorants injectés par la voie trachéale et à travers la paroi thoracique dans les poumons des animaux et dans les cavernes des tuberculeux.

M. Heryng (Varsovie). — Nous avons cherché à reconnaître expérimentalement dans quelles parties du poumon pénètrent les liquides colorants introduits dans la trachée de chiens et de lapins vivants. Nous avons voulu voir ensuite quelle influence le changement de position de l'animal exerce sur la localisation intra-pulmonaire des liquides, et jusqu'à quel point la localisation dans le poumon droit ou dans le poumon gauche devient possible.

En outre, nous avons voulu nous rendre compte du mode d'infiltration des liquides injectés par la trachée dans les poumons de malades ayant succombé à la phthisie pulmonaire et de leur degré de pénétration dans les cavernes tuberculeuses, dans les dilatations bronchiques ou dans les tissus ayant subi l'infiltration tuberculeuse.

Nous avons étudié, enfin, la réaction exercée sur le tissu pulmonaire par l'injection de liquides colorants, faite à travers la paroi thoracique, dans le poumon de lapins vivants.

Toutes ces expériences nous ont permis d'arriver aux conclusions suivantes :

Les injections de pyoctanine faites goutte par goutte dans la trachée des animaux placés dans le décubitus dorsal pénètrent également dans les deux poumons et aussi bien dans les lobes supérieurs que dans les lobes inférieurs. Lorsque les animaux sont placés sur le côté droit ou sur le côté gauche, le liquide étant introduit goutte à goutte par la paroi latérale de la trachée arrive exclusivement au poumon correspondant au mode de décubitus. Le liquide pénètre beaucoup moins facilement si l'on maintient l'animal dans la position verticale. Les poumons desséchés dans le vide, que nous avons conservés, montrent sur leurs surfaces de section les zones de localisation de la pyoctanine : ces pièces nous semblent démontrer d'une façon péremptoire l'exactitude des faits que nous avançons.

Les résultats sont essentiellement différents, lorsque les injections sont pratiquées à travers les parois thoraciques. Une série d'expériences faites sur des lapins nous ont prouvé que, dans ce cas, la localisation est incertaine, en raison des difficultés que l'on éprouve à déterminer la profondeur exacte de la pénétration de l'aiguille; elles nous ont démontré, en outre, que l'injection produit assez fréquemment des hémorrhagies notables, et une inflammation très violente, alors même que l'on n'utilise qu'une solution très faible de pyoctanine (0,8 0/0).

Les injections de pyoctanine, à la dose de 60 à 120 cent. c., faites sur des cadavres de phthisiques, pénètrent facilement dans toutes les parties des deux poumons, lorsque le cadavre se trouve dans la position horizontale. Elles s'infiltrent notamment jusque dans les cavernes et les dilatations bronchiques situées au sommet des poumons, ainsi qu'au niveau des régions qui sont le siège d'une inflammation catarrhale ou tuberculeuse. La pénétration est beaucoup plus difficile dans les zones atteintes de sclérose.

Les recherches cliniques que nous avons pu faire sont encore trop peu nombreuses pour qu'il nous soit permis d'affirmer d'une façon absolue l'efficacité thérapeutique de cette méthode. Nous avons pu nous convaincre cependant que les injections de solutions faibles de pyoctanine (à 1/500e) à la dose de 5 à 10 c. c. peuvent être faites par la trachée dans les poumons des phthisiques sans déterminer de symptômes d'inflammation.

Chez un tuberculeux, nous avons pu injecter par la trachée 50 c. c. d'une solution de solvéol à 0.25 0/0, stérilisée et chauffée à 38°C. Ces injections, faites à la dose de 10 c. c., étaient pratiquées à des intervalles de dix minutes. Durant tout ce temps, nous n'avons pu constater ni accès de toux, ni symptômes de dyspnée, ni aucune trace d'irritation pulmonaire.

Tuberculose miliaire aiguë prise pour une fièvre typhoïde.

M. de Bruire (Hollande). — Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, ordinairement bien portante, mais à hérédité entachée de tuberculose (mère phthisique), qui, après une semaine de malaise, est obligée de prendre le lit le 2 août. A l'examen, on trouve le tableau classique de la fièvre typhoïde : diarrhée fétide, hypertrophie de la rate, sensibilité du ventre, taches rosées lenticulaires, fièvre de 39 à 40 degrés, abattement, délire le soir, etc. Pas d'albuminurie, rien du côté des organes thoraciques, si ce n'est un peu de bronchite généralisée.

L'état reste le même pendant trois semaines, puis, vers la fin du mois d'août, tous les symptômes paraissent s'amender, et la malade semble entrer en convalescence. Mais, le 2 septembre, la malade est prise d'une hémorrhagie buccale, puis, la température s'étant de nouveau élevée, on voit, les jours suivants, survenir d'abord un érythème diffus de tout le corps, avec larges plaques ecchymotiques, puis du mélæna, des épistaxis qui se répètent assez fréquemment. Rien toujours du côté des organes thoraciques, mais l'examen ophthalmoscopique, pratiqué le 21 septembre, fait constater l'existence des tubercules sur la choroïde. Aussi est-ce à partir de ce moment que le diagnostic de fièvre typhoïde est remplacé par celui de tuberculose miliaire aiguë. Pourtant, même à ce moment, on ne trouve encore rien du côté des poumons, et l'urine reste non-albumineuse.

Le 28 septembre, un abcès se forme dans l'aine gauche. Le pus, examiné après l'ouverture de la collection, renferme des bacilles tuberculeux.

Le 30 septembre, l'examen des crachats très peu abondants fait également voir des bacilles de Koch très peu nombreux. L'examen du sang au point de vue de la présence des bacilles reste négatif. L'inoculation du pus de l'abcès et des crachats dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin ne donne pas lieu au développement d'une tuberculose miliaire locale.

L'état reste le même encore pendant trois semaines; la cachexie fait des progrès, un œdème malléolaire fait son apparition, et la malade meurt le 28 octobre.

L'autopsie n'a pas été faite.

En analysant cette observation, de Bruire montre que, jusqu'au moment où l'examen ophthalmoscopique permit de constater l'existence des tubercules sur la choroïde, on ne pouvait guère songer à une autre affection que la fièvre typhoïde. Le tracé de la température était bien celui de la dothiénentérie; le pouls n'était pas très fréquent, bien que, d'aprèt Eichhorst, la fréquence du pouls permette de trancher le diagnostic différentiel en faveur de la tuberculose miliaire. L'érythème et les hémorrhagies multiples sont également notés par Eichhorst parmi les complications de la fièvre typhoïde. Reste enfin à expliquer l'absence de l'albuminurie. Mais, si l'albuminurie est, d'après Gubler, Robin et Hiller, constante dans la fièvre typhoïde, Abeille, Béquerel, Finger, Friedreich, Kirchenstein, ne l'ont trouvée que dans un quart environ des cas.

De l'abcès de fixation en otologie.

M. Colladon (Genève). — C'est à M. Szenes (Budapest) que revient le mérite d'avoir signalé à l'attention des médecins une complication curative de l'otite moyenne suppurée aiguë. Dans un certain nombre de cas, il a vu survenir au cours de l'affection primitive une otite externe diffuse, à marche rapide, dont la guérison a été suivie de près de la cessation de l'otorrhée et de la cicatrisation de la perforation.

D'autre part, M. Fochier (Lyon), s'inspirant d'un procédé de la nature, a ingénieusement cherché à dériver à la périphérie les suppurations qui menacent les organes internes ou qui les ont déjà envahis. Sa méthode est l'injection sous-cutanée d'essence de térébenthine. La collection purulente ainsi produite et qui est microbienne a reçu, comme on sait, le nom d'abcès de fixation.

Le résultat de mes expériences confirme la réalité de l'otite externe critique ou métastatique.

Le rapprochement s'établit presque fatalement entre l'abcès de fixation de M. Fochier et l'otite externe secondaire de M. Szenes qui, tout au moins dans une partie des cas observés, est fort probablement d'origine artificielle.

Comment déterminer ou activer cette révulsion bienfaisante? Par les injections, par les instillations de substances à la fois antiseptiques et irritantes qui remplacent l'injection hypodermique de térébenthine, trop douloureuse et d'une application difficile dans le cas particulier. Parmi ces substances, l'acide thymique, associé à l'alcool, me paraît devoir occuper le premier rang.

Corps étrangers du conduit auditif externe.

M. Nicola De Maria (Procida). — Mon attention a été souvent appelée, dans la pratique de la chirurgie infantile, sur la fréquence des corps étrangers du conduit auditif externe et des fosses nasales.

Les enfants ont la mauvaise habitude d'introduire dans le conduit auditif des noyaux de fruits, de carroube, de cerise, de pastèque, des pois secs, etc.

Après les avoir introduits, par un instinct naturel, ils cherchent à les retirer avec l'extrémité du petit doigt, et comme ils n'obtiennent ainsi aucun résultat, ils ont recours à leur mère, qui épouvantée de l'accident, cherche, à l'aide d'un instrument de fer, à extraire le corps étranger. Or, toutes ces manœuvres sont contraires au résultat qu'on voudrait obtenir, et on réussit seulement à enfoncer plus profondément le corps étranger, de telle sorte que l'intervention chirurgicale devient, ensuite de ce fait, très difficile.

Il m'est souvent arrivé d'être appelé pour des accidents de ce genre, et j'ai toujours considéré que l'opération qu'ils réclament, simple en apparence, est, à tous égards, des plus délicates, étant donnée l'inquiétude des parents, étant donné l'accident lui-même qui n'admet pas de temporisation.

J'ai eu aussi, chez des adultes, à extraire des corps étrangers : à l'aide d'injections chaudes, j'ai pu retirer avec succès la tête d'une épingle, tombée au fond du conduit auditif. Une autre fois, j'ai pu extraire une espèce de gros scarabée introduit dans l'oreille.

La plupart des instruments proposés, ou bien sont très compliqués, ou bien ne remplissent pas leur rôle. Les injections d'eau tiède sont un moyen souverain surtout pour les petits corps mobiles. Dans un cas cependant, où j'avais échoué par ce moyen, j'ai fait construire une pince spéciale qui me permit d'atteindre le corps étranger sans léser le tympan, ni la peau délicate du fond du conduit auditif. Cette pince m'a été également utile pour des corps étrangers des fosses nasales.

Corps étranger extraordinaire introduit dans le rectum.

M. Nicola De Maria (Procida). — Le 19 septembre 1890, se présente à l'hôpital du bagne un condamné aux travaux forcés, âgé de 50 ans. Cet homme avait l'habitude de s'introduire dans le rectum une bouteille de 32 centimètres de longueur, de 19 centimètres de circonférence et de 250 centimètres cubes de capacité.

Après l'avoir introduite et maintenue dans l'intestin durant quelque temps, il la retirait à l'aide d'une ficelle attachée au col de la bouteille. Mais comme il essayait de retirer la bouteille en opérant des tractions sur la ficelle, la bouteille se brisa vers le milieu, de telle sorte que le col vint au dehors et le fond de la bouteille resta dans l'intestin avec un bord saillant et une pointe anguleuse. Pour l'extraire, le condamné fit des efforts désespérés, enfonçant dans l'anus et le rectum un manche à balai, mais sans succès.

Lorsque cet homme fut à l'hôpital, j'introduisis la main dans le rectum, mais je ne pus, en raison des tentatives antérieures, parvenir à extraire le corps étranger; de plus, le bord tranchant de la bouteille, la contraction spasmodique de l'intestin, me blessaient à chaque tentative d'extraction.

L'impossibilité de pouvoir en guider les branches me fit rejeter l'emploi du forceps. Si la bouteille eût été entière, je l'aurais extraite infailliblement avec la main, sans qu'il fût besoin d'instruments.

Malheureusement, dans le cas présent, je ne pus parvenir à extraire ce corps étranger, le patient mourut de péritonite.

Il m'a paru intéressant, au point de vue chirurgical, de relater cette observation; mais je voudrais appeler l'attention des spécialistes, et des aliénistes en particulier, sur la tendance irrésistible qu'ont certains individus à s'introduire des corps étrangers dans l'anus et le rectum. Le blessé dont je viens de citer l'histoire était en particulier atteint de cette tendance irrésistible à dilater les fibres musculaires de son sphincter anal.

Huit splénectomies et une ligature de l'artère splénique.

M. Tricomi (Padoue). — J'ai eu jusqu'aujourd'hui à faire huit splénectomies avec sept guérisons et un cas de mort.

Une fois j'ai fait la splénectomie pour une « leucocythémie splénique » (le rapport des globules blancs aux globules rouges variait de 1/10 à 1/30). La rate extirpée pesait 2,530 grammes. Le malade opéré mourut par shock quatre heures après l'opération.

Une fois je l'ai faite pour une « rate émigrante »; l'examen du sang donna 1 globule blanc pour 410 rouges, l'organe extirpé pesait 450 grammes. Le malade guérit et jouit maintenant d'une bonne santé.

Une autre fois, ce fut pour « une ectopie de la rate »; l'organe adhérait au péritoine pariétal de la région épicolique droite; les globules blancs étaient aux globules rouges comme 1/380; le viscère coupé pesait 470 grammes. Le malade guérit et aujourd'hui n'accuse plus aucun trouble.

Deux fois je l'ai faite pour « hyperplasie splénique simple ». (L'examen du sang donna dans la première 1 globule blanc pour 500 rouges, dans la deuxième 1 blanc pour 400 rouges). Les deux organes pesaient respectivement 1,080 grammes et grammes. Les malades ont guéri et sont vivants et bien portants.

Trois fois pour « hyperplasie splénique malarienne. » L'exadu sang dans la première donna 1 globule blanc pour 350 rouges, dans la deuxième, 1 pour 390, dans la troisième, 1 pour 470. Les rates extraites pesaient : la première 968 gr., la seconde 975 et la troisième 725. Les trois malades sont guéris et jouissent d'une bonne santé.

La première de ces opérations a été faite le 20 décembre 1891, la dernière le 20 janvier 1894. Deux fois j'ai fait la laparotomie médiane (dans les cas de rate émigrante et d'ectopie de la rate); les autres fois j'ai préféré l'incision curviligne du bord inférieur de la septième côte gauche à l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté. Je n'ai jamais porté l'organe au dehors, j'ai toujours lié le hile en place et je l'ai coupé en 3 ou 4 morceaux; une fois. le hile étant très large, j'ai été obligé de le diviser en sept morceaux. Le hile des malades opérés revu de nouveau, tout était en bon état et la plupart étaient bien nourris. Aucun ne présente de tuméfaction aux ganglions lymphatiques, aux amygdales ou à la glande thyroïde.

Je désire vous parler encore d'un cas de ligature de l'artère splénique que j'ai exécutée sur une femme de 33 ans dont je vous présente la pièce anatomique.

La malade opérée était atteinte de leucocythémie splénique, les globules blancs étaient par rapport aux globules rouges comme 1/70. La ligature de l'artère splénique faite, la plaie abdominale suturée avec les trois couches habituelles, l'état de la malade sembla s'améliorer. La sécrétion de la plaie fut très abondante et la majeure partie de la solution de continuité ne se combla pas. Les jours suivants on enleva les points de suture et on élargit la plaie : on vit au fond la rate en partie décomposée, on en enlevait facilement des lambeaux, le reste de l'abdomen était indolent, maniable. L'opérée n'a jamais eu une température supérieure à 38° C. L'élimination des lambeaux de rate continua jusqu'à ce que la malade mourut, le 45e jour de l'opération.

A l'autopsie on trouva les deux tiers de la rate friables; près du hile son aspect était normal. Sur la pièce anatomique que je vous présente vous pouvez voir encore que la ligature tenait bien. Dans le reste de la cavité abdominale on n'a constaté aucune altération. On rencontra de la tuberculose dans le poumon.

Si je ne me trompe, il n'y a qu'un cas analogue : celui de Küster en 1882, l'opération a été suivie de mort.

Vyman en 1889 lia l'artère splénique dans un cas d'hypertrophie malarienne où il ne put enlever la rate : le malade mourut 48 heures après l'opération.

Kyste aberrant de l'ovaire.

M. E. Sacchi. — L'auteur rapporte un cas de kyste errant de l'ovaire opéré par lui. Le kyste, d'abord longuement pédiculé et petit, était sans doute arrivé jusqu'à l'hiatus de Winslow et avait ainsi passé dans l'arrière-cavité des épiploons ; là il s'était peu à peu développé jusqu'à atteindre un volume assez considérable ; il était de forme sphérique, ayant un diamètre de 20 centimètres. Le pancréas, l'épiploon gastrocolique furent soulevés. Le pancréas isolé et l'épiploon gastrocolique coupé, on put faire l'ablation du kyste. L'examen microscopique du contenu et des parois du kyste laissa voir la structure nette du kyste de l'ovaire. La femme, complètement guérie, mourut longtemps après, en traitement d'un cancer du foie. A l'autopsie, on trouva l'utérus et les deux ovaires normaux. L'ovaire droit présentait un tout petit kyste pédiculé de la grosseur d'un petit pois.

Après l'opération, pendant deux jours, le malade eut du sucre dans ses urines, phénomène dû peut-être au traumatisme fait sur le pancréas. Pour la rareté du fait, l'auteur a cru utile de publier le présent cas.

Transplantation de la glande thyroïde.

M. J.-B. Ughetti (Catane). — L'importance de la question n'a pas besoin d'être mise en relief si l'on songe d'un côté à la fréquence des cas où l'extirpation du corps thyroïde s'impose au chirurgien, et d'un autre côté à la gravité des phénomènes qui suivent chez l'homme, comme chez beaucoup d'animaux, l'ablation de cet organe. Mais si elle est d'un grand intérêt au point de vue pratique, elle ne l'est pas moins au point de vue scientifique, en ce qu'elle contribue à jeter un peu de lumière sur la fonction encore si obscure de la glande en question. Voilà pourquoi, chaque fois que l'occasion m'a été donnée d'expérimenter la greffe de cette glande, j'ai repris les recherches sur sa transplantation en modifiant les conditions de mes expériences de manière non encore tentée jusqu'à cette heure pour obtenir des résultats en partie nouveaux et inattendus.

La greffe chez l'homme, dans un but thérapeutique proposée par Horsley, fut réalisée par Lannelongue, par Wœlfler et par Bircher, sans que par la recherche expérimentale on eût préalablement bien déterminé dans quelles conditions l'opération était praticable. C'est ainsi qu'en remarquant que les brebis peuvent survivre à la thyroïdectomie et l'homme non, Lannelongue pratiqua sur l'homme la greffe du corps thyroïde des brebis.

La question entre dans la phase scientifique avec Zuccaro etEiselsberg. Le premier, transplantant le corps thyroïde de chien à chien, finit par conclure à l'inutilité de l'opération parce que la glande greffée dégénérait. Eiselsberg au contraire tentant l'expérience sur des chats obtint comme résultat de préserver des phénomènes mortels bien connus les animaux privés de leur corps thyroïde propre. Gley comme Vassale obtinrent les mêmes effets salutaires par l'ingestion du liquide thyroïdien. Le premier je me suis occupé d'une manière spéciale de la greffe du corps thyroïde sur des animaux d'espèces différentes dans le but :

1° De voir si dans la greffe thérapeutique chez l'homme il était indifférent de se servir de la glande d'un animal herbivore ou de celle d'un carnivore;

2° De fixer, avec l'efficacité plus ou moins grande de la greffe, l'importance de l'organe chez certaines espèces.

Les animaux dont je me suis servi pour mes recherches sont les chiens, les chats et les lapins. Des expériences multiples et approfondies dont j'ai rendu compte dans une note préliminaire, dans le courant de l'année, j'ai tiré les conclusions suivantes :

1° La greffe sur le péritoine de la glande thyroïde préserve des conséquences de l'athyroïdie les animaux de la même espèce auxquels on enlève leur thyroïde propre, après avoir opéré la greffe.

2° L'effet est le même la plupart du temps quand la greffe est pratiquée peu de temps après l'ablation du corps thyroïde de l'animal sur lequel on opère la greffe.

3° La transplantation peut être utilement pratiquée sur des animaux d'espèces différentes. Il est surtout à remarquer que la thyroïde du lapin préserve de la mort le chien privé de la sienne, ce qui s'accorde avec la découverte de Gley : que l'extraction totale de cette glande chez le lapin est suivie des mêmes phénomènes que chez le chien.

4° Chez les animaux sur lesquels on a greffé le corps thyroïde et qu'on a privés ensuite de leur glande propre, on peut, après un temps plus ou moins long, extraire de nouveau la thyroïde transplantée sans qu'ils soient frappés d'aucun des phénomènes mortels de l'athyroïdie.

Une variété d'embryotomie.

M. Zarraga (Mexico). — Dans les cas où il est indiqué de faire l'embryotomie, au lieu d'employer la détroncation, nous avons recours, à Mexico, à des sections fœtales ayant pour objet de laisser un ou deux membres thoraciques attachés au segment céphalique, de manière à avoir un appendice qui permette d'exercer des tractions sur ce segment, ou de façon à le fixer, afin de pouvoir faire l'application des différents instruments destinés à terminer l'extraction de la tête.

Ces sections sont au nombre de trois : la première va de l'aisselle supérieure au côté inférieur du cou et est indiquée dans les présentations dorso-antérieures de l'épaule : c'est la *coupe collo-axillaire supérieure*; la deuxième va d'une aisselle à l'autre et est indiquée quand le ramollissement du fœtus est très avancé : c'est *la coupe bi-axillaire*; enfin la troisième va du côté supérieur du cou à l'aisselle inférieure et est indiquée dans les présentations dorso-postérieures de l'épaule : c'est *la coupe collo-axillaire inférieure*.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mai 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Election.

L'Académie procède à l'élection d'un associé national. Au premier tour, sur 74 votants, majorité 38, M. Zambaco obtient 36 voix; M. Renaut, 20; M. Rollet, 12; il y a en outre 2 bulletins blancs et 6 bulletins nuls au nom de M. Lépine.

Au second tour, M. Zambaco est élu par 54 voix, 71 votants, contre 14 à M. Renaut, 3 à M. Rollet.

Fièvre typhoïde à Paris.

M. Lancereaux. — L'étude des épidémies de fièvre typhoïde de Paris et de la banlieue nous conduit à reconnaître que les épidémies sont toutes en rapport avec la distribution des eaux de boisson, puisqu'elles sévissent toujours dans les quartiers alimentés par une même eau et qu'elles ont toutes une invasion soudaine ou rapide.

Ce fait, énoncé par moi dès l'année 1882, commenté depuis lors par plusieurs auteurs et devenu incontestable, conduit à lui seul à la prophylaxie des épidémies de fièvre typhoïde dans Paris.

Cette prophylaxie se résume dans ce conseil que nous adressons à nos administrateurs : Distribuez de l'eau non souillée, et vous éviterez les épidémies de fièvre typhoïde.

Sur la proposition de **M. Dujardin-Beaumetz**, l'Académie adopte à l'unanimité le vœu ci-après :

L'Académie, en présence de la possibilité de la contamination et de la pollution des eaux de source distribuées à la population parisienne, et tout en reconnaissant que cette contamination est un fait exceptionnel qui ne s'est produit qu'à de très longs intervalles, émet le vœu : 1° En ce qui concerne l'amenée des eaux de source à Paris, que les mesures de police sanitaire que permet la législation actuelle soient prises pour préserver ces eaux soit au captage des sources, soit sur leur parcours, de toute contamination.

2° En ce qui concerne la question plus générale de l'alimentation des habitants en eau potable, que les dispositions de l'article 2 de la loi sur la protection de la santé publique, actuellement soumises au Sénat et qui permettent de défendre contre toute souillure les eaux d'alimentation, soient votées dans le plus bref délai possible.

M. Suarez de Mendoza (d'Angers) relate un cas de mort par inhalation de 8 grammes environ de bromure d'éthyle chez une femme sur laquelle il allait opérer un curettage utérin pour endométrite.

M. Laborde communique un nouveau fait de rappel à la vie obtenu par son procédé des tractions rhythmées de la langue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai 1894.

Bromure d'éthyle et chloroforme.

M. Segond. — Au cours de l'an dernier, ayant comme interne M. Malherbe, qui avait appris à anesthésier au bromure d'éthyle dans le service de M. Terrier avec MM. Hartmann et Bourbon, j'ai indiqué cette question, et, sans revenir sur les détails si bien étudiés par les auteurs que je viens de citer, je désire vous apporter, à titre de document, les résultats de ma pratique.

L'an dernier, M. Malherbe et moi avons endormi exclusivement des malades couchés; le bromure d'éthyle a toujours été administré à *doses massives*, l'expérience ayant condamné sans appel les doses faibles et continues. Le visage ayant été bien vaseliné, on verse sur une compresse une tache comme une pièce de 5 francs, pour habituer le malade à l'odeur, puis immédiatement on agit à dose massive.

Cinquante-deux fois seulement, pour des opérations de très courte durée, nous avons anesthésié au bromure d'éthyle seul ; il n'y a pas eu l'ombre d'un accident et après l'opération le réveil est immédiat; jamais nous n'avons observé de vomissements.

Trois cent quatre-vingt-onze fois nous avons eu recours à l'anesthésie mixte, commencée au bromure d'éthyle et terminée au chloroforme, pour des opérations ayant duré une heure, deux heures, trois heures même. Plusieurs de ces malades avaient de grosses tumeurs abdominales et des lésions cardiaques graves; comme plusieurs aussi — et en particulier 14 cas de pleurésie purulente — avaient des lésions sérieuses de l'appareil respiratoire. D'ailleurs, je ferai remarquer que ces 445 malades sont la totalité de ceux que j'ai opérés l'an dernier : donc, il n'y a eu aucune espèce de choix.

Or, il n'y a jamais eu d'accident, ni pendant l'administration du bromure, ni pendant le passage au chloroforme. L'agitation est faible et rare, ne s'observe que chez les individus alcooliques, hystériques, ayant très peur. Quand on sait s'y prendre, on obtient en une minute la résolution complète. Il est incontestable que de la sorte les malades prennent notablement moins de chloroforme, mais je ne saurais dire si après le réveil les vomissements sont plus ou moins fréquents qu'après la chloroformisation simple.

M. Bazy. — A l'hospice de Bicêtre, j'ai trouvé ce procédé introduit par M. Brun et, les internes sachant s'en servir, j'ai continué. Je n'ai eu qu'à m'en louer. Je dirai cependant qu'un de mes malades a vomi tout comme par le chloroforme ; que, d'autre part, chez un tousseur, la suffocation a été telle que j'ai cru prudent d'interrompre. Y a-t-il là une contre-indication ?

M. Monod. — Moi aussi, j'ai employé ce procédé l'an dernier parce que j'avais un interne qui le connaissait. Aussi demanderai-je à M. Segond s'il continue à y recourir.

M. Berger rappelle qu'il y a 7 à 8 ans, après une quinzaine d'essais, il a renoncé au bromure d'éthyle, parce que cette anesthésie a un début trop émouvant et parce qu'on ne peut la prolonger. Quant à l'anesthésie mixte, il n'y est guère favorable : il y a intérêt à simplifier les méthodes d'anesthésie, et avec le chloroforme pur et bien administré, les accidents sont fort rares.

M. Quénu. — J'ai vu mourir un malade qui n'avait respiré que 5 à 6 gouttes de chloroforme, reconnu ensuite tout à fait pur. La question n'est pas si simple qu'on le dit parfois, et en particulier, l'émotion joue un rôle réel, d'où l'utilité de ne pas endormir les malades dans la salle d'opérations.

M. Delorme, ayant observé quelques alertes, a fait analyser le chloroforme, qui était pur.

M. Championnière, après avoir autrefois essayé, puis abandonné le bromure d'éthyle, y est revenu avec la technique de M. Poitou-Duplessis. Il y a renoncé parce que ce n'est pas plus court que le chloroforme. Beaucoup dépend, comme M. Segond y a insisté avec raison, de l'habileté de l'aide qui endort.

M. Verneuil rappelle qu'il y a 2 ans, dans une discussion à l'Académie, l'impression n'a pas paru en général favorable

à l'association des agents anesthésiques (chloroforme et morphine ou atropine).

M. Segond. — Ma communication avait un but beaucoup plus modeste que la destinée à laquelle vous l'avez appelée. Je n'ai nullement visé les anesthésies mixtes en général, ni un parallèle avec la chloroformisation classique, ni le chloroforme pur, etc. J'ai seulement voulu apporter un document.

Je répondrai à M. Bazy que, d'après mon expérience personnelle, l'irritation bronchique n'est pas une contre-indication. A M. Monod, je dirai que je n'aurais sans doute pas essayé si je n'avais eu un aide exercé qui m'a appris la méthode : mais maintenant, mon éducation est faite et je continue.

Hernies gangrenées.

M. Verneuil a été heureux de voir qu'il est tout à fait d'accord avec les jeunes chirurgiens qui dans la dernière séance ont pris la parole en faveur de l'anus contre nature. M. Chaput a établi des stastistiques optimistes dans un sens, pessimistes dans l'autre. Pourquoi la mortalité de l'anus ne saurait-elle être diminuée par des perfectionnements de technique, tandis que celle de l'entérectomie le pourrait ?

M. Verneuil croit précisément que la technique joue un rôle important dans le pronostic de l'anus contre nature. Il conseille d'abord, si les malades sont en hypothermie, de relever leur température avec des injections d'éther ; quand ils sont à 37°, on les opère, en ouvrant tout simplement le phlegmon stercoral au thermocautère. Comme pansement, pulvérisations phéniquées. L'opération ainsi conduite est très courte, très facile, et donne de nombreux succès.

M. Rigal lit une observation d'appendicite.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 5 mai 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Toxines microbiennes et incubation des œufs.

M. Féré. — J'ai essayé l'action de certains produits solubles sur les œufs en incubation ; mes recherches ont porté sur la toxine de la diphthérie, du tétanos, de la tuberculose humaine et de la tuberculose aviaire. Les œufs mis à incuber, soit sans traitement, soit après action simple du bouillon stérile, donnaient un développement normal et régulier dans 91 0/0 des cas. Avec la toxine tétanique, la proportion était de 70 0/0 ; elle était abaissée à 8 avec la toxine diphthérique, à 41 avec la tuberculose humaine, et à 25 avec la uberculose aviaire. On voit comment s'accroît dans ces conditions l'influence tératogène de ces injections.

Urée du sang.

M. Kaufmann. — J'ai dosé comparativement l'urée dans le sang de poulet et le sang de chien. Mes recherches m'ont permis d'établir que la proportion de ce corps est beaucoup plus faible chez le poulet où elle atteint seulement 9 1/2 milligr. 0/0, tandis que chez le chien, la moyenne est de 29 1/2 0/0.

Effets digestifs des agents physiques.

M. Dastre. — J'ai fait la remarque curieuse que la température et la lumière sont capables d'exercer une action sur des corps albumineux, à la façon des ferments. Il faut seulement employer ces corps frais, par exemple la fibrine et la caséine. La température favorable est de 40°. J'ai pris toutes précautions pour empêcher l'intervention de ferments extérieurs. Il se forme dans ces opérations des globulines, des propeptones, puis des peptones comme dans la digestion physiologique ordinaire, en présence par exemple du suc gastrique

M. Hayem. — Dans mes études avec M. Winter, j'ai remarqué aussi que des digestions pouvaient s'opérer dans des solutions salines simples. Aussi avais-je écarté le procédé des digestions artificielles à cause de son peu de sûreté.

Action du phosphore sur les éléments vivants.

M. Noé. — J'ai remarqué qu'en broyant à froid du phosphore blanc et de la levûre de bière, il se produisait un dégagement d'hydrogène phosphoré, qui manque quand on se sert de phosphore rouge. En faisant ingérer à des lapins du phosphore, j'ai pu constater l'exhalation pulmonaire du même hydrogène phosphoré. J'ai donc la pensée que les actions morbides du phosphore tiennent à la production de ce gaz et à son action toxique individuelle.

M. Pilliet a confirmé les études de Renaut et Retterer sur les relations des organes épithéliaux et du tissu lymphoïde (pancréas, amygdales). Il a vu les glandes duodénales d'un chien empoisonné par l'huile phosphorée présenter une intrication lymphoïde des plus riches.

M. Butte a noté que la proportion de glycose et de glycogène est deux à trois fois plus abondante dans le foie du néo-né, et que la glycogénèse s'opère avec une très grande lenteur.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 mai 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Ictère grave hypothermique coli-bacillaire.

M. Hanot. — J'ai déjà présenté à la Société plusieurs observations d'ictère grave hypothermique que j'ai cru devoir rattacher à une infection coli-bacillaire. J'apporte aujourd'hui deux nouvelles observations concernant des cas analogues ; dans la première, l'origine coli-bacillaire paraît indéniable, tandis qu'elle paraît ne pouvoir être invoquée dans la seconde.

Dans le premier cas il s'agissait d'un homme de 35 ans entré dans mon service le 5 septembre 1893 porteur d'un ictère intense et dans un état typhoïde accentué, avec croûtes sanglantes autour des narines. Les renseignements que nous pûmes obtenir nous apprirent que ce malade avait souffert, depuis quelques années, de coliques néphrétiques. 14 jours avant son entrée il avait eu une nouvelle crise. L'ictère qui avait apparu antérieurement persista et le malade tomba dans un abattement profond. Au moment de l'entrée, la prostration est extrême ; il y a un état de subdélire intermittent, par moments la prostration fait place à de l'agitation ; le malade s'agite, se découvre, essaye de se lever.

L'ictère est jaune safrané, la face présente sur le fond jaune de larges plaques rouge orangé qui s'avivent par instants. La lèvre inférieure est le siège d'abondantes croutelles sanglantes ; sur l'abdomen, on voit de nombreuses taches de purpura. La veille de son entrée le malade a eu une hématémèse ; le 5 au matin on constate un melæna d'abondance moyenne. La région hépatique n'est pas douloureuse à la pression, mais le trajet de l'uretère jusqu'au scrotum présente une vive sensibilité. L'urine est foncée, trouble, franchement acide et on y trouve une forte quantité d'albumine. Par contre, il n'y a pas de pigments biliaires, mais le spectroscope montre de l'urobiline.

La température rectale est de 35°4. Le 6 au matin elle est de 35°6, le soir du même jour on constate 34°8 à 4 heures. Le malade meurt une heure après.

L'examen bactériologique fait, pendant la vie, le 6 septembre, porta sur le sang pris dans une des veines au pli du coude, sur le foie et la rate. Les cultures obtenues ont présenté les caractères des cultures du *bacterium coli commune ;* on s'est assuré par l'examen de lamelles et de nouveaux réensemencements qu'elles ne contenaient que ce bacille. L'urine recueillie à la sonde a permis de faire les mêmes constatations. Aussitôt après la mort une incision faite sous le rebord des fausses côtes permit de rencontrer une poche purulente paraissant appartenir au rein et dont le liquide présenta également exclusivement du coli-bacille. Lorsqu'on compléta l'autopsie, on vit que le foie était jaune chamois, sans taches infectieuses. Le tissu, ferme à la coupe, était légèrement granuleux. Le rein droit était le siège de profondes lésions et la collection purulente constatée dépendait

bien de lui. Les coupes du foie n'ont pas permis d'y déceler le coli-bacille, alors qu'on le retrouvait en abondance dans les abcès miliaires de la substance rénale.

On ne peut pas expliquer les accidents par l'existence préalable d'une néphrite ascendante aiguë, au sens où les chirurgiens l'entendent; car l'uretère et la vessie étaient sains, mais l'infection coli-bacillaire a débuté par le rein où l'appelaient les lésions anciennes dues à la lithiase. L'ictère grave ne saurait pas non plus être rattaché à une autre cause que l'infection coli-bacillaire.

Dans la deuxième observation que je rapporte, il s'agissait d'un malade âgé de 42 ans qui succomba à un ictère grave hyperthermique, dans le cours d'une hépatite alcoolique. Or dans ce cas l'examen bactériologique fait pendant la vie et après la mort ne permit pas de retrouver le coli-bacille.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 4 mai 1894.

Lymphosarcome de l'aisselle.

M. Mayet présente les pièces d'un garçon de 6 ans opéré par M. Broca à l'hôpital Trousseau. Vers le 1er novembre, on reconnut la présence d'un ganglion dans l'aisselle gauche; cette petite tuméfaction augmenta rapidement de volume et fut considérée par un médecin comme une tumeur sanguine après incision exploratrice. Vers la fin d'avril, le malade entre à l'hôpital, porteur d'une tumeur énorme, et après diagnostic d'ostéosarcome de l'omoplate, on décide une intervention immédiate. On pratique la désarticulation interscapulo-thoracique en enlevant toute la clavicule. Après examen des pièces, on peut constater que le point de départ n'est pas osseux, mais ganglionnaire. Il n'y a aucune tumeur ganglionnaire ailleurs qu'à l'aisselle malade.

M. Broca. — Dans ce cas, je suis intervenu d'emblée par la désarticulation interscapulo-thoracique, parce que j'avais diagnostiqué un sarcome né de la face antérieure de l'omoplate, vers l'angle inférieur; ce diagnostic était également celui de mon collègue et ami Jalaguier, qui avait aussi examiné l'enfant. La dissection m'a prouvé que les parties molles seules étaient en cause, mais elle m'a prouvé en même temps que la dissection du paquet vasculo-nerveux complètement englobé par la tumeur eût été impossible, en sorte que je n'ai aucun remords d'avoir sacrifié le membre supérieur. Quant à l'omoplate, si elle fût restée en place, je n'aurais pas eu assez de peau pour la suture. Autour de l'ulcération, en effet, la peau était malade trop loin pour que je pusse prendre un lambeau antérieur et un postérieur; je n'avais à ma disposition que la face externe du bras. Comme procédé opératoire, j'ai commencé par tailler la peau en une raquette sans queue partant un peu en dehors de l'extrémité sternale de la clavicule et en gardant une longue épaulette sur le bras. Cela fait, j'ai désarticulé l'articulation sterno-claviculaire, puis j'ai soulevé la clavicule de dedans en dehors en rasant sa face postérieure avec le bistouri, comme on fait à une autopsie pour dégager le plastron; quand j'ai vu les vaisseaux sous-claviers, j'ai mis sur les deux à la fois une pince courbe à longs mors au-dessous de laquelle je les ai sectionnés. A partir de ce moment, j'ai aisément terminé en quelques coups de bistouri. La perte de sang a été minime. J'ai drainé et suturé. Le tout a duré 35 minutes. Aujourd'hui, au 4e jour, l'enfant est dans un état aussi satisfaisant que possible.

Méthode de Golgi.

M. Azoulay continue la série de présentations de nombreuses pièces histologiques obtenues par la méthode du professeur Golgi; il y joint des coupes obtenues par les méthodes combinées de Golgi et de M. Duval, entre autres des coupes de foie où l'on distingue les capillaires biliaires.

Lésions hépatiques chez un tuberculeux.

M. Macaigne a observé un tuberculeux de 30 ans mort de phthisie aiguë. A l'autopsie, il a trouvé deux poumons farcis de tubercules et présentant deux cavernes aux sommets. En examinant et en sectionnant le foie, il constata qu'il y avait dans son parenchyme des nodules de consistance plus ferme et de petit volume. On fit quelques coupes extemporanées, mais sans obtenir de résultat bien précis. S'agit-il d'hépatite simple ou d'adénome généralisé?

Appendicite. Pyléphlébite secondaire.

M. Jorand présente le foie d'un enfant de 9 ans mort dans le service de M. d'Heilly. On pensa d'abord à une dothiénentérie; la rate était grosse, la fièvre continue, la diarrhée abondante. Le malade présenta un frisson, puis la feuille de température consigna de grandes oscillations. Le foie s'hypertrophia. La cachexie pyohémique emporta rapidement le malade. L'autopsie montra qu'il y avait de l'ascite. L'appendice perforé baignait dans un foyer puriforme localisé à la région péri-cæcale. Enfin, il existait un abcès aréolaire du foie; un des sinus de la veine porte était thrombosé et sur le trajet de ses branches on constatait de petits abcès dont le pus jaune doré a été ensemencé.

L. Dagron.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 16 avril.

Des caractères et des lésions d'espèce dans les maladies cutanées.

M. Sénac-Lagrange. — Il est une observation et une expérimentation physiologique comme il est une observation et une expérimentation pathologique. — Dans les deux cas, l'expérimentation, méthode seconde, ne fait qu'aider l'observation, méthode première. Si, *expérimentalement*, le phénomène sudation ou hyperidrose peut coexister tant avec la constriction qu'avec la dilatation vasculaire, au point de vue de l'observation, il est beaucoup plus en rapport avec une dilatation (parésie, défaut de tonus) des vaisseaux.

L'anidrose se présente dans des conditions opposées. Elle exprime un état fonctionnel de force ou *sténie* des centres sudoraux et circulatoires et coexiste avec d'autres qualités actives de température, de douleurs (algésie, hyperalgésie).

Ces qualités actives en s'exagérant deviennent trouble ou lésion fonctionnelle. Tel est le prurit, etc. C'est ainsi que se fait le rapport entre l'état physiologique et l'état pathologique.

Le prurit ou lésion fonctionnelle se présente parfois seul. Il accompagne plus particulièrement le prurigo d'Hebra, l'urticaire, l'eczéma, le pityriasis, le lichen, toutes lésions qui ont des rapport avec la *goutte*.

Sur les muqueuses, le prurit est remplacé par les sensations de chaleur, d'ardeur, de cuisson.

C'est dans cet ordre d'idées que sont étudiées les maladies de peau, c'est-à-dire chaque espèce anatomique, le *prurigo*, l'*urticaire*, le *lichen* au point de vue du *prurit*, qualité de l'arthritique, c'est-à-dire qualité de *stimulus*. L'acné, au point de vue du métissage lympho-arthritique qui établit la division de la maladie en acnés irritables et acnés indolents.

Le *psoriasis* est considéré au point de vue du *physiologisme nerveux* relevant de l'arthritisme comme l'arthropathie, la gravelle urique, la dyspepsie, etc., manifestations antérieures, *concomitantes* ou consécutives au psoriasis.

La polymorphie des lésions *érythémateuses* est empruntée aux mêmes considérations ainsi que leurs caractères *infectieux*.

De première importance sont les rapports qui unissent le type *pityriasis rubra* et le pemphigus au type dermatite exfoliante. Dans la polymorphie de l'eczéma, il y a surtout à considérer les variétés de *siège*. Dans la série, le zona se fait remarquer par sa pathogénie nerveuse.

La xérodermie pilaire est surtout remarquable par ses rapports avec l'hybridité lympho-arthritique.

Au surplus, les oppositions de lésions et de caractères ne manquent pas: telles, la sclérose cutanée (sclérodermie) avec l'atrophie musculaire. D'autres fois caractères et lésions sont fixes comme dans la *pelade* où domine la lésion fonctionnelle.

La multiformité de la lésion est dans le processus du lupus qui nous offre à considérer des formes typiques, paratypiques, atypiques.

La forme anatomique du cancer (type épithélial, type vasculo-connectif) disparaît devant ses rapports avec l'arthritisme; de même la leucoplasie linguale.

L'individualité se montre jusque dans les léprides: léprides érythémateuses, bulleuses, tuberculeuses, nécrosiques. Bien

plus encore dans les syphilides. Et encore les maladies parasitaires!...

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 2 mai 1894.

Nævus zostériforme.

M. Augagneur présente un homme porteur d'un nævus vasculaire étendu en surface sur toute la face antérieure du bras, de l'avant-bras et de la main du côté droit, et sur les fosses sous-claviculaire et sus-épineuse du même côté. Ce nævus est limité en avant et en arrière à la ligne médiane, et rappelle par sa distribution celle du zona. Les cas analogues de Bærensprung, de Neumann, se rapportaient à des nævi pigmentaires. Il s'agit ici d'un nævus vasculaire. Les relations de cette lésion avec la distribution cutanée des nerfs périphériques semble évidente.

Ectasie veineuse.

M. Augagneur présente un 2e malade qui offre un état singulier des veines du membre inférieur gauche; au niveau de la région rotulienne, existe une plaque bleuâtre, et sur la face postérieure de la cuisse une série de petites verrucosités de même couleur. Du même côté, exagération du développement du système pileux, et sudation anormale. Atrophie musculaire. Au niveau du genou, véritable tumeur réductible, sans bruit à l'auscultation ni frémissement à la palpation. Aucune varice au-dessous du genou. Il s'agit donc d'un kyste sanguin d'où partent des arborisations veineuses considérables. C'est une ectasie veineuse de nature particulière, due à une malformation congénitale.

Discussion sur l'anesthésie.

M. Poncet. — Voy. p. 225. A. Pic.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 16 avril 1894.

Immunité naturelle contre le choléra asiatique.

M. Klemperer. — Pendant toutes les épidémies de choléra, on a pu constater qu'il existe des individus absolument réfractaires au choléra. On a admis que les bacilles en virgule étaient détruits dans l'estomac par l'acide chlorhydrique. Les célèbres expériences de Pettenkofer et certains faits observés pendant les récentes épidémies ont montré que les bacilles cholériques sans être détruits passent dans l'intestin et y séjournent sans provoquer le choléra.

D'un autre côté, à l'autopsie des cholériques, on trouve toujours une desquamation épithéliale de l'intestin grêle. Ce fait doit donc faire penser que le virus cholérique agit sur l'intestin, et que c'est dans l'intestin qu'il faut chercher la cause de l'immunité de certains individus et animaux.

Pour étudier cette question, M. Klemperer procéda de la façon suivante. Il a tout d'abord constaté que lorsqu'on colore les tissus par le procédé des trois acides, on constate que les tissus contenant des acides se colorent en vert, et les tissus contenant des substances alcalines en rouge. C'est ce qu'on peut constater également sur l'épithélium intestinal où le protoplasma des cellules se colore en rouge et les noyaux en vert. M. Klemperer a donc essayé d'isoler et d'analyser la substance acide des noyaux et a trouvé qu'elle se compose de 42 0/0 de C, de 13 0/0 d'Az., de 7 0/0 d'H et de 4,9 0/0 de Ph. C'est la composition de la nucléine qui, comme on sait, possède une réaction acide, se colore en vert, se dissout dans l'acétate de soude et est précipitée par les sels de baryum. Le protoplasma alcalin des cellules épithéliales de l'intestin renferme donc un corps qui possède une réaction alcaline. Ce fait est fort important au point de vue de la pathogénie du choléra, car on sait que les acides tuent le bacille en virgule. En effet, si l'on ensemence le bacille en virgule sur une solution alcaline d'acide nucléinique, les bacilles ne se développent pas et périssent au bout de 24 heures; et une telle culture injectée à des lapins leur confère l'immunité.

On peut donc admettre que lorsque les bacilles se développent dans l'intestin d'un individu réfractaire, les toxines traversent l'épithélium intestinal, mais à titre de substances immunisantes grâce à l'action spéciale de la nucléine.

M. Leyden demande si l'acide nucléinique des noyaux des cellules de l'intestin possède des propriétés immunisantes de façon à modifier les bacilles et les toxines, si cet acide tue ou affaiblit les bacilles virulents?

M. Klemperer croit que la substance acide des noyaux possède le pouvoir de modifier les bacilles et les toxines.

Anévrysme de l'aorte.

M. Lazarus. — Il s'agit d'un homme de 40 ans, syphilitique depuis l'âge de 20 ans, qui vint il y a 2 ans à la clinique pour des accès d'asthme. A l'examen, on trouva dans le nez du malade des polypes dont l'ablation fit disparaître les accès d'asthme. Au bout de 2 ans, le malade revint pour une récidive de son asthme. A l'examen laryngoscopique, il fut facile de constater une paralysie de la corde vocale gauche. Rien du côté du cœur ni des poumons. Mais la dyspnée était telle qu'on fut obligé, au bout de 4 jours, de faire la trachéotomie, qui n'apporta du reste aucun soulagement. Mort 5 jours après l'opération.

A l'autopsie, on trouva un anévrysme de la crosse de l'aorte. La tumeur comprimait la bronche gauche et avait presque entièrement détruit le pneumogastrique du même côté.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 11 avril 1894.

Sarcome de la capsule surrénale.

M. Lazarus. — Il s'agit d'un enfant de 3 ans et demi entré à l'hôpital pour des douleurs et une tuméfaction de l'abdomen datant de six semaines. A l'examen on trouvait dans l'hypochondre droit une tumeur paraissant appartenir au foie. Rien du côté d'autres viscères. Pas de fièvre.

Pendant le temps que l'enfant est resté à l'hôpital, on put constater une augmentation rapide de la tumeur qui faisait que malgré la cachexie progressive l'enfant ne diminuait pas de volume. Pas de fièvre.

A l'autopsie on trouva un sarcome de la capsule surrénale droite qui avait envahi le rein et repoussé en haut et en arrière l'intestin grêle, à droite et en arrière l'estomac et le gros intestin. Le foie était aplati et formait une sorte de bouclier mince au devant de la tumeur.

Syphilis et tabes.

M. Grimm, qui a exercé longtemps à l'île de Jano habitée par une population javanaise, a pu constater la fréquence considérable dans cette île de la syphilis. De la statistique qu'il a pu réunir, il résulte que si la syphilis s'est souvent attaquée au système nerveux, le tabes était pourtant rare et que chez les tabétiques qu'il a observés, on ne trouvait pas trace de syphilis. Le traitement mercuriel essayé chez les tabétiques a complètement échoué.

Occlusion du conduit de Botal.

M. Strassmann admet que l'occlusion du conduit de Botal doit se faire d'une façon subite et mécanique. Cette hypothèse s'appuie sur ce fait que chez le fœtus l'orifice du conduit de Botal s'ouvre obliquement dans l'aorte et forme par sa paroi antérieure une sorte de valvule qui ferme l'ouverture à l'union de l'axe aortique avec l'aorte descendante. Certaines conditions sont indispensables à la réalisation de cette occlusion. Parmi ces conditions, il faut citer en premier lieu l'établissement de la respiration. La pression sanguine diminue d'abord dans le cœur et l'aorte, et, quand elle monte, la paroi, en s'appliquant contre le conduit peu rempli, réalise l'occlusion. L'insuffisance de l'occlusion s'observe chez des fœtus mal développés et en cas d'établissement précoce de la respiration qui fait affluer une quantité considérable de sang dans les canaux thoraciques.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 20 — 16 MAI 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 21 au 26 mai 1894.

Mercredi 23. — M. Combalat. Dermatoses professionnelles. — M. Guilliou. Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement du prolapsus génital chez les femmes âgées. — M. Cordier. De l'emploi des injections Brown-Séquardiennes chez les aliénés mélancoliques. — M. Trenel. Etats spasmodiques et contractures permanentes dans la paralysie générale. — M. Bourdon. De l'impulsion et spécialement de ses rapports avec le crime.

Jeudi 24. — M. Pau. Des urines dans la scarlatine. — M. Baudron. De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement de lésions bilatérales des annexes de l'utérus (Opération de Péan). — M. Courtey. Etude sur le ptérygion. — M. Sépet. Des rechutes ou récidives à brève distance dans la variole. — M. Barret. Relation entre la pelade et la teigne. — M. de la Rochefordière. Sur deux cas récents d'utérus bicorne. — M. Miquet. De l'appareil urinaire chez l'adulte et chez le vieillard (Etude anatomique, histologique et physiologique).

RÉCENTES PUBLICATIONS MÉDICALES

Traité pratique des maladies du système nerveux, par J. GRASSET, correspondant de l'Académie de médecine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, et G. RAUZIER, professeur agrégé, chargé du cours de pathologie interne à la Faculté de médecine de Montpellier. *Quatrième édition*. Revue et considérablement augmentée. *Ouvrage couronné par l'Institut* (*Prix Lallemand*). 2 volumes grand in-8° avec 122 figures et 33 planches, dont 15 en chromo et 10 en hélio-gravure................ 45 fr.

Extrait de la préface de M. Grasset :

..... Dans cette quatrième édition, il y a une série de chapitres entièrement neufs. Je signalerai : *l'épilepsie jacksonienne*, la *sclérose cérébrale* et la *parencéphalie; l'hydrocéphalie*, la *syringomyélie*, la *maladie de Friedreich*, les *névrites*, la *thrombose des sinus*, la *maladie des tics*, la *chorée chronique* et l'*athéthose double*... Autant de chapitres qui n'existaient pas dans la précédente édition.

D'autres ont été tellement remaniés et augmentés qu'ils sont devenus presque neufs : les *amyotrophies*, par exemple; les *paralysies pseudo-bulbaires*, la *neurasthénie*.

Parmi ceux qui ont été complétés dans des proportions considérables, je citerai : les *aphasies*, les *localisations cérébrales*, l'*ataxie locomotrice*, la *sclérose en plaques*, la *paralysie générale*, la *paralysie atrophique de l'enfance*, l'*angine de poitrine*, le *goître exophthalmique*, l'*hystérie*, l'*hypnotisme*, l'*épilepsie*.

Les données nouvelles sur l'étiologie *infectieuse* des maladies nerveuses ont modernisé l'étude des méningites, de la paralysie, de la lèpre, de l'hystérie, etc.

Enfin le coté iconographique, après une extension considérable, nécessitée par l'exposition elle-même, au lieu des 73 figures et 6 planches de la 3e édition, nous avons dans les deux volumes actuels 122 figures et 33 planches.

La nouvelle législation médicale, commentaire et texte de la loi du 30 novembre 1892, et des lois, décrets et règlements s'y rattachant ; docteurs, officiers de santé, dentistes, sages-femmes, étudiants français et étrangers, par MM. LECHOPIÉ, avocat à la Cour de Paris, et le Dr FLOQUET, licencié en droit, médecin du Palais de Justice de Paris et du Tribunal de commerce, *auteurs du Code des médecins*. Préface de M. le Dr CORNIL, sénateur, président de la Commission du Sénat, rapporteur de la loi de 1892, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-12, de 364 pages. Broché........................... 4 fr. 50

Ce livre se divise en deux parties distinctes: la première, renfermant le commentaire développé, article par article, de la loi du 30 novembre 1892 et des décrets et règlements qui s'y rattachent, avec l'analyse méthodique et très complète des importants travaux préparatoires et référence à la législation, à la jurisprudence et à la doctrine antérieures; la seconde contenant les textes, avec notes, des décrets, arrêtés, circulaires et instructions relatifs à l'exercice et à l'enseignement de la médecine, de l'art dentaire et de l'art des accouchements, tous documents encore peu connus des intéressés eux-mêmes et que le praticien ne peut, sans péril, se dispenser d'avoir à tout instant sous la main.

Manuel des amputations du pied, par G. ROUX DE BRIGNOLES, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille, chirurgien des hôpitaux, précédé d'une préface de M. L. OLLIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut. 1 vol., relié toile, avec 90 figures et planches................. 10 fr.

Ce livre, comme le dit M. Ollier dans la préface par laquelle il présente l'ouvrage au public, est destiné à rendre les plus grands services, non seulement aux étudiants qui veulent s'exercer à la pratique des opérations sur le cadavre, mais aux chirurgiens qui ont besoin de prendre une idée exacte des procédés pour pouvoir les comparer entre eux et choisir le plus approprié au malade qu'ils ont sous les yeux. Cet ouvrage est en même temps une sorte d'atlas de l'anatomie topographique du pied. Grâce au format qui a été choisi, on a pu donner en effet aux 90 figures qui illustrent ce manuel un développement qui en fait de vraies planches d'anatomie.

Formulaire des eaux minérales, de la balnéothérapie et de l'hydrothérapie, par le Dr DE LA HARPE, professeur de balnéologie à l'Université de Lausanne. Introduction par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine. Paris, J.-B. Baillière, éditeur. 1 volume in-18 de 300 pages, cartonné. 3 francs.

Traité d'anatomie humaine, publié sous la direction de PAUL POIRIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux, par MM. A. CHARPY, A. NICOLAS, A. PRÉNANT, P. POIRIER et T. JONNESCO. Tome III, fascicule I : Système nerveux (méninges, moelle, encéphale, par A. Charpy. Embryologie, par de Prénant. Histologie, par A. Nicolas. Paris, L. Battaille et Cie, éditeurs. 1 volume in-8° avec 201 dessins originaux, par M. A. Leuba.

CLINIQUE CHIRURGICALE

De l'hystéropexie comme traitement de l'antéflexion utérine, par R. Condamin, professeur agrégé à la Faculté.

S'il est une affection utérine qui ait résisté aux divers traitements chirurgicaux ou orthopédiques dirigés contre elle, c'est certainement l'antéflexion de l'utérus. Nous ne parlons pas, bien entendu, de ces antéflexions qui s'accompagnent généralement de stérilité, mais qui ne donnent lieu à aucun symptôme douloureux, à aucun trouble fonctionnel et, pour cette raison, ont été justement dénommées antéflexions indifférentes. Mais à côté de celles-ci il en est d'autres qui s'accompagnent au moment des règles de coliques utérines paroxystiques analogues à celles qu'on observe au début de l'accouchement. Les malades qui en sont atteintes présentent aussi, en dehors de la menstruation, des troubles vésicaux caractérisés par de la dysurie ou de la pollakiurie. La dyspareunie, c'est-à-dire les douleurs pendant le coït, est fréquente dans ces formes.

Enfin, les troubles circulatoires liés à la déformation du col ou du corps de l'utérus en crosse de pistolet ou même en coudures plus accentuées entraînent fatalement une stérilité absolue imputable à la déformation, aux catarrhes du col ou aux lésions annexielles.

D'autre part, on est obligé de constater que les nombreux traitements que l'on a proposés restent souvent sans résultats.

La dilatation du col avec ou sans discision de l'orifice interne modifie les formes légères, mais ne donne que des résultats médiocres pour les formes graves. L'amputation du col avec incision longitudinale de la lèvre postérieure n'est guère employée avec succès certain.

Les pessaires sont d'une inefficacité notoire et ceux qui présentent une tige destinée à être maintenue dans la cavité utérine pour la redresser sont dangereux.

La cunéihystérotomie de Thiriar a donné à son inventeur un succès, mais le silence qui s'est fait bientôt sur cette opération donne bien à réfléchir, d'autant plus que cette opération nécessitant une laparotomie avec des manœuvres assez longues, avec de la tendance qu'ont les plaies utérines à saigner, doit toujours entraîner un certain nombre d'aléa et semble disproportionnée en gravité avec une affection sans doute douloureuse, mais ne pouvant pas menacer l'existence de la malade.

Dernièrement, M. le professeur Laroyenne, en face d'antéflexions très marquées de l'utérus, a pratiqué l'hystéropexie suivant sa méthode, et immédiatement après la fixation de l'utérus à la paroi abdominale le redressement de la coudure utérine s'est effectué. Ce redressement s'est parfaitement maintenu les jours suivants et les malades ont pu rentrer chez elles dans un état satisfaisant. Les résultats datent encore de trop peu de temps pour que l'on puisse porter un jugement définitif sur cette opération, mais ce qu'on sait actuellement de l'hystéropexie et les considérations théoriques qui vont suivre permettent d'espérer beaucoup de cette opération appliquée à l'antéflexion.

L'utérus en état d'antéflexion, quel que soit le genre de celle-ci, flexion du corps sur le corps, ou du corps sur le col, ou enfin du col sur lui-même, présente toujours le fait d'avoir sa portion supérieure antéfléchie privée de soutien et obligée d'autre part de lutter contre la pression des intestins qui se fait sentir d'une façon beaucoup plus effective que dans la position normale de l'utérus : au niveau de la coudure, que l'affection soit congénitale ou non, il existe des lésions de sclérose qui amènent des troubles douloureux et des perturbations vasculaires par suite des compressions exercées sur les nerfs et les vaisseaux. Si la dilatation de l'orifice interne peut amener un soulagement et un redressement partiel, cet état ne persistera pas, car toujours le poids du fond de l'utérus viendra reconstituer cette coudure. Ce n'est donc pas, comme on l'a cru jusqu'à présent, en agissant sur le col ou l'orifice interne qu'on arrivera à un résultat, mais bien en soulevant le fond de l'organe et en le fixant de telle sorte qu'il ne puisse plus s'abaisser. Ne pouvant s'abaisser, l'utérus ne pourra s'incurver. C'est ce résultat que l'on obtient par l'hystéropexie. Pour redresser un corps souple et infléchi sur lui-même, il suffit d'exercer des tractions à ses deux extrémités. C'est ce que l'on fait dans l'hystéropexie.

Les tractions exercées sur l'extrémité inférieure seront représentées par les tiraillements qu'exerceront sur le col les adhérences du vagin à cet organe. Les tractions exercées sur l'extrémité du corps utérin le seront par les fils hystérofixateurs qui devront être placés un peu haut pour agir sur l'extrémité de la courbe supérieure. Le point de la paroi abdominale où l'on fera adhérer le fond de l'utérus devra également être un peu haut pour que le vagin soit attiré en haut et tende, par ce fait, le col qui sera ainsi ramené en rectitude parfaite. Sous l'influence de cette action mécanique prolongée et à la rigueur de quelques dilatations de l'orifice interne, l'éperon qui formait en dedans la coudure de la partie supérieure de l'utérus sur l'inférieure, disparaîtra et avec lui les symptômes douloureux qui accompagnent la menstruation. La possibilité de la fécondation dans de telles conditions ne peut faire de doute. D'autre part, on sait actuellement que la fécondation, la grossesse et l'accouchement ne sont pas influencées d'une façon fâcheuse par l'hystéropexie. Nous ne pouvons actuellement fournir des résultats éloignés de cette opération; mais les deux observations suivantes prouvent que les effets immédiats sont bons et tout nous porte à croire qu'il en sera de même au bout d'un certain temps.

Observation I. — *Antéflexion utérine très marquée. Annexite à gauche. Hystéropexie. Redressement immédiat de l'antécourbure.*

D. B., âgée de 25 ans, née à Chauffailles, demeurant à Thizy, entre à la Charité, service du professeur Laroyenne, le 6 mars 1894.

Réglée à 16 ans. Les règles duraient en moyenne 4 jours et avançaient chaque fois de quelques jours. Pertes blanches continuelles. Mariée à 23 ans, elle n'a jamais eu de grossesse. Pas de fausses couches. Les règles ont toujours été douloureuses avec expulsion de caillots et coliques concomitantes.

Huit mois après son mariage, elle a commencé à souffrir du côté gauche, huit jours après les règles. L'hypochondre gauche était douloureux à la palpation. Les douleurs s'irradient surtout dans la cuisse. Au bout de trois jours est survenue une métrorrhagie abondante avec coliques extrêmement vives qui l'obligèrent à se mettre au lit. Région sacro-coccygienne très sensible. Les pertes sanguines ont duré 15 jours et ont cédé à un traitement à l'ergotine.

Persistance de quelques douleurs à droite et à gauche où l'on fait par des topiques un peu de révulsion qui l'améliore considérablement.

Pendant quelque temps, les douleurs légères que la malade éprouvait du côté de sa vessie augmentent. Elle se lève deux fois la nuit pour uriner.

Quelques mois avant son entrée à la Charité, elle a encore présenté des pertes qui surviennent dans l'intervalle des règles.

6 mars 1894. — La malade entre à la Charité pour les douleurs qu'elle éprouve, surtout au moment de ses règles, et aussi pour des phénomènes douloureux éprouvés dans la fosse iliaque gauche.

A l'examen on trouve que le ventre est douloureux à la pression, surtout du côté gauche. Au toucher on constate un col postérieur porté en avant, le corps de l'utérus infléchit fortement sur le col en avant et entre les deux une coudure très prononcée.

On constate du côté des annexes gauches en état de léger prolapsus; ce qui domine, c'est l'augmentation de volume et la douleur que réveille la pression. Il n'y a pas lieu de pratiquer une ponction.

14 mars. — Hystéropexie par le procédé de Laroyenne. On se propose par cette opération de redresser l'antéro-courbure et en même temps de soulever les annexes malades.

Suites opératoires très simples. La malade n'a pas eu une température au-dessus de 37°8. Immédiatement après l'opération, on constate que l'antécourbure a complètement disparu. L'utérus est parfaitement droit.

Les jours qui suivirent l'opération, la malade éprouva encore quelques douleurs du côté des annexes gauches. Celles-ci ont diminué sensiblement de volume.

31 mars. — La malade marche facilement. Elle ne souffre presque plus. Cependant elle déclare éprouver quelques tiraillements au niveau du point où son utérus est fixé. L'examen vaginal pratiqué à ce moment montre que celui-ci est en rectitude complète, on ne constate pas trace de la coudure ancienne.

Obs. II. — *Antéflexion utérine. — Annexites légères. Hystéropexie.*

L. M., âgée de 27 ans, demeurant à Dumont-d'Urville. Il y a deux ans a fait un premier séjour à la Charité pour des douleurs du petit bassin qui furent traitées et guéries par des révulsifs. Peu de temps après, rechute. Les douleurs reparaissent. La marche est très pénible. Leucorrhée abondante.

Les règles ont toujours été très douloureuses, cependant avec une légère atténuation depuis un an. Elle expulse à ce moment des caillots et en même temps éprouve des coliques utérines assez vives. Les règles durent huit à dix jours. Quelquefois douleur en urinant.

A son entrée à la Charité on constate, à l'examen, que l'utérus est un peu abaissé, mais surtout il est dans un état d'antéflexion accentuée. Le fond appuie fortement dans la vessie derrière le pubis en comprimant celle-ci. A l'union du corps avec le col il existe une coudure très marquée à angle aigu. Le col est en avant.

Les annexes sont peu volumineuses, un peu sensibles à la pression.

Le cathétérisme de l'utérus est difficile, impossible même sans tractions énergiques sur le col avec une pince érigne. Le bec de l'instrument butte en effet contre un éperon très saillant en dedans et qui correspond à la coudure à angle aigu de l'antéflexion.

Opération le 22 avril 1894. — Après dilatation de l'orifice interne qui est faite sans anesthésie et très péniblement, en raison d'une sténose de l'orifice interne, on redresse l'utérus avec le gros hystéromètre de Laroyenne.

Laparotomie, puis hystéropexie par le procédé de Laroyenne. A signaler seulement la présence de l'épiploon entre l'utérus et la paroi abdominale. Fixation du fond de l'utérus à la paroi, d'abord par trois aiguilles-broches, puis par trois crins de Florence.

Après l'opération, on constate par le toucher vaginal que le col est un peu moins en avant. L'antéflexion n'est plus perçue, pas plus que la coudure. La direction rectiligne de l'utérus est complète.

28 avril. — La malade va bien. Elle ne souffre qu'un peu au niveau de la plaie abdominale. Par le toucher on constate la persistance du redressement utérin.

24 mai. — Plus de douleur. Les règles ont été normales, sans caillots ni phénomènes douloureux.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

tenu à Rome du 29 *mars au* 9 *avril* 1894.

Drainage de l'utérus par le catgut-crin.

M. Schmeltz (Nice). — Certaines affections utérines ou péri-utérines peu avancées peuvent guérir par un simple drainage de la cavité utérine. Ce drainage peut être effectué très avantageusement à l'aide d'un petit appareil que l'on construit de la façon suivante :

Des crins de Florence, d'une longueur de 15 à 20 centimètres, sont disposés en anse et en long. Avec les doigts désinfectés, on roule tout autour de ces crins du catgut de grosseur moyenne. On peut enserrer la base du faisceau ainsi formé dans un bout de fil métallique; on comprime ensuite cette tige assez fortement. Des catgut-crins peuvent ainsi être formés d'une très faible épaisseur jusqu'au volume et la forme du doigt, suivant les besoins.

L'appareil est introduit dans l'utérus préalablement dilaté et maintenu avec de la gaze iodoformée; il peut être gardé sans inconvénient huit à dix semaines. M. Schmeltz s'est bien trouvé de l'emploi de cette méthode dans les métrites puerpérales, catarrhales et blennorrhagiques; dans les salpingites, les déviations utérines.

Ce drainage est contre-indiqué toutes les fois qu'il y a un certain degré d'inflammation péri-utérine.

Formation du segment inférieur.

M. Zweifel présente des moulages représentant des coupes du bassin d'une femme morte pendant la période expulsive et obtenues par congélation.

On voit sur ces sections, de la façon la plus nette, que le col a certainement pris part à la formation du segment inférieur. L'orateur en conclut qu'il faut revenir à l'ancienne théorie, d'après laquelle le segment inférieur se forme aux dépens du col.

M. Pestalozza (Florence) admet que dans le fait de M. Zweifel le segment inférieur s'est effectivement développé aux dépens du col, mais il ne croit pas que ce seul cas puisse renverser la théorie admise aujourd'hui après les travaux de Schrœder et son école, à savoir que le segment inférieur se développe en général aux dépens du tissu du corps utérin.

Du traitement de la rétroflexion par la vagino-fixation.

M. Pestalozza. — J'étais dans les premiers temps très favorable à cette opération, qui est facile, et donne toujours un résultat immédiat parfait.

Le résultat éloigné n'est, au contraire, pas sûr du tout. En effet, quelques mois après l'opération la rétroflexion se reproduit dans presque la moitié des cas.

J'ai, pour ma part, pratiqué huit fois la vagino-fixation, toujours pour rétroflexion réductible, sans adhérences péri-utérines ni lésions des annexes; chaque fois il s'est produit, au bout de quelques mois, une récidive de la déviation utérine. Bien que le nombre de ces cas soit restreint, je crois, étant donnée leur homogénéité, pouvoir en conclure que l'on doit pratiquer la vagino-fixation dans les cas seulement où l'utérus, en rétroflexion, réductible, ne pourra être maintenu en place par un pessaire, ou dans les cas où celui-ci ne pourra pas être toléré.

S'il existe des adhérences, je préfère avoir recours à l'hystéropexie abdominale ou au raccourcissement de ligaments ronds. Je crois que les échecs sont dus non pas au matériel plus ou moins défectueux que l'on emploie pour les sutures, mais au caractère anatomique des tissus mis en contact.

En résumé, je crois que les indications de la vagino-fixation doivent être très restreintes et que ce procédé n'a qu'une valeur transitoire, analogue à celle du pessaire.

Traitement chirurgical du vaginisme.

M. S. Pozzi (Paris). — J'ai eu l'occasion d'appliquer récemment, chez une malade atteinte de vaginisme dû à

l'hyperesthésie et à l'étroitesse de la vulve, un procédé opératoire nouveau qui m'a donné un excellent résultat, mais je dois dire que mon intervention ne date que de trois semaines.

Il s'agissait d'une femme mariée depuis huit ans et qui possédait encore un hymen intact. Cette membrane et le seuil de la vulve étaient très sensibles, l'orifice vulvaire fort étroit, et le mari, quoique jeune et nullement impuissant, n'avait pu vaincre ces obstacles. Je conçus le plan d'une opération ayant pour but à la fois et d'agrandir la vulve et de déplacer la surface hyperesthésique sur laquelle devait s'exercer le premier effort du membre viril.

Voici comment je procédai sous l'anesthésie : Je fis d'abord l'incision de l'hymen avec les ciseaux, puis la dilatation forcée de la vulve avec le spéculum Trélat qu'on emploie pour la fissure anale; ensuite, je pratiquai de droite à gauche une incision latérale, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire. Cette incision, longue de 3 à 4 centimètres, dépassait un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et formait avec elle une croix. Elle mettait à nu les fibres du *constrictor cunni* et divisait leur couche la plus superficielle dans une épaisseur de 2 à 3 millimètres. Enfin, je fis la dissection des lèvres de la plaie, de manière à produire leur écartement; je donnai ainsi peu à peu à l'incision primitive la forme d'un losange allongé à grand axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire; je réunis alors la plaie opératoire de manière à obtenir une ligne de suture qui croisât perpendiculairement la direction de l'incision primitive et se trouvât reportée en dehors du point qui occupait l'insertion de l'hymen et qui marquait l'orifice primitif de la vulve: la suture attira la muqueuse vaginale jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'incision faite au commencement de l'opération.

On voit que, par ce procédé, on fait de chaque côté de la vulve une sorte de dédoublement sagittal suivi de suture transversale, c'est-à-dire une opération de type analogue (quoique précisément inverse) au dédoublement transversal suivi de suture sagittale employé par Lawson Tait dans son opération de périnéorrhaphie. On obtient de la sorte un agrandissement de la vulve qu'on peut graduer à son gré et on produit un léger renversement de la muqueuse vaginale en dehors de l'orifice, de manière à soustraire au frottement du coït la zone d'où partaient auparavant les actions réflexes.

La suture des deux grandes incisions doit être faite au crin de Florence et porter uniquement sur la muqueuse. Le premier fil que l'on place doit réunir l'extrémité supérieure à l'extrémité inférieure de l'incision primitive.

On réunit par un surjet de catgut les petites plaies résultant de l'excision de l'hymen qui débordent des sutures précédentes.

Ce procédé me paraît applicable dans tous les cas où le vaginisme est causé par l'hyperesthésie et l'étroitesse de la vulve, mais il est contre-indiqué dans les cas où le vaginisme est l'expression symptomatique d'une autre affection génitale.

De la réunion immédiate secondaire, par des fils d'attente, de l'ouverture du drainage abdominal après une laparotomie.

M. Laroyenne (Lyon). — Ce procédé opératoire a pour but de diminuer la durée de la cicatrisation dans la laparotomie suivie de drainage. De plus, il permet d'obtenir une réunion solide des diverses couches de la paroi pour s'opposer à l'éventration, sans recourir à une intervention ultérieure.

Voici comment on procède :

Je suppose un drainage de Mikulicz jugé utile; on traverse toute l'épaisseur de la paroi abdominale par deux fils métalliques. Ils sont noués sans être serrés et renforcés par des crins de Florence placés sur l'aponévrose. Ces fils d'attente, posés au moment même de l'opération, permettront de suturer séparément les couches de la paroi abdominale, que plus tard on ne pourrait isoler sur la tranche uniformément bourgeonnante de la plaie. Les fils de l'aponévrose sont distincts pour chaque côté de la plaie afin d'éviter d'avoir trop d'anses dans les parties réservées au sac de gaze. Les fils sont noués deux à deux au moment où on retire le Mikulicz.

Lorsqu'une suppuration trop prolongée empêche d'effectuer la réunion en temps utile, lorsqu'on craint que les fils ne se résorbent ou ne coupent les tissus, il faut, quatre ou cinq jours après l'opération, nouer ceux de la partie inférieure de la plaie pour la fermer. En effet, c'est à cet endroit que l'absence de réunion prédispose le plus — l'observation me l'a démontré — à des éventrations; c'est de la solidité en ce point que dépend la solidité dans toute l'étendue de la plaie qui n'a pas été réunie au moment de l'opération. Smith plaçait déjà un seul fil d'attente à l'endroit du tube de drainage.

La réunion immédiate secondaire est aussi applicable lorsque le plan aponévrotique a été intéressé et non le péritoine, ainsi que dans les abcès profonds de la paroi abdominale ou après l'ablation d'une tumeur fibreuse interstitielle, quand la réunion immédiate primitive n'a pas été effectuée volontairement sur toute la longueur de la plaie.

En résumé, dans toute intervention suivie de drainage qui a intéressé l'aponévrose abdominale, dans la laparotomie particulièrement, la réunion immédiate secondaire, en suturant isolément toutes les couches de la paroi abdominale, enlève toute prédisposition à l'éventration.

Traitement des métrites.

M. Eug. Monod (Bordeaux). — Le traitement d'une métrite, quelle que soit sa nature, doit répondre à une double indication :

1° Action modificatrice locale;

2° Drainage de la cavité utérine.

En pratique, on s'attache toujours à remplir la première, comme en témoigne la longue liste de topiques proposés dans ces dernières années, mais il semble qu'on perde souvent de vue la seconde. L'auteur estime que cet oubli donne la clef de nombreux échecs.

Ce qui commande le pronostic de l'intervention, c'est moins la nature de cette intervention que la réalisation d'un drainage complet et permanent de la cavité. Celle-ci représente un cæcum dans lequel les liquides sécrétés stagnent forcément s'ils ne trouvent un écoulement facile à travers l'orifice interne du col. Or, il arrive très fréquemment que la métrite s'accompagne d'une flexion — qui peut être très minime — du corps sur le col, entraînant une sténose plus ou moins marquée de l'orifice.

L'orifice interne du col, voilà donc la véritable pierre d'achoppement dans le traitement des métrites. Le maintien de sa perméabilité, tel doit être l'objectif de toute intervention. Lorsque cette dernière condition est assurée, on peut prédire que la guérison suivra l'application d'un traitement local rationnel, quel qu'il soit.

Aussi la *dilatation* doit-elle être non seulement le premier acte de toute action thérapeutique, mais encore son complément obligatoire.

Des rapports de la fatigue avec les fonctions des capsules surrénales.

M. J. E. Abelous (Toulouse). — La mort des animaux à la suite de la destruction des deux capsules surrénales est la conséquence d'une auto-intoxication par des substances dont l'action porte plus particulièrement sur les terminaisons des nerfs dans les muscles, substances curarisantes par conséquent.

De même, au cours de la fatigue expérimentale produite par une tétanisation prolongée, on observe une phase de paralysie périphérique temporaire absolument analogue, paralysie due à des substances curarisantes élaborées au cours de la contraction musculaire.

Les capsules surrénales paraissent avoir pour rôle de détruire ces poisons; quand ces organes n'existent plus, l'organisme se trouve sous le coup d'une intoxication mortelle à bref délai et de même nature que l'intoxication temporaire de la fatigue.

J'ai constaté en effet que l'injection du sang, du sérum, de l'extrait alcoolique de muscles d'animaux fatigués et d'animaux morts à la suite de la double capsulectomie faite à des animaux qui venaient de subir l'ablation des deux capsules entraînant une paralysie débutant par les membres postérieurs, se généralisant et aboutissant à la mort. Les symptômes sont absolument les mêmes dans les deux cas.

Il y a donc un rapprochement intéressant à établir entre le métabolisme des animaux soumis à la fatigue et celui des animaux privés de capsules surrénales.

Ces substances toxiques sont des substances réductrices

solubles dans l'alcool; quand on les oxyde par le permanganate de potasse, leur effet nocif disparaît.

Du froid comme facteur étiologique dans les maladies de la peau.

M. Corbett (Cleveland, Ohio) a appelé l'attention sur une maladie de peau reliée par son étiologie au prurigo hiemalis de Duhring et décrit par Hutchinson sous la dénomination d'« Eruptions spéciales en rapport avec les engelures ». L'auteur en rapporta 14 cas et en tira les conclusions suivantes : 3 conditions président à la production de cette affection : une température basse, du vent et de l'humidité. Il faut noter une prédisposition dans le sexe masculin, qui est plus exposé aux intempéries. Les conditions sociales ou les professions n'ont aucune influence. Dans les cas rapportés plus haut il n'y avait ni engelures ni lupus érythémateux. Les lésions ont une apparence rappelant celle de la cyanose; la teinte change du reste suivant que la main est élevée ou abaissée, suivant la température ambiante. Dans un seul cas il y avait des troubles marqués de la circulation périphérique, sur lesquels Hutchinson a appelé l'attention. Dans le traitement, ce sont les influences locales qui agissent surtout; il faut recourir aux émollients et aux astringents; en général il est bon de protéger les surfaces malades. Si ces moyens manquent, on aura recours au changement de climat. En somme les cas rapportés plus haut se rapportent aux variétés d'un type bien défini dont les caractères principaux sont les suivants : 1° apparition soudaine de l'affection à l'approche du froid; 2° guérison spontanée en été; 3° tendance à la récidive aux mêmes points pendant plusieurs années; 4° le siège caractéristique de l'affection est la face dorsale des mains, et ensuite celle des pieds; 5° la maladie n'a que peu de tendance à envahir les autres parties du corps; 6° l'éruption consiste en des taches de diverses grandeurs, rondes ou en fer à cheval, un peu épaissies, terminées à pic sur leurs bords, d'une couleur rouge sombre ou érythémateuse. Il y a d'abord des vésicules qui se rompent facilement, laissant de petites surfaces dénudées dont les dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'un lentille. A cette période l'affection ressemble à l'herpès. Plus tard la tache pâlit et se couvre de quelques écailles, la maladie ressemble alors au lupus érythémateux. Cette apparence peut se manifester au déclin d'une attaque annuelle ou seulement après plusieurs années; 7° les démangeaisons peuvent exister ou manquer; quand elles existent, elles ont une forme paroxysmale. 8° Cette éruption n'est associée à aucune autre maladie. En raison de ces signes distinctifs on doit regarder cette affection comme une maladie *sui generis* qu'on peut appeler dermatitis hiemalis.

Contribution à la chirurgie de l'estomac.

M. Carle (Turin). — L'auteur limite sa communication aux opérations pratiquées pour des troubles de l'estomac, qui ne sont point sous la dépendance de tumeurs malignes.

Quatorze cas lui ont donné 13 guérisons, un décès. Ces cas se répartissent ainsi :

Onze pyloroplasties, 10 guérisons : une mort; — une gastro-entérostomie pour sténose compliquée d'ulcère avec hémorrhagie grave, suivie de guérison :

Une divulsion digitale et une résection du pylore, suivies de guérison.

Les résultats éloignés persistent excellents, et les opérés peuvent absorber indifféremment tous les aliments.

L'auteur insiste sur ce fait que cinq des malades opérés pour pyloroplastie étaient des individus chez lesquels aucun anamnestique ne pouvait faire supposer un ulcère ou un autre processus, capable d'amener une sténose. Le diagnostic était « dyspepsie nerveuse avec gastrectasie » : la laparotomie ne fut entreprise qu'après un traitement long et inefficace, et sur les instances des malades, et surtout dans le but d'éclairer le diagnostic. On trouva de la gastrectasie; la grande courbure faisait un angle très prononcé avec l'anneau pylorique, le pylore ne présentait point de traces de cicatrices ni d'adhérences : le petit doigt pouvait facilement pénétrer dans son orifice. Néanmoins, l'auteur, considérant la capacité exagérée de l'estomac (dans quelques cas, il arrivait à peu de centimètres du pubis), pensa que l'anneau pylorique était relativement trop étroit pour permettre l'évacuation facile du contenu du ventricule dans l'intestin, et il pratiqua la pyloroplastie pour établir un plus large passage.

Le résultat éloigné a démontré le bien fondé de l'hypothèse, d'après laquelle on avait traité ces cas de dyspepsie nerveuse comme s'il se fût agi d'obstacle mécanique. Les troubles gastriques et nerveux qui affligaient ces malades cessèrent de ce fait, l'estomac se vida complètement et rapidement, et les opérés furent mis en une situation très satisfaisante.

De ces faits on peut conclure :

Dans les cas de catarrhe chronique de l'estomac avec gastrectasie, rebelles aux autres moyens thérapeutiques, on est autorisé, en raison de son innocuité, à pratiquer la laparotomie exploratrice.

Si on a le moindre indice qui fait soupçonner que le ventricule se vide difficilement, on devra pratiquer l'opération qui assurera rapidement cette évacuation.

Mieux vaut, en effet, pour le malade, un degré d'incontinence du ventricule plutôt que de la rétention des matières alimentaires.

Le cas que nous avons rapporté d'ulcère de l'estomac avec hémorrhagie, guéri par gastro-entérostomie, est aussi très important : il montre, en effet, la possibilité de guérir de tels cas à l'aide d'une opération beaucoup plus rapide et plus bénigne que la résection, opération, du reste, qui, chez notre malade en particulier, n'eût pas été possible.

Chirurgie conservatrice des doigts

M. D. Greco (Naples). — La malade, Marie Salerne, d'Antonio, âgée de 12 ans, paysanne de Bellona, près de Padoue, avait un vaste enchondrome développé entre le 4e et le 5e métacarpien de la main gauche. L'annulaire et l'auriculaire considérablement allongés, luxés, doués de mouvements anormaux, étaient enveloppés par la tumeur avec laquelle ils semblaient faire corps. L'ablation des deux derniers doigts avec la tumeur était tout indiquée. En extrayant la tumeur nous réussîmes à les épargner à force de précaution en leur enlevant à chacun leur masse néoplasique, en réséquant la surface osseuse dans les endroits où elle faisait corps avec la néoformation.

L'opérée sortit parfaitement guérie de la clinique chirurgicale de l'Université royale de Naples.

La malade, revue ces derniers jours, ne présente aucune anomalie à la main opérée. Les deux derniers doigts sont comme ceux de la main droite et jouissent de tous leurs mouvements.

Transplantation ou greffe de fragments d'artères par invagination.

M. Clementi (Catane) rapporte les résultats d'une étude expérimentale tendant à obtenir le rétablissement de la circulation dans les tronçons d'une artère coupée, en interposant un fragment d'artère excisé au même animal ou à un autre animal.

Il expose d'abord les essais heureux qu'il a tentés, sur les carotides de chien ou de mouton, et qui consistent à invaginer simplement le bout périphérique de l'artère coupée dans la lumière du bout central, par la pression exercée par la partie invaginée sur la portion invaginante, l'hémorrhagie est supprimée.

L'invagination se fait facilement au moyen de deux fils de soie qui traversent complètement les parois du bout invaginant et passent à travers la tunique musculaire, sans intéresser la tunique interne, du bout invaginé. Avec le même procédé, on peut transplanter un morceau d'artère de 2 à 3 centimètres de longueur dans les extrémités d'une artère coupée, en invaginant d'abord l'extrémité du bout périphérique de l'artère coupée dans une extrémité du fragment à greffer, puis en invaginant l'autre extrémité du fragment dans le bout central de l'artère sectionnée.

La circulation du sang reprend son cours, mais il peut se former une thrombose : quant au morceau de l'artère transplantée, il se greffe, et se réunit aux extrémités de l'artère divisée.

L'auteur espère qu'en poursuivant ces mêmes expériences sur les grosses artères de grands animaux, on pourrait réussir à faire persister la circulation du sang à travers le morceau d'artère greffée; peut-être même pourrait-on, par la suite, utiliser cette greffe artérielle dans la thérapeutique chirurgicale de l'homme.

Du cathétérisme des artères dans la gangrène des membres.

M. Severeanu (Bucharest). — Il y a environ une dizaine d'années, j'ai dû amputer deux fois de suite la jambe d'un individu pour une gangrène du pied, et chaque fois j'ai vu les lambeaux se mortifier. C'est alors que j'ai conçu l'idée, en pareil cas, de désoblitérer par une sonde les branches de bifurcation de l'artère poplitée, lorsqu'on ne perçoit plus les battements que très haut. J'ai employé ce procédé pour la première fois chez un homme âgé de cinquante ans, atteint de gangrène du pied consécutive à une embolie cardiaque. L'artère ne battait que très haut; l'amputation était absolument indiquée et, pour avoir des chances de succès, je devais la pratiquer à l'extrémité inférieure de la cuisse. J'ai cependant fait l'amputation de la jambe au lieu d'élection après avoir préparé d'avance des sondes de gomme bien aseptisées, que j'ai pu introduire dans la lumière des artères en exécutant des mouvements de va-et-vient jusqu'à ce que le sang commençât à couler; lorsque je retirai la sonde, l'ondée sanguine fit sortir des caillots de sang cylindriques et le cours du sang se rétablit. A la suite de cette manœuvre, les lambeaux ne se sont pas gangrenés et j'ai obtenu la réunion par première intention. Depuis, dans des cas semblables, j'ai toujours pratiqué le cathétérisme des artères et m'en suis constamment bien trouvé.

Sarcoma idiopathicum multiplex hemorrhagicum.

M. Kaposi (Vienne). — On sait qu'il existe un genre de tumeur décrite sous le nom de *sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum* et qui débute généralement à la face dorsale des mains et des pieds par une infiltration de consistance dure : tout d'abord, les foyers néoplasiques, tantôt discrets, tantôt agglomérés, présentent une coloration rouge brun. Bientôt on voit se produire de petites hémorrhagies interstitielles et la tumeur prend peu à peu sa coloration noire habituelle.

Le caractère histologique de cette affection consiste en une infiltration de cellules rondes ou fusiformes rappelant de près le sarcome; la ressemblance avec ce dernier type de tumeur est sous ce rapport beaucoup plus frappante qu'avec le mycosis fongoïde et je crois que nous sommes autorisés à ce point de vue à faire rentrer l'affection qui nous occupe dans le genre sarcome.

Les sarcomes de la peau développés aux dépens de nævi pigmentaires, de même que les métastases cutanées consécutives à des sarcomes siégeant dans des organes internes, présentent une marche et une évolution bien différentes de celles de l'affection dont nous parlons, et le terme de sarcome *idiopathique* que j'ai consacré à cette dernière me paraît également justifié.

En revanche, l'épithète de *pigmentosum* est mal choisie : nous avons, en effet, affaire ici à une pigmentation mécanique, secondaire et consécutive aux petites hémorrhagies interstitielles déjà mentionnées. Je propose donc de désigner dorénavant cette affection sous le nom de *sarcoma idiopathicum multiplex hemorrhagicum*. Cette affection donne lieu à des métastases internes; elle conduit bientôt au marasme et est toujours mortelle.

Traitement des kystes hydatiques par le nitrate d'argent en solution.

M. J. Berrueco (Madrid). — Lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste hydatique qui contient un liquide clair et transparent, nous recommandons, après l'évacuation du tiers au moins de son contenu, de faire dans la poche une injection de solution de nitrate d'argent de 1 à 5 0/0, en quantité à peu près égale au tiers du liquide kystique que l'on a extrait. Le nitrate d'argent, en précipitant l'excès de chlorure de sodium contenu dans le liquide kystique, modifie le milieu et agit probablement comme parasiticide; en tout cas il favorise la résorption du liquide, qui disparaît en vingt-quatre heures.

De la vitalité des lambeaux osseux transplantés.

M. Barth a fait sous la direction du professeur Marchand (Marbourg) un grand nombre de recherches histologiques sur le sort des lambeaux osseux transplantés. Il a pu, de la sorte, constater que les lambeaux osseux séparés de toute connexion et transplantés dans un autre os, perdent leur vitalité quand même ils semblent pris dans l'os dans lequel on les a transportés.

Sur des préparations microscopiques, on peut néanmoins voir que le lambeau osseux ne possède plus aucune vitalité, comme en témoigne l'incapacité des noyaux des cellules osseuses de se colorer. Il s'agit là d'une nécrose aseptique par anémie, et le lambeau osseux se comporte comme un corps étranger envers l'os dans lequel on l'a transplanté. Il est entouré par un tissu conjonctif jeune très vasculaire qui pénètre dans son intérieur et remplit ses cavités. En même temps, il se fait une apposition de tissu osseux non seulement à sa surface, mais aussi dans ses cavités médullaires et autour des canaux d'Havers. Cette apposition aboutit à remplacer l'os mort par du tissu osseux vivant, sans que ce processus de néoformation osseuse soit précédé de phénomènes de résorption, ce qui explique pourquoi, dans ces cas, on n'observe les phénomènes de nécrose avec formation de séquestres.

Nouveau cas de diphthérie d'une plaie.

M. Brunner (Zurich). — Il y a un an, M. Brunner a observé trois cas de diphthérie des plaies où l'examen bactériologique fait par lui et contrôlé par le prof. Escherich montra l'existence du bacille diphthéritique vrai, celui de Lœffler, à côté du streptocoque pyogène et des staphylocoques blanc et jaune. Récemment il a eu l'occasion d'observer un quatrième cas qui s'était présenté dans les conditions suivantes :

Il s'agit d'une fillette de 13 ans toujours bien portante et n'ayant jamais eu de diphthérie, qui se fait une écorchure à l'annulaire droit. L'écorchure soignée par la mère ne tarde pas à « s'envenimer » et l'enfant est amenée à la clinique au bout de trois semaines aussi bien pour son doigt que pour un mal de gorge déclaré depuis quatre jours.

L'examen de la gorge montra l'existence d'une pharyngo-amygdalite érythémateuse, mais sans trace d'exsudats ou de fausses membranes.

La face dorsale de l'annulaire droit présentait une ulcération allongée, recouverte d'une fausse membrane grisâtre sous laquelle se trouvait un peu de pus. Nettoyage du foyer, pansement au sublimé et guérison rapide.

L'examen bactériologique de la fausse membrane et des sécrétions de la plaie permit de constater l'existence du bacille diphthéritique à côté des streptocoques et des staphylocoques. Les cultures diphthéritiques envoyées à Lœffler furent reconnues par lui comme celles du bacille diphthéritique vrai.

L'enquête à laquelle se livra M. Brunner montra que ni dans la famille de l'enfant, ni dans la maison qu'elle habitait, ni dans les maisons voisines il n'y a eu de cas de diphthérie au moment où l'enfant s'était écorché le doigt. Il s'agissait donc là d'un cas d'infection diphthéritique sporadique dont l'origine était impossible à établir.

Sur les effets des inoculations des produits stériles du pus.

M. A. Nannotti (Pise). — Les produits stériles du pus ont un pouvoir toxique presque identique à celui des produits stériles des cultures des staphylocoques pyogènes blancs ou dorés.

Les inoculations fractionnées et répétées de petites doses de ces produits, déterminent chez les lapins une intoxication chronique qui se manifeste par du marasme.

Les inoculations dans le tissu cellulaire sous-cutané ont des effets toxiques plus graves que celles faites dans le courant circulatoire.

Les altérations anatomo-pathologiques sont identiques à celles qui se rencontrent chez les animaux morts de septicémie, et chez les animaux auxquels on a inoculé les produits stériles des staphylocoques pyogènes.

Recherches expérimentales sur le mécanisme et le processus de la guérison de la péritonite tuberculeuse à la suite de laparotomie.

MM. Nannotti et **Baciocchi** (Pise). — Voici les conclusions que les auteurs tirent de leurs recherches expérimentales:

La laparotomie exerce indubitablement une influence bienfaisante sur la péritonite tuberculeuse, même chez les animaux inférieurs.

Chez les lapins, on obtient presque toujours une amélioration constante, mais jamais de guérison. Chez les chiens, ce n'est qu'exceptionnellement que la laparotomie n'apporte pas d'amélioration; le plus souvent l'opération détermine une disparition absolue ou presque absolue de la tuberculose péritonéale.

La disparition de la tuberculose est due à la résorption du tubercule, et à sa transformation en tissu connectif.

La résorption des nodules tuberculeux est consécutive à la destruction du virus, et à une néoformation vasculaire: cette néoformation est très marquée chez les chiens.

Par suite de la transformation connective, se développent, entre les viscères abdominaux et les anses de l'intestin, des adhérences qui peuvent ultérieurement causer des troubles tels, qu'on peut les considérer comme constituant une véritable entité morbide.

L'efficacité de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse ne se montre quelquefois qu'après une deuxième intervention.

L'évolution des nodules tuberculeux après la laparotomie est rapide : mais en général il reste toujours quelques foyers qui tardent beaucoup à disparaître : aussi faut-il être très prudent lorsqu'on parle de guérison, alors même que les apparences cliniques la feraient supposer complète.

Le bénéfice apporté par la laparotomie ne semble pas plus marqué, que le lavage de la cavité abdominale ait été fait avec une solution simplement stérilisée, ou bien avec une solution antiseptique.

Le résultat physiopathologique de la laparotomie chez les animaux sains consiste en une réaction inflammatoire de la séreuse péritonéale, accompagnée d'une augmentation notable du pouvoir absorbant du péritoine. D'après cela, il semble qu'on pourrait conclure que chez les malades atteints de péritonite tuberculeuse, les résultats de la laparotomie seraient liés à la réaction inflammatoire de la séreuse péritonéale, — réaction qui augmenterait le pouvoir absorbant du péritoine, la destruction du virus tuberculeux, la dégénérescence des éléments cellulaires, la vascularisation des nodules, et, comme terme ultime, la résorption et la transformation conjonctive de ces nodules.

La guérison rapide de l'érysipèle.

M. Alvaro (Caserta). — La méthode que j'ai employée dans ces recherches spéciales ne me paraît pas avoir été exactement suivie par les autres auteurs ; aussi je considère comme étant de mon devoir de vous en communiquer les résultats, en indiquant la voie suivie.

J'ai commencé l'étude de l'érysipèle par des recherches sur le streptocoque de Fehleisen, puis j'ai continué en recherchant les moyens de combattre la virulence du streptocoque ; pour cela, j'ai expérimenté, sur des milieux de culture, une infinité de substances qui, par un grand nombre de thérapeutes, sont vantées contre l'érysipèle, et j'ai trouvé que l'acétate neutre de plomb est le mieux adapté, le plus facilement maniable et celui qui correspond le mieux au but proposé.

La solution au centième dans l'eau distillée est celle qui paraît le mieux arrêter le développement du parasite et l'évolution de la maladie chez le lapin.

En ce qui concerne les animaux inoculés, nous appelons l'attention sur l'emploi de culture sur pomme de terre, dont la durée d'incubation est plus longue et qui détermine une forme atténuée de maladie.

Les fréquentes épidémies d'érysipèle humain m'ont donné un vaste champ d'étude, et aujourd'hui je puis présenter une statistique où figurent des cas de forme et de gravité diverses.

L'érysipèle est une maladie infectieuse dont le contage est là cause unique et nécessaire de son développement : une lésion de la peau ou d'une muqueuse peut ouvrir la voie des vaisseaux lymphatiques et provoquer l'irritation spécifique. Pour cette raison, la maladie appartient tout entière au domaine de la chirurgie.

J'ai observé 126 cas d'érysipèle, dont 53 du visage, 29 consécutifs à la vaccination, et 44 au niveau de plaies ou de petites lésions de diverses régions du corps.

Dans l'érysipèle du visage, je me suis toujours assuré de la préexistence d'une lésion de la peau ou d'une muqueuse ; ainsi, j'ai vu naître l'érysipèle d'un eczéma humide de la tête, des oreilles, du nez, de furoncles, de dacryocystite, d'aphtes dans la muqueuse de la bouche ou d'érosions de la muqueuse du nez. Dans l'érysipèle vaccinal, j'ai toujours observé la forme tardive, développée du 8e au 12e jour après l'inoculation.

L'étude de l'érysipèle des plaies m'a montré que sont surtout atteintes les plaies superficielles, les érosions cutanées, les plaies atoniques des membres inférieurs, les durillons suppurés et les fongosités consécutives aux ongles incarnés.

L'érysipèle qui se développe sur les plaies est celui contre lequel on lutte le plus facilement, à ce point qu'on est habitué à ne le plus redouter. En ce qui concerne l'identité des éléments morphologiques qui causent les phénomènes de l'érysipèle, je rappellerai trois cas d'érysipèle vaccinal compliqués de suppuration des glandes axillaires, et une collection purulente développée dans la jambe gauche d'une sœur de charité, qui avait pris le germe de l'érysipèle en assistant des érysipélateux.

Tous les cas que j'ai traités se sont terminés par guérison ; le traitement est institué dès qu'apparaît l'érysipèle, et en 24 à 72 heures la maladie est jugulée ; la rapidité de la guérison est en raison directe de la facilité ou au moins de la possibilité d'agir sur la porte d'entrée.

Pour obtenir ce résultat, il convient de pratiquer la plus scrupuleuse désinfection du point lésé, avec une irrigation de solution d'acétate neutre de plomb au centième, et d'appliquer ensuite sur toute la région érysipélateuse des compresses de gaze ou de coton hydrophile imbibées de cette solution.

Sur la pathogénèse du vertige à accès d'origine auriculaire (type de Ménière).

M. G. Gradenigo (Turin). — On doit distinguer deux formes principales de vertige à accès, provenant d'une cause auriculaire : une forme non typique, dans laquelle des lésions de l'oreille moyenne deviennent une cause d'irritation collatérale ou réflexe de l'appareil ampullaire des canaux sémicirculaires; la forme typique, en rapport avec des lésions directes de cet appareil.

Pour ce qui concerne la forme typique, contrairement à l'hypothèse de Ménière et aux opinions qui dominent encore aujourd'hui à ce sujet, spécialement dans la clinique médicale, ce n'est qu'exceptionnellement qu'un tableau symptômatique analogue à celui du vertige de Ménière est déterminé par l'hémorrhagie dans l'oreille interne; en effet, si celle-ci est abondante au point d'amener rapidement la destruction de l'appareil ampullaire, les vertiges peuvent faire entièrement défaut; si elle est moins abondante, de manière à provoquer plutôt une irritation réactive, les vertiges sont intenses mais continus (non à accès) et avec graduelle diminution.

Le tableau typique du vertige de Ménière n'est qu'un stade de la diffusion, au labyrinthe, d'une affection catarrhale chronique de l'oreille moyenne. Si la diffusion est très lente, les symptômes de réaction, de la part de l'appareil ampullaire, peuvent être nuls ou presque nuls ; si elle est moins lente, les symptômes, à une période donnée du processus morbide, quand l'affection gagne cet appareil, présentent le tableau typique des vertiges à accès; enfin, si la diffusion est rapide, les symptômes peuvent être intenses au point de déterminer un état vertigineux continu. La durée du stade de Ménière dans le cours clinique d'une affection catarrhale chronique de l'oreille dépend de la rapidité avec laquelle elle procède et varie de quelques mois à une et plusieurs années; tout ce qui hâte la marche de la maladie, raccourcit aussi le stade des accès de vertige, car à la période d'irritation de l'appareil ampullaire, succède l'abolition de la fonction.

Le vertige de Ménière peut se rencontrer dans les affections les plus diverses de l'oreille moyenne, quand elles s'étendent au labyrinthe, surtout dans les otites de profession, ou provenant de syphilis et de tuberculose acquises ou héréditaires. Il ne constitue donc qu'un stade d'un processus morbide, dont la génèse peut être différente; c'est pourquoi il ne mérite pas d'être regardé comme une entité nosologique particulière.

Infection purulente chirurgicale; variations morphologiques et pathogènes de son agent.

MM. S. Arloing et **Ed. Chantre** (Lyon). — Nous avons déjà montré (Voir *Mercredi médical*, 1893, p. 364) que l'in-

fection purulente peut être conduite par le streptocoque pyogène à l'exclusion de tout microbe septique, à la condition qu'il possède l'état particulier de virulence qu'il présente dans les formes aiguës et graves de l infection puerpérale. Lorsque des microbes autres que les agents pyogènes ordinaires existent dans les lésions, ils compliquent l'infection purulente, mais ne sont pas nécessaires à son développement.

Nous avons étudié le streptocoque au double point de vue morphologique et pathogène, et nous considérons comme incertains les caractères distinctifs accordés par Behring et ses collaborateurs au groupe pathogène du *streptococcus longus,* car, contrairement à ce qu'ont avancé ces auteurs, nous avons vu notre streptocoque donner des cultures en bouillon uniformément troublées et d'épaisses colonies sur pomme de terre.

Nous insistons surtout sur le polymorphisme des individus que nous avons constaté à maintes reprises dans des séries de cultures en milieu liquide et *in anima vili.*

Nous avons observé souvent que le streptocoque tend vers la forme bacillaire qu'il acquiert parfois d'une manière parfaite, en passant par une foule de formes transitoires.

Ces changements profonds dans la morphologie d'un streptocoque étaient bien faits pour étonner, malgré les travaux de Zopf et ceux de Guignard et Charrin dans des directions différentes; aussi importait-il de montrer que les formes en bacilles et les formes en cocci jouissent des mêmes propriétés pathogènes.

Pour cela, nous avons pratiqué deux séries parallèles d'inoculations avec des cultures typiques, sur le lapin, le cobaye et le chien, et par différentes voies. Les effets ont été semblables dans les deux séries, notamment les effets pyogènes, sauf sur les cobayes. Ces derniers ont succombé à l'action des cultures bacillaires et ont survécu à des cultures cocciennes.

Il faut donc conclure que le bacille est bien une forme particulière du streptocoque pyogène, forment jouissant d'une virulence plus étendue que celle du coccus, puisqu'il tue aisément le cobaye.

Nous avons cherché à produire ces changements morphologiques à volonté. Nous avons fait des cultures dans des conditions variées; nous avons combiné la culture à l'inoculation dans les séreuses et dans le tissu conjonctif de l'oreille du lapin. Ces différents moyens ont permis de faire passer le streptocoque à l'état bacillaire, et *vice versa*, d'une façon plus ou moins satisfaisante. Les passages successifs et alternatifs dans le tissu conjonctif de l'oreille et dans d'excellent bouillon ont permis d'obtenir la plus belle transformation de l'état bacillaire à l'état streptococcien. Mais si l'on obtient encore assez facilement un changement d'état, il a été impossible, jusqu'à présent, de le maintenir rigoureusement.

Nous avons vérifié sur ce streptocoque les modifications du pouvoir pathogène que M. Chauveau et l'un de nous avaient décrites, il y a déjà longtemps, à l'occasion du streptocoque de l'infection puerpérale. Nous avons constaté de plus, comme M. Achalme le disait dernièrement, que sous un certain état de virulence, le streptocoque pyogène se borne à produire l'érysipèle. En somme, partant d'un microbe sans virulence apparente lorsqu'on l'introduit dans le sang ou le péritoine d'un lapin, nous avons obtenu successivement en exaltant celle-ci : l'érysipèle simple, l'érysipèle avec nécrose circonscrite du derme, l'érysipèle avec nécrose et suppuration, la péritonite pseudo-membraneuse, des abcès métastatiques, la péritonite septique foudroyante.

Nos conclusions générales sont les suivantes :

1° L'infection purulente chirurgicale peut être produite par le streptocoque seul, pourvu qu'il ait revêtu un état virulent particulier ;

2° Sous des états virulents différents, le streptocoque produit des accidents variés;

3° Plusieurs des espèces de streptocoques pathogènes reconnues par quelques auteurs ne sont que des variétés d'une même espèce ;

4° Le streptocoque de l'érysipèle, de l'infection purulente, de l'infection puerpérale sous ses diverses formes, n'est que la même espèce sous des virulences différentes ;

5° Les microcoques tendent vers la forme bacillaire qu'ils prennent dans des conditions encore mal déterminées soit dans l'organisme, soit hors de l'organisme ;

6° La virulence de la forme bacillaire peut revêtir les mêmes changements que celle de la forme streptococcienne ;

7° Il est probable que certains bacilles pyogènes ne sont que des streptocoques modifiés ;

8° Quand on trouvera des bacilles associés au streptocoque pyogène, il sera prudent de ne pas conclure nécessairement à une association microbienne.

De l'éclampsie.

M. Tibone (Turin), *rapporteur.* — La doctrine de l'étiologie de l'éclampsie est étroitement liée à sa pathogénie.

Les différentes théories émises à ce sujet jusqu'à ce jour sont au nombre de six : théorie nerveuse, théorie rénale, théorie hépatique, théorie toxhémique, théorie embolique, théorie microbienne.

Les symptômes cliniques de l'éclampsie ont fait penser que la cause de cette affection résidait dans les centres nerveux, à l'époque où on ne la considérait pas encore comme une entité pathologique.

C'est la découverte de l'albuminurie, due à Cotugno, qui porta les pathologistes à chercher dans le rein la cause de l'éclampsie.

Dans la suite, lorsque les études sur le foie eurent démontré l'influence de cette glande sur les fonctions dépuratives de l'organisme, on chercha dans cet organe une autre cause de l'éclampsie. Je rappellerai à ce sujet les expériences de Schiff et de Queirolo, qui tendent à enlever au foie beaucoup de son importance en tant qu'organe d'élimination.

Diverses altérations du rein et du foie détermineraient, selon Bouchard, l'auto-intoxication, grâce à des substances dont l'action physiologique a été expérimentalement démontrée.

La théorie microbienne ne repose pas encore sur des bases solides : non seulement, en effet, on ne connaît pas encore les espèces microbiennes qui constitueraient les agents pathogènes de l'éclampsie, mais on n'est pas sûr de leur existence et l'on ignore la porte d'entrée par laquelle ils pénètrent dans l'organisme.

On pourrait en dire autant de la théorie embolique.

Si l'on en juge de par l'observation clinique, la théorie la plus conforme à la réalité scientifique paraît être celle de l'auto-intoxication par insuffisance rénale. Cette insuffisance trouble les conditions mécaniques de l'appareil urinaire, et donne lieu à ces phénomènes prodromiques qui ont une si grande importance. En effet, si l'on intervenait dès les premiers signes d'insuffisance rénale, on pourrait dans la plupart des cas empêcher l'évolution de l'éclampsie.

M. Vitanza (Palerme). — La cause de l'éclampsie est complexe. En présence d'une femme enceinte atteinte de crises éclamptiques qui mettent sa vie en danger, il faut, même si le col est fermé et résistant, pratiquer l'accouchement forcé après débridement du col (*hystérostomatomie*).

L'accouchement forcé n'augmente pas les mouvements réflexes, et il ne présente pas plus de danger pour la mère que le forceps, la version, ou même l'accouchement spontané, lorsque la tête est très volumineuse. Il est aussi préférable à l'opération césarienne.

Si le col ne permet pas, même après les incisions, l'introduction de la main, il faut pratiquer la version suivant la méthode de Braxton Hicks ou de Hüter.

On doit avoir recours à l'accouchement forcé, même s'il y a danger de mort pour la femme au cours de l'opération, ou dans le cas où le fœtus a cessé de vivre.

M. Morisani n'admet l'accouchement forcé que lorsque le col est suffisamment dilaté.

M. Mangiagalli. — Dans l'éclampsie, il est très important, pour le pronostic, d'examiner le sang au point de vue de sa toxicité. Le pronostic est d'autant plus favorable que l'on intervient plus tôt.

Je considère comme très utile l'emploi des injections de morphine à la dose d'environ 0 gr. 10 centigr., administrée dans un court laps de temps dès l'apparition des premiers accès ; à une période plus avancée, on aura recours aux injections sous-cutanées d'eau salée et aux inhalations d'oxygène.

MM. Chiarleoni et **Calderini** disent qu'en instituant un traitement médical approprié (morphine, chloral, chloro-

forme) on peut, dans nombre de cas, éviter l'accouchement forcé.

M. Krœnig (Leipzig). — Il est impossible actuellement d'établir un traitement rationnel de l'éclampsie, et l'on doit se borner à combattre les symptômes. La mortalité moyenne est de 20 à 30 0/0.

Les narcotiques enrayent les accès, mais ne guérissent pas la maladie.

A la clinique de Leipzig, on préfère avoir recours à l'accouchement forcé : 18 cas ont donné un seul décès, soit une mortalité de 5.55 0/0.

Deux points importants sont à considérer dans le traitement de l'éclampsie : 1° l'hémorrhagie des déchirures du col, qu'on doit arrêter par le tamponnement du canal cervical avec de la gaze stérilisée ; 2° l'observation d'une asepsie absolue.

Intubation du larynx chez les adultes.

M. Schmiegelow (Copenhague), *rapporteur*, lit sur l'intubation du larynx un travail dont voici les conclusions :

Le tubage laryngien chez les adultes exige une grande dextérité laryngotechnique et une connaissance profonde de l'emploi du laryngoscope.

Le tubage laryngien simple peut dans bien des cas guérir un grand nombre de sténoses cicatricielles du larynx.

Dans les cas où la sténose est très étendue, ou lorsque le larynx est totalement oblitéré, l'intubation doit être précédée d'une laryngo-fissure.

Une trachéo-bronchite purulente chronique avec expectoration abondante de mucus visqueux contre-indique l'intubation.

Les maladies aiguës intercurrentes des voies aériennes sont aussi une contre-indication.

Sur l'empyème latent du sinus maxillaire.

M. G. Gradenigo. — En ce qui concerne les lésions les plus fréquentes du sinus maxillaire, les conclusions principales auxquelles est arrivé l'auteur d'après l'examen du nez, dans une série de 203 cadavres, peuvent être formulées ainsi :

1° On rencontre fréquemment des amas muco-purulents dans le sinus maxillaire ; dans une première série de recherches, il les reconnut dans 17 0/0 des cas ; dans une seconde série, la proportion atteignit jusqu'à 26 0/0.

2° L'absence de lésions des parois osseuses et la fréquente bilatéralité de l'affection autorisent à faire de ces amas un groupe différent des véritables empyèmes.

3° Suivant toute probabilité, ces affections ne sont pas d'origine dentaire, mais d'origine nasale.

4° Dans 2 0/0 des cas l'auteur rencontra des kystes de la muqueuse du sinus maxillaire, avec contenu tantôt séreux, tantôt purulent.

Sur la prétendue perforation vermineuse active de l'intestin.

M. Pestalozza (Pavie). — 1° D'abord il est inadmissible que les helminthes percent la paroi intestinale, parce qu'ils n'ont pas d'organes ni d'instruments aptes à effectuer une semblable perforation.

2° Les ascaris lombricoïdes peuvent quelquefois sortir de l'intestin par des ouvertures faites d'avance avec lesquelles ils n'ont aucun rapport de cause à effet, la perforation ayant lieu avant grâce à d'autres causes infectieuses.

3° Les ascaris lombricoïdes peuvent déchirer la paroi intestinale en des points ramollis par l'infection, amincis et profondément ulcérés, en pressant avec leur tête rigide. Dans ces conditions la perforation finale pourrait être favorisée par la présence d'une grande quantité de vers.

4° Les pelotons de vers (ascaris lombricoïdes) peuvent produire dans l'intestin une irritation plus ou moins vive ; par exemple : de la simple congestion et de l'érosion arriver graduellement, avec le secours de microbes intestinaux, à l'ulcération et à la suppuration, accompagnées d'une perforation accessoire de la paroi entérique aboutissant à la sortie des ascaris. Ceux-ci pelotonnés de nouveau agissent précisément d'une manière infectieuse soit mécaniquement, soit peut-être chimiquement.

5° Les ascaris lombricoïdes, passés dans une portion restreinte de l'intestin (hernie, appendice vermiculaire) peuvent déterminer une infection vasculaire, des érosions muqueuses, et, avec le secours de microbes intestinaux, former un ulcère de la muqueuse, un abcès de la paroi entérique ou un abcès sous-séreux, *extrayant l'abcès de l'intestin ou l'y faisant naître* (?), l'ascaris pourra ainsi passer dans le connectif sous-péritonéal et de cette façon dans la cavité péritonéale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 *mai* 1894.

PRÉSIDENCE DE M. J. ROCHARD.

Virulence du vaccin animal.

M. Hervieux. — 1° La virulence du vaccin animal se manifeste par des phénomènes locaux et généraux dont l'intensité peut être modifiée par l'âge de la génisse, son développement, son état de santé, le siège et le nombre de ses scarifications.

2° La lymphe fraîche est, malgré sa faible virulence, ou plutôt en raison de sa faible virulence, une des meilleures préparations vaccinales qu'on puisse mettre en usage pour l'inoculation des jeunes bovidés.

3° La lymphe fraîche est préférable pour cette inoculation au mélange de la lymphe avec la pulpe, malgré la supériorité de ce mélange au point de vue de la virulence.

4° La lymphe défibrinée ancienne doit être abandonnée en raison de l'atténuation progressive de sa virulence et des accidents de suppuration auxquels elle peut donner lieu.

5° La pulpe glycérinée que l'intensité de sa virulence rendait peu propre à la vaccination des jeunes bovidés peut, une fois purifiée par le vieillissement, être employée pour ces animaux ; mais il n'est pas exact de dire qu'elle produit invariablement la plus pure vaccine.

6° La pulpe desséchée est abandonnée aujourd'hui en raison de la dépense de matière pulpeuse qu'exige sa préparation et des dangers auxquels elle expose.

7° Les vaccinations humaines sont habituellement pratiquées, soit avec la lymphe puisée de pis à bras, soit avec la pulpe glycérinée. Les divergences qui existent entre les auteurs sur la valeur de ces deux procédés s'expliquent par les conditions différentes dans lesquelles l'un ou l'autre de ces deux procédés peut être effectué.

8° L'utilité des micro-organismes rencontrés dans le vaccin animal paraît douteuse, puisque la virulence persiste après leur disparition.

M. Vallin. — La pulpe glycérinée est de beaucoup supérieure à la lymphe vaccinale au point de vue de la virulence et de la constance des résultats. Ce qui explique aisément, d'une part, la difficulté qu'on éprouve à recueillir la lymphe dans la pratique, au cours des opérations publiques de vaccination et, d'autre part, la difficulté de pénétration de ce liquide renfermant toujours des grumeaux et étant d'une limpidité incomparablement moindre que la pulpe.

M. Léon Colin. — L'Institut de vaccine animale de Lyon préfère, depuis 12 à 15 ans déjà, employer la pulpe glycérinée vieille de 2 à 3 mois, la pratique ayant démontré que le vieillissement de celle-ci a une influence des plus favorables. C'est la méthode aujourd'hui employée dans tout le sud-est de la France. Quelquefois même le récipient est ouvert au bout de quelques semaines et la pulpe triturée de nouveau, afin d'obtenir une limpidité parfaite.

M. Charpentier. — C'est aussi l'avis de MM. Chambon et Saint-Yves Ménard.

M. Vallin. — Tout en étant très partisan de l'emploi de la pulpe glycérinée, il me paraîtrait imprudent de conserver ainsi pendant un temps aussi long un liquide putrescible.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Empis, l'Académie fixe comme suit la liste de présentation pour une place d'associé national : 1° M. Rollet (de Lyon), 2° *ex æquo* MM. Lépine (de Lyon) et Renaut (de Lyon).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 11 *mai* 1894.

Tumeur du ligament large.

M. Pilliet présente une tumeur du ligament large enlevée par M. Thiéry dans le service de M. Tillaux. La tumeur était constituée par une poche contenant un liquide séreux. Un point rétréci et un prolongement y attenant partent de la poche kystique. Il s'agit d'une dilatation du canal de Gartner, et la tumeur n'est qu'un kyste du parovaire dérivant du corps de Wolf. C'est la portion urinaire du corps de Wolf qui parait donner naissance aux tumeurs analogues à celle-ci.

Abcès péricostal d'origine tuberculeuse.

M. Durante rapporte au point de vue clinique l'histoire d'un malade observé dans le service de M. Cornil, et présente la pièce anatomique qui fait l'intérêt de l'observation qu'il relate.

Il s'agissait d'un tuberculeux au troisième degré. Une tumeur fluctuante paraissant se vider à l'inspiration et se reproduire à l'expiration existait dans l'hypochondre gauche. Cette tumeur était sous-cutanée. Tout autour il y avait de l'œdème de la paroi abdominale, et on pouvait percevoir à la palpation de la crépitation neigeuse.

On avait porté le diagnostic d'abcès froid péricostal, consécutif à une perforation de la plèvre et du diaphragme. Une poche de pus avait pu ainsi se développer dans la paroi abdominale au-dessus des fausses côtes. Du reste existaient en même temps des signes de pneumothorax. A l'autopsie les lésions observées confirmèrent le diagnostic. Il y avait fistule pleurale, formation d'un trajet tuberculeux dans le 7e espace ...ercostal et poche emphysémateuse dans le tissu cellulaire ... la paroi abdominale. De plus, le 7e cartilage costal est ...dé, et peut-être tuberculeux.

...I. Cornil insiste sur la rareté de la tuberculose des car...es costaux, et demande qu'on examine histologiquement ... des cellules cartilagineuses au siège de la lésion. Ordinairement en pareil cas la lésion du cartilage est passive, et ... primordiale. Le contact du pus paraît la déterminer.

Endocardite végétante.

...ppert fait la présentation de deux cœurs, tous les ... atteints d'endocardite végétante.

...ns le premier cas, il s'agit d'endocardite d'origine pneu...ique. Des végétations dans lesquelles on a trouvé des ...eumocoques se sont développées sur les valvules aortiques. ...omme particularité on note dans ce premier cas une malfor...tion congénitale de l'orifice aortique, dont deux valves ...ent fusionnées et réunies en une seule.

...ans le second cas il s'agit d'endocardite végétante consé...ive à une infection puerpérale. On trouve des végétations ...r la valvule mitrale et sur les valvules aortiques. L'examen histologique révèle l'existence de cocci en courtes chaînettes dans les tissus de nouvelle formation. Ces mêmes cocci sont ...uvés dans le pus de la cavité péritonéale au pourtour de ...térus. La malade en même temps que son endocardite ...vait fait de la péritonite périutérine. Accouchée en ville, elle avait été apportée dans le service de M. Ferrand, où elle est morte quatre jours après son entrée.

Nouveau procédé de suture intestinale.

M. Chaput présente un intestin de chien, sur lequel il a ...xpérimenté un nouveau procédé de suture intestinale. Il fait une abrasion de la muqueuse sur une largeur d'environ deux centimètres. Il invagine le bout supérieur dans le bout inférieur, et pratique ensuite une suture interne séro-séreuse non perforante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 *mai* 1894.

Bromure d'éthyle.

M. Terrier, qui continue à recourir dans son service au bromure d'éthyle seul ou associé au chloroforme, insiste sur la variabilité de ce produit selon son mode de préparation. Ainsi, celui qu'on prépare avec l'alcool, le phosphore et le brome est différent de celui qu'on prépare avec l'alcool, l'acide sulfurique et le bromure de potassium ; il a en particulier une odeur bien plus désagréable, due à ce qu'il contient du phosphure d'hydrogène. D'ailleurs, le bromure d'éthyle des hôpitaux est très impur.

M. Terrier insiste en terminant sur la nécessité d'éviter les émotions aux malades que l'on endort, de les endormir par conséquent hors de la salle d'opérations. Enfin, il faudrait que dans tous les services il y eût un anesthésiste, ce qui est le seul moyen pour que le chloroforme soit bien administré et pour qu'on puisse, en outre, apprendre aux élèves à l'administrer.

M. Terrier enfin a fait la remarque que les sujets qui ont le mal de mer ont toujours des vomissements chloroformiques.

M. Verneuil a écrit, il y a une quinzaine d'années, un mémoire où il a montré que les vomissements chloroformiques sont une affaire de terrain. Il a fait voir l'influence des dyspepsies, des vomissements antérieurs, des lésions rénales et hépatiques, de l'alcoolisme. Il a observé une femme qui a vomi après deux petites opérations sans chloroforme et qui a eu des vomissements particulièrement abondants après chloroformisation. Le mal de mer, dont il n'a pas songé à s'enquérir, est un document de plus.

M. Quénu a vérifié la remarque de M. Terrier. Par contre, il y a des cas où les vomissements antérieurs n'ont pas d'influence. Ainsi M. Quénu a opéré pour cancer de l'estomac une femme qui depuis n'a pas vomi une seule fois.

M. Bazy a fait ce matin l'anesthésie mixte à une fille de 11 ans qui a beaucoup vomi.

M. Segond répond qu'il n'a parlé que de l'anesthésie par le bromure d'éthyle seul.

M. Monod fait remarquer que les enfants vomissent avec une facilité toute spéciale. Il en a observé un qui a plusieurs fois été chloroformisé et a vomi beaucoup : depuis, il a été en mer et n'a pas eu le mal de mer.

M. Lucas-Championnière a fait, par erreur de diagnostic, la laparotomie exploratrice à une femme enceinte de 2 mois ayant des douleurs horribles dans le ventre et des vomissements incoercibles. La grossesse a ensuite été à terme et il n'y a plus eu un seul vomissement.

Dilatation de la jugulaire interne.

M. Delorme résume une observation de M. Mignon (Val-de-Grâce), relative à un homme vigoureux, faisant constamment des efforts pendant lesquels il a constaté que le creux sus-claviculaire droit gonflait. La tumeur ne présente ni battements ni souffle ; elle s'accompagne de quelques maux de tête après des efforts répétés. Ni varice, ni varicocèle, mais le malade a des hémorrhoïdes. M. Mignon a diagnostiqué une dilatation de la veine jugulaire interne, et M. Delorme l'en approuve. A propos du diagnostic de la pneumocèle, Morel-Lavallée, Desfosses font allusion à ces faits, mais sans en citer d'observations.

Récidive des tumeurs bénignes.

M. Berger apporte un document à l'étude de la récidive et de la généralisation des tumeurs bénignes, avec ou sans modification de structure. Il s'agit d'un Hispano-Américain âgé de 24 ans, qui 18 ans auparavant avait vu se développer très lentement sur son index gauche une tumeur pour laquelle il y a sept ans le doigt fut désarticulé ; quelques mois après ce fut le tour du métacarpien correspondant, qui fut amputé il y a quatre ans ; enfin il y a deux ans, débuta à la base de l'espace interne, une tumeur pour laquelle, désireux d'en finir, le malade venait réclamer la désarticulation de l'épaule : M. Berger lui accorda l'amputation de l'avant-bras au-dessus des gaines synoviales.

Les deux premières tumeurs ayant été conservées dans l'alcool, M. Cornil pratiqua leur examen histologique : il s'agissait de fibromes purs. Dans la dernière, il s'agit manifestement d'un sarcome fasciculé.

M. Verneuil rappelle ses recherches sur ce sujet et renvoie à cet égard à la thèse de son élève Ricard. Les modifications de structure s'expliquent parfois parce qu'il s'agit d'une tumeur polykystique, dont un seul des tissus récidive. D'autre

part, il est fréquent que plus le sujet avance en âge et plus les néoplasmes successifs dont il est atteint prennent le caractère de malignité. Quelquefois enfin, la récidive a lieu à longue échéance sans aucune modification de structure. Quant au fibrome et au sarcome, c'est à vrai dire la même tumeur. C'est une question de rapidité d'évolution.

M. Routier suit depuis neuf ans une dame qui a commencé il y a seize ans à avoir autour de l'anus des plaques ressemblant absolument à des condylomes syphilitiques: et l'examen histologique fait à deux reprises après ablation, par M. Cornil, conclut dans ce sens. Mais il y a six ans se développa dans l'aine un volumineux paquet ganglionnaire, lequel était épithéliomateux, ainsi que la récidive enlevée il y a trois ans. Enfin, en décembre 1893, M. Routier constata et extirpa un épithéliome de la muqueuse du rectum.

M. Quénu. — On a eu tort d'établir une équation entre la nature histologique d'une tumeur et son évolution clinique. A l'heure actuelle, nous ne savons rien des formes de cette évolution. Dans le cas de M. Berger, la récidive s'explique très bien : le fibrome et le sarcome sont des tumeurs de même origine, ou plutôt c'est la même tumeur à deux stades différents de son évolution.

M. Kirmisson. — Ce que vient de dire M. Quénu est parfaitement exact.

M. Berger. — M. Quénu me semble aller bien de l'avant; je trouve que le fibrome n'est pas du sarcome. Mon collègue prend une certaine responsabilité en soutenant une telle théorie.

M. Kirmisson. — Le créateur de cette théorie, Messieurs, le voici! (Il montre du doigt M. le professeur Verneuil.)

M. Quénu. — M. Kirmisson a dit vrai; je n'en suis pas le père. Et d'ailleurs ces idées courent les classiques d'outre-Rhin.

M. Peyrot présente, au nom de **M. Dardignac** (Beauvais), un malade opéré pour un kyste dermoïde du médiastin.

M. Hartmann montre une femme chez laquelle il a fait une splénectomie pour une rate mobile.

M. Rigal, médecin militaire, montre deux pièces d'ostéome des adducteurs.

M. Routier présente des pièces relatives : 1° à un kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne; 2° à une appendicite avec perforation opérée et suivie de mort.

M. Lucas-Championnière présente un malade chez lequel il a fait une *trépanation pour un vaste enfoncement du frontal*. Le résultat est très beau, étant données les conditions dans lesquelles a été faite l'intervention. Quand les plaies crâniennes ne suppurent pas, il est rare qu'on ait besoin de recourir à des plaques prothétiques.

M. Rigal présente deux pièces d'*ostéomes des adducteurs*.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 *mai* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Erysipèle et streptocoque.

M. Catrin lit un mémoire qui se termine par les conclusions suivantes :

1° La classification des érysipèles d'après leur courbe thermique est extrêmement difficile à établir.

2° On ne peut se prononcer à l'avance sur la possibilité de récidives ni sur leur gravité; cette dernière pouvant se manifester aussi bien dans les premières que dans les dernières attaques d'érysipèle.

3° L'érysipèle peut se transmettre sous sa forme primitive ou sous la forme d'affection suppurative chez des sujets prédisposés (pleurésie en cours, plaies, etc.).

4° L'évacuation du streptocoque et du bacille d'Eberth est particulièrement nocive.

5° La variabilité de l'érypèle répond bien à la variabilité de nature et de virulence du streptococcus erysipelatis.

M. F. Widal. — Je partage l'opinion de M. Catrin au sujet de la température dans l'érysipèle et pense avec lui qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir une classification suivant les courbes thermiques, tant est variable le cycle thermique au cours de cette maladie.

Depuis longtemps, je soutiens que le streptocoque, suivant sa virulence, peut déterminer chez l'homme les affections les plus diverses d'apparence: érysipèle, lymphangite, suppurations localisées, pyohémies, septicémies, tromboses, etc., mais je ne crois pas que la bénignité ou la malignité d'une attaque d'érysipèle soit toujours sous la dépendance de la plus ou moins grande virulence du streptocoque. Il faut sur ce point compter aussi avec le terrain dont les conditions peuvent varier d'un jour à l'autre, chez le même sujet. Nul exemple ne peut être meilleur que celui tiré de l'érysipèle à répétition, dont les poussées peuvent être, à certains moments, légères, de très courte durée, presque apyrétiques et être occasionnées, malgré cela, par des streptocoques d'une virulence extrême. C'est ainsi que chez une femme dont nous avons publié l'histoire ici même, il y a trois ans, avec M. Hertz, nous avons isolé de la plaque, pendant une de ces poussées érysipéloïdes, un streptocoque qui tuait en 48 heures un lapin inoculé a doses minimes. Le malade qui vient de subir une série d'érysipèles successifs, jouit d'une vaccination relative, qui n'empêche pas de nouvelle révolution locale du streptocoque, mais qui atténue les symptômes généraux, comme l'a bien montré M. Jaccoud. Cette quasi-immunité, il est vrai, n'est pas fatalement perpétuelle, elle peut être rompue à la suite d'un accident, d'une néphrite surtout, et le streptocoque peut à nouveau témoigner toute sa virulence par l'intensité des phénomènes locaux et généraux.

Que l'érysipèle soit contagieux, cela ne fait de doute pour personne, mais l'érysipèle peut naître du contact de malades affectés de simples suppurations à streptocoques, il peut même naître de toutes pièces, sans le moindre contact, par exaltation de la virulence des streptocoques saprophytes de la bouche normale. Ainsi, au cours de recherches que nous poursuivons avec M. Fernand Bezançon, dans 18 examens de bouche normale, nous avons retiré 18 fois un streptocoque qui se développait presque toujours sur gélatine et ne donnait jamais de culture apparente sur pomme de terre. On peut donc dire que le streptocoque est aussi fréquent dans la bouche normale que le coli bacille dans le gros intestin. Aucun de ces streptocoques, inoculé à l'état de pureté, n'avait primitivement d'action pathogène sur le lapin. A peine quelques-uns produisaient-ils un petit abcès local, sans réaction, au point d'inoculation. Nous avons essayé par association avec un coli bacille virulent de relever la virulence de l'un de ces streptocoques, et nous sommes parvenus à produire chez le lapin soit des érysipèles types, soit des foyers de suppuration, soit de l'endocardite végétante, soit des septicémies lentes. Dans la bouche pathologique en général, comme nous aurons l'occasion de le dire prochainement, la présence d'un streptocoque virulent est également relativement rare; dans la bouche des érysipélateux, au contraire, alors même que la muqueuse des amygdales et du pharynx est en état de parfaite intégrité, on trouve assez fréquemment des streptocoques virulents déterminant d'emblée chez le lapin un érysipèle grave (trois fois sur sept cas, d'après mes observations). Cette virulence spéciale des streptocoques de la bouche au cours de l'érysipèle semble démontrer que dans cette maladie l'agent pathogène doit venir presque toujours de la bouche, où il acquiert, tout d'abord, dans des circonstances qui souvent nous échappent, la virulence nécessaire à sa propagation.

M. Comby rapporte l'observation d'une malade morphinomane depuis trois mois et dont la guérison fut obtenue en vingt-cinq jours, par suppression rapide des injections de morphine. L'usage prolongé de la spartéine et de la caféine permit de soutenir l'énergie cardiaque pendant la durée du traitement.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 *mai* 1894.

Présidence de M. Déjerine.

Traitement de l'asphyxie et de la mort apparente.

M. Laborde. — En offrant à la Société le petit volume qui résume mes études sur le *procédé de la langue*, je voudrais rappeler quelques points de son mécanisme et de ses effets. Le nombre des cas où ce procédé a été appliqué avec succès est déjà de 84, et nul doute qu'il ne s'accroisse rapidement; ce sont des cas d'ordre divers, syncope chloroformique, asphyxies diverses, surtout asphyxie du nouveau-né. C'est à la suite de réflexions et observations sur la physiologie de la mort apparente et réelle que j'ai été amené à appliquer ce procédé. La mort en effet n'est dite apparente que parce que certains moyens sont susceptibles de rappeler le jeu des grandes fonctions, la respiration et la circulation. Ce rappel suppose la persistance de la réflectivité bulbo-spinale. Or une des voies les plus sûres de la mise en activité de cette réflectivité est l'action sur certains nerfs sensitifs, surtout le laryngé supérieur. Le glosso-pharyngien et le lingual peuvent intervenir aussi, mais d'une façon beaucoup plus limitée. La traction de la langue a précisément pour *but et pour effet* de produire une excitation mécanique de ces trois nerfs, d'agir par eux sur la réflectivité bulbaire conservée et de remettre en marche les fonctions qui traduisent la persistance de l'activité vitale, respiration et circulation. Dans ces conditions, c'est le nerf phrénique qui manifeste tout d'abord la reprise de l'activité nerveuse centrifuge: quand ce nerf est coupé chez le chien, le procédé de la langue est inutile. D'ailleurs chez le même animal, les tractions de la langue ne font rien sur l'état asphyxique si l'on a coupé les nerfs dont dont il a été parlé, surtout le laryngé supérieur.

Parasite de l'huître.

M. Giard. — Voici un spécimen d'une affection parasitaire de l'huître, qui est essentiellement caractérisée par le développement à la base du muscle des valves, d'une teinte verdâtre qui marque la présence du parasite. Celui-ci est constitué par des formes microscopiques arrondies rappelant l'aspect de certains schyzomycètes: mais jusqu'ici, il a été impossible d'obtenir des cultures de cet organisme sur les milieux usuels. L'huître sécrète des aiguilles calcaires qui tendent à emprisonner et neutraliser le parasite.

Sur la régénération des centres nerveux.

M. G. Marinesco. — La divergence des opinions sur la régénération des centres nerveux et l'intérêt spécial qui s'attache à cette question nous ont engagé à faire quelques expériences sur ce sujet.

Nous avons produit des plaies aseptiques du cerveau et après avoir laissé vivre les animaux (lapin, cochon d'Inde, chats, grenouilles) de 2 jours à 4 mois, nous avons examiné ensuite à l'aide des diverses méthodes (Fleming, Pal, Nissl, Galp) la partie blessée. A l'examen histologique, on constate dans cette région une zone centrale de nécrose et une zone périphérique d'irritation et de réparation. Leur aspect varie suivant la survie de l'animal. Cette dernière zone nous montre un grand nombre de leucocytes et de phagocytes dont quelques-uns présentent des phénomènes de kariokinèse, division qu'on trouve quelquefois dans les cellules périvasulaires et dans l'endothélium des vaisseaux. On trouve aussi de la division indirecte dans quelques cellules nerveuses; mais elle n'aboutit jamais à la division du protoplasma. A aucune de ses phases la cicatrice ne contient des fibres ou des cellules nerveuses de nouvelle formation. Pour la moelle, nous avons fait des sections partielles ou totales, quelques animaux ainsi opérés ont été mis obligeamment à notre disposition par M. Laborde. La cicatrice développée entre les deux bouts sectionnés ne contient pas non plus d'éléments nerveux de nouvelle formation, mais elle est constituée par le tissu de soutènement de l'aisselle, c'est-à-dire par la névroglie et par du tissu connectivo-vasculaire. On voit donc que la conclusion qui s'impose c'est la non-régénération des cellules et fibres nerveuses à la suite de leurs altérations destructives.

Nous ne nions pas en principe la tendance des cellules nerveuses à la régénération, parce que c'est une propriété commune à tous les tissus vivants et les phénomènes de division indirecte que nous avons mentionnés dans la cellule nerveuse le prouvent. Mais cette cellule a perdu ses facultés végétatives de multiplication et dans la lutte pour la vie entre la cellule nerveuse et le tissu de soutènement, c'est ce dernier qui l'emporte et c'est lui qui répare la perte de substance.

Trypsine dans les tissus.

M. Arthus. — On admet actuellement que les ferments organiques ne sont pas concentrés d'une façon absolue dans certains organes, mais peuvent se retrouver dans différents tissus. Visant le point particulier de la détermination de la trypsine, j'ai vu que ce ferment agissant sur la fibrine en milieu fluoré déterminait l'apparition de belles aiguilles de tyrosine qu'il est facile de spécifier au microscope. La réaction me paraît présenter une grande sûreté, et pourra servir à déterminer la présence du ferment trypsique dans les organes supposés pourvus de ce ferment.

M. Butte a constaté qu'en ajoutant au foie frais du sang, on observait des phénomènes de glycolyse qui sont parallèles à la persistance de la fonction glycogénique.

M. Prenant étudie le développement des corps olivaires dans le bulbe rachidien des mammifères.

M. Contejean analyse certaines particularités des tracés cardiographiques.

M. F. Regnault fait une communication sur la suture lacrymo-ethmoïdale chez l'homme et chez les singes.

J. Girode.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 9 *mai* 1894.

Présidence de M. Colrat.

Périaortite.

M. P. Courmont, interne des hôpitaux, présente le cœur très hypertrophié (110 gr.) d'une malade atteinte d'insuffisance aortique et étant morte subitement après avoir présenté quelques phénomènes angineux.

Ceux-ci sont expliqués par une périaortite s'étendant à la *crosse de l'aorte et à toute l'aorte thoracique.*

Discussion sur l'anesthésie.

M. Raphaël Dubois a été associé aux recherches de Paul Bert sur les anesthésiques. Ce physiologiste avait espéré qu'on pourrait arriver, avec le chloroforme comme avec le protoxyde d'azote, à une *zone maniable*, c'est-à-dire à un mélange d'air et d'anesthésique en des proportions telles que l'anesthésique pourrait être indéfiniment employé sans danger de mort. Malheureusement ce desideratum est irréalisable, à cause de l'action cumulative du chloroforme. Toutefois les mélanges titrés d'air et de chloroforme ont un avantage incontestable.

Le chloroforme agit non pas proportionnellement à sa quantité, mais proportionnellement à la quantité de vapeurs contenue dans un volume d'air donné, en un mot proportionnellement à sa dilution.

La dilution convenable pour une anesthésie est de 8 gr. de chloroforme pour 100 litres d'air.

M. Dubois a fait, sans aucun accident, dans le service de M. Péan, 2 à 300 anesthésies avec ce mélange. Mais les gazomètres de Paul Bert étaient encombrants, aussi M. R. Dubois a-t-il fait construire un appareil portatif faisant mécaniquement le mélange. Cet appareil est présenté à la Société ; il se compose essentiellement d'un piston plongeur actionné par une petite roue munie d'une manivelle; un excentrique gradué à 6, 8, 10, permet d'avoir un mélange titré à 6, 8, 10 0/0. L'air est de son côté mesuré par un piston à double effet, et amené au contact des vapeurs de chloroforme, dans les proportions voulues. L'écoulement est constant et régulier.

Il faut commencer à anesthésier avec le 10 0/0. Quand le malade est anesthésié, on lui donne du 8 0/0 pour le saturer; et enfin, on le maintient avec le 6 0/0.

Ce mélange est transporté dans les voies respiratoires par un tuyau flexible auquel peuvent être adaptés : 1° un masque *sans soupape* (laquelle offre des dangers) ; 2° un tube nasal ; 3° un tube buccal. — L'un ou l'autre de ces appareils a ses indications variant avec la région opératoire. L'anesthésie sera toujours commencée avec le premier.

M. Dubois regrette que les efforts de P. Bert et les siens soient restés vains, et que les enseignements de P. Bert soient méconnus à ce point que dans un récent manuel sur l'anesthésie on ait pu écrire que, dans une anesthésie, il fallait donner le plus de chloroforme et le moins d'air possible. C'est là une hérésie monstrueuse. Il faut au contraire anesthésier le plus lentement possible, donner le plus d'air possible, et verser le chloroforme goutte à goutte, — si l'on n'emploie pas les mélanges titrés. Dans ce dernier cas, l'appareil le plus simple consiste dans deux manchettes emboîtées l'une dans l'autre et entre lesquelles on insinue une compresse. M. Dubois a, sur ce modèle, fait construire une double manchette métallique ; à la manchette externe s'adapte le flacon à chloroforme, qui peut basculer mécaniquement sur la compresse, à l'aide d'un ressort sur lequel presse le doigt de l'aide chargé de l'anesthésie.

M. Mayet démontre par l'expérimentation que de deux animaux en état de mort apparente, à la suite d'une anesthésie, l'un par le chloroforme, l'autre par l'éther, le premier ne peut être rappelé à la vie à l'aide de la respiration artificielle, tandis que le deuxième peut l'être en quelques minutes, dans la grande majorité des cas.

M. Augagneur se déclare, en principe, partisan de l'éther, mais admet, comme M. Poncet, que le jeune âge du sujet, ou son âge très avancé, et l'existence d'un catarrhe pulmonaire constituent des contre-indications. En ce qui concerne les cas de mort observés par MM. Vallos et Tellier, il ne croit, pas plus que M. Poncet, que l'irruption de liquides dans les voies respiratoires ait pu jouer un rôle ; il s'est agi, dans ces deux cas, d'un phénomène agonique. Les malades, très affaiblis, ont été intoxiqués.

Des deux mécanismes de la mort par les anesthésiques, le réflexe et l'intoxication, le second seul a été observé dans les cas de mort par éthérisation relatés au cours de cette discussion. Nous ne connaissons pas de mort par le premier mécanisme à la suite de l'anesthésie par l'éther, tandis qu'il en a été observé avec le chloroforme. Donc l'éther est préférable, puisque la mort par intoxication peut toujours être évitée.

A. Pic.

ÉTRANGER

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 8 mai 1894.

Prolapsus de l'urèthre chez une petite fille.

M. Bryant. — J'ai observé une petite fille de 6 ans atteinte d'un prolapsus très prononcé de l'urèthre. A l'âge de 3 ans elle avait eu à plusieurs reprises une grande irritation des parties génitales, avec écoulement vulvaire muco-purulent. A l'âge de 6 ans l'irritation génitale reparut et bientôt on put voir entre les lèvres une masse rouge, congestionnée, avec un orifice central, à travers lequel une sonde put pénétrée dans la vessie. Il fut donc évident que cette masse n'était qu'un urèthre évaginé. On endormit l'enfant, on dilata l'urèthre et on explora la vessie sans y rien trouver; l'urèthre fut par là même réduit. L'enfant guérit très bien.

M. Croft. — Il y a quelques années, j'ai publié un cas de prolapsus de la vessie à travers l'urètre, formant entre les lèvres une tumeur piriforme, congestionnée. Sous l'influence d'un anesthésique, le prolapsus fut réduit.

Uretéro-lithotomie.

M. Cotterell. — Je viens de pratiquer l'opération de l'uretéro-lithotomie chez une femme de 61 ans. Le 13 mars 1893 on fit la néphrolithotomie, enlevant ainsi plusieurs calculs; la plaie guérit. Cinq semaines après il y eut une colique néphrétique intense. On explora vainement le rein et la partie supérieure de l'uretère. Je fis alors une incision semblable à celle qui permet la ligature de l'artère iliaque primitive et j'explorai l'uretère; j'y trouvai un calcul au-dessous du rebord du bassin. Je n'ai pas suturé l'uretère. Dans un autre cas il s'agissait d'une femme de 44 ans; elle avait des symptômes de calcul vésical. L'exploration de la vessie par l'urèthre révéla la présence de deux calculs logés dans la partie inférieure de l'uretère droit et ne faisant pas saillie dans la vessie. On incisa l'uretère à travers la paroi vaginale et on retira les calculs.

M. Morris. — Il y a plusieurs années, j'ai senti un calcul dans la partie inférieure de l'uretère chez une femme ayant longtemps souffert de lithiase rénale. C'est en explorant la vessie avec le doigt que j'ai senti le calcul dans la partie inférieure de l'uretère. La malade était si épuisée que je ne pus faire l'opération.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 7 mai 1894.

Points par lesquels débute la tuberculose chez les enfants.

M. Carr. — Je suis arrivé aux conclusions suivantes : 1° la tuberculose débute généralement chez les enfants par les ganglions; 2° la tuberculose des ganglions cervicaux peut se faire par une infection apportée par le courant sanguin ; cependant la tuberculose des ganglions bronchiques et mésentériques, quand elle est primitive, est généralement, sinon toujours, due à une infection directe par l'organe avec lequel les ganglions sont en connexion ; 3° la tuberculose débute plus souvent par le thorax que par le ventre ; 4° la tuberculose des ganglions profonds est fréquente à l'état isolé, sans qu'on puisse la soupçonner, comme le montrent les autopsies ; 5° au point de vue traitement, c'est surtout la prophylaxie qui a de l'importance.

M. Martin. — L'infection se fait d'ordinaire par le poumon ou le tube digestif et on peut diviser ces cas d'infection en trois groupes, suivant : 1° qu'on trouve une lésion primitive ; 2° qu'on ne trouve pas de lésion au point où s'est faite l'infection ; 3° qu'on trouve une lésion locale insignifiante avec une infection généralisée intense. Le premier groupe comprend la phthisie pulmonaire ordinaire et les ulcérations tuberculeuses de l'intestin. Le deuxième groupe comprend les cas analogues à la méningite tuberculeuse primitive, aux tumeurs blanches, etc. Il est difficile alors de trouver la porte d'entrée du bacille. Mais il n'est pas douteux que cette porte d'entrée existe, comme le prouvent mes expériences sur les animaux.

Ulcère chronique du duodénum.

M. Dean. — Une femme de 27 ans entra à l'hôpital pour une douleur abdominale intense avec distension du ventre et des vomissements. Depuis une quinzaine de jours la malade avait des douleurs au creux de l'estomac. On fit le diagnostic de péritonite due à une obstruction intestinale. On fit une laparotomie et on vit s'écouler un liquide purulent ; on trouva un ulcère perforé de la paroi antérieure du duodénum ; les bords de la perforation étaient indurés. J'ai excisé les bords avec des ciseaux et j'ai suturé la plaie avec des sutures de Lembert. La malade guérit en 15 jours. Au bout d'un mois et demi elle fut prise de douleurs abdominales ; on renouvela la laparotomie et on trouva une bande produisant une occlusion de l'intestin au-dessus de la valvule iléo-cæcale. On coupa cette bande, mais la malade mourut trente-six heures après l'opération ; à l'autopsie on trouva au-dessus de la bande une perforation de l'intestin.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal
ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS
L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 28 mai au 2 juin 1894.

Mercredi 30. — M. Laurent. Etudes ur l'évolution anatomique et clinique des anévrysmes de la pointe du cœur. — M. Martin. Les difficultés du traitement des teignes tondantes. — M. Grasset. Rapports du scrofulo-lymphatisme avec la syphilis et la tuberculose. — M. Dambies. Du traitement du genu valgum infantile. — M. Lagoudaky. Etude clinique des rapports de la syphilis et du tabes. — M. Chibret. Contribution à l'étude anatomo-pathologique des épithéliomas adamantins. — M. Turmel. Contribution à l'étude de meyyatrice.

Jeudi 31. — M. Delhaye. Des albuminoïdes d'origine animale dans le régime alimentaire des malades. — M. Valentin. Les religions orientales considérées dans leurs rapports avec l'hygiène sur la prophylaxie des maladies contagieuses. — M. Dupont. De la tuberculose intestinale et de son traitement. — M. Charnaux. Essai sur le diabète sucré syphilitique. — M. Bologowski. Sur le choléra asiatique de 1892-93 en Russie et les mesures administratives prises par le Gouvernement contre cette épidémie.

Concours pour le clinicat. — Il s'ouvrira le 25 juin 1894, à 9 heures du matin, à la Faculté, des concours pour les emplois suivants :

1° Trois places de chef de clinique médicale et quatre places d'adjoint;

2° Une place de chef de clinique titulaire des maladies mentales et une place d'adjoint;

3° Une place de chef de clinique titulaire des maladies des enfants et une place d'adjoint.

Inscription de midi à 3 heures, guichet n° 2, jusqu'au 10 juin.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. de Nabias, agrégé, est chargé, pour le second semestre de l'année 1893-1894, d'un cours de matière médicale.

M. Binaud est maintenu pour un an, à dater du 16 mars 1894, dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

MM. Triboudeau et Chemin sont institués, jusqu'au 31 octobre 1895, aides d'anatomie en remplacement de MM. Crozet et Cognacq.

VARIÉTÉS

Concours du Bureau central. — *Chirurgie*. Sont admissibles MM. Albarran, Sébileau, Thiéry, Beurnier, Rieffel, Chevalier, Legueu, Demoulin.

Accouchements. La question écrite a été : Structure de l'ovaire; ovulation.

Médecine. La question écrite a été : Entérite tuberculeuse.

Amphithéâtre d'anatomie. — Le conseil municipal a reçu la proposition de déplacer l'amphithéâtre d'anatomie, qui serait transporté boulevard Arago, et à côté la création d'un service de 44 lits à la clinique d'accouchements.

Concours pour une place de médecin-adjoint à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. — Un concours pour une place de médecin-adjoint à l'hôpital Saint-André aura lieu le mardi 3 juillet prochain; les candidats devront être inscrits au secrétariat des hôpitaux, le mardi 19 juin.

Hôpital Saint Joseph. — Un concours sera ouvert le 2 juillet 1894, pour sept places d'internes en médecine et chirurgie.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'hôpital, 1, rue Pierre-Larousse, ou au secrétariat de l'Institut catholique, 74, rue de Vaugirard, Paris.

Exposition internationale d'hygiène urbaine et maritime et d'hydrothérapie à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais). — Un comité vient de se former à Boulogne-sur-Mer, sous le patronnage de M. le ministre de l'Intérieur et de la municipalité de cette ville, pour l'organisation d'une *Exposition internationale d'hygiène urbaine et maritime et d'hydrothérapie*, qui aura lieu du 15 juillet au 15 septembre 1894.

Le comité d'honneur comprend les plus hautes notabilités scientifiques, administratives, etc.

Boulogne étant à la fois une ville commerciale, industrielle et de plaisance, cette Exposition y prend une importance exceptionnelle; les questions d'hygiène, du reste, tiennent de nos jours une place considérable dans les préoccupations de tous : il n'est guère de grandes villes où l'on n'ait fait de sérieux efforts pour l'assainissement urbain, de même que pour propager dans la population les meilleures méthodes de prophylaxie et de désinfection. Au point de vue pratique, la réussite de l'Exposition est donc assurée.

L'emplacement choisi, quai Gambetta, est d'ailleurs, pendant toute l'année et surtout l'été, l'endroit le plus fréquenté de la ville; le spectacle si animé du port, le voisinage du Casino et de la digue grandiose créée au boulevard Sainte-Beuve sont autant d'éléments d'attraction.

L'on peut prédire à l'Exposition d'hygiène de Boulogne-sur-Mer le succès le plus complet.

Modification du tarif des opérations médico-légales. — Le budget du ministère de la justice pour 1895 présente une augmentation de 122.000 francs sur l'année 1894.

Le décret du 21 novembre 1893 modifiant le tarif des opérations médico-légales et rendu en exécution de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine exige un crédit de 90,000 francs. Cette somme correspond : 1° à l'élévation du tarif qui a fondu en une seule classe les trois classes existant antérieurement; 2° à la majoration du prix des autopsies et à leur division en plusieurs catégories qui n'existaient pas auparavant; 3° aux vacations allouées pour les rapports.

SUPPLÉMENT THÉRAPEUTIQUE AU MERCREDI MÉDICAL

HYDROLOGIE

Dyspepsie; troubles circulatoires; phlébite. — *Traitement par l'Eau minérale de Châtel-Guyon (Source Gubler).* **Guérison**; par M. le Dr Baraduc, médecin consultant à Châtel-Guyon.

Depuis le siècle dernier et grâce en partie aux écrits de Raulin, inspecteur général des eaux de France, les eaux de Châtel-Guyon sont considérées comme un des meilleurs traitements contre la dyspepsie. Cette opinion a été confirmée par les travaux de MM. Gubler et Durand-Fardel sur les dyspepsies.

Pendant dix-huit ans consécutifs d'exercice comme médecin consultant à Châtel-Guyon, j'ai pu me convaincre de l'efficacité des eaux de cette station dans les diverses formes de la dyspepsie, et j'ai recueilli de nombreuses observations qui la constatent; celle qui va suivre est des plus probantes et des plus intéressantes pour trois motifs principaux; je crois utile de la publier.

1° Le malade n'est pas allé à la station, il a été traité chez lui à Paris; on ne peut donc pas invoquer, pour expliquer sa guérison, le changement d'habitudes, l'air de la campagne, etc.

2° Il avait suivi antérieurement et sans résultat un grand nombre de traitements divers, et spécialement celui de Vichy.

3° Enfin sa dyspepsie est liée à des troubles de la circulation et à un état général variqueux des veines destiné à éclairer le médecin sur l'origine de sa dyspepsie, et peut-être à viser un point de l'étiologie si obscure de cette maladie.

Observation. — M. C..., 69, rue de Dunkerque, Paris, industriel; âge : 56 ans; tempérament lymphatique sanguin; a voyagé 18 ans. Gros appétit, faisait en général un seul repas dans la journée, à des heures irrégulières. Santé normale jusqu'à cinquante ans, sauf l'apparition d'hémorroïdes, il y a 17 ou 18 ans, qui, d'abord très douloureuses et gênantes, devinrent ensuite beaucoup plus supportables. Malade depuis cinq ans.

Deux groupes de phénomèmes morbides :

1° Dyspepsie stomacale caractérisée par difficulté de digestion stomacale sans douleur. Les fécules, la bière, le café, le sucre sont particulièrement difficiles à digérer. Pyrosis habituel très pénible, surtout la nuit, vomissements ou plutôt régurgitation presque tous les jours, 4 à 5 heures après le dîner; amaigrissement, perte de mémoire, amoindrissement des forces; somnolence continuelle, selles régulières et normales.

2° Depuis cinq ans, M. C... a été atteint de phlébite successivement aux deux jambes, affection qui a nécessité un séjour de plus de trois mois au lit.

La phlébite fut soignée par les moyens ordinaires, mais revint successivement pendant cinq ans, laissant des varices aux deux jambes. La dyspepsie fut traitée par le bicarbonate de soude, la magnésie, le charbon et autres remèdes, mais spécialement pendant trois ans par l'eau de Vichy, à Vichy même et à domicile.

L'eau de Vichy ne produisit, comme le bicarbonate de soude, qu'un soulagement momentané au point de vue du pyrosis; mais ce soulagement ne dépassait jamais quelques heures; et la maladie continuait à progresser, les vomissements devenaient de plus en plus fréquents, le malade ne se nourrissait presque plus.

C'est dans ces conditions que je trouvai M. C...

Je lui ordonnai de l'eau de Châtel-Guyon, je lui conseillai d'en boire une bouteille par jour dans les conditions suivantes : deux verres le matin à jeun en mettant une demi-heure d'intervalle entre chaque verre, et le reste de la bouteille mêlé au vin en déjeunant.

Je lui recommandai de ne prendre que des demi-verres si les verres entiers n'étaient pas parfaitement digérés dès le premier jour, l'expérience m'ayant démontré que beaucoup de dyspeptiques digèrent mal les liquides, même les plus faciles à digérer. L'eau fut parfaitement tolérée.

Dès le deuxième jour, le pyrosis disparut complètement. Le troisième jour, plus de vomissements; enfin, au bout du douzième jour, plus d'accidents, la digestion étant revenue complètement normale.

Le malade continua néanmoins le traitement pendant 25 jours environ, et le cessa, se trouvant parfaitement guéri.

Il reprit son train de vie habituelle et passa 7 ou 8 mois sans se ressentir aucunement de sa dyspepsie. Au bout de 8 à 10 mois, les phénomènes anciens reparurent, à l'exception des vomissements, qui ne sont jamais revenus. A cette époque, nouvelle cure de Châtel-Guyon, 12 bouteilles, et nouvelle disparition complète de la maladie.

Depuis, quelques petites rechutes, mais toujours en décroissance l'une sur l'autre ; en somme, le malade est revenu à peu près à son état normal.

Il est bon de remarquer, en outre, que lorsque M. C... a pris pour la première fois de l'eau de Châtel-Guyon, il ne passait pas 8 ou 10 mois depuis 5 ans sans être atteint de phlébite aux jambes et que depuis ce traitement il n'en a plus souffert.

Quel nom particulier donner à cette forme de dyspepsie? Comment la faire rentrer dans la classification de M. Gubler? Ce n'est pas une dyspepsie douloureuse ou spasmodique, puisqu'il n'y a ni douleur ni spasme. Ce n'est pas une dysenterie catarrhale et saburrale, les voies digestives restaient en bon état, l'appétit soutenu, les vomissements toujours composés exclusivement d'aliments. Ce n'est pas une dyspepsie inflammatoire, il n'y a pas trace d'inflammation. Reste la dyspepsie atonique; mais toutes les dyspepsies sont plus ou moins atoniques, le fait principal étant pour cette maladie le séjour prolongé plus que normalement des aliments dans l'estomac, l'absence ou la diminution d'intensité des mouvements péristaltiques qui sont chargés de brasser les aliments, et de ceux qui doivent provoquer leur migration de la grande courbure à l'orifice pylorique.

Il est évident que le cas de dyspepsie rapporté plus haut, et qui est plus fréquent qu'on ne pourrait le supposer, ne rentre en aucune façon dans cette classification, et cependant c'est une vraie dyspepsie, je n'en veux pour preuve que la définition générale que donne M. Leven de cette maladie dans son remarquable *Traité des maladies de l'estomac*.

Voici cette définition :

« Toutes les fois que la muqueuse de l'estomac est congestionnée au delà du degré physiologique et reste congestionnée, il se produit un certain nombre de symptômes : gonflement de la région stomacale, sensation de gêne et de pesanteur, crampes, brûlures, excrétion d'eau et de gaz, etc. Ce sont là des signes locaux qui accusent la congestion excessive de la muqueuse. Il se développe en même temps des symptômes éloignés, des bâillements, des pandiculations, des phénomènes du côté du système nerveux, du système musculaire, etc. L'ensemble de ces signes constitue la dyspepsie. »

Cette définition est certainement bien vague; mais, outre que toutes les dyspepsies viennent y trouver leur place, elle assigne — et c'est là l'important — un siège fixe à la maladie. Ce siège se trouve d'abord dans les vaisseaux de la muqueuse stomacale, et successivement dans ceux des diverses enveloppes de l'estomac. Est-ce à dire que ces vaisseaux sont toujours congestionnés et, plus tard,

enflammés et transformés dans leur calibre ou leur texture intime ?

Ceci posé, et pour le cas particulier qui fait le sujet de notre observation, nous pouvons facilement comprendre la relation qui existe entre les phlébites consécutives, l'état variqueux des veines, le gonflement hémorrhoïdal et la dyspepsie stomacale du malade en question. Ce malade, évidemment prédisposé aux troubles vasculaires, aux congestions veineuses et aux dégénérescences des tuniques vasculaires, a souffert, très probablement, d'une congestion des petites veines de la muqueuse et des enveloppes stomacales avec, peut-être, un commencement d'état variqueux de ces veines, dont le calibre augmenté gênait les mouvements de l'estomac et produisait ces phénomènes de dyspepsie.

Reste à expliquer comment les eaux de Châtel-Guyon ont pu avoir raison de cet état morbide. Nous attribuons leur influence curative dans ce cas-là — comme dans tous ceux où la congestion des veines stomacales est la principale cause de la dyspepsie — aux chlorures qu'elles renferment en grande quantité, et principalement au chlorure de magnésium qui est un incomparable excitant de la fibre lisse des vaisseaux et de tous les canaux de l'économie et, par conséquent, un décongestionnant au premier chef, en même temps qu'un moyen puissant pour réveiller les mouvements de l'estomac et de l'intestin en général.

Ce traitement se rapproche, du reste, beaucoup de celui préconisé par M. Leven, dans lequel le chlorure de sodium tient la première place et dont l'action est assez semblable à celle du chlorure de magnésium, mais beaucoup moindre.

M. Leven prescrit 2 grammes de ce sel ou de bromure de potassium, ou de sulfate de soude, le matin à jeun ; mais c'est précisément ce que le malade prend de chlorure dans une demi-bouteille d'eau de Châtel-Guyon, et sous une forme incomparablement plus digestive, avec une quantité notable de carbonate de chaux qui n'est pas inutile, surtout dans la dyspepsie acide, et avec une quantité importante de carbonate de fer qui peut être aussi utile chez un dyspeptique épuisé.

En un mot, de ce qui précède je crois pouvoir conclure que, soit à la station, soit à domicile, l'eau de Châtel-Guyon constitue l'un des meilleurs, peut-être le meilleur mode de traitement de la dyspepsie stomacale, surtout quand elle est liée à un tempérament lymphatique à circulation lente avec prédominance des phénomènes congestifs des vaisseaux de l'estomac.

BIBLIOGRAPHIE

Librairie G. MASSON.

Atlas de Laryngologie et de Rhinologie, par A. Gouguenheim, médecin de l'hôpital Lariboisière et de la clinique laryngologique de l'hôpital, et J. Glover, ancien interne de la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière. — Avec **37 planches** en noir et en couleurs comprenant ensemble 246 figures et 47 figures dans le texte. 1 vol. grand in-4°. 50 fr.

Les auteurs n'ont pas visé à faire une énorme collection, ils se sont contentés de présenter aux lecteurs les cas les plus fréquents rencontrés dans la pratique. Les figures des planches ont été dessinées d'après nature et gravées par l'un des auteurs, ce qui en garantit l'exactitude. Le texte qui précède les planches n'est pas seulement un commentaire des figures, mais c'est un véritable *manuel pratique* qui, pour la commodité du lecteur, a été divisé en quatre chapitres : anatomie topographique, technique laryngoscopique et rhinoscopique, anatomie pathologique, médecine opératoire.

Manuel des amputations du pied, par Roux de Brignoles, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille, chirurgien des hôpitaux, précédé d'une préface de M. L. Ollier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut. 1 vol., relié toile, avec 90 fig. et planches. 10 fr.

Ce livre, comme le dit M. Ollier dans la préface par laquelle il présente l'ouvrage au public, est destiné à rendre les plus grands services, non seulement aux étudiants qui veulent s'exercer à la pratique des opérations sur le cadavre, mais aux chirurgiens qui ont besoin de prendre une idée exacte des procédés pour pouvoir les comparer entre eux et choisir le plus approprié au malade qu'ils ont sous les yeux. Cet ouvrage est en même temps une sorte d'atlas de l'anatomie topographique du pied. Grâce au format qui a été choisi, on a pu donner en effet aux 90 figures qui illustrent ce manuel un développement qui en fait de vraies planches d'anatomie.

Clinique médicale de la Charité. — *Leçons et Mémoires*, par le professeur Potain et ses collaborateurs Ch.-A. François-Franck, professeur suppléant au Collège de France, H. Vaquez, chef de clinique de la Faculté de médecine, E. Suchard, chef de laboratoire d'anatomie pathologique, P.-J. Teissier, interne des hôpitaux. 1 fort vol. in-8° de 1060 pages avec nombreuses figures dans le texte............ 30 fr.

Ce volume contient tout d'abord des *leçons* du professeur, recueillies par M. Vaquez, chef de clinique. Celles qui ont été choisies se rapportent toutes aux maladies du cœur. Voici les titres des principales : *Séméiologie cardiaque* (9 leçons, palpitation, percussion, auscultation, signes fonctionnels). *Palpitations. Endocardite rhumatismale aiguë ; Rhythme mitral. Le cœur des tuberculeux. Les cardiopathies réflexes. Névropathies d'origine cardiaque. Traumatismes cardiaques. Symphyse cardiaque. Pronostic. Traitement* (3 leçons).

Le reste du livre est composé de travaux et de recherches poursuivis dans le service : deux mémoires de M. Potain (*des souffles cardio-pulmonaires et du choc de la pointe du cœur*) sont la démonstration complète de certains points de la séméiologie cardiaque, qui sont également tranchés dans les leçons.

M. Vaquez a donné un mémoire important sur la *Phlébite des membres ;* M. Teissier (interne du service) a rédigé les *Rapports du rétrécissement mitral pur avec la tuberculose;* M. Suchard, chef du Laboratoire d'anatomie pathologique, a fourni un intéressant travail sur la *Technique des autopsies cliniques*.

Enfin, M. François-Franck, professeur suppléant au Collège de France, a rédigé pour ce volume un très important mémoire, l'*Analyse de l'action expérimentale de la digitale*. Ce mémoire est le développement d'une leçon que M. François-Franck avait faite aux élèves de la Charité.

L'ensemble de ce volume forme donc un tout traitant spécialement des maladies du système circulatoire.

Traité des Maladies des yeux, par Ph. Panas, professeur de clinique ophthalmologique à la Faculté de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, membre honoraire et ancien président de la Société de chirurgie. 2 volumes grand in-8° avec 453 figures et 7 planches coloriées. Cartonnés. 40 fr.

Dans cet ouvrage, l'auteur s'est attaché à donner d'une façon concise l'état actuel de la science ophthalmologique en prenant pour base la clinique sans négliger l'enseignement et les recherches de laboratoire. — Le premier volume comprend l'anatomie, la physiologie, l'embryologie, l'optique et la pathologie du globe de l'œil. Il se termine par l'instruction ministérielle sur l'aptitude au service militaire. — Le second contient ce qui a trait à la musculature, aux paupières, aux voies lacrymales, à l'orbite et aux sinus crânio-faciaux ; le tout envisagé au point de vue de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. Vu l'intérêt qui s'y rattache, les articles consacrés à la cataracte, au glaucome et à l'ophthalmie sympathique, constituent autant de monographies. En un mot, essentiellement pratique, ce livre s'adresse autant aux étudiants qu'aux ophthalmologues de profession.

Les agents physiques et naturels : agents thermiques, électricité, modifications de la pression atmosphérique, climats et eaux minérales ; cinquième partie des *Leçons de thérapeutique*, par le Dr Georges Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine. 1 volume in-8°, avec nombreuses figures et 1 carte.............. 12 fr.

Ce volume, accompagné de nombreuses figures et d'une carte des eaux minérales et des stations climatériques, est le complément naturel des quatre volumes primitivement publiés et consacrés aux *Médications*.

En voici le sommaire résumé :

Agents thermiques (8 leçons). Résultat général de l'hydrothérapie, emploi de l'eau froide à l'intérieur. Applications chaudes. Applications froides, douches, drap mouillé,

bains et douches d'air, douche écossaise, bains russes, indications et contre-indications de l'hydrothérapie. — *Électricité, Électrisation* (19 leçons), notions générales, résistance, électricité statique, machines, piles, accumulateurs, bains électriques, galvanothermie. — *Pression atmosphérique* (2 leçons). Aérothérapie, bains d'air comprimé, appareils, effets physiologiques. — *Climats* (5 leçons). Qualités de l'air atmosphérique. climats maritimes, climats de montagnes, climats de plaines. — *Eaux minérales* (11 leçons). Effets physiologiques. Traitement externe. Traitement mixte. Traitement interne. Classement des eaux minérales.

THÉRAPEUTIQUE

Les eaux de Châtel-Guyon, leurs effets thérapeutiques (communication faite au Congrès international de Rome).

Les eaux de Châtel-Guyon, connues seulement depuis deux siècles, n'étaient pas ignorées à l'époque gallo-romaine. Comme témoignage, nous trouvons de nombreux vestiges découverts dans le village même, ainsi que des poteries et les restes d'une piscine mis au jour en faisant des fouilles pour construire l'établissement thermal.

Depuis 1670, époque à laquelle a paru la première analyse faite par Du Clos, jusqu'à nos jours, beaucoup d'autres ont été opérées soit à la source même, soit sur des eaux transportées.

La dernière, qui a pour auteur Carnot, ingénieur des mines, date de 1880 et a donné comme résultat :

Acide carbonique libre...	1 gr. 1120
Chlorure de magnésium..	1 gr. 5630
— de sodium......	1 gr. 6330
Bicarbonate de calcium...	2 gr. 1769
— de sodium...	0 gr. 9550
— de fer.......	0 gr. 0685
— de lithium...	0 gr. 0194
— de potassium.	0 gr. 2538
Sulfate de chaux	0 gr. 4990
Silice..................	0 gr. 1108
Arsenic.................	traces
Alumine................	traces
Acide phosphorique.....	traces
Acide borique...........	traces
Total...........	8 gr. 3914

Ces eaux nous offrent, on le voit, une composition fort complexe; aussi a-t-on fort discuté pour savoir dans quelle classe on devait les ranger. Finalement, elles ont été classées dans le groupe des salines magnésiennes.

L'effet des eaux varie suivant la dose prescrite.

Prise à la dose de 1 à 3 verres, c'est-à-dire de 2 à 6 grammes, l'eau de Châtel-Guyon excite la production du suc gastrique, active les sécrétions biliaires et intestinales, stimule les contractions du tube digestif, accroît l'excrétion des urines. Si l'usage en est continué pendant plusieurs jours, l'appétit augmente, les digestions deviennent plus faciles, les garde-robes régulières ; l'assimilation se fait mieux, les combustions sont plus actives, le pouls et la température s'élèvent très légèrement et l'urée augmente en petite proportion dans l'urine. La menstruation se trouve également influencée d'une façon favorable. En un mot, tous les phénomènes de nutrition s'opèrent dans de meilleures conditions et il se produit rapidement un accroissement des forces et du bien-être.

Si l'eau est prise en plus grande quantité, c'est-à-dire à la dose de 3 à 6 verres ou de 6 à 1200 grammes, l'augmentation de la pression intra-vasculaire et l'excitation produite sur les reins par l'élimination des principes minéraux amènent une diurèse abondante, puis l'action stimulante imprimée aux contractions du tube digestif ainsi qu'aux sécrétions biliaires et intestinales s'exagère et il s'ensuit des effets laxatifs et purgatifs.

Les effets se manifestent généralement dès les premiers jours; quelquefois ils sont plus longs à se produire, mais, une fois obtenus, ils se continuent régulièrement alors même que l'on diminue la dose.

Cette lenteur à se manifester dans certains cas pourrait induire en erreur un observateur d'un jour qui, n'étant pas à même de faire une expérience prolongée, aurait tendance à considérer ces eaux comme un laxatif infidèle.

Les selles sont d'abord plus faciles, puis molles ou liquides, de nature bilieuse. Elles ont lieu ordinairement au nombre de deux ou trois dans les vingt-quatre heures, sans être précédées ni suivies d'aucune colique et peuvent être entretenues pendant une vingtaine de jours sans produire ni fatigue, ni affaiblissement. Elles ne sont jamais suivies de constipation ; ce qui constitue au contraire l'originalité des eaux de Châtel-Guyon, c'est l'activité persistante imprimée aux phénomènes digestifs se traduisant par des évacuations faciles chez des personnes dont les garde-robes étaient depuis longtemps irrégulières. Ces évacuations alvines répétées ont pour conséquence immédiate d'influencer spécialement la circulation abdominale et d'agir ainsi sur l'organisme tout entier.

L'effet de cette médication interne est puissamment aidé par le traitement externe qui consiste en bains et douches. Les bains sont pris à eau courante venant directement du griffon; ils donnent à la peau une teinte rosée occasionnée par la quantité d'acide carbonique libre qui vient se déposer à sa surface et l'exciter. Cet excès d'acide carbonique libre a fait donner à ce bain le nom de « bain de champagne ».

La température de l'eau est constamment la même (32°) et fait qu'on ne peut attribuer à la chaleur la teinte rouge de la peau; elle suffit à prévenir la congestion.

L'hydrothérapie est installée d'une façon complète; on peut donner des douches ascendantes et faire des lavages d'estomac : une source spéciale est organisée à cet usage. L'eau peut d'ailleurs être dispensée avec largesse : plus de 2,000,000 de litres d'eau sont fournis en 24 heures par 26 sources.

D'après ce qui précède, on peut réunir sous quatre chefs principaux les maladies auxquelles s'adressent les eaux de Châtel-Guyon.

1° *Médication erpétique et reconstituante.* — La première de ce groupe est la dyspepsie, dans laquelle les opérations chimiques s'effectuent régulièrement, mais avec une lenteur considérable. L'anémie résultant des troubles digestifs, la lientérie due à de mauvaises digestions trouvent dans l'eau employée à petites doses un remède efficace. Quant au nervosisme que l'on rencontre dans cette maladie, l'action adoucissante des bains y remédie avec sûreté.

La chlorose ressent du bien-être des chlorures de fer et des propriétés toniques des bains.

2° *Médication laxative et purgative.* — De ce traitement ressortent l'état saburral de la langue, l'embarras gastrique. La constipation habituelle est sinon toujours guérie, du moins considérablement améliorée. La pléthore abdominale, la tendance à l'obésité en retirent un sensible bénéfice.

Les congestions du foie et de l'encéphale se trouvent bien de la déplétion des vaisseaux sanguins. Il en est de même des métrite, ovarite et engorgements de l'utérus, par suite de l'effet produit sur la constipation qui entretient la cause de ces inflammations.

3° *Médication diurétique.* — La gravelle et le catarrhe vésical retirent autant de bien de Châtel-Guyon que de Contrexéville par suite de l'action des principes calcaires sur la muqueuse des voies urinaires.

4° *Médication altérante.* — L'eau de Châtel-Guyon ne convient pas aux goutteux en état de crise ; mais, une fois l'accès passé, elle remédie à la constipation, aux mauvaises digestions, à l'embonpoint exagéré et à l'état variqueux des vaisseaux.

Chez le diabétique, Gubler la préconise comme régulatrice des fonctions digestives, comme adjuvant de la transformation du sucre en acide carbonique et remédiant à la constipation.

Chez l'albuminurique : 1° elle répare les pertes des sels neutres du sérum et active l'hématose ; 2° par ses sels minéraux elle augmente la capacité du sang pour l'albumine dont elle dissimule l'excès et en arrête le départ par les voies d'élimination. Dans ce cas, une cure de quatre à cinq semaines est nécessaire.

Le voisinage de la gare de Riom (vingt minutes) rend l'accès de Châtel-Guyon très facile ; son altitude (380 mètres), sa situation à la jonction de la plaine de la Limagne et des monts d'Auvergne rendent son climat tempéré et permettent d'y faire avec succès une saison du 15 mai au 15 octobre.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'ulcère de l'estomac.

D'après M. Liebermeister (de Tubingue), l'indication capitale de ce traitement consiste à mettre autant que possible au repos l'organe malade et à réduire au minimum l'influence délétère que le suc gastrique exerce sur la muqueuse ulcérée. Pour ce faire, on prescrit des aliments non irritants et qui ne séjournent que peu de temps dans l'estomac, et on administre, d'autre part, certains médicaments destinés à neutraliser l'acidité stomacale et à stimuler le péristaltisme intestinal.

Tous les matins, à jeun, le malade doit boire, par petites gorgées, lentement, en l'espace de quinze à trente minutes, un demi-litre d'eau chaude (35°-40°) additionnée du mélange dont voici la formule :

Bicarbonate de soude... }	ââ 40 grammes
Sulfate de soude........ }	
Chlorure de sodium.......	20 —

Mêlez. — A prendre par cuillerées à café ou à soupe.

La quantité de ce mélange ajoutée au demi-litre d'eau doit être suffisante pour provoquer une ou deux selles liquides, c'est-à-dire qu'elle varie d'une cuillerée à café à une cuillerée à soupe.

Le malade reste couché pendant qu'il ingère lentement cette boisson et ne prend aucune nourriture pendant une heure et demie.

Dans les cas où même une forte dose du médicament ci-dessus formulé n'est pas suivie d'effet laxatif, on prescrit aussi des pilules contenant de l'extrait d'aloès, de l'extrait de coloquinte et de la poudre de rhubarbe, que le malade prend au coucher. Au bout d'un certain temps, on peut d'ordinaire supprimer ces pilules et se borner à l'administration du mélange de sels sodiques.

Ce traitement est continué pendant environ quatre semaines. Durant tout ce temps, l'alimentation sera exclusivement liquide. Elle se composera de soupes et de lait. Les soupes seront faites avec du bouillon additionné d'orge, de riz, de gruau, d'avoine, de pois ou de haricots frais. Le lait sera bouilli. Il pourra être bu froid ou chaud, mais toujours par petites gorgées. S'il est pris avec répugnance ou mal supporté, on essayera d'y ajouter un peu de thé ou de café.

Au bout de quatre semaines, on cesse l'usage de la boisson laxative et, s'il existe encore de la constipation, on prescrit contre elle la poudre composée ci-dessous formulée :

Poudre de rhubarbe.......	40 grammes
Carbonate de magnésie.. }	ââ 20 —
Sucre.................. }	
Essence de menthe.......	Q. S.

Mêlez. — A prendre : 1 ou 2 cuillerées à café, au coucher.

A partir de ce moment, si l'amélioration obtenue est suffisante, on pourra permettre l'usage de quelques aliments solides, de digestion facile. Mais pendant longtemps encore, parfois pendant plusieurs années, le lait et la soupe devront constituer la base de l'alimentation. Les boissons alcooliques seront sévèrement prohibées. Ce n'est que plus tard qu'on pourra permettre l'usage très modéré d'un vin généreux.

Le traitement par la boisson laxative et le régime alimentaire liquide sera répété si la guérison n'est pas complète, mais pas avant un intervalle d'un mois ou lorsqu'il se produit des rechutes.

Dans les cas où ce traitement est mal supporté ou ne donne pas le résultat désiré, M. von Liebermeister a recours au nitrate d'argent qu'il administre d'après la formule suivante :

Nitrate d'argent......	0 gr. 15 centigr.
Eau distillée..........	100 grammes.

F. S. A. — A prendre : de 1 à 4 cuillerées à soupe le matin à jeun, en augmentant progressivement la dose.

Après l'ingestion de cette solution, le malade s'abstient de tout aliment pendant une heure et demie.

Le régime alimentaire sera le même que précédemment.

Lorsqu'on aura obtenu une certaine amélioration grâce au nitrate d'argent, on pourra essayer le traitement par le mélange de sels sodiques.

Les douleurs sourdes éprouvées constamment par les malades au creux de l'estomac seront combattues par les applications de cataplasmes pendant le jour, et d'une compresse de Priessnitz pendant la nuit. En cas d'accès de cardialgie intense, on sera forcé d'employer la morphine en potion ou en injections hypodermiques.

Contre la gastro-ectasie, on aura recours aux lavages de l'estomac, pratiqués le matin avant l'ingestion de la boisson laxative.

Les gastrorrhagies exigeront le repos dans le décubitus horizontal et la diète absolue. Le malade avalera de petits morceaux de glace et prendra des lavements d'infusion de camomille tiède avec 2 à 5 gouttes de laudanum. De temps en temps, on lui administrera la morphine en potion ou en injection sous-cutanée. Si l'hémorrhagie est abondante, on fera des piqûres d'ergotine.

Une péritonite par perforation exigera l'emploi de l'opium et de la morphine à haute dose.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La blennorrhagie et ses complications, d'après les dernières données scientifiques et de nombreuses recherches personnelles, par le Dr Ernest Finger, Docent à l'Université de Vienne, traduit avec autorisation de l'auteur, d'après la troisième édition allemande (1893), par le Dr Albert Hogge, ancien chef de clinique chirurgicale à l'Université de Liège (1 vol. in-8° avec 36 gravures dans le texte et 7 planches lithographiées hors texte, 12 fr. — Paris. Félix Alcan, éditeur.)

Le traitement physiologique de la mort. Les tractions rythmées de la langue. Moyen rationnel et puissant de ranimer la fonction respiratoire et la vie. Détermination expérimentale du mode d'action ou mécanisme du procédé, par J. V. Laborde, directeur des travaux physiologiques à la Faculté, membre de l'Académie de médecine. 1 volume in-8° avec 4 dessins dont 3 hors texte, 3 fr. 50. Paris, F. Alcan, éditeur.

Rapport et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdi-mutité, par Itard, avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve. Préface par Bourneville. Eloge d'Itard, par Bourgue, avec portrait du sauvage.

Paris, 1894 : aux Bureaux du *Progrès Médical* et chez Félix Alcan, éditeur, 1 vol. 144 pages. Prix : 4 fr.

Ce volume est le second de la *Bibliothèque d'éducation spéciale* où M. Bourneville a eu l'heureuse idée de réunir les publications anciennes relatives à l'éducation médico-pédagogique des idiots.

La fatigue intellectuelle et physique, par A. Mosso, professeur à l'Université de Turin. Traduit sur la 5e édition par P. Langlois, avec 13 gravures, 1 vol. de 190 p. Prix : 2 fr. 50. Volume de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, F. Alcan, 1894.

Formulaire spécial de thérapeutique infantile, par le Dr Raymond Nogué. Préface de M. le Dr G. Variot. 1 vol. in-12 de 630 pages. Société d'*Editions scientifiques*. Paris, 1894.

Petit livre qui pourra rendre des services. La plupart des maladies y sont énumérées, dans l'ordre alphabétique, et à chacune d'elles sont exposés les divers traitements qu'on leur a opposés, avec le nom de l'auteur responsable. Il n'y a pas là une œuvre où sont étudiés d'ensemble le diagnostic et les indications thérapeutiques, selon la méthode propre à l'auteur ; le but de l'ouvrage est de réunir, avec un classement commode, les formules préconisées par les pédiâtres les plus connus.

La Chirurgie journalière, leçons de clinique chirurgicale, par le Dr A. Després, chirurgien de l'hôpital de la Charité, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Quatrième édition. 1 volume grand in-8 de 836 pages avec 47 figures. Prix : 12 francs.

Le Gérant : G. Masson.

Paris. Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — Barnagaud imp.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur la fixation des reins dans le carré des lombes, Communication au congrès des sciences médicales tenu à Rome, par M. Tricomi, professeur de clinique chirurgicale propédeutique à l'Université Royale de Padoue.

L'ectopie rénale dans ces quinze dernières années a été l'objet de nombreuses études de la part des médecins et des chirurgiens cherchant tous à perfectionner la méthode opératoire. Aujourd'hui presque tous fixent l'organe ou bien sorti de sa place au moyen de fils qu'ils passent dans le parenchyme, ou bien après avoir cruenté sa surface au moyen d'une certaine décortication.

Les quelques recherches expérimentales déjà faites n'ont pas encore appris où il convient de passer les fils à travers le rein.

Les néphropexies exécutées sur l'homme d'après les deux méthodes citées plus haut ne sont pas exemptes de récidives.

Telles sont les raisons qui m'ont amené à étudier la question sur des cadavres et sur les animaux.

Dans les méthodes d'après lesquelles on opère, le rein est suturé à la paroi abdominale en dehors du carré des lombes, où la paroi est mince. A la longue l'adhérence peut se relâcher et le rein redevenir mobile.

Différents essais sur des cadavres et sur des chiens m'ont semblé montrer qu'on peut trouver un point d'appui solide dans le carré des lombes, en suturant le rein avec son corps charnu.

J'ai fait la néphroraphie sur dix chiens de la manière suivante: je pratiquai une incision de la 11e côte à la crête iliaque sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, jusqu'au carré des lombes, je fis ensuite une incision (boutonnière) à travers les fibres musculaires, la capsule adipeuse une fois coupée, j'isolai une portion restreinte du rein et le fis rentrer à travers les fibres du carré des lombes. Après cela je fis une première série de points de suture profonds, avec quatre fils de catgut: les fils traversaient le bord éloigné du carré des lombes; d'un côté, perforaient le parenchyme rénal dans toute son épaisseur et traversaient le bord médian du carré de l'autre côté. Le premier fil fut placé tout près du pôle supérieur, le dernier tout près du pôle inférieur; les deux autres au milieu en deux points séparés entre eux par la même distance qui séparait le second du premier. Ces fils, après que les autres dont je parlerai dans la suite furent posés, furent noués latéralement sans passer sur le rein. Le premier fut noué avec le second, tirant sur le premier et le second, je vis les bords du muscle incisé s'appliquer sur le rein, je nouai alors et je serrai le nœud jusqu'à ce que le contact fût complet. Je liai ensuite le troisième fil avec le quatrième, puis je tirai le troisième et le quatrième de manière toujours à approcher les bords du muscle de la glande et je nouai.

Ces quatre fils étant placés comme je viens de le dire, avant de les nouer je plaçai une autre série de points de suture superficiels au nombre de cinq sur les bords de la plaie musculaire et sur la face convexe du rein; le premier fil fut placé à travers le pôle supérieur; le second en travers du premier et du second fil de la série profonde; le troisième en travers du second et du troisième fil profond; le quatrième en travers du troisième et du quatrième fil profond; enfin, le cinquième sur le pôle inférieur.

Cette seconde série de points superficiels enserrait à peu près le bord musculaire d'un côté, le parenchyme rénal et le bord musculaire de l'autre. Ces fils passaient sur le rein, modérément serrés pour que le parenchyme rénal ne se déchirât point. Quand ils furent tous noués, les bords du muscle couvrirent la glande.

La série des fils profonds passait dans le rein à un centimètre du bord convexe, celle superficielle à un demi-centimètre.

Le carré des lombes par la série profonde était approché du rein, par la deuxième série il recouvrait son bord convexe. En d'autres termes, la première série servait d'appareil de suspension et forçait la glande à adhérer aux bords de la plaie faite dans le parenchyme du carré des lombes.

L'opération se termina par la pose d'un plan de suture au catgut pour la couche musculo-aponévrotique et une autre à la soie pour la peau et le tissu conjonctif sous-cutané.

Les dix chiens ainsi opérés moururent au bout de temps variant d'un mois à un an après l'opération.

A l'autopsie on trouva le rein si fortement adhérent au carré des lombes qu'il était impossible de l'en détacher sans faire de profondes déchirures.

Les reins suturés ne subirent aucune modification dans leur volume ni dans leur fonction.

Le rein se présenta entouré dans un tiers de sa partie convexe du muscle fortement adhérent. A l'examen microscopique on constata que le parenchyme rénal dans les points traversés par les fils se régénérait à mesure que le catgut était absorbé.

Les bons résultats expérimentaux obtenus avec le procédé que je viens de décrire m'ont autorisé à en faire l'essai sur l'homme. D'après cette méthode j'ai fait jusqu'à ce jour 24 néphropexies, 18 pour reins mobiles (2 avec hydronéphrose intermittente) et les autres pour reins flottants.

Tous les malades guérirent peu de temps après l'opération. La première opération fut faite le 17 mars 1892 et la dernière le 19 janvier 1894.

D'après les dernières nouvelles que j'en ai eues ce mois-ci : il y a 22 opérés qui ne souffrent plus de leurs désordres aux reins. Un est beaucoup mieux et un autre est mort cinq mois après l'opération.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES
tenu à Rome du 29 mars au 9 avril 1894.

Du favisme ou intoxication par les fèves.

M. G. Montano (Lavello). — Il est une maladie spéciale produite par la fève commune, et qu'on peut appeler *favisme*, à laquelle sont sujets les individus doués d'une idiosyncrasie particulière, idiosyncrasie qui est souvent héréditaire. Cette maladie est caractérisée par la coloration jaune de la peau, des phénomènes de dépression du système nerveux, des vomissements de bile, de l'hémoglobinurie; par une élévation inconstante et irrégulière de la température : cette maladie produit enfin des altérations graves du sang, de l'urine et des organes hématopoiétiques, et, souvent, entraîne la mort.

La maladie se déclare ordinairement au printemps à l'époque de la floraison et de la maturité des fruits de cette légumineuse, et peut être déterminée par la respiration de l'air imprégné des exhalaisons des fleurs, ou par l'absorption des fruits.

Chez les enfants à la mamelle, la maladie peut se communiquer par le fait de l'allaitement, quand la nourrice, sans cependant en être malade, a mangé des fèves.

L'action pathogénique de la fève est due à une substance nuisible contenue de préférence dans les fleurs et dans les fruits de cette légumineuse et se développe ou seulement aug-

mente, au moment de la floraison ou de la maturation du fruit lui-même.

Les graines tendres les plus parfaites, sans aucune altération, crues, cuites, en très petite quantité, chez les individus prédisposés, qu'on pourrait appeler *fevophobes*, déterminent la maladie; parfois il suffit d'avoir respiré, même rapidement, les exhalaisons des fleurs, ou mangé deux ou trois fèves pour voir la maladie se déclarer.

Le climat, la qualité du terrain, la manière de cultiver la plante, la lumière, la chaleur, n'ont aucune influence sur le degré de nocivité du fruit : les passions, la misère, le froid, la syphilis, le paludisme n'ont aucune influence prédisposante sur les individus.

La durée, la marche et la terminaison de la maladie sont proportionnelles à l'intensité causale, à la moindre résistance, et à la plus grande prédisposition de l'individu atteint.

Il n'y a point de traitement spécifique, si ce n'est l'hygiène prophylactique. On pourra recourir cependant au citron, aux purgatifs huileux, au marsala, au café noir, mais on devra proscrire les alcalins et la saignée.

L'action nuisible de la fève dépend, très probablement, d'une substance toxique, de nature chimique, spéciale à cette plante : la maladie serait donc une intoxication, et non point une infection.

Traitement chirurgical de la phthisie laryngée (1).

M. Heryng, *rapporteur*. — Le principe fondamental d'un traitement efficace de la tuberculose du larynx doit être l'amélioration de la nutrition générale ainsi que des forces du malade, par conséquent la méthode hygiénique, diététique et climatérique.

Les formes graves de la phthisie, c'est-à-dire les formes dysphagiques, ne peuvent être traitées avec succès que lorsque nous pouvons rendre au malade un état de nutrition normal.

La première indication est, dans ces cas, de faire cesser la dysphagie.

Me fondant sur 252 cas de phthisie du larynx dans lesquels j'ai appliqué le traitement chirurgical, je suis arrivé à la conclusion que cette méthode peut souvent faire disparaître les deux symptômes les plus graves de la phthisie, à savoir la dysphagie et la dyspnée.

En rendant la déglutition plus facile, elle influe indirectement sur l'état général et aussi sur l'état des poumons.

Quoiqu'elle ne préserve pas toujours des récidives et que, dans certains cas, l'amélioration soit passagère, elle peut cependant parfois amener la guérison de la phthisie laryngée pour un espace de cinq à six ans, ainsi que je l'ai démontré en mainte occasion sur diverses pièces anatomiques.

Les résultats défavorables du traitement chirurgical de la phthisie laryngée sont causés bien souvent par l'état trop avancé de l'affection, reconnue et traitée trop tard.

Cette méthode a ses indications et ses contre-indications assez précises. La plus importante est d'opérer les infiltrations circonscrites unilatérales. Le traitement chirurgical est contre-indiqué dans les états cachectiques et les formes diffuses. Il demande des malades courageux, une technique parfaite, un traitement prolongé et beaucoup de patience de la part du médecin et du malade.

La méthode chirurgicale doit parfois aller de pair avec le traitement par l'électrolyse et la galvanocautérisation, et s'appuyer sur la méthode antiseptique (inhalations, injections laryngiennes, etc.).

On pourra compléter avantageusement la cure en envoyant les malades dans le Midi.

M. Gouguenheim (Paris), *co-rapporteur*, n'envisage dans sa communication que le traitement *purement chirurgical*, c'est-à-dire l'extirpation de portions *plus ou moins* étendues du larynx, au moyen d'instruments coupants ou tranchants.

L'*indication capitale* de cette méthode paraît résider dans la dysphagie. Déjà en 1882, M. Gouguenheim a démontré, en collaboration avec M. Balzer, que les nerfs étaient altérés dans cette portion du larynx, si souvent envahie par la tuberculose, la région aryténoïdienne. En 1893, divers examens lui ont révélé dans des fragments de tissus malades excisés la présence d'un *très riche réseau nerveux*, d'une *véritable prolifération nerveuse*.

Ces altérations nerveuses sont la cause de la dysphagie, et l'*indication de l'ablation de ces tissus altérés* est capitale.

Chaque fois que cette opération a été faite, le malade était soulagé, il pouvait s'alimenter, les forces revenaient en même temps que disparaissait l'inanition et les patients ne tardaient pas, même quand les lésions pulmonaires étaient avancées, à s'améliorer très sensiblement.

L'indication de cette opération se présente aussi chez les malades trachéotomisés que la trachéotomie ne suffit pas à guérir, et M. Gouguenheim a pu de cette façon améliorer très sensiblement la situation de sujets sur le point de succomber à la dysphagie et à l'inanition.

Voici le manuel opératoire de cette opération, que M. Gouguenheim a désignée sous le nom d'*aryténoïdectomie* :

Au moyen d'un *emporte-pièce à direction antéro-postérieure*, instrument semblable à la double curette de Krause et de Heryng, dont on place une branche à l'extérieur de la région aryténoïdienne et l'autre branche en dedans du larynx, on enlève rapidement toute cette région; l'autre côté est extirpé de la même façon et cette double opération est pratiquée très vite et sans douleur, grâce à un badigeonnage au moyen d'une solution très forte de cocaïne à 33 0/0. L'hémorrhagie est insignifiante, arrêtée très vite par l'ingestion de glace, et le pansement de la plaie est fait quotidiennement au moyen d'une solution de *naphtol camphré* (camphre, deux parties; naphtol β, une partie). La cicatrisation se fait en deux à trois semaines environ, et à l'examen laryngoscopique il est difficile de reconnaître la cicatrice; la muqueuse a repris sa couleur normale.

L'examen de cette cicatrice montre la disparition des nerfs et la présence d'un tissu conjonctif très serré.

En même temps que la dysphagie, la dyspnée a été supprimée et la trachéotomie n'était plus nécessaire. La voix même a été améliorée chez les malades dont les cordes vocales n'étaient pas trop altérées.

En résumé, trois indications se présentent dans ce traitement : 1° la dysphagie, *indication capitale*; 2° la dyspnée; 3° l'aphonie.

Cure radicale des hernies, même chez les vieillards, par la méthode à lambeau fibro-périostique.

M. Poullet (Lyon). — Malgré les progrès réalisés dans la cure radicale des hernies, l'opinion de P. Segond dirige encore actuellement les chirurgiens, et comme lui on peut conclure que si toutes les méthodes sont capables de tuer, aucune ne met sûrement à l'abri des récidives.

D'autre part, on sait que parmi les hernieux opérés avec succès, le plus grand nombre est resté astreint à l'obligation de porter un bandage.

C'est pourquoi j'ai dû avoir ce double objectif : 1° donner aux opérés une sécurité complète par l'innocuité de l'intervention; 2° atteindre une efficacité qui permette de ne pas craindre la récidive et dispense du port de tout appareil.

L'efficacité de la méthode que j'emploie est réelle, puisque chez 42 opérés j'ai pu enlever tout bandage immédiatement. Chez quelques-uns le traitement remonte à quinze et dix-huit mois, et tout me fait espérer un succès définitif. Jusqu'ici j'ai eu trois récidives : deux chez des malades déjà opérés antérieurement et où je n'ai pu tailler un lambeau suffisant, et la troisième au début de mes opérations.

Quant à l'innocuité de l'intervention, l'opération que je propose est, je crois, supérieure à ce que l'on a fait jusqu'ici.

On ne craint pas de voir survenir des accidents, car à aucun moment, la cavité péritonéale ne communique avec le champ opératoire. Ma méthode ne nécessite pas l'excision du sac, et lorsque je suis conduit à le faire par suite d'adhérences épiploïques, de l'étroitesse du collet, etc., la ligature du sac est exécutée hors de l'orifice du canal inguinal, *que je n'incise jamais*. L'opération reste donc, pour ainsi dire, extrapéritonéale.

Après dissection du sac et réduction des viscères herniés, je fais la dissection et la toilette des deux piliers et du bord de l'orifice externe du canal inguinal. Je mets complètement à nu la bandelette aponévrotique nacrée qui sert de tendon d'insertion au premier adducteur superficiel.

(1) Voyez p. 165, le rapport de M. Lennox Brown.

Le bistouri est glissé à plat sous cette bande fibreuse que l'on sectionne à 3 ou 4 centimètres de son insertion au pubis. Ce tendon devient l'extrémité libre d'un lambeau qu'on finit de séparer avec la rugine tranchante, en laissant à sa face profonde toute la masse de tissu fibreux qui recouvre le pubis. Cet os est dénudé dans une étendue verticale de 2 centimètres, et transversalement depuis la ligne de la symphyse pubienne jusques et y compris l'épine du pubis qui est ainsi déshabillée. On ménage avec soin la large insertion de ce lambeau au bord libre du pubis et on relève ce lambeau contre l'orifice externe du canal inguinal en le faisant passer sous le cordon.

Les bords du lambeau sont suturés aux piliers par du catgut.

Son extrémité libre est divisée en deux ou trois chefs qu'on passe de dedans en dehors à travers le bord de l'orifice, comme on le ferait pour de petites courroies qu'on veut rabattre en avant. Quelques points de catgut fixent le tout en place, puis on fait la suture.

On a dit que l'âge avancé est une contre-indication de la cure radicale, que l'on déconseille après quarante ans.

Il n'en est rien avec cette nouvelle opération: plusieurs de mes opérés ont soixante-dix et soixante-quinze ans; pourvu que l'état général permette l'anesthésie, on peut opérer.

La péritonite dans les hernies.

M. A. Moulonguet (Amiens). — Il est remarquable de voir que les chirurgiens d'une autre époque ouvraient couramment le sac herniaire, dans les hernies étranglées, sans que leurs malades mourussent de péritonite, alors qu'ils se seraient bien gardés de toucher à toute autre partie du péritoine. D'autre part, les chirurgiens actuels, qui, journellement, font sans danger des laparotomies, perdent parfois de péritonite leurs opérés de hernie étranglée. Ce fait prouve que l'acte opératoire a bien peu d'importance dans le développement de l'infection et que la péritonite évolue en dehors de l'intervention. Elle lui est habituellement antérieure. Il est possible de la reconnaître soit avant l'opération, soit surtout pendant la kélotomie, et le pronostic heureux ou malheureux (mettant de côté les lésions de l'intestin hernié) peut être déduit de cette constatation.

Dans les cures radicales de hernie simple, faites dans de mauvaises conditions d'antisepsie, des chirurgiens ont vu évoluer des infections opératoires se traduisant par des phlegmons des bourses, des funiculites suppurées, des phlegmons des parois abdominales, sans qu'il y eût trace de péritonite.

Ces deux ordres de faits montrent que le sac herniaire offre moins de prise que le reste de la séreuse abdominale à l'infection opératoire ou que la propagation de l'infection du sac à la grande séreuse ne se fait point facilement.

On peut expliquer ce phénomène en considérant que la partie du péritoine qui enveloppe la hernie et forme le sac est soumise à des traumatismes, à des frottements habituels qui modifient sa vitalité et amènent des inflammations passant souvent inaperçues. Il n'y a plus identité de structure intime entre le sac et le reste du péritoine; de là, différence de réaction à l'égard de l'infection; de là, difficulté de la propagation inflammatoire de la portion extrapariétale à la portion intrapariétale du péritoine.

Sur la nature du chancre mou.

M. Ducrey (Naples) expose tout d'abord les raisons pour lesquelles il n'est pas permis de confondre le chancre mou avec d'autres lésions ulcéreuses pouvant simuler ce dernier. Depuis la première publication de l'orateur sur ce sujet en 1889, de nombreuses recherches expérimentales entreprises par Krefting, Unna, Quinquaud et Nicolle, Petersen, Du breuilh et Lasnet, Colombini, etc., sont venues confirmer l'existence du bacille considéré par l'orateur comme l'agent pathogène de l'ulcère contagieux simple. M. Ducrey, que des recherches ultérieures ont convaincu de l'identité du bacille trouvé par lui dans la sécrétion du chancre mou avec celui qui a été décrit plus tard par Unna dans les tissus de cet ulcère, croit pouvoir conclure que :

1° Le chancre mou doit être considéré comme une entité morbide due à un micro-organisme spécial;

2° Ce micro-organisme est précisément celui qui a été découvert par l'orateur dès 1889.

Blessure faite par la pointe d'une arme pénétrant dans la cavité de l'abdomen et du thorax, traversant les parois de l'estomac et suivie de pleurésie traumatique latérale gauche et mortelle.

M. A. Zuccarelli (Naples). — A l'autopsie j'ai pu constater et avancer ce qui suit :

1° Une série de lésions intéressent successivement l'épaisseur des parois abdominales à l'épigastre à quelques centimètres à gauche de la ligne médiane et un peu au-dessous du mésocôlon; l'épaisseur de la paroi antérieure de l'estomac, à peu près à la moitié de la hauteur de l'organe et aux deux tiers de l'axe longitudinal le plus près du cœur; l'épaisseur de la paroi stomacale dans la petite tubérosité au voisinage et en dedans du cœur; l'épaisseur de la portion musculo-lombaire du diaphragme à gauche du foramen formé par l'œsophage pour entrer dans la cavité pleurale; enfin la plèvre viscérale et la base du poumon gauche.

2° La forme nettement à trois pointes de la plaie de la peau, cicatrisée dans l'une de celles-ci, plus prononcée en haut et un peu à droite, analogue aux trois lambeaux triangulaires des deux plaies de la tunique séreuse de l'estomac; la forme plutôt triangulaire de la plaie faite au-dessous des téguments communs, sur la surface péritonéale de la paroi abdominale et sur le diaphragme, toujours plus ou moins avec une pointe ou un angle tourné en haut et un peu à droite; l'étendue peu différente de toutes ces plaies, les petites différences d'étendue pouvant provenir de légères différences de la nature et du mode différent d'allongement ou de contraction des tissus traversés. Ces faits donnaient à croire que ces lésions avaient été toutes produites par une même arme pointue et triangulaire.

3° Le rapport de leurs situations tant au point de vue de leur succession que de leurs niveaux, montrait le trajet suivi par une arme pointue, triangulaire et tranchante, ayant pénétré d'avant en arrière et de bas en haut.

4° Cette arme devait avoir une longueur de 15 centimètres au plus et une largeur de un centimètre environ pour chaque côté. Pour rendre possible un trajet aussi long, le coup avait dû être porté avec une violence considérable et causer une contraction instinctive de la paroi abdominale en même temps qu'une demi-flexion du tronc en avant au moment de la blessure. L'ecchymose et la section peu nette au bord de quelques-unes des plaies montraient que l'arme ne devait pas avoir un tranchant bien effilé, pas dans toute sa longueur au moins.

L'arme qui avait blessé, saisie par l'autorité judiciaire et reconnue pour telle, consistait en une lime triangulaire d'ouvriers de chemin de fer bien évidée à la pointe, mais imparfaitement effilée le long de ses arêtes, pourvue d'un manche solide permettant de la brandir avec force. Elle mesurait une longueur de 15 centimètres et quelques millimètres et une largeur d'environ un centimètre pour chaque côté : exactement les dimensions que j'avais prévues d'après l'examen des blessures.

La contraction considérable des parois abdominales et la demi-flexion du tronc en avant exécutée plutôt instinctivement par le patient au moment de la blessure et l'état de vacuité ou de presque vacuité de l'estomac sont importantes pour la justice dans le cas qui nous occupe et rappelaient le précepte : songer et réfléchir à toutes les conditions particulières des cas spéciaux de blessures pénétrantes et bien tenir compte dans le diagnostic que, si la plaie a lieu dans l'extension, il y a des lésions internes probables dont la conséquence est périlleuse.

Dans le premier moment le chirurgien, dans le cas présent, jugea la blessure guérissable en 10 jours. Ce qui fait voir comme quoi un habile médecin doit toujours déclarer, au sens de la loi, la vie en péril, sauf plus tard à revenir là-dessus selon le cours de la maladie.

Voilà un cas de plus qui confirme une remarque faite plus récemment et démontrée par Charles Althoffer dans son étude sur les blessures faites par des instruments pointus, en particulier la baïonnette, à savoir que : les séreuses conservent mieux que la peau la forme et les dimensions de l'arme qui a blessé.

Du traitement des plaies pénétrantes de la cavité abdominale par armes blanches.

M. Clementi (Catane). — L'auteur rappelle la communication faite sur le même sujet, à la Société italienne de chirurgie, en 1891, et les conclusions qui furent adoptées, favorables à l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire à la laparotomie immédiate, dans les plaies pénétrantes de la cavité abdominale par armes blanches.

Il expose combien sont trompeurs les signes locaux et généraux pour diagnostiquer l'existence ou l'absence d'une blessure des intestins ou des autres organes importants de l'abdomen et déclare qu'il n'a point confiance dans la méthode de Senn. Il a fait construire, dans le but de faciliter le diagnostic, une sonde exploratrice, mais, jusqu'à présent, elle n'a point donné de résultats utiles.

On sait aussi combien est incertaine l'évolution d'une plaie de l'abdomen lorsqu'on ne pratique pas immédiatement la laparotomie, et, d'autre part, lorsqu'on attend que la péritonite soit déjà développée, pour avoir la certitude d'une lésion viscérale, le moment opportun pour l'intervention chirurgicale est ordinairement passé.

Dans la période des trois dernières années, les blessés de cette nature, reçus à la clinique chirurgicale de Catane, sont au nombre de 52, dont 38 ont survécu, et 14 ont succombé, ce qui donne une mortalité de 26,9 0/0.

Les blessés traités par l'expectation sont au nombre de 25 : les résultats ont été 22 guérisons, 3 décès, soit une mortalité de 12 0/0.

La cause de la mort fut : deux fois l'hémorrhagie interne, une fois un abcès de la fosse iliaque, ouvert dans la cavité abdominale.

La laparotomie fut pratiquée dans les 27 autres cas : 24 fois 5 heures après la blessure ; 2 fois 12 heures après, et 1 fois, au bout de 24 heures. Les résultats ont été 16 guérisons, 11 morts, soit une mortalité de 40 0/0. Chez six opérés, on ne découvrit aucune lésion interne, bien que 5 d'entre eux eussent présenté une hernie de l'épiploon : ces 6 malades ont tous guéri.

Restent 21 blessés ayant subi la laparotomie chez lesquels existaient de graves lésions du foie, de l'intestin ou des vaisseaux importants : de ces 21 blessés, 10 ont guéri et 11 ont succombé.

La cause de la mort a été, dans 7 cas, l'existence d'autres lésions viscérales qui ne furent pas reconnues au moment de l'intervention ; deux blessés ont succombé à une hémorrhagie grave par blessure de la veine iliaque primitive et de l'artère mésentérique ; l'infection de la cavité péritonéale a été cause de la mort de deux blessés.

Si la laparotomie n'avait été pratiquée dans aucun cas, les 10 autres blessés eussent succombé, et la mortalité se fût élevée de 26 à 46 0/0. D'autre part, si la recherche des lésions avait été poussée plus loin, quelques autres blessés auraient pu guérir, et la mortalité se fût peut-être abaissée à 10 ou 12 0/0.

De ces faits, le professeur Clementi conclut en demandant qu'on pratique la laparotomie immédiate, d'une manière presque systématique, dans les cas de plaie pénétrante de la cavité abdominale ; il est en effet démontré, par la statistique qu'il présente, que la laparotomie est sans danger quand il n'existe pas de lésion des viscères, et qu'elle réussit à sauver la vie du blessé quand on peut suturer à temps les plaies de l'intestin et lier les vaisseaux sanguins. Mais l'opération échoue et ne peut préserver de la mort, lorsque au moment de l'opération, toutes les lésions viscérales ne sont pas reconnues et traitées selon leurs indications.

Hypertrophie idiopathique du cœur.

M. Laache (Copenhague). — L'hypertrophie idiopathique du cœur, dont l'étude ne date que du mémoire de Baur paru il y a trente ans, ne prête pas à une définition exacte. Il s'agit, en somme, d'un complexus clinique qui embrasse des affections organiques passablement variées, mais présentant toutes les mêmes modifications, à savoir une augmentation du volume du cœur, l'absence des obstacles anatomiques ou plutôt mécaniques à la circulation, l'intégrité ou une lésion minimum des valvules, sans rapport avec les phénomènes cliniques.

L'hypertrophie du cœur est très variable. C'est dans cette catégorie de faits qu'on rencontre le vrai *cor bovinum*. Il ne faut pourtant pas s'exagérer la valeur de cette hypertrophie, car, de même que pour l'estomac, on trouve des cœurs considérablement hypertrophiés qui travaillent bien, et des cœurs à peine augmentés de volume, mais qui ne suffisent plus à leur tâche.

L'étiologie est tout à fait obscure. On peut faire intervenir l'hérédité, comme dans les trois cas d'Albertini, et, avec Bouchard, le ralentissement de la nutrition.

Comme causes prédisposantes, on peut citer l'alcoolisme et le surmenage physique.

L'influence de l'alcoolisme et surtout de l'ingestion de fortes quantités de bière est des plus manifestes. Il existe réellement « un cœur de buveur de bière » qu'on observe principalement à Munich, où la mortalité par affections cardiaques suit une progression annuellement croissante. On comprend facilement que l'introduction de fortes quantités de bière donne lieu à une pléthore, avec exagération de la pression intra-vasculaire, créant un surplus de travail pour le cœur. En second lieu, il faut compter avec l'action directe de l'alcool sur le myocarde.

Le surmenage physique joue manifestement un rôle considérable dans l'hypertrophie non valvulaire du cœur, par un mécanisme facile à comprendre. Sous ce rapport, il faut attirer l'attention sur l'abus qu'on fait, depuis quelque temps, de tous les genres de sport. Il faut pourtant dire que le sport (bicyclette, patinage, jeux, etc.) ne provoque pas d'une façon générale des lésions durables du cœur, peut-être parce que ce sont surtout les jeunes gens qui s'adonnent à ces exercices, et que, chez eux, le cœur possède une élasticité et une force toute particulière.

Après le surmenage physique, il faut peut-être citer le surmenage intellectuel et psychique, au milieu d'une vie à excitation nerveuse perpétuelle.

On voit donc qu'en somme l'hypertrophie idiopathique, non volontaire, du cœur, est un produit de notre civilisation moderne.

La symptomatologie est en grandes lignes la même que celle des lésions valvulaires. On peut relever une particularité, c'est l'établissement, pour ainsi dire sournois, de l'hypertrophie idiopathique. Le pouls reste normal, ou bien il est irrégulier et ralenti ; le ralentissement peut même être extrême.

Le traitement comprend la série des modificateurs cardiaques, l'iodure de potassium, la digitale, le strophantus, etc. Le traitement hygiénique d'Œrtel, qui a pour but de fortifier le cœur, est particulièrement indiqué dans ces cas.

Mesures de 500 crânes prises en vue de l'anatomie topographique de l'oreille.

M. A. Randall (Philadelphie). — Les questions de topographie de l'os temporal deviennent chaque jour plus intéressantes en raison de l'augmentation croissante des interventions chirurgicales dans les affections de l'oreille. C'est ainsi que l'opération du trépan devient constamment plus indiquée après être tombée pendant un siècle dans le discrédit. Aujourd'hui on peut dire que cette intervention est toujours moins dangereuse que la temporisation. Tout ce qui tendra à rendre cette opération plus sûre encore rendra donc de grands services à la chirurgie et à l'otologie.

Bezold le premier a attiré l'attention sur les relations qui existent entre la topographie et la forme du crâne ; il montra que le sinus latéral est en général plus en avant et plus superficiel dans une tête courte et large et par suite que ce sinus risque plus d'être blessé dans une trépanation de l'apophyse mastoïde. Kœrner confirma ce fait par l'examen de 87 crânes et montra en même temps les dangers que présentait la position de la fosse cérébrale moyenne dans la brachycéphalie. Schneltzke arriva a des résultats opposés par l'étude de 60 crânes et trouva que c'était au contraire la dolichocéphalie qui présentait le plus de dangers.

Kœrner mesurait la largeur au niveau des bosses pariétales, au lieu de prendre la distance maxima des deux pariétaux, distance qui divisée par la longueur maxima donne l'indice du crâne adopté par la plupart des crâniologistes. Pour moi j'ai mesuré, à l'aide du compas, les distances entre les bosses pariétales, entre les épines situées au-dessus du méat auditif de chaque côté, entre les convexités des apophyses mastoïdes.

J'ai aussi mesuré l'épaisseur des os, la hauteur de la partie la plus déprimée de la fosse cérébrale moyenne.

Dans 80 crânes mésocéphaliques (dont l'indice était de 777 à 799), le plancher de la fosse crânienne était en moyenne à 6,27 mm. (0 à 18) au-dessus de l'épine à droite et à 5. 94 mm. (1 à 13) à gauche ; cette élévation était plus grande à droite dans 41 cas, plus grande à gauche dans 18, égale à droite et à gauche dans 21 cas. Sur les 500 crânes, elle était en moyenne de 5,6 mm. (0 à 18) à droite et 5,6 mm. (0 à 15) à gauche; elle a été 287 fois plus haute à droite, 102 fois plus haute à gauche et égale des 2 côtés 111 fois. Pour les 210 crânes brachycéphales (indice 80-97) et pour un même nombre de crânes dolichocéphales (61-776) les chiffres étaient à peu près identiques. Dans 40 crânes d'une dolichocéphalie extrême (61-71), cette hauteur moyenne était de 5,42 mm. à droite et 5,87 à gauche; elle était plus élevée à droite dans 13 cas, 17 fois elle fut plus élevée à gauche et 10 fois elle fut égale des 2 côtés. Sur 40 crânes d'une brachycéphalie extrême, la hauteur moyenne était de 6,6 mm. à droite et de 6 mm. à gauche; elle était plus élevée à droite dans 20 cas, plus élevée à gauche dans 12 cas et égale des 2 côtés dans 8 cas. Il en résulte que cette hauteur peut être quelconque, quel que soit le type crânien; rarement toutefois ce niveau est au-dessous de l'épine du méat. Au niveau du point où le sinus latéral se rapprochait le plus de la surface, l'os avait une épaisseur moyenne de 6,1 mm. à droite (0-20) et 6,6 (0-18) à gauche sur 500 crânes. L'épaisseur a été 151 fois plus grande à droite ; 231 fois elle a été plus grande à gauche; 118 fois, elle était égale des deux côtés; le maximum de différence des 2 côtés a été de 6 mm. Les assertions de Kœrner perdent de leur importance si nous remarquons que le minimum d'épaisseur est en moyenne à 17, 8 mm. (0,5-40) en arrière de l'épine à droite et à 17 mm. (1-35) à gauche. Dans les crânes brachycéphales le sinus droit était un peu plus superficiel; dans les crânes dolichocéphales le sinus gauche était situé plus en avant. Dans les 40 crânes ultra-brachycéphales les moyennes étaient de 6,95 à droite et 7,53 à gauche; elles étaient de 6,43 et 6,82 dans les crânes ultra-dolichocéphales. L'épaisseur dans chacun de ces groupes était plus grande 19 fois à droite et 11 fois à gauche.

Le sillon était distant du méat de 12,1 mm. (0-21) à droite, et de 12,5 mm. à gauche (0, 2- 25) dans les 500 crânes; cette distance fut, 153 fois, plus grande à droite, 201 fois plus grande à gauche, et 146 fois égale des 2 côtés. Les 80 crânes mésocéphaliques présentèrent moins de variation et un espace plus grand : les crânes dolichocéphales offraient moins d'espace à droite que les brachycéphales; cela était encore plus marqué dans les cas extrêmes. Dans les 60 crânes ayant un indice égal ou supérieur à 86, la plus petite distance entre le méat et le sillon fut de 7 mm.

Le champ opératoire (distance qui sépare le sillon du ciseau du chirurgien qui est à 5 mm. en arrière de l'épine) avait en moyenne 11,3 mm. (0,3-20 à droite et 11,8 mm. (0-25) à gauche) pour les 500 crânes : cette distance était plus grande à droite dans 159 cas (avec un maximum de 9 mm.), à gauche dans 206 cas (avec un maximum de 8 mm.) et égale des 2 côtés dans 135 cas. Cette égalité s'est manifestée dans tous les types et avec des dimensions variant de 1 à 17 mm. ; cependant l'égalité a été plus commune dans les mésocéphales. Les 2 côtés étaient à peu près égaux dans tous les types avec un millim. en moins, cependant, pour les dolichocéphales. Dans 40 crânes ultra-brachycéphales les moyennes étaient 12,86 mm. (4-16) à droite et 12,07 (0,2-16) à gauche; dans 40 ultra-dolichocéphales elles étaient 10, 81 mm. (0,2-20) à droite et 11,45 (0-25) à gauche.

La fosse jugulaire est plus grande à droite dans 277 crânes et peut-être aussi dans 18 autres; elle est plus grande à gauche dans 125 et peut-être aussi dans 2 autres. Le sillon est plus grand à droite dans 225 crânes et peut-être dans 53 autres ; plus grand à gauche dans 128 et peut-être aussi dans 47 autres. Il y eut égalité dans 47 crânes.

Les dangers sont les mêmes dans tous les types de crânes.

La syringomyélie comme anomalie embryogénétique illustrée par une forme familiale jusqu'à présent pas décrite.

M. Andrea Ferrannini (Naples). — En mettant en rapport entre eux quelques données d'embryogénie avec les résultats des recherches histo-pathologiques sur la syringomyélie, je puis affirmer que les variétés anatomo-pathologiques de cette maladie de la moelle épinière — gliome, sclérose périépendymaire ou myélite cavitaire, hydromyélie — proviennent fondamentalement d'anomalies embryogénétiques d'une même partie de la moelle (commissure postérieure, cornes grises postérieures et latérales).

Ces anomalies semblent différentes dans chaque cas à cause de la forme présentée selon l'influence de moments étiologiques différents.

C'est pour cela que, à définir les notes cliniques fondamentales du tableau de la syringomyélie — pas encore nettement tracée — j'ai étudié une forme de syringomyélie, que j'ai appelée familière, parce que avec richesse et intensité variable de teintes, elle était reproduite par quatre membres d'une famille : la mère et trois fils. Comme il s'agissait d'une syringomyélie héréditaire et avec hérédité similaire ou homologue, on pouvait être plus sûr que la lésion était due à une anomalie embryogénétique et le tableau clinique se présentait dans sa virginité, pas contaminé par des éléments hétérogènes ou accidentels. Eh bien, dans cette forme, sur les autres symptômes déjà connus de la syringomyélie, j'ai vu exceller le suivant syndrome, négligé du tout ou à peine signalé dans quelqu'un de ses éléments seulement par les observateurs précédents : symétriquement dans les deux côtés du corps ou même dans un seul côté, dans les parties distales d'une région (par exemple, la main, s'il s'agit du membre supérieur), association de troubles trophico-vaso-moteurs de la peau et des os avec dysesthésies et paresthésies classiques, mais sans qu'on observe simultanément ni amyotrophie, ni paralysie de motilité, ni anesthésies totales ou partielles; évolution éminemment chronique du syndrome avec exacerbations intermittentes sous forme de crise. Ce syndrome, que j'appelle *noyau nosologique syringomyélique*, parce qu'il doit être considéré comme la note clinique fondamentale de la syringomyélie plus que ce qu'on a admis pour la dissociation des sensibilités.

En effet, cette dissociation, qui peut se rencontrer dans des maladies différentes de la syringomyélie, peut manquer dans la syringomyélie ; lorsqu'elle y existe elle présente des formes différentes en qualité et nombre des sensibilités attaquées, et dépend de la lésion des parties de la moelle (les centres ou voies afférentes pour les différentes sensibilités), qui ne représentent pas le siège plus électivement lésé dans la syringomyélie. Au contraire, le syndrome sur lequel j'attire l'attention existait dans sa splendeur dans la forme de syringomyélie qui, étant familière, assure plus que l'anomalie embryogénétique, se grave dans le tableau clinique avec des notes autonomes.

D'un autre côté, si dans des types morbides différents de la syringomyélie, on peut observer les éléments de ce syndrome, isolés ou même — mais très rarement — associés; alors, à l'autopsie, on a toujours trouvé une lésion dans la commissure postérieure ou dans les cornes grises postérieures et latérales, c'est-à-dire dans la partie de la moelle épinière plus électivement lésée dans la syringomyélie.

Chirurgie de l'estomac: pylorectomie, gastro-entérostomie et gastrostomie.

M. Peugniez (Amiens). — J'ai pratiqué depuis deux ans 7 interventions chirurgicales sur l'estomac, toutes nécessitées par des cancers de l'estomac ou de l'œsophage. Dans un la guérison a été définitive; dans les autres, l'opération n'a été que palliative. C'est ainsi que j'ai pratiqué la pylorectomie pour un cancer de l'estomac ayant envahi le tiers de l'organe correspondant à la région pylorique, la gastro-entérostomie pour un cancer de l'estomac étendu au viscère tout entier, et, dans les 5 cas, la gastrostomie pour cancer de l'œsophage. Chez l'un de ces derniers malades, la survie a été de six mois environ; chez le second, elle a été de trois mois et demi. Le troisième, opéré *in extremis*, est mort quelques heures après l'opération; la quatrième est mort subitement au quatrième jour; enfin, le cinquième n'est opéré que depuis quelques jours. Quant au malade chez lequel j'ai pratiqué la pylorectomie, opéré le 18 avril 1893, il a subi une nouvelle opération pour une récidive constatée le 2 mai, et actuellement il est parfaitement bien portant; j'ajouterai que l'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien d'un cancer. Enfin le malade auquel j'ai fait une gastro-entérostomie est mort subitement au treizième jour après l'opération.

Les réflexes superficiels (cutanés et muqueux) ont des fibres afférentes diverses que celles des sensibilités communes. Recherches séméiologiques.

M. A. Ferrannini (Naples). — Cette proposition est l'énonciation de la conclusion de quelques recherches séméiologiques, que j'ai accomplies l'année passée dans la clinique médicale de Pise. Les faits qui m'ont conduit à cette conclusion sont les suivants: Pour syringomyélie ou pour ramollissement cérébral dans les deux tiers antérieurs du segment postérieur de la capsule interne (lésions démontrées par l'autopsie), j'ai observé sur une même surface cutanée ou muqueuse (muqueuse du rectum et de la vessie chez le malade syringomyélique), anesthésie totale et absolue (anesthésie tactile, barique, thermique, algésique, électro-cutanée) et intégrité des réflexes superficiels, dont la branche afférente part de cette même surface. Pour syringomyélie ou hystérie ou hémorrhagie cérébrale capsulaire, j'ai observé sur une même surface cutanée hypoesthésie totale ou dissociation des sensibilités, tandis que les réflexes cutanés correspondants étaient intègres. Chez deux malades de tabès dorsal, les différentes sensibilités se transmettaient avec un retard ou temps perdu notable, tandis que les réflexes superficiels de la même surface cutanée étaient exagérés: un même malade représentait, quant aux sensibilités, une grenouille bromisée, quant aux réflexes, une grenouille strychnisée. Dans un cas d'hémianesthésie par hémorrhagie cérébrale capsulaire, les réflexes superficiels, d'abord abolis de même que les sensibilités, se sont rétablis beaucoup avant celles-ci. Cet antagonisme entre les réflexes et les sensibilités ne peut pas tenir seulement à une différence des centres nerveux, où les fibres correspondantes arrivent, mais aussi à une différence entre les fibres ou voies afférentes des réflexes et celles des sensibilités. Probablement, les fibres qui entrent immédiatement à faire partie des cordons postérieurs dans les faisceaux correspondants de Burdach et de Goll ou s'arrêtent dans la substance grise postérieure, sont les voies conductrices pour les sensibilités générales, tandis que les fibres, qui des mêmes racines postérieures vont aux cornes grises antérieures du même côté ou aux cordons antéro-latéraux du même côté ou du côté opposé, représentent les voies afférentes des réflexes superficiels. Ceux-ci, comme phylogénétiquement apparaissent avant les sensibilités spécifiées, en représentant l'aurore des phénomènes sensitivo-moteurs centraux, de même pathologiquement sont l'*ultimum moriens* de ces phénomènes et les premiers à s'éveiller, si la lésion qui les avait fait disparaître commence à s'apaiser.

Procédé opératoire du trichiasis et de l'entropion.

M. D. Chronis (Smyrne). — Cette opération est accomplie en sept temps:

1er *temps*. — Débridement de l'angle externe.

2e *temps*. — Incision pratiquée près des cils depuis le point lacrymal, jusqu'à l'angle externe, de manière que cette incision rejoigne celle du débridement.

Dissection de la peau en haut.

3e *temps*. — Section des fibres du muscle orbiculaire situées sur le tarse, ainsi que des faisceaux qui couvrent les bulbes des cils.

4e *temps*. — Enlèvement d'une couche superficielle du tarse, proportionnelle à son épaisseur.

5e *temps*. — Sutures. Une suture à la paupière supérieure joint la lèvre de l'angle externe de dedans en dehors, au sommet du triangle de la première incision. Une deuxième suture tout à fait semblable, est pratiquée à la lèvre inférieure. Six ou sept autres sutures sont pratiquées de dehors en dedans sur le bord des cils, et fixées aux tissus fibreux sutarsiens, qui offrent une base résistante.

6e *temps*. — Ligature des fils, puis nouvelle incision pratiquée derrière les cils au niveau de la ligne grise, qui sépare les orifices des glandes de Meïbomius des racines des cils.

7e *temps*. — Fixation au-dessus des sourcils, des sutures qui ont pour but de soulever et de rapprocher les bords de la plaie. Application d'un bandage antiseptique pour trois jours.

Le débridement de l'angle externe a pour but et pour résultat l'élargissement de la fente palpébrale, qui est nécessaire pour faciliter le renversement du bord ciliaire, et combattre ainsi la blépharophymosis, quand elle existe. En faisant l'incision tout près des cils, on évite la production d'un lambeau inférieur, qui pourrait occasionner une récidive par l'élongation du lambeau de la peau fixée au tissu fibreux sutarsien. L'enlèvement des fibres du muscle de l'orbiculaire et l'amincissement du tarse ont pour but de faciliter l'ourlet du bord palpébral, et la production d'une cicatrice solide qui tiendra pour toujours soulevés les bords libres de la paupière.

L'incision faite derrière les cils produit les trois résultats suivants:

1° Elle donne à l'*ourlet* la forme et la souplesse du *surjet*;

2° Elle paralyse l'action de la conjonctivite cicatricielle et rétractive, qui pourrait plus tard ramener en dedans le bord libre;

3° Par la cicatrice résultant de cette incision, elle reformera la lèvre libre de la paupière, lèvre disparue par l'action de la conjonctivite cicatricielle.

Ce procédé, appliqué depuis vingt ans dans trois cents opérations, n'a donné que trois résultats douteux relatifs à l'entropion spasmodique, où il a été nécessaire de renouveler l'opération, qui a eu lieu la deuxième fois avec un entier succès.

Il résout donc un cas important de la chirurgie oculaire, et c'est à ce titre qu'il est exposé ici.

De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire et sur le tube digestif.

M. Félix Chabory (Mont-Dore). — Les affections nasales ont une influence sur l'appareil respiratoire par action réflexe: asthme, asthme d'été, toux, éternuement, laryngite striduleuse, spasme glottique. Il faudra savoir dégager la part réelle qui revient à l'appareil nasal comme facteur des accidents que nous venons d'énumérer. Très souvent nous sommes en présence des manifestations d'une diathèse qui évoluent simultanément et sans avoir entre elles des rapports de cause à effet.

Dans d'autres cas, c'est à l'extension du processus pathologique dont la muqueuse nasale est le point de départ, que l'on pourra rapporter certaines laryngites et bronchites, des cas d'ozène trachéal, des tuberculoses du larynx et du poumon, le sclérome du larynx. La suppression de la voie nasale pourra également jouer un rôle dans la pathogénie de l'inflammation de la muqueuse respiratoire et des phénomènes spasmodiques de la respiration. Des déformations thoraciques et de l'emphysème pulmonaire pourront être dans quelques cas les accidents éloignés d'affections nasales.

Les maladies du nez peuvent amener des inflammations aiguës et chroniques et des déformations de la lèvre supérieure, exagérer la concavité de la voûte palatine, produire ou accentuer des déformations des arcades dentaires, provoquer une implantation vicieuse des dents, faciliter la carie dentaire, amener des troubles de la gustation, déterminer de la sécheresse et des troubles de nutrition de la muqueuse linguale et gêner la sécrétion des glandes de la langue. Des angines, des pharyngites aiguës ou chroniques peuvent accompagner ou suivre l'obstruction ou l'inflammation des narines et de l'arrière-cavité des fosses nasales. Des spasmes de l'œsophage, des vomiturations, des gastralgies, des vomissements, des dyspepsies ont semblé avoir débuté à la suite d'altérations de la muqueuse pituitaire.

Enfin, quelques hernies ont pu dépendre des troubles apportés à la pression abdominale des affections nasales.

REVUE DES JOURNAUX

Pyosalpingite (A case of pyosalpinx due to an unusual cause), par Elder (*Lancet*, 13 janvier 1894, p. 91). — Une femme non mariée, de 35 ans, entra à l'hôpital le 11 octobre 1893; en avril 93 elle avait été brusquement prise de diarrhée et de fièvre. On fit le diagnostic de fièvre typhoïde. Au bout d'un mois la jambe gauche enfla et une tumeur apparut dans la région iliaque gauche, causant de la douleur et de la gêne. On fit la laparotomie le 19 octobre; la tumeur était formée par la trompe gauche très adhérente de toutes parts; l'énucléation étant impossible, on y fit une ponction. La malade guérit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 *mai* 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Election.

Au premier tour de scrutin pour une place d'associé national, M. Rollet (de Lyon) obtient 39 voix sur 79 votants : contre M. Renaut (de Lyon), 37 et 3 bulletins blancs.

Au deuxième tour de scrutin, M. Rollet est élu par 41 voix sur 74 votants contre 32 à M. Renaut et 1 bulletin blanc.

Vaccine animale.

M. Charpentier, à l'occasion du procès-verbal, informe l'Académie que MM. Chambon et Saint-Yves Ménard, contrairement à ce qu'il avait dit à la séance précédente, ont démontré que la vaccination de génisse à bras est incontestablement supérieure à la vaccination avec la pulpe conservée et que le vaccin bien pur a son maximum de virulence à l'état frais.

M. Hervieux ajoute que la pulpe fraîche donne tous les jours entre les mains des nombreux praticiens auxquels des envois sont faits par l'Académie d'excellents résultats; sur la valeur de la pulpe ancienne, son expérience est moins grande, le vaccin de l'Académie n'ayant presque jamais le temps de séjourner dans la glacière.

Hystéropexie vaginale antérieure.

M. Le Dentu lit un rapport sur un mémoire de **M. Pichevin** relatif à l'hystéropexie vaginale antérieure dans le traitement des rétro-déviations utérines.

Cette opération, réalisée pour la première fois par Wackenrodt et Dührsson, a une grande vogue en Allemagne. M. Pichevin, remarquant que le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin descend parfois sur la face antérieure du col, au lieu de s'arrêter au-dessus du niveau ds l'orifice interne, recommande de prolonger le décollement du péritoine aussi haut que possible en avant du corps de l'utérus, afin d'éviter qu'une anse intestinale soit traversée par les fils fixateurs. D'autre part, M. Pichevin, ayant remarqué que les tractions sur le col après la dissection de la vessie allongeaient beaucoup l'utérus, a adopté, en la modifiant, la pince hystéromètre de Orthmann.

Sur deux malades opérées par ce procédé, l'utérus a parfaitement gardé la position où il avait été fixé.

Epithéliome et bleu de méthyle.

M. Darier relate une série de cas de tumeurs cancéreuses de la face, guéries très rapidement par des attouchements quotidiens au bleu de méthyle, 1/20. Ce médicament paraît avoir une action spécifique sur l'élément cancéreux; il peut, s'il est bien appliqué, amener à lui seul la guérison, mais ce résultat est beaucoup plus vite atteint si l'on cautérise d'abord la partie malade, soit avec l'acide chromique, soit avec le galvanocautère.

Dans les tumeurs profondes, le bleu de méthyle doit être employé en injections hypodermiques; dans les tumeurs ayant détruit une surface cutanée étendue, M. Darier recommande de compléter la guérison par des greffes épidermiques qu'on appliquera du 15e au 21e jour.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Cadet de Gassicourt, l'Académie fixe comme suit la liste de présentation à deux places de correspondant national dans la division de médecine : 1° M. Mairet (de Montpellier); 2° M. Liégeois (de Banville-aux-Saules) ; 3° (*ex æquo*) MM. Bertrand (de Cherbourg) et Vergely (de Bordeaux); 4° (*ex æquo*) MM. Teissier (de Lyon) et Testut (de Lyon).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 *mai* 1894.

Bromure d'éthyle.

M. Villeneuve (Marseille) envoie une note sur l'emploi du bromure d'éthyle seul ou associé au chloroforme. Il y a renoncé parce qu'il lui a trouvé des inconvénients multiples. L'odeur est très désagréable aux malades, les alertes asphyxiques sont fréquentes, les vomissements sont particulièrement abondants ; les malades se plaignent ensuite d'une douleur épigastrique persistante, la rapidité de l'anesthésie chloroformique arrivée à résolution n'est quà peine accrue.

Abcès froid de la langue. Ostéite typhoïdique.

M. Bazy lit un rapport sur trois observations adressées par M. Dardignac (armée).

La première concerne un soldat, légèrement tuberculeux du poumon, qui portait depuis quatre mois dans la langue une tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, rebelle au traitement antisyphilitique. M. Dardignac fendit la poche et obtint une guérison rapide. Un examen histologique sommaire confirma le diagnostic.

Les deux autres cas sont relatifs à des abcès froids osseux post-typhoïdiques. L'un d'eux concerne un soldat qui eut la fièvre typhoïde en septembre 1890 et qui conserva dans les tibias des douleurs. En janvier 1892 fut reconnue sur chaque tibia une petite tumeur contre laquelle échoua le traitement antisyphilitique. L'opération ne fut acceptée qu'en septembre 1892. Il n'y a pas eu d'examen bactériologique, mais M. Bazy croit avec M. Dardignac que l'observation clinique est suffisamment probante. De même dans le dernier cas, où au 25e jour d'une fièvre typhoïde survint à la clavicule un abcès qui ne fut pas ouvert.

Ethérisation.

M. Le Dentu a profité il y a deux ans de la présence prolongée de deux chirurgiens lyonnais à Paris pour se mettre au courant de l'éthérisation. Puis il a renoncé à cette anesthésie, mais il y a environ quatre mois il s'y est remis, car il a trouvé que les statistiques sont probantes. Sans aller aussi loin que Gluck qui tout récemment a attribué au chloroforme 1 décès sur 1,950 cas et à l'éther 14 fois moins, les chiffres les moins favorables à l'éther lui accordent 4 fois moins de mortalité. M. Le Dentu a renoncé à l'injection préalable d'atropomorphine (5 mm. de morphine et 1/4 de m. d'atropine) qu'il juge inutile. Il administre l'éther avec le masque de Julliard. Si on sait débuter par des doses massives, mais non asphyxiantes, on obtient avec 100 à 200 gr. d'éther des anesthésies aussi longues et aussi calmes qu'avec le chloroforme, et après le réveil les vomissements sont à la fois plus rares et moins intenses. En outre, les malades sont moins déprimés.

L'éther rectifié soit par le sodium, soit par le chlorure de calcium, convient pour les anesthésies.

M. Quénu a essayé l'éther pendant 2 à 3 mois sous l'influence de son interne Carrel, ancien assistant de M. Roux (de Lausanne). Il y a renoncé parce que les emphysémateux le supportent mal et parce que toujours la respiration se fait avec un ronchus bruyant et fort gênant.

Gastrite chronique ou cancer?

M. Terrier a opéré une femme chez laquelle le diagnostic, d'abord hésitant entre un ulcère et un cancer de l'estomac, avait été tranché en faveur du cancer lorsque apparut une tumeur épigastrique. La laparotomie conduisit sur un estomac adhérent à la paroi, au foie, à l'épiploon. Mais ces adhérences avaient l'aspect inflammatoire et non pas néoplasique. M. Terrier les libéra de son mieux et la malade guérit de l'opération.

Quant aux accidents, peu à peu ils s'améliorèrent, si bien qu'aujourd'hui, au bout d'un an, la santé générale est excellente et la tumeur épigastrique a complètement disparu.

A ce propos, M. Terrier se souvient d'avoir observé un malade chez lequel on conclut fermement à un cancer de l'estomac avec tumeur. Sous l'influence du lait d'ânesse, la guérison fut parfaite et la tumeur disparut.

Dans la littérature médicale, M. Terrier a trouvé quelques cas analogues. Ainsi Landerer (*Münch. med. Woch.*, 1893,

n° 39), a dû trois succès semblables à l'opération. De même Lange (de New-York), qui, il est vrai, enleva la tumeur et y trouva un adénome ulcéré. De même encore Tricomi qui, en opérant, déchira l'estomac et le sutura avec succès.

Ces faits prouvent qu'il peut être difficile de différencier le cancer de certaines périgastrites adhésives. Ils sont en faveur de la laparotomie exploratrice, au cours de laquelle on peut être assez embarrassé pour savoir comment, au juste, conduire l'intervention, mais par laquelle on a, néanmoins, obtenu de bons résultats.

M. Peyrot pense qu'il est pénible d'opérer sans avoir de diagnostic et regrette que les chirurgiens soient insuffisamment renseignés sur ces questions dont les médecins n'ont pas encore élucidé toutes les obscurités. On le voit d'après quelques discussions récentes, et en particulier d'après celle où à la Société médicale des hôpitaux on a attribué à des gastrites chroniques les cancers de l'estomac guéris par le chlorate de potasse. Si les faits de ce genre se multipliaient, cela devrait restreindre les indications de la laparotomie exploratrice plutôt que les multiplier.

M. Michaux cite un succès de ce genre pour une tumeur qui ressemblait à un cancer du foie.

M. Terrier ne raisonne pas absolument comme M. Peyrot. Il a toujours regretté que les médecins ne se décident guère à envoyer aux chirurgiens que les cancers de l'estomac inopérables. Si l'on intervenait de bonne heure, on aurait certainement plus de succès et la laparotomie exploratrice serait faite pour le plus grand bénéfice des malades.

Des causes d'irréductibilité dans la luxation sous-astragalienne.

M. Quénu présente une pièce sur laquelle il a pu expliquer l'irréductibilité d'une luxation sous-astragalienne par l'interposition du ligament antérieur du tarse, qui, refoulé au fond de la cavité, s'opposait à la réduction de l'astragale. Dans des expériences faites sur le cadavre, M. Quénu a pu constater que, pour obtenir une luxation sous-astragalienne, il fallait que le pied fût dans la flexion forcée, le relâchement des ligaments facilitant alors le passage de la tête astragalienne ; l'extension produite, la contraction du triceps sural, succédant à la flexion dans laquelle s'est produite la luxation, augmente encore l'irréductibilité en tendant la bride qui empêche la tête astragalienne de rentrer dans la cavité. Pour réduire une luxation sous-astragalienne, il faudra donc mettre le pied dans la flexion forcée avant d'exercer des pesées directes sur la tête de l'astragale ; souvent il faudra sectionner le ligament antérieur qui fait obstacle à la réduction.

M. Lejars lit une observation de fistule recto-uréthrale congénitale.

M. Walther présente un malade auquel il a fait une arthrotomie pour une luxation du coude en arrière, primitivement irréductible ; il a pu ainsi enlever l'obstacle, qui était constitué par un petit fragment de cartilage détaché de l'apophyse coronoïde.

M. Routier montre un appendice iléo-cæcal enlevé à froid pour une appendicite à rechutes.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 18 *mai* 1894.

Kyste de l'ovaire et cancer du foie.

M. Le Fur a pu observer une malade atteinte de tumeur abdominale qui présente les particularités suivantes. Il s'agissait d'une femme de 78 ans, chez laquelle une tumeur s'était lentement et depuis longtemps développée dans la cavité abdominale. A l'autopsie on trouva, dans le petit bassin et dans l'abdomen, une poche kystique à surface régulière, contenant un liquide de couleur café au lait. La surface interne de la poche était parsemée de villosités et de tractus. Aucune trace des ovaires ni d'un côté ni de l'autre ne persistait.

Entre tous les organes abdominaux le foie était atteint de noyaux cancéreux ayant l'aspect du cancer secondaire hépatique. Aucun autre organe, ni l'estomac, ni l'intestin, ni la vésicule biliaire, ni le canal cholédoque, ne paraissait atteint.

L'examen histologique des parois du kyste, fait par M. Duranti, révèle qu'elles sont constituées par du tissu fibreux, recouvert à sa surface interne de grosses cellules endothéliales ayant l'aspect de cellules cancéreuses.

Caverne d'origine ganglionnaire.

M. Josué montre une caverne gangréneuse d'un ganglion bronchique, communiquant avec la bronche droite, l'œsophage et la plèvre. On avait porté le diagnostic de gangrène pulmonaire dont le malade présentait les symptômes.

Un des ganglions du hile, du côté droit, est transformé en une sorte de bourbillon contenu dans une cavité à parois sphacélées. Cette cavité communique avec la bronche droite, dont la paroi est détruite sur une petite surface. Au même niveau la plèvre médiastine est perforée, et il en résulte un pneumothorax.

Enfin, le sphacèle a atteint la paroi antérieure de l'œsophage, qui présente une petite ouverture circulaire au contact de la caverne ganglionnaire.

Cancer du corps thyroïde.

M. Letulle présente les coupes d'un cancer du thyroïde apporté précédemment à la Société, et qui s'accompagnait de thrombose du tronc veineux brachio-céphalique.

Le cancer est nettement circonscrit au corps thyroïde. Il est constitué par d'énormes cellules avec noyaux multiples. Les lymphatiques périphériques sont envahis par les cellules cancéreuses. Des travées fibreuses semées de cellules épithéliales enveloppent et enserrent le tronc veineux brachio-céphalique. Celui-ci est réduit à un tout petit calibre. Un point de la paroi veineuse est envahi par le cancer, et montre des cellules analogues aux cellules du corps thyroïde. Les cellules cancéreuses vont jusque dans le caillot sanguin.

Les coupes des ganglions voisins montrent des embolies cancéreuses restant à leur type idéal de cellules thyroïdiennes.

Au point de vue de la généralisation, un seul point est pris dans le poumon, où l'on trouve un noyau présentant les mêmes cellules cancéreuses que le corps thyroïde et le tronc veineux brachio-céphalique.

Lipomes congénitaux.

M. Braquehaye a observé chez deux enfants du service de M. Lannelongue deux lipomes congénitaux adhérant au rachis et à la peau. Le premier siège au niveau de l'apophyse épineuse de la 12e vertèbre dorsale, le second au niveau de l'apophyse de la 7e vertèbre cervicale. Tous les deux étaient adhérents superficiellement et profondément. M. Lannelongue pense qu'il s'agit en pareil cas de méningocèle dont le contenu a subi la dégénérescence lipomateuse.

F. Potier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 *mai* 1894.

Présidence de M. Déjerine.

Recherche du bacille d'Eberth dans les eaux.

M. Grimbert. — J'ai cherché s'il était possible de retrouver ce microbe dans les eaux, lorsqu'il se trouve accompagné du coli-bacille.

Dans une première série d'expériences, un ballon d'eau ordinaire stérilisée fut additionné d'un centimètre cube d'une culture de bacille typhique provenant d'une rate humaine, et d'un centimètre cube d'un coli-bacille isolé de l'eau de la Vanne. Deux jours après, l'application du procédé Péré limité à un seul passage phéniqué ne donne qu'une culture pure de coli-bacille sans trace de bacille d'Eberth. En supprimant le passage phéniqué pour ensemencer l'eau dans du bouillon qui servait ensuite à faire des plaques, toutes les colonies étaient encore constituées par le seul coli-bacille, donnant de l'indol dans les solutions de peptone.

Dans une deuxième série d'expériences, un litre d'eau ordinaire stérilisée reçut un cent. cube d'une culture de bacille typhique et deux gouttes de coli-bacille. Trois jours après, les plaques préparées avec cette eau directement ou après passage par bouillon ne donnent que du coli.

Un ballon témoin ensemencé avec le même bacille typhique a donné des cultures florissantes. Ce n'est donc pas le changement de milieu qui a empêché le bacille d'Eberth de pulluler dans l'expérience précédente.

Action antitoxique des capsules surrénales.

MM. Charrin et **Langlois.** — Nous avons étudié comparativement l'action sur la nicotine du foie, du rein, du muscle, de la capsule surrénale, les deux substances étant mises à macérer 24 heures après broiement ou trituration. Or, en injectant ensuite le mélange aux animaux, nous avons vu que le muscle et le rein n'ont pas modifié le poison, tandis que le rein et la capsule surrénale ont une action modifiante à peu près égale. Il est vraisemblable que cette propriété n'est pas exclusive à ces substances, mais peut exister dans d'autres organes, en particulier les glandes vasculaires sanguines.

De l'hyperthermie.

M. Ch. Richet. — Une femme vivant en Sicile dans un milieu à paludisme est prise de fièvre intermittente avec une température axillaire atteignant le soir 45° plusieurs jours de suite; la température était soigneusement contrôlée par plusieurs thermomètres. Une fois la température monta à 46°. La malade prit du sulfate de quinine et la température descendit à 37°. Il y eut récidive, nouvelle administration de quinine et guérison définitive.

Un médecin américain a observé déjà, au moment des grandes chaleurs, un cas pathologique avec température de 46°1. On donna des bains froids et le sujet guérit.

Ce sont là des exceptions rares. Chez les oiseaux on a pu exceptionnellement aussi obtenir des températures approchantes. Chez l'homme, dans les états convulsifs, au moment de la mort ou même après, les températures de 44° et 45° ne sont déjà observées que dans un nombre minime de cas.

M. Giard étudie l'anatomie et le développement d'une cochenille du Chili.

M. Charpentier étudie les variations de la conductibilité du nerf sous l'action de courants répétés. Cette conductibilité éprouve des changements beaucoup plus considérables lorsqu'il y a production de travail musculaire.

M. F. Sée a contrôlé la présence de sels de calcium dans la fibrine. M. Arthus fait remarquer à ce propos que l'association des substances albuminoïdes et des sels métalliques joue un rôle considérable dans l'utilisation de ces derniers pour la nutrition.

M. Bourquelot fait remarquer, à propos de la dernière communication de M. Arthus, qu'il a déjà étudié autrefois la formation de la tyrosine et la présence de la trypsine dans les tissus et organes.

M. Blanchard fait remarquer qu'un tænia prétendu nouveau récemment observé par Kholodkowski chez le mouton et le porc, est le même qu'un tænia déjà vu par Giard et autres. Le point intéressant est que c'est le premier cas d'un tænia commun à l'homme et au porc.

M. Azoulay étudiant le cervelet dans un cas de paralysie générale et un cas de mélancolie, a vu que les prolongements réticulaires des cellules de Purkinje avaient presque complètement perdu leurs épines habituelles.

M. Gley présente une chèvre qui, opérée à 6 mois de thyroïdectomie, montre 9 mois plus tard une paralysie spasmodique des membres avec ballonnement du ventre, qui semble bien être une conséquence tardive de l'opération subie.

J. Girode.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 *mai* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Un cas de gangrène humide par thrombose de la veine fémorale.

M. Galliard. — Si les chirurgiens ont reconnu que la ligature de la veine fémorale au pli de l'aine pouvait causer la gangrène du pied, les médecins n'ont accepté qu'avec réserve les observations de gangrène de l'extrémité inférieure par thrombose veineuse. Cruveilhier a soumis à une critique sévère l'observation de Fabrice de Hilden (1593) qui, pendant longtemps, avait paru démonstrative.

Il existe cependant quelques cas authentiques de gangrène du pied dans la phlegmatia alba dolens des accouchées et des cachectiques. Mon observation se rapporte à une fille de 27 ans atteinte de cancer de la région pylorique avec vomissements incoercibles, et ayant subi au mois de janvier 1894 la gastro-entérostomie.

A une période de bien-être relatif, la malade entra dans mon service le 9 avril, ne vomissant plus, mais profondément cachectique, avec des noyaux cancéreux sous-cutanés et une infiltration cancéreuse de la cicatrice abdominale résultant de la laparotomie; pas d'adénopathie sus-claviculaire inguinale ni axillaire. En outre, insuffisance mitrale, pas d'albumine dans l'urine. Vers le commencement du mois, diarrhée, les vomissements font toujours défaut. Le 6 mai, en découvrant la malade, on constate que la cuisse et la jambe gauche, jusqu'alors non œdématiées, sont enflées et qu'il y a en outre gangrène des orteils. Les jours suivants, l'œdème s'accentue au membre inférieur gauche, les veines sous-cutanées se dilatent légèrement, l'artère fémorale cesse de battre, la gangrène (à forme humide) envahit la totalité du pied. Somnolence, dépression cérébrale. Mort dans le marasme le 12 mai.

A l'autopsie, intégrité absolue des artères du membre inférieur gauche. Caillot fibrineux résistant et adhérant à la paroi veineuse épaissie, dans la veine fémorale au niveau et au-dessus de l'embouchure de la fémorale profonde et de la saphène interne. Caillots mous rougeâtres dans toute l'étendue des veines profondes jusqu'au pied, oblitération de la saphène externe par des caillots de même nature.

Staphylocoque doré et staphylocoque blanc.

M. Netter, pratiquant l'autopsie d'un sujet atteint d'ostéomyélite et ayant vu survenir un furoncle d'inoculation au médius de sa propre main droite, put reconnaître dans ce furoncle la présence du staphylococcus pyogenes aureus. L'ostéomyélite, par contre, ne contenait que du staphylocoque blanc. Ce fait semble prouver la transformation possible de ces deux variétés l'une dans l'autre, comme l'admettent certains auteurs.

Sur un cas d'intoxication hydatique.

M. Achard rapporte l'observation curieuse de trois personnes qui, après une autopsie de kyste hydatique de l'aisselle, furent prises successivement, les deux premières d'une éruption ortiée très évidente et prurigineuse, la troisième, d'accidents généraux, de diarrhée, etc. Il est bien certain qu'il n'y a pas là simple coïncidence fortuite et que seule l'intoxication hydatique peut en donner la raison; cette intoxication est évidemment la cause des deux faits d'urticaire, si on ne peut être assuré qu'elle est la cause du troisième groupe d'accidents.

Myxœdème guéri.

M. Marie. — Je présente à la Société une malade qui a été atteinte de myxœdème et guérie par le traitement thyroïdien prescrit par le docteur Canter, de Liège. J'avais moi-même vu cette malade en 1890, mais je n'avais pu alors faire qu'un traitement banal. Aujourd'hui la malade peut être considérée comme guérie, le poids a diminué de 10 kilos en deux mois, les règles sont redevenues régulières, l'état psychique est parfait, les cheveux ont repoussé.

Je dois faire remarquer cependant que, de même que la malade que je vous ai présentée au commencement de cette

année, celle du Dr Canter conserve, malgré son amélioration considérable, un « air myxœdématoïde », à tel point que, lorsqu'elle entra dans mon cabinet, elle n'avait pas dépassé la porte que j'avais déjà fait le diagnostic de « myxœdème » et que je me félicitais *in petto* de l'occasion qui s'offrait à moi d'avoir à traiter un nouveau cas de cette affection. Le gonflement des paupières de la malade, l'aspect arrondi de la face et surtout la coloration « rouge de fard » si intense sur les joues sont, en effet, absolument caractéristiques. C'est là une nouvelle preuve de ce fait, universellement reconnu d'ailleurs, que le traitement thyroïdien ne peut être considéré comme curatif dans le sens strict du mot, mais simplement comme palliatif. Il doit donc être indéfiniment continué (la dose d'entretien de la malade du Dr Canter est de deux lobes par semaine).

Je profiterai de l'occasion qui m'est offerte par cette présentation pour donner à la Société quelques renseignements sur la malade que je lui ai présentée au commencement de cette année. Elle peut être considérée comme guérie et a repris son genre de vie antérieur avec une ration d'entretien de 2 à 3 lobes par semaine. A l'égard de l'effet produit par cette ration d'entretien, je dois présenter quelques remarques. Dans les mois de janvier et février, cette dose de 3 lobes par semaine ne pouvait absolument pas être supportée sans déterminer rapidement les phénomènes pénibles sur lesquels j'ai insisté dans ma première communication.

A l'occasion d'une otite moyenne (par réveil d'ancienne otite) que fit ma malade au mois de mars, je dus interrompre le traitement thyroïdien et ne le repris qu'en avril. A mon grand étonnement, pendant tout le mois d'avril et pendant la première moitié du mois de mai, les mêmes doses et même des doses plus fortes (4 lobes par semaine) n'ont déterminé aucune espèce de phénomènes pénibles. En présence de cette contradiction, on se trouve, me semble-t-il, entre deux hypothèses : 1° ou bien les phénomènes pénibles sont dus directement à la démyxœdémisation; moins il reste de substance myxœdémateuse dans l'organisme, moins le traitement thyroïdien détermine de manifestations générales; 2° ou bien, à une certaine période de l'année, la glande thyroïde des moutons tués à l'abattoir contient une moindre quantité de substance active. Contre cette dernière hypothèse, je dois mentionner un renseignement précieux que me donne, à l'instant même, notre collègue M. Lebreton, à savoir qu'en mars, avril et mai, il a eu l'occasion de soigner avec succès un enfant myxœdémateux qui prenait ses glandes thyroïdes de mouton dans un abattoir de Paris et par conséquent dans des conditions identiques à ma malade.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON.

Séance du 30 avril 1894.

Variations morphologiques et pathologiques de l'agent de l'infection purulente.

M. Arloing donne communication de la fin de ses recherches avec M. Chantre sur le microbe de l'infection purulente. Il rappelle les résultats qu'il avait déjà annoncés à la Société en juin 1893, et d'après lesquels il apparaissait que la pyohémie était due à un seul agent pathogène, le *streptocoque pyogène*, modifié dans sa virulence pour produire cette pyohémie d'une façon analogue à celle qu'il affecte pour produire l'infection purulente.

Plus tard, ce qui a frappé M. Arloing et ce sur quoi il insiste aujourd'hui, c'est le polymorphisme curieux du streptocoque et des microcoques en général. Il a pu assister, par les cultures en séries qu'il en a faites, à la transformation successive des *microbes à longues chaînettes* en *microbes à grains* ou en microbes à *courtes chaînettes* (*streptocoques brevis*); et même il a vu aussi comment les chaînettes se modifient peu à peu par le fusionnement des spores qui les constituent pour former les bacilles, et même les *bacilles fourchus*, du genre *cladotrix*, considéré jusqu'à présent comme si typique et si autonome.

Cette notion des *variations morphologiques du streptocoque* introduit donc une réelle révolution en bactériologie et semble montrer qu'il ne faut pas attacher trop d'importance à ces classifications en espèces bien distinctes et basées cependant uniquement sur les apparences de forme ou de groupement.

Est-il possible de régler les métamorphoses précédentes? s'est demandé M. Arloing. Jusqu'à présent il ne peut rien dire de précis à cet égard. On peut bien par des cultures successives et multiples arriver à transformer des microcoques en bacilles ou inversement. Mais on ne peut pas maintenir facilement les types ainsi créés; ils sont là comme sur une arête tranchante, instables, en variation continue, et se transforment rapidement en apparences nouvelles.

A côté des *variations morphologiques* du microbe, il y a des *variations pathogéniques*. A ce point de vue M. Arloing montre toutes les étapes qu'on franchit par la méthode des injections sous-cutanées avec cultures successives, depuis la simple rougeur produite sur l'oreille du lapin par l'injection du streptocoque jusqu'à la suppuration diffuse avec décollements lointains en passant par l'érysipèle ordinaire, puis par l'érysipèle gangréneux et l'abcès circonscrit. C'est toujours le même agent, mais au fur et à mesure qu'on l'ensemence et qu'on le cultive, ses propriétés pathogéniques s'exaltent, et on conçoit alors comment le même microbe peut, suivant les cas et suivant ses variations pathogéniques, donner ici un simple érysipèle bénin, là un abcès, ailleurs un phlegmon diffus, ailleurs afin de la pyohémie.

Et enfin les suppurations qu'on accorde à certains bacilles (bacille de Clado et d'Albarran) peuvent bien s'expliquer si on admet que le bacille peut être le produit direct de la transformation d'un streptocoque pyogène.

M. Cazeneuve rappelle que récemment l'auteur d'un article publié dans la *Revue scientifique* est arrivé aux mêmes conclusions que M. Arloing au point de vue du pouvoir pathogénique si multiple d'un seul et même agent microbien. Mais ce qui appartient en propre à M. Arloing, c'est la *variation morphologique* si intéressante qu'il a exposée.

M. Poncet serait heureux si M. Arloing pouvait lui dire pourquoi le pouvoir pathogénique est si différent pour un même microbe et pour une même maladie souvent; voici par exemple une ostéomyélite avec abcès circonscrit et sans désordres généraux; à côté on verra des lésions locales diffuses, et des désordres généraux qui tuent rapidement. Il y a beaucoup d'abcès encore dans les services de chirurgie, beaucoup de streptocoques, par conséquent. Pourquoi plus de pyohémie?

M. Arloing reconnaît qu'il serait reconnaissant à M. Poncet de répondre lui-même à ce problème, problème complexe et dont beaucoup de termes manquent encore actuellement.

M. Clément soutient jusqu'à nouvelles preuves la spécificité de l'érysipèle médical; jamais il ne suppure par lui-même, il a des allures bien particulières et toujours identiques; il ne suit les variations statistiques ni de la fièvre puerpérale, ni d'autres maladies infectieuses pouvant être rattachées au streptocoque.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 12 mars 1894.

Thyroïdectomie et myxœdème.

M. Sonnenburg. — Il s'agit d'une femme atteinte, depuis quatre ans, d'un goître volumineux du lobe gauche. Elle vint à la clinique pour de la dyspnée de plus en plus pénible que la malade attribuait à sa grossesse fort avancée. Comme par moments elle avait des accès de suffocation, M. Sonnenburg crut devoir ne pas tarder avec la thyroïdectomie. L'opération ne présenta rien de particulier et l'ablation du lobe gauche a pu être faite assez facilement. La malade guérit sans complications et accoucha quelques jours plus tard d'un enfant bien portant. Or, un mois après son accouchement, elle fut

prise de symptômes de myxœdème des plus caractéristiques en même temps qu'un écoulement de pus s'établit par la plaie. On pensa à une plaie du canal thoracique, mais le pus ne contenait pas une seule gouttelette de graisse. Du reste, l'écoulement s'arrêta spontanément quand, sous l'influence du traitement par le suc thyroïdien et l'ingestion des glandes thyroïdes, ce myxœdème fut d'abord amélioré et disparut ensuite complètement.

Ileus.

M. Kœrte a rapporté le cas d'une femme qui, prise le 15 août 1891 de douleurs abdominales et de vomissements fécaloïdes, est apportée à la clinique le 19. Sous l'influence des lavages répétés de l'estomac, l'état semble s'améliorer, lorsqu'en 3 jours survint une aggravation qui fit poser le diagnostic d'obstruction intestinale. Laparotomie. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouva seulement des adhérences multiples et un peu de liquide dans le péritoine couvert de nodules. Incision au niveau du cæcum pour établir un anus contre nature ; mais l'incision faite, on tomba sur un paquet d'anses intestinales baignant dans du pus. Le foyer une fois nettoyé, on trouva sur le cæcum un diverticule des dimensions d'une poire, étranglé par une bride. Résection du diverticule qui forme pédicule sur le cæcum et suture de ce dernier. Mais comme le cours des matières fécales ne fut pas rétabli, on défit au bout de quelques heures la suture du cæcum et on établit un anus contre nature par lequel il sortit une quantité considérable de matières fécales. L'anus contre nature fut plus tard fermé après la résection de l'anse fixée.

Tumeur du cerveau.

M. Sonnenburg a présenté les pièces provenant d'un malade chez lequel il n'a pu terminer l'extirpation d'une tumeur cérébrale, à cause des accidents de narcose.

Il s'agit d'un homme sujet, depuis 1889, à des vertiges et des céphalalgies avec convulsions dans les deux membres du côté droit. L'existence d'une aphasie motrice, d'une atrophie du nerf optique et de symptômes du côté du facial et de l'hypoglosse, permettait de faire le diagnostic du siège exact de la tumeur dans l'hémisphère gauche. Et, en effet, à l'ouverture du crâne, on trouva de suite la tumeur qui avait les dimensions d'un poing d'adulte. L'opération n'a pu être terminée. La tumeur était un sarcome fusiforme.

Rétrécissement syphilitique du rectum.

M. Schuchardt, après avoir indiqué les diverses théories sur l'étiologie du rétrécissement ulcéreux du rectum, a soutenu que dans la majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, il s'agit d'une lésion syphilitique tertiaire qui, comme toutes les lésions tertiaires, résiste énergiquement au traitement spécifique. Récemment encore, il a eu l'occasion d'observer trois cas dans lesquels le rôle de la syphilis était des plus manifestes.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de 20 ans qui, au cours des accidents secondaires d'une syphilis récente, a présenté des papillomes de la vulve et de l'anus et une ulcération, des dimensions d'une pièce de 2 francs, sur la muqueuse rectale immédiatement au-dessus du sphincter. On fit l'extirpation de l'ulcération et des papillomes et la malade guérit avec un sphincter intact.

Le second se rapporte à une syphilitique dont l'infection datait de trois ans. Dans le rectum, existait une ulcération dont les tendances à se porter en haut ont été constatées pendant que la malade était en observation. Extirpation comme dans le cas précédent et guérison dans les mêmes conditions. — Dans le troisième cas il existait des ulcérations multiples, entourées, comme dans les cas précédents, de papules hypertrophiées, et un certain degré de rétrécissement. Traitement comme dans le cas précédent.

L'examen histologique des pièces donna les mêmes résultats dans les trois cas. On trouvait notamment, dans toutes les couches de l'intestin, des proliférations cellulaires circonscrites qu'on ne pouvait considérer que comme des gommes miliaires.

Comme traitement, l'extirpation seule des parties malades donne des résultats, et encore existe-t-il des cas où tout échoue. La dilatation des rétrécissements ne sert à rien et est quelquefois suivie de péritonite. Pour un certain nombre de cas la colotomie est la seule ressource.

M. Hahn pense que ces ulcérations ne sont pas toujours d'origine syphilitique et qu'il en est dont l'étiologie relève d'une blennorrhagie ou d'un chancre mou.

M. Kœrte est aussi d'avis que la blennorrhagie joue un rôle étiologique dans certains cas. Depuis quelque temps il traite les rétrécissements par la dilatation avec la sonde de Credé. Les résultats sont assez satisfaisants.

M. Lindner croit qu'il ne faut pas renoncer à la dilatation, car peu de malades acceptent la colotomie. Il fait la dilatation forcée et cautérise ensuite les déchirures. Les résultats sont assez satisfaisants, sauf un cas où la malade succomba à la péritonite.

M. Rose a constaté que les cas les plus rebelles sont ceux où la muqueuse semble présenter les mêmes lésions que celles de l'éléphantiasis tubéreux.

M. Schlange a eu une récidive dix-huit mois après l'extirpation de 25 centimètres de rectum rétréci. Aussi croit-il qu'il s'agit là d'une affection diffuse contre laquelle l'extirpation ne peut rien.

M. J. Wolff a, par contre, obtenu un succès dans un cas où il extirpa 7 centimètres de rectum. Du moins, actuellement, c'est-à-dire 2 ans après l'opération, il n'existe pas encore trace de récidive.

M. Langenbuch a fait il y a 10 ans un anus contre nature pour un rétrécissement du rectum. La malade se rétablit et peu à peu les matières fécales reprirent leur cours normal et l'anus contre nature se réduisit à une petite fistule. Actuellement la malade ne souffre nullement et se considère comme complètement guérie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances du 25 avril et du 2 mai 1894.

Ostéomyélite expérimentale.

M. Leser est arrivé, comme M. Rodet, à produire expérimentalement l'ostéomyélite chez des lapins, en leur faisant des injections de cultures de staphylocoques dorés dans la veine auriculaire ou jugulaire, sans traumatisme préalable des os. L'injection était toujours suivie d'une élévation notable de la température et les animaux succombaient ordinairement au bout de huit à dix jours.

Lorsqu'on n'injectait que 10 à 20 centigr. de culture, les animaux survivaient huit à quinze jours, et à l'autopsie on ne trouvait que des lésions du système osseux. Avec une dose de 20 à 50 centigr. on déterminait la formation de foyers purulents dans les muscles, les articulations et les viscères. Une dose de 50 centigr. à 1 gr. tuait les animaux en vingt-quatre heures par septicémie aiguë sans formation de foyers de suppuration locale.

Chez les animaux adultes, l'injection de cultures virulentes provoquait une pyohémie générale avec lésions peu accusées du système osseux. Par contre, chez les jeunes animaux, la lésion était surtout prononcée au niveau du système osseux.

L'ostéomyélite évoluait de la façon suivante. A partir du 5e jour après l'infection, on trouvait des abcès sous-périostés de dimensions variables siégeant de préférence au niveau de l'épiphyse supérieure de l'humérus et de l'épiphyse inférieure du fémur, puis sur le tibia, le radius, le cubitus, etc. La lésion était toujours très accusée au niveau de la région juxta-épiphysaire et s'étendait de là à l'épiphyse et à la diaphyse de l'os. Au bout de quelques jours, l'épiphyse se détachait de la diaphyse et le tissu spongieux devenait friable. Dans d'autres cas la lésion semblait débuter dans la diaphyse et même dans la cavité médullaire sans qu'il se fût formé de foyer sur la ligne juxta-épiphysaire. Les épiphyses le plus souvent prises étaient les mêmes que dans l'ostéomyélite de l'homme, à savoir celles de l'humérus, du tibia, du fémur.

L'ostéomyélite était presque toujours accompagnée d'une suppuration des viscères, principalement des reins, de sorte que dans presque tous les cas l'urine renfermait des staphylocoques.

Suppurations pelviennes.

M. Landau admet que dans l'étiologie des suppurations

pelviennes il faut compter, à côté des facteurs bien connus, comme l'infection gonorrhéique, puerpérale, etc., encore avec l'infection par l'intervention médicale, telle l'exploration après le curettage, les lavages intra-utérins qui repoussent dans le péritoine les micro-organismes contenus dans les trompes, etc.

Sur 141 cas d'extirpation bilatérale des trompes, M. Landau n'a eu que 4 morts, ce qui donne une mortalité de 2,87 0/0. C'est donc une opération bénigne, mais qui présente des inconvénients. En premier lieu elle vieillit les malades avant l'âge ; en second lieu elle ne met pas à l'abri des récidives. En effet, quand au cours de l'opération on n'enlève pas l'isthme de la trompe, il peut se faire secondairement une infection du péritoine par les micro-organismes restés dans le moignon de la trompe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 30 avril 1894.

Intoxication par le phosphore.

M. Leyden. — Il s'agit d'une femme qui, dans un but de suicide, s'était tiré deux balles, une dans la tête et une autre dans le cœur, et avait avalé une solution de phosphore. Elle fut apportée à l'hôpital et là on commença par lui faire un lavage énergique de l'estomac. On a fait passer ainsi 45 litres d'eau, puis on donna à la malade un vomitif qui fut suivi d'expulsion de matières brunâtres.

Ce traitement, et en premier lieu le lavage abondant de l'estomac, eut pour résultat d'enrayer ou plutôt de prévenir les phénomènes d'intoxication par le phosphore. La malade n'eut qu'une albuminurie légère qui persista pendant 24 heures, une légère tuméfaction du foie. On peut donc supposer que, grâce à ce lavage, le phosphore n'a pas passé dans l'intestin et que l'estomac n'a absorbé que des quantités minimes de cette substance.

La plaie de la tête guérit rapidement ; celle de la région précordiale a amené une péricardite, car la balle a dû effleurer le cœur.

Sclérodermie.

M. Eulenburg, qui a observé neuf cas de sclérodermie chez des individus de 20 à 52 ans, n'a pas trouvé chez eux des modifications de la sensibilité, si ce n'est, chez trois, une résistance aux courants électriques. Néanmoins, M. Eulenburg pense que la dermatose est une névrose trophique. En effet, quand on examine ces malades, on trouve chez eux un grand nombre de lésions trophiques telles que processus gangréneux, ulcérations, destruction de petits os, atrophie musculaire, etc. Un fait qui vient encore à l'appui de cette hypothèse, c'est que la sclérodermie se propage le long des troncs nerveux.

Le traitement de la sclérodermie réussit rarement. M. Eulenburg n'a jamais obtenu la moindre amélioration avec l'électricité, ni avec le massage, ni avec les bains chauds. Le mieux encore, c'est de placer ces malades dans les meilleures conditions hygiéniques possibles.

M. Lassar considère la sclérodermie comme une maladie du système vasculaire produite par des températures anormales. Comme traitement, il emploie les bains chauds et les frictions avec une pommade à l'acide salicylique.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 11 mai 1894.

Syringomyélie.

M. Lunn. — En 1883, j'ai montré un malade atteint de déformations des mains et des épaules, et on est arrivé à cette conclusion qu'il devait être atteint d'une affection nerveuse centrale, voisine de la maladie de Charcot. Ce malade est resté sous mon observation jusqu'en 1893, époque à laquelle il est mort. En juin 1885, tous les muscles des bras et des avant-bras réagissaient à l'électricité galvanique et faradique ; il y avait cependant une atrophie des fléchisseurs.

Les muscles du pouce droit ne répondaient pas à l'électricité faradique ; ceux du pouce gauche y répondaient au contraire. Les réactions des muscles des membres inférieurs étaient normales. Il n'y avait pas de troubles de la sensibilité ; il y avait quelques contractions fibrillaires. En 1887 les muscles des jambes et du pied droit n'étaient aucunement atrophiés, mais la première phalange des quatre derniers orteils du pied droit était luxée sur la tête métatarsienne correspondante. Les ongles présentaient des troubles trophiques. Le pied gauche était normal ; cependant les ongles présentaient aussi quelques troubles trophiques. Pas de symptômes nerveux, l'état général était bon. En novembre 1889, le malade commença à éprouver des douleurs en ceinture et à avoir des nausées. En janvier 1891 il eut plusieurs attaques de pemphigus sur les faces dorsale et palmaire des mains, attaques que précédait en général une légère élévation de température. En octobre 1891, on constata une augmentation de l'atrophie des ongles de la main droite, on constata aussi une atrophie et un raccourcissement des phalanges terminales. Les réflexes patellaires s'exagérèrent. La sensibilité tactile était normale, la sensibilité thermique et douloureuse était très troublée et manquait presque totalement sur une aire considérable des bras, de la tête et de la poitrine. Les extrémités inférieures présentaient un peu de paralysie spasmodique. La sensibilité des membres inférieurs était normale ; la démarche présentait un peu d'ataxie et le malade présentait de l'instabilité quand on lui faisait fermer les yeux, les pieds étant rapprochés l'un de l'autre. Le 5 mars 1893, le malade perdit connaissance pendant de courts instants ; le lendemain il parla avec difficulté ; la partie inférieure de la face semblait paralysée. Le bras et la jambe du côté droit semblaient un peu faibles et la tête était un peu déviée vers la gauche. Le malade comprenait ce qu'on lui disait, mais son pouvoir d'articulation était limité à des mots simples monosyllabiques. Les réflexes patellaires étaient très exagérés, les réflexes plantaires étaient aussi un peu augmentés. Le 7 mars le malade eut beaucoup de peine à avaler ; ses pupilles étaient dilatées, mais réagissaient à la lumière.

Les jambes paraissaient prises d'une sorte de spasme qui les maintenait dans l'extension ; on ne pouvait les fléchir qu'avec peine. Le 10 mars, les bras et la jambe du côté droit se paralysèrent complètement, puis le malade tomba dans le coma et mourut le 12 mars. A l'autopsie, on trouva d'anciennes luxations des deux poignets, de l'épaule gauche, du pouce droit et de l'extrémité interne de la clavicule droite. Il y avait des bulles sur plusieurs doigts ; quelques ongles étaient atrophiés, d'autres avaient disparu. Il y avait de la pneumonie hypostatique. Le lobe droit du cervelet était plus petit que le gauche. Les ventricules latéraux étaient dilatés. L'artère cérébrale moyenne gauche était thrombosée et le territoire nerveux qu'elle irrigue était ramolli. Le canal central de la moelle était dilaté dans la région cervicale. Les luxations étaient des exemples typiques d'ostéo-arthrites.

M. Beevor. — J'ai examiné la moelle de ce sujet et j'ai vu une dilatation du canal central et une destruction des cellules ganglionnaires de la corne antérieure.

M. Ormerod. — J'ai eu 2 malades chez lesquels j'ai trouvé de la syringomyélie à l'autopsie : l'un était un maniaque, l'autre était un jeune garçon présentant les symptômes généraux d'une tumeur cérébrale avec une paraplégie aiguë. Les ventricules cérébraux et le canal central de la moelle étaient dilatés ; l'aqueduc de Sylvius avait son calibre normal. Dans tous les cas d'atrophie musculaire chronique portant sur les mains, surtout s'il s'y joint un état spasmodique anatomique des jambes, il faut chercher les symptômes caractéristiques de la syringomyélie.

Péliose rhumatismale.

M. Randall. — Une femme de 41 ans, alcoolique, ayant eu de la dyspepsie et de la diarrhée, sans antécédent rhumatismal, fut prise de douleurs et de gonflement des articulations avec un rash. Il y eut de la diarrhée, des vomissements et des hémorrhagies intestinales. La mort survint bientôt. A l'autopsie, on trouva des ulcérations intestinales depuis le duodénum jusqu'à la fin de l'iléon.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 22 — 30 MAI 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Thèses du 4 au 9 juin 1894.

Mercredi 6. — M. Roy. Contribution à l'étude de l'urobilinurie et de la glycosurie dans l'érysipèle. — M. Escat. Evolutions et transformations anatomiques de la cavité naso-pharyngienne. — M. Patricopoulo. Neurasthénie d'origine traumatique — M. Le Bart. Le chancre primitif du nez et des fosses nasales. — M. Bagourd. Contribution à l'étude des kystes essentiels de la mamelle. — M. Lucas. Etude clinique des tumeurs néoplasiques des doigts.

Jeudi 7. — M. Wermeille. Stomatite et rhinite impétigineuses dans la rougeole; leurs rapports avec la broncho-pneumonie. — M. Marsat. Essai d'urologie clinique dans l'érysipèle. — M. Plantier. Contribution à l'étude de l'absorption par la peau saine des substances solubles dans l'eau, en poudre ou en solution aqueuse. — M. Auscher. Deux cas de tabes combiné suivis d'autopsie. — M. Miras. Le sclérème des nouveau nés. — M. Foy. De l'intervention chirurgicale dans les déchirures du rein.

LYON

(Année scolaire 1893-1894).

911. Albert (Maxime). De la blennorrhagie uréthrale chez la femme et son traitement. — 912. Callavassy (Alexandre). Des abcès du septum uréthro-vaginal. — 913. César (Maurice). De l'amputation des membres dans les anciennes paralysies infantiles.

914. Chognon (Benoît). Des adhérences de l'appendice vermiculaire avec les organes avoisinants dans les opérations intra-abdominales. — 915. Bec (Théophile). De la nécrose du labyrinthe et en particulier du limaçon. — 916. Simeray (Francis). Conséquences du développement de l'arthritisme dans le développement de la tuberculose pulmonaire.

917. Isnard (Edmond). Névroses traumatiques chez l'enfant. — 918. Veyrat (Francis). Essai sur le traitement chirurgical de la méningite tuberculeuse. — 919. Chabrand (Albert). De la désarticulation de la hanche par désossement après amputation de la cuisse sous la bande d'Esmarch.

920. Gallois (Maurice). Contribution à l'étude des signes objectifs de la sciatique. — 921. Madinier (Paul). Contribution à l'étude des anomalies du type fébrile dans la pneumonie fibrineuse particulièrement chez les enfants.

VARIÉTÉS

Hôpital Ricord. — M. le Dr Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, le samedi 2 juin, à 9 heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Hospice de la Salpêtrière. — Le Dr Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses, le jeudi 31 mai 1894, à 10 heures du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Concours pour l'internat de la Maison Nationale de Charenton. Ouverture du concours, le mardi 26 juin 1894.

Sont autorisés à concourir, les étudiants en médecine de nationalité française, âgés de moins de trente ans, et pourvus de douze inscriptions.

Les candidats qui voudront concourir, devront se présenter au secrétariat de la Maison Nationale pour obtenir leur inscription en y déposant les pièces ci-dessous indiquées :

1° Acte de naissance;
2° Certificat de scolarité;
3° Certificat de bonnes vie et mœurs.

La liste des candidats sera close le 18 juin 1894.

Budget des Facultés de médecine. — Le budget du ministère de l'instruction publique pour 1895 présente sur le budget de 1894 une augmentation de 2,535,285 francs. Un crédit de 44,000 francs est demandé pour la création de diverses chaires, dont une d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier et une de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Lyon.

Un crédit de 75,000 francs est destiné à faire face à l'organisation de l'enseignement des dentistes dans quelques Facultés de médecine. La loi du 30 novembre 1892 fait à l'Etat obligation d'organiser cet enseignement. La dépense sera en grande partie couverte par les droits à percevoir de la nouvelle catégorie d'étudiants.

Un crédit de 400,000 francs permettra d'organiser l'enseignement préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles dans les Facultés des sciences. On sait qu'aux termes de deux décrets récents rendus après avis du conseil supérieur de l'instruction publique, l'étudiant en médecine, avant d'aborder les études médicales proprement dites, devra s'être initié, dans une Faculté des sciences, aux sciences physiques et naturelles.

VIENT DE PARAITRE :

☞ **Régénération des os et résections sous-périostées**, par L. OLLIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut. 1 volume petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*.................... 2 fr. 50

Cet Aide-Mémoire a pour but d'exposer, le plus brièvement possible, les fondements physiologiques, la technique et les résultats de la nouvelle méthode de résection que M. Ollier a déduite, il y a plus de trente ans déjà, de ses expériences sur les animaux.

Ce petit volume donne une idée synthétique et suffisante d'une méthode opératoire qui, vivement discutée à ses débuts, ne paraît plus guère compter d'opposants aujourd'hui.

Il traite d'abord des questions générales et fondamentales, puis plus particulièrement de la régénération des os et de la croissance du squelette, envisagées dans leurs applications à la théorie et à la pratique des résections.

SYPHILIS ET GLYCOSURIE

Contribution à l'étude des hybridités pathologiques. Un cas de syphilome cérébral compliqué de glycosurie chez un arthritique. Double traitement; guérison. Communication au Congrès international des sciences médicales, tenu à Rome, par M. Ozenne (de Paris).

La question des hybridités pathologiques, quoique étudiée depuis une vingtaine d'années par différents auteurs, principalement par le Pr Verneuil (de Paris) et par ses élèves, offre encore certains points obscurs, surtout si l'on envisage l'association de la syphilis et de l'arthritisme. C'est pour cette raison que l'observation suivante nous a paru mériter d'être rapportée.

Dans le courant de 1891, un homme de quarante-deux ans, de vieille date arthritique, était subitement atteint de strabisme externe de l'œil droit avec maux de tête, vertiges, nausées et sensation très accentuée de brisure des membres inférieurs. Ces accidents, qui mettaient le malade dans l'impossibilité de lire, d'écrire et de marcher, persistaient depuis une dizaine de jours, lorsqu'il me fut adressé. L'examen, fait à cette époque, donna les renseignements suivants : chute très légère de la paupière supérieure, déviation prononcée du globe oculaire en dehors par paralysie du moteur oculaire commun, qui seul est atteint, car les mouvements d'élévation et d'abaissement du globe peuvent avoir lieu. Diplopie et diminution de la perception visuelle telle que la lecture n'est, en réalité, pas possible. Dilatation de la pupille, dont la mobilité n'est pas entièrement annihilée. Œil gauche normal. En outre, céphalalgie intermittente, vertiges, faiblesse générale et troubles digestifs divers avec dilatation de l'estomac. L'examen de l'urine dénote 11 grammes de sucre par litre de liquide, soit environ un total de 25 grammes par jour.

La glycosurie était incontestable, mais elle était peu intense ; aussi, les accidents semblant devoir être rapportés plutôt à la syphilis, on prescrit 4 grammes d'iodure de potassium et une friction mercurielle par jour. Amélioration assez rapide que complètent la médication antidiabétique et un traitement tonique. Au bout de deux mois il ne persiste plus qu'un certain degré de strabisme.

Six mois plus tard, pendant lesquels le malade avait négligé tout traitement, première récidive sous la forme de manifestations analogues à ce qui avait été observé au début (13 grammes de sucre par litre d'urine). On n'a tout d'abord recours qu'au traitement anti-diabétique, qui détermine une diminution des accidents ; mais ceux-ci ne disparaissent à peu près complètement qu'en reprenant l'usage de l'iodure et du mercure.

Pouvait-on dès lors tirer quelques conclusions de cette thérapeutique à deux reprises appliquée ? Oui assurément, car elle avait démontré que l'une des médications, à l'exclusion de l'autre, était impuissante à abolir toute manifestation morbide ; de plus, elle avait prouvé que chacune d'elles était effective, ce qui permettait d'en déduire que, tout en étant associées, les manifestations morbides relevaient d'une double origine, la syphilis et le diabète.

La suite est venue confirmer cette manière de voir, que le Dr Besnier a acceptée dans une consultation ultérieure à l'occasion d'une nouvelle rechute du malade. L'éminent médecin de Saint-Louis a porté le diagnostic d'arthritisme, de glycémie et de spécificité et a donné le conseil de reprendre le double traitement. C'est ce qui a eu lieu à l'avenir d'une façon à peu près régulière ; dans le courant de l'année 1892 on a encore noté quelques légères récidives, mais depuis près d'un an l'état général est excellent et, sauf un peu de strabisme, il ne reste plus de traces des troubles anciens.

En résumé, d'après l'exposé des symptômes morbides que je viens d'énumérer, il semble ressortir qu'une hybridité pathologique peut être invoquée chez ce malade, qu'il y a eu coexistence de syphilis et de diabète et influence réciproque des deux affections dans leurs manifestations.

Malgré les présomptions favorables à cette manière de voir et malgré les résultats fournis par la thérapeutique, il est intéressant de rechercher non pas les preuves de la glycosurie, qui sont incontestables, mais les preuves de l'existence de la syphilis, et de discuter si cette dernière, certaine ou probable, présente quelques rapports de cause à effet avec le diabète, ou bien s'il y a eu indépendance d'origine, sinon de manifestations, des deux maladies.

Il est inutile de rappeler combien sont fréquentes, dans la syphilis cérébrale, les paralysies motrices de l'œil et, parmi ces dernières, l'on sait que la paralysie de la troisième paire est l'une de celles que l'on observe le plus souvent. Qu'elle soit complète ou partielle, ce qui n'est pas rare, on admet généralement qu'elle acquiert une réelle valeur diagnostique.

Son mode d'apparition subite chez notre malade et les troubles oculaires et cérébraux consécutifs ne nous avaient laissé que fort peu de doutes sur sa pathogénie. Toutefois, la démonstration évidente en a été impossible, car nous n'avons pu relever aucun antécédent confirmatif et force nous a été d'admettre que nous avions affaire à un nouvel exemple de syphilis ignorée. Aussi, dans de telles conditions, il était permis d'élever un doute sur ce point de pathogénie, car la glycosurie ne pouvait être contestée et, à elle seule, peut-être, on avait le droit de rapporter les divers accidents observés. Que la céphalalgie, les vertiges, les troubles digestifs et l'affaiblissement général ressortissent de la glycosurie, le fait, à la rigueur, était admissible, mais il en était autrement de la paralysie partielle du moteur oculaire commun, car ce n'est qu'à titre tout à fait exceptionnel que l'on a signalé des accidents nerveux de ce genre dans le cours du diabète.

D'ailleurs n'avons-nous pas encore, contre cette hypothèse, les résultats donnés par le double traitement, qui avait nettement démontré qu'on ne pouvait contester l'existence d'un néoplasme syphilitique intra-crânien. Quant aux rapports existant entre la syphilis et le diabète, deux questions pouvaient être soulevées : 1° le diabète était-il sous la dépendance de la syphilis? 2° ou bien en était-il indépendant?

Le diabète syphilitique, dont l'existence a été mise hors de toute contestation par de nombreux travaux, s'explique tout naturellement, dans certains cas, par le siège du néoplasme intra-crânien ; mais, lorsqu'il en est ainsi, on constate souvent, sous l'influence du seul traitement spécifique, la disparition simultanée du sucre dans l'urine et des accidents provoqués par la lésion syphilitique. Or, c'est ce qui n'a pas eu lieu chez notre malade, puisque, à plusieurs reprises, il a été nécessaire, pour éteindre tous les phénomènes morbides, d'ajouter aux prescriptions iodurées et hydrargyriques l'usage de la médication anti-diabétique.

Il semble donc que l'on peut en conclure qu'il n'existait aucun rapport de causalité entre les deux affections, ce qui, d'ailleurs, n'a pas lieu de surprendre, si l'on note que différentes manifestations arthritiques avaient été antérieurement observées. Nous ferons toutefois remarquer que, malgré cette indépendance d'origine des deux affections, il y a eu, à de certains moments de leur évo-

lution, une association des symptômes morbides, qui offraient des caractères relevant de l'une et de l'autre et, par suite, en rendaient le diagnostic plus délicat

REVUE DES CONGRÈS

Sur la douche hydro-électrique.

M. Guyénot (Aix-les-Bains). — La méthode d'application des courants électriques que nous avons l'honneur de vous présenter est caractérisée principalement par le mode de conduction du courant qui se fait exclusivement par le jet d'eau d'un appareil à douche d'une part, et soit par un second jet d'eau, soit par l'air saturé de vapeur d'eau d'autre part.

Il nous semble hors de doute que l'adjonction des douches électriques aux procédés hydrothérapiques nous met entre les mains un agent thérapeutique d'une réelle valeur et d'une grande puissance. Ce mode particulier d'électrisation permet d'agir localement sur une articulation, sur un trajet nerveux, sur un muscle, sur différents groupes de muscles successivement, beaucoup plus rapidement que par le procédé des électrodes appliquées sur la peau; et si on fait usage d'une eau légèrement salée ou d'une eau minérale naturelle, on est étonné de la facilité avec laquelle les malades supportent des courants qui autrement appliqués sont plus ou moins douloureux.

Pour obtenir une action générale soit faradique, soit galvanique sur l'organisme, aucun procédé n'atteindra mieux le but cherché.

La douche hydro-électrique générale nous paraît donc devoir être la méthode de choix toutes les fois qu'on voudra agir sur la nutrition, sur le système nerveux, sur la sensibilité cutanée, sur les réflexes sécrétoires et les vaso-moteurs, à l'aide des courants continus ou d'induction.

Diabète insipide et syphilis.

M. Jullien (Paris). — J'ai eu l'occasion d'observer une femme de 40 ans, syphilitique depuis 21 ans, qui urinait 17 litres par jour et buvait une égale quantité de liquide. Elle présentait en outre des lésions graves d'ulcération pulmonaire, sans que l'expectorat contînt de bacille.

Une injection de calomel fit en peu de jours disparaître la polyurie, mais la malade succomba quelques semaines plus tard à la cachexie d'origine pulmonaire.

Les recherches que j'ai faites dans la littérature médicale m'ont prouvé que les observations publiées sur ce point sont fort rares. Dans quelques-unes (Sydney Phillips, Sourouktchy, Icard, Fleury, Russel, Edgren, Lewin) le symptôme coïncidait avec des périostoses, des gommes superficielles, et la guérison suivit de près l'administration des spécifiques; dans d'autres (Perroud, Leudet, Mosler, Lancereaux), il s'accompagnait de graves déterminations viscérales auxquelles les malades succombèrent. La lésion trouvée à l'autopsie fut toujours un syphilome développé sur le plancher du quatrième ventricule; dans un seul cas (Leudet) il s'agissait d'un ramollissement très étendu; enfin, quatre fois l'organe hépatique portait les stigmates de la spécificité.

Ce faisceau de faits permet d'établir les causes tant primordiales qu'occasionnelles de bon nombre des cas de polyurie qui ne relèvent pas uniquement de l'influence nerveuse et en même temps il nous montre la conduite à tenir, car l'insuccès de la thérapeutique spécifique n'existe que pour les cas où elle est venue trop tard ou trop anodine.

Imprégnation syphilitique. Syphilis d'emblée.

M. Verchère (Paris). — L'opinion que je viens soutenir avec des faits a été déjà défendue, mais elle semble aujourd'hui n être pas acceptée par la majorité des syphiligraphes, sinon par aucun.

Nous la trouvons présentée par Desprès (*Arch. méd.*, 1869. — Traité théorique et pratique de la syphilis, 1873), appuyée par les faits de Collet, Porter et Laugston, Parker (*Med. Times*, 1863), soutenue par Diday, enfin professée actuellement presque uniquement par Zeissl, de Vienne.

Les faits comme ceux que je rapporte sont difficiles à rencontrer. Il faut une série de circonstances rares à réunir pour qu'ils aient toute la valeur des preuves indiscutables et soient à l'abri des arguments plus ou moins spécieux que l'on a fait valoir pour défendre la théorie classique; celle-ci me paraît beaucoup trop exclusive et devrait laisser place à quelques faits d'étiologie non pas d'exception, mais beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit par suite du rejet de parti pris de la notion que je défends.

Pour les syphiligraphes, la syphilis débute toujours par un chancre que l'on a vu ou qui a dû passer inaperçu si on ne l'a pas trouvé.

Ce raisonnement paraît pécher par excès et il suffira de présenter des faits où la malade fut constamment sous les yeux d'un syphiligraphe exercé, avant, pendant et après son infection syphilitique, sans que jamais chez elle on ait trouvé de chancre, pour démontrer que cet accident n'est pas constant et nécessaire comme début de la syphilis.

Ce sont des faits de cette nature que je viens présenter. Je les résume.

Observation I. — X..., que je connais tout particulièrement, marié et père de famille, me montre un chancre induré de la verge le 15 janvier 1892, ayant pour origine un seul coït infectant ayant eu lieu le 25 décembre. Ce chancre est apparu exactement le 9 janvier. Le malade s'abstient de tout rapport avec sa femme, que je demande cependant à voir, que j'examine à partir de cette époque tous les six ou huit jours, sous le prétexte d'une métrite supposée. Mme X... est absolument saine.

X... guérit son chancre en trois semaines. Il ne lui reste aucune lésion. Pour détourner les soupçons conjugaux, il me demande s'il peut avoir des rapports avec Mme X... Devant l'intégrité absolue de la verge, l'absence totale de tout accident secondaire, je l'autorise. Chaque fois que le malade a eu des rapports conjugaux, j'ai examiné deux ou trois heures auparavant l'état de la verge.

Pendant cette même période, j'examinais régulièrement et complètement Mme X... tous les six ou huit jours; jamais, à aucune époque, je ne lui ai trouvé trace d'une érosion quelque légère qu'elle soit. Et cependant quatre mois après je lui vis apparaître une éruption papuleuse généralisée syphilitique. A la suite survinrent des plaques muqueuses et la syphilis évolua.

Jamais aucun symptôme ou trouble du côté des règles qui permette de songer à un avortement.

Obs. II. — A... est atteint de syphilis depuis six mois, ne présentant aucune manifestation actuelle de syphilis.

B..., jeune femme de 28 ans, a des rapports répétés et fréquents avec A...

Elle est depuis plusieurs années mariée à C... Ces trois personnes, que j'examine constamment à l'insu les unes des autres, ont été suivies pendant plusieurs années.

B..., qui avait des relations avec A... (lequel, je le répète, n'avait aucune manifestation syphilitique) eut comme premier accident syphilitique, au bout d'une année, de la céphalée, des périostoses multiples, enfin une paralysie du moto-oculaire commun. Le traitement spécifique fit rapidement disparaître les accidents.

C..., le mari, qui pendant cette même période avait continué ses relations journalières avec sa femme, n'a jamais présenté d'accidents spécifiques. Il n'avait jamais eu la syphilis.

Obs. III. — X..., jeune médecin, a eu la syphilis six mois avant son mariage. Elle n'a été caractérisée que par un petit chancre induré et un léger psoriasis palmaire aux mains. Sa jeune femme qu'il examinait, on juge avec quelle attention, présente, deux mois après son mariage, de l'ecthyma spécifique des cuisses et des jambes. Lui-même n'a jamais présenté d'accident. La jeune femme a deux enfants, l'un au bout d'un an, l'autre au bout de quatre ans de mariage. Les deux enfants ont eu manifestement des traces de syphilis héréditaire (dents d'Hutchinson type); malgré cela excellente santé, grâce peut-être au traitement que le père a fait suivre.

Ces faits se passent de commentaires et je ne peux, étant données les circonstances dans lesquelles ils se sont présentés à mon observation, admettre l'argument d'un examen insuffisant ou de de négligence dans le diagnostic.

Quelle voie a suivie le virus syphilitique pour infecter l'organisme, donner des accidents secondaires d'emblée dans

le premier cas, des accidents tertiaires dans le deuxième et le troisième? Il n'en est qu'une, l'utérus en contact avec le sperme, seul élément inoculant possible, et non pas le chancre utérin, mais bien l'*imprégnation directe*, telle que l'admet Zeissl, qui la désigne sous le nom d'*infection par simple cohabitation*.

Il y aurait là comme le dernier terme d'une série commençant par le chancre géant pour aller par le chancre parcheminé, le chancre papyracé, le chancre nain, le chancre herpétique, jusqu'à zéro; c'est-à-dire jusqu'à l'inoculation sans porte d'entrée appréciable, sans lésion directe, par imprégnation directe.

On ne peut admettre la syphilis conceptionnelle dans les cas présents, puisque dans aucun il n'y eut conception ou grossesse. A peine pourrait-on penser à une fécondation possible.

Cette imprégnation rend compte de la plupart des cas si nombreux de syphilis latentes, de syphilis éprouvées, dont l'on trouve à chaque instant des manifestations tertiaires chez des gens qui se sont examinés avec le plus grand soin, que l'on stupéfie lorsqu'on leur apprend qu'ils ont la syphilis, dont ils n'ont jamais perçu le moindre symptôme antérieur.

Des effets abortifs du traitement mercuriel intensif et précoce sur l'évolution de la syphilis.

M. Jullien (Paris). — En 1863, Diday constata que les accidents secondaires étaient retardés de sept jours chez les sujets mercurialisés *ab initio*. En 1874, j'ai prouvé, d'après une statistique basée sur plusieurs centaines de faits, que dans les mêmes conditions les accidents tertiaires subissaient eux-mêmes un retard de plusieurs années. Je me suis demandé dès lors si, par un traitement plus intensif, tel que celui qu'on réalise au moyen des injections sous-cutanées, on n'obtiendrait pas des effets comparables ou équivalant à une atténuation très grande, même à une abortion, et j'ai fait choix des injections de calomel suspendu dans la vaseline liquide, pratiquées avec les plus minutieuses précautions antiseptiques. Cette méthode, que nous devons à Scarenzio et à Smirnoff, est précieuse pour imprégner l'organisme. L'expérience sur les animaux m'a prouvé qu'une petite quantité de sel pouvait rester en réserve dans les foyers. Aussi faut-il en user avec prudence et s'attacher à surprendre les signes de la saturation mercurielle : gingivite, sentiment de constriction thoracique, éblouissements, tendance à la syncope.

Ces précautions étant observées, je pratique l'injection dès la constatation du chancre et je la renouvelle de quinze en quinze jours. Le premier résultat est l'arrêt de développement et la prompte cicatrisation de l'ulcère. Dans quelques cas heureux, la syphilis est ainsi enrayée, et pour toujours : c'est l'idéal du traitement abortif. Dans les autres, on observe dans le cours de deux, trois ou quatre mois, plus ou moins longtemps après l'expiration des délais de l'incubation secondaire, des accidents fugaces, ébauchés et comme étiolés.

Jusqu'à quel moment faut-il continuer le traitement intensif? Pendant les deux premiers mois, je pratique les injections suivant la méthode que j'ai indiquée plus haut; plus tard je laisse entre les injections un intervalle croissant de vingt, vingt-cinq, trente jours en appropriant les doses à la résistance et au poids du corps du malade. Au delà du sixième mois, le calomel peut être remplacé par l'huile grise, le thymol-acétate de mercure ou telle autre méthode moins rigoureuse.

M. Schiff (Vienne). — J'estime que nous n'avons pas grand'chose à attendre du traitement abortif de la syphilis, abstraction faite de l'excision du chancre initial, dont je suis partisan.

En revanche, j'ai toujours obtenu de bons résultats par l'emploi du traitement prolongé intermittent de Fournier.

De la syphilis héréditaire tardive du larynx.

M. Ricardo Botey (Barcelone). — Les cas de syphilis héréditaire tardive du larynx bien observés sont rares. Le Dr Botey en présente trois. Un chez un adolescent de 14 ans, qui guérit promptement sans laisser à peine de traces, malgré les nombreuses productions végétantes intra-laryngiennes, des destructions du septum, d'un cornet inférieur et des lésions tertiaires dans le pharynx.

Un autre chez une petite fille de 7 ans, avec des lésions graves du nez, du pharynx et du larynx, guérie aussi par un énergique traitement anti-syphilitique.

Et finalement un troisième chez un jeune homme de 14 ans, avec triade de Hutchinson et des lésions tellement graves dans le larynx que Botey dut pratiquer d'urgence la trachéotomie. Le malade présentait, en outre, des lésions nasales, nez en lorgnette, une perforation palatine. Ce malade guérit aussi en 2 ou 3 mois.

Botey termine son travail par les conclusions suivantes :

1° La syphilis héréditaire tardive du larynx se présente presque toujours sous la forme scléro-gommeuse;

2° La marche est souvent chronique et plus lente que celle de la syphilis tertiaire acquise de cet organe;

3° Très souvent elle est accompagnée de lésions syphilitiques du pharynx et des fosses nasales, ce qui est rare dans la syphilis tertiaire acquise.

Des paralysies syphilitiques du larynx.

M. Ricardo Botey (Barcelone). — Pour Botey, la cause la plus fréquente des paralysies récurrentielles bi- et surtout mono-latérales, est la syphilis. Il considère donc comme un aphorisme clinique que l'on doit considérer comme syphilitique toute paralysie de l'un des *posticus*, quand les autres causes connues de compression du récurrent semblent ne pas exister.

Il cite à l'appui cinq observations, très instructives à ce point de vue, et termine son intéressant travail par les conclusions suivantes :

1° La paralysie la plus fréquente du larynx, de cause syphilitique, est la paralysie du récurrent ou de l'un des crico-aryténoïdiens postérieurs.

2° Cette paralysie est très souvent aussi bilatérale, mais les paralysies monolatérales doivent exister avec bien plus de fréquence, à l'insu du malade et du médecin, qui n'a pas occasion de les observer bien des fois parce qu'elles ne gênent presque jamais la respiration, ni n'altèrent profondément la voix.

3° Ces paralysies sont très rarement accompagnées de lésions matérielles syphilitiques du larynx; et quand elles existent, elles sont complètement indépendantes de la lésion syphilitique coexistante dans le même organe.

Les affections auriculaires dans la syphilis héréditaire.

M. Gradenigo (Turin). — Dans la syphilis héréditaire, outre la forme bien connue de surdité complète bilatérale, on rencontre une autre forme atténuée de surdité progressive ayant les caractères de l'otite moyenne catarrhale chronique, avec diffusion précoce au labyrinthe. Cette forme morbide est analogue, comme cours clinique, à celles qui se développent chez des individus prédisposés, par hérédité, aux maladies de l'oreille, ou chez des individus appartenant à des familles avec tuberculose héréditaire.

Dans cette forme atténuée de surdité progressive, provenant de syphilis héréditaire, les stigmates caractéristiques sont d'ordinaire peu accentués; parmi ceux-ci, le plus fréquent est la kératite interstitielle. Quelquefois, les stigmates font complètement défaut et la diagnose ne peut être établie avec certitude que d'après l'existence de la caractéristique polyléthalité des frères, de l'infection spécifique chez les parents ou des stigmates bien nets de syphilis héréditaire chez les frères du malade.

Dans quelques cas, la pathogénèse spécifique de l'affection ne peut être établie d'après un critérium de probabilité, en considération de la malignité que présente le processus morbide de l'oreille interne, surtout quand d'autres affections générales sont exclues avec certitude. L'hérédité, pour les maladies de l'oreille, est souvent associée dans ces formes, comme circonstance pathogénique, à l'infection spécifique héréditaire.

La forme atténuée de surdité progressive, décrite ci-dessus, se rencontre de préférence dans le sexe féminin, de même que la forme grave; mais contrairement à cette dernière, qui se développe d'ordinaire à l'âge de la puberté, la forme atténuée peut se développer beaucoup plus tard, de 20 à 30 ans.

On rencontre des lésions catarrhales de différent degré, du rhino-pharynx et du nez, comme cause déterminante directe

de la maladie auriculaire; la cure de ces lésions, si elle est toujours utile, ne donne cependant pas des résultats aussi brillants que dans les otites moyennes simples.

Le traitement spécifique mixte amène, dans un certain nombre de cas, une amélioration notable. L'auteur se réserve d'exposer avec détails, dans un travail ultérieur, les caractères cliniques de la forme morbide.

Proportions de la syphilis en Italie par rapport aux nouveaux règlements sanitaires en vigueur.

M. Titomanlio (Naples). — D'un examen rigoureux et étendu des variations de la syphilis dans les principales villes d'Italie, considérées avant et après l'application des nouveaux règlements sanitaires sur la prostitution, il résulte :

1° Que, en général, dans cette dernière période, on a constaté une augmentation progressive considérable des proportions de la syphilis en Italie; augmentation qui s'est montrée *d'abord*, et *d'autant plus constante* et *plus accentuée* chez les militaires et les civils ; *ensuite, d'autant moins constante* et *moins accentuée* par la syphilis héréditaire dans les grands centres et la mortalité par la syphilis (syphilis là aussi presque exclusivement héréditaire) dans les grandes villes;

2° Que : une telle augmentation, par *le moment* où elle a commencé (1889 pour la syphilis acquise chez les militaires et les civils et 1890 pour la syphilis héréditaire) ; par cette circonstance spéciale, qu'épargnant les petits centres et les populations rurales, on la voit intéresser presque exclusivement les grands centres, et (pour la syphilis héréditaire) atteindre de préférence les *enfants illégitimes* et *ceux nés dans les grandes villes;* ne peut être raisonnablement attribuée à une autre cause que l'abolition de la surveillance sanitaire sur la prostitution et ensuite l'insuffisance prophylactique des règlements sanitaires en vigueur.

De l'ictère des nouveau-nés.

M. Bauzon (de Chalon-sur-Saône). — L'ictère des nouveau-nés est bien un ictère hémaphéique bénin.

L'ictère bénin est de tous les temps et de toutes les latitudes.

Les auteurs anciens, vu sa bénignité, attachaient peu d'importance à cette affection.

Les écrivains modernes, tenant compte de sa fréquence, lui consacrent volontiers quelques lignes.

La coloration jaune anormale non ecchymotique de la peau est le caractère essentiel de l'ictère simple.

L'ictère se développe ordinairement de la périphérie au centre.

Dans l'ictère la coloration des conjonctives n'est pas aussi constante chez le petit enfant que chez l'adulte.

La coloration de la muqueuse buccale, par son degré, indiquerait l'intensité de la jaunisse.

La durée de l'ictère est proportionnelle à son intensité.

D'après Porak, 80 0/0 des enfants seraient atteints d'ictère simple. Cette proportion, d'après nous (clientèle civile), devrait être ramenée à 57 0/0.

Le plus souvent l'ictère simple n'est accompagné d'aucun trouble fonctionnel.

L'ictère simple des nouveau-nés est bénin parce que les fonctions bio-chimiques du foie sont toujours conservées.

Les théories émises sur la pathogénie de l'ictère sont aussi nombreuses et diverses que les médecins qui se sont occupés de pédiatrie.

L'ictère simple des nouveau-nés est bien un ictère hémaphéique bénin caractérisé essentiellement par l'imprégnation des téguments d'une matière colorante résultant de la désorganisation d'un grand nombre de globules sanguins.

La faiblesse congénitale est certainement le facteur le plus constant et le plus important de l'étiologie de l'ictère.

La ligature tardive du cordon, loin d'être, comme le veut Porak, une cause d'ictère, est, au contraire, le meilleur moyen d'en préserver les enfants. Avec la ligature tardive, 43 0/0 au lieu de 20 0/0 sont exempts d'ictère.

L'hygiène infantile bien entendue sera le seul traitement rationnel de l'ictère.

Sur le rôle du foie dans les intoxications intestinales.

M. Queirolo (de Pise). — Je poursuis depuis quelque temps des recherches expérimentales ayant pour but l'étude des fonctions du foie. Je suis parvenu dans le cours de ces recherches à créer une méthode qui me paraît susceptible de rendre de réels services.

Chez le chien, j'ai réussi — chose qui jusqu'alors n'avait pu être obtenue — à réunir la veine porte et la veine cave sectionnées transversalement et à faire ainsi circuler directement le sang qui provient de l'estomac et de l'intestin dans le système veineux général.

Les chiens ainsi opérés vivent pendant plusieurs mois dans un état de santé parfaite, sans paraître éprouver la moindre gêne, et peuvent être soumis à n'importe quel régime alimentaire.

D'autre part, les pièces anatomiques que je vous présente montrent que l'opération réussit d'une façon complète.

En utilisant ce procédé, j'ai pu constater certains phénomènes intéressants; j'ai pu voir notamment que les urines des chiens ainsi opérés ne sont pas plus toxiques que celles qui proviennent de chiens non opérés, et que le sérum provenant de la veine porte n'est pas plus toxique que le sérum transsudé dans la cavité pleurale.

L'expérimentation me permet donc de conclure que le foie n'exerce pas de fonction dépurative sur le sang provenant des intestins. A mon avis, les substances toxiques ne pénètrent pas, à l'état normal, de l'intestin dans le sang, la paroi intestinale constituant une barrière protectrice puissante.

L'indication dans les intoxications aiguës d'origine intestinale sera donc de rechercher toujours les altérations de l'épithélium intestinal.

M. Rummo. — La communication de M. Queirolo est importante par les notions nouvelles qu'elle nous apporte, notions qui sont en désaccord avec les idées classiques. Je suis fort disposé, pour ma part, à admettre les conclusions de M. Queirolo, car un certain nombre d'observations m'ont donné des résultats identiques.

D'une forme de cirrhose non alcoolique du foie par auto intoxication d'origine gastro-intestinale.

MM. Hanot et **Boix** (Paris). — L'alcool est loin d'être la seule cause des cirrhoses hépatiques; à côté de lui prennent place les infections et les intoxications d'origine microbienne. Chez certains malades, indemnes d'alcoolisme, sans maladie infectieuse antérieure, les auteurs ont pu trouver une dyspepsie ancienne avec ou sans ectasie gastrique. Chez ces malades, le foie augmente lentement de volume et acquiert une dureté ligneuse; mais l'hypertrophie est modérée. Les symptômes sont d'abord peu accusés, réduits à une sensation de lassitude, de pesanteur hypochondriaque ; parfois il y a des poussées d'embarras gastrique avec congestion du foie.

Le microscope a montré une sclérose péri-portale avec intégrité de la veine centrale du lobule (cirrhose mono-lobulaire et intra-lobulaire). Chez trois malades, il y avait hypochlorhydrie. On ne pouvait incriminer que la dyspepsie prolongée. Comment ne pas admettre que les substances toxiques résultant de fermentations gastro-intestinales ne puissent être apportées au foie par la veine porte et ne puissent irriter les vaisseaux de cette glande? Le pronostic est moins grave que dans la cirrhose alcoolique; mais le foie est malade et, dès lors, il devient plus accessible aux infections accidentelles. Le traitement devra viser la dyspepsie (diète, antisepsie intestinale). Cette cirrhose ne serait qu'un degré de plus de l'hypertrophie hépatique signalée par Bouchard dans la dilatation de l'estomac.

Cirrhose hypertrophique biliaire avec ictère chronique considérée comme une cirrhose infectieuse.

M. Hanot (Paris) a, en 1875, décrit dans sa thèse inaugurale une nouvelle cirrhose hépatique qu'il a désignée sous le nom de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique.

C'est une maladie caractérisée par une hypertrophie considérable du foie et de la rate, sans ascite, avec ictère chronique, avec persistance pendant plusieurs années de l'appétit, des forces, en un mot d'un bon état général. Il se produit, de temps à autre, des poussées aiguës constituées par de la fièvre, une augmentation de l'ictère et des phénomènes hémorrhagiques : épistaxis, purpura, etc.

La guérison est exceptionnelle; cependant je viens d'en observer un cas chez un malade traité par le calomel, d'après la méthode des professeurs Bouchard et Zacharin.

La mort survient habituellement par érysipèle, bronchopneumonie, néphrite, mais surtout par ictère grave.

Les altérations histologiques sont les suivantes :

1° Cirrhose diffuse avec un tissu conjonctif riche en cellules et parsemé de petits amas de leucocytes;

2° Hépatite parenchymateuse diffuse avec transformation des trabécules en néo-canalicules biliaires, et processus kariokynétiques très actifs des cellules hépatiques;

3° Angiocholite catarrhale avec conduits biliaires élargis, flexueux et cellules épithéliales hypertrophiées et en kariokynèse;

4° Artérioles volumineuses avec cellules endothéliales hypertrophiées.

Dans ses études sur le foie infectieux, présentées à la Société de Biologie en 1893, études qui concordent avec les travaux de MM. Siredey, Charrin, Royer, Gastou, M. Hanot a établi que le foie infectieux se caractérise anatomiquement de la façon suivante : dilatation des vaisseaux sanguins avec processus kariokynétiques de leurs cellules endothéliales; distension des canalicules biliaires par des cellules proliférées et desquamées; infiltrations leucocytiques dans l'intérieur des lobules, dans les espaces portes, autour des vaisseaux sanguins, des canalicules et dans leurs parois; altérations des cellules hépatiques plus ou moins modifiées, ordinairement tuméfiées avec multiplication nucléaire, transformation abondante des cellules hépatiques en néo-canalicules biliaires. Tous les éléments constitutifs de l'organe sont directement altérés. Voilà ce que l'on trouve dans tous les foies infectieux expérimentaux, dans tous les foies d'individus ayant succombé à une maladie infectieuse quelconque.

Voilà aussi ce que l'on trouve dans la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique.

C'est donc très probablement une cirrhose infectieuse.

Des indications de la cholécystotomie.

M. Vautrin (Nancy). — Les chirurgiens ont une préférence marquée pour la cholécystectomie, qu'ils pratiquent dans presque tous les cas, alors que la cholécystotomie peut amener une guérison aussi radicale, avec moins de dangers et sans créer une situation physiologique anormale dans les voies biliaires. Dans les lésions calculeuses biliaires intéressant la vésicule et le canal cystique, la cholécystotomie donne d'excellents résultats. Cette opération, tentée pour la première fois en Amérique, a eu des débuts malheureux; de là l'opinion fâcheuse émise sur sa valeur, opinion qui ne s'est pas encore modifiée aux yeux de nombreux chirurgiens. Les statistiques que Blaise a consignées dans sa thèse inaugurale, en 1892, démontrent cependant que la mortalité dans la cholécystotomie est à peu près égale à celle de la cholécystectomie (17 à 19 0/0).

La cholécystotomie se pratique suivant deux procédés : 1° la *cholécystotomie idéale* de Bernays consiste dans l'ouverture de la vésicule pour en extraire les calculs, dans la suture et la réduction de l'organe dans le ventre; 2° la *cholécystotomie avec cholécystopexie* n'est autre chose que l'opération précédente, mais la plaie de la vésicule est maintenue par des sutures au contact de la paroi abdominale. Cette dernière opération, exécutée par Parkes et Carmalt, et que je crois être le premier à avoir pratiquée avec succès en France, me semble la plus rationnelle et la plus recommandable, à cause de sa facilité, de la sécurité qu'elle procure et de la surveillance facile de la ligne de suture. Mais, pour être exécutée, elle exige que la vésicule soit assez distendue pour être facilement amenée à la paroi, et que les parois de l'organe ne soient pas trop altérées ou infiltrées de pus. C'est dans l'hydropisie de la vésicule que cette opération a ses principales indications.

D'une manière générale, les indications de la cholécystotomie peuvent être résumées ainsi :

La cholécystotomie avec cholécystopexie est indiquée dans tous les cas où la vésicule peut être facilement amenée dans la plaie, lorsque les parois du réservoir et des canaux biliaires ne sont pas trop altérées. Elle expose moins que la cholécystectomie et la cholécystotomie idéale aux fistules biliaires.

La cholécystotomie idéale doit être réservée pour les cas, moins nombreux, où la vésicule n'est ni distendue ni altérée, lorsque la perméabilité des voies biliaires est assurée et a été vérifiée par le cathétérisme.

Quant aux récidives, elles ne sont pas à craindre après la cholécystotomie, ainsi que le prouvent des observations déjà nombreuses. Il est, d'ailleurs, démontré que les calculs ne se forment pas seulement dans la vésicule, mais aussi dans les canaux biliaires, hépatique et cholédoque.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 *mai* 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Elections.

M. Mairet (Montpellier) est élu correspondant national dans la section de médecine par 49 voix sur 69 votants, contre 9 à M. Testut (Lyon), 6 à M. Vergely (Bordeaux), 5 à M. Teissier (Lyon).

M. Vergely (Bordeaux) est ensuite élu membre correspondant national par 53 voix sur 70 votants, contre 9 à M. Liégeois (Bainville-aux-Saules), 3 à M. Teissier, 3 à M. Testut, 1 à M. Bertrand (Cherbourg) et 1 bulletin blanc.

Epistaxis.

M. Verneuil. — On doit diviser les épistaxis en trois groupes : épistaxis juvénile, héréditaire et hérédo-hépatique, dont les conditions étiologiques et la pathogénie pas plus que la thérapeutique d'ailleurs ne paraissent pas encore bien fixées.

On admet généralement que l'épistaxis juvénile se retrouverait fréquemment dans les antécédents plus ou moins éloignés de la phthisie et du rhumatisme des adultes; après une durée plus ou moins longue elle pourrait reparaître chez des sujets âgés de 50 à 60 ans sous des influences à la vérité mal connues, et enfin elle aurait pour cause tantôt la pléthore ou un molimen hémorrhagique, tantôt au contraire une profonde débilitation due à la croissance exagérée, à la puberté, au mauvais régime, à un excès de travail intellectuel, à l'onanisme, etc.

Je ne critiquerai pas cette liste étiologique, mais mon expérience m'a conduit à des conclusions un peu différentes. En effet, il est extrêmement rare de retrouver, dans ces cas, les altérations signalées, tandis que si l'attention est appelée du côté du foie, on ne manque pas d'ordinaire de reconnaître, soit chez le petit malade, soit chez ses ascendants, un état constitutionnel de la glande hépatique. Le régime approprié à l'hépatisme fait bientôt justice des accidents observés.

M. Panas. — J'ignore si les épistaxis juvéniles sont liées à un état pathologique du foie, toujours rare chez les enfants; mais j'ai eu maintes fois l'occasion d'observer qu'elles sont en rapport avec des troubles digestifs susceptibles de gêner la circulation du côté de la veine porte ou bien déterminant des phénomènes dyscrasiques. En effet, lorsque ces épistaxis vont jusqu'à produire des épanchements sanguins assez considérables pour amener l'expulsion spontanée de l'œil hors de l'orbite, toujours on rencontre les troubles digestifs ou circulatoires auxquels je viens de faire allusion.

Comité secret.

Sur le rapport de M. d'Arsonval, l'Académie fixe comme suit la liste de présentation à la place déclarée vacante dans la section de physique et chimie médicales : 1° M. Hanriot; 2° M. Pouchet; 3° *ex æquo* MM. André, Burcker et Regnard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mai 1894.

Anesthésiques.

M. Michaux, frappé par les statistiques récemment publiées, a mis à l'étude l'anesthésie par l'éther, sauf chez les bronchitiques et pour les opérations sur l'abdomen ou sur la face. Il conclut que le sommeil est calme et profond, que la résolution est rapidement obtenue, que les vomissements et le choc sont moindres qu'avec l'éther, que l'administration est plus facile et moins dangereuse. Il continuera donc.

M. Monod, depuis quelque temps, fait des essais analogues et s'en déclare satisfait. Au début, il n'obtenait la résolution que très lentement : c'est qu'il procédait par petites doses. Il insiste sur l'utilité de débuter par de fortes doses.

M. Segond, revenant au point de départ, c'est-à-dire au bromure d'éthyle, constate que les critiques de M. Villeneuve tombent par ce fait que, bien évidemment, M. Villeneuve ne donne pas l'anesthésique comme M. Segond l'a conseillé, d'après M. Terrier et ses élèves. La preuve irréfutable en est qu'il lui faut jusqu'à 10 minutes pour obtenir la résolution, et M. Segond, sur plus de 500 cas, n'a jamais mis plus de 1 à 2 minutes.

Pseudo-cancers de l'estomac.

M. Richelot, après avoir rappelé les faits de laparotomie exploratrice devenant curatrice pour lésions des annexes, parle plus spécialement de l'estomac. Il cite d'abord un cas de cancer de l'estomac, pris pour un cancer de l'œsophage, chez qui la laparotomie entreprise pour pratiquer une gastrostomie, dut rester exploratrice : or elle amena une sédation temporaire, mais remarquable des symptômes. Dans un autre cas, il s'agit d'un hystérique chez qui on diagnostiqua un cancer de l'estomac : mis à nu, l'organe fut trouvé parfaitement sain, et tous les accidents cessèrent après l'opération.

M. Quénu fait remarquer que les cas de ce genre, où la laparotomie fait cesser divers symptômes, sont bien différents de ceux auxquels M. Terrier a fait allusion, et où on voit fondre des lésions inflammatoires qui avaient simulé un cancer. M. Quénu a obtenu un succès de ce genre.

M. Bouilly. — Il ne faut pas oublier que ces inflammations peuvent guérir spontanément, ainsi que je l'ai observé deux fois, et en particulier chez un homme, que M. Terrier également a examiné et a jugé inopérable, que j'ai refusé d'opérer, tout en le croyant atteint de cancer, et qui a guéri en 6 à 8 mois ; et la guérison dure depuis plusieurs années. Peut-être, comme dans le cas de M. Terrier, la laparotomie hâte-t-elle la cure.

M. Terrier. — Dans ma communication j'ai cité un cas de guérison spontanée. Ce que j'ai surtout voulu montrer, c'est l'opportunité fréquente de la laparotomie exploratrice précoce, suivie d'interventions locales de degrés très divers.

Résection de la hanche.

M. Kirmisson fait un rapport sur une observation de M. Calot (Berck-sur-Mer). C'est celle d'un garçon de 12 ans, atteint de coxalgie ancienne avec fistules, chez qui il pratiqua la résection de la hanche, avec ablation de 16 cm. de la diaphyse fémorale. L'enfant était guéri au bout de deux mois, sauf une fistulette, et à ce moment M. Calot lui appliqua un appareil silicaté avec fenêtre au niveau de la fistule. Au bout de 8 mois, début de la marche sans appareil et avec des béquilles ; au bout de 14 mois, guérison de la fistule. L'enfant a été revu au bout de deux ans et demi en très bon état et le hasard a fait que M. Kirmisson a pu l'examiner. La néarthrose est mobile et solide et il s'est refait 11 cm. d'os dans la gaine périostique.

M. Schwartz a obtenu de même un très bon résultat, qui date aujourd'hui de 4 ans, chez un garçon de 13 ans, atteint de coxalgie ancienne avec fistules et luxation. Il reste 12 cm. de raccourcissement.

M. Monod a fait trois résections de la hanche avec ablation d'une grande longueur de la diaphyse et il a été frappé de la lenteur avec laquelle la jointure devient assez solide pour que le sujet puisse détacher le talon du lit et que dès lors on puisse le laisser se lever. Il demande quel a été à cet égard le traitement employé par M. Calot et par M. Schwartz.

M. Schwartz a soumis son opéré à l'extension continue pour éviter le retrait de la gaine périostique. Celui de M. Calot a conservé pendant huit mois un appareil silicaté, répond M. Kirmisson.

Kystes hydatiques multiples.

M. Monod. — Au mois de novembre dernier, je reçus dans mon service une malade atteinte d'un kyste hydatique du foie avec tumeurs multiples disséminées dans l'abdomen. Comme la ponction de la tumeur du foie m'avait montré qu'il s'agissait d'un kyste suppuré, je me contentai, après l'incision, de faire des lavages et de drainer. La malade, guérie de son kyste du foie, revint bientôt me trouver pour se faire enlever les tumeurs multiples que l'on sentait très facilement par la palpation abdominale et qui paraissaient être des kystes hydatiques du grand épiploon. Je fis une laparotomie et j'enlevai cette énorme grappe de kystes hydatiques suspendus à l'épiploon, que vous avez devant les yeux ; j'enlevai également un kyste situé dans le petit bassin et j'en laissai un autre, qui était absolument fixé dans le cul-de-sac de Douglas, et que je me réserve de ponctionner et de drainer par le vagin.

M. Bouilly. — J'ai opéré, en 1886, une malade analogue, et j'ai présenté ici même les pièces relatives à cette opération. L'épiploon renfermait, disséminés dans ses mailles, de nombreux kystes groupés en séries comme des grappes de fruits ; il y avait, en outre, des poches libres dans le petit bassin, et l'une d'elles notamment était située dans le cul-de-sac de Douglas ; il existait enfin un kyste de la rate et un kyste du poumon qui a guéri par élimination. Un kyste, situé dans le petit bassin, m'avait échappé et il a continué à se développer ; je l'ai guéri, ainsi que le kyste de la rate, par des injections de sublimé. La guérison s'est maintenue parfaite.

M. Schwartz. — Il y a cinq ans, dans le service de M. Labbé, à Beaujon, j'ai enlevé un énorme kyste hydatique de l'épiploon qu'on avait pris pour une tumeur d'origine pelvienne ; il y avait, en outre, un grand nombre de petits kystes disséminés dans l'abdomen.

Quant au traitement des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas par la voie vaginale, j'ai pu m'assurer récemment des bons résultats que l'on peut en attendre. Il y a six mois, en effet, j'ai soigné une jeune fille de quatorze ans qui présentait un kyste hydatique situé dans le cul-de-sac de Douglas ; ce kyste a parfaitement guéri après une ponction vaginale suivie de drainage.

M. Verneuil. — J'ai eu l'occasion d'avoir recours au même traitement chez une jeune fille de 14 ans et le résultat a été excellent.

M. Michaux. — J'ai observé, chez une jeune fille, à la suite d'une ponction d'un kyste hydatique du foie, une telle généralisation qu'il n'était pas possible de songer à enlever tous les petits kystes disséminés dans l'abdomen ; la laparotomie est restée exploratrice et cependant la guérison a été obtenue.

J'ai opéré également un jeune homme de 16 à 17 ans, chez lequel il y avait une généralisation absolue des kystes hydatiques disséminés dans tous les organes, et mon intervention a été suivie de mort.

Je me demande si l'on ne doit pas, jusqu'à un certain point, incriminer la méthode des ponctions comme pouvant donner lieu à cette dissémination des kystes hydatiques.

M. Le Dentu. — Je suis intervenu chez un malade atteint d'un kyste hydatique de l'épiploon gastro-hépatique, avec sept ou huit autres kystes situés dans le grand épiploon et que j'enlevai également. Le grand épiploon était, en outre, criblé de kystes minuscules, dont la plupart renfermaient des hydatides vivantes. La guérison a été parfaite et il ne paraît pas y avoir eu de repullulation ; je ne serais pas étonné que la simple ouverture de l'abdomen pût avoir une action sur l'évolution des hydatides.

M. Lucas-Championnière. — Les opérations faites à

propos de kystes hydatiques multiples ne sont pas toujours suivies de succès semblables à ceux qui viennent d'être rapportés, et je crois que, tôt ou tard, la repullulation des hydatides finit par tuer les malades.

J'ai enlevé, chez une jeune femme, un grand nombre de kystes disséminés dans l'abdomen, et je l'ai vue succomber très rapidement, avec une généralisation dans presque tous les organes abdominaux et dans les poumons. J'ajouterai, au point de vue de l'hypothèse qui vient d'être émise sur l'influence des ponctions, que cette malade n'avait jamais été ponctionnée.

M. Peyrot. — J'ai vu plusieurs fois, au Muséum d'histoire naturelle, des singes atteints de généralisation d'hydatides dans le ventre, sans qu'on pût incriminer chez eux la moindre ponction.

M. Monod. — Je dois faire observer que, chez la malade dont je viens de rapporter l'observation, il y avait déjà, avant la ponction, des hydatides généralisées dans l'abdomen.

M. Félizet lit une observation de corps étranger dans l'œsophage extrait par les voies naturelles.

M. Cahier (Val-de-Grâce) présente un malade chez lequel il a fait, au niveau du poignet, une suture du médian, suivie d'un retour presque complet de la sensibilité.

M. Lejars montre un malade auquel il a fait une résection du coude, pour une luxation latérale externe datant de trois ans.

M. Chaput présente un malade auquel il a enlevé un énorme adénome de la paroi postérieure de l'estomac.

M. Le Dentu montre un sarcome myéloïde du pied, dont le début remontait à dix ans, et qu'on avait pris pour un chondrome ossifiant.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 mai 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Gangrène cutanée hystérique.

M. Féré. — La gangrène cutanée hystérique a été signalée par plusieurs auteurs, je crois cependant intéressant de rapporter un cas qu'il m'a été donné d'observer.

Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans, présentant tous les stigmates de l'hystérie, qui fut prise brusquement de douleurs fulgurantes dans les jambes; consécutivement à ces douleurs apparurent des plaques gangréneuses au niveau de la région tibiale, plaques blanchâtres et anesthésiques, entourées d'une auréole rouge; une nouvelle poussée douloureuse amena les mêmes accidents en un autre point. Cinq ans auparavant cette malade avait présenté tous les signes d'un ulcère de l'estomac avec hématémèses abondantes et l'apparition de cet ulcère avait été précédée de douleurs très vives. On peut donc se demander si les symptômes d'ulcère rond ne reconnaissent pas une même origine nerveuse que les plaques gangréneuses de la jambe et si les hématémèses des hystériques ne pourraient pas parfois s'expliquer de cette façon.

Elimination de la magnésie et de la chaux chez les tuberculeux.

M. Gaube. — J'ai procédé à l'examen des urines de nombreux malades tuberculeux ou prédestinés à la tuberculose; j'ai pu constater que les candidats à la tuberculose éliminaient une plus grande quantité de magnésie et de chaux que les individus normaux et que, chez les tuberculeux, c'étaient ceux qui éliminaient autant de magnésie que de chaux qui résistaient le moins.

Diabète expérimental d'origine microbienne.

M. Carnot. — Je présente un chien auquel j'ai pratiqué dans le canal pancréatique une injection d'une culture de bacille pyocyanique; cet animal, qui a beaucoup maigri, a présenté de la polyurie et l'examen de ses urines montre l'existence d'une glycosurie. Le diabète pancréatique peut donc parfois avoir pour cause une origine microbienne.

M. Charrin. — Il sera intéressant de pratiquer l'autopsie de cet animal et de rechercher comment ont agi les microbes pour déterminer le diabète; il est probable que l'infection ascendante du pancréas a amené une altération de la glande.

Nerfs sécrétoires du pancréas.

M. Dastre. — Je dépose sur le bureau de la Société une note de M. Morat (de Lyon) sur les *nerfs secréteurs du pancréas.* M. Morat démontre que la section du nerf pneumogastrique arrête la sécrétion pancréatique et que l'excitation de ce nerf amène au contraire une hypersécrétion. Les résultats obtenus avec le grand splanchnique sont beaucoup moins nets et l'action phrénatrice de ce nerf n'est pas évidente.

Influence de l'acide carbonique sous pression sur les cultures microbiennes.

M. d'Arsonval. — J'ai démontré dans une précédente communication, faite en collaboration avec M. Charrin, que l'acide carbonique sous haute pression modifiait les cultures pyocyaniques d'une façon manifeste. Cette action est-elle due à l'acide carbonique ou bien à la pression? La pression est un agent physique qui ne modifie point les cultures, ainsi que cela résulte des expériences de M. Reynaud, mais sous de hautes pressions l'acide carbonique augmente de densité et peut modifier chimiquement les cultures microbiennes; sous pression l'acide carbonique peut même déplacer les acides des chlorures et des iodures.

Sécrétion salivaire par excitation de la corde du tympan.

M. Gley. — J'ai observé au cours de mes expériences sur la sécrétion salivaire par excitation de la corde du tympan que la sécrétion, abondante au début de l'excitation, diminuait par épuisement de la glande, mais non par fatigue du nerf, et que cette sécrétion finissait par prendre un type périodique assez régulier.

M. Nocard dépose une note de MM. Leclainche et Raymond sur la toxicité du sang et du sérum. Les injections intra-péritonéales de sang et de sérum de vache et de chèvre sont toxiques pour le cobaye.

M. Peyron démontre que l'ozone augmente l'excrétion de l'urée.

M. Trouessart décrit un sarcophide des oiseaux.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 25 mai 1894.

Abcès du pancréas.

M. Macaigne rapporte l'histoire d'une femme âgée de 30 ans, soignée dans le service de M. Monod pour péritonite tuberculeuse, et ne présentant comme principal symptôme qu'une douleur épigastrique. La cachexie progressa rapidement et la malade mourut à la suite d'une broncho-pneumonie infectieuse.

L'autopsie démontra qu'il existait de la péritonite généralisée; en détachant les anses intestinales, on trouva en arrière un clapier purulent en contact avec le pancréas. En détachant le pancréas, on vit qu'il était hypertrophié et, à la coupe, on décela plusieurs abcès, dont un plus volumineux était situé dans la tête de l'organe. Il n'y avait pas de lésions apparentes dans l'intestin, ni dans les autres organes, en dehors de la splénisation du lobe inférieur gauche. Les cultures du pus ont donné du pneumocoque en culture presque pure, et l'inoculation a reproduit uniquement du pneumocoque. Il s'agit là d'une pancréatite suppurée, d'origine canaliculaire.

Tumeur fibro-kystique du ligament large.

M. Jeannin présente une volumineuse tumeur fibro-kystique enlevée par laparotomie à une femme qui n'avait que de

légers troubles fonctionnels. On porta d'abord le diagnostic de kyste multiloculaire et, pendant l'opération, la tumeur était encore considérée comme un kyste intra-ligamentaire : mais après son ablation, on trouva un utérus fibromateux, qui nécessita une intervention à part et l'hystérectomie fut faite après pédiculisation : les deux ovaires furent ensuite extirpés. Après section et examen histologique, on vit qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse, sans connexion immédiate avec la tumeur utérine.

Syphilis du foie.

M. Ben Saude demande l'avis de la Société sur un foie pathologique trouvé à l'autopsie d'un malade traité dans le service de M. Comby, comme cirrhotique. Le foie est légèrement hypertrophié, non scléreux; sa surface est lisse et régulière. A la coupe on constate une multitude de petits nodules blanchâtres de volume à peu près semblable, consistants et glissant sous le doigt : il y avait des apoplexies capillaires dans le voisinage et en quelques endroits des cavernes biliaires. Le microscope ne permet pas de différencier la gomme ou le tubercule. Il n'y avait aucune autre lésion dans les différents organes; on n'a trouvé dans ces nodules aucun bacille; on n'a pas fait d'inoculation. Dans le médiastin il existait un long chapelet ganglionnaire sans caséification.

M. Pilliet pense qu'il s'agit ici de gommes hépatiques, car l'absence de caséification et de la chaîne ganglionnaire et des nodules hépatiques sont en faveur de lésions syphilitiques.

Anomalie rénale.

M. Meslay en faisant l'autopsie d'une petite fille morte de broncho-pneumonie, a trouvé, en plus des lésions pulmonaires, un déplacement congénital du rein gauche. Tandis qu'à droite, la situation, les rapports, la vascularisation sont normaux, à gauche on voit le rein situé contre la partie latérale gauche de la dernière vertèbre lombaire. Son artère, très allongée, vient normalement de l'aorte abdominale et est unique. Ce rein est bien situé dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal; il n'existait pas de méso. La capsule surrénale était restée dans l'hypochondre, près d'une rate supplémentaire.

Cancer de l'S iliaque.

M. Launay présente un clapier purulent, limité en avant par la vessie, en arrière par le rectum, en haut par la partie inférieure de l'S iliaque. Un orifice intestinal et un orifice vésical font communiquer vessie et intestin à travers l'abcès. Celui-ci, très sensible par le toucher rectal combiné au palper, formait une tumeur molle fluctuante se vidant par la vessie et par le rectum; malgré la communication entre ces deux cavités, jamais les matières fécales n'ont pénétré dans la vessie. L'orifice intestinal présente à son pourtour des bourgeons irréguliers, qui semblent indiquer qu'il s'agit d'un néoplasme.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mai 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Apoplexie hystérique par fulguration.

M. J. Comby. — L'apoplexie hystérique est bien connue depuis les observations qui ont été rapportées devant la Société, par M. Debove, par M. Dumontpallier, depuis la thèse de notre collègue M. Achard (1887), depuis les travaux de Charcot et de ses élèves, etc.

Le fait que je produis aujourd'hui n'a donc pas lieu de surprendre; mais il m'a paru intéressant par les conditions étiologiques qui ont influé sur lui et par l'évolution qu'il a présentée.

Une femme de 38 ans entre le 20 avril 1894 dans mon service de l'hôpital Tenon pour une hémiplégie gauche dont elle a été frappée subitement la veille. L'accident dont elle était atteinte s'était déjà produit en 1889 dans les conditions suivantes : la malade, par un temps d'orage, s'était mise à l'abri dans une de ces cheminées de village qui abritent toute une famille, lorsque la foudre frappa de mort deux de ses enfants qu'elle avait à côté d'elle, la laissant elle même sans connaissance. Quand elle revint à elle, on s'aperçut qu'elle avait une paralysie complète du mouvement et de la sensibilité du côté gauche. L'hémiplégie se dissipa en trois semaines. En juillet 1891, deux ans après la première atteinte, la malade fut reprise, un jour d'orage, d'apoplexie. Le 9 avril 1894, veille de l'entrée de la malade, les accidents s'étaient encore renouvelés par un temps lourd et orageux. C'était en état d'apoplexie, puis avec une hémiplégie gauche que la malade était entrée dans mon service. L'examen objectif révèle l'existence d'une paralysie complète avec hémianesthésie sensitive et sensorielle, et impose le diagnostic de la nature hystérique de l'affection.

J'ai cru devoir présenter ce cas comme un exemple bien net d'apoplexie hystérique à répétition.

Ce n'est pas que la maladie soit rare, car, à l'heure actuelle, j'ai dans mon service deux autres malades qui ont été frappés d'apoplexie hystérique dans des conditions analogues à la précédente.

Dans un de ces cas il s'agit d'une femme qui, voyant son enfant mettre le feu à des étoffes dans sa chambre, est affolée par ce commencement d'incendie, tombe sans connaissance et se réveille quelque temps après avec une hémiplégie gauche accompagnée d'anesthésie. Actuellement, la motilité est revenue, mais l'anesthésie persiste.

Dans l'autre cas, il s'agit d'un homme un peu alcoolique qui, vendredi dernier, à la suite d'une vive contrariété, a été frappé subitement d'une apoplexie; actuellement, il présente une hémiplégie gauche avec anesthésie complète. Il est bon que ces faits soient connus pour éviter les erreurs de pronostic et de traitement.

Infection pneumococcique généralisée.

M. Netter. — Chez un jeune homme de 19 ans, nous avons vu se produire un état infectieux grave avec fièvre élevée atteignant 40°7, grosse rate, infarctus pulmonaire et souffle cardiaque.

Ces accidents ont disparu et le malade semble complètement guéri, conservant seulement un souffle qui indique la persistance d'une altération valvulaire. Cliniquement le fait doit être traduit ainsi : Infection généralisée. Endocardite infectieuse.

La bactériologie nous a démontré qu'il s'agit d'une infection due au pneumocoque. Nous avons trouvé celui-ci dans un foyer de suppuration superficiel, dans les produits de l'expectoration, dans le sang. L'endocardite infectieuse était due au pneumocoque. La terminaison heureuse de cette endocardite confirme ce que nous avons dit, M. Jaccoud et moi, de la bénignité relative de ces endocardites pneumococciques.

L'intérêt tout particulier de cette observation ne réside pas seulement dans les particularités que je viens d'indiquer, dans le diagnostic assuré de bonne heure par un examen microbiologique. Le fait le plus remarquable, c'est que cette infection pneumococcique a eu lieu par les téguments externes et non par les voies aériennes, ce qui est le cas le plus habituel. La pénétration s'est faite au niveau de la jambe gauche en un point exposé aux traumatismes et particulièrement favorable à l'absorption, région excoriée reposant sur une tumeur érectile veineuse. Le malade est un vélocipédiste et cette région était soumise à des frottements et irritations de tous genres.

Il existe déjà quelques observations de suppurations à pneumocoques dans les articulations ou dans le tissu cellulaire, survenues en dehors de pneumonie ou de déterminations habituelles de l'infection pneumonique. J'ai vu pour ma part deux abcès de l'abdomen, un abcès de l'épaule, l'autre de la jambe, renfermant le pneumocoque. Mais ces suppurations s'étaient développées à une certaine profondeur et ne se sont mises que tardivement en rapport avec l'extérieur.

Il y avait donc lieu de les rapporter au dépôt de pneumocoques amenés par les vaisseaux et ayant envahi l'organisme au niveau de la cavité bucco-pharyngée ou des parties adja-

centes. Les choses se sont passées tout différemment chez ce malade.

Asphyxie suraiguë par hypertrophie du thymus.

M. Marfan rapporte l'observation d'une fillette âgée de deux mois et demi qui succomba rapidement à une dyspnée croissante dont l'origine resta tout d'abord inconnue. L'autopsie, faite le 19 mai, permit de constater une hypertrophie du thymus dont le poids atteignait 31 grammes (le poids normal ne dépasse pas quelques grammes). Le thymus, rouge, congestionné, comprimait la trachée, qu'il aplatissait même presque complètement à l'union de sa portion cervicale avec sa portion thoracique.

Grawitz, en 1888, attira le premier l'attention sur les dangers de l'hypertrophie du thymus à propos de deux autopsies médico-légales Virchow avait déjà démontré la possibilité de la compression de la trachée par ce mécanisme. Plus tard de nouveaux faits furent rapportés par Paltauf, Scheele, Beneke et Schnitzler (1874).

Le premier point à relever dans l'observation de M. Marfan est celui-ci : la mort a été causée par l'hypertrophie du thymus d'une manière toute mécanique. Le thymus était énorme ; il pesait 31 grammes. Le poids du thymus aux différents âges n'a pas été encore exactement déterminé ; mais, en prenant le chiffre maximum parmi ceux qui ont été donnés comme représentant le poids normal du thymus chez un enfant de deux mois et demi, on voit que le thymus de la fillette pesait trois fois plus qu'à l'état normal. Quant à son volume, il a paru que, dans la portion thoracique surtout, il était trois ou quatre fois plus considérable qu'à l'état normal.

Ce thymus hypertrophié comprimait la trachée d'une manière évidente ; il l'aplatissait d'avant en arrière de telle façon que l'air ne passait plus qu'à travers une fente transversale très étroite. Ces lésions permettent de comprendre les accidents observés pendant la vie ; l'enfant est morte étouffée, avec les signes d'une asphyxie suraiguë progressive. L'autopsie n'a révélé aucune altération capable d'expliquer la terminaison fatale.

Quant à la lésion du thymus, elle paraît être une hypertrophie ou une hyperplasie simple. L'hyperhémie qui s'y joint semble s'être produite brusquement, peu de temps avant la mort, dont elle a été la cause déterminante. Les petites suffusions sanguines que l'on constate dans le parenchyme glandulaire sont dues à l'asphyxie.

Aucune hypothèse n'est possible, à l'heure actuelle, sur les causes de l'hypertrophie du thymus, lésion isolée, et se produisant chez un enfant en bonne santé. Le mieux est de reconnaître notre ignorance à ce sujet.

En résumé, cette observation prouve que, chez les nourrissons, le thymus hypertrophié peut comprimer la trachée, et que cette compression peut acquérir un degré suffisant pour entraîner la mort par asphyxie. Elle vient donc à l'appui de la manière de voir de Virchow et de Grawitz, manière de voir critiquée par Paltauf, Scheele et Pott.

D'ailleurs, en relevant l'absence d'une hyperplasie plus ou moins généralisée des organes lymphoïdes, ainsi que l'absence de cachexie, on pourra conclure que ce fait n'a sans doute rien de commun avec ceux qui ont été cités par Paltauf, Scheele et Pott.

M. Beclère présente un malade qu'il croit atteint d'empyème pulsatile.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 16 avril 1894.

Insertion externe de la membrane de Corti.

MM. Coyne et **Cannieu.** — Les auteurs sont loin d'être d'accord sur les insertions externes de la membrane de Corti. Les uns avec Lœwenberg admettent que cette insertion se fait sur la paroi externe du tube limacéen, au niveau d'une sorte de bourrelet situé sur le ligament spiral externe. Les autres, et c'est le plus grand nombre, pensent au contraire que cette membrane se termine librement au-dessus de l'épithélium sensoriel. Sur un grand nombre d'animaux divers nous n'avons jamais trouvé les insertions décrites par Lœwenberg. Nous avons vu, par contre, très souvent les dispositions observées par la seconde catégorie d'auteurs. A un examen superficiel nous avions même cru que cette membrane se terminait librement au-dessus de la papille de la spirale, sans jamais dépasser les cellules de Corti.

Une observation plus rigoureuse des faits nous permit de découvrir un certain nombre de particularités qui, en éveillant notre attention, nous engagèrent à entreprendre au moyen d'une technique nouvelle des recherches plus minutieuses.

Toutes les fois, en effet, que la *membrana tectoria* nous apparaissait libre vers sa partie externe, un certain nombre de cellules de Corti ou de Claudius n'étaient plus à leur place. On les trouvait séparées de la membrane basilaire et au milieu de la rampe cochléaire. D'autres fois ces cellules restaient attachées à l'extrémité externe de cette *membrana tectoria* ; elles l'avaient suivie dans son ascension, après avoir été arrachées de l'endroit où elles se trouvaient. Dans d'autres préparations enfin, on observait, sur une coupe longitudinale du limaçon, que la partie externe de la membrane présentait des irrégularités, comme si cette membrane avait été brusquement arrachée. Si on examinait alors l'épithélium sensoriel, on voyait au-dessus de lui une couche de substance claire, transparente, striée transversalement, en tout semblable à celle qui constitue la membrane de Corti. La surface interne de cette sorte de cuticule présentait également des irrégularités correspondant à celles dont nous avons parlé sur l'extrémité libre de la membrane.

Il était donc évident que cette membrane adhérait à l'organe de Corti et aux cellules externes qu'il soutient ; et nous pensâmes que les faits dont nous venons de parler étaient dus à des ruptures déterminées par les manipulations nombreuses qu'on fait subir aux rochers avant de les débiter en coupes. Après un grand nombre de tâtonnements, nous nous sommes arrêtés à une technique que l'on trouvera exposée dans un travail ultérieur, plus étendu que celui-ci. Cette technique nous a permis d'obtenir des préparations caractéristiques, que nous avons l'honneur de présenter à la Société.

D'après nos recherches, la membrane de Corti présentait deux insertions bien visibles sur des coupes passant par l'axe du limaçon. La partie interne de cette membrane s'insère, en effet, sur la protubérance de Hurke. Cette insertion commence au niveau du point d'origine de la membrane de Reinner. Là, cette membrane est constituée par une couche transparente, à peine striée, excessivement mince. Elle augmente insensiblement d'épaisseur jusqu'au point où elle recouvre le *sulcus spiralis internus*. Cette insertion s'effectue donc sur une surface assez étendue et comprend toute cette partie que Lœwenberg appelait la partie interne de la membrane de Corti.

Quant à l'insertion externe, elle est également assez étendue. Il est relativement facile de l'observer chez de jeunes chats. Chez ces animaux, qu'on peut se procurer à peu de frais pendant plusieurs mois de l'année, le rocher, après décalcification et coloration, fournit facilement des coupes en séries. Si nous suivons la membrane de Corti, nous voyons qu'elle ne s'arrête pas, ainsi que le croit Kœlliker, au niveau d'un bourrelet épithélial qui touche le côté extérieur de la protubérance. Bœttcher explique les faits observés par Kœlliker par des rétractions énergiques dont cette membrane aurait été le siège. « La membrane de Corti, dit cet auteur, possède une grande élasticité ; or comme les méthodes de préparation qu'on a suivies ont pour effet de détacher cette membrane de son point d'insertion externe — insertion extrêmement fragile, — elle se rétracte vers son point d'attache intérieur et semble se terminer plus en dedans qu'elle ne le fait en effet. »

La membrane de Corti, chez le chat où nous l'avons surtout étudiée, s'accole aux cellules en éventail (cellules de Waldeyer), qui précèdent les cellules du sommet. Ensuite elle s'unit à ces dernières, puis elle entre en connexion avec la tête des piliers de Corti, s'accole aux cellules de Claudius. C'est au niveau des cellules de Waldeyer que la *membrana tectoria* présente sa plus grande épaisseur ; elle diminue insensiblement à mesure qu'elle avance vers l'extérieur et *finit par se confondre avec la mince cuticule* qui recouvre les cellules de Claudius.

En résumé, la membrane de Corti, sur une coupe longitudinale du limaçon, se présente sous la forme d'une membrane assez large à sa partie centrale, se terminant par deux extrémités à peu près semblables, minces, allongées, dont l'une, l'interne, prend insertion sur la protubérance de Hurke, et l'autre, l'externe, sur l'organe de Corti et les cellules de Claudius.

Seance du 21 *mai* 1894.

Anévrysme disséquant de l'aorte. Foie syphilitique.

MM. Hobbs et Jonchères. — Les pièces que nous avons l'honneur de présenter proviennent d'une femme de 67 ans qui a succombé le lendemain de son entrée dans le service de M. le professeur Picot.

Chez cette femme, en complet état d'asystolie, on ne put constater qu'un souffle diastolique dans la région aortique, de l'œdème des jambes et une double congestion pulmonaire.

A l'autopsie, épanchement séreux dans le péritoine, la plèvre, le péricarde.

Le cœur pèse 530 gr.; en le détachant on s'aperçoit que l'aorte, très dilatée, est dissociée en deux feuillets sur toute sa longueur. Cette dissociation s'étend même aux artères du cou et au tronc cœliaque.

Nous sommes donc en présence d'un anévrysme disséquant dû à une rupture de l'aorte que nous retrouvons au niveau de la valvule sigmoïde attenante à la paroi de l'artère pulmonaire. Pas d'athérome. Le foie gros (1720 gr.) présente des cicatrices stellaires à sa surface.

L'examen microscopique nous montre que la dissection s'est opérée aux dépens de la tunique moyenne dont les deux faces libres limitant la fausse aorte sont recouvertes par un tissu de nouvelle formation avec cellules embryonnaires, coloré en rose par le picro-carmin, et atteignant par endroits une épaisseur égale à la moitié de la tunique moyenne.

Le foie présentait des lésions syphilitiques caractérisées par un élargissement des espaces portes, de la périartérite; peu ou point de phlébite de la veine sus-hépatique; et, disséminés çà et là, des amas de cellules plus ou moins dégénérées revêtant l'aspect de gommes.

Comme conclusion, nous dirons : Anévrysme disséquant de l'aorte aux dépens de la tunique moyenne, avec formation de tissu inflammatoire chez une femme âgée, sans trace d'athérome artériel et dont la rupture de l'aorte pourrait, peut-être, être rapportée à une artérite dont l'origine syphilitique nous serait fournie par les lésions nettement spécifiques du foie.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 7 *mai* 1894.

Il est procédé à l'élection de MM. Kelsch et Ch. Bouchard au titre d'associé de la Société nationale de médecine. Ces deux candidats sont élus à l'unanimité.

Porte-crayon nouveau destiné à porter des agents modificateurs solides dans tous les points du canal de l'urèthre.

M. Rochet présente à la Société un porte-crayon nouveau, fabriqué sur ses conseils par M. Souel, et destiné à porter des agents modificateurs solides sur tous les points du canal de l'urèthre.

Cet instrument se compose essentiellement d'une chemise métallique pourvue de la même courbure que les sondes ordinaires et dans laquelle glisse un mandrin. Ce mandrin porte à l'extrémité vésicale de l'appareil un pas de vis dans lequel vient se visser elle-même une petite tige métallique, tout autour de laquelle a été coulé le caustique voulu (1) (nitrate d'argent, sulfate de zinc, sulfate de cuivre, etc.). L'autre bout de cette petite tige métallique vient se visser à son tour dans un bouton métallique qui termine l'appareil qui est en forme d'olive, et rappelle absolument l'extrémité mousse de toute sonde métallique.

Le fonctionnement de l'appareil est fort simple. A l'état de repos le caustique est caché complètement dans la chemise métallique; seul apparaît à l'extrémité vésicale de cette chemise le petit bouton métallique décrit. L'instrument ainsi fermé est introduit dans l'urèthre jusqu'au point à modifier. Une fois arrivé sur ce point, le chirurgien presse sur le pavillon de l'appareil à l'extrémité correspondante du mandrin : la pression à ce niveau fait saillir l'extrémité vésicale du mandrin chargé de l'agent modificateur qui se découvre alors et agit sur le point voulu. Le temps nécessaire à cette action une fois écoulé, on retire le mandrin, le caustique se cache de nouveau, et on sort l'appareil sans avoir touché et modifié autre chose que le point voulu.

C'est là l'avantage principal de l'instrument que préconise M. Rochet, c'est-à-dire l'*action précise, bien localisée du solide modificateur*. C'est ce qui fait sa supériorité sur les injections ou instillations; car les liquides employés dans le but de combattre certains foyers rebelles d'uréthrite chronique ont l'inconvénient général de se diffuser, soit du côté de la vessie, soit dans l'urèthre antérieur et ravivent l'inflammation des parties guéries, sans pouvoir limiter leur effet topique aux points où s'est cantonnée l'inflammation chronique.

L'appareil en question ne ressemble en rien non plus à l'appareil autrefois conseillé par Lallemand. Le porte-caustique Lallemand était primitif, difficilement maniable, ne portait le caustique que sur un point seulement de la circonférence du canal en raison même de la situation de ce caustique au fond d'une cuvette latérale; enfin, il ne s'adressait qu'aux cautérisations à l'aide du nitrate d'argent. Avec l'appareil de M. Rochet, au contraire, on peut se servir de n'importe quel agent modificateur solide. On doit seulement le couler auparavant dans un petit moule spécial autour de la tige métallique décrite plus haut et qui se visse d'une part sur l'extrémité vésicale du mandrin, d'autre part sur le bouton terminal de l'appareil. On peut tenir prêtes d'avance une série de tiges en platine par exemple, autour desquelles on aura coulé divers solides et qu'on pourra adapter à son choix, tantôt l'une, tantôt l'autre, sur l'appareil. C'est ainsi qu'on aura à sa disposition, soit des tiges de sulfate de cuivre pur, soit des tiges de sulfate de cuivre mélangé ou bien encore des crayons de sulfate de fer, des crayons de sulfate de zinc, etc. C'est à M. Porteret, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, que nous devons d'avoir trouvé le moyen pratique de liquéfier et de couler autour des tiges les différents solides employés; nous sommes heureux de l'en remercier ici.

Nous avons déjà employé souvent ces petites cautérisations pour de vieux foyers d'uréthrite chronique; nous ne donnons encore aucun résultat détaillé; attendons d'avoir de nombreux faits pour asseoir de bonnes conclusions au sujet de l'action de tel ou tel agent. Nous nous contenterons de dire que le sulfate de cuivre mitigé au 1/2 paraît le meilleur modificateur des vieux reliquats blennorrhagiques du cul-de-sac bulbaire et de l'urèthre profond.

M. Félix Bron. — L'idée de limiter son action dans l'urèthre vient naturellement à l'esprit des chirurgiens qui ont à y intervenir; et je dois rappeler, à ce sujet, que, frappé du peu de certitude de nos moyens, j'ai, comme M. Rochet l'a fait, cherché à les préciser.

Il ne s'agit pas de cautériser, — chose que je blâmerais, — mais seulement de *modifier*; et, à ce point de vue, je crois que le nitrate d'argent, qu'on a appelé souvent « l'ami des muqueuses », vaut mieux que le sulfate de cuivre dont nous parle M. Rochet.

Le nitrate d'argent a une action modificatrice par excellence; mais dans l'urèthre, — comme sur la conjonctive, où on en suit mieux les effets, — il dépasse quelquefois le but qu'on veut atteindre, et y produit de petites eschares qui durent deux ou trois jours, malgré la rapidité et la légèreté de l'attouchement.

On ne peut pas nier cependant les avantages qu'il présente, quand son énergie est en rapport avec le mal; et j'ai pensé qu'en graduant sa force caustique, comme on le fait dans une solution, on arriverait à faire disparaître cet inconvénient.

(1) La surface cylindrique du caustique lui donne une action sur toute la circonférence du point de l'urèthre où il s'applique; l'urèthre vient s'engainer sur lui.

En 1857, j'ai proposé des crayons de nitrate d'argent et de nitrate de soude, dans des proportions variables, — le nitrate de soude, substance neutre, remplaçant ici l'eau distilée des solutions.

Selon la proportion de ce dernier sel, j'ai obtenu une série de crayons de toutes forces, formant une gamme, depuis le crayon neutre jusqu'au crayon caustique, qui donne au chirurgien le moyen de mesurer son intervention.

Ce mélange présente en plus cet avantage qu'il fond plus aisément que la pierre infernale sans se boursoufler, quand on l'expose à la chaleur : cela permet de le manier plus aisément, et de charger plus commodément l'instrument destiné à le porter dans les profondeurs de l'urèthre.

Je fais passer sous les yeux des membres de la Société des échantillons de ces divers crayons. Je joins deux planches de dessins qui représentent une *nouvelle sonde destinée à limiter les injections dans l'urèthre.* Elle était « nouvelle » en 1858, époque où je l'ai imaginée et fait construire.

Elle a pour but, comme les crayons que je viens de montrer, d'agir sur une partie *limitée* du canal.

Elle consiste en une sonde à triple courant, dont chaque compartiment est percé d'un trou, à une profondeur échelonnée. Les deux trous extrêmes sont recouverts d'un manchon en caoutchouc, qu'on insuffle par le pavillon au moyen d'une poire à air.

En se gonflant, ces manchons pressent l'urèthre dans sa partie correspondante, et en isolent la portion qui les sépare.

L'injection médicamenteuse qu'on pousse dans le troisième conduit qui vient s'ouvrir entre deux, y est retenue, sans pouvoir dépasser les limites de l'écartement des deux manchons insufflés.

Les trois pavillons de l'instrument sont munis d'un robinet pour maintenir à volonté, et dans son isolement, la durée d'action du remède employé.

Rien n'est plus simple, dans tout son mécanisme, que cet instrument. On l'introduit comme une sonde ordinaire, assez profond pour que l'œil intermédiaire aux deux autres, — et seul découvert, — arrive au niveau du centre de la région malade.

L'usage de cette sonde complète celui des crayons de nitrate d'argent affaibli. Ces deux moyens, qui viennent à l'appui de l'idée première de M. Rochet, donnent la possibilité d'agir, soit au moyen d'un agent solide, quand le mal est nettement circonscrit, soit au moyen d'une solution, quand il y a lieu de croire que les limites en sont incertaines, et permettent de limiter exactement la force du caustique et la région où on l'applique.

M. Ollier félicite M. Rochet de l'ingénieux instrument qu'il a présenté et espère qu'avec cet outillage meilleur les vieilles inflammations uréthrales seront plus facilement améliorées. Il reproche cependant à M. Rochet d'avoir trop médit de l'instrument de Lallemand que M. Ollier a beaucoup employé autrefois et qu'il a trouvé très utile dans beaucoup de cas. Mais évidemment le caustique se présente moins bien que dans l'appareil de M. Rochet. Il reconnaît très volontiers que les instillations ont été trop généralisées dans leur emploi, et que le principal reproche qu'elles encourent, c'est le manque de précision dans leur action.

M. Aubert déclare que le point important en matière d'uréthrite chronique, c'est de savoir *où* il faut appliquer le caustique, plutôt que de connaître *comment* on doit s'en servir. Pour son compte personnel, il ne touche plus aux vieilles uréthrites.

M. Rochet répond qu'actuellement on est parfaitement fixé sur les points particulièrement malades des uréthrites chroniques. M. Guyon a justement montré que les foyers ordinaires et d'élection de ces anciennes inflammations étaient : 1° le cul-de-sac bulbaire ; 2° la région profonde du canal. Et d'ailleurs n'a-t-on pas la sonde à boule qui va *ramoner* tous les points du canal et déceler quels sont ceux où siège la sécrétion purulente ?

Traitement des varices par les injections coagulantes.

M. Delore fait une communication sur le traitement des varices par les injections coagulantes. Il rappelle l'étiologie générale des varices, les travaux de Verneuil sur les varices superficielles et profondes ; envisage l'action de la phlébite spontanée sur la cure des varices, et arrive à l'étude critique des méthodes chirurgicales employées à cet effet.

Il insiste sur l'extirpation antiseptique des saphènes fortement préconisée dans ces dernières années et connue sous le nom d'opération de Trendelenburg. L'extirpation pure et simple des saphènes, que M. Delore a vu du reste pratiquer à Lyon même, ne donne aucun résultat, et c'est mal comprendre le mécanisme de la guérison des varices que de compter sur l'extirpation pour l'obtenir.

Enfin, il arrive aux *injections intra-veineuses* et notamment aux injections de liqueur iodo-tannique. Il rappelle à cet égard les méfaits dont on a accusé cette méthode, et il en fait justice. L'infection peut aujourd'hui être presque sûrement évitée. Reste l'embolie, mais c'est plutôt une crainte qu'une réalité à la suite des injections intra-veineuses. M. Delore n'en connaît pas de cas authentique. Ce qui a beaucoup contribué à décourager les chirurgiens de leur emploi, c'est un article violent que M. Panas avait publié contre elles, vers 1867, à la suite de deux insuccès qu'il avait eus avec cette méthode.

ÉTRANGER

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 22 mai 1894.

De l'influence des différents sols sur le bacille virgule et le bacille typhique.

M. Mitchell Bruce. — Je vais vous communiquer les recherches que M. Dempster a faites sur cette question dans le laboratoire de M. Macfaydyen. On peut se demander si la nature du sol a une action sur le bacille virgule du choléra et sur celui de la fièvre typhoïde, ou si les conditions de développement de ces bactéries dans le sol dépendent seulement de l'humidité. Pour résoudre cette question, l'auteur a pris des échantillons de sols stérilisés; il s'est servi de sable blanc, de sable jaune, de terre de jardin et de tourbe. Il a stérilisé ces échantillons par la chaleur humide. La première série d'expériences a porté sur le bacille virgule du choléra asiatique, qui est très sensible aux influences extérieures. Il s'est servi de cultures fraîches de ce bacille sur agar dont il a fait des émulsions dans des solutions salines ou dans l'eau distillée. On plaça dans les différents échantillons de sol des quantités déterminées de ces émulsions ne dépassant pas 1 cm.c. Les tubes ensemencés furent conservés à une température de 22°. On fit ensuite des ensemencements avec le contenu de ces tubes. On put voir ainsi que, les 4 échantillons de sol étant absolument secs, les bacilles étaient encore vivants le 3e jour, mais étaient morts le 4e. On prit alors des échantillons humides, sans rien faire pour empêcher l'évaporation; on vit que les bacilles vivaient encore dans le sable blanc au bout de 7 jours, dans le sable jaune au bout de 33 jours, dans la terre de jardin au bout de 33 jours. On prit alors des sols humides et on empêchait l'évaporation à la surface; dans ces conditions, les bacilles vivaient dans les sables blancs le 28e jour, dans le sable jaune le 68e jour, et dans la terre de jardin le 68e jour. Du reste, les différents sols perdent leur humidité par évaporation en des temps très différents; la terre de jardin devient sèche en 7 jours, le sable jaune en quatre jours, le sable blanc en quelques heures. Le degré d'humidité du sol a une influence sur la durée de la vie du bacille. Ainsi dans le sable blanc, sans qu'on empêchât l'évaporation, les bacilles étaient encore vivants au bout de 27 jours, et l'humidité était de 1,57 0/0; ils mouraient le 30e jour, l'humidité étant réduite à 0,66 0/0. En empêchant l'évaporation, on voyait les bacilles encore vivants le 174e jour, et le sable avait encore une humidité de 7,1 0/0. Quant à la tourbe, on trouva que les bacilles y mouraient en 24 ou 36 heures, quelle que fût l'humidité. Dans l'urine stérilisée, les

bacilles ont vécu 14 jours à la température du sang et 29 jours à la température de 22°. Les sols étant secs, on vit le bacille typhique vivre 9 jours dans le sable blanc, 18 jours dans le sable jaune et 14 jours dans la terre de jardin. Quand les sols étaient humides, le bacille typhique vivait 23 jours dans le sable blanc et 42 jours dans le sable jaune et la terre de jardin. Le bacille typhique ne pouvait vivre que 24 heures dans la tourbe. La tourbe a donc exercé une action destructive sur les deux bacilles, tandis que le sable et la terre n'ont aucune influence sur le développement de ces microbes. D'autres expériences ont prouvé que le sol constitue un bon filtre et arrête ces microbes, qui cependant peuvent pénétrer à 2 pieds de profondeur entraînés par un courant d'eau.

M. Mac Leod. — M. Cunningham a fait des recherches sur le bacille typhique dans le lait. Il a trouvé que le bacille placé dans du lait ordinaire était bien vite détruit par les autres microbes; au contraire, ce bacille typhique se développait bien dans le lait stérilisé. Quant au bacille virgule, il n'est pas prouvé qu'il soit la cause du choléra; cependant, il y a de fortes présomptions en faveur de cette hypothèse.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 11 mai 1894.

Fièvre typhoïde chez un diabétique.

M. Poore. — Un diabétique âgé de 35 ans, étant à l'hôpital, contracta une fièvre typhoïde qui dura six semaines, il n'y eut ni diarrhée ni complication sérieuse. Au début de son séjour à l'hôpital, le malade était au régime ordinaire et prenait de l'opium; il excrétait par son urine chaque semaine 474 gr. d'urée et 1,333 gr. de sucre. Pendant les cinq semaines suivantes, le malade fut soumis à un régime diabétique, et il rendit par semaine 367 gr. d'urée et 302 gr. de sucre. Pendant sa fièvre typhoïde, il excréta en moyenne par semaine 255 gr. d'urée et 73 gr. de sucre. Enfin, pendant une quinzaine de jours après sa fièvre typhoïde, le malade eut une température inférieure à la normale; il excréta alors par semaine 214 gr. d'urée et 59 gr. de sucre.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séances des 5 et 12 mai.

Suppurations de l'os ethmoïde.

M. Hajek a pris la parole pour montrer quelle difficultés on rencontre dans le diagnostic de l'ethmoïdite suppurée. Il tient d'autant plus à insister sur ces difficultés que les rhinologistes de Berlin diagnostiquent trop souvent les suppurations de l'os ethmoïde.

D'après M. Hajek, toute sécrétion de l'os ethmoïde peut se faire jour ou bien par le méat moyen, ou bien par la fissure olfactive dans les cas où la lésion occupe les cellules ethmoïdales postérieures. Or dans le méat moyen s'ouvrent en même temps les conduits excréteurs des sinus maxillaire et frontal. Pour affirm er une suppuration des cellules ethmoïdales antérieures, il faut donc d'abord s'assurer que le pus ne provient pas de l'un des sinus qui viennent d'être nommés. Pour ce qui est du sinus maxillaire, assez accessible, on peut s'assurer de son intégrité par une ponction suivie d'une irrigation exploratrice. Quant au sinus frontal, on peut y accéder par la résection de l'extrémité antérieure du cornet moyen.

Les difficultés diagnostiques sont encore plus grandes dans les empyèmes fermés, quand le contenu des cellules ethmoïdales n'est pas libre et ne le devient pas après la résection d'une partie du cornet moyen. Le pus accumulé dans les cellules refoule alors la lame quadrilatère vers l'orbite et la paroi ethmoïdale vers la cavité nasale, et ces empyèmes fermés ne se transforment en empyèmes ouverts qu'après la perforation de ces lamelles osseuses.

Il n'existe donc aucun symptôme constant permettant le diagnostic de suppuration. Ce que M. Hajek a fréquemment rencontré, c'étaient des polypes ou des hypertrophies du cornet moyen. Les polypes ne sont pas le résultat, mais plutôt la cause de la rétention des sécrétions dans les cellules ethmoïdales.

Gonocoque et gonorrhée.

M. Finger a exposé le résultat de ses recherches faites sur cette question en compagnie de MM. Ghon et Schlangenhaufen.

Il a tout d'abord constaté que le gonocoque peut être fort bien cultivé sur un mélange d'urine et d'agar-agar. La température la plus favorable est de 36°. A 40° le gonocoque succombe ; de même à la dessiccation.

Pour voir si une gonorrhée confère l'immunité contre une infection gonococcique ultérieure, M. Finger injecta dans l'urèthre des blennorrhéiques chroniques ou qui venaient de guérir, une culture virulente de gonocoques. Le résultat de ces expériences fut le suivant : La gonorrhée aiguë et la gonorrhée chronique ne confèrent pas d'immunité contre une infection gonococcique; l'inoculation d'une gonorrhée aiguë exerce une action favorable sur la guérison d'une gonorrhée chronique ; l'urèthre postérieur est envahi ordinairement 2 à 3 semaines après l'infection.

Dans une autre série d'expériences, M. Finger et ses collaborateurs injectaient dans l'urèthre d'individus dont la mort paraissait imminente une culture de gonocoques. Ils ont pu ainsi étudier les lésions anatomiques de l'uréthrite aiguë. La lésion consistait en une inflammation péri-folliculaire aiguë, une desquamation de l'épithélium avec infiltration du tissu conjonctif par de petites cellules, un catarrhe purulent des diverticules de Morgagni et des glandes de Littre. Les gonocoques existaient seulement à la surface de l'épithélium pavimenteux de la fosse naviculaire, et, par contre, dans l'intérieur des cellules cylindriques.

En terminant, M. Finger a rapporté l'observation d'un enfant qui après avoir présenté, au cours d'une conjonctivite purulente, une arthrite du genou, du pied et de l'articulation temporo-maxillaire — celle-ci fut ponctionnée — un œdème du cou et de la parotide, finit par succomber à la bronchopneumonie. A l'autopsie, on trouva, à côté des arthrites en question, des abcès péri-articulaires de la cuisse, une périchondrite de la quatrième côte et une médiastinite. L'examen bactériologique des pièces montra l'existence des gonocoques seuls dans la périchondrite, des gonocoques et des streptocoques dans l'arthrite du genou et les abcès péri-articulaires, des streptocoques seuls dans la médiastinite et l'articulation temporo-maxillaire. D'après M. Finger, l'infection streptococcique était surajoutée et consécutive à la ponction de l'arthrite temporo-maxillaire.

Spermatocystite à gonocoques.

M. Reich a présenté un malade entré il y a quelque temps à la clinique de v. Dittel pour une orchite accompagnée de fièvre élevée et de phénomènes péritonéaux. Au toucher rectal, on trouvait derrière la prostate un corps mou, fluctuant, douloureux à la pression. Diagnostic : spermatocystite suppurée.

Pour évacuer l'abcès, M. v. Dittel fit une incision périnéale, réséqua une partie du coccyx, réclina le rectum à gauche et ouvrit la vésicule séminale saillante. Il s'écoula une forte quantité de pus. Tamponnement à la gaze iodoformée et guérison en peu de temps.

Le pus renfermait une culture pure de gonocoques.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés et très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-aliment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

N° 23 — 6 JUIN 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 11 au 16 juin 1894.

Mercredi 13. — M. Bellier. Contribution à l'étude des souffles cardiaques dans l'ictère. — M. Maheu. Contribution à l'étude de la résection costale dans le traitement des abcès froids thoraciques. — M. Zuccarelli. L'estomac de l'enfant. Considérations anatomiques. Dilatation stomacale. — M. Roche. Contribution à l'étude de l'emphysème sous-cutané chez les femmes en couches.

Jeudi 14. — M. Barrie. Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique. — M. Kohas. De la dyspepsie tabagique. — M. Verlhac. Traitement de la sciatique par le massage. — M. Hannion. De la confusion mentale. — M. Petit. De l'injection par le streptocoque au cours et au déclin de la grippe. — M. Grelet. Contribution à l'étude de l'anesthésie par le bromure d'éthyle, ses applications en oto-laryngologie. — M. Dermigny. Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme. — M. Thébaud. Etude sur la glossite parenchymateuse aiguë. — M. Henriquez. Contribution à l'étude de la syphilis médullaire. — M. Alti. Hernies iléo-cæcales. — M. Delasalle. Contribution à l'étude des fistules trachéales. De leur traitement.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — M. Ernest Besnier est promu officier.

Bureau central de chirurgie. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Albarran et Beurnier.

Bureau central des accouchements. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Lepage et Varnier.

Le concours de l'adjuvat a terminé ses séances, le mardi 29 mai, par la nomination de MM. Robineau, Marion, Baudet, Baraduc et Savariaud, MM. Courtillier et Bois ont été nommés provisoir

Concours du prosectorat. — La première séance a eu lieu, le 28 mai, à midi.

Sujet de la composition écrite : *Iris, anatomie, physiologie, iritis*. Epreuve orale : *Anatomie descriptive de la rate*.

Académie des sciences. — M. d'Arsonval a été élu en remplacement de M. Brown-Séquard, dans la section de médecine et de chirurgie.

GYNÉCOLOGIE

De la méthode de Taliaferro ou columnisation du vagin en gynécologie, par R. Condamin, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

Sous le nom de *columnisation* du vagin, Bozemann (1) désigne un tamponnement très serré du vagin, destiné à produire une distension vaginale plus ou moins intense. Taliaferro (2) a été le grand vulgarisateur de cette méthode, qui est très répandue en Amérique où elle porte le nom de cet auteur.

La columnisation, peu connue et surtout peu employée en France, a cependant donné d'heureux résultats; aussi ce moyen thérapeutique nous paraît mériter d'être pris en sérieuse considération. Depuis deux ans que nous l'employons dans le service gynécologique de notre maître le professeur Laroyenne, nous ne sommes plus à compter les cas où les résultats ont été des plus satisfaisants. Prochainement une thèse sera soutenue à Lyon sur ce sujet, et démontrera, avec l'appui de nombreuses observations, tout ce qu'on peut attendre de cette méthode. Pour le moment, nous nous contenterons de l'envisager à un point de vue général, en insistant sur le manuel opératoire et les indications d'après notre pratique personnelle.

Deux mots d'abord sur le *modus operandi* : Après désinfection soigneuse du vagin, nous procédons de la façon suivante : Un spéculum ordinaire est introduit aussi profondément que possible et ses branches écartées; on place alors les tampons qui sont en coton hydrophile ou boriqué trempés dans la glycérine neutre. Ceux-ci sont fortement exprimés pour ne pas se réduire ensuite dans le vagin. Ils doivent présenter le volume d'une grosse noix. Les premiers, qui devront rester en contact avec les culs-de-sacs vaginaux et le col utérin, sont en outre saupoudrés d'iodoforme. De cette façon, ils constituent d'abord un pansement antiseptique et, d'autre part, empêchent les écoulements utérins et vaginaux de se putréfier et de présenter au bout de quelques jours une odeur fétide. Les tampons qui sont dans le reste du vagin sont simplement imbibés de glycérine. De cette façon l'odeur de l'iodoforme ne vient pas incommoder la malade. Ces tampons doivent être très serrés pour produire un effet utile : ce sont surtout ceux qui distendent le cul-de-sac postérieur qui doivent présenter ce caractère. Néanmoins la pression ne doit jamais être telle qu'elle puisse déterminer une douleur persistante.

A mesure que le fond du vagin et du spéculum se comble par l'application de bourdonnets successifs, on retire le spéculum en ayant grand soin de refouler en même temps avec une pince l'ensemble des tampons. Sans cette précaution, on les ramènerait avec le spéculum ou tout au moins on diminuerait la pression qui doit exister au niveau du cul-de-sac postérieur. Nous disons au niveau du cul-de-sac postérieur, car l'expérience nous a appris que les tampons placés dans le cul-de-sac antérieur doivent être très modérément serrés sous peine d'entraîner une gêne très marquée dans la miction et aussi quelques phénomènes douloureux. Les derniers bourdonnets imbibés de glycérine ne doivent pas dépasser le plan vertical de la symphyse pubienne. Il est même bon de rester légèrement en arrière, surtout si le constricteur de la vulve a conservé sa tonicité et peut suffire à maintenir en place la colonne des tampons. Placer quelques-uns de ceux-ci plus bas exposerait à une compression de l'urèthre et à une gêne notable, sinon à une impossibilité absolue de la miction. Il est même bon, en général, de toujours prévenir la malade que, si elle éprouvait une certaine gêne en urinant, elle n'aurait qu'à enlever un ou deux des derniers tampons pour voir cet inconvénient disparaître. Elle doit aussi être prévenue que, dans les jours qui suivront cette application, elle perdra une certaine quantité d'eau sous l'influence de la glycérine, sans quoi, alors même qu'elle serait soulagée, elle pourrait attribuer des effets fâcheux à cet écoulement de liquide, qui, par sa quantité, ne peut manquer de lui paraître insolite.

Combien de temps les tampons doivent-ils être laissés en place? Cela varie. Certains de nos malades de la Charité les ont gardés 15 jours et même trois semaines sans inconvénients, c'est-à-dire sans que les tampons présentent une odeur fétide, mais cela à la condition expresse que les premiers soient fortement imprégnés d'iodoforme. D'une façon générale, on doit admettre qu'il faut les changer tous les cinq ou six jours, et plus souvent s'il y a des indications spéciales. Telle est la conduite adoptée dans le service du professeur Laroyenne.

Le but que l'on se propose dans la columnisation est d'agir soit par les tampons sur des organes, utérus, ovaires, en prolapsus léger mais suffisant pour déterminer des douleurs, soit par la glycérine dont les bourdonnets sont imbibés, pour diminuer les phénomènes congestifs ou de stase veineuse qui accompagnent la plupart des lésions anciennes utérines ou péri-utérines.

La columnisation, agissant comme support mécanique, est surtout indiquée dans les cas de prolapsus de l'ovaire plus ou moins enflammés dans le cul-de-sac de Douglas. Un pessaire dans de telles conditions est absolument douloureux et intolérable. Les tampons, au contraire, qui fournissent à ces organes prolabés un soutien qui n'agit pas comme les pessaires, c'est-à-dire sur une surface trop limitée, sont non seulement bien supportés, mais encore ils font cesser presque immédiatement après leur application les douleurs déterminées par les tiraillements de l'organe prolabé.

La columnisation nous a paru particulièrement utile dans les cas de paramétrites postérieures, qui, comme on le sait bien, sont extrêmement fréquentes. Cette affection, que l'on désigne communément à la clinique du Prof. Laroyenne sous le nom bien significatif de *Douglassite*, est surtout caractérisée par une rétraction plus ou moins accentuée des ligaments utéro-sacrés qui présentent en même temps une sensibilité toute particulière. La cavité de Douglas est aussi oblitérée partiellement par des anciens exsudats : ceux-ci ont passé à l'état de brides filamenteuses ou épaisses, qui doublent la face profonde du cul-de-sac postérieur en déterminant à ce niveau des phénomènes douloureux extrêmement intenses; le col de l'utérus est alors attiré fortement en arrière où il détermine une pression sur le rectum. Veut-on l'attirer en avant, on réveille une douleur très vive et si, pendant que l'index fait cette manœuvre, le médius introduit en même temps dans le vagin explore les points qui correspondent à la cavité de Douglas, il sent des brides qui sillonnent cette ancienne cavité et qui attirent en avant la paroi correspondante du rectum. La columnisation avec des tampons de glycérine iodoformée agira dans ces cas avec la plus grande efficacité.

Elle amènera un écoulement aqueux abondant, sous l'influence bien connue de la glycérine sur les culs-de-sac vaginaux, ce qui aura pour effet de diminuer l'état congestif, toujours lié à cette paramétrite postérieure. La dilatation exercée par les bourdonnets s'accompagnera

(1) Bozemann, cité par James Etheridge, *Gynecol. Soc. of Chicago, in The Americ. Journal of obstetries*, 1887.

(2) V. H. Taliaferro (d'Atalanta), *The application of pressure in diseases of uterus*, 1878.

d'un assouplissement de ces brides rétractiles, en même temps qu'elle les allongera, effet que l'on pourra compléter par un peu de massage ; enfin, en soulevant légèrement et l'utérus et les annexes, l'on verra cesser les tiraillements exercés par ces organes, surtout au moment de la marche. C'est surtout à ce dernier point de vue que se manifeste l'amélioration constatée chez les malades columnisées.

Un avantage considérable de cette méthode de traitement des lésions paramétritiques est de dispenser les patientes du séjour au lit. Le support fourni par la columnisation leur permet de se livrer parfois à des occupations pénibles, de marcher, etc., alors qu'auparavant c'était à peine si elles pouvaient faire quelques pas. Une malade de la consultation gratuite du professeur Laroyenne pouvait à grand'peine faire le trajet qui sépare la porte de la Charité de la salle d'examens. Après quelques séances de columnisation, elle venait d'Oullins à Lyon, dont la distance est de 3 kilomètres.

Il nous a été donné aussi à plusieurs reprises de voir des malades atteintes de rétroversions irréductibles ou difficilement réductibles, non seulement être soulagées, mais encore être modifiées à tel point qu'au bout de quelques séances la réduction complète était possible et le port d'un pessaire parfaitement toléré.

Enfin, chez certaines malades qui ne peuvent supporter la marche et ne présentent cependant pas de lésions plus accentuées qu'une mobilité un peu anormale de l'utérus, la columnisation, en soulevant légèrement celui-ci en même temps qu'il est immobilisé, permet généralement des fatigues et des travaux absolument impossibles auparavant.

Nous ne voulons pas prétendre cependant que la columnisation guérit complètement les malades affectées d'une des lésions précitées, mais en tout cas elle indique dans quel sens doit être dirigée la thérapeutique. Au bout d'un certain temps, un pessaire appliqué convenablement a permis de maintenir d'une façon définitive les résultats obtenus ; dans d'autres cas où la columnisation avait surtout pour but de soulever l'utérus, on a pu par l'hystéropexie guérir complètement certaines femmes.

La columnisation nous a également rendu des services comme élément de diagnostic. Il est souvent impossible de pouvoir préciser s'il y a, dans les régions péri-utérines, un véritable foyer purulent, ou s'il s'agit seulement d'un empâtement scléreux avec épaississement des tissus. Avec le tamponnement à la glycérine, on peut, au bout de deux ou trois jours, préciser le diagnostic, car il s'est produit du côté des culs-de-sac un ramollissement tel des tissus que le doigt explorateur peut alors facilement se rendre compte et de l'étendue et de la nature de l'affection, impossibles à préciser auparavant.

Un enseignement précieux à notre avis est encore fourni dans la columnisation par l'élément « douleurs ». Ces tampons glycérinés, dans certains cas, loin de déterminer cette amélioration et cette disparition des douleurs par tiraillements, exaspèrent celles-ci et semblent aggraver l'état de la malade. C'est qu'alors, il ne s'agissait pas de lésions chroniques sèches, mais qu'il existait dans un point comprimé par les tampons une petite collection purulente. Dans cinq ou six observations au moins nous avons dû ponctionner des abcès après l'enlèvement de tampons qui étaient douloureux.

Donc, toutes les fois que la columnisation sera douloureuse, non pas au moment de son application, mais dans la suite, on devra, nous ne disons pas affirmer la présence du pus, mais au moins la soupçonner. On voit donc qu'au point de vue du diagnostic ou de la précision du diagnostic, la columnisation peut rendre de réels services.

Un autre avantage que nous trouvons à cette méthode est la possibilité de permettre aux malades de se livrer à leurs occupations, de marcher, etc., tandis que dans la plupart des traitements gynécologiques le repos plus ou moins absolu est de rigueur. Elle rend aussi le coït impossible et supprime par là une excitation nuisible des organes sexuels. Cette mesure est souvent prescrite, mais très rarement observée, il faut bien le savoir.

Pour toutes ces raisons, nous croyons que la columnisation ou méthode de Taliaferro, mérite d'être prise en sérieuse considération ; son action thérapeutique paraît être de diminuer, par la pression exercée au moyen de tampons glycérinés, l'afflux du sang du côté d'organes faciles à se congestionner, et en même temps d'accroître l'absorption de tissus hyperplastiques par régression. En même temps, elle réduit les déplacements en fournissant aux organes prolabés ou en position anormale, un soutien étendu.

En résumé, nous disons que la columnisation est indiquée :

1° Chez les malades affectées de déviations utérines qui ne peuvent supporter les pessaires ;

2° Chez les malades qui souffrent de prolapsus tubaires ou ovariens et dont l'effet se manifeste par des douleurs rendant la marche impossible ;

3° Chez les femmes qui, sans présenter de lésions utérines ou péri-utérines bien appréciables, se plaignent de ne pas pouvoir marcher, parce que, suivant leur expression, leur ventre n'est pas soutenu, même par une ceinture ;

4° Dans les cas où des épaississements péri-utérins ou une obésité particulière de la malade ne permettent pas de préciser un diagnostic. Si les tampons sont mal supportés ou douloureux, il y a tout lieu de croire à une affection suppurée.

D'autre part, on peut reconnaître, avec Taliaferro, que ce traitement présente les avantages suivants :

1° Il a une action très rapide ;

2° Il dispense les malades du séjour au lit, et leur permet, grâce au support fourni par les tampons, de marcher et de se livrer à leurs occupations ;

3° Il rend tout coït impossible, pendant la durée du suintement ;

4° Il ne donne lieu à aucune réaction inflammatoire ;

5° Associé avec la glycérine neutre iodoformée, il lénifie et dilate les tissus qui ont été rétractés sous l'influence de phénomènes inflammatoires, et détermine, par l'écoulement abondant d'eau qui suit son application, une véritable saignée blanche dont l'effet décongestionnant est des plus marqués.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

tenu à Rome du 29 mars au 9 avril 1894.

Traitement de la blennorrhagie chez la femme par l'ichthyol.

M. Jullien (Paris). — Je pratique le traitement de la blennorrhagie au moyen d'une tige rugueuse de cuivre sur laquelle est enroulée un peu d'ouate et que je trempe dans une solution au 10e d'ichthyol dans la glycérine. La tige est introduite tous les jours dans l'urèthre, après miction, bien entendu. En même temps le vagin est oblitéré par un tampon imprégné de la même substance. Si le col et l'endomètre sont atteints, je les traite de la même façon.

Par ce moyen on obtient rapidement la guérison de la

muqueuse uréthrale ; on empêche le gonocoque de cheminer du côté de l'utérus, et les cas de gonorrhée utérine peu intense ou pris au début sont heureusement modifiés.

Il va sans dire que soit pour l'urèthre, soit pour la matrice, ce moyen reste insuffisant dans les cas invétérés, lorsque le principe morbide est cantonné profondément dans les culs-de-sac glandulaires.

De l'emploi de l'alumnol dans le traitement de la blennorrhagie.

M. Schwimmer (de Budapest). — L'alumnol est un astringent et un antiseptique qui ne se combine pas avec l'albumine, comme par exemple le nitrate d'argent, ce qui fait que ses qualités astringentes peuvent produire leur effet jusque dans la profondeur du tissu conjonctif.

J'ai fait de nombreuses expériences dans des cas de blennorrhagie aiguë chez l'homme, avec des solutions aqueuses variant entre 0.5 et 5 0/0, appliquées soit en injections, soit sous forme d'irrigations uréthrales, soit en instillations à l'aide de la sonde de Guyon ou de la sonde d'Ultzmann. Les résultats ont été bons. Dans les cas aigus, l'alumnol produit facilement une certaine irritation ; dans les cas chroniques il est mieux supporté, mais je n'ai pas trouvé que la durée du traitement fût moins longue qu'avec d'autres médicaments.

Dans la blennorrhagie de la femme, les résultats sont excellents lorsqu'il s'agit de cas chroniques ou subaigus : les malades de cette catégorie traitées à ma clinique ont toutes guéri dans un espace de temps variant entre deux semaines et deux mois. L'application du médicament était faite sous forme de lavages vaginaux pratiqués au moyen du spéculum ou à l'aide de tampons introduits dans le canal cervical.

Du gonocoque et de ses rapports avec le processus blennorrhagique.

M. Touton (de Wiesbaden), *rapporteur*. — Le gonocoque est l'agent causal du processus blennorrhagique : le diagnostic de blennorrhagie est rendu certain par la présence du gonocoque constatée à l'examen microscopique ; ce dernier doit être fréquemment renouvelé durant le cours de l'affection ; il nous permet alors de nous former un jugement sur la phase présente de l'affection et sur les règles thérapeutiques à suivre. Avant de nier la présence du gonocoque dans les cas où un premier examen est demeuré négatif, il est nécessaire de répéter souvent ledit examen, et cela au besoin après avoir provoqué une certaine irritation des parties intéressées : de cette manière on finit souvent par trouver le gonocoque dans nombre de cas, surtout dans les cas invétérés, où sa présence n'avait pu être constatée tout d'abord.

Il arrive parfois que, pour fixer sûrement le diagnostic, on est obligé d'avoir recours au procédé de culture de Wertheim : ce procédé est particulièrement indiqué dans les cas où l'examen microscopique ne nous montre que des « formes d'évolution » douteuses du gonocoque, comme c'est le cas, par exemple, dans des collections purulentes circonscrites et anciennes (articulations, trompes).

Toutes les variétés d'épithéliums peuvent servir de terrain d'invasion et de développement au gonocoque ; un épiderme corné intact paraît être réfractaire à l'infection. Le tissu conjonctif également, aussi bien celui qui est recouvert d'un épithélium que celui qui supporte un endothélium (membranes séreuses et synoviales), peut être le siège d'une invasion de gonocoques ; la diffusion de ces derniers se fait par la voie des espaces lymphatiques.

Les causes prédisposant à l'invasion et à la multiplication du gonocoque sont :

1° La vascularisation, la richesse en sucs et la mollesse des tissus, ainsi que l'existence d'espaces lymphatiques et intercellulaires de grande dimension ;

2° Des conditions chimiques encore inconnues.

Ces causes elles-mêmes peuvent être congénitales, ou bien elles peuvent dépendre de l'âge de l'individu ou encore d'autres affections antérieures (d'origine traumatique, chimique ou bactérienne).

Dans les cas d'infection ordinaire provenant du dehors, le processus blennorrhagique est avant tout une affection épithéliale accompagnée d'une inflammation purulente du tissu conjonctif sous-jacent. Les principaux résultats du processus blennorrhagique dans un tissu sont : la prolifération du gonocoque dans les espaces intercellulaires, la turgescence des cellules épithéliales, l'invasion des espaces intercellulaires par des globules de pus, la destruction et l'élimination des cellules épithéliales ; à côté de cela on observe une infiltration cellulaire du tissu conjonctif. Le tissu conjonctif peut, dans certains cas, être mis complètement à nu par la destruction de son revêtement épithélial ; d'après Dinkler, il peut aussi se produire de la nécrose et des thromboses.

Lorsque le processus morbide est superficiel et de courte durée, la guérison a pour résultat une restitution *ad integrum* ; lorsque son siège est plus profond et qu'il dure longtemps, l'affection se termine par une rétraction cicatricielle du tissu conjonctif : les tissus conjonctifs recouverts d'un endothélium présentent une grande tendance à la production d'adhérences entre surfaces qui se touchent.

Le gonocoque peut donner lieu à une dégénérescence ou à une prolifération de l'épithélium : cet épithélium hyperplastique donne facilement naissance à des érosions par suite d'une macération des éléments épithéliaux et d'une dénudation du tissu conjonctif sous-jacent.

Les cellules du tissu conjonctif peuvent aussi entrer en prolifération sous l'influence d'une invasion de gonocoques.

Les affections que nous voyons se produire en divers points éloignés du corps consécutivement à une blennorrhée primitive peuvent toutes, au point de vue théorique, être considérées comme étant causées par le gonocoque lui-même ou par ses toxines (métastases à gonocoques) ; il en est de même des affections d'organes avoisinant le siège primitif de la blennorrhée, lesquels sont infectés par continuité.

Les leucocytes ne se comportent pas comme des phagocytes vis-à-vis du gonocoque ; ils ne servent qu'à transporter ce dernier soit hors de l'organisme, soit aussi dans diverses parties du corps qui n'étaient pas encore atteintes. Les gonocoques se reproduisent et se multiplient aussi bien dans les leucocytes que dans les espaces lymphatiques et intercellulaires.

Des formes *mixtes* d'infection peuvent aussi se rencontrer dans la blennorrhée ; les cas de suppuration profonde (nécrose) du tissu conjonctif sont probablement dus à une infection secondaire par des microbes du pus : en revanche, les suppurations superficielles du tissu conjonctif dépourvu de son revêtement épithélial peuvent être produites par le gonocoque seul, surtout dans les régions cavitaires. En tout cas, la destruction des tissus produite par le gonocoque est bien moins intense et moins rapide que celle qui est déterminée par d'autres agents de la suppuration.

M. Padula (Rome). — J'ai déjà signalé l'existence d'une fièvre spéciale dans les affections blennorrhagiques. Celle-ci présente un type très irrégulier et ne dépasse jamais 39°7 : elle n'a rien de commun avec la fièvre qu'on observe dans le typhus ni avec la malaria ; sa durée est indéterminée. Tout traitement antipyrétique ordinaire demeure dans ces cas sans action.

M. Brœse (Berlin) estime que, dans le diagnostic des processus blennorrhagiques, il y a lieu de donner plus d'importance aux symptômes cliniques de l'affection qu'à la constatation de la présence ou de l'absence du gonocoque.

M. Neisser (Breslau) insiste sur l'importance du gonocoque au point de vue du diagnostic ; quant à sa présence dans le tissu conjonctif, elle est très rare et probablement toujours secondaire.

Morphologie de l'hypospadias balanique.

M. Loumeau (Bordeaux). — L'hypospadias balanique présente trois grands types correspondant aux trois principales étapes parcourues par le développement de l'urèthre balanique. Dans le premier type, il y a persistance du *mur* balanique imperforé ; dans le deuxième type, il y a persistance de la *gouttière* balanique restée ouverte ; enfin, le troisième type correspond au *canal* balanique formé, mais frappé d'anomalie. Chacun de ces types comprend à son tour un certain nombre de variétés dont la clinique démontre l'existence et dont les données embryologiques actuelles nous fournissent aisément l'explication.

Réparation des pertes de substance de l'urèthre par transplantation de muqueuse.

M. Lapeschko (Kiew). — Depuis huit ans je m'occupe

de la transplantation des muqueuses. D'après Wolf, Reymond, etc., des fragments de muqueuse de lapin, greffés chez l'homme, peuvent prendre, et l'on peut obtenir ainsi de bons résultats thérapeutiques. J'ai fait moi-même une série de transplantations, chez l'homme, de muqueuses prises à des lapins, à des poules, à des grenouilles, à des chiens, à des singes. Dans toutes ces expériences, la muqueuse se fixait; dans quelques-unes, elle prenait même, mais au bout du premier mois elle s'atrophiait. En faisant au contraire ces mêmes expériences avec des fragments de muqueuse de l'homme, et en les transplantant dans les culs-de-sac conjonctivaux, les greffes prenaient d'une façon définitive. J'ai fait 50 transplantations en me servant surtout de la muqueuse de la lèvre humaine et aussi de celle du vagin, et en la transportant sur le bord de la paupière dans des cas d'ectropion; je n'ai eu qu'un seul insuccès. Dans des réparations de paupières, j'ai obtenu également toute une série de succès.

Encouragé par ces résultats, j'ai essayé de transplanter de la muqueuse labiale dans l'urèthre de l'homme, pour pouvoir appliquer cette méthode à la réparation des pertes de substance, poussé dans cette voie par les succès obtenus par Wœlfler avec des muqueuses d'animaux. J'ai fait une transplantation de muqueuse labiale dans l'urèthre chez trois malades, notamment chez un enfant atteint d'un rétrécissement traumatique de l'urèthre, qui, après l'ablation du tissu cicatriciel, laissa entre les deux extrémités de l'urèthre un écart de 4 centimètres. Dans les trois cas le succès a été complet.

Deux cas de fistules urinaires réfractaires à différents traitements, guéris par la cautérisation à l'uréthroscope.

M. Michel Pavone (Palerme). — Deux individus affectés de fistules urinaires consécutives à un abcès se présentèrent à l'auteur à deux époques différentes.

Le premier, qui présentait une fistule uréthro-périnéale, fut d'abord soumis à l'uréthrotomie interne suivie de dilatation graduelle; ensuite, au déplacement de tout le trajet fistuleux; mais, n'ayant obtenu que peu de résultat, nous pratiquâmes l'uréthroscopie et nous constatâmes une excroissance endo-uréthrale à l'orifice interne de la fistule. Nous pensâmes alors à détruire cette excroissance qui, s'opposant au passage de l'urine, la forçait de s'introduire dans l'orifice fistuleux. De fait, après plusieurs cautérisations au moyen de l'uréthroscope pratiquées de temps en temps, non seulement nous réussîmes à détruire l'excroissance endo-uréthrale, mais nous finîmes par provoquer une inflammation adhésive qui produisit l'oblitération de l'orifice interne de la fistule, et, partant, la guérison.

L'autre individu présentait une fistule uréthro-scrotale (consécutive elle aussi à un abcès venu par suite d'un rétrécissement de l'urèthre). Il avait subi, par les soins d'autres confrères, différents traitements chirurgicaux. Il fut aussi guéri par M. Pavone qui cautérisa à plusieurs reprises l'orifice interne de la fistule au moyen de l'uréthroscope.

Hernie de la vessie à travers l'urèthre.

M. Pousson (Bordeaux). — J'ai observé un cas de hernie de la muqueuse vésicale à travers l'urèthre chez une femme de trente ans. C'est, d'après les recherches bibliographiques que j'ai pu faire, le sixième fait de ce genre publié jusqu'à ce jour. Parmi ces six faits, trois sont contestables dans leur interprétation, mais les trois autres ne laissent place à aucun doute sur le réalité de cette lésion, et l'examen des pièces que l'opération a permis de faire dans ces trois cas jette une vive lumière sur sa pathogénie. Trois mécanismes ont été invoqués pour expliquer l'issue de la muqueuse vésicale à travers l'urèthre :

Pour Noël, l'embouchure de l'uretère dans la vessie venant à s'obstruer, l'urine s'infiltre dans le tissu sous-muqueux, décolle la membrane interne et la refoule à travers le canal. *A priori* on s'explique difficilement que les choses puissent se passer ainsi et les détails de l'autopsie rapportés par Noël sont loin de justifier cette théorie qui paraît purement imaginative.

Pour d'autres auteurs, et parmi eux Boissier du Sauvages et Leveillé, le prolapsus de la muqueuse vésicale se produit par un mécanisme en tout point comparable à ce qui se passe dans la chute de la muqueuse du rectum. Cruveilhier s'élève avec force contre cette doctrine, qu'aucune observation n'a, il est vrai, jusqu'à ce jour confirmée, mais qui n'a rien qui soit en contradiction avec ce que nous savons de l'anatomie et de la physiologie normale et pathologique de la muqueuse vésicale, bien au contraire.

La troisième théorie, qui s'appuie sur les faits bien observés de Patron, de Malherbe et sur celui qui m'est personnel, explique la formation de la hernie par le développement d'une des cryptes glandulaires situées au pourtour du col de la vessie, cryptes qui, dilatées peu à peu par l'urine y pénétrant, arrivent à constituer une poche qui repousse d'abord devant elle la paroi de l'urèthre, l'use et finit par sortir par le méat urinaire. L'observation purement clinique de Patron, en montrant que la tumeur formait bien un diverticule en communication avec la vessie et contenant de l'urine, avait permis à cet auteur d'interpréter comme il vient d'être dit la pathogénie de la hernie vésicale; le fait de Malherbe et le mien, dans lesquels l'examen histologique des parois de la tumeur enlevée a montré sur la paroi interne du diverticule l'existence d'épithélium vésical et une superposition de couches représentant les vestiges des parois de la crypte et de l'urèthre soulevé, donnent à cette manière de voir une confirmation éclatante.

Nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie.

M. Maydl (Prague). — J'ai appliqué au traitement de l'exstrophie de la vessie une nouvelle méthode qui permet d'obtenir une guérison radicale, en obviant à toutes les difficultés résultant de la vulnérabilité de la muqueuse exstrophiée et du suintement continuel des urines. Cette méthode n'a été encore employée que deux fois, chez une jeune fille de quatorze ans, et chez un jeune homme de vingt et un ans; dans ces deux cas, l'exstrophie était compliquée d'une hernie ventrale.

Voici comment on procède : on ouvre la cavité péritonéale sur les bords de la vessie exstrophiée, et l'on résèque la paroi vésicale, en respectant seulement une portion ovale renfermant les orifices des uretères. Il faut ensuite, chez la femme, libérer la vessie de l'utérus, et, chez l'homme, sectionner au-dessous des insertions des corps caverneux. On arrive ainsi à mobiliser complètement la portion de la vessie qui correspond aux orifices des uretères, dans lesquels on a préalablement introduit de fines sondes en gomme, et l'on a deux pédicules constitués par les uretères, les vaisseaux qui les accompagnent et le tissu conjonctif qui l'enveloppe. Il ne reste plus qu'à attirer le côlon, à pratiquer sur sa convexité une incision longitudinale, et à insérer dans les lèvres de cette incision la portion vésicale pédiculée, en suturant les muqueuses ensemble, puis la séreuse intestinale à la musculeuse vésicale. On réduit ensuite le tout dans l'abdomen que l'on ferme complètement. La guérison a été obtenue en deux et trois semaines.

De la suture totale de la vessie après la taille hypogastrique.

M. R. Sorel (Havre). — La suture totale de la vessie doit être la méthode de choix pour terminer la taille hypogastrique, le drainage par les tubes-siphons l'exception. La suture sera seulement contre-indiquée dans les cas où l'on craindra des hémorrhagies intra-vésicales. Quant à l'infection, elle n'est pas par elle-même une contre-indication.

La suture de la vessie se fait par un premier plan qui traverse les deux tranches de la paroi et par un second plan à la Lembert. On doit placer à l'angle inférieur de la plaie une mèche aseptique ou antiseptique. L'emploi de la sonde à demeure est toujours recommandable; on ne peut s'en passer que lorsqu'on a affaire à une vessie et à un canal absolument sains, et encore seulement si le malade peut être soumis à une surveillance intelligente et attentive.

Action anesthésique de la cocaïne dans la lithotritie.

M. D. Greco. — Dans différentes opérations de calcul vésical j'ai réussi à empêcher la douleur par la méthode suivante :

J'ai injecté dans l'urèthre le contenu d'une seringue

uréthrale ordinaire remplie d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 pour 100. Je manœuvrai pendant 10 minutes pour faire arriver le liquide jusqu'à la prostate. 10 minutes après, j'ai recommencé la même injection par le même procédé. Ensuite j'ai introduit une sonde molle jusqu'à l'orifice de la prostate, à travers celle-ci j'ai envoyé goutte à goutte le contenu d'une nouvelle seringue de cocaïne et j'ai poussé la sonde dans la vessie en tenant l'orifice externe clos pour ne pas laisser s'écouler l'urine. J'ai injecté dans la vessie, quatre fois, de deux minutes en deux minutes, le contenu de la seringue remplie avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 pour 100 en prenant la précaution d'arrêter l'extrémité de la sonde au col de la vessie sans la pousser trop loin dans la cavité, et cela pour agir plus énergiquement sur le col. J'ai fait pénétrer le contenu de la dernière seringue goutte à goutte en retirant lentement la sonde. Ceci terminé, j'ai fait une dernière injection dans l'urèthre avec la solution à 2 pour 100 et j'ai procédé à l'introduction du lithotriteur.

Conclusions. — Voilà un fait digne d'être noté : j'ai observé presque toujours une perte de sang très insignifiante chez les individus opérés de calculs vésicaux par la lithotritie quand on a recours à l'anesthésie locale par la cocaïne. Elle est donc la preuve expérimentale que la cocaïne agit aussi comme hémostatique. Les expériences sont faites et le résultat n'est pas douteux.

Des opérations palliatives chez les prostatiques.

M. Desnos. — Les rétentions d'urine chez les prostatiques sont justiciables du cathétérisme dans la grande majorité des cas, mais parfois ce traitement ne suffit pas et il faut recourir à une ouverture artificielle de la vessie. D'une manière générale l'indication s'en trouve posée quand le cathétérisme est ou impossible, ou insuffisant, ou dangereux. Impossible quand il existe des obstacles uréthraux ou prostatiques insurmontables; insuffisant quand l'évacuation se fait mal et surtout dans le cas de cystite douloureuse; dangereux lorsque l'urèthre saigne ou qu'il y a rétention avec infection et distension vésicales. Dans ce cas la ponction avec aspiration n'est bonne que dans les cas d'urgence, la ponction avec canule à demeure ne crée pas une issue assez large aux liquides. Une section étendue s'impose. La voie périnéale n'est plus guère utilisée aujourd'hui; la taille hypogastrique est de tout point préférable.

La question la plus intéressante qui se pose maintenant est de savoir si on doit laisser l'ouverture béante d'une manière permanente ou chercher à fermer la vessie après un certain temps. M. Poncet a publié un assez grand nombre de cystostomies suivies de succès pour légitimer cette opération, mais la permanence de la fistule constitue une infirmité pénible et ne protège pas contre l'infection des voies urinaires. Nous croyons que le principal mérite de cette intervention est de permettre de pénétrer dans la vessie et de l'aseptiser avec un minimum de danger, mais qu'au bout d'un certain temps une tolérance s'établit et le cathétérisme peut être pratiqué impunément; parfois même il n'est pas nécessaire de sonder. Une cystostomie temporaire est donc suffisante le plus souvent. La cystostomie permanente peut être exceptionnellement utile; dans ce cas, comme le méat hypogastrique fonctionne rarement à la manière d'un sphincter, il faut placer un appareil qui assure le libre écoulement de l'urine. L'expérience nous a appris que, pour bien fonctionner, ces sortes de sondes ne doivent pénétrer qu'aussi peu que possible dans la vessie; à cet effet nous avons fait construire un petit appareil constitué par une sonde de caoutchouc à boule terminale, semblable à la sonde de Pezzer et qui, à l'aide d'un dispositif spécial, se fixe d'elle-même à la paroi vésicale.

Prostatectomie sus-pubienne.

M. Mayo Robson (Leeds) met sous les yeux du Congrès un tableau de 12 cas où il a pratiqué la prostatectomie sus-pubienne. Dans le premier cas, qui date de 1887, il s'attaquait à un calcul et il a réséqué aux ciseaux le lobe moyen proéminent; deux ans après, le malade était en bonne santé. Des malades suivants, plusieurs étaient des calculeux. Un seul a succombé, le dernier opéré (janvier 1894), à des accidents de suppuration péri-vésicale. Les autres, chez lesquels les masses prostatiques ont été soit énucléées, soit traitées par l'excision cunéiforme, etc., et qui devaient se sonder, ont été parfaitement guéris.

Donc cette opération, que, pour être juste, on devrait appeler opération de Mc Gill, doit être prise en considération. Evidemment, on n'y songera pas soit pour les cas où le cathétérisme est facile et donne de bons résultats, ce qui est fréquent; ni pour ceux où le chirurgien n'est appelé qu'après développement de lésions organiques graves.

Il est bon d'aseptiser les urines par l'administration de l'acide borique à l'intérieur avant et après l'opération. Pour enlever le lobe moyen, M. Mayo Robson se sert des ciseaux de Mc Gill ou de la pince coupante circulaire; pour les lobes latéraux, il énuclée avec l'index. Les suites sont très simples et d'ordinaire le malade peut s'asseoir le huitième jour.

Dans des cas bien choisis, c'est une intervention bénigne et qui, pratiquée avec soin, donne des résultats que l'on peut presque appeler curatifs, chez des malades que l'on déclarait incurables il n'y a pas longtemps encore.

Anurie calculeuse. — Son traitement.

M. Pousson, parlant au nom de M. Demons et au sien, propose dans les cas d'anurie calculeuse ayant résisté au traitement médical de *pratiquer systématiquement la néphrotomie*. S'il est vrai qu'il existe un bon nombre d'observations dans lesquelles le chirurgien, guidé par des signes de présomption touchant le siège du calcul, a ouvert presque à coup sûr le bassinet ou l'uretère, pour en extraire le corps obturateur et qu'il y en a aussi quelques-unes dans lesquelles l'uretère ayant été vu à nu et exploré soit par la voie abdominale, soit par la voie lombaire, cette opération exploratrice a pu devenir curative, on ne peut cependant nier qu'en raison de la difficulté de reconnaître, dans la plupart des cas, le siège exact des calculs, ces opérations restent toujours aléatoires, et que, malgré l'antisepsie la plus rigoureuse, elles présentent quelques dangers.

L'incision du rein est assurément plus simple, et à elle seule, *alors même qu'elle ne donne pas accès sur le calcul*, elle peut sauver la vie des malades. En effet, en faisant cesser la contre-pression, qui, l'uretère oblitéré, s'exerce jusque dans l'extrémité du parenchyme rénal, elle permet au rein de reprendre ses fonctions, et le préserve de la dégénérescence. Le spasme cessant, le calcul tombe de lui-même dans la vessie quelques jours après; que si son volume s'oppose à cette chute spontanée, il sera toujours possible, dans les jours suivants, d'aider à sa migration par le cathétérisme rétrograde de l'uretère ou de l'attaquer de front par l'urétérotomie dans de meilleures conditions. Sur six cas d'anurie calculeuse relevés par les présentateurs, dans lesquels les chirurgiens se contentèrent d'inciser le rein, et dont trois sont personnels à MM. Demons et Pousson, il y eut quatre guérisons et les deux décès paraissent devoir être attribués à une intervention trop tardive.

Anurie de longue durée.

M. Kaefer (Odessa). — Il s'agit d'un homme de 68 ans, sujet à de légers accidents de lithiase rénale, qui un jour est pris d'anurie. On fait l'examen de tous les organes sans rien trouver et on pratique le cathétérisme de la vessie sans retirer une goutte d'urine. Le malade reste dans cette situation deux jours, commence à avoir de la céphalalgie, de la diarrhée, des vomissements, des douleurs violentes dans le flanc gauche qu'on combat par une injection de morphine, puis, au milieu de la nuit, il rend spontanément 400 gr. d'urine. Il urine bien pendant 2 ou 3 jours, puis nouvelle attaque d'anurie accompagnée des phénomènes cités plus haut, mais notablement exagérée, et d'urémie dans laquelle le malade finit par succomber. A l'autopsie, on trouva les deux orifices des uretères obstrués par des calculs qui proéminaient légèrement dans la vessie, et une dilatation secondaire de l'appareil urinaire sous-jacent.

De la néphrectomie par incision transversale.

M. Péan (de Paris). — Je crois qu'il est avantageux, pour pratiquer la néphrectomie, dans bon nombre de cas, de faire d'emblée la section transversale de toute la paroi abdominale, depuis la peau jusqu'au péritoine, en ouvrant même ce dernier sur une longueur plus ou moins grande, quand cela est utile.

Du bord externe du muscle droit correspondant à la tumeur, à la hauteur de l'ombilic, je fais partir une incision transversale qui se dirige en dehors et se termine au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire. Cette incision intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose superficielle ; j'incise ensuite les muscles obliques et transverse ainsi que les aponévroses moyenne et profonde ; au besoin, je prolonge un peu l'incision à travers la masse sacro-lombaire. Il devient alors facile, quand la tumeur est de moyen volume, de disséquer le rein, même lorsqu'il existe des adhérences multiples. Si le volume de la tumeur est considérable, il ne faut pas hésiter à ouvrir transversalement le péritoine. C'est alors que le pincement préventif du rein et de son hile, ainsi que le morcellement, nous ont rendu de véritables services.

Cette opération a été pratiquée quatre fois par moi et une fois par mon assistant M. Delaunay, et le succès a été complet. Chez les cinq malades auxquels nous avons appliqué cette méthode, il nous aurait été beaucoup moins facile de mener l'opération à bonne fin, si nous avions eu recours à l'incision verticale, rétropéritonéale ou transpéritonéale. Non seulement, en effet, nous avons pu sans inconvénient donner à l'incision la longueur voulue, mais encore nous sommes parvenus à sectionner les muscles presque parallèlement à leurs fibres et aux vaisseaux ; nous avons pu enlever rapidement la tumeur sans blesser les organes voisins et obtenir la réunion immédiate à l'aide du drainage et de sutures de catgut à étages.

M. Stankiewiez (de Varsovie). — J'ai eu l'occasion d'employer deux fois le procédé proposé par M. Péan, pour l'extirpation d'un rein calculeux et d'un cancer du rein ; il s'agissait de tumeurs volumineuses, avec des adhérences solides, et il fut nécessaire d'ajouter une incision transversale à l'incision longitudinale. M. Wood (de Londres) emploie la même incision pour l'extirpation ou l'exploration des reins calculeux.

M. Sklifasswosky (de Saint-Pétersbourg). — On peut sectionner transversalement aussi bien que longitudinalement, mais il est préférable, à mon avis, que les incisions préliminaires soient anatomiques. C'est pour cette raison que je suis partisan de l'incision oblique, partant de la onzième côte, qui suit le sens des fibres musculaires et donne une ouverture assez large pour qu'on puisse détacher le péritoine jusqu'à la colonne vertébrale.

M. Kosinski (de Varsovie). — Au point de vue du choix du procédé opératoire, sans être exclusif, je pense que la méthode la moins dangereuse est la méthode lombaire, et je n'ai recours à la méthode transpéritonéale ou à la méthode oblique que si le rein présente une tumeur volumineuse ou si j'ai en vue l'ablation simultanée du rein et de l'uretère.

J'ai pratiqué 14 néphrectomies au cours de ces dix dernières années. L'indication a été la néphrolithiase dans 4 cas, la tuberculose dans 3 cas, des néoplasmes malins dans 3 cas, une pyonéphrose dans 2 cas, 1 cysto-adénome et enfin 1 rupture traumatique. Dans 8 cas, j'ai fait la néphrectomie extrapéritonéale, avec taille lombaire simple ou suivie d'une seconde incision le long de la douzième côte, avec ou sans résection de cette côte ; dans 3 cas j'ai pratiqué l'incision oblique lombo-abdominale dont j'ai parlé en 1884 au Congrès de Copenhague ; enfin, dans les 3 derniers cas j'ai fait la néphrectomie transpéritonéale. Sur ces 14 opérations j'ai eu 10 guérisons et 4 morts.

On sait les difficultés que l'on a à reconnaître exactement l'état des deux reins, avant de se décider à opérer. Voici la méthode d'après laquelle je me guide : j'introduis dans la vessie, sous le chloroforme, une sonde avec laquelle je fais des lavages jusqu'à ce que le liquide sorte clair ; puis, la sonde enlevée, je commence l'examen d'un rein par la palpation bimanuelle, comme si je voulais, en comprimant l'organe entre mes mains, exprimer son contenu dans la vessie ; j'introduis alors de nouveau la sonde et je recueille le contenu du réservoir vésical. Je lave encore la vessie et je procède pour le deuxième rein comme je l'ai fait pour le premier. On trouve ainsi dans l'urine, pour le rein malade, du pus, du sang et d'autres produits pathologiques, tandis que l'autre rein n'a rien donné.

Un nouvel instrument pour la circoncision.

M. D. Greco. — En présence des accidents ordinaires des procédés communs de circoncision, l'idée m'est venue à Naples, en 1881, de construire un instrument que j'ai appelé « posthiorrapton » (πόσθιον, prépuce ; ῥάπτω, je couds). J'ai inauguré un nouveau procédé opératoire, dans le but de pratiquer la suture avant l'ablation du prépuce, suture d'où puisse résulter la réunion par première intention, en évitant l'hémorrhagie et en effectuant l'opération en moins de temps.

L'instrument se compose d'une tige métallique de la longueur d'une sonde de femme, de grosseur variable suivant les nécessités opératoires. Il a l'extrémité ovalaire pour se bien adapter au siège glando-préputial. L'extrémité antérieure est munie d'une ouverture parallèle à l'axe de l'instrument au fond de laquelle se cachent quatre lamelles métalliques fixes mais solides qui, articulées deux à deux et mobiles entre elles, sont disposées de telle façon que celles du côté droit sont séparées de celles de gauche par un espace de quelques millimètres. Les deux petites lamelles antérieures sont fixées par leur extrémité en avant au corps de l'instrument ; les deux lamelles postérieures sont attachées à un cylindre placé dans la tige et qui est terminé par un disque extérieur. Ce disque est doué de mouvements d'avant en arrière et *vice versa*. Quand on pousse le disque d'arrière en avant, les lamelles métalliques sortent par l'ouverture de l'instrument et forment deux triangles mousses séparés par un espace de quelques millimètres. A travers ceux-ci peut passer librement une aiguille de chirurgie spéciale, qui sort de l'extrémité des triangles quand on retire l'instrument en faisant rentrer les lamelles dans l'intérieur de la tige et en tirant le disque du cylindre d'avant en arrière.

Procédé opératoire. — On introduit le posthiorrapton par l'orifice du prépuce. Si on rencontre de la résistance, on pratique une petite incision : on fixe l'extrémité de l'instrument à la naissance du prépuce, parallèle à l'axe naturel du pénis, plus ou moins avant suivant l'endroit où on veut faire la suture et la longueur de prépuce qu'on veut enlever. On tient l'instrument dans la main gauche et on pousse le disque d'arrière en avant avec la main droite. A ce moment la région cutanée du prépuce correspond à l'ouverture de l'instrument et vient en face d'un triangle pour être traversée d'arrière en avant ou d'avant en arrière par l'aiguille chirurgicale que porte le fil. On la retire par l'extrémité opposée et on fait le premier point de suture. On recommence la même manœuvre pour le point voisin et ainsi de suite jusqu'à suture complète. On passe à la circoncision : pour cela on fait une incision longitudinale au-dessus de chaque point et l'on arrête à un ou deux millimètres, puis on enlève les lèvres ainsi coupées par une incision transversale, en prenant garde de n'intéresser aucun des points de suture. On obtient *généralement* la réunion par première intention.

Conclusions. — L'instrument ne peut servir quand il y a adhérence du prépuce ou quand il est très œdémateux.

L'anesthésie locale s'obtient par l'injection dans le prépuce d'une seringue de Pravaz de solution de cocaïne à 1 0/0 (chlorhydrate de cocaïne de Mercle) ou deux injections à 2 0/0 plutôt.

Nouveau dilatateur de l'urèthre.

M. Donato Greco (Naples). — Certains rétrécissements de la partie spongieuse de l'urèthre, soit par leur disposition en valvule, soit par l'excès de tissus scléreux, soit par leur sinuosité, s'opposent à la pénétration des dilatateurs dans le canal parce qu'ils sont courbes. Après avoir été introduite facilement, la bougie conductrice se recourbe et l'extrémité métallique de l'instrument s'arrête contre le rétrécissement en dépit des manœuvres les plus habiles. On a vu des cas où il était impossible d'obtenir la dilatation.

C'est dans des cas semblables surtout que j'ai vu les inconvénients de la courbure des dilatateurs, si faible qu'elle soit, et j'ai modifié le dilatateur Holt.

L'instrument conserve sa forme ordinaire ; seulement il se démonte et la courbure peut se redresser, soit à l'aide de la bougie conductrice ou simplement du bassinet qui se trouve à l'extrémité de l'instrument fixé à la portion courbe, soit en y ajoutant un bouton de terminaison ovale ou cylindrique. Dans les cas ordinaires, il fonctionne comme tous les dilatateurs ; on le démonte quand la courbure est un obstacle à la pénétra-

tion dans tout le canal et dans la vessie, malgré la bougie, ou quand on veut simplement vaincre un rétrécissement de la partie spongieuse sans qu'il y ait besoin de pénétrer dans tout le canal. Quand on a à rendre à l'urèthre son calibre normal et qu'il faut d'abord vaincre un rétrécissement de la portion spongieuse, on s'en sert d'abord droit, puis courbe. On introduit la bougie et on l'adapte à la portion droite de l'instrument; le rétrécissement passé, on retire le dilatateur en le dévissant de la bougie qui peut ainsi rester dans l'urèthre; on visse la portion courbe qui, cette fois, s'adapte à la bougie conductrice. On achève l'opération comme dans les cas ordinaires. Quand il s'agit de vaincre seul un rétrécissement de la partie spongieuse, on peut, dans certains cas, laisser de côté la bougie pour opérer avec l'instrument droit terminé par le bassinet conique ou le bouton ovale ou encore cylindrique.

En opérant dans ces derniers temps seulement, j'ai reconnu tous les avantages de mon dilatateur : le manche en métal, assez lourd, facilite la propulsion du dilatateur. L'ouverture de l'instrument ne réclame pas de travail préliminaire alors qu'on introduit la canule, parce que deux ressorts sur le dos du manche permettent l'éloignement ou le rapprochement des branches du dilatateur, en introduisant ou en retirant la canule percée à l'extérieur pour donner issue au liquide. Les deux ressorts qui permettent l'ouverture ou la fermeture des branches exercent une pression suffisante pour empêcher la canule de dévier à droite ou à gauche et de blesser l'urèthre malgré le fil conducteur de métal situé au centre de l'instrument, comme cela a lieu avec les dilatateurs à vis, à branches très mobiles.

M. Kollmann (Leipzig) présente quelques nouveaux instruments électro-uréthroscopiques et quelques autres appareils destinés au traitement des maladies des voies urinaires.

I. Méthode de Nitze-Oberlaender et la mienne, destinée pour le diagnostic et la thérapeutique des maladies chroniques de l'urèthre.

a. Diagnostic.

Le nouvel uréthroscope, les tubes (numéro vingt-trois jusqu'à trente et un) et leurs obturateurs. Le tube dilatateur. Sonde endoscopique. Instrument endoscopique pour attraper de petites quantités de sécrétion endo-uréthrale.

b. Thérapeutique.

Les dilatateurs (trois modèles nouveaux). Les couteaux endoscopiques. Pinces endoscopiques. Instruments destinés pour l'électrolyse endoscopique. Instrument du Dr Oberlaender, destiné pour l'uréthrotomie interne endoscopique. Le galvanocaustique endoscopique. Nouvel instrument pour la photographie endo-uréthrale avec une série de reproductions.

II. D'autres appareils urologiques.

a. Nouveaux instruments pour le traitement des rétrécissements très étroits.

b. Nouvel instrument pour l'évacuation des fragments de pierre dans la lithotritie.

REVUE DES JOURNAUX

De la coexistence de la fièvre typhoïde et de la tuberculose pulmonaire, ou infection mixte typhotuberculeuse, par E. Loison et P. Simonin (*Arch. de médec. milit.*, octobre 1893, p. 289). — La fièvre typhoïde peut survenir chez des sujets en puissance de tuberculose pulmonaire (5 cas de lésions tuberculeuses sur 114 cas sujets morts de fièvre typhoïde à l'hôpital du Belvédère), laquelle peut recevoir un coup de fouet de la fièvre typhoïde, ou rester latente et ne se révéler qu'à l'autopsie. Le diagnostic de la tuberculose est souvent difficile à poser chez les typhiques et il faut compter, lorsqu'on constate la présence du bacille de Koch, avec la possibilité d'une confusion avec la tuberculose aiguë; la présence du bacille d'Eberth dans le sang retiré d'une piqûre du doigt peut permettre de reconnaître la coexistence des deux infections.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juin 1894.

Elections.

M. Hanriot a été élu membre titulaire dans la section de physique et de chimie par 41 voix, contre 31 à M. Pouchet et 1 à M. Regnard.

Gangrène spontanée d'un membre.

M. Panas. — M. X..., âgé de 35 ans, nerveux, est fils d'un père éminemment goutteux, mort d'affection cardiaque. Des six frères et sœurs, trois sont aussi nerveux que le malade.

Les douleurs commencèrent il y a six ans, se compliquant de plaques rouges sur le membre inférieur gauche; bientôt survinrent deux phlyctènes, qui firent place à des plaques noires de gangrène. Depuis, les douleurs restèrent très persistantes, sans que rien pût les calmer. La gangrène gagna les orteils et l'on dut pratiquer il y a deux mois l'amputation de la jambe gauche au tiers supérieur. Les douleurs spontanées, bien qu'atténuées, n'en continuèrent pas moins. Le calme ne fut obtenu qu'avec le salicylate de soude donné après beaucoup d'autres médicaments.

Ce qui frappa surtout pendant l'amputation, ce fut l'absence d'hémorrhagie. Au bout de vingt jours tout était cicatrisé.

Les artères furent examinées. Les artères et les veines profondes étaient très réduites de volume sans aucun caillot obturateur. Histologiquement la lésion consiste dans la prolifération de la gaine endothéliale des vaisseaux. Il en est de même dans les veines. C'est une endovasculite d'origine probablement nerveuse, à cause des douleurs qui pendant six ans ont précédé la gangrène. Les nerfs sont également altérés.

En admettant l'origine nerveuse de la gangrène, on ne peut que faire des hypothèses au point de vue de la cause de la lésion. D'après les examens histologiques, les vaisseaux paraissent avoir été primitivement malades; la lésion paraît avoir progressé de la périphérie au centre. C'est une affection généralisée du système vasculaire.

Comme antécédents, il n'y avait ni syphilis, ni alcoolisme, ni aucune autre cause appréciable de gangrène.

M. Verneuil insiste sur ce fait que l'histoire des gangrènes chirurgicales est encore entourée de la plus profonde obscurité.

M. Laborde dit à ce propos que l'aconitine est un véritable médicament spécifique pour les névralgies du trijumeau. Elle agit dans les 24 heures, à la dose d'un quart de milligramme d'azotate d'aconitine cristallisée toutes les cinq heures.

M. Laveran. — L'observation de M. Panas présente la plus grande analogie avec la mienne (voy. *Mercredi*, 1894, p. 101), avec cette différence que chez mon malade la gangrène a envahi successivement les deux membres inférieurs. Dans les deux cas il y avait une endo-artérite généralisée. Dans mon cas il n'y avait aucune lésion du système nerveux. Je crois donc qu'il s'agit là d'une maladie du système vasculaire. Chez mon malade les douleurs ont disparu complètement à la suite de l'amputation. Le pronostic me paraît toutefois assez sombre, car il s'agit d'une lésion généralisée qui trouverait peut-être sa cause dans le paludisme.

M. Verneuil rappelle qu'avec M. L.-H. Petit, il a déjà attiré l'attention sur la gangrène d'origine palustre.

M. Fournier. — Les lésions artérielles, c'est le mécanisme, c'est le comment, mais le pourquoi nous échappe absolument. Dans le cas dont nous a parlé M. Panas, j'ai cherché avec soin la syphilis acquise ou héréditaire, et je n'ai rien trouvé. J'ai vu, en effet, un jeune homme d'ailleurs très bien portant et qui dans les premiers mois de sa syphilis eut une gangrène pour laquelle on dut l'amputer. Le salicylate de soude est un excellent calmant de la douleur, et en particulier, il réussit souvent pour les douleurs fulgurantes des tabétiques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 juin 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Hygiène du chauffage.

M. Gréhant. — J'ai déjà parlé des dangers du brasero entretenu en espace clos. J'ai pu me convaincre, en calculant l'oxycarbonation chez les animaux, des degrés de ce danger.

L'emploi d'une cloche d'évacuation avec cheminée ne prévient pas la diffusion des gaz toxiques, pas même l'adjonction d'un cylindre enveloppant et abaissé presque au contact du sol. Mais les conditions sanitaires seront réalisées en complétant l'enveloppement et en ménageant dans le cylindre susdit une fenêtre de 20 sur 25 cm. A vrai dire, on est alors ramené aux conditions d'un poêle ordinaire pourvu d'un bon tirage.

Glandes préputiales du castor.

MM. Beauregard et **Pilliet.** — Au cours d'études sur les glandes préputiales et uréthrales du castor, nous avons pu corriger et compléter certains points d'anatomie. En particulier, les glandes qui sécrètent le castoreum doivent être considérées comme des réservoirs réellement annexés au prépuce, et à rapprocher des autres glandes préputiales dans la série animale. Ce sont des poches pourvues d'un épithélium pavimenteux, et dont la surface sécrétante se trouve agrandie par des bourgeonnements villeux ramifiés.

MM. Cadéac et **Guinard**, étudiant les effets de la thyroïdectomie, ont constaté chez le lapin les effets généralement annoncés par les expérimentateurs. Mais ayant opéré trois chevaux et six moutons âgés, ils ont vu que tous ces animaux (sauf l'un des moutons) ne présentaient à la suite de l'extirpation glandulaire aucun des phénomènes notés.

M. Rey-Pailhade assimile le philothion à un corps albuminoïde résultant de l'activité des cellules vivantes, et destiné à jouer le rôle d'un ferment qui transmettrait l'oxygène aux corps organiques.

M. Œschner de Conynck, comparant les procédés de dosage de l'urée par les méthodes de Leconte et Yvon, a trouvé que les résultats sont très voisins, quoiqu'un peu plus faibles avec le procédé Leconte.

M. Féré continuant ses études expérimentales sur le développement des œufs a vu que les corps chimiques ou les agents physiques pouvaient influencer différemment l'embryon. Au début et pendant les 48 premières heures, on observe surtout des effets tératogènes; ensuite ce sont des effets toxiques, et les embryons meurent. Suivant la remarque de **M. Mathias Duval**, ceci confirme la loi tératologique générale, suivant laquelle les actions nocives de début sont plutôt pathologiques et tératologiques.

M. Féré a fait la remarque que les études tératologiques sont susceptibles de fournir quelques renseignements sur la physiologie même. C'est ainsi qu'au cours d'observations sur les œufs soumis à des actions toxiques, on peut voir se produire chez l'embryon des mouvements très étendus de flexion et surtout d'unilatéralité.

M. Gréhant par la méthode de l'acide acétique a pu constater dans le sang du chien la présence d'un gaz combustible.

M. Mangin décrit un parasite des œillets.

J. Girode.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mai 1894.

Bactériologie des salpingites.

M. Terrier fait un rapport sur la communication de MM. Hartmann et Morax, et s'associe à leurs conclusions. (Voy. *Mercredi*, p. 135).

M. Quénu a fait analyser le liquide de sept ovaro-salpingites; il était stérile dans deux collections hématiques et trois collections purulentes; un abcès était à staphylocoques; dans un cas enfin, le pus, d'aspect caséeux, ne contenait aucun microbe à l'examen sur lamelles, et dans des cellules de la paroi, M. Metschnikoff a trouvé des corps pigmentés ayant tous les caractères de l'hématozoaire de Laveran. Il faut ajouter que cette malade a succombé au troisième jour à une infection pulmonaire suraiguë, ayant évolué en dix heures, par le bacille de Friedlænder.

M. Championnière trouve que ces recherches n'ont qu'un intérêt théorique. Quelle que soit la nature du pus, il ne draine jamais, et les salpingites suppurées sont celles qui lui donnent les meilleurs résultats immédiats et définitifs.

M. Terrier, au contraire, draine souvent, quand il a fallu libérer l'intestin d'adhérences solides, car il a observé, de ce fait, des perforations secondaires, avec fistule et même avec mort. Alors il n'a pas l'audace de M. Championnière et il draine.

M. Segond insiste sur cette manière de voir et il a trois de ses opérées qui ont eu de la sorte des fistules stercorales secondaires, qui ont guéri, et qui, sans le drainage, seraient mortes.

M. Championnière fait remarquer que cette indication n'a rien à voir avec la nature du pus.

M. Terrier répond que jamais il n'a tiré argument de la nature du pus : les recherches de MM. Hartmann et Morax sont précisément faites pour prouver qu'en pratique, cette détermination ne sert à rien. Mais les cas suppurés sont ceux où il y a, en général, le plus d'adhérences.

Constipation des opérés.

M. Delorme fait une communication sur plus de deux cents opérations abdomino-génito-crurales aseptiques, chez l'homme adulte, où au lieu de purger les opérés, il les a constipés de parti pris par le laudanum, pendant huit à quinze jours. Les tracés qu'il présente prouvent qu'il n'en est résulté aucune élévation dans la température et que, d'autre part, à partir du troisième jour, l'alimentation a pu être reprise, l'appétit étant conservé.

L'analyse des urines a démontré qu'après l'opération, il se faisait pendant plusieurs jours des décharges d'urée, mais le point de comparaison avec les opérés purgés fait défaut.

Ces recherches sont, en outre, intéressantes, au point de vue des auto-intoxications d'origine intestinale.

M. Quénu. — Il est très intéressant de voir des constipations semblables n'amener aucune hyperthermie. D'ailleurs, chez la femme, des constipations spontanées de huit à dix jours sans fièvre ne sont pas rares. En outre, j'ai observé un malade atteint de rétrécissement du rectum, chez qui des constipations de vingt à vingt-cinq jours ne provoquaient aucune fièvre. Mais, par contre, il est incontestable que, chez les opérés ou les non-opérés, on voit des constipations avec 39°, 39°5, et après un purgatif, la chute est parfaite.

M. Championnière. — Les tracés de M. Delorme prouvent que la constipation peut n'être pas nuisible, mais elle ne prouve pas que, sauf indications spéciales, elle soit utile, et d'ailleurs, M. Delorme n'en a pas indiqué les avantages. Quant au bien-être des opérés, la question, à mon sens, est jugée : autrefois je ne purgeais pas mes opérés, aujourd'hui je les purge, et cela fait une très grande différence. Par l'opium, on pallie les inconvénients, c'est possible, mais mieux vaut soulager par un purgatif. D'ailleurs, un sujet non opéré et forcé de rester au lit en est là : pourquoi ne pas en faire autant pour un opéré? Enfin, j'ajouterai que quand j'ai opéré près de l'intestin, je suis enchanté de voir le malade aller à la selle, parce que cela me démontre qu'il est en bonne voie. D'ailleurs, j'ai déjà soutenu ici cette opinion à propos des occlusions intestinales post-opératoires. (Voy. *Mercredi*, 1892, p. 77).

M. Delorme. — J'ai commencé par constiper les opérés de fistules à l'anus, d'hémorrhoïdes, etc., et quand j'ai vu qu'ils le supportaient bien, j'ai constipé les autres. M. Championnière me demande à quoi cela sert : je dirai que c'est mon sentiment, et j'y tiens autant que lui au sien.

M. Delorme présente un moulage relatif à un cas d'hygroma sous-deltoïdien développé chez un homme extrêmement vigoureux et sans aucune tare tuberculeuse; l'incision de la poche fut suivie de l'écoulement d'un verre envi-

ron d'un liquide un peu filant, renfermant quelques grumeaux fibrineux. L'examen d'une partie de la paroi, fait par M. Laveran, a montré qu'il s'agissait d'un hygroma de nature tuberculeuse.

M. Tillaux rappelle qu'il a opéré il y a quelques années, à Lariboisière, un hygroma sous-deltoïdien de l'épaule droite, sans avoir songé à de la tuberculose; or deux ans plus tard il dut réséquer l'épaule pour de la tuberculeuse de l'humérus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er juin 1894.

PRÉSIDENCE DE M. FERRAND.

Abcès du foie à pus stérile.

M. Rendu. — La malade dont je rapporte l'observation est une femme âgée de 51 ans, entrée le 10 février 1894 dans mon service. Elle y a succombé le 30 mars. A l'autopsie on a trouvé des abcès du foie consécutifs à des lésions ulcéreuses du cæcum et de l'intestin grêle. Le pus de ces abcès était stérile.

La maladie dont a été atteinte cette femme] a présenté quatre phases successives :

Une première phase abdominale, à laquelle nous n'avons pas assisté et qui s'est traduite cliniquement par de la diarrhée et des symptômes obscurs de péritonite propagée; elle s'étend du 15 janvier au 10 février.

Une seconde phase que l'on pourrait appeler hépatique, dans laquelle se montrent des signes non douteux de congestion du foie, avec menaces de suppuration. Cette phase dure une dizaine de jours, du 10 au 20 février.

A cette période succède l'évolution d'accidents pulmonaires et nous voyons se développer, puis s'atténuer, une bronchopneumonie grippale qui absorbe toute la symptomatologie. Ceci nous conduit au 10 mars.

Les trois dernières semaines sont complètement apyrétiques; il n'y a pas trace de symptômes abdominaux ni pulmonaires : la malade succombe aux progrès lents d'une cachexie qui paraît être le résultat de l'inanition.

Il n'y a eu ni fièvre hectique, ni frissons, ni bouffées de chaleur pendant cette dernière période; le seul symptôme qui aurait peut-être pu faire penser à une suppuration viscérale était l'apparition de sueurs nocturnes assez fréquentes. Nous étions loin de nous attendre à trouver les lésions que l'autopsie nous a révélées.

Celle-ci nous fit reconnaître l'existence d'ulcérations très étendues et anciennes de la région iléo-cæcale et de cavités purulentes circonscrites du lobe droit du foie.

L'examen du pus fait sur lamelle a permis d'y déceler des chaînettes de trois à cinq éléments ressemblant complètement au streptocoque pyogène. Les ensemencements, par contre, sont restés stériles.

Ainsi donc, du pus morphologiquement chargé de microbes infectieux s'est montré pratiquement stérile. C'est là un point spécial sur lequel je désire attirer l'attention plus encore que sur la marche insolite de cette suppuration.

Le fait actuel prouve que si, en examinant le pus d'anciens abcès, on le trouve dépourvu de microbes, on n'est pas en droit de conclure qu'il n'en ait pas renfermé primitivement.

Il est certain qu'à la longue et peut-être assez rapidement, les cadavres des streptocoques trouvés dans le foie de notre malade se seraient résorbés et auraient fini par disparaître. On aurait pu croire qu'ils n'avaient jamais existé. C'est peut-être ce qui est arrivé à M. Laveran et à M. Netter quand ils ont signalé des faits de pus microbien.

M. Laveran. — L'observation très intéressante que vient de nous communiquer M. Rendu montre bien que du pus riche en streptocoques peut être stérilisé par suite de son séjour dans le foie.

Notre collègue pense que dans les faits d'abcès du foie avec pus stérilisé qui ont été publiés par Kartulis, par Netter, par moi et par bon nombre d'autres observateurs, le pus n'était stérile comme chez sa malade que par suite de la mort des microbes pyogènes. Cette opinion me paraît d'autant plus admissible que je l'ai émise tout le premier.

Je n'ai jamais dit, comme on me l'a fait dire quelquefois, que le pus des abcès du foie était amicrobien; j'ai toujours pensé, au contraire, que ces abcès étaient d'origine microbienne; quand on dit que du pus est stérile, cela signifie que ce pus, *au moment où on a procédé à son examen bactériologique*, ne renfermait pas de microbes cultivables dans les milieux ordinaires de culture, cela ne veut pas dire du tout que ce pus s'est développé en dehors de l'intervention des microbes.

Dans le fait de M. Rendu, l'origine microbienne est évidente, puisque le pus renfermait un très grand nombre de streptocoques morts. Dans les faits que j'ai observés, l'examen histologique du pus fait avec le plus grand soin ne m'a pas permis de faire la même constatation. La nature différente des abcès observés par M. Rendu et par moi peut, d'ailleurs, expliquer la différence des résultats fournis par l'examen histologique; chez la malade de M. Rendu, il s'agissait manifestement d'abcès pyohémiques, tandis que dans les faits que j'ai observés, il s'agissait d'abcès du foie des pays chauds et d'abcès qui avaient eu une évolution très lente. (Communication à la Société, 25 juillet 1890 et 1er décembre 1893).

Intervention chirurgicale dans un cas d'adénome gastrique.

M. Chaput présente les pièces provenant d'un malade opéré par lui il y a deux mois et guéri actuellement. Il s'agissait d'un énorme adénome pédiculé de la paroi postérieure de l'estomac.

M. Mathieu. — L'observation que vient de nous communiquer M. Chaput est extrêmement intéressante, malheureusement elle est tout à fait exceptionnelle. Le plus souvent, en faisant la laparotomie pour un cancer de l'estomac, le chirurgien se trouve en présence d'une tumeur plus volumineuse que ne le faisait penser l'exploration extérieure, une des adhérences des fausses membranes, une propagation au voisinage.

D'autre part, le plus grand nombre des malades qui ont subi avec succès l'ablation d'une tumeur cancéreuse de l'estomac sont morts au bout de quelques mois. En revanche, la gastro-entérostomie a donné d'excellents résultats dans bien des cas; après elle on a vu disparaître les douleurs, diminuer la cachexie. Aussi a-t-on pu conclure que, dans la majorité des cas, c'était l'opération de choix pour le cancer de l'estomac, et, plus particulièrement encore, pour le cancer du pylore.

M. Chaput. — Il existe une raison très importante d'intervenir dans les cancers de l'estomac, c'est qu'on n'est jamais sûr qu'une tumeur avec signes rationnels de cancer ne soit un véritable cancer.

Dans les observations de Billroth il existe plusieurs cas dans lesquels on avait diagnostiqué cliniquement cancer et où l'on trouva un ulcère avec hypertrophie énorme des parois. Certains cas de linite hypertrophique peuvent aussi donner lieu aux symptômes du cancer.

Bien plus, il est plusieurs fois arrivé à Billroth de rencontrer, au cours d'une opération, une tumeur ressemblant à un cancer; même après ablation, et la pièce dans la main, le doute persistait encore, et ce n'est que par l'examen histologique qu'on démontrait l'existence d'un ulcère.

Dans deux observations les malades n'ont pas eu de récidive pendant un temps très long. Dans un fait de Hahn, le malade est mort deux ans après une pylorectomie sans récidive.

Dans un autre fait de Wœlfler, le malade mourut cinq ans après son opération et l'absence de récidive fut constatée.

Tous ces faits nous paraissent devoir autoriser une action chirurgicale plus active et surtout plus précoce que par le passé.

M. Mathieu. — Je suis sur ce point de l'avis de M. Chaput: l'intervention chirurgicale dans certains cas où les apparences sont celles d'un cancer de l'estomac est, à l'heure actuelle, parfaitement justifiée. On fera la laparotomie exploratrice pour établir d'abord le diagnostic biopsique et en se comportant ensuite suivant les circonstances.

Je suis si peu l'ennemi de l'intervention chirurgicale en cas semblable que je viens de la provoquer chez un malade de 25 ans qui présente tout un ensemble de signes qui semblent trahir l'existence d'un néoplasme stomacal: douleurs vives au creux épigastrique, cachexie, amaigrissement,

hypochlorhydrie, vomissements, tumeur. L'intervention est absolument indiquée ici parce qu'il s'agit d'un malade jeune, qu'il souffre depuis trois ans, que la tumeur est parfaitement limitée, que le pylore ne paraît pas intéressé. J'aurai peut-être à vous entretenir prochainement de l'intervention chirurgicale que doit faire prochainement M. Quénu.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 1er *mai* 1894.

Anévrysme de la veine saphène.

M. Cazin présente une tumeur anévrysmoïde appendue à la saphène. Cette tumeur contient des caillots anciens et des caillots mous. L'orifice de communication avec la veine est très petit. La tumeur n'était pas réductible. Le sujet n'avait pas de varices pouvant en expliquer la pathogénie.

Coccidies et épithélioma de la peau.

M. Brault apporte des dessins de coupes d'épithélioma de la peau. Les cellules épithéliales rappellent la forme de certaines cellules considérées comme coccidies. La technique est importante pour obtenir cette apparence cellulaire. Il faut mettre la pièce dans le liquide de Muller pendant 6, 8, 10, 15 jours, dégorger et laver ; puis passer des coupes fines à l'acide osmique. On voit nettement le bloc central cellulaire avec ses noyaux, et autour une condensation de l'appareil filamenteux péricellulaire. Somme toute, il y a hypertrophie filamenteuse et densification des filaments autour des noyaux, densification telle qu'elle donne l'aspect de coques péricellulaires. Cet aspect donne l'illusion de coccidies. Mais les réactions des cellules centrales sont absolument celles de l'épiderme, les coccidies ont d'autres réactions.

Ostéomalacie.

MM. Péron et **Meslay** relatent l'observation et apportent le squelette d'une jeune fille de 16 ans morte dans le service de M. Sevestre. La malade était dans le service depuis un an. Elle avait été opérée en juillet 1892 de genu valgum. On avait pratiqué l'ostéotomie double et le redressement. Une débilité progressive s'était produite. De novembre à février dernier il s'était produit une cypho-scoliose considérable, de la déformation des doigts, de l'atrophie musculaire des éminences thénar, des muscles des bras, enfin des fractures spontanées des cuisses et des membres supérieurs par ramollissement osseux de plus en plus accentué; en même temps se produisait de l'épaississement des mâchoires.

L'autopsie révéla un épaississement considérable des os du crâne, du ramollissement généralisé joint à des déformations de tout le squelette osseux. Les diaphyses sont ramollies avec épaississement de tout le périoste, les épiphyses augmentées de volume contiennent des grains transparents, qui paraissent de nature fibreuse ou cartilagineuse.

Tous les os peuvent être coupés au couteau. Les côtes sont déformées et fracturées, ce qui explique les accès de dyspnée auxquels l'enfant avait été sujette.

Les humérus sont atrophiés et brisés en plusieurs points, ainsi que les radius et cubitus. Ces os sont réduits à une petite coque osseuse. Il en est ainsi des omoplates, qui sont considérablement amincies et réduites à rien. Seuls les os des membres inférieurs ont conservé leur volume et paraissent même hypertrophiés.

Tumeur cérebrale.

M. Macé raconte l'histoire d'une femme de 29 ans, apportée dans le coma dans le service de M. le Dr Achard à l'hôpital Cochin. Cette femme était enceinte de huit mois. L'absence d'albuminurie fit écarter le diagnostic d'éclampsie puerpérale. On pensa à de la méningite tuberculeuse, à cause d'une tuberculose limitée sternale que portait la malade. On dut pratiquer l'opération césarienne, la mort se produisit après un coma d'un jour. A l'autopsie on trouva une tumeur d'aspect gliomateux dans l'étage moyen du cerveau. De plus le foie portait disséminées des cicatrices étoilées, et au niveau d'une cicatrice une production caséeuse en un point limité Ceci pouvait faire penser par analogie à de la syphilis cérébrale se traduisant sous l'aspect de grosse gomme avec ramollissement, car la tumeur gliomateuse du cerveau est ramollie. Mais cette tumeur a plutôt l'apparence de gliome ou sarcome névroglique. L'examen histologique renseignera.

Synovite à gonocoques.

MM. Macaigne et **Finet** présentent des cultures de gonocoques provenant de synovite périmalléolaire chez un malade qui n'avait pas eu de blennorrhagie. Au mois de janvier dernier le malade avait reçu un coup sur le gland, suivi d'un point suppuré, et de balanite. Le malade, soigné à l'hôpital pour ce traumatisme, sort avec apparence de guérison. Six jours après il rentre avec une synovite sous-malléolaire droite. La ponction fait sortir un liquide louche qui est cultivé sur agar. La culture donne des coccus anguleux qui ressemblent à des gonocoques. Ils sont aplatis en grains de café et se décolorent par le Gram. M. Macaigne n'a pu reproduire ces coccus sur un deuxième milieu. Il fait remarquer, pour expliquer l'anomalie du développement sur agar des coccus en question, qui lui semblent être des gonocoques, que les gonocoques des articulations poussent quelquefois sur agar, tandis que les gonocoques de l'urèthre n'y poussent jamais.

F. Potier.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 23 *mai* 1894.

Présidence de M. Coutagne.

Ostéosarcome du tibia.

M. Paviot, interne des hôpitaux, présente, au nom du docteur Jomard, de Beaujeu, un ostéosarcome du tibia ayant évolué avec une rapidité anormale (17 jours, s'il faut en croire les commémoratifs relatés dans l'observation), chez un homme de 35 ans. L'amputation a été pratiquée au tiers inférieur du fémur.

Analyse bactériologique des eaux.

M. G. Roux présente un nouvel appareil pour l'analyse bactériologique de l'eau. Il se compose d'un support muni d'un plateau divisé en seize secteurs. Au centre du plateau est une boule de cire à modeler destinée à supporter une boîte de Petri perforée sur un des points de sa circonférence. Dans la boîte on verse de la gélatine peptone stérilisée ; on place la boîte au centre du disque de cire. Avec une pipette on fait tomber une goutte sur le casier 1, puis sur les cases 3, 4, 5, etc. Arrivé au casier 16, on retire la boîte, et la place dans une étuve à incubation. Bien entendu, le trou de la boîte de Petri est obturé avec de l'ouate.

Il ne faut compter comme dues à l'eau que les colonies développées dans la circonférence d'une goutte.

Lorsqu'on veut se débarrasser d'une colonie liquéfiante, on amène la colonie au-dessous du trou de la boîte, et on instille par ce trou une goutte de stérésol.

La numération des bactéries serait, par ce procédé, plus commode et plus précise.

Suite de la discussion sur l'anesthésie.

M. Lépine rappelle que l'expérimentation a démontré que soit sur les reins, soit sur la nutrition en général, l'éther et le chloroforme ont tous deux une influence nocive, mais le second plus que le premier. De l'étude de plusieurs observations d'accidents au cours d'une éthérisation, recueillies dans la littérature chirurgicale allemande, il conclut que même avec l'éther, qui offre moins de dangers que le chloroforme, on n'est pas à l'abri de tout accident, soit à cause d'impuretés de l'éther, soit en vertu d'idiosyncrasies de certains opérés.

M. Mouisset cite une observation dans laquelle des accidents graves survinrent chez un enfant anesthésié au chloroforme, et conclut que cet agent n'est pas inoffensif, même dans le jeune âge.

M. Mayet. — L'albuminurie à la suite des anesthésies est

due à l'action dissolvante de l'éther et du chloroforme sur les globules rouges. Il est possible que, de même, les accidents asphyxiques soient dus, en partie au moins, à la méthémoglobinémie.

M. Augagneur. — L'albuminurie post-opératoire étant transitoire ne peut être attribuée à une altération du sang. C'est un cas particulier de l'albuminurie observée à la suite de l'excitation des nerfs sensitifs.

M. Poncet. — La quantité d'anesthésique contenue dans le sang à la suite d'une anesthésie est-elle suffisante pour produire une dissolution globulaire ?

M. Mayet n'a pas fait d'analyse du sang après anesthésie; chez l'animal, il suffit de mélanger au sang un centimètre d'éther pour provoquer de l'hémoglobinurie.

M. Lépine. — Avec le chloroforme, chez l'animal, on a trouvé 1/2 pour 100 d'anesthésique dans le sang.

Séance du 30 *mai*.

Ostéome des cavaliers.

M. Sieur présente un cavalier du 7e cuirassiers atteint d'un ostéome du moyen adducteur du côté droit, développé en deux temps, chaque fois à la suite d'un mouvement forcé. La théorie la plus vraisemblable pour expliquer la genèse de cette affection est la théorie périostique. M. Berthier, collègue de M. Sieur à l'Ecole du service de santé militaire, a fait à ce sujet des expériences assez probantes : sur un animal, il détache aseptiquement le périoste, referme la plaie, puis fait passer une forte décharge électrique dans le muscle. Alors il se développe dans ce muscle des ostéomes analogues à ceux qui s'observent chez l'homme.

M. Gangolphe. — Les ostéomes des cavaliers peuvent être rapprochés, au point de vue de leur mécanisme, de ceux qui quelquefois se développent dans les mucles péri-articulaires, lors de luxations anciennes non réduites.

Névralgie du trijumeau. — Résection et arrachement périphérique du nerf.

M. Gangolphe présente un malade qui était atteint, il y a plus d'un an, de névralgie sous-orbitaire droite datant de sept ans. M. Gangolphe fit la résection sous-orbitaire et l'arrachement périphérique, en enroulant le nerf sur une pince à mors plats. Ce procédé, autrefois préconisé par Léon Tripier et Daniel Mollière, a donné les meilleurs résultats, puisque depuis le 4 mars 1893, jour de l'opération, le malade, qui auparavant souffrait atrocement et continuellement, n'a plus eu aucune douleur.

Suite de la discussion sur les anesthésiques.

M. Gangolphe a vu faire ou fait faire environ 10,000 anesthésies et n'a été témoin que d'un cas de mort, celui de Létiévant, déjà cité. Il a vu plusieurs alertes, toujours d'ordre respiratoire, dans deux circonstances : *a*) menaces d'asphyxie par les liquides de vomissements; *b*) arrêt respiratoire par contraction musculaire tonique. Les injections d'atropo-morphine ont une valeur contestable. Le chloroforme favorise le chirurgien aux dépens du malade.

En résumé, l'impression de M. Gangolphe est favorable à l'éther plutôt qu'au chloroforme.

M. Mayet. — Dans les cas où, après un arrêt respiratoire, les malades ont recommencé à respirer et n'ont succombé qu'au bout d'une heure ou deux, il existait probablement une altération hématique entravant l'hématose.

M. Lépine. — La cyanose et l'asphyxie par les vomissement sont deux des mécanismes de la mort par l'éther, mais il en existe incontestablement un troisième, la syncope sans cyanose (observation de Bardeleben, entre autres); les malades atteints d'empyème ou d'adhérences pleurales y sont particulièrement exposés. Dans quelques cas enfin, on a observé des hémorrhagies au niveau du quatrième ventricule. La possibilité de la syncope est d'autant plus remarquable que l'éther, en règle générale, ne touche pas le cœur. Mais on ne peut poser de règle absolue avec les médicaments; il y a, pour l'éther comme pour les autres agents thérapeutiques, *des actions contraires*, pouvant être observées une fois sur un nombre considérable de cas; actions contraires tenant à des idiosyncrasies soit spéciales à un cas, soit permanentes.

A. Pic.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 21 *mai* 1894.

La sérothérapie dans la diphthérie.

M. Weibgen a eu l'occasion de traiter en février et en mars de cette année par le sérum antidiphthérique 65 cas de diphthérie chez des enfants âgés de moins de 12 ans. Le nombre des guérisons a été de 72 0/0, soit de 12 0/0 supérieur à celui qu'ont donné, dans une épidémie précédente, les traitements habituels. Chez des enfants traités par le sérum dans les premières 36 heures après le début de l'affection, la proportion de guérisons a été de 91 0/0 contre 89 à 92 0/0 que donnent dans les mêmes conditions les autres traitements. Sur les malades chez lesquels le traitement par le sérum a été commencé 48 heures après le début de l'affection, on a eu 73 0/0 de guérisons contre 47 0/0 que fournissent dans les mêmes conditions les autres traitements.

M. Kœrte a traité par le sérum spécifique 60 enfants. L'épidémie de diphthérie qui a sévi à ce moment a été grave. Sous le rapport de la gravité, les cas ont pu être divisés en trois groupes : cas graves avec phénomènes généraux alarmants, septicémie, tuméfaction ganglionnaire, etc.; cas moyens où la gravité de la lésion locale était accompagnée de phénomènes généraux peu intenses; cas légers. Or la sérothérapie a paru particulièrement utile dans les cas très graves. Les succès sont d'autant plus marqués que le traitement est commencé de bonne heure et le sérum injecté à dose considérable.

M. Canon a employé le sérum au mois de juillet de l'année dernière, chez 15 enfants atteints de diphthérie : 12 ont guéri, 3 sont morts. Sur ce nombre il y a eu 8 trachéotomisés, dont 1 seul a succombé. Du 1er décembre de l'année dernière au 1er avril de cette année, il traita par le sérum une nouvelle série de 45 enfants; il a eu 12 morts avec 5 morts sur les 15 trachéotomisés. Sur 67 autres enfants traités de la façon classique, il a eu 21 morts, avec 14 morts sur 36 trachéotomisés. On voit par ces chiffres que le sérum ne donne pas en somme de meilleurs résultats que les autres procédés de traitement.

M. Rinne a pu constater dans 30 cas de diphthérie les bons effets du sérum. Le sérum est une substance qui ne provoque jamais de phénomènes d'intoxication, à part un érythème qu'on observe dans quelques cas rares. Dans un cas où les injections ont pu être faites 24 heures après le début, l'effet fut des plus remarquables au point de vue de la rapidité avec laquelle s'est effectuée la guérison. Dans les cas graves, à forme septique, les injections ont paru ressusciter les malades.

M. Langenbuch a également pu constater les bons effets du sérum spécifique dans le traitement de la diphthérie.

M. Ehrlich insiste sur la nécessité d'injecter de fortes doses de sérum destiné à neutraliser les poisons qui circulent dans l'organisme, et tout porte à croire que si le traitement était appliqué dès le début, on pourrait guérir tous les diphthériques. Bien entendu, le traitement doit échouer dans les cas où les fausses membranes envahissent les bronches ou lorsqu'on se trouve en face d'une diphthérie compliquée de pneumonie septique, ou bien encore quand il s'agit d'une dégénérescence des organes importants.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES

Séance du 25 mai 1894.

Traitement des ulcères chroniques de jambe par le chlore.

M. Diver. — J'ai essayé ce traitement chez deux femmes âgées. Au moyen d'un appareil spécial, je produisais le gaz en faisant réagir de l'acide chlorhydrique sur du chlorate de potasse. J'ai disposé dans l'appareil un tampon de ouate qui s'imprégnait de chlore; j'ai ensuite placé ce tampon ainsi imprégné sur l'ulcère, le recouvrant aussitôt d'une lame de gutta-percha. Chez une de ces malades, il y avait à chaque jambe un ulcère variqueux, s'étendant du mollet à la cheville. Les deux ulcères allèrent rapidement mieux sous l'influence du traitement; celui de la jambe gauche, qui datait de 25 ans, guérit en 8 semaines. Le second ulcère va beaucoup mieux, mais quelques petits accidents sont venus entraver sa guérison. Chez la deuxième malade, il y avait un grand ulcère annulaire datant de 20 ans et ayant eu pour origine une morsure de chat; cet ulcère était très grand et très profond. Il fut traité comme les précédents et bientôt sa surface se couvrit de granulations : il est en bonne voie de guérison.

Kyste pancréatique associé au diabète.

M. Churton. — Un homme de 35 ans entra à l'hôpital le 28 novembre 1892, se plaignant de douleurs dans le dos, associées à des borborygmes. L'épigastre faisait saillie et l'extrémité pylorique de l'estomac paraissait refoulée en avant par une tumeur sous-jacente. Tout l'hypochondre gauche présentait de la matité. Le côlon transverse était séparé de l'estomac par une aire de matité. L'urine contenait du sucre; son poids spécifique était de 1033; sa quantité n'était guère augmentée. Le malade se sentait affaibli au point de vue physique et intellectuel; sa face et ses lèvres étaient pâles. Il n'avait jamais reçu aucun traumatisme abdominal; il était dyspeptique depuis 3 ans 1/2. A l'époque de l'influenza, il eut des frissons, des nausées et des douleurs dans l'épigastre pendant plusieurs jours. On mit alors le tout sur le compte d'un calcul de la vésicule biliaire. On fit une ponction exploratrice dans le huitième espace intercostal gauche sur la ligne axillaire : on retira un liquide verdâtre ne contenant que très peu d'albumine ordinaire. Une légère péritonite circonscrite suivit cette ponction. Quelques jours après, on opéra le malade. On fit une incision en avant et on retira le liquide à l'aide d'un trocart; on agrandit ensuite l'ouverture du kyste et on passa le doigt dans sa cavité, de façon à atteindre sa paroi postérieure au niveau de la douzième côte; on fit une incision à ce niveau pour drainer le kyste et on ferma la plaie antérieure. Le liquide retiré du kyste avait une réaction alcaline; il contenait des hématies et surtout de nombreux leucocytes; il y avait de la cholestérine, de la sérum-albumine, des peptones, du sang, du pus, de la mucine; il n'y avait ni sucre ni bile. Le spectroscope révéla l'existence de la méthémoglobine. Il n'y avait ni trypsine, ni ferment émulsif, ni ferment coagulateur du lait; il y avait de l'amylopsine. On traita ensuite le malade par des extraits pancréatiques et divers régimes comprenant un tiers de livre de raisin par jour, ce qui parut augmenter considérablement la quantité de sucre dans l'urine. En février, il y eut des traces d'acétone dans l'urine. En mars, l'écoulement de la fistule qui communiquait avec le kyste, écoulement qui jusque-là avait été clair et aqueux, redevint purulent. En septembre, cet écoulement devint beaucoup plus abondant, et il y eut de nouveau des signes d'accumulation de liquide derrière l'estomac. A ce moment apparut du purpura sur les pieds et les jambes. On agrandit la fistule et on donna issue à beaucoup de pus; mais, malgré de nouvelles incisions, la suppuration gagna en arrière du péritoine, envahissant les uretères et les reins, et finalement, le malade mourut le 7 janvier 1894. Le pancréas était transformé en une masse de tissu fibreux; on n'y put découvrir au microscope aucune trace de tissu granulaire. A l'extrémité duodénale du pancréas, il y avait une petite cavité représentant vraisemblablement le reste d'un kyste antérieur. Le conduit pancréatique put être fendu sur une distance de près de 2 centimètres à partir de sa jonction avec le canal cholédoque, puis il se terminait brusquement dans un tissu fibreux épais. Il n'y avait pas de calcul. On put découvrir trois conduits secondaires se terminant de même dans un stroma fibreux. Quant à ce qui a trait au traitement des kystes pancréatiques, les chirurgiens semblent préférer l'incision à la ponction. Je crois cependant que, dans les cas qui sont compliqués de glycosurie, l'aspiration vaut mieux, et cela pour les raisons suivantes : 1° la glycosurie indique que le pancréas est atrophié; 2° par suite, la vie ne peut guère être prolongée, même à l'aide des extraits pancréatiques; 3° les diabétiques deviennent plus facilement la proie des germes septiques; 4° il y a des cas de guérison de kystes pancréatiques par la ponction; 5° dans huit cas dont j'ai eu connaissance et qui ont été traités avec succès par l'incision, il n'y avait pas de glycosurie; 6° je n'ai trouvé aucun cas de guérison par l'incision, le kyste étant compliqué de glycosurie.

M. Hulke. — Une analyse du contenu du kyste ne donne des indications utiles que dans les cas récents; dans les cas anciens, le contenu du kyste se modifie, en effet, considérablement. Au point de vue chirurgical, on peut diviser les kystes du pancréas en deux catégories : ceux qui sont relativement mobiles et pédonculés, qu'on peut assez facilement enlever ou amener à la surface pour les drainer, et ceux qui, sessiles et fixés, sont d'un traitement beaucoup plus difficile. Il est souvent impossible d'amener l'incision qu'on y fait à la surface et de l'y suturer; quant au drainage profond de ces kystes sessiles, on n'y aura recours qu'à la dernière extrémité.

M. Gould. — J'ai observé un cas de kyste pancréatique chez une femme ayant de l'ictère et présentant dans l'épigastre une tumeur du volume du poing. Il n'y avait pas de glycosurie. Le kyste fut ouvert et drainé, mais la malade mourut 3 jours après avec des signes de péritonite. On trouva un gros kyste comprenant la tête du pancréas; le canal cholédoque était aplati et difficile à suivre. Il est dangereux de ponctionner ces kystes, qui sont presque toujours profonds et recouverts par des viscères importants. De plus, le liquide de ces kystes est généralement très épais et ne peut passer à travers l'aiguille. La ponction n'est recommandable dans aucun cas de tumeur abdominale; et quand il y a une complication de glycosurie, le mieux est probablement de s'abstenir de toute intervention opératoire.

M. Wallis. — Dans toute tumeur abdominale, on doit en effet s'abstenir de la ponction, et j'ai vu de mauvais résultats suivre la ponction d'un kyste hydatique.

M. Churton. — En règle générale, je préfère l'incision avec ouverture du péritoine; cependant, chez les diabétiques plus prédisposés que les autres aux infections, je recommande la ponction, d'autant que cette ponction a pu, dans des cas de kystes pancréatiques, amener la guérison.

Purpura hémorrhagique.

M. Sansom. — Une fille de 12 ans entra à l'hôpital le 15 novembre 1893, dans un état de faiblesse extrême. Il y avait des extravasations sanguines autour des paupières; la moyenne buccale était le siège d'une hémorrhagie en nappe; il y avait des taches de purpura sur la peau de la poitrine, du ventre, du dos et des membres supérieurs. Il y avait des bulles (analogues à celles du pemphigus) remplies de sang sur l'aile gauche du nez, l'abdomen, les bras et les jambes. La langue, fortement colorée, présentait plusieurs petites bulles sur sa partie dorsale et sur ses côtés; il y avait des bulles semblables sur la muqueuse de la face profonde des lèvres; ces bulles, en crevant, contribuaient à produire l'hémorrhagie de la bouche. Il y avait des vomissements sanglants et des selles sanglantes. L'urine contenait des traces de sang. Le pouls était à 124 pulsations et il y avait 34 respirations par minute. La malade toussait et ses crachats étaient sanglants; il y avait des râles de bronchite à la base du poumon droit. La malade avait de la fièvre. On lui donna, toutes les quatre heures, 80 centigrammes de sulfo-phénate de soude. Pendant cinq jours, l'état resta très mauvais. Au bout de neuf jours, il y avait du mieux, cependant il se produisit alors des extravasations sanguines dans le fond de chaque œil, avec de la névrite double des nerfs optiques. La malade finit par guérir au bout de 36 jours. Dans ce cas, on pensa qu'il s'agissait d'une infection et on crut pouvoir incriminer la grippe.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 18 au 23 juin 1894.

Mercredi 20. — M. Emourgeon. Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique. — M. Sombret. De l'ostéoclasie manuelle par le procédé de Tillaux modifié.

Jeudi 21. — M. Dumas. La pensée dans la mélancolie. — M. Chantier. Contribution à l'étude du typhus exanthématique et particulièrement des troubles digestifs. — M. Varangot. Complications de la rougeole sur les séreuses. — M. Le Gendre. Traitement de la diphthérie par le sublimé en solution concentrée (1/20, 1/30) dans la glycérine. — M. Simon. Recherches sur les pleurésies putrides chez l'enfant. — M. Claudel. Considérations sur les hémiplégies alternes. — M. Vidal. Des fractures dites spontanées pendant la grossesse et l'accouchement. — M. Artus. Etude clinique du cancer du cæcum.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la chloro-anémie.

Notre époque, si fertile en causes de surmenage de tous genres, a vu croître parallèlement le nombre et la gravité des cas d'anémie, de chlorose et de chloro-anémie. C'est surtout dans nos grandes villes que nous rencontrons ces jeunes filles pâles, affaiblies, mal réglées, qui qui sont le type de l'anémique, mais les campagnes n'en sont pas exemptes; et les jeunes hommes eux-mêmes sont atteints. Il est donc nécessaire d'intervenir par une thérapeutique active et précoce, mais qui, sous peine d'échec, doit être soumise à certaines règles qu'il est important de connaître.

La médication ferrugineuse est universellement reconnue aujourd'hui comme spécifique de l'anémie. Ceux mêmes qui l'avaient attaquée avec le plus de vigueur ont dû convenir de leur erreur

« Je reconnais, dit Dujardin-Beaumetz (1), que, depuis que j'ai employé à l'étude des résultats thérapeutiques obtenus par cette médication le procédé scientifique de la numération des globules, mon opinion a été ébranlée et je suis prêt à passer dans le camp des partisans de la médication ferrugineuse. »

Nous reconnaissons volontiers à notre tour que quelques-uns des reproches adressés aux préparations ferrugineuses usuelles étaient fondés; le tort de nos adversaires a été de généraliser les critiques et de ne pas les limiter aux préparations ferrugineuses mal faites.

Un grand nombre de préparations ferrugineuses contiennent le fer à l'état brut, ou à l'état de sel insoluble. Celles-là ne sont ni digérées, ni assimilées. Le fer se retrouve dans les matières, qu'il colore en noir. D'autres préparations, bien que solubles, ont l'inconvénient de provoquer rapidement la dyspepsie ou la constipation, et de diminuer ainsi l'appétit qu'il est pourtant si important de conserver chez les chlorotiques. Il s'agissait donc de trouver un sel de fer facilement digestible et facilement assimilables. Les mémorables expériences de Claude Bernard (1) ont démontré que le sel qui répondait à ces conditions était le proto-iodure de fer, le seul qui se retrouve en nature peu de temps après l'absorption dans la plupart des liquides de l'organisme, salive, lait, mucus broncho-pulmonaire, sueur.

Un premier pas était fait; mais il restait à trouver le mode d'emploi pratique de ce sel que sa rapide altérabilité rend peu maniable à l'état brut. Il est en outre très important d'obtenir un sel absolument pur. Un excès de fer, ou un excès d'iode surtout, rend la substance irritante pour l'estomac provoquant ainsi ces dyspepsies rebelles qui sont les plus redoutables complications de la chlorose (1). Or, nous ne craignons pas de dire que l'iodure de fer préparé suivant la formule du Codex, en faisant agir directement l'iode sur de la limaille de fer plongée dans l'eau, présente constamment un excès d'iode. Il ne faut donc jamais l'employer. Il est nécessaire de ne prescrire qu'un iodure de fer dont la préparation soit entourée de toutes les garanties désirables.

La marque la plus ancienne, celles dont nous nous sommes toujours servis, et dont nous avons toujours eu à nous louer, est le protoiodure de fer de Gille, soit sous forme de dragées, soit sous forme de sirop. Cette préparation n'a jamais causé aucun trouble digestif. Elle ne colore pas les selles en noir, ce qui prouve que le fer est complètement absorbé.

En administrant par jour quatre dragées de Gille, ou deux cuillerées de sirop, nous avons vu guérir en peu de temps des chloroses rebelles à tous les autres traitements. Nous avons pu améliorer considérablement des anémies secondaires, chez des sujets atteints de scrofule, de tuberculose même avancée, de syphilis, de cancer, d'impaludisme. Il semble que, dans ces cas, l'action modifiante de l'iode à l'état naissant vienne s'ajouter à celle du fer, ce qui explique les résultats vraiment merveilleux obtenus en peu de temps. Les bénéfices ont été tels qu'ils nous permettent de recommander ce médicament en toute confiance dans tous les cas de diminution de la richesse du sang en globules, qu'il s'agisse de chlorose primitive ou d'anémie secondaire.

(1) *Leçons de thérapeutique.*

(1) *Leçons du Collège de France.* Leçon du 17 février 1852.

(2) Luzet, *La Chlorose*. Paris, 1892, pages 159 et 252.

Examen et Séméiotique du cœur. — *Signes physiques*, par le Dr Pierre MERKLEN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. G. Masson, éditeur, 1 volume petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire.* 2 fr. 50

Cet Aide-Mémoire est un résumé simple et complet des notions actuellement acquises sur la séméiotique du cœur. Les signes physiques tirés de son examen y sont étudiés avec soin, et l'auteur semble avoir eu pour but d'être utile, d'abord aux étudiants en leur présentant une description facile à suivre des principales méthodes d'exploration du cœur et de leurs résultats, puis aux jeunes médecins en signalant, à propos de chaque signe, les indications qui en découlent pour le diagnostic et le pronostic.


CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE



CLINIQUE MÉDICALE

Phlébite précoce chez les tuberculeux, par le Dr E. Hirtz, médecin des Hôpitaux (Communication faite à la Société médicale des Hôpitaux, séance du 8 juin 1894).

Il est de notion vulgaire que dans la période ultime de la tuberculose on voit survenir la phlébite. On explique cette manifestation par un état particulier du sang qui chez les cachectiques a une grande tendance à la coagulation, et Trousseau a été l'interprète éloquent de cette doctrine, en décrivant dans un même chapitre la phlegmatia des tuberculeux à la dernière période et celle des cancéreux et en rapportant à la même dyscrasie sanguine dite inopexique les thromboses des membres qu'il avait observées chez des chlorotiques.

Dans les traités les plus récents sur la question, on dit que c'est dans la période ultime de la tuberculose que l'on voit survenir la phlébite, la tuberculose agissant en tant que maladie cachectisante.

C'est chez le phthisique avec cavernes, avec suppuration abondante, avec fièvre hectique qu'on l'observe le plus souvent.

Sans vouloir entrer dès maintenant dans le cœur de la question, je me réserve de publier ultérieurement mes recherches sur les infections des veines.

Je me bornerai à appeler l'attention aujourd'hui sur quelques faits cliniques qui prouvent à n'en pas douter que les thromboses des tuberculeux ne sont pas toujours des thromboses cachectiques et qu'on peut les observer chez des sujets dont la santé est à peine altérée et chez qui elle est souvent la première manifestation de l'infection tuberculeuse.

Pour donner la clef de ces lésions veineuses précoces, la thrombose cachectique ne peut être invoquée et la théorie marastique n'est pas de saison.

Déjà, en ce qui concerne les coagulations des cachectiques, les expériences de Glenard, de Renaut, de Ponfick, de Conheim ont démontré la nécessité d'une altération primitive de l'endothélium vasculaire.

A plus forte raison, lorsqu'il est question de lésions des veines précoces et pour ainsi dire prémonitoires, ne saurait-on mettre en doute l'adultération primitive des parois vasculaires.

La démonstration des infections veineuses est loin d'être complète encore, mais l'évolution scientifique actuelle tend de jour en jour à la rendre irréfutable.

En ce qui concerne l'infection puerpérale, Widal l'a établi d'une manière indiscutable. Weigert, en 1882 et en 1884, a décrit dans un mémoire des plus intéressants l'infection tuberculeuse des veines.

Des opinions soutenues par De Brun, Ribbert, Baumgarten, Mérigot de Treigny, se sont fait jour sur cette question.

Vaquez, dans une série de travaux, a contribué puissamment à substituer à la notion vague des thromboses cachectiques, celle des phlébites par infection primitive ou secondaire.

La preuve évidente de la présence de micro-organismes dans les parois des veines est souvent fort difficile à donner. Les agents infectieux disparaissent assez rapidement des thromboses; d'après Vaquez, dans les coagulations qui ont de 15 à 20 jours d'ancienneté, les micro-organismes sont peu abondants, et il est souvent difficile d'observer des cultures positives, ces agents sont tantôt identiques à ceux qui ont causé la maladie première, mais le plus habituellement, pour cet auteur, ils proviennent d'infections secondaires d'ordre banal.

Cependant, les infections directes des veines par le bacille de Koch ne sont pas niables; elles ont été plusieurs fois démontrées, et récemment encore, à la séance de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux (séance du 22 janvier 1894), Sabrazès et Mongour ont montré, dans un cas de *phlegmatia alba dolens* chez une tuberculeuse, qu'il existait, associés à des microcoques, des bacilles de la tuberculose dans la gaine externe et dans le tissu conjonctif périveineux.

Ils insistent sur l'infection probable par les voies lymphatiques.

Bareti (*Lo Sperimentale*, 1892) signale la présence de nodules tuberculeux implantés sur la tunique interne de la veine cave supérieure.

Weigert est disposé à expliquer par une *infection veineuse préalable* l'invasion d'une tuberculose miliaire aiguë, qui sera, suivant lui, d'autant plus violente que le foyer d'origine sera plus considérable et que le contenu toxique déversé dans le sang sera plus abondant. Est-ce à dire que toute tuberculose miliaire aiguë démontre par des témoins irrécusables son origine veineuse? Loin de là, car la porte d'entrée des veines est parfois impossible à découvrir. Les cas d'infection veineuse primitive rapportés par Weigert n'ont qu'un intérêt anatomique; la tuberculose des vaisseaux atteints ne pouvant se révéler pendant la vie par aucun phénomène clinique appréciable, et si nous relevons les cas cités par cet auteur, ce n'est que pour étayer notre opinion que la tuberculose des veines est plus souvent qu'on ne pense la manifestation précoce de l'infection bacillaire.

Pour acquérir une véritable valeur séméiologique, il est indispensable que l'altération des veines puisse appeler l'attention, c'est-à-dire qu'elle se produise sur des canaux veineux capables d'être atteints par nos moyens d'investigation.

Dans les cas de Weigert, le diagnostic précoce de la lésion veineuse était impossible. Sur 26 cas, en effet, 3 fois la source de l'infection se trouvait dans le canal thoracique, 6 fois dans la veine pulmonaire, 1 fois dans la veine thyroïde, 1 fois dans la veine surrénale.

Weigert ne parle pas de la tuberculose des veines des membres; et cliniquement c'est la seule qui doive nous intéresser, en ce qu'elle peut être le premier symptôme d'une tuberculose absolument silencieuse jusque-là.

La première observation que nous avons recueillie nous avait vivement frappé. Nous la reproduisons très résumée; elle remonte à l'année 1881.

Depuis cette époque nous avons eu l'occasion d'en retrouver dans divers services hospitaliers; elles nous aideront à étayer l'opinion que nous soutenons.

Mlle de S..., 19 ans, grande, maigre, issue par son père d'une famille névropathique, par sa mère de tuberculeux, est prise en l'année 1880 d'une phlébite aiguë de la veine saphène interne de la jambe gauche. Le diagnostic fut posé par mon regretté maître Noël Guéneau de Mussy, mais la cause de la maladie lui échappa tout d'abord.

L'examen de tous les organes fut pratiqué avec soin et ne révéla aucune lésion apparente; on découvrit un léger souffle à la base du cœur, des bruits d'anémie dans les vaisseaux du cou, et on se rattacha à l'idée d'une phlébite chez une chloro-anémique.

La résolution de l'inflammation veineuse fut assez rapide, le cordon qui existait nettement à la partie inférieure de la jambe disparut au bout de trois semaines en même temps que l'œdème malléolaire qui l'accompagnait.

La malade put se lever, l'état général s'améliora et la santé parut si bien remise que la jeune fille fut fiancée. L'hiver approchait, la famille partit pour Nice environ six mois après la guérison de la phlébite. Au bout de six semaines de séjour dans le Midi, Mlle de S... fut prise

d'accès de fièvre vespérale, son appétit diminua, elle maigrit rapidement et la famille inquiète appela en consultation un de nos maîtres, de passage à Nice, qui posa le diagnostic de tuberculose aiguë pulmonaire et conseilla aux parents de reprendre au plus vite le chemin de Paris. A son arrivée nous constatâmes le bien fondé de l'arrêt qui avait été prononcé.

La malade présentait tous les signes d'une infiltration tuberculeuse à forme granulique et succombait un mois après son retour. L'année d'avant, une de ses tantes avait été enlevée par une phthisie galopante.

Parmi les observations de phlébite chez les chlorotiques signalées par Trousseau, Hanot et Mathieu en 1877, Vivien en 1879, Giraudeau, Rendu, Mosny, Villard, il en est d'irréfutables, mais il ne faut pas oublier que la tuberculose se dissimule fréquemment derrière le masque chloro-anémique; Proby en rapporte un exemple. Dans un travail magistral sur la phlébite, Vaquez en cite un exemple en passant, qu'il a observé à la Charité.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, chlorotique depuis quelques mois, fébricitante, déprimée et qui cependant à première vue ne paraissait pas pouvoir être suspectée d'une autre affection que d'une chlorose vulgaire.

L'exploration attentive des sommets finit par permettre d'y déceler quelques lésions du début, minimes d'ailleurs, causées à coup sûr par une tuberculose pulmonaire en voie d'évolution. C'est alors que notre malade fut atteinte d'une phlébite de la jambe droite; pendant ces accidents la température s'éleva très notablement, comme il est habituel, puis la fièvre disparut, et trois mois après la malade quittait le service, semblant guérie aussi bien de ses accidents généraux que de ses complications locales. La chlorose persistait seule. Or, deux ans après, cette jeune fille succombait aux progrès d'une tuberculisation à marche subaiguë.

Ces observations et d'autres encore que nous ne pouvons rapporter ici et dont la relation sera insérée dans les *Bulletins de la Société* établissent la fréquence relative de la phlébite chez les tuberculeux au premier degré; elles nous enseignent que la détermination veineuse peut précéder de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois, la bacillose pulmonaire.

La modalité clinique est diverse. Dans la plupart de nos faits, la phlébite précoce diffère de la phlegmatia marastique ultime de la phthisie. Son évolution est de durée moindre, elle ne dépasse guère trois semaines, et plusieurs fois au bout de douze jours la douleur avait disparu avec l'œdème, le cordon veineux et l'impotence fonctionnelle.

La forme non oblitérante ou mieux périphlébitique semble plus fréquente que la forme oblitérante.

Contrairement à l'opinion de Weigert, l'infection tuberculeuse des veines n'est pas toujours suivie de tuberculose aiguë à marche rapide. Certains de nos malades ont vu leur état général s'améliorer à la suite de la disparition de leur phlegmatia, mais la phthisie continuait à progresser lentement.

Deux malades succombaient, l'un quelques semaines, l'autre plusieurs mois après la phlébite, à une granulie.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES
tenu à Rome du 29 mars au 9 avril 1894.

Myomes utérins.

M. Mangiagalli a résumé l'histoire de l'hystérectomie, et a décrit rapidement les différentes méthodes employées. Il dit qu'on ne pouvait fonder une opinion que sur les résultats des opérateurs publiant tous les cas qu'ils opéraient; même dans ces cas on a peine à se faire une opinion bien nette car les opérées étaient avant l'opération dans une situation plus ou moins grave. Cependant on peut dire que la mortalité diminue tous les ans. On a exagéré l'importance du traitement du pédicule, qui n'est pas la principale source de danger. Toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est plus sombre quand il s'agit de tumeurs intra-ligamenteuses. Pour les opérations de tumeurs sous-séreuses, sous-muqueuses ou interstitielles, la mortalité est de 5 0/0, que le pédicule soit traité par la méthode extra-abdominale ou intra-abdominale. L'auteur croit qu'à peu d'exceptions près, on doit préférer la méthode intra-abdominale. La méthode de Zweifel, qui est simple et rapide, est en général la meilleure, cependant la ligature élastique permanente présente certains avantages, si on a le soin de la recouvrir par le péritoine. Quant aux fibromes intra-ligamenteux qui s'accompagnent d'une si forte mortalité, il est difficile de dire quelle est la meilleure manière de les opérer. L'hystérectomie vaginale est une bonne opération quand on ne l'applique qu'aux cas dans lesquels elle est indiquée. Elle peut souvent remplacer avantageusement la castration. Cependant l'hystérectomie vaginale ne donne pas de bons résultats si le volume du fibrome dépasse celui de l'utérus au 4e mois de la grossesse.

M. Martin. — A ce point de vue, la chirurgie allemande doit beaucoup à M. Péan. Hégar, qui le premier a pratiqué cette opération en Allemagne, a traité le pédicule par la méthode extra-péritonéale; cette méthode a depuis été abandonnée, la castration étant moins dangereuse et donnant d'aussi bons résultats. Schrœder a inauguré le traitement intra-péritonéal du pédicule. Les risques de l'hémorrhagie par le pédicule et de l'infection par le canal cervical sont tout à fait réels et la présence du pédicule retarde toujours la guérison. Ces raisons ont conduit l'auteur en 1888 à remplacer l'amputation sus-vaginale par l'extirpation totale. Il emploie actuellement la méthode suivante.

Traitement du pédicule après la myomectomie totale.

Vingt-quatre heures avant l'opération, le vagin est soigneusement désinfecté et tamponné avec de la gaze sublimée. Le ventre une fois ouvert, on sort hors de la cavité abdominale l'utérus avec la tumeur et les annexes. Les ligaments ronds et larges sont divisés après ligature, et l'utérus avec la tumeur rendus ainsi mobiles. Le péritoine est incisé au-dessus du cul-de-sac postérieur du vagin et l'incision prolongée dans le vagin. L'index est alors introduit à travers l'incision dans le vagin, et en se dirigeant sur le doigt on fait la ligature du cul-de-sac vaginal et de ce qui reste à l'insertion des ligaments, d'abord à gauche, ensuite à droite. On dégage ensuite progressivement le col jusqu'à sa partie antérieure, en soulevant en même temps avec une pince la portion vaginale du col. On aperçoit alors le cul-de-sac antérieur. Une suture continue assure la paroi du vagin et la plaie rétro-vésicale jusqu'à l'incision dans l'excavation vésico-utérine après que le col a été décollé de la vessie. L'hémostase une fois assurée, on fait passer dans le vagin tous les fils de catgut. L'orifice est aussitôt fermé.

Ordinairement, il est très facile de réunir par-dessus le péritoine par une suture continue.

Sur 26 cas opérés de cette façon, M. Martin a eu 25 succès.

L'auteur a renoncé au drainage qu'il employait autrefois. Avec le drainage, il a opéré 43 fois et il a eu 30 guérisons (mortalité 30,23 p. 100); sans le drainage, il a opéré 54 cas et il a eu 49 guérisons (mortalité 9,25 p. 100); enfin, dans une troisième série où l'auteur a opéré suivant les règles établies ci-dessus, sur 26 opérations il a eu 25 guérisons (mortalité 3,84 p. 100).

M. Landau (Berlin) a eu de si bons résultats avec la méthode intra-péritonéale (30 opérations, 1 mort) qu'il ne veut pas abandonner cette méthode; il reconnaît, du reste, que le pédicule est une source de dangers, aussi donne-t-il la préférence à la méthode de Péan ou à la modification de Martin. Si la tumeur ne s'élève pas au-dessus de l'ombilic, l'auteur fait l'hystérectomie vaginale par morcellement; si la tumeur est plus volumineuse, il fait l'énucléation par la voie abdo-

minale, accomplit l'hystérectomie et enlève le pédicule par le vagin. Il ne faut pas fermer complètement la cavité péritonéale.

M. Bantock pratique actuellement l'opération suivante : il lie les ligaments larges et, si possible, les artères utérines; il applique une ligature élastique temporaire autour de la base de la tumeur; il coupe tout autour l'enveloppe péritonéale de l'utérus; il isole l'utérus au niveau de l'orifice interne du col, et applique là un serre-nœud ou une ligature élastique permanente, il enlève la ligature élastique temporaire et fait l'hémostase; il fixe l'enveloppe utérine aux parois par de doubles sutures; puis bourre la cavité de gaze iodoformée. Les ovaires peuvent être enlevés à un stade quelconque de cette opération. Cette méthode, bien que réservée aux cas les plus difficiles, n'a donné qu'une mort sur 23 opérations, et encore cette mort était-elle due à une albuminurie préexistante. Sur 166 cas traités par la méthode extra-péritonéale, l'auteur a eu une mortalité de 15 p. 100. Ces statistiques méritent d'être prises en considération, l'auteur n'opérant que les sujets menacés par l'hémorrhagie ou par une dégénérescence de la tumeur.

M. Carle (Turin) considère que les fibromyomes utérins ne doivent être opérés que lorsque les douleurs, les hémorrhagies ou les compres ions de la vessie ou du rectum rendent l'opération nécessaire. La méthode qu'il emploie diffère de celle de Martin en ce qu'il pratique d'abord l'énucléation sous-péritonéale de l'utérus; ensuite, il lie les artères utérines et en troisième lieu il dissèque les insertions vaginales du col et coupe à travers les parois du vagin. Il ferme le vagin à l'aide de sutures, évitant ainsi une infection ascendante. Il a pratiqué cette opération 20 fois sans avoir de mort. Autrefois, il avait fait 11 laparomyomotomies avec traitement extra-péritonéal du pédicule, lui ayant donné 10 guérisons ; 9 opérations semblables avec traitement intra-pariétal du pédicule lui ayant donné 8 guérisons; 52 opérations semblables avec traitement intra-péritonéal du pédicule lui ayant donné 47 guérisons; 11 hystérectomies vaginales avec 11 guérisons; 11 énucléations et morcellement avec 11 guérisons.

M. Jacobs croit que l'idéal chirurgical consiste dans l'extirpation totale de l'utérus, corps et col, afin d'éviter le traitement du pédicule, de rendre le choc opératoire moins violent et de faire perdre le moins de sang possible aux malades, toujours anémiées.

Il emploie, lorsque l'exécution en est possible, l'extirpation abdominale totale et il rend l'opération rapide à l'aide de pinces à forcipressure spéciales. Son procédé opératoire est le suivant : 1° ouverture des culs-de-sac vaginaux et pincement des artères utérines; 2° cœliotomie: la tumeur est amenée au dehors et l'on place sur les ligaments larges, par l'abdomen, des pinces combinées de telle façon qu'on peut immédiatement en remplacer le manche par le vagin sans changer le mors de l'instrument. La tumeur est enlevée en totalité par l'abdomen après section des ligaments en dedans des pinces. La plaie refermée, on fait un pansement vaginal.

Par ce procédé, l'orateur a pu pratiquer plusieurs opérations, très rapidement et sans hémorrhagie.

M. Calderini (de Parme) dit avoir pratiqué 18 hystérectomies avec traitement extrapéritonéal du moignon et avoir obtenu 9 guérisons ; il serait porté à conclure en faveur de cette méthode.

Il relate un cas suivi de mort, dans lequel, à l'autopsie, il trouva une intéressante *anomalie de l'artère utérine* qui passait au devant de l'uretère.

M. Doyen (de Reims) dit qu'il préfère l'évidement des grosses tumeurs, et qu'il voudrait voir cette méthode se substituer au morcellement. L'orateur ajoute qu'il n'y a pas de perte de sang et qu'il ne croit même pas nécessaire d'employer de clamp ni de pinces. Il pratique exclusivement l'hystérectomie vaginale.

M. Chiarleoni (de Catane) déclare qu'il préfère l'extirpation totale vagino-abdominale.

M. Mangiagalli. — Il ressort de cette discussion que, ainsi que je le pense, toutes les méthodes proposées donnent de bons résultats et qu'il est impossible de décider d'une manière définitive quel est le meilleur procédé de traitement du moignon. J'avoue cependant ne pas avoir une très grande confiance dans la méthode de M. Doyen. Ce que l'hystérectomie ne peut pas donner dans les cas de gros fibromes, on l'obtiendra facilement par la laparotomie.

M. Péan (Paris). — L'ablation des fibromyomes interstitiels et sous-péritonéaux, qui était autrefois considérée comme une opération périlleuse et réservée aux cas dans lesquels la vie se trouvait compromise par des troubles fonctionnels de la plus haute gravité et par le grand volume de la tumeur, est aujourd'hui admise par tous les chirurgiens exercés. Mais la plupart de ces tumeurs donnent lieu à des complications très graves avant qu'elles aient acquis un aussi grand volume. La pratique que j'ai suivie depuis 1882 m'amène à formuler les conclusions suivantes :

1° Toute tumeur fibreuse sous-muqueuse et interstitielle du corps de l'utérus doit être enlevée de bonne heure;

2° Au cours de l'ablation, il faut donner la préférence aux procédés qui permettent d'extirper la tumeur en conservant l'utérus;

3° En pareil cas, on doit aborder la tumeur par la voie abdominale, quand elle est volumineuse; par la voie vaginale, quand elle est petite ou de moyenne grosseur;

4° Si l'ablation de la tumeur nécessite une mutilation trop grande de l'utérus, on doit recourir de préférence aux procédés qui permettent d'enlever en totalité l'utérus et ses annexes ;

5° Dans les cas de certains fibromes interstitiels qui prennent naissance sur la face postérieure de l'utérus et qui, en grossissant, descendent dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, obstruent la partie supérieure du vagin et rendent la voie vaginale inaccessible — car il est impossible de les mettre à nu, de les abaisser et de les fragmenter, — le mieux est d'aborder ces néoplasmes au moyen d'une incision faite à travers le périnée et la cloison recto-vaginale et allant jusqu'au péritoine. Voici comment je procède : au moyen de deux pinces à mors longs et dentés, je saisis fortement le périnée et la cloison recto-vaginale avec l'un des mors engagé dans le vagin, l'autre étant placé dans le rectum. L'hémostase préventive ainsi obtenue, je sectionne les tissus dans l'intervalle des pinces, sur la ligne médiane, sans perdre de sang. Dès que la partie inférieure de la tumeur est mise à nu, elle apparaît entre les muqueuses du vagin et du rectum qu'elle a dissociées.

Aussitôt je la saisis avec des pinces à mors dentés, l'abaisse, la morcelle et l'extrais par fragments. Au cours et à la fin de l'opération, je comprime les vaisseaux les plus importants qui entourent la tumeur à l'aide de pinces qui sont retirées au bout de quelques minutes ou de quelques heures, suivant le volume des vaisseaux. Enfin je place à demeure, dans la vaste cavité laissée par la tumeur, un gros tube élastique fenêtré et quelques éponges iodoformées ou salolées, solidement attachées avec un gros fil de soie. Ces éponges sont retirées au bout de deux à trois jours. Passé ce temps, il suffit de faire des injections antiseptiques par le tube à drainage. L'opération terminée, on réunit les muqueuses rectale et vaginale par des surjets de catgut, et les tissus intermédiaires par des sutures séparées au crin de Florence.

Ce procédé m'a depuis longtemps permis d'enlever des tumeurs cancéreuses qui avaient pris naissance à la partie la plus élevée de la face postérieure du vagin.

En ce qui concerne les fibromes utérins, cette opération doit être réservée aux cas exceptionnels dans lesquels l'ablation directe de l'utérus par le vagin n'est pas possible. Je crois que cette méthode doit être préférée aux procédés dans lesquels on intervient par la voie ischio-vaginale ou par la voie sacrée.

Relation entre les suppurations pelviennes et les affections utérines.

M. Clarke (Cambridge, Manchester). — Quand une inflammation intense s'empare de l'utérus, elle reste rarement limitée à une seule variété de tissu. Normalement, les sécrétions génitales ne contiennent pas de bactéries ; ces dernières sont toujours importées et elles gagnent ensuite les tissus profonds. Les stades les plus avancés de l'inflammation sont dus à la dissémination des germes dans le tissu connectif au-dessus du cul-de-sac de Douglas et dans le péritoine. Dans l'enfance, avant la puberté, les affections de ces organes sont très rares. Il peut arriver que l'inflammation due à la pré-

sence de micro-organismes dans l'oviducte soit essentiellement passagère, par suite du passage fréquent du sang dans ces conduits et aussi à cause de leur sécrétion. Cependant, à la longue, le virus peut passer de ces organes dans la cavité abdominale. Là l'inflammation peut rester latente, jusqu'à ce qu'un accouchement, une fausse couche, ou une cause quelconque vienne irriter l'utérus ou ses annexes. Cette cause peut être une opération chirurgicale, laquelle peut, en détruisant des adhérences, répandre dans le péritoine des microbes depuis longtemps enfermés dans ces adhérences. L'inflammation et la suppuration pelviennes chez la femme sont très généralement en rapport avec des affections de l'utérus ou de ses annexes. Souvent la cause réside dans une fausse couche; cette inflammation et cette suppuration sont toujours dues à des microbes. Dans l'enfance, les voies génitales étant encore à peu près fermées, les organismes ne peuvent guère y pénétrer. Il n'en est plus de même après la puberté jusqu'à la ménopause. Il est vrai qu'alors le flot cataménial et les sécrétions normales de la filière génitale constituent un moyen de protection efficace. Cependant, si la résistance de l'organisme vient à diminuer, les microbes prennent le dessus et l'inflammation s'établit.

Inflammations pelviennes des femmes.

M. C. M. de Argenta (Salamanque) reconnaît que grâce aux interventions chirurgicales multiples que l'on a pu pratiquer sous le couvert de l'antisepsie, nous sommes arrivés actuellement à une grande précision dans le diagnostic et dans les indications thérapeutiques. Mais il ne faut pas oublier que si les opérations sont bénignes, elles sont gravement mutilantes : or, si on est appelé à temps, on peut, dans un grand nombre de cas, à condition d'agir tout de suite, éviter l'intervention sanglante.

Pour dénommer ces lésions, le mieux est de les appeler, avec Pozzi, périmétrosalpingites; en particulier, ce qui s'explique par la continuité des muqueuses et par le développement commun, il n'y a guère de métrite sans participation tubaire; de même il y a solidarité du tissu conjonctif, des lymphatiques de ces organes.

Quant à l'origine de ces lésions, on sait qu'elle est presque toujours soit blennorrhagique, soit puerpérale. Et il est à noter que dans un cas comme dans l'autre une infection ultime causale peut être légère, presque inappréciable même, alors que les lésions tubo-ovariennes prennent une grande importance. D'après l'expérience personnelle de M. de Argenta, l'origine des salpingites est 75 0/0 blennorrhagique : les avortements des premiers mois du mariage relèvent d'une contagion blennorrhagique bien plutôt que du voyage de noces. Il faut encore, avec Freund et L. Tait, tenir compte de la prédisposition créée par les malformations utéro-tubaires. A titre d'exception, il faut citer les salpingites d'origine intestinale (Pozzi).

Le traitement conservateur doit bien évidemment être notre but, et à cet égard Freund nous a rendu un grand service en montrant les bons résultats que l'on obtient avec l'ichthyol. M. de Argenta emploie une solution glycérinée à 10 0/0. Ce traitement a d'abord pour effet une sédation remarquable des douleurs; en outre, il a une action curative manifeste. C'est à lui qu'il faut recourir quand la suppuration n'est pas enkystée en un abcès. Quant aux collections séreuses et hématiques, il ne faut pas les opérer avant d'avoir essayé le traitement de Freund.

La théorie des émissions sanguines.

M. J. Schubert (Reinerz, Prusse) préconise les saignées comme traitement éminemment efficace de tous les états morbides qui reconnaissent comme cause une consistance anormale du sang. Il renvoie pour les indications particulières à son mémoire qui vient de paraître.

Massothérapie.

M. Kœnig (Berlin) applique depuis plusieurs années essentiellement la méthode mécanique pour le traitement des troubles fonctionnels consécutifs à des traumatismes. Il emploie le massage manuel et instrumental dans tous les cas des traumatismes guéris, où il s'agit de stimuler les processus normaux physiologiques, de produire une nutrition plus intense et de faire résorber les vieux produits pathologiques; des exsudats, des infiltrations, des cals difformes, etc. L'auteur a inventé pour les mouvements passifs des appareils dont il présente des dessins. Ces appareils sont combinés avec des considérations les plus exactes de la structure anatomique des membres et ils permettent le plus petit mouvement des articulations de l'extrémité supérieure et inférieure. Ils possèdent des dispositifs particuliers pourvus d'échelles graduées au moyen desquelles on peut facilement constater l'état de l'articulation avant, pendant et après le traitement. Ces appareils sont en partie mus par transmission à l'aide d'un moteur à gaz.

Sur le traitement de l'empyème chez les tuberculeux.

M. Bæumler (Fribourg-en-B.). — L'orateur remarque d'abord qu'il se range entièrement à l'opinion de M. Laache en ce qui concerne le traitement de l'empyème en général, c'est-à-dire qu'il considère l'évacuation complète de l'épanchement purulent comme but principal de l'intervention opératoire. Il n'y a pas de meilleur moyen pour atteindre ce but que la thoracotomie, méthode surtout perfectionnée par Kœnig. D'autres considérations s'imposent cependant quand il s'agit de l'empyème chez des malades atteints de phthisie pulmonaire. Dans ces cas il faut bien tenir compte d'un fait d'une certaine importance : de l'amélioration très nette que l'on observe souvent dans la tuberculose, lorsqu'un épanchement pleural ou un pneumothorax viennent frapper le seul côté ou le côté plus fortement attaqué. La compression du poumon malade paraît ici exercer une influence favorable non seulement sur les phénomènes pulmonaires, mais aussi sur l'état général. L'intervention chirurgicale immédiate n'est pas indiquée dans ces cas, à moins qu'il n'y ait pour cela des raisons particulières. Cependant il ne faut pas non plus tarder trop longtemps. Le poumon pouvant perdre sa propriété d'expansion par suite de la compression prolongée, il en résulterait après la thoracotomie la persistance d'une fistule thoracique, dont la guérison ne saurait être obtenue qu'au prix de larges résections costales, comme Estlander, Simon, Létiévant, Schede et d'autres les ont pratiquées avec beaucoup de succès. Mais il est difficile d'établir des principes généraux pour le traitement des empyèmes chez les tuberculeux, à cause des grandes variétés que peuvent présenter ces cas. Chaque cas doit être jugé et traité d'après ses indications particulières. L'urgence de la thoracotomie s'impose lorsqu'on trouve des microbes pyogènes dans l'épanchement. Dans les cas d'empyème chronique chez les tuberculeux que l'on observe souvent sous forme d'empyème graisseux (Bouveret) et où les bactéridies n'existent plus, il est indiqué d'examiner d'abord la propriété d'expansion du poumon comprimé. On fera cela au moyen de l'aspiration du liquide épanché. Si cette propriété a diminué, ce qui se traduit par de la dyspnée, des douleurs et de la cyanose, le meilleur moyen pour le malade consisterait alors à le soulager par des aspirations répétées ou à appliquer le drainage d'aspiration (Playfair, Bulau). Cependant on peut même dans ces cas encore pratiquer la thoracotomie si l'état général est particulièrement favorable, mais en se réservant la possibilité d'une résection costale ultérieure.

Du bichromate de potasse dans les affections gastriques.

M. Thomas R. Fraser (Edimbourg). — Adoptant les vues de Vulpian, l'auteur a traité, en 1884, un cas de trouble gastrique permanent par l'administration à l'intérieur de bichromate de potasse. Le résultat fut si bon que depuis il a souvent prescrit ce médicament en ville et à l'hôpital. Les cas ainsi traités comprennent le catarrhe gastrique, l'ulcère chronique ou aigu de l'estomac, la gastrodynie et même la dilatation et le cancer de l'estomac. L'auteur a donné un résumé de 18 observations de formes variées de dyspepsies et de 10 cas d'ulcère chronique de l'estomac. Ces observations montrent que le bichromate de potasse diminue et fait bientôt disparaître tout symptôme de dyspepsie, à l'exception de l'anémie et de la constipation. Les résultats sont moins favorables dans les ulcères aigus avec hématémèse. Le bichromate de potasse n'a pas de pouvoir astringent, et les solutions diluées ne coagulent pas l'albumine de l'œuf.

Les doses ordonnées ont varié de 0 gr. 005 à 0 gr. 01 répé-

tées 3 fois par jour. En général, les doses les plus minimes ont suffi.

On trouve l'explication de cet effet thérapeutique dans le pouvoir antifermentescible et analgésique du bichromate de potasse. Peut-être cet agent a-t-il aussi une action élective sur certains éléments histologiques, mais cela n'est pas prouvé.

Sur la présence des bacilles typhiques dans la vésicule biliaire pendant la fièvre typhoïde.

M. Chiari (Prague), frappé par l'observation d'un cas de cholécystite grave, gangréneuse et produite par des bacilles d'Eberth, s'est livré à des études systématiques de cette question. La complication de cholécystite au cours de la fièvre typhoïde avait déjà été signalée (Holscher), mais la présence des bacilles typhiques dans les conduits biliaires n'a été démontrée que dans quelques cas rares (Gilbert, Girode, Létienne, Dupré, Garnieri et Chiari). Ce dernier a étudié 22 cas de fièvre typhoïde, 2 cas du stade d'infiltration, 7 du stade de nécrose, 6 du stade d'ulcération, 4 du stade de réparation et 3 cas de récidive. Le diagnostic des bacilles d'Eberth se basait sur plusieurs symptômes : la culture dans des plaques d'agar, dans de la gélatine, des pommes de terre et du lait, sur la réaction négative de l'indol dans des cultures de bouillon, sur la mobilité, les flagellums et la décoloration des bacilles d'après la méthode de Gram. Le contenu de la vésicule biliaire donna 19 fois des cultures des bacilles d'Eberth; 3 cas furent négatifs, savoir : 1 du stade d'infiltration et 2 du stade de nécrose, 4 fois on trouva d'autres microbes en dehors des bacilles typhiques, mais qui ne donnèrent pas de cultures. Les bacilles typhiques existaient en nombre considérable dans la vésicule biliaire. 13 fois sur les 19 cas positifs on constatait l'inflammation de la vésicule biliaire n'intéressant que la muqueuse; dans 1 cas toutes les couches de la paroi étaient prises. La conclusion que tire Chiari de ses études systématiques est : que la migration des bacilles typhiques dans la vésicule biliaire ne constitue pas une exception, mais la règle. Les bacilles typhiques peuvent suivre une double voie pour pénétrer dans la vésicule biliaire, soit une voie ascendante en partant de l'intestin, comme cela s'observe souvent pour d'autres bactéridies, soit qu'ils soient entraînés par le courant sanguin. Pour la dernière hypothèse parlent surtout les expériences de Blachstein et aussi celles de Chiari. Les bacilles typhiques peuvent aussi se reproduire dans la vésicule biliaire, car la bile forme pour eux un milieu indifférent (Corrado). L'importance clinique de ces faits est incontestable; les bacilles typhiques peuvent causer par leur présence dans la vésicule biliaire des cholécystites souvent mortelles, ils peuvent en outre devenir le point de départ des lithiases biliaires et des récidives du processus typhoïde dans l'intestin.

Sur les modifications des os dans la gravidité et sur l'importance des ostéophytes puerpéraux.

M. Hanau (Saint-Gall, Zurich). — Les résultats obtenus furent les suivants : 1° Dans un nombre considérable de cas on trouve au-dessous du périoste, sur les parois des espaces médullaires, des canaux de Havers et aussi de quelques canalicules perforants, des couches extrêmement larges et nombreuses de substance osseuse non calcifiée. Ces couches sont souvent développées au point de vue de l'épaisseur, quand il existe en même temps un ostéophyte crânien volumineux et complètement non calcifié. 2° Là où cet ostéophyte manquait ou qu'il était entièrement calcifié, ces couches manquaient également, ou elles étaient très réduites et limitées au bassin. 3° L'ostéophyte crânien était-il en partie calcifié, ces couches l'étaient aussi. 4° ces modifications se rencontraient surtout au bassin. 5° Largeur et revêtement de ces couches osseuses ressemblent à ce que l'on observe dans l'ostéomalacie. Il existe par conséquent un parallélisme entre l'ostéophyte puerpéral et les couches en question. L'ostéophyte crânien puerpéral n'est qu'une partie macroscopique et visible de ces modifications qui intéressent le squelette entier. Il s'ensuit, à l'évidence, que ces couches non calcifiées doivent être considérées comme *apposées*, nouvellement formées et épargnées par le processus de calcification, et non comme produites par perte des éléments calcaires. Plusieurs faits indiquent cette interprétation. La ligne de démarcation accentuée linéaire des zones calcaires qui au niveau du tissu osseux se présente avec une convexité anfractueuse ; leur mode de stratification qui diffère beaucoup de celle de l'os calcifié et enfin le rapport direct de l'ostéophyte crânien avec le revêtement non calcifié des canalicules osseux qui débouchent à la surface interne du crâne. Des ostéoblastes n'ont pas encore été démontrés au niveau de ces zones, mais l'auteur se réserve des recherches sur ce point. Hanau a également vu et démontré ces figures en grillage, que v. Recklinghausen a trouvées en grand nombre dans les os ostéomalaciques à la limite du tissu non calcifié avec le tissu calcaire. L'auteur a aussi rencontré ces figures au voisinage du cal au-dessous des zones ostéoïdes, ainsi que dans l'ostéophyte même. En se basant sur ces faits il croit, contrairement à l'opinion de v. Recklinghausen et de son élève Apolant, que ces figures représentent plutôt les signes d'un certain degré et d'une certaine forme d'un défaut de sels calcaires, que le résultat d'une perte de ces substances. Dans les cas cités par Hanau, il s'agissait sans doute d'une calcification incomplète, de sorte que ces figures en grillage ne peuvent pas servir comme preuve d'une perte des éléments calcaires. Tous ces faits apportent un appui important à la théorie de Cohnheim (préparée déjà par Mommsen et fondée anatomiquement par Pommer) d'après laquelle la substance osseuse non calcifiée de l'ostéomalacie serait nouvellement apposée, non envahie par la calcification et non — comme l'on admettait jadis — de l'ancienne substance osseuse décalcifiée. L'auteur ne se prononce pas encore sur la question de la nature normale ou pathologique de l'ostéomalacie physiologique de la grossesse, décrite par lui. D'après Mommsen et Langendorf, l'ostéomalacie serait à considérer comme trouble compliqué de la nutrition, qui pour Pommer présenterait une certaine analogie avec le diabète. Peut-être existe-t-il vraiment une analogie entre cette ostéomalacie et beaucoup de glycosuries; entre l'ostéomalacie de la grossesse guérissable par la castration et des mesures diététiques, et la forme légère du diabète ; entre les cas progressifs non puerpéraux et la forme grave du diabète? La cause de l'ostéomalacie physiologique n'est pas encore découverte. On ne sait pas s'il s'agit dans ces cas d'un apport insuffisant des sels calcaires pour une dépense plus grande de ces matériaux pour le fœtus, ou d'un autre trouble de nutrition. Ces causes appartiennent évidemment à la même catégorie que celles de la malconsolidation des fractures et de la chute des dents chez les femmes enceintes. Gelpke, Simon et Leuthner ont déjà attiré l'attention sur le parallélisme entre ces affections dentaires et l'ostéomalacie physiologique. La localisation des nouvelles couches osseuses dépend probablement des mêmes agents mécaniques qui jouent un rôle dans les processus de l'ostéomalacie pathologique.

De l'altération des reins et du foie consécutive à la ligature du canal cholédoque.

MM. G. Monzo et **J.-B. Ughetti** (Catane). — La pathogénie des altérations interstitielles et parenchymateuses qu'on provoque dans le foie par l'occlusion du canal cholédoque fut particulièrement bien éclairée dans ces dernières années grâce aux travaux classiques de Charcot et Gombault, Chambard, Foa et Salvioli, Belouson, Canalis, Stern, Lahousse, Steinhaus et autres. D'une manière générale on peut dire que beaucoup de points de la question sont résolus ; il reste encore des particularités sur lesquelles les auteurs ne sont pas d'accord.

Les troubles que la bile versée dans le sang produit dans son passage à travers les reins sont restés à la vérité peu étudiés. Si l'on excepte les observations sur les troubles rénaux produits dans l'ictère de l'homme ou des animaux par l'ingestion de certains principes de la bile, les travaux qui regardent les lésions des reins produites par le passage de la bile versée dans le sang au moyen de l'obstacle expérimental donné par la ligature du canal cholédoque, sont très peu nombreux; ainsi le seul qui s'est occupé de la question est Salvioli. Parmi les auteurs qui ont pratiqué ladite opération, peu se sont occupés des lésions des reins, qui, à mon idée, ont les plus grandes chances de donner la mort aux animaux. J'ai fait l'expérience sur trois chiens, un a survécu quatre mois et demi à l'opération; j'ai voulu étudier sur ces animaux quelques points controversés des troubles hépatiques. Dans les premiers jours de l'occlusion du canal excréteur de la bile, j'ai constaté une augmentation de pression de

la bile rendue évidente par le refoulement et la compression des lobules hépatiques et par la formation de foyers de destruction qu'ont si bien montrés Foa et Salvioli; seulement chez mes animaux je n'ai jamais vu ces foyers avant le 10e jour, à la différence des observations des autres auteurs qui les ont vus apparaître quelques heures après l'opération. Outre ces troubles et ces foyers de destruction, on constate des lésions qui affectent le parenchyme hépatique, ce sont la dégénérescence granulo-graisseuse et la vacuolisation cellulaire. Peu à peu commence à apparaître ensuite la prolifération connective interlobulaire et intralobulaire que j'ai eu la chance d'étudier mieux sur le chien qui survécut six mois et demi à l'opération. Cette prolifération semble due à des causes intrahépatiques comme la réaction montrée par les processus de destruction et de dégénérescence qui apparaissent dans le parenchyme hépatique, et les troubles circulatoires. Elle contribue pour un peu à l'inflammation qui naît au point de ligature pour s'étendre plus haut.

Les lésions des reins sont très importantes. Elles commencent avec des troubles dans les vaisseaux : atrophie, dégénérescence granulo-graisseuse, qui détruit en partie l'épithélium (*tubulaire*), à un tel point qu'en certains endroits des vaisseaux on ne trouve plus que la paroi seule. On a ensuite la prolifération connective qui parvient à un degré considérable.

Les conclusions que j'ai tirées de mes expériences sont les suivantes :

1° Aussi bien chez le chien que chez les autres animaux par la ligature du canal cholédoque on produit des foyers de destruction dans le foie, ensuite des altérations de dégénérescence, dispersées dans tout l'organe, seulement lesdits foyers se produisent plus tard relativement aux autres animaux;

2° Les lobules hépatiques ne tombent pas en dégénérescence tous de la même manière : les uns subissent la dégénérescence graisseuse, les autres la vacuolisation;

3° Chez le chien, on a une production de connectif due un peu à l'inflammation née au point de ligature et qui s'étend plus haut, due en grande partie à la réaction produite par les processus de dégénérescence et de destruction du parenchyme hépatique, et par les troubles circulatoires qui sont révélés par là même;

4° L'éliminition de la bile, l'amaigrissement des reins occasionnent dans le foie des troubles qui peuvent donner lieu à une intoxication de l'animal. Ces altérations commencent par les vaisseaux; beaucoup plus tard se produit la transformation connective;

5° Les animaux auxquels on lie le canal cholédoque ne vivent jamais longtemps. Les cas de longue survivance (comme mon chien qui survécut 4 mois 1/2) sont dus à un léger degré de reconstitution du trajet du canal, pendant laquelle se montre toujours la jaunisse, parce que la bile qui sert à nourrir l'animal est en petite quantité. Dans ce cas les phénomènes et les processus constatés dans le foie changent un peu;

6° Chez l'homme on fait des expériences dans le cas d'ictère persistant; aux phénomènes de cholémie et d'acholie s'ajoutent bien vite ceux d'urémie (?).

Chirurgie de la vésicule biliaire et des conduits biliaires.

M. Mayo Robson (Leeds). — Après avoir rappelé les 78 cas qu'il a opérés et avoir fait circuler un abrégé de leurs observations, M. Mayo Robson s'occupe des symptômes et des complications de la cholélithiase et avance que presque toutes les complications de cette affection sont améliorées ou guéries par le traitement chirurgical. Cependant quand une affection cancéreuse vient compliquer la cholélithiase et la jaunisse, les observations de l'auteur montrent qu'on a à craindre du choc et des hémorrhagies. Contre ces hémorrhagies l'auteur conseille de prescrire à l'intérieur du chlorure de calcium. En traitant le diagnostic, il fait remarquer avec quelle fréquence le cancer est associé à la jaunisse et à une distension de la vésicule biliaire, tandis que, lorsque la jaunisse est due uniquement à des calculs biliaires, la vésicule est ordinairement contractée.

L'auteur a attiré aussi l'attention sur la douleur et sur les attaques fébriles simulant la fièvre intermittente et qui sont caractéristiques de calculs biliaires quand il y a en même temps de la jaunisse. Il a signalé la fréquence d'une aire douloureuse entre le 8e cartilage costal et l'ombilic; c'est là un signe de calcul biliaire. Quand le malade se plaint d'une douleur dans l'épaule gauche, il y a en général adhérence du pylore et de la vésicule biliaire.

L'auteur, après avoir établi les cas qui sont justiciables d'une opération, a déclaré que la cholécystotomie était l'opération « par excellence » de la cholélithiase; cependant, quand les conduits biliaires ne peuvent être débarrassés par la méthode ordinaire, il faut recourir à la cholélithotritie; si cette dernière opération ne suffit pas, on fera la cholédochotomie; enfin, on n'aura recours à la cholécystentérostomie qu'en dernier ressort. Il a pratiqué trois fois cette dernière opération et tous les malades ont guéri; on peut la faire par simple suture ou par quelque procédé artificiel, comme les bobines osseuses décalcifiées dont il a eu lui-même l'idée, ou par les boutons de Murphy.

L'auteur conclut que si ces opérations n'étaient pratiquées que par ceux qui ont l'habitude de la chirurgie abdominale, les écarts de pourcentages de la mortalité qui varient de 50 0/0 à 0 0/0 cesseraient. Il espère que le temps approche où les médecins, après avoir vainement tenté d'un traitement médical, conseilleront une intervention chirurgicale avant l'apparition des complications graves et avant que l'état du malade soit en quelque sorte au-dessus des ressources de l'art.

Zephte Ahaïra, la femme-homme exhibée à Naples en mai 1892, et l'hermaphrodisme.

M. Zuccarelli (Naples). — Le nom de Zephte Ahaïra est un nom d'emprunt pris dans un but de spéculation. Cette femme n'est pas, en effet, d'origine africaine : elle est née de parents de la province de Mobise (Italie). Elle a 33 ans. Elle est un exemple de gynandrie que je dirai incomplet : elle présente au-dessus d'une vulve normale un clitoris assez proéminent offrant toutes les apparences d'un petit pénis qui, à l'état d'érection, atteint une longueur de 7 à 8 centimètres. Ensuite vient un canal vaginal un peu étroit; au doigt et avec le spéculum on constate la présence d'un utérus guère plus développé que celui d'une enfant, avec un col modifié. Bien réglée : elle dit avoir avorté deux fois.

Chez elle la grande confusion des formes mâles et femelles est très remarquable. A cela correspond moralement une non moins grande confusion d'instincts et d'aptitudes. Elle fait surtout penser à l'homme par sa tête : visage mâle, arcades zygomatiques saillantes, barbe touffue et complète, sourcils épais, etc. Elle serait plutôt femme par le développement du crâne, la chevelure et la stature.

Antérieurement elle n'a de féminin que la vulve qui, lorsqu'elle fait sortir son petit pénis de la fente de la vulve (ce qu'elle fait très adroitement), apparaît sous la forme d'une petite vulve normale avec les grandes lèvres peu étendues et plutôt potelées; le reste est entièrement du mâle : on trouve même des poils sur le pubis qui s'étendent jusqu'à l'ombilic; à peine y a-t-il une légère augmentation de volume de la région mammaire, comme d'ailleurs cela peut se trouver chez beaucoup d'hommes bien musclés et bien nourris.

Postérieurement, le cou, les épaules, le dos sont plutôt d'une femme que d'un homme. Le bassin est entre les deux, de forme indécise, plutôt mâle pourtant. Les membres inférieurs sont franchement masculins, mais avec beaucoup de veines variqueuses. Les membres supérieurs aussi sont pour la plus grande partie des membres d'homme; les mains sont petites et potelées.

Quant aux instincts et aptitudes : elle a d'abord porté des habits de femme, mais bientôt, portant toute sa barbe, les cheveux bien rassemblés sous un petit chapeau, elle préféra s'habiller en homme et s'en aller le cigare à la bouche comme un vrai garçon. A Naples, elle fit pendant un temps le métier de prostituée, ayant la barbe rasée; elle fut entretenue par quelque amant recruté dans la classe des garçons d'écurie, jusqu'au jour où elle tomba chez une sage-femme de moralité douteuse qui lui conseilla de laisser pousser sa barbe et de s'exhiber, ce qu'elle fit avec grand plaisir, très heureuse de pouvoir gagner de l'argent. Elle servit longtemps d'homme à la sage-femme, émettant même du sperme, au dire de celle-ci. A présent elle a un mari d'une soixantaine d'années avec lequel elle se livre au coït comme femme, sans cesser de

faire l'amour avec la sage-femme avec qui elle change volontiers pour jouer le rôle d'homme, très heureuse, quand elle peut, de passer la nuit avec elle. Elle satisfait ses sens tout aussi bien avec une belle enfant qu'avec un joli garçon.

Elle a toujours refusé et refuse toute occupation féminine, aimant mieux s'employer à des travaux d'homme. Elle a toujours aimé et aime beaucoup la lecture, la musique, elle serait heureuse de pouvoir monter à cheval. Mais tout sentiment de maternité chez elle est muet.

Je l'ai minutieusement étudiée autant que cela m'a été permis à divers points de vue : j'en ai sept grandes photographies explicatives. Un tel cas me semble en outre une occasion de pas mal de considérations ayant trait à la génération et à l'étude de l'hermaphrodisme.

REVUE DES JOURNAUX

Un cas d'hémiparaplégie spinale avec anesthésie croisée d'origine syphilitique, par Jorand (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, avril 1894, n° 113). — La syphilis paraît être une des causes les plus fréquentes de l'hémiparaplégie, qu'elle réalise par des lésions d'hémimyélite, et la nouvelle observation rapportée, qui concerne une femme de 41 ans, est un document clinique à ajouter aux autres, qui ne mentionne aucun fait particulier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juin 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

M. Layet (Bordeaux) communique la relation de deux cas de horse-pox qu'il vient d'observer. L'affection éruptive s'était transmise d'une jument à l'autre par contagion directe. L'un de ces animaux offrait à la commissure labiale droite un groupe de 5 à 6 vésiculo-pustules et, sur le reste du corps, une éruption papuleuse plus ou moins confluente. La seconde jument ne présentait pas d'éruption généralisée ; sur l'encolure il existait deux ou trois petites papules acuminées ; il y en avait aussi sur la langue et à la face interne des joues. Sur aucune des deux juments on n'observa d'éruption podale.

Le produit des pustules de la lèvre supérieure fut inoculé avec succès à une génisse; le produit du râclage de l'éruption de celle-ci fut ensuite inoculé aux deux juments ainsi qu'à un autre cheval témoin ; celui-ci présenta une éruption vaccinale, tandis que les deux autres qui avaient eu le horse-pox restèrent réfractaires.

M. Layet saisit cette occasion pour rappeler, par une expérience personnelle, les résultats favorables des revaccinations répétées au point de vue de la prophylaxie de la variole. Il décrit, en outre, le procédé qu'il a l'habitude de mettre en usage à l'Institut vaccinal de Bordeaux pour recueillir aseptiquement la pulpe vaccinale.

M. Trasbot fait remarquer combien le horse-pox est fréquent, puisqu'il a eu l'occasion d'en observer plus de 100 fois à la clinique d'Alfort; aussi invite-t-il les médecins chargés du service de vaccine à recourir aussi, le plus souvent possible, à la source originelle du vaccin.

Respiration artificielle.

M. Laborde, après avoir constaté que, dans beaucoup de maladies infectieuses, le danger immédiat vient souvent moins de l'infection que d'un état asphyxique analogue à celui de bon nombre d'intoxications, croit que dans bien des cas il serait utile de recourir à la respiration artificielle. Pour cette manœuvre, le procédé de la langue n'est pas pratique, car il faut agir pendant longtemps, et M. Laborde conseille de se servir du soufflet qu'il a déjà présenté dans sa communication sur les accidents du chloroforme.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 juin 1894.

Présidence de M. Déjerine.

Tuberculose de la poule.

MM. Cadiot et Roger. — Les lésions habituelles de la tuberculose spontanée ou inoculée sont bien connues dans leurs localisations viscérales. Mais les faits de tuberculose externe locale sont plus rares. Nous avons eu l'occasion d'assister au développement d'un cas de ce genre, ainsi qu'on peut s'en convaincre en examinant l'animal que nous présentons. Il existe à la région péri-orbitaire droite une tuméfaction jaunâtre qui s'est accrue lentement et progressivement, sans que la santé générale de l'animal ait été notablement influencée. Or, en examinant un fragment de cette tumeur, nous avons constaté qu'elle avait la texture du tubercule, et renfermait un grand nombre de bacilles. L'absence d'amaigrissement de l'animal semble bien indiquer qu'il n'y a pas de détermination viscérale concomitante.

Nous avons observé un fait assez semblable chez un perroquet : la tumeur tuberculeuse s'était développée à l'aile. Les produits tuberculeux correspondants déterminaient chez le cobaye et la poule une tuberculose en tout semblable à celle qu'engendre l'inoculation du bacille humain. Il est possible, en effet, que cette tuberculose du perroquet soit de provenance humaine à cause du genre de vie de cet animal enfermé en appartement, loin de tout contact avec d'autres animaux, et de toute contamination par le bacille aviaire.

M. Mégnin. — J'ai autopsié jadis à plusieurs reprises des perroquets qui portaient sur le tégument externe des lésions à forme croûteuse ou cornée. Quelques-unes de ces altérations ont été plus tard examinées et reconnues tuberculeuses.

Passage des microbes à travers le placenta.

MM. Charrin et Duclert. — Nous avons cherché quelles conditions pouvaient favoriser le passage des germes de la mère au fœtus. Des femelles de cobaye en gestation étaient injectées avec une culture de bacille pyocyanique. Des groupes d'animaux avaient reçu auparavant un demi centimètre cube de malléine ou de tuberculine ou un centimètre cube de toxine pyocyanique. Chez les femelles qui avaient reçu simplement trois centimètres cubes de culture pyocyanique, les germes n'ont pas traversé le placenta. Chez les autres, l'examen bactériologique des organes des fœtus a montré que le passage avait lieu presque constamment, favorisé ainsi par l'intoxication antérieure.

L'urée et les ferments hépatiques.

M. Richet. — Un foie de chien ayant été hydrotomisé au sérum normal et ne renfermant plus que les cellules hépatiques est broyé ; le produit est filtré rapidement et traité pour le dosage de l'urée. Si le dosage est immédiat, on trouve 0,3 décigrammes par kilog. ; après 24 heures, on obtient 0,8. Il y a donc eu production d'urée dans le foie cadavérique.

J'ai pu obtenir la diastase cellulaire en cause en précipitant le filtrat par l'alcool, séchant et dissolvant dans l'eau, pour faire agir cette solution chauffée, ou non, sur du foie traité de même. En l'absence de chauffage, la production d'urée est plus considérable.

Anatomie des cordons postérieurs.

M. Marinesco. — On avait pensé d'abord, avec Schultze, que les fibres descendantes des racines postérieures servent à constituer un faisceau long et important marqué sur les pièces pathologiques par la dégénérescence en virgule. Cette opinion a été réfutée par les études de Tooth, P. Marie, Gombault et Philippe. J'ai repris cette question et étudié les effets de la section des deuxièmes paires cervicales postérieures chez le chat : cette opération est facile à réaliser sans ouvrir le canal rachidien. Or, les animaux ayant été sacrifiés après quinze jours, j'ai pu voir que les branches descendantes dégénérées ont un trajet tout à fait court qui n'a rien de comparable à la topographie de la virgule de Schultze.

M. Bertrand étudie le mode de production des laques chinoises par action diastasique.

M. Jobert communique ses observations par un hématode parasite des mollusques du bassin d'Arcachon.

M. Mercié (Zurich) communique ses remarques sur la tachycardie développée par l'influence des hautes altitudes.

M. d'Arsonval décrit le procédé qu'il emploie pour ses études de thermo-dynamique animale.

M. Dissart, cherchant l'influence de la déshydratation sur les échanges respiratoires, a vu que l'O absorbé et le Co. éliminé augmentaient notablement.

J. Girode.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 *juin* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Phlébite précoce chez les tuberculeux.

M. Hirtz, — (Voir page 285).

Pathogénie et statistique de l'ulcère rond dans les hôpitaux de Paris.

M. Gilles de la Tourette. — En présence des nombreuses théories pathogéniques de l'ulcère rond de l'estomac qu'ont trop souvent influencées les doctrines médicales régnantes, nous avons entrepris de dresser le bilan des cas en traitement du 15 mars au 15 avril dans les hôpitaux de Paris. A cette date, il n'en existait pas dans les hôpitaux d'enfants. Dans les hôpitaux généraux, en éliminant les services de chirurgie, d'accouchement, etc., il existait 18 cas, dont 13 femmes et 5 hommes diagnostiqués « ulcère rond » par nos collègues des hôpitaux. Nous avons recueilli ces 18 observations qui portaient sur 4,703 sujets dont 2,830 hommes et 1,873 femmes. La proportion était donc de 1 cas pour 566 hommes et de 1 cas pour 144 femmes. Au point de vue pathogénique, ces 18 cas se partageaient en 10 alcooliques; 6 hystériques; 1 cas de traumatisme interne (ulcère du duodénum par calculs hépatiques volumineux); 1 cas de cause indéterminée chez une cuisinière. Nous pouvons donc conclure que l'alcoolisme est le facteur étiologique le plus important; après lui vient l'hystérie qui est susceptible de produire du côté de l'estomac des troubles trophiques analogues aux ulcérations cutanées avec écoulement sanguin qu'on savait déjà être sous les dépendances de la névrose.

M. Mathieu. — Je suis surpris du nombre peu considérable d'ulcères rencontrés par M. Gilles de la Tourette dans les services hospitaliers. En me rapportant à mes souvenirs, j'estime qu'il doit en exister beaucoup plus. C'est là d'ailleurs un point de peu d'importance.

M. Gilles de la Tourette fait intervenir dans la pathogénie de l'ulcère de l'estomac l'alcool et l'hystérie. Sont-ce là les seuls facteurs à invoquer? L'hyperchlorhydrie, si constamment rencontrée par les auteurs, doit-elle être mise à l'écart? Je crois, pour ma part, qu'il convient de lui faire jouer un rôle dans la génèse de l'ulcère de l'estomac. L'hyperchlorhydrie est d'ailleurs constante chez les alcooliques; le nervosisme peut également la provoquer. Si l'on veut aborder le côté pratique de la communication de M. Gilles de la Tourette, il faut établir en principe que ces hystériques avec hématémèse doivent être considérés comme des malades atteints d'ulcère de l'estomac et traités comme tels, si l'on veut éviter des accidents, une perforation par exemple.

M. Rendu. — A l'appui de ce que vient de dire M. Mathieu au sujet de l'influence qu'exerce l'état névropathique sur la production de l'ulcère rond, je rappellerai un fait qui m'a beaucoup frappé par sa netteté. Une femme d'une soixantaine d'années, parfaitement bien portante jusque-là, rencontre en rentrant tard chez elle, un soir, trois individus qui lui causent une vive frayeur; deux heures après, elle est prise d'hématémèse qui se répète dans la journée. Elle meurt 48 heures après, dans mon service, avec un ulcère rond des mieux caractérisés. Dans ce cas, il m'a paru indubitable que l'émotion éprouvée par cette femme émane de l'unique facteur de l'ulcération gastrique.

M. Galliard. — A l'époque où j'ai écrit ma thèse inaugurale, l'histoire des troubles trophiques par lésion du système nerveux était encore mal connue. Je citais cependant: d'après Schiff, les hémorrhagies gastriques dans les lésions du corps strié, des pédoncules et de la moelle allongée; d'après Brown-Séquard, les érosions gastriques consécutives aux brûlures de la surface du cerveau; d'après Gottstein les mêmes érosions dues aux excitations des nerfs sensitifs et aux lésions de labyrinthe; d'après Ebstein, les mêmes érosions consécutives aux irritations de la moelle allongée et aux sections spinales; d'après Mayer, les ulcérations dues à l'intoxication strychnique.

Je ne saurais contester aujourd'hui l'importance des perturbations nerveuses dans la pathogénie de l'ulcère de l'estomac, et à ce point de vue la statistique de M. Gilles de la Tourette est assurément pleine d'intérêt.

Une malade que j'ai soignée pendant deux mois à Laënnec et qui se trouve encore dans le service de M. Oulmont, que j'avais l'honneur de suppléer, mérite d'être placée dans la catégorie des hystéro-neurasthéniques étudiées par M. Gilles de la Tourette.

C'est une fille de 27 ans qui n'a ni hémianesthésie ni anesthésie pharyngée, ni rétrécissement du champ visuel, mais qui est atteinte d'un affaiblissement singulier du membre inférieur, avec incontinence d'urine succédant à une rétention qui pendant des semaines a nécessité le cathétérisme.

Cette malade, soignée antérieurement pour une dyspepsie douloureuse, se plaignait surtout, au moment où je l'accueillis dans mon service, le 15 mai 1894, de désordres cardiaques; elle avait des palpitations et de la névralgie cardiaque. Bientôt les désordres gastriques s'affirmèrent et, malgré mon traitement, je vis survenir, avec de cruelles douleurs stomacales, des vomissements incoercibles et enfin des hématémèses discrètes. Bien que cette malade rejette depuis longtemps tous les aliments, solides ou liquides, elle a peu maigri.

Ulcérations tuberculeuses des gencives.

M. Giraudeau rapporte un cas de tuberculose buccale, avec lésions fort étendue.

Il s'agit d'ulcérations gingivales tuberculeuses ayant amené par extension aux tissus sous-jacents une ostéo-périostite tuberculeuse. Celle-ci avait détruit plus de la moitié de la hauteur du maxillaire inférieur dans toute sa partie antérieure et on s'explique très bien en examinant la pièce anatomique comment les dents, déchaussées et ne pouvant plus être maintenues par les alvéoles et la gencive détruite, se détachaient pour ainsi dire d'elles-mêmes.

C'est là un exemple rare de tuberculose gingivale ayant amené à sa suite des désordres aussi graves. Ordinairement les ulcérations gingivales de cette nature sont superficielles, peu étendues en longueur, et laissent le périoste intact. Elles forment, pour ainsi dire, contraste avec les larges délabrements que l'on observe au niveau du voile du palais et des amygdales dans certains cas de tuberculose aiguë. Elles peuvent également être opposées à ces ulcérations linguales tuberculeuses profondes et à ces abcès froids linguaux décrits dans ces derniers temps. Cependant cette observation montre que dans certains cas la tuberculose gingivale, soit en agissant seule, soit en combinant son action avec celle des micro-organismes qui pullulent dans la bouche, peut être tout aussi profonde et tout aussi destructive que les autres tuberculoses buccales.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 *juin* 1894.

Trépanation secondaire.

M Segond lit un rapport sur une observation de M. Verchère, relative à une trépanation secondaire du crâne chez un enfant de 7 ans, qui reçut, le 23 août 1892, un coup de

pied de cheval à la région temporale droite, d'où fracture avec plaie. Au bout de 4 à 5 jours, le coma cessa, mais il persista une hémiplégie gauche avec crises convulsives. Au bout de 2 mois, M. Verchère vit le malade, trépana sur la cicatrice, enleva une longue esquille enfoncée dans la substance cérébrale, vint à bout, par un tamponnement iodoformé, d'une hémorrhagie importante fournie par la méningée moyenne qu'il ne put ni lier, ni pincer, et obtint un succès parfait, opératoire et fonctionnel. L'enfant a été présenté à la Société alors que la guérison se maintenait depuis quinze mois. Il est à noter que lorsque la mèche fut retirée, au 20e jour, elle adhérait fortement au cerveau, dont des parcelles furent amenées au dehors.

M. Segond n'insiste pas sur l'indication opératoire, qui était aussi nette que possible. Le fait relativement rare était la présence d'une esquille enfoncée dans le cerveau : dans les cas de ce genre, l'extraction a presque toujours été immédiate, et il est évident que si M. Verchère eût été appelé plus tôt, il n'aurait pas hésité à la pratiquer. Malgré ce beau succès de l'intervention secondaire, la règle doit être la désinfection immédiate des fractures du crâne avec plaie.

M. Routier rappelle un cas où il a arrêté par tamponnement une hémorrhagie de la méningée moyenne (voyez *Mercredi*, 1890 p. 259).

M. Championnière. — Quand on intervient sur le crâne et le cerveau, on est souvent inquiété par des hémorrhagies artérielles ou veineuses difficiles à arrêter. Je recommande alors, avec Lister, le tamponnement au catgut, qui a le grand avantage qu'on n'a plus à s'en occuper.

Je crois qu'il serait assez facile de multiplier les exemples d'esquilles enfoncées dans le cerveau et assez bien tolérées. Mais je ferai remarquer surtout que l'opéré de M. Verchère est un enfant, et qu'à cet âge les traumas cérébraux sont remarquablement bien supportés.

M. Schwartz a une fois tamponné le sinus longitudinal supérieur avec plein succès, et depuis a employé ce procédé dans diverses régions.

M. Chaput commence la lecture d'un rapport sur le traitement de l'anus contre nature (sera achevée dans la prochaine séance).

M. Routier montre un cæcum qu'il a réséqué pour des accidents plusieurs fois répétés, qui lui avaient fait penser à de la tuberculose cæcale; on constate un épaississement considérable des parois du cæcum, sans qu'on puisse savoir s'il s'agit de tuberculose ou d'une néoplasie cancéreuse, l'examen histologique n'ayant pas encore été fait; l'appendice, qui présente le volume du pouce, a également des parois épaissies.

M. Pozzi présente une malade chez laquelle il a pratiqué l'opération de Kraske, il y a deux mois et demi, pour un cancer situé au niveau de la partie la plus élevée du rectum.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 8 *juin* 1894.

Kyste sous-musculaire.

M. Baraduc présente une poche kystique trouvée à l'autopsie sous le soléaire gauche, dans la partie supérieure du muscle. Il s'agissait d'un malade entré pour grippe dans le service de M. le Dr Chauffard. Il avait été pris subitement de gonflement du mollet, et on avait pensé à une myosite d'origine grippale. De plus, on constatait, au niveau du gonflement, du battement et du souffle. Le malade, atteint de plus d'insuffisance aortique, mourut subitement.

A l'autopsie on trouva un anévrysme du tronc tibio-péronier de petite dimension, et au-dessus une tumeur enkystée grosse comme un petit œuf, placée sous la face profonde du soléaire, et contenant un liquide clair.

La face interne du kyste paraît d'un tissu de vieille date. Elle est semée de travées fibreuses circonscrivant des mailles. Il est difficile de déterminer le rapport qu'il y a entre ce kyste, qui paraît de date ancienne, et le petit anévrysme voisin.

Dilatation bronchique au sommet du poumon.

M. Bensaude présente un poumon atteint de dilatation bronchique dans son lobe supérieur. Il s'agissait d'une femme de 58 ans, malade depuis trois mois, qui avait présenté des hémoptysies, de la toux et de la dyspnée. On constatait des signes physiques d'induration au sommet. L'expectoration n'était ni abondante ni fétide. On avait porté le diagnostic de tuberculose.

La malade meurt subitement. On constate à l'autopsie une dilatation ampullaire bronchique du sommet droit, et simplement de la congestion de la base du poumon. L'examen au microscope des parois de la caverne bronchique ne révèle aucun aspect de tuberculose, mais une abondance énorme de capillaires, ce qui explique les hémoptysies constatées pendant l'existence.

Communication interventriculaire. Anomalie de la veine cave.

M. Finet raconte l'histoire d'un malade entré dans le service de M. Brissaud, suppléé par M. Delpeuch, avec des phénomènes de bronchite et d'asphyxie et des signes de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, on constata qu'il y avait perforation de la cloison interventriculaire.

L'aorte, à cheval sur la cloison, recevait du sang des deux ventricules. De plus, l'ouverture de l'infundibulum de l'artère pulmonaire était extrêmement rétrécie. Enfin il existait une veine cave supérieure gauche, qui venait se jeter dans l'oreillette droite après avoir contourné la paroi postérieure de l'oreillette gauche.

Inversion utérine.

M. Legueu présente un cas d'inversion utérine complète, chronique, irréductible, pour lequel il a dû pratiquer l'hystérectomie vaginale. Cette inversion, consécutive à l'accouchement, datait de 4 mois. La malade était sujette à des métrorrhagies abondantes et anémiée. L'utérus s'était retourné en doigt de gant, et par le toucher on tombait immédiatement sur le fond de la muqueuse du corps utérin. Le col enserrait en anneau la partie moyenne du corps de l'utérus, qui suivait le fond de l'organe dans son inversion.

F. Potier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 5 *juin* 1894.

Tumeur orbitaire.

M. Despagnet présente un malade qui, depuis le mois de janvier dernier, est, de temps en temps, après un travail prolongé des yeux, atteint d'œdème de la paupière supérieure droite; lorsqu'il le vit pour la première fois, voilà un mois, il découvrit une tumeur fusiforme, lisse, dure, grosse comme une petite noisette, indépendante de la glande lacrymale et fuyant sous le doigt. L'acuité visuelle était normale, le sujet n'était pas syphilitique mais rhumatisant. Malgré un traitement énergique par l'iodure de potassium à doses de 5 grammes, la tumeur a triplé de volume, aussi n'échappe-t elle plus au doigt qui l'explore, et de plus on perçoit contre la voûte orbitaire une plaque dure d'où semble émaner la tumeur. La glande lacrymale palpébrale apparaît très saillante quand on luxe la paupière.

M. Kalt estime que l'épaississement du plafond orbitaire résulte d'une malformation qui n'a rien à voir avec le néoplasme, celui-ci serait un angiome ou un sarcome télangiectasique. Il a vu un malade qui, pendant trois ou quatre ans, a présenté de l'œdème à répétition de la paupière supérieure, puis un point douloureux fixé sur le bord orbitaire, et finalement la partie a suppuré; c'était un abcès du sinus frontal.

M. Despagnet fait observer que le rebord orbitaire est intact; que, de plus, l'épaississement du plafond de l'orbite s'est manifesté seulement depuis une quinzaine de jours. Enfin, en raison de l'évolution rapide de la tumeur malgré le traitement ioduré, il se propose de l'enlever.

M. Gorecki n'est pas partisan d'une intervention chirurgicale, car il redoute une récidive.

M. Chevallereau croit à l'existence d'une tumeur liquide : abcès ou kyste hydatique.

M. Meyer, d'après l'expérience qu'il a d'un cas analogue, conseille de continuer l'iodure de potassium, mais en le portant à 10 ou 12 grammes.

M. Despagnet suivra ce conseil ; toutefois, il a remarqué que la malade supportait mal l'iodure, qui semblait provoquer une poussée du côté de la tumeur.

Chancre conjonctival.

M. Darier présente un jeune homme porteur d'un chancre conjonctival à la paupière inférieure.

M. Abadie fait observer que cette lésion n'est pas très rare, mais qu'elle est intéressante en raison de la gravité spéciale de la syphilis à accident initial céphalique. Il cite en particulier l'observation d'un malade qui, atteint voilà douze ans de chancre palpébral, actuellement succombé à la paralysie générale. Il recommande en pareil cas un traitement spécifique énergique et précoce suivant les indications récemment posées par Jullien.

M. Debierre estime que même malgré un traitement précoce le pronostic de chancre palpébral doit être très réservé ; il a vu un malade être pris d'irido-choroïdite, puis mourir d'hépatite syphilitique.

M. Gorecki a observé également un cas de mort par syphilis à point de départ oculaire ; mais comme l'affection avait été contractée au Mexique, l'on avait incriminé la qualité du virus.

M. Meyer, par contre, rapporte deux cas de chancre palpébral suivi de manifestations spécifiques insignifiantes.

Injections sous-conjonctivales de sublimé.

M. Darier présente un homme chez lequel quatre injections sous-conjonctivales de sublimé au millième ont sauvé un œil atteint de décollement de la rétine avec hypopyon et fusées purulentes dans le corps vitré.

Chez une femme, qui avait été atteinte de manifestations syphilitiques en 1879, d'hémoplégie en 1890 et dont la vision avait baissé depuis 1884 au point d'être à peu près nulle, à gauche, par suite d'irido-choroïdite, le traitement par les injections de sublimé a ramené l'acuité visuelle à 1/6.

Décollement rétinien.

M. Gillet de Grandmont présente une femme qu'il a traitée par l'électrolyse d'un décollement rétinien lié à une myopie progressive. Une séance de une minute avec un courant de cinq milliampères ne provoqua aucune réaction ; quatre jours plus tard on fit une nouvelle séance qui fut suivie au bout de 48 heures du recollement de la rétine, lequel persiste depuis trois mois. La malade, qui comptait les doigts à un mètre, a maintenant avec un verre concave de 16 dioptries une acuité visuelle de 1/6.

Conjonctivite à fausses membranes.

M. Valude fait un rapport sur un travail de M. de Spéville relatif à la conjonctivite à fausses membranes ; il estime que dans les cas observés il s'agissait d'une manifestation locale sans affection générale mais diphthérique.

H. Nimier.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 21 mai 1894.

Traitement chirurgical des varices.

M. Delore continue sa communication sur le traitement chirurgical des varices.

Il rappelle que avant Trendelenburg, en 1840, un chirurgien italien, Rima, avait pratiqué l'extirpation de saphènes variqueuses. Ce qu'il y a d'original dans les travaux de Trendelenburg à ce sujet, ce sont des expériences dans lesquelles le chirurgien allemand montre le rôle joué dans la production et la disparition des varices par les différentes attitudes du tronc et du membre inférieur par rapport entre eux, et que M. Delore rappelle brièvement.

Revenant à l'injection de liqueur iodo-tannique dans les varices, M. Delore propose la solution à 18° Baumé, et décrit soigneusement les précautions opératoires à prendre pendant cette petite intervention, la position du malade, celle du chirurgien, etc. Il résume l'action de la liqueur iodo-tannique dans une sorte de *puissance involutive* sur la veine, et à ce propos il rappelle les constatations histologiques qu'il a faites sur des pièces expérimentales. La veine injectée voit son endothélium remplacé par du tissu bourgeonnant, qui parfois comble le calibre des vaisseaux, parfois, au contraire, laisse un petit canal où la circulation se fait encore. C'est un processus de phlébite que détermine la liqueur, mais de phlébite à bons caractères avec caillot adhérent et de tissu inflammatoire solide sans tendance au ramollissement.

Enfin, M. Delore rapporte plusieurs observations dues au travail de M. Rouby, son ancien interne, qui témoignent des bons résultats cliniques obtenus. C'est ainsi qu'il montre des indurations veineuses irradiées fort loin du foyer de l'injection à des distances de 15, 20 centimètres et au delà.

M. Aubert rappelle les résultats de sa pratique et de celle de M. Valette son maître. M. Valette laissait la ligature en place sur le membre pendant plusieurs heures après l'injection. M. Aubert croit d'ailleurs que ce qui arrêtera toujours le chirurgien dans la pratique de ces injections intra-veineuses, c'est la crainte de l'embolie. On n'en a jamais vu, c'est vrai, mais on en a toujours peur.

D'ailleurs, ces injections ne sont pas toujours aussi indolores qu'on le dit ; parfois, chez la femme surtout, elles déterminent, quelque temps après elles, d'assez vives souffrances, et dans son service des Chazeaux, M. Aubert avait vu plusieurs malades demander leur sortie à la suite d'une première injection, et en découragèrent même leurs camarades. M. Aubert fut ainsi débarrassé de plusieurs ulcères variqueux.

M. Delore croit que la crainte de l'embolie est une chimère, puisqu'il n'en connaît, et puisque M. Aubert lui-même, comme M. Valette, n'en connaît aucun cas authentique. Le caillot produit par la liqueur iodo-tannique est très adhésif, et la phlébite ainsi déterminée est une phlébite de bon aloi, qui n'a rien de commun avec la phlébite des cachectiques ou des gens infectés, chez lesquels les caillots sont mous, diffluents, friables et devenant par conséquent l'origine d'embolies faciles.

Artérite fémorale avec névrite vasculaire et atrophie musculaire.

MM. Roque et **Guichard** font une communication au sujet d'un cas d'artérite fémorale avec névrite vasculaire et atrophie musculaire survenue chez un ouvrier bourrelier.

Le malade, âgé de 41 ans, est employé à la confection de gros colliers de chevaux de trait, et particulièrement à leur garniture. Pour cela on enfonce de la paille dans le collier avec un instrument spécial appelé l'embourroir. Cet instrument, composé d'une tige verticale terminée par une poche renflée destinée à s'engager dans le collier, est poussé avec la partie interne de la cuisse, tandis que la forme du collier est maintenue béante par les deux mains appliquées.

Ce travail, très pénible, ne peut être fait que deux à trois heures par jour. Les ouvriers qui s'y emploient sont en petit nombre, 15 ou 18 à Lyon, et autant à Marseille.

A Lyon, nous en avons observé quatre ayant des manifestations morbides consécutives à ce travail : les uns ont de la claudication intermittente, les autres de l'hypertrophie des membres inférieurs avec lourdeur et gêne de la marche ; d'autres des accès de douleur paroxystique.

Cette profession fait donc courir aux ouvriers qui s'y emploient un véritable danger, auquel n'ont pu remédier jusqu'à ce jour le coussinet qu'on interpose entre la cuisse et l'embourroir, ni la large plaque de cuir qu'on fixe autour de la cuisse et sur laquelle s'engage l'instrument.

Le malade qui fait spécialement l'objet de cette communi-

cation a vu son affection débuter il y a deux ans. Le travail, souvent interrompu par les douleurs du membre inférieur droit, n'a cessé complètement que depuis trois mois. Au début les phénomènes de claudication intermittente ont été très nets et causés par un effort de moins en moins fort à mesure que le mal progressait.

Aujourd'hui l'impotence fonctionnelle est presque complète, les douleurs atroces sont presque continues, il y a du refroidissement du membre (1°5), des phlyctènes ulcérées ne se cicatrisant pas entre les orteils, et une atrophie musculaire en masse variant de 5 à 3 cc.

On songea d'abord à une névrite périphérique, mais on ne trouva aucun point douloureux sur le trajet des nerfs ; on ne constata aucun trouble de la sensibilité sous aucun de ses modes et les réactions électriques montrèrent une diminution graduelle de la contractilité galvanique et faradique sans réaction de dégénérescence.

En outre, on constatait l'absence de tout battement dans la fémorale, dans la tibiale postérieure, dans la pédieuse. Il y avait donc une artérite oblitérante d'origine traumatique, et pour que la gangrène ne fût pas survenue, il fallait que la circulation fût rétablie par l'ischiatique.

En consultant les observations d'artérite oblitérante récemment publiées à propos de la maladie de Friedlænder, de l'artérite oblitérante progressive, on trouve une symptomatologie identique, sauf pour l'atrophie musculaire qui ne semble pas pouvoir relever de l'oblitération artérielle et suppose une névrite.

Le rôle des névrites dans les oblitérations vasculaires a été bien étudié par les chirurgiens à propos de thromboses veineuses. Diverses théories ont été mises en avant pour les expliquer, nous retiendrons celle de Quénu qui admet une névrite vasculaire concomitante par thrombose des vasa nervorum.

De même dans des cas rares où l'atrophie musculaire avait suivi l'endartérite oblitérante progressive sans qu'on eût pourtant la symptomatologie nette de la névrite périphérique, sans qu'on eût en particulier la réaction de dégénérescence. Joffroy et Achard, Dutil et Lamy ont démontré l'existence d'une dégénérescence des nerfs consécutive à l'artérite de leurs petits vaisseaux nourriciers. C'est une névrite vasculaire dégénérative commandée par l'oblitération des artères nourricières absolument comme les ramollissements cérébraux consécutifs aux thromboses ou aux embolies de leurs vaisseaux.

Trois cas seulement ont été publiés de cette névrite vasculaire dans l'artérite oblitérante progressive.

Le cas observé dans une artérite traumatique semble pouvoir recevoir la même interprétation que nous proposons à titre d'hypothèse vraisemblable quoiqu'elle ait besoin d'une vérification anatomique.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 21 mai 1894.

Anévrysme de l'artère rénale gauche.

M. Hahn. — Il s'agit d'une femme de 49 ans, ordinairement bien portante, qui un jour, en montant un escalier, éprouva une vive douleur dans l'hypochondre gauche et une sensation comme si quelque chose de rond roulait dans son ventre. Elle entra à l'hôpital en se plaignant principalement de troubles digestifs avec constipation. A l'examen on trouvait dans l'hypochondre gauche une tumeur qui en haut se perdait sous les fausses côtes gauches, en bas s'arrêtait à quatre travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, et ne dépassait pas en dedans la ligne médiane. La tumeur était un peu mobile et recouverte par la peau qui glissait bien sur les couches sous-jacentes. Le côlon insufflé passait au devant d'elle. On fit donc le diagnostic de tumeur rétropéritonéale qu'on décida d'enlever.

Une incision allant de la douzième côte à l'épine iliaque antéro-supérieure permit d'arriver sur le rein qui fut reconnu sain dans ses deux tiers antérieurs, mais lorsqu'on aborda la portion inférieure du rein il survint une hémorrhagie tellement abondante, que M. Hahn se décida à enlever la tumeur par la voie transpéritonéale. A cet effet, il conduisit son incision jusqu'à la ligne médiane, ouvrit le péritoine et, sous l'intestin affaissé, trouva la tumeur cachée par le côlon descendant. La tumeur recouverte par une membrane blanche était manifestement en rapport avec le rein. Il a fallu isoler le rein et la tumeur jusqu'au pédicule, sectionner ce dernier entre deux ligatures et enlever la tumeur avec le rein. Tamponnement à la gaze iodoformée, et suture de la plaie. Guérison sans complications.

La tumeur enlevée était un anévrysme de l'artère rénale développé au niveau de sa bifurcation.

Ces cas sont rares, et M. Hahn n'a trouvé dans la littérature que cinq cas d'anévrysmes de l'artère rénale. En cas de tumeur rénale, il serait donc bon de penser à la possibilité de l'anévrysme de l'artère, surtout quand on aura affaire à un artério-scléreux.

Chirurgie du tube digestif.

M. Hahn fait une communication sur plusieurs cas personnels de chirurgie de l'estomac datant des dernières années. Il a fait sept gastro-entérostomies sans perdre un seul opéré. Sur quatre résections de l'estomac il ne perdit qu'un malade auquel il avait presque complètement enlevé l'estomac. Chez un malade qui souffrait depuis l'âge 15 ans d'hématémèses répétées, M. Hahn trouva à l'ouverture de la cavité abdominale des adhérences multiples entre l'estomac et le côlon. Il les sectionna et ferma le ventre sans ouvrir l'estomac. La malade guérit.

Parmi les quatre résections de l'estomac pour cancer, une femme reste guérie depuis trois ans et demi et ne présente pas encore trace de récidive. Les autres ont succombé à la récidive.

Dans un cas, M. Hahn a eu l'occasion de faire six fois la laparotomie par un angio-fibrome de la région pylorique. Chaque intervention était suivie au bout de quelques mois de phénomènes de sténose pylorique qui réclamaient une nouvelle intervention. Le malade guérit définitivement après la dernière.

Au point de vue technique, M. Hahn condamne l'emploi des pinces dans les opérations sur l'estomac. Un autre point sur lequel il insiste, ce sont les fréquents lavages de l'estomac les premiers jours après l'opération.

Dans trois cas, M. Hahn fut amené à faire la *jejunostomie.* Pour lui, l'opération est indiquée dans le carcinome du cardia avec rétrécissement tel de l'estomac que l'établissement d'une bouche stomacale n'est plus possible, et dans les brûlures étendues du tube digestif par ingestion de caustiques. M. Hahn a justement eu l'occasion d'intervenir dans deux cas de ce genre. Dans le premier la malade, qui avait avalé un verre de vitriol, est arrivée à l'hôpital dans un état lamentable. Lorsque les accidents aigus furent conjurés, M. Hahn pratiqua une fistule au niveau du jéjunum et en quelques semaines le poids de la malade, qui était de 59 livres, monta à 81. Plus tard on put pratiquer la dilatation de l'œsophage et la malade commença à se nourrir par la bouche, de sorte qu'on a pu fermer la fistule. La malade se porte bien jusqu'à présent.

Dans un autre cas, la malade succomba 10 jours après la jéjunostomie. A l'autopsie on trouva que le caustique avait complètement détruit la muqueuse et la musculeuse de l'œsophage et de l'estomac. En plus, pneumonie et infection péritonéale.

Hernie du côlon à travers le diaphragme.

M. Neumann. — Il s'agit d'un marchand de vin d'une trentaine d'années, habitué à boire tous les jours 50 à 60 verres de bière, qui un jour éprouve une vive douleur dans la région ombilicale et est pris de phénomènes d'obstruction intestinale à forme subaiguë avec, à la fin, vomissements fécaloïdes, péritonitisme, etc.

On fit la laparotomie médiane par une incision commençant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et on fut frappé de suite de l'absence du côlon transverse. On constata alors que le coude du côlon transverse avec le côlon descendant du côté avait passé dans la cavité pleurale à travers un orifice du diaphragme. La réduction de la hernie ne fut obtenue qu'après la section des adhérences et l'agrandissement de l'orifice diaphragmatique. Le malade succomba six heures après l'opération. A l'autopsie on trouva que l'orifice du diaphragme avait les dimensions d'une pièce de 2 fr., et était situé à la hauteur de la sixième côte sur la ligne axillaire moyenne. Il s'agissait évidemment là d'une hernie diaphragmatique congénitale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 21 *mai* 1894.

De l'intervention chirurgicale dans les affections de la moelle épinière.

M. Goldscheider, tout en admettant la légitimité de l'intervention dans les tractions et les luxations de la colonne vertébrale avec compression de la moelle, trouve pourtant que ces interventions réussissent rarement à lever la paraplégie et à faire disparaître les autres accidents. La médiocrité des résultats s'explique de reste quand on songe que dans la majorité des cas on ne trouve pas les vertèbres luxées, ou quand on les trouve on ne parvient pas à les redresser.

Dans les fractures des arcs vertébraux, surtout dans les arcs des vertèbres lombaires, l'intervention chirurgicale donne de bons résultats quand il s'agit des fractures comminutives avec esquilles fichées dans la moelle. Ici l'intervention est toute justifiée. Par contre elle ne l'est pas quand on intervient dans le but d'enlever le sang épanché dans le canal médullaire.

La contusion de la moelle est-elle dans ces cas une indication suffisante pour intervenir? M. Goldscheider pense qu'il vaut mieux attendre. La contusion présente en somme les mêmes phénomènes que la déchirure de la moelle épinière; or si l'on intervient de bonne heure avant que le diagnostic ne soit définitivement assis, on peut se trouver en face d'une déchirure, et avoir fait une opération inutile.

Pour ce qui est du mal de Pott, M. Goldscheider pense que l'intervention est indiquée en cas d'abcès ossifluents avec compression de la moelle. Mais lorsqu'on ne trouve pas d'abcès, l'intervention donne des résultats moins que médiocres, de sorte qu'il vaut mieux se contenter du traitement orthopédique.

Quant aux tumeurs rachidiennes, il faut intervenir quand le diagnostic est solidement établi. Seulement c'est justement dans ces cas que les difficultés diagnostiques et opératoires sont particulièrement difficiles.

En ce qui concerne la ponction du rachis dans le traitement de l'hydrocéphalie, M. Goldscheider trouve l'idée très rationnelle, mais les résultats très médiocres.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ HARVEYENNE DE LONDRES

Séance du 17 *mai* 1894.

Laryngite syphilitique.

M. Wilkin. — Une femme de 38 ans eut au mois d'août dernier une affection qui fut diagnostiquée érysipèle de la tête et de la face. Elle commença alors à souffrir de la gorge; il y eut un gonflement de l'épiglotte et des cordes vocales supérieures. A la percussion, on percevait de la matité au niveau du lobe supérieur du poumon droit; il y avait de l'augmentation de la résonnance de la voix et de la pectoriloquie. L'examen bactériologique des crachats ne révéla l'existence d'aucun bacille. Toutes ces lésions guérirent par le mercure et l'iodure de potassium.

Pigmentation d'une cicatrice consécutive à une laparotomie.

M. Boxall. — Une femme de 25 ans avait depuis 9 mois une tumeur qui augmentait de volume et qui était située dans la partie droite de l'abdomen. Aucun signe de grossesse du côté des seins. On fit la laparotomie : on trouva un kyste de l'ovaire droit, qu'on enleva et, de plus, on vit que la malade était enceinte de 4 mois 1/2. La malade quitta l'hôpital au bout de 3 semaines sans trace de pigmentation de sa cicatrice; 14 jours après, la cicatrice était fortement pigmentée. La malade a accouché plus tard. Depuis l'accouchement la pigmentation a diminué, mais n'a pas disparu.

M. Doran. — La pigmentation sur la ligne médiane est souvent associée à la grossesse : cependant, on peut la voir survenir chez des femmes stériles et même chez des hommes. En janvier 1892, j'ai enlevé les annexes chez une femme de 39 ans atteinte de fibrome à croissance rapide. Cette femme n'avait pas eu d'enfants et elle était blonde. En 12 mois, la cicatrice abdominale s'est fortement pigmentée et elle est restée telle depuis cette époque.

M. Boxall. — Ce qui prouve bien que cette pigmentation n'est pas amenée par une suppuration de la cicatrice, c'est que dans mon cas il y a eu réunion de la plaie par première intention.

Adénome du corps de l'utérus.

M. Boxall. — Une femme de 59 ans avait, depuis 5 ou 6 ans, une tumeur dans le bas-ventre amenant des hémorrhagies irrégulières. L'état général était bon. L'ergot de seigle n'arrêtait pas les hémorrhagies. A l'examen, la tumeur donnait l'impression d'un corps fibreux. Le col utérin était sain. On dilata le col et on trouva que la cavité de l'utérus était occupée par une substance molle, saignant facilement et s'insérant sur le fond de la matrice. On l'enleva par le curettage. Une coupe histologique de cette tumeur montra qu'il s'agissait de glandes en tubes typiques tapissées par une seule couche d'épithélium cylindrique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Régénération des os et résections sous-périostées, par Ollier, correspondant de l'Institut, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.*) Broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. Paris, G. Masson 1894.

Cet Aide-Mémoire a pour but d'exposer le plus brièvement possible, les fondements physiologiques, la technique et les résultats de la nouvelle méthode de résection que M. Ollier a déduite, il y a plus de trente ans déjà, de ses expériences sur les animaux.

Ce petit volume donne une idée synthétique et suffisante d'une méthode opératoire qui, vivement discutée à ses débuts, ne paraît plus guère compter d'opposants aujourd'hui.

Il traite d'abord des questions générales et fondamentales, puis plus particulièrement de la régénération des os et de la croissance du squelette, envisagées dans leurs applications à la théorie et à la pratique des résections.

Un second volume exposera les résections des grandes articulations des membres. Les résultats orthopédiques et fonctionnels qu'on obtient après ces opérations sont les plus propres à montrer le progrès qui s'est accompli depuis trente ans.

Thèse de Lyon.

De l'urétérectomie partielle ou totale dans les lésions des uretères avec ou sans altérations des reins, par Liaudet.

L'urétérectomie partielle ou totale peut avoir tout particulièrement ses indications dans les lésions infectieuses, et surtout de nature tuberculeuse des voies urétéro-rénales.

Il s'agit d'une intervention sanglante dont le manuel opératoire nous paraît bien réglé, et qui, dans quelques cas, a des indications assez nettes pour y recourir.

A en juger par les faits, son pronostic ne paraît pas avoir une gravité plus grande que celui de toute une série d'opérations entrées, dans ces dernières années, dans la pratique chirurgicale.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 25 — 20 JUIN 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 25 au 30 juin 1894.

PARIS

Mercredi 27. — M. Eid. Pronostic éloigné des manifestations rénales de la scarlatine. — M. Lecomte. Etude sur les ostéo-myélites de la hanche avec l'abcès intra-pelvien. — M. Maurice. De l'acné nécrotique. — M. Pribat. De l'exhibition chez les épileptiques. — M. Guepin. De la colique spermatique. — M. Migliaressi. Contribution à l'étude de la dégénérescence kystique des villosités choriales. — M. Morin. Contribution à l'étude de l'hydropisie de la vésicule biliaire.

Jeudi 28. — M. Leroy. Contribution à l'étude des souffles dans l'artère crurale. — M. Henri Crestien. De la dacryonystite chronique et son traitement. — M. Didbury. Contribution à l'étude des rhinolithes. — M. Moullin. De la stomatite mercurielle tardive. — M. Gallot. Chlorose et dyspepsie. — M. Ambrosini. De l'épithéliome du thymus. — M. Grasset. Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde, spécialement dans les petites localités. — M. Delasalle. Etude sur le muguet. — M. Bellicaud. De l'hystérectomie vaginale totale dans quelques cas de prolapsus utérin. — M. Verin. Contribution à l'étude de la métrorrhagie dans le rétrécissement mitral et accessoirement dans quelques états généraux.

BORDEAUX

(Année scolaire 1893-1894).

57. Truchot. Etude expérimentale de l'action de l'électrisation sur les combustions intra-organiques. — 58. Bougue. De la phlegmatia alba dolens dans la cachexie tuberculeuse. — 59. Labèque. Contribution à l'étude des inflammations aiguës de l'amygdale linguale. — 60. Collinet. Complications rénales dans les amygdalites aiguës.

61. Mourizy Fernandez Du suc gastrique, son rôle dans la pathogénie et le diagnostic de l'ulcère rond de l'estomac. — 62. M. Augereau. Du dosage de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, critique des méthodes de Sjœqwist et de Winter. — 63. Labrunie. De l'épithélioma dendritique du sein.

64. Creuzan. Deux épidémies de fièvre typhoïde d'origine hydrique observées à Floirac (Gironde), pendant les années 1882 et 1891. — 65. Moran. Considérations sur les abcès de la cloison des fosses nasales, de l'utilité de leur incision hâtive pour empêcher les déformations consécutives. — 66. Dubourdieu. Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire. De la dromomanie des dégénérés. — 67. Aunis. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des anévrysmes des membres. — 68. Dulau. De la pylorectomie.

VARIÉTÉS

Association française de chirurgie. — La 8e session du congrès français de chirurgie s'ouvrira à Lyon, à la Faculté de médecine, le mardi 9 octobre 1894, sous la présidence de M. le professeur Tillaux, de Paris.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à neuf heures du matin.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du congrès :

I. *Etiologie et pathogénie du cancer.*

II. *Chirurgie du rachis.*

Des visites dans les hôpitaux seront organisées par les soins du comité local.

Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de MM. Delbet et Glantenay comme prosecteurs de la Faculté.

L'estomac d'un forain. — On pouvait voir dernièrement à la fête de Vaugirard un « homme sauvage » qui mangeait des pigeons et des lapins vivants et avalait en outre des clous, du verre pilé, etc., comme les Aissaouas.

Un médecin anglais, Fred. Eve, a eu l'occasion de faire récemment l'autopsie d'un forain de ce genre qui s'exhibait, lui, comme « homme-autruche » et avalait sur les places publiques les corps étrangers les plus variés, pièces de monnaie, clefs, chaînes de montre, bouchons, clous, etc.

L'homme-autruche mourut d'une péritonite par perforation intestinale.

L'autopsie montra dans l'intestin 40 morceaux de bouchon, 30 morceaux de fer-blanc, 9 pièces de deux sous, 1 anneau de fer, 12 morceaux de tuyaux de pipe, une balle de plomb, 1 morceau de caoutchouc, 3 morceaux de cuir, des fragments de ficelle, de journaux, une ficelle d'un pied de long à laquelle étaient attachés des morceaux de bouchon, et enfin une lanière de cuir de 20 centimètres, terminée par deux agrafes dont l'une avait perforé l'intestin et déterminé la péritonite mortelle. (*Lyon médical.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'alimentation dez nouveau-nés, hygiène de l'allaitement artificiel, par le Dr S. Icard. (1 vol. in-12, cartonné à l'anglaise, avec 60 gravures dans le texte, 4 fr. — Ouvrage couronné par l'Académie de médecine et par la Société protectrice de l'Enfance de Paris. — Félix Alcan, éditeur.

Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie, par le Dr Laumonier. 1 volume in-12 avec gravures, cartonné à l'anglaise, 4 fr. Paris, F. Alcan, éditeur.

Chirurgie abdominale, par J. Greig Smith, M. A., F. R.-S.-E. Ouvrage traduit sur la 4e édition avec l'autorisation de l'auteur, par le Dr Paul Vallin. Précédé d'une préface par le D. H. Duret. 1 fort volume in-8° avec 91 figures dans le texte, 18 fr. Paris, G. Steinheil, éditeur.

Statistique et observations de chirurgie hospitalière, par le docteur Polaillon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 415 pages avec figures. — Prix 6 francs. Paris, O. Doin.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

Nouvelles recherches sur la production sublinguale, communication au Congrès international des sciences médicales de Rome, par M. Fede (Naples).

On se souvient peut-être de la communication que j'ai faite sur la production sublinguale au second congrès de Naples, et j'espère que les médecins illustres qui étudient les maladies infantiles, réunis aujourd'hui à Rome et venus de tant de points différents du monde, voudront bien prêter leur attention aux importants problèmes que j'ai pu alors poser, mais non encore résoudre.

L'état pathologique dont je veux vous entretenir n'a été ni décrit ni mentionné dans les livres, et l'on peut seulement citer quelques courtes publications faites sur cette lésion, dans ces vingt dernières années, par les docteurs Ridola, Pandolfi, Riga, Chiarello, de Marinis, Somma L., Fede F., Pianese, Boccardi, Concetti.

Elle a été observée dans les provinces méridionales, dans la Calabre, dans la Campanie, dans le Napolitain, dans le Sannio, dans certaines contrées de préférence, comme si elle était endémique, et prenant aussi de la même manière tous les enfants d'une même famille, en quoi elle parut congénitale et héréditaire.

La plupart parlent d'une maladie grave, tout en reconnaissant des cas légers. D'ordinaire on décrit une forme de dépérissement nutritif, avec perturbations intestinales, comme une véritable cachexie, qui, par un cours varié, souvent assez long, conduit à la tombe ; d'autres indiquent une espèce unique, une sorte de grave infection chronique, épuisante, mortelle ; d'autres encore décrivent des formes diverses : entérite par atrophie, atrophie par inanition, anémie splénique, pseudo-leucocythémie, tuberculose. Tous ces cas, graves ou légers, ont un point commun qui les réunit ensemble, un point qui est le caractère particulier du mal, d'où la maladie tire son nom : c'est la production, sous la langue, comme d'un nodule, ou d'une excroissance, ou d'une végétation, qui apparaît à la partie antérieure et inférieure de la langue, sur le frein, comme une lentille, plus ou moins élevée, plus ou moins grande, qui atteint jusqu'à deux centimètres de diamètre.

Cette production est décrite et dénommée de différentes manières, suivant l'auteur, mais c'est toujours la même chose, soit dans son apparence microscopique, soit dans sa structure, soit dans sa signification.

En effet, tous la décrivent dans un siège unique, exclusif : inférieurement, sur le frein de la langue. Ridola parle d'une fausse membrane, évidemment une eschare, une partie nécrosée par compression ; Pandolfi parle d'un petit néoplasme fibreux, d'un centimètre et plus, saillant, blanchâtre, résistant au toucher ; Riga, d'une néo-membrane de couleur blanchâtre, peu élevée au-dessus de la muqueuse, variant de la grandeur d'une lentille à celle d'un centime ; de Marinis parle d'une « production » ; Pianèse, d'une ulcération déprimée, ou d'une nouvelle formation de couleur gris perle, indolore, élevée, plus grande qu'une lentille, atteignant aux dimensions d'une pièce de deux centimes ; au fond ils disent tous la même chose.

Mais ces auteurs n'ont pas vu l'opportunité de faire un examen microscopique et bactériologique qui, en vérité, a été fait à la clinique pédiatrique de Naples sur quinze cas, auxquels il faut en ajouter cinq autres semblables : un de Concetti de Rome, un de Giarre de Florence, un de Nota de Turin et deux de Boccardi de Naples.

Pianèse a promis une grande publication et annoncé un grand nombre de cas observés, d'autopsies et de recherches faites, de cultures obtenues, démontrant la production d'une espèce de granulome.

Pour ma part, j'ai toujours constaté à la partie inférieure de la langue, sur le frein, une nouvelle formation élevée, grise ou blanchâtre, dure, de la taille d'une lentille ou bien plus grande, constamment en rapport avec les deux incisives médianes inférieures, souvent heurtant contre elles quand l'enfant tirait la langue ; de toutes celles que j'ai enlevées, je conserve la moitié dans mon institut pédiatrique. Toutes ces recherches ont porté sur des cas bénins, qui tous guérirent. Deux pourtant ont trait à des petites pièces de production envoyées par mes collègues Miozzi et de Sanctis de leur pays du Sannio, où se rencontrent les formes graves ; une a trait à un enfant du Napolitain, J. Nardi, assez anémique (globules rouges : 1,640,000 ; hémoglobine : 35), avec 39°6 de température, porteur en même temps de catarrhes respiratoires et intestinaux, de tumeurs du foie et de la rate.

Aujourd'hui, en somme, les résultats des recherches sont tous identiques ; les figures et les préparations microscopiques que je présente montrent l'hyperplasie et l'hypertrophie de la muqueuse, surtout de la zone papillaire, d'après quoi on peut bien définir la production : un papillome.

Concetti, Giarri, Nota, trouvèrent la même chose, et, ce qui est plus important, Boccardi aussi, qui rencontra la même altération chez deux enfants de son pays qui eurent la forme grave et moururent.

Mais dans la plupart des productions extirpées et examinées, on observe, comme le montrent également les figures et les préparations microscopiques, une phase subite du papillome, peut-être par la persistance de l'irritation mécanique, dont elle est la conséquence.

Laissant de côté la présence de cellules épithéliales gonflées de vacuoles, on voit dans la partie supérieure plus proéminente se transformer la couche inférieure papillaire encore hypertrophiée et hyperplastique en une grande quantité d'infiltrations parvi-cellulaires ; dans les parties bien colorées, apparaît dans les petites cellules comme une substance en forme de réseau, qui n'est autre qu'un exsudat fibrineux, comme l'a clairement démontré le traitement par la méthode de Weigert, ce qui veut dire que le papillome, tant que persiste l'irritation, subit des phases : phlogistique, ulcéreuse, et que alors commence la grande quantité de petits leucocytes qui infiltrent le réseau fibrineux affectant la forme d'un granulome.

La recherche des microorganismes dans la coupe n'a donné aucun résultat ; Concetti également assure l'avoir tentée en vain.

Aujourd'hui, après l'exposé de mes propres observations et de celles des autres, je me demande quelle conception on doit se faire d'une telle lésion.

Beaucoup des confrères susnommés, et surtout Pianese, croient à une maladie particulière infectieuse, même endémique, congénitale et héréditaire, qui aurait d'un côté une forme générale cachectique, de l'autre la production sublinguale, qui serait, ou la porte d'entrée de l'infection, ou sa localisation particulière.

Mais, pour mon compte, je n'arrive pas à voir ce rapport et je crois que la production est toujours la même dans tous les cas décrits, soit bénins, soit mortels, toujours produite, indépendamment du mal qui souvent l'accompagne, par une irritation locale, provenant surtout des incisives inférieures médianes, particulièrement aiguës et irrégulières, par conséquent provenant d'un frein en ce cas plus court, d'un bord dentaire accidentellement plus dur, d'une succion difficile et pénible, du peu de résistance au frottement des tissus, même quand il y a de graves phénomènes cachectiques.

Telle est mon opinion que j'appuie sur de nombreux arguments, mais je ne peux dire si les formes graves, souvent mortelles, décrites par Ridola, Pandolfi, Riga, Chiarello, de Marinis, Boccardi et autres, sont semblables entre elles et toujours les mêmes, bien qu'observées dans différentes provinces; ni surtout si elles répondent à l'affection cachectique d'Urbano Cardarelli, le père de l'illustre clinicien vivant, décrite depuis par son neveu le le Dr Pianese.

On n'a que des connaissances insuffisantes et les recherches scientifiques manquent. Le nombre des contradictions surtout est curieux quand on cherche des bases pour étudier : ou on ne les trouve pas, ou elles manquent.

A coup sûr ce fait est important : que dans différents cas la production montre toujours la même structure. C'est pourquoi je conclus que cette production doit être un fait accidentel, déterminé de la même manière par une action mécanique, aussi bien dans les cas légers que dans les cas graves, caractère commun ou particulier, sans être pour cela une partie essentielle de l'espèce morbide, mais au contraire une production accidentelle de l'irritation mécanique causée le plus ordinairement par les incisives médianes inférieures, surtout quand elles sont de forme irrégulière.

Enfin, pour délivrer le petit infirme de la production considérée en elle-même, le meilleur moyen sera toujours son ablation totale.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES
tenu à Rome du 29 mars au 9 avril 1894.

Recherches expérimentales sur l'empoisonnement par l'acide pyrogallique.

M. Angelo Petrone (Catane). — En faisant le calcul des expériences qu'on a dû faire pour définir l'empoisonnement par l'acide pyrogallique sur deux individus morts vers le 8e jour après l'empoisonnement, alors qu'il n'était plus possible d'arriver à un résultat, les moyens chimiques jusqu'alors connus étant insuffisants, on a été amené à des recherches micro-chimiques du poison dans le foie. L'auteur a pu trouver une série de propositions qui peuvent se résumer de la manière suivante :

Données chimiques. — 1° Différentes réactions, non encore connues, pour découvrir l'acide pyrogallique ; principalement le nitrate d'argent qui le révèle en solution au 1/2.000.000 et les acides, en particulier l'acide nitrique, employés suivant la méthode de Gmelin.

2° L'acide pyrogallique a une réaction faible, toute spéciale, avec le papier de tournesol.

3° L'acide pyrogallique éliminé par les reins a subi une transformation allotropique.

4° L'acide pyrogallique n'est certainement pas altéré par la lumière dirigée.

5° Préparation de la pyrogalline et ses caractères.

6° Liquides colorés auxquels ressemble la pyrogalline et ses caractères différentiels physiques et chimiques, spécialement avec le chloroforme. Nouveau moyen très sensible de rechercher l'iode en général et surtout l'iodure de potassium dans l'urine.

7° Décoloration de la pyrogalline par les acides et transformation en acide métagallique.

8° Transformation de la pyrogalline en acide métagallique avec chaleur. Intérêt médico-légal pour la reconstitution de la réaction pyrogallique quand elle n'est plus possible.

9° Réactions spéciales de la solution de pyrogalline avec les acides, suivant la méthode de Gmelin.

10° Préparation du pyrogallate d'argent, qui possède des réactions très particulières.

11° Le développement d'hypomicètes, de blastomicètes et de schizomicètes dans la solution de pyrogalline mélangée à d'autres substances organiques comme elle l'est dans les entrailles des gens empoisonnés, ne la décompose pas et ensuite n'altère pas sa couleur.

Données physicopathologiques. — 1° Puissance d'action de l'acide pyrogallique sur le lapin, le chien, l'homme. Différences. Tableau essentiellement identique.

2° L'acide pyrogallique, l'auteur le confirme, est un poison du sang ; son mode d'action ; transformations inattendues dans le sang.

3° Action topique des solutions pyrogalliques à différents titres : dans le péritoine, dans l'estomac, dans le réseau veineux, sous la peau, sur la peau. Absorption et sa rapidité. Cas où il n'y a pas absorption.

4° Transformation rapide de l'urine après l'absorption, avec deux caractères principaux : présence d'acide pyrogallique, et présence d'urobiline (?) ; aspect du poison.

5° La plus grande partie de l'acide pyrogallique s'emmagasine dans le foie où on le reconnaît dans la bile, et deux mois après dans l'extrait, et après un temps plus long à l'examen micro-chimique.

6° La pyrogalline n'empoisonne pas : c'est pour cela qu'elle est en grande partie recueillie par le foie qui la retient dans son extrait.

7° La pyrogalline ne s'élimine pas par les reins ; il n'y a que l'acide pyrogallique non transformé qui s'élimine.

8° La rate noire n'offre dans son extrait aucun des produits pyrogalliques, même dans les premiers jours de l'empoisonnement.

9° La pyrogalline s'élimine avec la bile par l'intestin, on la retrouve dans les matières fécales même après plusieurs jours, quand la réaction pyrogallique dans l'urine a fait son apparition.

10° Tableau clinique de l'empoisonnement pyrogallique : hypothermie, fièvre, grave prostration, ictère, urobilinurie, hémoglobulinurie, et ensuite albuminurie, diabète sucré. Le diabète apparaît plus tard et le dernier.

11° Les signes anatomiques portent principalement sur le sang, le foie, la bile, les reins, la rate, les ganglions lymphatiques, y compris les follicules solitaires de la graisse et du cœur ; en second lieu dans les autres organes.

12° La diminution d'intensité vénéneuse, l'habitude et l'immunité pour l'acide pyrogallique : cette dernière obtenue avec de petites doses préventives et avec le lait. Recherche des preuves pendant l'expérience. Contribution positive à la théorie clinique intra-cellulaire de l'immunité.

13° L'effet salutaire de la saignée.

Données médico-légales. — 1° L'empoisonnement pyrogallique peut se trouver après 20 minutes, à l'examen de l'urine par la présence d'acide pyrogallique et d'urobiline.

2° Caractères spéciaux du sang des gens empoisonnés.

3° Putréfaction retardée.

4° Signes anatomiques caractéristiques.

5° Réaction pyrogallique positive dans la bile de la vésicule biliaire, même au bout de la deuxième semaine.

6° Extrait du foie avec caractères spéciaux différents et différenciés de ceux des extraits semblables.

7° Intérêt médico-légal de la transformation de la pyrogalline en acide métagallique au moyen des acides et de la chaleur : reconstitution de la réaction pyrogallique.

8° L'inutilité de tenter l'empoisonnement d'un animal avec l'extrait des viscères du cadavre, ne considérer l'extrait que comme un moyen de preuve de la présence de la pyrogalline.

La nomenclature des lichens.

M. Paul Raugé (Challes). — Le mot lichen, en dermatologie, a toujours été et sera toujours un motif à discorde et un élément de confusion. Les malentendus qu'il engendre n'ont fait que s'aggraver depuis que, sous prétexte de le rendre plus clair, on a détourné ce vocable de son acception traditionnelle pour lui donner une valeur moderne, toute différente de celle qu'il avait autrefois.

Pour les anciens dermatologistes, le mot lichen était une locution générique groupant, sous une étiquette collective, une série d'affections très dissemblables, mais réunies en une

même famille par une certaine communauté d'aspect. Lorsqu'il fit en pathologie cutanée la réforme nosographique que l'on sait, Hébra n'eut pas de peine à dénouer le fragile lien qui rattachait ces unités disparates et à les disperser, d'après leur nature, aux quatre coins de la dermatologie. Mais au lieu d'effacer résolument le nom et jusqu'au souvenir du groupe qu'il venait de dissoudre, il eut le tort, en supprimant la chose, de conserver le mot et de l'utiliser à un emploi parfaitement arbitraire. Il s'en servit pour désigner non plus une collection de maladies, mais une maladie définie nosologiquement individualisée, qu'il venait récemment de décrire et qu'il nomma lichen ruber. Mais cet arrangement très simple ne fut pas de longue durée et le lichen d'Hébra ne garda pas cette unité qui le rendait si clair. La notion s'en est compliquée dans la suite tant et si bien que le lichen réformé est devenu légion, comme l'autre. A l'affection toujours mortelle qu'Hébra avait primitivement décrite, il faut ajouter maintenant le lichen acuminé de Kaposi, dont le pronostic est moins sombre et qui n'est peut-être, après tout, que le pityriasis rubra pilaris de Devergie, Besnier, Richaud; le lichen plan décrit par Erasmus Wilson et qui devient de plus en plus le lichen orthodoxe de nos jours; enfin toutes les variétés cliniques qui se sont successivement détachées de ces formes maîtresses, lichen obtusus d'Unna, lichen en collier de corail (Kaposi), lichen atrophique ou scléreux (Kaposi-Hallopeau), lichen tubéreux corné (Vidal), lichen verruqueux (Lailler), lichen hypertrophique, hyperkératosique, lichen neuroticus (Unna).

Et comme un grand nombre d'auteurs ne peuvent se résoudre à oublier le vieux lichen que décrivaient nos pères et joignent sa description à celles des formes récentes, on voit à quelle complication en est arrivé ce chapitre qu'Hébra avait cru unifier. Au lieu d'un seul groupe de lichens il en existe à présent deux, le lichen des anciens et le lichen des modernes, qui n'ont entre eux d'autre rapport que leur confusion et leur complexité : c'est tout le profit de la réforme.

L'infundibulum et les orifices des sinus.

M. Paul Raugé (Challes). — De chacun des sinus frontaux, descend obliquement un canal osseux qui se continue par en bas en une sorte de gouttière creusée sur la paroi externe du méat moyen et dans laquelle vient s'aboucher l'orifice du sinus maxillaire. Or il règne une certaine confusion dans la façon dont on comprend, et surtout dont on désigne les différentes portions de ce conduit.

La partie supérieure, celle qui forme un canal complet, répond à la grande cellule qui s'ouvre à la partie antérieure de l'ethmoïde, et que coiffe le sinus frontal à la façon d'un couvercle arrondi. C'est là le véritable *infundibulum*, ce qu'on trouve désigné sous ce nom dans toutes les anatomies classiques.

Quant à la gouttière inférieure, elle est formée par un pli de la muqueuse, invaginé entre les lèvres d'une fente que limitent en haut la bulle ethmoïdale, en bas le bord supérieur concave de l'apophyse unciforme. Oblique en haut et en avant, cette gouttière se continue par son extrémité antéro-supérieure effilée, avec la pointe inférieure amincie de l'infundibulum proprement dit, de telle façon que leur ensemble forme un véritable sablier.

La plupart des anatomistes, tout en décrivant avec plus ou moins de précision la conformation de cette gouttière, négligent de la dénommer, ou bien, ce qui est plus fâcheux et entraîne une regrettable équivoque, l'appellent aussi infundibulum, comme l'entonnoir osseux fronto-ethmoïdal qui la continue par en haut. Mais c'est à tort que les auteurs étrangers attribuent aux anatomistes français la responsabilité de cette confusion de langage et désignent cette gouttière sous le nom d'*infundibulum des Français*, *infundibulum de Boyer*. Dans le passage de sa splanchnologie où Boyer décrit cette gouttière, le mot *infundibulum* n'est même pas prononcé. On ne le trouve que dans l'ostéologie, où il est appliqué très nettement à l'entonnoir ethmoïdal.

Pour distinguer cette gouttière du véritable infundibulum, il importe de lui donner une dénomination particulière. Le nom de *gouttière de l'infundibulum* (Testut) paraît être le plus convenable : il affirme à la fois l'indépendance de cette partie du canal, sa forme et ses rapports avec l'infundibulum proprement dit.

Continué en haut avec le sinus frontal et les cellules ethmoïdales antérieures, recevant sur sa face externe l'embouchure du sinus maxillaire, la gouttière de l'infundibulum présente une importance chirurgicale considérable; aussi doit-on connaître exactement sa situation et ses rapports avec l'orifice nasal pour l'atteindre facilement par le cathétérisme. D'après les mensurations de l'auteur, une ligne étendue de la partie postérieure de la narine au bord inférieur de la gouttière (apophyse unciforme) fait avec l'horizon un angle de 45° et mesure, en moyenne, 5 centimètres de longueur. Ces deux données sont suffisantes pour guider la direction de la sonde et le degré de sa pénétration. Parvenu à cette profondeur, et suivant la ligne indiquée, le bec de la sonde, qui doit être recourbé en crochet, sera retourné en dehors et reviendra légèrement en avant et en bas pour accrocher le bord inférieur de la gouttière.

Il ne restera plus alors qu'à parcourir délicatement cette gouttière, soit pour pénétrer en dehors dans le sinus maxillaire, soit pour atteindre, en avant et en haut, l'orifice du sinus frontal. Il importe d'ailleurs de noter que les difficultés de ce cathétérisme varient dans d'énormes limites suivant les conformations individuelles. C'est cette considération qui domine les indications du cathétérisme des sinus par les voies naturelles. Certainement avantageuse soit comme procédé d'exploration, soit comme moyen de traitement, cette opération doit être abandonnée dès que des difficultés d'exécution, imprévues et essentiellement variables, semblent devoir la rendre plus agressive qu'une trépanation de la paroi.

Sur l'extirpation prophylactique de l'appendice cæcal.

M. S. A. Rosenberger. — L'appendice cæcal est dans la grande majorité des cas le point de départ des inflammations du cæcum : des typhlites, pérityphlites, paratyphlites, et appendicites. Parmi les causes qui le plus fréquemment produisent les inflammations et surtout les péritonites par perforation, il faut citer en premier lieu les bols stercoraux. Si un individu est frappé plusieurs fois et successivement de typhlite, on peut songer à un bol stercoral. Mais plusieurs attaques légères ne donnent pas encore la garantie d'une issue favorable d'une attaque ultérieure, et il n'est pas rare de voir ces typhlites légères prendre une issue mortelle.

L'unique moyen de prévenir les récidives est l'extirpation de l'appendice cæcal. Cette extirpation doit être pratiquée sur l'individu sain; elle est contre-indiquée pendant une attaque à cause de l'infection possible du péritoine. Les interventions chirurgicales pendant l'attaque doivent se borner à l'évacuation du pus. L'extirpation de l'appendice cæcal est une opération non dangereuse malgré les différences de sa position et les adhérences plus ou moins grandes qu'il présente avec les organes voisins. Si l'on peut sentir à travers la paroi abdominale une petite tumeur dure, on peut être assuré de la position élevée de l'appendice et d'une opération facile. Mais quand il existe de fortes adhérences avec l'intestin, il faut dans certaines circonstances renoncer à l'extirpation totale de l'appendice et se contenter de l'ouvrir et d'en vider le contenu. Dans l'un et dans l'autre cas l'incision doit être suturée. Rosenberger recommande pour l'ouverture de la cavité abdominale une incision parallèle au ligament de Fallope comme pour la ligature de l'artère iliaque.

Il conseille également de faire précéder l'opération d'un régime exclusif d'aliments liquides pendant 5-6 jours. Après deux typhlites, se succédant à de courts intervalles, il faudrait pratiquer l'extirpation de l'appendice.

Fibromes des cordes vocales.

M. Chiari (Vienne) cherche à démontrer que ces tumeurs ne sont autre chose que des hypertrophies circonscrites des parties superficielles des cordes vocales. L'examen histologique de 38 de ces petites tumeurs lui a révélé d'abord leur grande uniformité de structure. Elles étaient recouvertes d'un épithélium plat pavimenteux et formées de tissu conjonctif fibrillaire formant un réseau à mailles nombreuses, qui contenaient en partie du sang, en partie des masses finement granuleuses. Les vaisseaux étaient nombreux. Mais une délimitation nette de la couche superficielle vers la masse centrale des tumeurs n'a jamais pu être démontrée, de sorte que

déjà, pour cette raison, il faudrait rejeter le terme fibrome pour ces lésions.

Massage des muqueuses.

M. Laker (Graz) pense que l'introduction du massage intérieur des muqueuses constitue un progrès considérable de la thérapeutique des maladies du larynx. Dans un grand nombre de lésions chroniques des voies respiratoires supérieures, la guérison ou l'amélioration a été obtenue grâce à cette méthode.

Thrombose otitique du sinus latéral.

M. Moos (Heidelberg). — Il s'agit d'un homme de 54 ans. Antécédents héréditaires : père et deux sœurs morts de tuberculose. Antécédents personnels : pas de maladie grave excepté une otorrhée unilatérale gauche remontant à la première enfance et qui n'a jamais été soignée. Le 19 septembre 1890, aggravation de cette lésion. Pour la première fois le malade ressentait des douleurs modérées dans et derrière l'oreille gauche. Pas de maux de tête, ni bourdonnements d'oreille, ni vertige. Le 26 il entre à l'hôpital. Etat actuel : l'apophyse mastoïde gauche rouge, mais très peu tuméfiée et peu douloureuse à la pression et percussion. Au centre de la paroi postérieure du conduit auditif osseux, de petites granulations ; membrane du tympan totalement détruite ; la muqueuse de la paroi labyrinthique rougie et épaissie. Acuité auditive : perception verbale à une distance de 1/4 m., aussi pendant l'obturation des deux oreilles ; perception osseuse : nulle. Le 27, opération : trépanation de l'apophyse mastoïde qui apparaît partout sclérosée ; pas de trace de pus, mais des masses caséeuses dans l'antre. Pansement à la gaze iodoformée ; deux sutures. Le 28, température 38°. Le 29, température 38°4. On change le pansement et enlève les fils. Dans la nuit du 29, des douleurs intenses au niveau du tragus gauche. Le 30, température 37°5. Grand abcès du tragus qui s'est ouvert spontanément. Plus de douleurs. Euphorie. L'après-midi, température 37°1 ; le soir, 36°5. Le 1er octobre, température 37°2 ; vomissements, suppuration abondante de l'abcès. Le 3, température 37°8 ; inappétence, constipation, albuminurie, grande prostration, des râles dans toutes les parties du poumon. Le 4, malade sans conscience, mort.

A l'autopsie on trouve : des thromboses dans les sinus transverse et demi-circulaire jusqu'à la fosse jugulaire ; ramollissement des thromboses dans le sinus pétreux inférieur ; pachyméningite ; sinus pétreux supérieur oblitéré par des thromboses. Epaississement de la pie-mère ; adhérences multiples entre la dure-mère et la voûte crânienne d'une part, et la dure-mère et la pie-mère d'autre part ; athérome de l'aorte et des artères coronaires. A l'examen du rocher on voit : au centre de la paroi postérieure du conduit auditif osseux, plusieurs petites granulations sur un point carié circonscrit. L'antre sans masses caséeuses ; muqueuse du labyrinthe épaissie ; l'absence du tympan, du marteau et de l'enclume. Ce cas est remarquable sous plusieurs rapports : par l'apparition rapide de la fièvre, 8 heures après la trépanation ; par les caractères particuliers de la fièvre (sans frisson) ; par le contraste entre la fièvre relativement faible et la grande étendue des affections secondaires ; par l'absence d'une carie intermédiaire entre l'affection locale et intra-crânienne et finalement par l'apparition d'un abcès du tragus évidemment métastatique.

L'auteur se demande si la trépanation de l'apophyse mastoïde, rendue difficile par l'état sclérosé de cet organe, n'aurait pas été la cause première de la thrombose du sinus latéral.

Entozoaires de l'homme en Egypte et dans la Tunisie méridionale.

M. Sonsino compare les entozoaires de l'homme en Egypte avec ceux qu'on trouve dans le sud de la Tunisie. Il s'arrête spécialement à prendre en considération les trois entozoaires les plus importants : l'anchilostome, la bilharzie et la filaire nocturne qui donnent un caractère particulier à la pathologie égyptienne. Sonsino, avant tout, relève les conditions hydrotelluriques différentes qui distinguent les deux pays et tous ceux qui sont situés sur la côte sud de la Méditerranée. Il note, entre autres choses, que Gabès et Gafsa ont des eaux très minéralisées en comparaison de celles du Nil, et des eaux qui ne sont pas potables. Malgré ces différences, Sonsino y a trouvé l'anchilostome et la bilharzie comme en Egypte. Il n'a pas reconnu la présence de la filaria sanguinis. Il n'a eu occasion d'observer aucune forme de cette maladie que dans les pays qui sont généralement réputés atteints de la *filaria nocturna* de Manson.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE
Séance du 19 juin 1894.

Mort par le bromure d'éthyle.

M. Duplay fait un rapport sur une observation de M. Suarez de Mendoza (Angers) : Mort par le bromure d'éthyle chez une femme que l'on voulait soumettre à un curettage utérin. Le bromure d'éthyle était pur, la femme n'avait aucune maladie cardio-pulmonaire appréciable, et il faut invoquer ici une des syncopes cardiaques initiales, comme en produit parfois le chloroforme. Il convient de féliciter M. Suarez de Mendoza d'avoir eu le courage de publier ce cas, et en conclure que l'on devra dorénavant administrer le bromure d'éthyle avec les mêmes précautions que le chloroforme.

Ether associé au chloroforme.

M. Laborde signale un mélange d'éther et de chloroforme qu'avec **M. Meillère** il recommande : on additionne le chloroforme de 1 à 2/10 d'éther en volume. De la sorte, la purification du chloroforme se maintient et de plus on a un anesthésique qui ne cause pas d'accidents chez les animaux les plus sensibles au chloroforme. C'est donc un agent qui mérite d'être essayé sur l'homme, comme d'ailleurs, M. Reynier l'a déjà fait avec succès.

M. Larrey croit se rappeler qu'un mélange analogue a déjà été employé et publié à la Société de chirurgie.

M. Laborde le croit volontiers, mais ici il y a surtout une question de dosage du mélange.

Mortalité infantile dans le Var.

M. Vidal (d'Hyères) expose les résultats de l'enquête à laquelle il s'est livré avec M. Edelga, sur la mortalité infantile dans le Var.

Sur 288,336 habitants, il est né dans ce département, de 1884 à 1893, 58,105 enfants des deux sexes ; il y a eu pendant cette même période 2,778 mort-nés. La mortalité annuelle par rapport au nombre des habitants est de 20 0/00 et le nombre des mort-nés est de 0,96, soit à peu près 1 0/00.

La mortalité moyenne des nourrissons surveillés par le service de protection institué en vue de l'application de la loi Roussel a été, pendant la même période, de 7,12 0/0 de 1884 à 1893, beaucoup plus faible que celle des enfants du même âge restés sous la surveillance paternelle.

Autoplastie faciale.

M. Berger présente une malade à laquelle il a fait une autoplastie pour ectropion de la lèvre inférieure, à l'aide de la méthode italienne modifiée. L'opération date de mars 1893. Il a fallu plusieurs interventions complémentaires pour façonner la lèvre et le menton.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Bucquoy, l'Académie fixe comme suit la liste de présentations à la place de correspondant étranger dans la division de médecine : 1° M. Revilliod (Genève) ; 2° Edw. Seguin (New-York).

ACADÉMIE DES SCIENCES
Séance du 19 mars 1894.

Nouvelles recherches sur la glycosurie.

M. Kauffmann. — Chez les chiens diabétiques comme chez les chiens normaux, la suppression de la fonction du foie est constamment suivie d'une diminution de la proportion du sucre du sang. Dans les cas d'hyperglycémie et de glycosurie pancréatiques, la consommation de la glycose dans les tissus se fait sensiblement avec la même activité que dans les cas

de glycosurie normale. L'hyperglycémie pancréatique reconnaît donc toujours pour cause une hypersécrétion glycosique du foie et non un arrêt ou un ralentissement de la destruction du sucre dans les tissus. L'accroissement rapide de la proportion du sucre dans le sang de la circulation générale, peu de temps après le rétablissement de la circulation dans le foie, est une nouvelle preuve de l'importance de cet organe dans la glycogénie et dans la fonction glycémique.

Les nerfs glyco-sécréteurs.

MM. Morat et Dufour. — On admet, en général, que la transformation du glycogène en glycose dans le foie est gouvernée par le système nerveux agissant d'une manière indirecte, et que les nerfs en question ne sont autres que des nerfs vaso-moteurs. Mais on sait que pour un certain nombre de glandes, il existe des nerfs propres (non sécréteurs) agissant sur elles à la façon des nerfs moteurs sur les muscles et il n'y a pas lieu de refuser au foie ce qu'on sait exister pour les autres glandes. On peut donner des preuves directes de l'existence pour le foie de nerfs sécréteurs. En effet, si l'on excite ces nerfs en dehors de toute circulation, on constate une destruction notable du glycogène hépatique. Cette destruction peut atteindre plus de moitié de sa quantité totale en un temps court, n'excédant pas 20 minutes. Il n'y a donc aucun doute que le système nerveux ait sur les éléments du foie une action directe, c'est-à-dire indépendante de celle qu'il exerce sur le cours du sang. L'hypothèse d'un ferment saccharifiant dans le foie ne paraît pas inconciliable avec l'existence de nerfs directs se rendant à la cellule hépatique.

Séance du 27 mars 1894.

Inscription électrique des mouvements des valvules sigmoïdes déterminant l'ouverture et l'occlusion de l'orifice aortique.

M. A. Chauveau. — Tous les physiologistes et tous les pathologistes, à quelques exceptions près, ont bien voulu reconnaître que la méthode graphique appliquée par M. Marey et moi à la détermination du mécanisme général du cœur avait donné, sur les mouvements des valvules auriculo-ventriculaires et sigmoïdes, des renseignements paraissant mettre hors de doute les caractères de ces mouvements valvulaires. Cependant quelques dissidents existent encore qui cherchent à faire des prosélytes, surtout en Allemagne ; il m'a paru utile d'enrayer ce recul en introduisant un nouvel élément dans la démonstration du mécanisme des valvules du cœur.

L'un des procédés auxquels j'ai eu recours consiste dans l'inscription, à l'aide d'un signal électrique, du moment où les valvules ouvrent ou ferment les orifices du cœur. On inscrit en même temps les modifications imprimées aux pressions intra-cardiaques et intra-artérielles par les systoles et les diastoles de l'organe. L'outillage a été disposé pour l'étude des mouvements des valvules de l'orifice aortique, de telle sorte que j'ai pu recueillir trois graphiques superposés, dont la comparaison renseigne exactement sur le synchronisme des phénomènes que je voulais étudier. En effet, ils m'ont démontré, d'une manière absolument indiscutable, les propositions que nous avions déjà établies sur les mouvements des valvules artérielles à l'aide de nos anciennes expériences, à savoir que :

1° Les valvules sigmoïdes se relèvent et l'orifice aortique s'ouvre, non pas au moment où débute la contraction ventriculaire, mais quand cette contraction a atteint la force nécessaire pour communiquer au sang intracardiaque une pression supérieure à celle du sang intra-aortique ;

2° Les valvules sigmoïdes s'abaissent et l'orifice aortique se ferme au moment même où s'opère le relâchement ventriculaire.

Il ne saurait donc subsister aucun doute sur la place qu'occupe, dans la révolution complète du cœur, le deuxième bruit cardiaque dû à l'abaissement et à la tension des valvules sigmoïdes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 juin 1894.

Présidence de M. Déjerine.

Toxicité du sérum sanguin.

MM. Mairet et Bosc. — Nous nous sommes adressés, pour apprécier ce pouvoir toxique, au sérum sanguin de l'homme sain, et nous avons procédé par injection intraveineuse chez le lapin. La dose toxique est de 15 cm. c. par kilog. de poids de l'animal en expérience. L'injection provoque une violente agitation convulsive et la mort. Parfois l'effet immédiat consiste en une inquiétude et une résolution, qui font bientôt place aux convulsions mortelles. L'autopsie des animaux montre des ecchymoses des séreuses, des thromboses multiples, et en particulier d'importantes coagulations dans l'artère pulmonaire.

Microbes des calculs biliaires.

MM. Gilbert et Dominici. — Depuis que M. Galippe a démontré en 1886, la présence de microbes au centre des calculs biliaires, on s'est demandé quelle signification pouvait avoir cette constatation. Nous avons examiné à ce point de vue des calculs provenant de six lithiasiques. Dans deux cas de calculs récents, l'examen du centre de la concrétion montrait la présence de formes microbiennes appartenant au type du coli-bacille. Le même microbe infectait la vésicule. On sait que ce microbe est l'agent le plus fréquent des infections biliaires. A côté de lui, il faut citer le bacille d'Eberth ; il est bon de faire remarquer que la fièvre typhoïde est souvent suivie de lithiase biliaire. On peut se demander si l'invasion microbienne des voies biliaires est antérieure ou postérieure à la formation des calculs. Nous penchons vers la première opinion : l'infection déterminerait un catarrhe lithogène.

Nous avons réalisé chez le chien l'infection biliaire par les deux microbes précités, mais sans observer aucun fait comparable à l'affection lithiasique humaine.

Actions tératogènes.

M. Féré. — En expérimentant sur des œufs qui donnaient presque à coup sûr un développement régulier, j'ai constaté que l'injection de bouillon simple ou de malléine exerçait une influence empêchante légère et presque égale dans les deux cas. La tétanine agit de même. L'injection de tuberculine humaine arrête le développement dans la moitié des cas, la tuberculine aviaire dans les 4/5.

Lésions tuberculeuses.

M. Leredde. — L'action du bacille tuberculeux et de ses toxines ne se limite pas à la production des granulations typiques. Il s'ajoute encore des altérations variées, portant principalement sur les éléments épithéliaux des parenchymes, et se caractérisant par des dégénérescences graisseuse, amyloïde, ou par la nécrose de coagulation. Dans la tuberculose aiguë, on retrouve de ces nécroses épithéliales disséminées, même dans des organes où n'existent ni granulations, ni bacilles. Les lésions du foie et du rein sont dans ces conditions tout à fait comparables.

Examen des microbes du sang.

M. Vincent. — Lorsqu'il s'agit d'espèces qui ne prennent pas le Gram, l'examen est très difficile, gêné en particulier par l'élection des colorants pour l'hémoglobine. J'ai employé un procédé qui permet d'éviter les inconvénients et donne de bonnes préparations de corps en croissant du paludisme. Le sang est étendu en couche mince et uniforme, et la préparation fixée par la dessiccation simple. Puis on fait agir pendant une à deux minutes une glycérine phéno-salée comprenant : solution phéniquée forte, 6 cm. cubes, eau distillée saturée de sel marin 50, glycérine 30. On évite dans ces conditions les dépôts granuleux. Après lavage, on colore au bleu phéniqué additionné d'un peu de violet, ou au Ziehl.

M. Malassez. — J'ai employé une méthode très analogue. La lamelle desséchée est immergée dans l'alcool au tiers de Ranvier, additionné ou non d'un peu d'acide acétique. On fixe ensuite par l'acide chromique à 1 0/0 et on colore *ad libitum.*

M. Laveran. — J'avais indiqué antérieurement l'avantage de l'eau acétique légère pour mettre en évidence les corps en croissant.

Substances toxiques de l'urine.

M. Roger. — J'ai tenté la séparation de ces substances par dialyse. Puis j'injectais séparément soit l'urine, soit les substances dialysées, soit les parties restées sur le dialyseur. Une injection de 10 à 30 c.m. cubes, soit d'urine, soit d'eau contenant les substances dialysées, était sans résultat. Au contraire, une dose analogue des substances restées sur le dialyseur entraînait la narcose et la mort, dans un état hyperthermique prononcé. Les parties dialysées au contraire abaissent la température. Ainsi, la dissociation a entraîné un accroissement de toxicité. J'ai fait la contre-épreuve et vu qu'en réunissant les deux sortes de substances, on voyait de nouveau disparaître les effets toxiques. Il y a donc entre ces substances un antagonisme très positif.

Karyokinèse hépatique.

M. Hanot. — J'ai montré dans un travail antérieur comment les foies infectieux présentaient uniformément des figures karyokinétiques en pleine activité. Par opposition avec ces faits, je note aujourd'hui que le foie toxique, celui par exemple dont le type est réalisé par la cirrhose alcoolique, ne présente jamais des figures de mitose. On n'y constate que des aspects de dégénérescence. D'ailleurs, divers autres poisons expérimentaux font de même. De telle sorte qu'à ce point de vue, il y a un réel antagonisme entre le foie infectieux et le foie toxique.

M. Regaure a étudié les origines des lymphatiques de la mamelle à l'aide d'injections avec un mélange acétique et picrique additionné de nitrate d'argent. Il existe un lac lymphatique péri-lobulaire qui ne pénètre pas les acini. L'aspect est surtout bien développé dans la mamelle en lactation.

M. Giard a trouvé que la déshydratation, loin de favoriser les échanges respiratoires, entraîne un état de vie latente, pendant lequel les échanges sont moins actifs.

M. Ducamps a étudié l'action antiseptique de certaines essences sur le coli-bacille et le vibrion cholérique. L'effet varie suivant l'âge du microbe, sa nature, et diverses autres conditions.

M. Bouvier décrit les phénomènes de la mue chez certains crabes marins.

M. Téloban a observé que les spores de certaines microsporidies (la pèlerine par exemple) sont pourvues d'un filament qui les rapproche des mêmes formes observées dans les myxosporidies.

MM. Cadéac et **Guinard** ont étudié les modifications thermiques et urinaires des animaux éthyroïdés; ils ont observé que le thymus ne peut exercer ici aucune action de suppléance.

M. Lambert a observé que certains nerfs sécréteurs (corde du tympan) sont infatigables, comme le pneumo-gastrique ou les nerfs moteurs. Il insiste sur les avantages de l'excitation des points moteurs.

M. Regnard décrit un appareil servant à mesurer l'influence de l'attitude sur la respiration.

M. Lefèvre a étudié les variations de la température interne provoquées par l'action du froid.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juin 1894.

Anus contre nature.

M. Chaput résume d'abord une observation qui a été adressée à la Société par M. Mordret (Le Mans). C'est celle d'une femme de 50 ans, atteinte depuis 10 ans d'un anus contre nature consécutif à une hernie crurale étranglée. M. Mordret exécuta une incision circulaire à 4 centimètres de l'orifice; il décolla la peau et libéra l'intestin dans une étendue de un centimètre et demi. Il aviva largement les bords de l'intestin, décolla la muqueuse, l'invagina en dedans et la fixa dans cette position par des sutures à la soie fine. Il sutura ensuite, face interne contre face interne, les musculeuses avivées; un drain de sûreté fut placé dans l'intestin à la partie externe; la peau fut suturée aux crins, un autre drain fut placé sous la peau à la partie interne. La malade guérit, après avoir eu encore une fistulette stercorale.

Cette observation vient à l'appui de la doctrine que les anus cruraux sont plutôt justiciables de l'entéro-anastomose que des méthodes anciennes; en effet, la difficulté de détruire l'éperon, les applications successives d'entérome, les opérations répétées, constituent de graves inconvénients qui ne vont pas sans des risques considérables. De fait, chez cette malade, on a fait deux applications d'entérotome et trois opérations réparatrices pour fermer la fistule, et la malade a vécu dix ans avec son infirmité. Combien eût été plus avantageuse une entéro-anastomose qui l'eût guérie en une séance et sans plus de risques!

A ce propos M. Chaput indique quelques légères modifications qu'il a fait subir à la technique de l'opération de l'abrasion.

Il libère l'intestin de la paroi dans l'étendue de deux centimètres; dissèque la muqueuse sur une hauteur de un centimètre, la rabat en dedans et suture ensemble ses bords par des sutures perforantes hémostatiques, au lieu des sutures non perforantes de Denonvilliers. Il réunit ensuite les musculeuses face à face avec des fils perforants et place un drain intestinal. Sur les conseils de M. Schwartz, il ne fait pas de suture de la paroi, mais bourre seulement la plaie à l'iodoforme.

M. Chaput a terminé par des considérations sur les 35 cas d'anus contre nature que personnellement il a eus à soigner.

L'*entérotomie* est indiquée pour les anus contre nature non compliqués, c'est-à-dire bien accessibles, avec une cloison mince et longue. Avec un éperon long et mince, il est avantageux de faire la section entre deux pinces et la suture immédiate; avec un éperon long et un peu épais, il est prudent de faire la section entre deux longues pinces qu'on laisse à demeure. Avec un éperon divergent et court on peut, à la rigueur, employer l'entérotome, dont on fera des applications successives. L'entérotomie est contre-indiquée lorsque l'éperon est très épais ou inaccessible, lorsque la brèche se referme par le mécanisme des plaies angulaires, lorsqu'il s'agit d'anus cruraux avec trajet très long et très étroit, bouts rétrécis et friables. Après destruction de l'éperon, on fermera la fistule stercorale.

Les petites fistules sont justiciables de l'*entérorrhaphie latérale* avec deux étages de suture, avec ou sans ouverture du péritoine.

Les larges fistules siégeant sur une anse rectiligne peuvent être traitées, soit par la *suture par abrasion*, soit par l'*entérorrhaphie latérale avec incision losangique* pour empêcher le rétrécissement.

Pour les larges fistules à l'extrémité de deux anses perpendiculaires à la paroi, on peut employer soit l'*entérorrhaphie latérale*, soit plutôt l'*abrasion* qui rétrécit moins et n'ouvre pas le péritoine.

La *résection intestinale* est contre-indiquée d'une manière générale, à cause des difficultés de la libération de l'anse, de la souillure inévitable des mains et du péritoine, et du mauvais état des parois intestinales. Cependant lorsque, au cours d'une entérorrhaphie latérale, l'intestin friable se déchire largement, il est indiqué de réséquer les deux bouts et de les réunir ensuite par les sutures appropriées.

Lorsque l'entérotomie est contre-indiquée pour une raison quelconque, il est avantageux d'employer l'*entérorrhaphie longitudinale* sans résection. On fait une incision circulaire à la peau autour de l'anus artificiel, on entre dans le péritoine et on attire à soi les deux bouts; — on fait sur chacun d'eux une fente longitudinale dont on suture les lèvres homologues comme dans l'entérotomie de Richelot; — on ferme ensuite l'orifice terminal, soit par invagination, soit par abrasion. Cette opération est encore indiquée lorsque, au cours d'une entérorrhaphie latérale, on constate la présence d'un rétrécissement serré du bout inférieur. Elle est contre-indiquée avec un terrain friable et dans les anus cruraux (long

trajet étroit, difficultés, friabilité de l'intestin, rétrécissement des deux bouts).

L'*entéro-anastomose* suivie de ligature des deux bouts à la gaze iodoformée est formellement indiquée : 1° lorsque l'entérorrhaphie longitudinale est indiquée mais non bénigne (intestin friable, anus cruraux); 2° lorsqu'il existe un obstacle ou un rétrécissement à distance sur le bout inférieur; 3° avec une oblitération du bout inférieur ou interne de l'anus contre nature. L'entéro-anastomose peut toujours être exécutée avec facilité; elle ne comporte pas par elle-même de contre-indications.

Extirpation de l'astragale pour pied bot équin acquis.

M. Michaux fait un rapport sur une observation de M. le Dr Lafourcade (de Bayonne). Il s'agit d'une femme de 40 ans, qui se fit une fracture compliquée de la jambe gauche avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne. Elle fut soignée pendant trois mois, mais, au bout de dix mois, elle ne pouvait pas marcher et avait un pied bot équin pur, nullement creux ; le pied reposait sur la tête des métatarsiens et le talon était à dix centimètres du sol. M. Lafourcade fit l'extirpation totale de l'astragale le 10 octobre 1893, en employant la bande d'Esmarch ; mais il y avait soudure de cet os à l'extrémité tibio-péronière et on dut évider l'astragale à la gouge. La mortaise refaite, la réduction fut possible et on tamponna la plaie à la gaze iodoformée. Premier pansement au bout de dix jours. Le vingtième jour, elle faisait des mouvements, un mois après, la marche était possible. Actuellement les mouvements ont atteint une amplitude de 40° et le raccourcissement est imperceptible. M. Michaux est de l'avis de M. Lafourcade : il vaut mieux dans ces cas enlever l'astragale plutôt que d'avoir recours à des ostéotomies, à des ablations de coins osseux. Il a fait, de ce côté, une opération analogue chez un malade qui avait en outre le genou ankylosé. Il a obtenu un bon résultat pour les deux lésions, après avoir fait le redressement forcé et mobilisé le genou.

Résultats tardifs de la suture scléroticale.

M. Delens fait un rapport sur plusieurs cas de suture scléroticale envoyés par M. le Dr Fage (d'Amiens). L'auteur a conclu de ses recherches que la suture est surtout utile dans les plaies de moyenne étendue. Elle met les milieux de l'œil à l'abri de l'infection (mais à condition qu'elle soit faite de suite après l'accident), et permet d'éviter des accidents graves. D'un autre côté, la cicatrice est plus régulière, l'accident expose moins à des décollements ultérieurs de la rétine, et la guérison s'obtient plus rapidement. Malheureusement la suture, faite dans de mauvaises conditions, n'empêche pas toujours l'éclosion des accidents tardifs et l'auteur signale plusieurs faits démonstratifs.

De la suture osseuse dans les fractures simples.

M. Nélaton fait un rapport sur un travail très intéressant de M. Roux fils, (de Brignoles) ayant trait à la suture osseuse dans les cas de fractures simples. En ce qui concerne les fractures de la clavicule, M. Nélaton n'est pas de l'avis de l'auteur, qui exagère en prétendant qu'il faut toujours faire la suture pour remédier à la difformité et éviter les phénomènes de compression du côté du paquet vasculo-nerveux de l'aisselle. Pour lui, la suture ne saurait être la méthode de choix, malgré les deux beaux résultats relatés par M. Roux. Pour ce qui est des fractures des membres et en particulier des fractures de l'humérus et du fémur, M. Nélaton critique encore plus vivement les tendances de M. Roux qui préconise la suture. Il rappelle que l'appareil d'Hennequin donne d'aussi bons résultats. Par contre il appuie les conclusions de l'auteur quand celui-ci affirme qu'il faut intervenir chirurgicalement dans tous les cas de fractures fermées, irréductibles et incoercibles de la jambe ; dans presque tous ces cas, en effet, le déplacement est dû à une interposition musculaire.

Intervention pour lithiase biliaire.

M. Hartmann. — La malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société était sujette depuis neuf ans à des accès de colique hépatique sans ictère. Il y a 7 mois survint un abcès qui s'accompagna de teinte subictérique. En novembre 1893, se déclara une péritonite aiguë qui guérit, mais laissa après elle un état de crises subintrantes. En mars 1894, je l'examinai et trouvai un foie et une rate énormes. Le foie avait 17 centimètres de hauteur à la percussion. Ayant incisé sur le bord externe des muscles droits, je cherchai en vain la vésicule biliaire dans sa loge, mais à sa place je trouvai un cordon fibreux très adhérent au foie, du volume du canal déférent. L'ayant incisé je recueillis du mucus, puis de la bile. En suivant le cordon que je crois être la vésicule très rétractée, j'aboutis d'un côté sur le cholédoque d'où je délogeai un calcul, et de l'autre sur une poche que je crus être la vésicule et que j'incisai. Cette poche également adhérente au foie n'était autre que le duodénum dans lequel vraisemblablement la vésicule s'était ouverte lors de la crise de péritonite. Je rétablis le cours de la bile. Depuis l'opération il a été facile de constater le retour à leur volume normal du foie et de la rate.

Grossesse tubaire. Rupture.

M. Hartmann. — Je fus appelé dernièrement à l'hôpital Beaujon comme chirurgien de garde auprès d'une femme qui, ayant présenté un arrêt des règles depuis quelques mois, était sous le coup d'accidents péritonitiques avec métrorhagie. En présence des symptômes d'hémorrhagie interne et du siège des accidents, l'interne de garde, M. Navarro, avait porté le diagnostic de rupture d'une grossesse tubaire. Les résultats de l'intervention lui ont donné raison.

Polypes naso-pharyngiens.

M. Quénu. — Je désire présenter à la Société un malade que j'ai opéré d'un polype naso-pharyngien. Le malade ne présente actuellement aucun nasonnement. J'attribue ce résultat à ce que, contrairement à l'opinion généralement admise, j'ai restauré immédiatement le voile du palais.

Gosselin, qui était l'adversaire des restaurations immédiates, donnait comme raison de son opinion que la cicatrisation se faisait d'elle-même; que, d'autre part, il était facile de suivre la récidive. Si, malgré une opération complète, il se produit une récidive dans les formes sarcomateuses, les appareils à rhinoscopie postérieure et le toucher en rendent très suffisamment compte. Quant à la restauration tardive, outre qu'elle est difficile, elle donne souvent des résultats défectueux au point de vue du fonctionnement du voile. C'est une opération, dans ces cas, longue, tandis que la staphylorrhaphie primitive est rapidement faite. Je la simplifie encore en n'intéressant pas la luette dans la section. On évite ainsi les difficultés de son affrontement.

M. Nélaton. — Les anciens auteurs, dans l'étude du traitement des polypes naso-pharyngiens, se partageaient en deux groupes. Les uns, avec M. Verneuil, n'avaient qu'un objectif : détruire le plus possible la tumeur et abandonner la restauration à la nature. M. Verneuil, d'ailleurs, a reconnu la supériorité de l'autre méthode formulée par mon père, qui consistait à diminuer le traumatisme et à garder du jour pour surveiller la récidive.

M. Schwartz. — Chez des individus ayant dépassé 25 ans, comme c'est le cas pour le malade de M. Quénu, la récidive est peu probable. Aussi je n'hésiterais pas à faire la restauration d'emblée. J'hésiterais beaucoup plus s'il s'agissait d'un jeune homme de 15 à 20 ans.

M. Lucas-Championnière. — Le résultat obtenu par M. Quénu est de nature à nous tenter. Il est bien évident que, quant à la récidive, on peut la surveiller, après restauration du voile, grâce aux appareils d'éclairage et aux perfectionnements de l'instrumentation.

M. Quénu. — Si les anciens sont restés adversaires de la staphylorrhaphie, c'est que, par défaut d'antisepsie et peut-être aussi d'instrumentation, ils ne savaient pas la faire aboutir.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 juin 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Un nouveau cas de typhus exanthématique suivi de mort.

M. J. Comby. — Je viens d'observer dans mon service une malade de 23 ans atteinte de typhus exanthématique. Au moment de son entrée, cette malade présentait des phénomènes généraux très graves, d'aspect typhoïde et une éruption purpurique répandue sur le tronc et sur les membres, respectant la face. Les taches étaient noires, petites, rappelant pour quelques-unes les piqûres de puces.

La malade n'avait pas de diarrhée, mais, au contraire, de la constipation ; elle accusait de l'insomnie, du mal de tête. Bientôt elle fut prise de cette trémulation générale du corps dont j'avais été frappé à l'occasion d'un autre cas de typhus observé à l'hôpital Tenon.

Du côté de la poitrine quelques sibilances. Pas de délire, prostration seulement. Nous prescrivîmes les bains froids qui furent mal supportés et n'amenèrent pas la moindre détente.

Pendant dix-huit jours que la malade est restée dans le service, la température a oscillé entre 40° et 41°. Quatre fois elle a atteint ou dépassé 41°. Aucun médicament n'a pu avoir d'action sur cette hyperthermie.

Dans les derniers jours, des plaques noirâtres de sphacèle superficiel se montrèrent au niveau des talons et de la région trochantérienne droite; ces eschares ne ressemblaient pas aux eschares habituelles de la fièvre typhoïde, je les attribuai à des embolies septiques.

La malade est morte le 7 juin, après vingt-deux jours de maladie.

L'autopsie a montré l'intégrité absolue des plaques de Peyer et des follicules clos; la rate était grosse et un peu ramollie; elle pesait 328 grammes. Le foie était gras, mou, il pesait 1320 grammes.

Le poumon droit présentait, dans son lobe inférieur, une infiltration tuberculeuse que rien ne pouvait faire soupçonner. Le cœur était mou et atteint de lésions valvulaires récentes dont le diagnostic n'avait pas été fait.

La vérification anatomique plaidait contre le diagnostic de fièvre typhoïde et en faveur du typhus. Ni les lésions tuberculeuses du poumon, ni l'endocardite ne pouvaient expliquer les symptômes observés.

Il est intéressant de rappeler, à propos de cette observation, que cinq membres de la même famille ont été pris dans un espace de temps très court d'une maladie fébrile survenant brusquement et ne tardant pas à s'accompagner soit de pétéchies, soit de taches rubéoliformes.

L'enquête faite par les médecins de la préfecture a démontré qu'il y avait eu à Paris et qu'il y avait encore quelques cas de typhus. S'agit-il d'une reviviscence de l'épidémie de l'an dernier? S'agit-il d'une épidémie nouvelle ? Nous le saurons sans doute bientôt.

Sur l'anatomie pathologique de l'ostéite déformante de Paget.

MM. Gilles de la Tourette et Marinesco. — Nous avons eu récemment l'occasion de faire l'autopsie d'un homme de 49 ans qui, atteint d'ostéite déformante de Paget, succomba, ainsi qu'il arrive fréquemment, à des accidents asphyxiques. Cliniquement, entre autres particularités, cet homme offrait une hypertrophie singulière des os du crâne et de la face ; plusieurs os du crâne et du métatarse avaient doublé de volume. Il s'agissait d'un cas rappelant par certains côtés l'acromégalie. L'examen clinique des os fait par M. Catholineau, chef du laboratoire de chimie de M. le professeur Fournier, montra que la proportion des matières organiques du squelette était inférieure d'un tiers à la normale. M. Gombault, qui fit l'examen nécroscopique des os, constata les lésions de l'ostéite raréfiante. Mais les lésions véritablement particulières et non décrites jusqu'à ce jour siégeaient dans la moelle épinière. Il existait principalement dans la région dorsale une lésion visible à l'œil nu après durcissement avoisinant le sillon médian et la zone radiculaire postérieure. Il ne s'agissait pas d'une véritable sclérose ni d'une dégénérescence vraie des fibres nerveuses. Les fibres à myéline avaient disparu en quantité considérable et si le tissu de soutènement avait pris leur place on ne pouvait pas dire qu'il était manifestement sclérosé. La lésion n'en était pas moins considérable, évidente. Elle acquiert une grande importance si l'on considère qu'elle siégeait dans les environs d'une région voisine de celle du tabes et qui semble présider à la trophicité des os incomplètement touchés dans la maladie osseuse de Paget. Ajoutons que rien pendant la vie n'avait pu faire soupçonner la lésion médullaire.

M. Chauffard. — Je tiens à signaler, à propos de la maladie osseuse de Paget, un fait que je crois exceptionnel et qui nous montre une des origines possibles de cette curieuse ostéopathie. J'ai eu l'occasion de soigner dans ces dernières années deux cas de maladie de Paget chez une malade âgée actuellement de 86 ans, et chez sa fille âgée d'une soixantaine d'années. Chez ces deux malades les déformations osseuses sont absolument typiques : hypertrophie énorme et globuleuse du crâne, douleurs sourdes, pseudo-névralgiques du crâne et des profondeurs de l'orbite ; épaississement considérable et incurvation des fémurs, des tibias, des avant-bras. De plus, chez ces deux malades, état mental spécial de démence sénile chez la mère, chez la fille de demi-démence, avec radotages, inquiétude à propos de tout, amnésie presque complète. La troisième génération est une jeune femme de vingt-cinq ans, parfaitement saine comme système osseux et comme état mental.

Cette hérédité directe de la maladie osseuse de Paget est à coup sûr bien exceptionnelle. Je n'en connais pas d'autre exemple, et je la crois même niée par la majorité des auteurs qui n'ont pas eu l'occasion de l'observer.

Disparition du premier bruit cardiaque de la base et pronostic de la fièvre typhoïde.

M. Galliard lit une observation de fièvre typhoïde où la guérison s'effectua, bien qu'on ait eu à constater pendant le cours de la maladie une disparition complète du premier bruit de la base du cœur. Cette observation montre que ce signe n'a pas la valeur pronostique qu'on a voulu lui attribuer.

M. Rendu. — Sans vouloir nier la réalité parfaitement démontrée de la myocardite des états infectieux, je crois qu'on s'exagère souvent la fréquence de cette complication. A mon avis, on ne tient pas suffisamment compte des troubles de l'innervation cardiaque qui jouent très certainement un rôle important dans la symptomatologie des phénomènes cliniques. Combien de fois ne voit-on pas, au cours d'une fièvre typhoïde, la tachycardie, l'affaiblissement du pouls et de la tension artérielle, l'arhythmie survenir chez des sujets qui, quelques jours après, entrent en convalescence, récupèrent très rapidement l'énergie de leurs contractions ventriculaires et dont le cœur se remet à fonctionner sans aucune défaillance? Il me paraît probable que dans ces cas l'affaiblissement de l'influx nerveux et la parésie du pneumogastrique interviennent au moins autant que les altérations de structure de la fibre musculaire et que l'on n'est pas fondé à diagnostiquer la myocardite dès que survient le collapsus cardiaque.

Pouls lent permanent.

M. Hanot rapporte une observation de pouls lent permanent avec attaques épileptiformes, suivi de mort. A l'autopsie on trouva des lésions artérielles diffuses et surtout des altérations des vaisseaux du cervelet. L'auteur signale cette prédominance des lésions, laissant à l'avenir le soin de décider si elles jouent un rôle prépondérant dans la pathogénie du pouls lent permanent.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 15 juin 1894.

Artères utérines et utéro-ovariennes.

M. Souligoux a injecté les vaisseaux des organes génitaux internes d'une femme morte d'urémie, il a constaté que les artères utéro-ovariennes étaient de très petit diamètre, comparées aux artères utérines; en revanche, les plaques veineuses sont très abondantes et volumineuses dans le voisinage de l'artère ovarienne ; or, c'est un nouveau cas que

M. Souligoux constate, car il en a déjà observé de semblables, contrairement aux auteurs des traités d'anatomie qui décrivent l'artère ovarienne de volume supérieur, sinon égal à l'artère utérine.

Tumeur maligne de la prostate. Dégénérescence ganglionnaire. — Volumineux ganglion ayant simulé une hernie inguinale.

M. Dufour présente les pièces d'un homme entré dans le service de M. Périer à Lariboisière, avec des symptômes d'occlusion intestinale. Comme il existait une tumeur à la région inguinale, on diagnostiqua hernie inguinale étranglée, et M. Lejars se proposa d'intervenir chirurgicalement. Dans les premiers temps de l'opération, on pensa qu'il s'agissait d'une ancienne épiplocèle irréductible; mais peu à peu, on vit que la tumeur était facilement énucléable et, à la coupe, on dut constater qu'on avait extirpé une tumeur ganglionnaire, qui ne pouvait être la cause de l'occlusion intestinale. On remit à quelques heures la création d'un anus iliaque, ne voulant pas laisser plus longtemps le malade sous le chloroforme; les phénomènes d'occlusion persistèrent, mais l'état de l'opéré fit rejeter toute nouvelle intervention. A l'autopsie, on trouve un cancer de la prostate; la vessie est dilatée, mais non atteinte par le néoplasme; en revanche, tous les ganglions des régions iliaques et lombaires sont dégénérés jusqu'au diaphragme ainsi qu'un ganglion sous-claviculaire gauche.

Kystes du cordon et sacs herniaires.

M. Delanglade présente douze pièces sèches et différents dessins pouvant servir à l'étude des kystes du cordon et du canal de Nück, dans leurs rapports avec les sacs herniaires. Ces pièces proviennent d'opérations faites par M. Broca à l'hôpital Trousseau. On peut y constater que, dans les cas de superposition, le sac herniaire est postérieur au kyste, dans les cas de chevauchement, la partie supérieure du kyste est toujours antérieure. M. Broca pense qu'on a dû ainsi diagnostiquer pour hygromas préherniaires de simples kystes du cordon. Dans un cas, on trouve un diverticule dans l'intérieur même du kyste. Enfin, dans d'autres cas, le kyste ou les kystes sont inférieurs à la hernie et reliés au sac par le cordon de Cloquet que l'on peut toujours reconnaître, malgré ses grandes variétés de longueur et de consistance : il est toujours inextensible, d'où son importance pour la formation des hernies.

Hématome splénique. — Thromboses du système porte.

MM. Baussenat et Péron ont observé dans le service de M. Letulle un homme, alcoolique et syphilitique, nullement paludéen, présentant quelques symptômes péritonéaux, qui firent songer à de l'appendicite. M. Monod lui fit une laparotomie explorative, trouva la région cæcale en bon état, mais sur le trajet de l'intestin grêle, il vit une anse intestinale de couleur violacée, avec plaques verdâtres et fausses membranes; comme les lésions étaient mal limitées, que les vaisseaux mésentériques paraissaient en mauvais état, on referma le ventre et le malade mourut quelques heures après l'opération. On ensemença pendant l'opération même le contenu des vaisseaux mésentériques, et on n'obtint aucune culture. A l'autopsie, on retrouva sur l'intestin les mêmes lésions extérieures que celles constatées pendant l'opération; à l'intérieur, la muqueuse paraissait normale; au rectum, il existait quelques hémorrhoïdes. En maint endroit, on voyait les veines des systèmes petite et grande mésaraïque thrombosées: dans la rate, la section révéla la présence d'un hématome du volume du poing, sans enkystement. La veine porte, les veines pancréatiques, spléniques, cystiques, quelques veines des espaces porte dans le foie étaient également thrombosées. Il est difficile de définir la nature de cette pyléphlébite. M. Cornil pense que le point de départ est l'hématome de la rate.

Inconvénients du bouton de Murphy.

M. Lenoble répète devant la Société les expériences qu'il a faites dans le laboratoire avec M. Chaput pour contrôler la difficulté qu'éprouve le bouton de Murphy à s'acheminer vers le cæcum : dans la partie supérieure de l'intestin grêle, le corps étranger progresse facilement, mais dans la dernière partie de l'iléon, il s'arrête et l'insufflation est insuffisante pour empêcher son arrêt. Le bouton mesure environ 89 millimètres dans son grand diamètre, et l'intestin a un diamètre de 91 millimètres : ce sont les valvules conniventes, comme le montre une pièce sèche préparée par M. Chaput, qui, par leur disposition circulaire dans la dernière partie de l'iléon, forment diaphragme et par conséquent obstacle à la progression. On doit donc en conclure que le bouton de Murphy est de dimension trop forte et qu'il faut diminuer ses diamètres pour l'employer sans crainte d'accidents dans la cholécysto-entérostomie.

Ostéite tuberculeuse et exostoses.

M. Pasteau a recueilli les fragments osseux réséqués au genou d'une femme âgée de 27 ans, par M. Lejars à la Pitié. On a constaté que les lésions tuberculeuses étaient plus manifestes sur les plateaux du tibia qu'aux condyles du fémur; les surfaces osseuses étaient assez irrégulières, et il existait à la partie postéro-interne du condyle externe du fémur une exostose du volume d'une cerise. C'est un nouveau cas d'exostose coexistant avec une tumeur blanche, voire avec des lésions tuberculeuses.

Tuberculose du cæcum.

M. Marie présente le cæcum d'une femme âgée de 39 ans, entrée à l'hôpital pour symptômes péritonéaux qui firent diagnostiquer un cancer du cæcum, à cause du siège des douleurs et de la présence d'une tumeur du volume du poing. Après laparotomie explorative et anus contre nature, la malade mourut. L'autopsie ne révéla aucune lésion tuberculeuse dans les différents organes. La région du cæcum présentait une masse dure dans laquelle venait se terminer l'intestin grêle; cette tumeur n'adhérait pas aux régions voisines; en la sectionnant on voyait qu'il s'agissait du cæcum dont les parois étaient considérablement épaissies; la valvule de Bauhin était en partie détruite; enfin il existait sur la muqueuse intestinale des végétations polypiformes. Au microscope on trouva des tubercules dans les parois du cæcum, dans la valvule, dans les parois de l'intestin grêle.

Tumeurs kystiques du corps de l'utérus.

M. Maunoury a observé une jeune fille de 18 ans qui présentait à chaque période menstruelle d'abondantes métrorrhagies. L'utérus était volumineux, remontait jusqu'à l'ombilic. En présence de ces troubles fonctionnels, la laparotomie fut décidée dans le but de faire une castration, devant diminuer la valeur de ces pertes de sang. Après l'ouverture du ventre, la tumeur paraissant facile à pédiculiser, on se proposa d'en faire l'ablation. Lorsqu'on examina ensuite les pièces, on vit qu'il existait dans l'intérieur du muscle utérin une cavité contenant plusieurs poches kystiques de volumes variables depuis la grosseur d'une amande jusqu'au volume d'une tête de fœtus ; le liquide que contenaient ces kystes était clair ou louche, de consistance mucoïde. Les deux ovaires étaient kystiques et il y avait un petit kyste d'une frange salpingée à droite.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

Séance du 7 juin 1894.

Présidence de M. de Beauvais.

De quelques accidents causés par certains antiseptiques administrés à l'intérieur.

M. Dignat, après avoir rappelé que l'antisepsie interne est très souvent sans résultats avantageux, relate certains cas dans lesquels des antiseptiques regardés comme absolument sans dangers, ont donné lieu à des accidents, parfois assez sérieux.

Le premier cas qu'il cite est celui d'un homme de 42 ans, auquel il avait prescrit des cachets de salol de 0 gr. 50 chacun. Au bout de quelques jours ce malade le fit appeler, se plaignant d'une anurie complète avec douleurs lombaires très pénibles.

Sous l'influence du repos, d'une révulsion énergique à la région lombaire, les accidents disparurent au bout de 24 heures.

Huit jours plus tard, le même sujet éprouva de nouveau des accidents semblables aux premiers et qui cédèrent au même traitement. Or, on ne trouvait chez cet homme aucune cause d'anurie. C'est le malade lui-même qui éclaira M. Dignat sur la pathogénie de son mal; il fit remarquer que les deux crises d'anurie avaient succédé à deux tentatives d'absorption des cachets de salol. Le malade avait raison, ajoute M. Dignat, car il suffit de cesser l'usage du salol, toutes les autres conditions restant les mêmes, pour que les accidents d'anurie ne se reproduisissent plus.

Le second cas est celui d'un homme de trente ans qui prenait chaque jour deux grammes de salol en deux cachets. Quelques jours après avoir commencé ce traitement, le malade se plaignit d'uriner moins. Les jours suivants les urines devinrent de plus en plus rares; enfin, quelques jours plus tard, il y eut anurie avec douleurs lombaires. Il suffit de cesser le salol pour voir tous les accidents disparaître.

Ces deux observations montrent que chez certains sujets, le salol, même administré à doses moyennes, peut déterminer de la congestion rénale.

Le gaïacol peut produire des accidents rénaux du même genre. A l'appui de cette assertion, M. Dignat cite l'observation d'une tuberculeuse soignée par les injections hypodermiques de gaïacol : après la troisième injection, cette femme constata la diminution de ses urines avec douleurs lombaires. Ces accidents se reproduisirent après chaque injection (celles-ci étaient pratiquées tous les quatre jours). On cessa les injections; les accidents ne se reproduisirent plus.

Comme conclusion, M. Dignat prétend qu'il faut se méfier de bien des antiseptiques administrés à l'intérieur.

M. Tolédano. — M. Dignat a observé des malades particulièrement sensibles au salol ou au gaïacol, mais cela n'a rien à faire avec l'antisepsie interne. Est-ce un antiseptique que l'iodure de potassium que certains sujets ne peuvent jamais tolérer ?

M. Tison. — Les malades de M. Dignat urinaient peu, c'est probablement cela qui a facilité l'intoxication chez eux.

M. Dignat. — Mes malades n'avaient pas d'insuffisance urinaire avant de prendre les substance dont j'ai parlé. Ce sont ces substances qui ont elles-mêmes et directement provoqué l'anurie, à titre de phénomène toxique.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON.

Séance du 28 mai 1894.

Sur l'innervation du pancréas.

M. Morat. — J'ai proposé d'étudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion du suc pancréatique (sécrétion externe du pancréas), Il faut agir de préférence sur un animal en digestion. La sécrétion est dérivée par une fistule extemporanée de la glande et sa quantité est estimée en comptant les gouttes du liquide qui tombent dans un temps donné. Ces quantités sont enregistrées en les portant sur un cylindre tournant de manière à dresser dans chaque condition particulière un tracé rhéographique de la sécrétion.

Le schème anatomique des nerfs du pancréas reproduit assez exactement celui des nerfs du cœur et on peut ajouter celui des nerfs du foie et de l'intestin. Ce sont des branches du sympathique (nerfs splanchniques) et du pneumogastrique qui convergent vers un plexus ganglionnaire d'où ils se répandent plus ou moins mélangés ou modifiés dans la glande.

Voici les résultats : La section des deux pneumogastriques amoindrit considérablement la sécrétion ou la fait cesser.

L'excitation du bout inférieur des pneumogastriques donne à cette sécrétion une activité très considérable qui s'accuse par la précipitation des gouttes de liquide sécrété. Cette accélération met un certain temps à s'établir; et ce n'est également qu'au bout d'un certain temps qu'elle cesse de s'accuser. La sécrétion revient d'abord à son taux normal, puis, si l'excitation a été un peu forte et prolongée, elle tombe pendant quelque temps au-dessous de ce taux et finit par y revenir en dernier lieu. Il y a là une inversion d'effet qui, pour n'être pas toujours bien accusée, se produit néanmoins le plus souvent dans les conditions précitées.

L'excitation du bout inférieur du grand splanchnique a les effets suivants : Dans les premiers moments, légère accélération de la sécrétion; puis, quand celle-ci se prolonge, les gouttes se ralentissent notablement, et cet état de dépression persiste assez longtemps après la cessation de l'excitation.

Si pendant le cours d'une excitation de longue durée du vague on vient à exciter intercurremment le splanchnique, la sécrétion s'arrête pour reprendre dès qu'on cesse d'exciter ce nerf.

Si, enfin, on excite le splanchnique de cette façon prolongée et qu'on intercale à un moment donné une excitation du vague, la sécrétion tarie ne reparaît pas par l'action de ce nerf.

En envisageant ces effets dans leur ensemble et sans entrer dans le mécanisme probablement complexe et délicat de leur production, on peut conclure que la sécrétion pancréatique est gouvernée par des nerfs, que les uns l'excitent et que les autres la dépriment. Les nerfs excitateurs sont surtout contenus dans le pneumogastrique; les nerfs dépresseurs surtout dans le splanchnique.

C'est la réalisation du schème physiologique de l'innervation gastro-intestinale ou le schème physiologique inverse de l'innervation du cœur.

Pendant qu'on influence de la sorte la sécrétion externe du pancréas, on peut se demander si la sécrétion interne qu'on suppose exister (d'après les effets de l'ablation du pancréas) subit des modifications parallèles et quels rapports elle peut présenter avec la formation et l'expulsion du suc pancréatique. Là-dessus, l'expérience seule peut décider en dernier ressort; mais il y a néanmoins des chances pour que la *sécrétion dite interne* ne soit qu'une modalité et, si l'on peut dire, l'une des faces de la sécrétion totale, l'un des résultats complexes de l'activité de la glande. Il ne faut pas oublier que, jusqu'à ces dernières années, on a cherché des nerfs thermiques en dehors des nerfs moteurs eux-mêmes, sans se douter qu'ils se confondent absolument avec ces derniers ; la chaleur est, si je puis me servir encore de la même comparaison, comme la face interne du phénomène physiologique de la contraction musculaire dont le déplacement et la déformation visible seraient le phénomène extérieur. En ce qui concerne la glande pancréatique, une explication de ce genre a pour elle autant de chance d'exactitude que celle qui suppose deux glandes distinctes juxtaposées, gouvernées par les mêmes nerfs ou par les nerfs précédents.

Nouvelles recherches sur le virus de la péripneumonie contagieuse.

M. Arloing fait une communication sur le virus de la péri-pneumonie bovine. On lui a contesté à diverses reprises la nature spécifique du microbe qu'il a décrit sous le nom de *pneumobacillus liquefaciens bovis* en se basant sur ce qu'il y avait d'inconciliable entre la rareté relative de ce microbe dans les lésions et l'extrême virulence attribuée à la sérosité de ces dernières.

M. Arloing a soutenu, au contraire, que la virulence était généralement exagérée dans le monde vétérinaire, et que, pour son compte, il a toujours trouvé une relation entre cette virulence et la rareté, ainsi que la distribution irrégulière des microbes dans les lésions péri-pneumoniques.

Pour donner plus de poids à son opinion et se mettre à l'abri des causes d'erreur, il a pratiqué ici et fait pratiquer à Paris dans des conditions différentes une série de nouvelles inoculations de sérosités virulentes dans le tissu conjonctif sous-cutané sur le bœuf.

Onze inoculations ont été faites depuis novembre 1893, avec des doses variant de 2 à 10 gouttes, et sur ces onze inoculations, une seule a été fructueuse; elle a été faite à Paris avec 5 gouttes prises dans la sérosité de l'hépatisation.

Voilà qui prouve déjà que le virus péri-pneumonique n'est pas très facilement inoculable, et si on se bornait à prendre au hasard un peu de ce liquide de-ci de-là, on aurait maints insuccès; il faut semer assez abondamment pour trouver sûrement le germe souche.

M. Nocard, rappelant les tentatives infructueuses de cultures faites par MM. Pasteur, Thuilier, Roux et lui-même, d'une part, insistant, d'autre part, sur l'extrême virulence

de la sérosité, avait avoué que probablement le virus péripneumonique n'est pas constitué par un microbe ordinaire comme ceux que nous savons colorer et cultiver.

Pour répondre à cette objection, M. Arloing a repris la question *ab ovo*, supposant qu'il n'avait rien dit encore sur le pneumo-bacille, et s'est proposé de chercher si la virulence de la sérosité augmenterait en la mettant en incubation à une température eugénésique. Or, le résultat a été conforme à ses espérances. M. Arloing a fait deux séries parallèles d'inoculations sous-cutanées avec de la sérosité pulmonaire conservée à la glacière et de la sérosité mise en incubation à 35° plus ou moins longtemps.

Les effets étaient plus marqués avec les sérosités mises en incubation et d'autant plus que l'incubation avait duré plus longtemps. Ces effets sont représentés par des photographies ou des aquarelles que M. Arloing fait passer sous les yeux de la Société.

Tout cela montre bien en résumé que le virus de la péripneumonie se comporte bien à la façon des microbes connus, et qu'il n'y a rien là qui puisse faire penser à un agent d'allures inconnues et insolites.

Rochet.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DERMATOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 13 *mars* 1894.

Pityriasis rubra.

M. Peter. — On sait que, d'après M. Jadasson, on rencontrerait souvent des lésions tuberculeuses dans les cas de pityriasis rubra. M. Peter a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu atteint de pityriasis rubra et ne trouva pas de lésions tuberculeuses.

L'autre cas qu'il a observé se rapporte à un malade de la clinique de Lassar. L'affection a débuté chez ce malade sous forme de squames du cuir chevelu, puis parurent les taches roses à squames, d'abord sur le thorax, l'abdomen, puis sur tout le corps. L'affection qui avait résisté à tous les traitements topiques, se généralisa brusquement, de façon à ne laisser intactes que les paupières et les fesses. Actuellement, quand on examine le malade, on trouve la peau rouge foncé, tendue, luisante, couverte par places de squames lamelleuses. La lésion n'est nulle part suintante. Les ganglions lymphatiques superficiels sont tuméfiés. Pas de signes de tuberculose; pas de modification du côté des muqueuses. Rien dans les urines.

M. Lassar fait observer que l'insuccès du traitement indifférent plaide contre l'idée d'une dermatite artificielle et que l'adénopathie n'est survenue chez ce malade que secondairement.

M. Isaac reste toujours réservé quand il s'agit du diagnostic de pityriasis rubra. Les cas publiés avec ce diagnostic ont été presque toujours reconnus comme appartenant à une autre affection, et pour Neumann en particulier, il s'agirait là d'une dermatite exfoliatrice.

M. Peter croit devoir rappeler que ses recherches anatomiques ont démontré l'autonomie du pityriasis rubra.

M. Glænzer fait savoir que le malade en question a été traité, à la clinique de Ledermann, pour un psoriasis, par la chrysorabine. Il survint une dermatite généralisée et le malade quitta la clinique.

M. Lassar. — La chrysorabine agit bien sur le psoriasis; l'insuccès de ce traitement montre par conséquent que le malade n'était pas atteint de psoriasis.

Syphilis articulaire.

M. Rosenthal a fréquemment observé des affections pseudo articulaires pendant la période secondaire de la syphilis, c'est-à-dire pendant le stade d'éruptions. Les articulations sont moins prises que les muscles, les tendons et les nerfs. La pression sur le tendon rotulien est très douloureuse. Le genou est plus souvent pris que le coude. L'affection est le plus souvent mono-articulaire.

M. Renvers considère comme très importante la connaissance des arthropathies qui surviennent pendant la période secondaire. Récemment encore, il en a observé 2 cas. Dans le premier, il s'agissait d'un syphilitique récent, insuffisamment traité, qui fut pris d'une polyarthrite. L'existence des plaques muqueuses de la région anale facilita le diagnostic, et l'arthrite disparut sous l'influence des frictions mercurielles. Chez le second malade, l'arthrite du genou et du poignet survint pendant la période éruptive et fut accompagnée d'une fièvre de 39°4. Guérison rapide par le traitement spécifique.

M. Saalfeld avait traité sans succès, avec du baume du Pérou, un malade atteint d'un exanthème prurigineux. A un moment, il survint des douleurs articulaires faisant penser à du purpura rhumatismal. On donna de l'iodure de potassium qui amena une amélioration considérable. On ordonna alors des frictions mercurielles qui furent suivies d'une guérison radicale.

M. Isaac a eu l'occasion d'observer 3 cas de syphilis articulaire qui ont tous guéri par le traitement spécifique. Chez la première malade, il existait encore des plaques muqueuses dans la gorge, quand elle fut prise d'arthrite du genou et de l'épaule. Chez le second, l'arthrite spécifique put être diagnostiquée, grâce à la présence de deux gommes dans l'épaisseur du triceps sural.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Séance du 12 *juin* 1894.

Tachycardie et cardialgie consécutives à l'influenza.

M. Sansom. — J'ai 100 observations de douleurs cardiaques ou de troubles du rhythme cardiaque consécutifs à l'influenza; dans 23 cas il y eut de la cardialgie, dans 37 cas de la tachycardie; dans 25 cas de l'arhythmie; dans 5 cas de la bradycardie et dans 10 cas une affection organique du cœur. La douleur siégeait dans la région cardiaque et était quelquefois paroxystique, d'autres fois plus ou mois prolongée. La douleur paroxystique rappela dans certains cas l'angine de poitrine. Dans certains cas elle survint brusquement et fut assez intense pour faire perdre connaissance aux malades. Quelquefois les battements du cœur étaient perçus douloureusement par les malades. Il y avait, chez certains, des points douloureux à la pression au niveau des espaces intercostaux près du sternum, et des signes de névrite. Du reste, il s'agissait là peut-être d'une névrite des ganglions du plexus cardiaque. La quinine, la morphine, les bromures, les iodures sont les meilleurs agents pour traiter cette affection. Un courant galvanique faible appliqué au niveau du cou dans la région du vague a aussi donné de bons résultats. La tachycardie est le trouble cardiaque le plus souvent produit par l'influenza. Elle peut apparaître aussitôt après l'influenza ou plusieurs mois après; elle peut se prolonger pendant 18 mois. Cette tachycardie consécutive à l'influenza peut s'accompagner de tous les symptômes de la maladie de Graves. Il est probable que cette tachycardie est due à un trouble portant sur l'origine des nerfs vagues. Peut-être aussi ces troubles portent-ils sur les origines des nerfs accélérateurs dans la moelle ou les ganglions, irritant en même temps les filets nerveux qui président à la sécrétion du corps thyroïde. Dans cette affection seuls les courants galvaniques au cou donnent quelque résultat.

M. Althaus. — Au début de ces accidents le salicylate de

soude donne de bons résultats; plus tard il faut recourir à une combinaison de phénacétine et de caféine. On emploiera aussi les courants continus d'un milliampère. Quant à la cause de la tachycardie, bien qu'on puisse incriminer une névrite périphérique, je crois qu'il faut plutôt la chercher dans un trouble des centres cardiaque et vaso-moteur du bulbe. Je n'ai jamais observé de vomissements dans ces cas et il devrait y en avoir s'il s'agissait d'une névrite périphérique du vague. J'ai observé de la polyurie, de la glycosurie, de l'albuminurie, ce qui indique plutôt une lésion de la moelle allongée. Quant à ce qui a trait à la maladie de Graves, les médecins français en font généralement une névrose sans substratum anatomique; au contraire les Allemands y voient un trouble de nutrition du corps thyroïde. Pour moi j'en fais une maladie organique de la moelle allongée. On sait en effet que chez les animaux, si on lèse les corps restiformes, la maladie de Graves apparaît; de plus, des autopsies faites chez l'homme ont prouvé l'existence de dégénérescences de diverses parties de la moelle allongée. Je n'ai jamais vu un seul cas de guérison de la maladie de Graves; la mortalité de cette affection est du reste très élevée, puisqu'elle atteint 50 0/0. Chez certains sujets atteints de cette maladie survient une mort subite qui paraît être due à un trouble du centre cardiaque médullaire.

M. Powell. — Chez les sujets qui ont présenté des complications cardiaques peu après une influenza, j'ai trouvé une augmentation énorme de l'urée. Il s'écoule quelquefois un temps considérable entre l'influenza et les complications nerveuses qu'elle entraîne; la même chose du reste peut avoir lieu dans la diphthérie.

M. Williams. — J'ai vu la tachycardie ou le ralentissement des battements du cœur survenir souvent longtemps après l'influenza. M. Sansom attribue ces complications à une névrite des ganglions cardiaques. Pour ma part, je n'ai jamais observé, à la suite de l'influenza, d'autres névroses, comme l'asthme spasmodique, par exemple. Et cependant on devrait les voir apparaître si les ganglions étaient pris. Si l'influenza était surtout une névrose, on aurait de la peine à expliquer les divers phénomènes qu'on peut observer : pneumonie, abcès du poumon, etc. Je crois que la toxine de l'influenza est un poison général qui présente une tendance spéciale à porter son action sur le système nerveux.

M. Sansom. — Tout le monde semble admettre que ces complications de l'influenza sont dues à des troubles du système nerveux central. Je croirais même qu'il s'agirait là de très petites hémorrhagies, que ces hémorrhagies se produisent dans la région d'origine du vague, ou à de la tachycardie; si elles se produisent plus bas, on a de la bradycardie et de l'arhythmie.

Acanthosis nigricans.

M. Malcolm. — Une femme de 35 ans, que je vous présente ici, est entrée à l'hôpital le 15 février 1894. Elle avait des plaques décolorées disséminées sur la peau, et en divers points elle présentait des saillies verruqueuses. Un an avant l'apparition de cette affection, ses règles étaient devenues irrégulières et très abondantes. En octobre 1893, la peau devint bronzée sur la partie supérieure du corps, des verrues apparurent par groupes sur les mains, les aisselles, au niveau de l'ombilic. Des taches noires apparurent, surtout dans les régions occupées par les verrues. La malade maigrit, mais ne présenta pas de fièvre. La peau devint rude sur tout le corps; les plis de la peau étaient exagérés, notamment au niveau du cou et des mains; il y avait au niveau du cou, des aisselles, des creux poplités, des coudes, des bandes noirâtres. Les verrues présentaient des crevasses laissant écouler un liquide purulent. Il y avait de ces verrues dans les conduits auditifs et la malade était presque sourde. Les muqueuses de la bouche et du vagin étaient sèches, fissurées, couvertes de petites verrues. Ces verrues avaient une structure de papillome. Il semble bien qu'il s'agit là de l'affection à laquelle Unna a donné le nom d'*acanthosis nigricans*.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séances des 6 et 15 juin 1894.

Traitement de la fièvre typhoïde par les cultures stérilisées de bacille pyocyanique.

M. Kraus a repris les expériences de Rumpf et E. Frænkel sur le traitement de la fièvre typhoïde par les cultures stérilisées du bacille pyocyanique. Les expériences ont été faites avec des cultures de bacilles pyocyaniques vieilles de trois jours et stérilisées par l'échauffement à 60° continué pendant 20 minutes.

Le nombre de malades injectés avec ces cultures a été de 12, dont l'âge variait entre 18 et 33 ans. C'étaient des typhiques abdominaux pris assez gravement, mais sans complications particulières. Les injections étaient commencées au milieu du second et continuées jusqu'à la fin du troisième septenaire. Sur ces 12 malades, 10 guérirent et 2 ont succombé à leur fièvre typhoïde.

Quant à l'influence de ces injections sur la marche de la fièvre typhoïde, on a pu constater que l'évolution de la dothiénentérie n'était modifiée en rien. Roséole, tuméfaction de la rate, diarrhée, ont présenté chez ces malades les mêmes caractères que chez les typhiques traités d'une autre façon. Dans trois cas, les injections ont paru modérer un peu la fièvre. L'amélioration extraordinaire de l'état général sur laquelle Rumpf et Frænkel ont insisté d'une façon toute particulière, n'a pas été très frappante.

L'autopsie des deux typhiques, qui ont succombé malgré ce traitement continué d'une façon méthodique, a montré que les injections pyocyaniques ne modifiaient en rien la lésion anatomique de la fièvre typhoïde et n'exerçaient aucune action bactéricide sur le bacille.

Pied de madura.

M. Paltauf. — Sous le nom de madura on comprend une affection très fréquente aux Indes et caractérisée par une tuméfaction de la peau et des parties molles des pieds et plus rarement des mains, tuméfaction qui aboutit à la gangrène des parties molles et des os. On distingue à cette affection deux variétés, une blanche et une noire, suivant que les sécrétions des parties gangrénées renferment des granulations blanches ou noirâtres. Sur une pièce de ce genre que M. Paltauf a eu l'occasion d'examiner, il a pu constater que les granulations en question sont formées par des champignons radiés. M. Paltauf ne croit pourtant pas qu'il s'agisse là d'actinomycose.

Trépanation fruste du crâne suivie de guérison.

M. von Hacker a rapporté l'histoire d'une fille de 13 ans qui, au cours d'une otite suppurée moyenne, fut prise de tous les symptômes d'un abcès du cerveau : céphalalgie du côté gauche, vertiges, somnolence, ralentissement du pouls, convulsions, etc. M. v. Hacker fit la trépanation au niveau de la région temporale, puis ne trouvant rien fit une brèche à la région occipitale, afin de pouvoir examiner les lobes temporal, occipital et le cervelet. Toutes ces parties ayant été trouvées saines, on ferma la plaie. Une amélioration manifeste survint dès le lendemain et la malade finit par guérir.

Pour M. v. Hacker, la guérison peut s'expliquer de deux façons : soit par la diminution de la pression intra-cérébrale après évacuation d'une quantité de liquide céphalo-rachidien; soit par l'hypothèse d'une méningite au début coupée par l'intervention.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 26 — 27 JUIN 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 2 au 7 juillet 1894.

Mercredi 4. — M. Mermillod. Contribution à l'étude du traumatisme expérimental sur la région trochantérienne. Essai sur le mécanisme de la production de la fracture spiroïde sous-trochantérienne. — M. Branere. Du traitement des grands écrasements des membres. — M. Debled. Contribution à l'étude du curettage de l'utérus. — M. Etchepare. Des abcès ischiorectaux. — M. Desbonnet. Du développement de l'épithéliome sur le lupus. — M. Beaudonnet. Contribution à l'étude des manifestations oculaires dans l'érythème polymorphe. — M. Dluski. Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. — M. Narboni. Considérations sur les récidives de la fièvre typhoïde. — M. Herzemberg. Contribution à l'étude du mal de Pott. — M. Gotchbaum. Evolution du rétrécissement mitral basée sur la modification des signes physiques. — M. Welti. Contribution à l'étude de la cause de mort après les brûlures étendues sur la peau.

Jeudi 5. — M. Poreaux. Contribution à l'étude du traitement médico-chirurgical du tétanos. — M. Cossin. Contribution à l'étude de la torsion du cordon spermatique avec gangrène consécutive du testicule. — M. Berthelin. Essai sur l'hydrocèle de la femme. — M. Sauvage. Des hernies de l'appendice vermiculaire. Appendicite herniaire. — M. Thelliez. Considérations sur le traitement de l'ostéomyélite des os longs. — M. Deffains. Etude clinique et thérapeutique sur les kystes du mésentère. — M. Mahe. Essai sur le traitement de la maladie d'Addison. — M. de Martigny. De la blennorrhagie et de son traitement par les lavages vésicaux, sans sonde, au permanganate de potasse. — M. Pinesse. Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes par la laparotomie pour salpingo-ovarite. — M. Camus. Recherches sur les causes de la circulation lymphatique. — M. Clergue. Considérations sur la dernière épidémie de fièvre typhoïde à l'hôpital Bichat et sur le traitement par les bains froids. — Mme Bonnier. De la nécessité de l'examen bactériologique dans les angines diphthériques.

Vendredi 6. — M. Capela. Traitement de la névralgie rebelle de la deuxième branche du nerf trijumeau par la neurectomie centrale. — M. Mahe. Sur les plaies simultanées de l'artère et de la veine fémorales. — M. Le Branchu. De la nature infectieuse des phlébites. De la phlébite variqueuse. — M. Radier. Contribution à l'étude des déchirures du périnée et de leur traitement primitif.

Samedi 8. — M. Arren. Essai sur les capsules surrénales. — M. Sourlangas. Etude sur Hippocrate, son œuvre, ses idées sur l'infection; ses moyens antiseptiques. — M. Augerant. Les grands lavages de l'intestin. Etude historique, critique et expérimentale. — M. Encausse. L'anatomie philosophique et ses divisions, précédée d'un essai de classification méthodique des sciences anatomiques.

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Ont été promus :
Au grade de commandeur, M. Ollier.
Au grade d'officier, M. Lortet, doyen de la Faculté de médecine.
Au grade de chevalier, M. Bron et MM. Salaun et Bergeret (marine).

Le samedi 7 juillet prochain, à 4 heures précises, à l'hospice de la Salpêtrière, la Société médico-psychologique inaugurera solennellement les bustes des deux illustres aliénistes Baillarger et Jean Pierre Falret.

Facultés de médecine. — *Concours d'agrégation.* — Il sera ouvert à Paris, en 1894-1895, des concours pour 50 places d'agrégés à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine ci-après désignées : Pathologie interne et médecine légale : Paris, 5; Bordeaux, 2; Lille, 2; Lyon, 2; Montpellier, 2; Nancy, 2; Toulouse, 2. — Pathologie externe : Paris, 3; Bordeaux, 2; Lyon, 2; Montpellier, 1; Nancy, 1; Toulouse, 1. — Accouchements : Paris, 1; Lille, 1; Montpellier, 2; Nancy, 1. — Anatomie : Paris, 1; Bordeaux, 1; Lyon, 1; Montpellier, 1; Nancy, 1; Toulouse, 1. — Physiologie : Bordeaux, 1; Lyon, 1; Nancy, 1. — Histoire naturelle : Bordeaux, 1; Montpellier, 1; Nancy, 1. — Physique : Nancy, 1. — Chimie et toxicologie : Paris, 1; Lyon, 2; Toulouse, 1. — Pharmacie : Lyon, 1. — Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : le 17 décembre 1894 pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale); le 4 mars 1895 pour la section de chirurgie et accouchements; le 20 mai 1895 pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques. Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

RHINOLOGIE

Traitement du coryza chronique simple,
par M. le Dr Marcel Lermoyez, médecin des hôpitaux (1).

La première indication du traitement de cette affection si fréquente consiste à débarrasser les fosses nasales des mucosités qui les encombrent; dans les cas légers, cela suffit à amener la guérison; dans les cas tenaces, ce nettoyage procure un grand soulagement momentané, en rendant au malade la liberté de sa respiration nasale; c'est, de plus, le préambule obligé de toute application topique faite sur la muqueuse.

Pour déblayer le nez, il est de nombreux moyens; un seul doit être autant que possible interdit, l'acte de se moucher, car, pour arriver à expulser ainsi les mucosités visqueuses qui encombrent son nez, le malade fait souvent des efforts considérables qui augmentent l'hyperhémie nasale et éternisent le coryza.

Deux méthodes de nettoyage du nez sont employées : la douche sèche et le lavage.

La douche sèche, moins usitée, n'est guère recommandée que par les auristes, très familiarisés avec la poire à air. L'embout de la poire est introduit dans une narine; et, poussé par elle, l'air, chassant devant lui les mucosités, ressort par l'autre narine, si pendant ce temps l'émission de la voyelle A a maintenu le voile relevé.

Le lavage du nez est un procédé beaucoup plus répandu, et dont on abuse même. Deux choses ici méritent considération : d'abord, la *technique* même de l'opération; ensuite, la *nature des solutions* à employer.

Le siphon classique de Weber est peu utilisé dans les cliniques viennoises; on s'y sert d'un simple vase à injection, accroché au mur, d'où part un tube de caoutchouc terminé par un embout olivaire : les plus simples appareils sont les meilleurs à mettre entre les mains des malades. Tout naturellement, c'est dans les cliniques otologiques, où l'on soigne aussi le nez, qu'on insiste le plus sur les précautions à prendre pour éviter l'inondation de la caisse. On doit faire aux malades cinq recommandations principales : 1° le récipient doit se trouver à une hauteur telle que la main puisse toujours l'atteindre; 2° la température du liquide doit être de 30°; 3° il ne faut ni parler, ni avaler tant que dure le lavage; 4° l'injection doit toujours pénétrer dans la narine la plus étroite; 5° le courant d'eau doit être dirigé horizontalement. Lorsque le malade ne peut faire qu'un seul lavage par jour, Urbantschitsch lui conseille de le pratiquer le soir, avant de se mettre au lit; il nettoie ainsi son nez de toute la poussière qui s'y est accumulée pendant la journée, et surtout il a l'avantage de ne pas sortir immédiatement après l'injection, l'inspiration de l'air extérieur, à température basse, pouvant, pendant la demi-heure qui la suit, amener un coup de froid local, cause de coryza aigu.

Malgré ces précautions, il n'est pas très rare que le liquide pénètre dans l'oreille moyenne et y produise une inflammation aiguë, ou tout au moins des douleurs vives. Si cet accident arrive, Urbantschitsch pratique la manœuvre suivante pour dégager la caisse : par la narine correspondante, il donne une série de vigoureuses douches d'air, la bouche étant maintenue ouverte; le courant d'air passant vivement devant l'orifice tubaire, y produit un vide (comme dans la trompe à eau) qui aspire le liquide qui a pénétré dans l'oreille moyenne. En fait, on voit cette manœuvre supprimer presque immédiatement la douleur d'oreille.

Chaque spécialiste s'est ingénié à introduire dans le procédé classique du lavage du nez telle modification qui rendît impossibles les complications otiques. Ce qu'il faut, avant tout, c'est empêcher les mouvements de déglutition qui ouvrent la trompe; or, le malade peut, malgré lui, ne pas observer cette recommandation. Pour prévenir une déglutition involontaire, Stœrck lui ordonne parfois de tenir une gorgée d'eau dans la bouche; Urbantschitsch lui conseille de maintenir la langue tirée au dehors; Zaufal recommande un procédé d'application assez pénible : le patient, pendant qu'il se lave le nez, doit profondément introduire deux doigts dans la bouche pour repousser en haut le voile du palais contre l'entrée des trompes; cet auriste a même fait construire dans ce but un appareil compresseur, essentiellement constitué par une fourche supportant deux pelotes, devant remplir le même office que les doigts.

Quelques médecins n'accordent pas de confiance à ces modifications de détail et rejettent systématiquement l'emploi du siphon de Weber. Schrœtter se sert d'une petite seringue de la contenance de trente à cinquante grammes, dont l'embout pénètre assez avant dans la narine, sans en boucher complètement la lumière; avec elle, jamais d'eau dans la caisse. Politzer accorde également sa préférence à la seringue ordinaire. Stœrk ordonne parfois des injections faites d'arrière en avant avec une seringue rétro-nasale, la tête du malade étant penchée en avant, pour éviter la chute du liquide dans le pharynx; mais cet instrument présente quelques inconvénients; son introduction est assez pénible, et si le liquide est injecté avec trop de force, il peut frapper l'orifice de la trompe et y pénétrer. Un procédé dont se sert quelquefois Politzer est encore plus simple : avec un petit vase à bec, il verse deux à trois cuillerées de liquide dans une narine; la malade, qui avait la tête inclinée en arrière, la penche vivement en avant dès qu'il sent le contact du liquide avec le pharynx, et le bain médicamenteux est alors rejeté par les deux narines à la fois, sans aucune pression.

Pins (de Vienne) a imaginé une disposition ingénieuse, qui prévient automatiquement la pénétration de l'eau dans l'oreille. Deux tubes traversent le bouchon d'une bouteille aux trois quarts pleine de la solution choisie; l'un, très court, aboutit à la bouche du patient; l'autre, plongeant jusqu'au fond du liquide, se termine d'autre part par une olive qui ferme exactement une narine; en soufflant par le premier tube, le malade exerce une certaine pression à la surface du liquide qui, par le second tube, gagne les fosses nasales; grâce à cet appareil, pas une goutte ne peut entrer dans les trompes; en effet, plus le malade souffle fort, plus le voile du palais, repoussé en haut et en arrière, ferme les embouchures tubaires; et si, par mégarde, il fait un mouvement de déglutition, comme à ce moment même il s'interrompt de souffler, la pénétration du liquide s'arrête à l'instant.

Roth a fait construire par Reiner un pulvérisateur très pratique qui lance dans une narine, sous forme de spray, une grande quantité de liquide; et celui-ci, au lieu de retomber dans la gorge, ressort en avant par un orifice spécial pratiqué sur l'embout nasal de l'appareil.

Les meilleures solutions à employer pour le lavage du nez sont les liquides à la fois alcalins et antiseptiques; l'alcalinité est une condition indispensable pour permettre de détacher et de délayer les mucosités nasales. La formule adoptée à la clinique de Stœrk donne d'excellents résultats :

(1) Dans un ouvrage que nous avons annoncé, et intitulé *Rhinologie, otologie; laryngologie à Vienne*, M. le Dr Lermoyez fait connaître la pratique des plus célèbres laryngologistes autrichiens. L'article que nous publions aujourd'hui fait ressortir l'intérêt de cette étude et de l'ouvrage qui la résume.

Acide salicylique.........	5	grammes.
Chlorure de sodium.......	50	—
Bicarbonate de soude.....	100	—

Deux cuillerées à café par litre d'eau.

Les solutions astringentes faibles peuvent aussi être employées en lavage. Politzer se loue de la solution de sulfate de zinc à deux pour mille; mais elle ne doit pas être permise chez l'enfant, qui avale généralement les liquides qu'on lui introduit dans le nez; car elle a une action vomitive énergique.

Ces lavages, patiemment et méthodiquement pratiqués, suffisent souvent à guérir les formes légères du coryza chronique simple. Chez les enfants lymphatiques, les médecins viennois, si localisateurs soient-ils, leur adjoignent cependant une médication interne, huile de foie de morue, iode; ils recommandent les bains salés, les eaux d'Ischl ou de Kreuznach. Mais, si l'affection ne cède pas à ces moyens de douceur, il importe d'agir plus énergiquement sur la muqueuse par des astringents forts ou des caustiques.

On peut insuffler dans le nez des poudres astringentes pures ou mêlées à des corps inertes pulvérulents : alun, tannin, acétotartrate d'alumine. Cependant Stœrk défend sévèrement l'emploi de la poudre d'alun, dont il est très partisan dans les laryngites chroniques; il prétend que, contrairement à l'épithélium du pharynx et du larynx qui se régénère si vite, celui du nez ne se reproduit que lentement; de là, l'intolérance de la pituitaire pour l'alun.

L'iode est très en honneur, aussi bien à l'hôpital général qu'à la policlinique; on y pratique des badigeonnages quotidiens du nez avec la glycérine iodée faible, suivant la formule :

Iode pur.................	0 gr. 20 cent.
Iodure de potassium......	2 grammes.
Glycérine	20 —
Vanilline ou menthol.....	Q. S. pour aromatiser.

Mais le nitrate d'argent est certainement le médicament qui, dans les cas rebelles, a donné les plus beaux succès; les maîtres viennois sont unanimes à le conseiller. Ce corps doit être employé en solution : faible un pour cent (Urbantschitsch), un à trois pour cent (Stœrk); Politzer, au contraire, recommande les solutions concentrées au dixième ; elles sont extrêmement douloureuses. Urbantschitsch injecte tous les deux ou trois jours dix gouttes dans chacune des fosses nasales, à l'aide d'un pulvérisateur. Politzer introduit avec une pince, dans chaque fosse nasale, deux boulettes d'ouate imbibées de la solution de nitrate d'argent au dixième; puis, tandis que le malade tient la tête penchée en arrière, il comprime le nez entre le pouce et l'index, et ainsi une partie de la solution caustique coule en arrière et va baigner le pharynx nasal. Le patient éprouve à ce moment une brûlure extrêmement vive, qu'il calme en humant de l'eau salée. Politzer répète cette manœuvre tous les deux jours; selon lui, il faut de trois à vingt séances pour guérir radicalement un catarrhe nasal rebelle.

Stœrk emploie un procédé élégant, mieux toléré par les malades. Il se sert de cylindres d'ouate gommés, de la grosseur d'une plume d'oie, d'une longueur de cinq centimètres. Grâce à leur rigidité, il les introduit profondément dans les narines, après les avoir imbibés de la solution faible de nitrate d'argent; il les y laisse trois minutes et cette cautérisation, fort peu pénible, est renouvelée tous les jours.

REVUE DES CONGRÈS

11e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

tenu à Rome du 29 mars au 9 avril 1894.

Du traitement du typhus exanthématique par la fuchsine.

M. S. Lewaschew (Kazan). — J'ai entrepris une série d'expériences sur le traitement du typhus exanthématique. Ayant échoué avec la sérothérapie, avec l'essence de térébenthine et le gaïacol, administrés *intus* et *extra*, j'ai utilisé la fuchsine. J'ai pensé pouvoir appliquer ce traitement avec succès en constatant que, dans les préparations microscopiques faites extemporanément, les microorganismes du typhus exanthématique sont tués.

La fuchsine, contrairement à ce que l'on a prétendu, est complètement inoffensive. C'est ainsi que je n'ai constaté aucun phénomène toxique non seulement avec une dose de 0 gr. 03 centigr., mais encore avec une dose de 1 gramme par jour. L'emploi de cette méthode m'a donné des résultats réels. Dès le deuxième ou le troisième jour du traitement, rarement plus tard, la température descend progressivement, la sécrétion des urines augmente et l'état général des malades subit une amélioration notable. En peu de jours la courbe de la température revient à la normale et la guérison est définitive.

Bactériologie et étiologie du typhus exanthématique de Bretagne.

M. Calmette. — Tous les microorganismes qui ont été constatés dans le sang des typhiques par Brautlecht, Hlava, Cornil et Babes, Combemale, Bruhl et Dubief, peuvent être considérés comme des formes dissociées d'un seul élément spirillaire vu et décrit par M. Thoinot et moi-même en 1892, et par Lewaschew (de Kazan), dans le cours de la même année. Une culture de sang typhique laissée pendant douze mois dans un bouillon lactique permet de se rendre compte de ce curieux phénomène de polymorphisme.

Au point de vue de l'étiologie du typhus en Bretagne, les statistiques fournies par les ports du Finistère montrent que les communications entre le Finistère et les points de l'Angleterre, de l'Ecosse et de l'Irlande, où le typhus sévit endémiquement, suffisent à expliquer l'importation.

Bacterium coli en sérothérapie.

MM. Cesaris Demèl et **Orlandi** (Turin) pensent que ni au point de vue morphologique ni au point de vue biologique, on ne peut trouver de caractère différentiel certain entre le bacterium coli et le bacille typhique. Il s'agit d'une différence de degré. Voici leurs conclusions.

Le bacterium coli nous a paru, d'après nos expériences, être plus constamment et plus fortement virulent que le bacille typhique, conserver sa virulence plus longtemps, et dans certains cas atteindre un maximum de virulence que le bacterium typhique n'a jamais pu posséder.

Nous avons vu, d'autre part, que les produits solubles de l'un ou l'autre de ces bacilles étaient réciproquement immunisants l'un pour l'autre, que le sérum des animaux rendus réfractaires au bacterium coli avait des propriétés préventives contre l'infection produite par le bacille typhique. Le sérum des animaux réfractaires pour le bacterium coli est plus actif que le sérum des animaux réfractaires au bacille typhique.

Nous avons en dernier lieu tenté d'utiliser ces propriétés immunisantes ou curatives chez l'homme, et nous avons traité des sujets typhiques par des injections de sérum d'animaux immunisés contre le bacterium coli.

Les essais que nous avons faits sont trop peu nombreux pour que nous soyons autorisés à en tirer des conclusions précises. Néanmoins nous avons pu voir que les injections sous-cutanées de doses moyennes de sérum d'animaux immunisés (20 à 30 c. c.) entraînent une diminution de température et une amélioration de l'état général. Si les injections ne sont pas répétées, ces effets restent transitoires et la courbe fébrile reprend l'aspect classique.

Contribution à la pathologie de la rétinite proliférante.

M. Goldzieher (de Budapest). — Le syndrome clinique qu'on a décrit jusqu'à présent sous le nom de *rétinite proliférante* peut avoir une origine variable, et la supposition qu'elle est exclusivement la conséquence d'hémorrhagies rétitiennes est au moins contestable. L'image ophthalmoscopique de la rétinite proliférante a été observée jusqu'à présent le plus souvent au cours de la *syphilis*. Par conséquent, cette affection est tout à fait curable. Au contraire, la forme qui résulte de traumatismes graves, suivis d'hémorrhagies internes de l'œil, possède une autre base anatomique, laquelle n'est autre chose qu'une choriorétinite plastique. Dans ces cas, la *restitutio ad integrum* est impossible. Outre ces variétés de rétinite, il en existe une troisième qui, indépendamment d'une affection constitutionnelle, évolue spontanément et est constituée par l'hyperplasie et la dégénérescence hyaline de la membrane limitante interne de la rétine.

Coup de feu dans l'orbite; anévrysme; ligature de la carotide; guérison.

M. Power (Londres). — J'ai eu l'occasion d'observer un jeune homme qui avait reçu une balle à la partie interne de l'œil gauche. Le traumatisme fut suivi d'une forte hémorrhagie avec protrusion du globe, lequel est devenu complètement immobile. L'acuité visuelle est de 6/6 à droite et de 6/60 à gauche. Six semaines après l'accident, on perçoit des pulsations dans le globe oculaire, qui est fortement déplacé en avant, et l'exophthalmie augmente malgré la compression directe du globe et de la carotide. La compression n'est supportée, du reste, que d'une façon intermittente, car elle empêche le malade de dormir. Quatorze semaines après le traumatisme survient brusquement une hémorrhagie abondante presque fatale. Le sang sort de la narine gauche et n'est arrêté que par la ligature de la carotide primitive gauche. A partir de ce moment, les pulsations et les bruits ont complètement disparu; mais la vision est réduite à gauche à la perception lumineuse et les deux papilles sont très pâles.

M. Meyer (Paris) et **M. Gayet** (Lyon) rapportent chacun un cas d'exophthalmie pulsatile traumatique dans lequel les bruits ont disparu subitement. La guérison spontanée a été complète et durable dans les deux cas.

M. Angelucci (Palerme) dit avoir vu survenir, après ligature de la carotide primitive, une hémiplégie définitive du côté opposé.

De l'emploi de l'électro-aimant pour l'extraction des parcelles métalliques ayant pénétré à l'intérieur de l'œil.

M. Sulzer (Genève). — L'électro-aimant peut être appliqué de deux manières différentes pour l'extraction des éclats de fer logés dans l'intérieur du globe oculaire. L'un de ces deux procédés consiste dans l'application, au niveau de la coque oculaire intacte, d'un fort électro-aimant. Si l'on n'arrive pas ainsi à déplacer le corps étranger, l'introduction d'un aimant effilé dans le globe devient nécessaire. Je ne m'occuperai que de cette dernière méthode. Les aimants employés jusqu'ici à cet usage sont tous construits de façon que la pointe introduite dans l'œil forme l'un des pôles de l'aimant, l'autre pôle étant placé hors de la main de l'opérateur, à l'extrémité de l'instrument. Dans ces conditions, la force attractive exercée sur l'éclat de fer est faible, car celui-ci, devenant lui-même un aimant, se trouve attiré par son pôle de nom contraire, et repoussé par son pôle de même nom. La disposition en forme de fer à cheval seule permet d'utiliser complètement la force attractive d'un aimant. Pour adapter cette disposition à l'extraction des éclats de fer, j'ai imaginé l'instrument suivant : le noyau de fer doux a la forme d'un fer à cheval à branches très rapprochées, la pointe qui forme les deux pôles est composée de deux parties soudées et séparées magnétiquement par du cuivre; du côté opposé, elles s'écartent et présentent la forme d'une fourche dont les deux dents s'emboîtent dans les branches du noyau.

Déterminations oculaires au cours d'affections cardiaques.

M. Gayet communique deux faits relatifs à des affections oculaires compliquant une affection cardiaque. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de trente ans qui, au commencement du mois de décembre 1893, fut pris d'une surdité complète et subite de l'oreille gauche; trois semaines après, survint un écoulement purulent par le conduit auditif externe de cette oreille avec cessation de la surdité; enfin, dans la nuit du 28 au 29 décembre se produisit une cécité absolue et sans douleur de l'œil gauche suivie, deux jours après, d'un phlegmon qui, le 3 janvier, avait détruit la cornée. L'œil fut énucléé et la présence, dans son intérieur, de staphylocoques fut démontrée par les cultures.

Le 1er janvier, le malade succombait à une endocardite infectieuse, qui avait ouvert une communication très large entre trois cavités du cœur, les deux oreillettes et le ventricule gauche.

Le tissu cardiaque examiné au niveau des ulcérations valvulaires et en d'autres points a été trouvé farci de colonies de staphylocoques.

L'existence d'une embolie dans l'artère centrale est rien moins que démontrée. Dans ce fait l'agent infectieux est trouvé à son point de départ: le cœur, et à son point d'arrivée: l'œil. Il ne reste d'obscur que la porte d'entrée dans l'organisme.

Le second cas concerne une jeune fille de quatorze ans, tourmentée depuis six ans par un rhumatisme à poussées articulaires fréquentes et aiguës, compliqué par une endocardite. Vers la fin de la dernière crise, qui fut fatale, on constata dans l'œil droit une cataracte à marche très rapide compliquée d'exorbitisme et d'œdème conjonctival, avec perte totale de la vision. Pas de tendance à la suppuration; légère exsudation dans la chambre antérieure; mort quinze jours après les accidents.

A l'autopsie, on trouva de la péricardite et une endocardite végétante; quelques ulcérations très légères sur l'aorte, quelques infarctus dans les reins, deux dans la rate.

Du côté de l'œil, l'artère centrale de la rétine est libre, la rétine profondément altérée et très épaissie dans le voisinage de l'ora serrata; la choroïde est infiltrée surtout sur sa face rétinienne; enfin il existe une cataracte.

Ce cas, très semblable au précédent, ne lui est cependant pas identique. On n'a trouvé de microbes ni dans le cœur, ni dans l'œil. Il n'y a pas d'embolie dans l'artère centrale. Faut-il supposer une lésion des artères rétiniennes? A la rigueur, cette hypothèse pourrait se défendre. Le rhumatisme doit avoir joué un rôle dans la production des troubles oculaires, et, avec une marche si différente de la plupart des embolies, il est permis de croire à l'introduction d'une toxine par la voie lymphatique.

L'action de cette toxine serait semblable à celle de la naphtaline, qui, suivant Panas, produit la cataracte après avoir amené des désordres dans la rétine et le corps vitré.

Hydrocéphalie et syphilis héréditaire.

M. Titomanlio (Naples). — D'un certain nombre d'observations cliniques et anatomo-pathologiques faites dans le brefotrofio de l'Annunziata de Naples nous avons pu conclure :

1° Que l'hydrocéphalie et la syphilis héréditaire ont un rapport étiologique beaucoup plus fréquent et important que celui admis jusqu'à ce jour;

2° Que les altérations hydrocéphaliques plus ou moins prononcées, la plupart chroniques, quelques-unes aiguës, n'appartiennent pas indifféremment à tous les types de syphilis héréditaire, mais que, rares dans les formes précoces, graves et plus ou moins aiguës, elles se montrent, au contraire, assez fréquemment dans les formes plus ou moins tardives, plus curables et à court but;

3° Que dans ces cas elles justifient l'antique croyance acquise au mercure pour l'hydrocéphalie et pour quelques formes de méningites. Le traitement le plus rationnel et celui qui a donné les meilleurs résultats est le traitement au mercure (frictions, ou calomel à petites doses interrompues) auquel on ajoute encore l'iodure de sodium ou de potassium.

De la transfusion.

M. von Ziemssen (Munich). — Depuis de longues années j'applique la transfusion du sang aux anémies graves. La méthode que je préconise, méthode que je crois sûre et sans aucun danger pour le malade, n'a d'autre inconvénient que

d'exiger un certain nombre d'assistants au courant du procédé. Il s'agit toujours, comme on le sait, de transfusion de sang non défibriné par la voie veineuse et de bras à bras, au moyen d'un appareil à la fois aspirant et foulant.

Je crois que, dans les cas où il est difficile ou même impossible d'appliquer ma méthode, il est avantageux de faire des injections sous-cutanées de sang non défibriné, qui ne nécessitent pas une technique aussi complexe, mais qui doivent être suivies d'un massage pratiqué sous le chloroforme, à cause des douleurs très intenses qu'il provoque. Même dans ces cas les effets sont excellents et s'affirment assez rapidement chez le malade par une série de symptômes précis tels que la réapparition de l'incarnat des joues, la sensation d'un état de bien-être et de vigueur accusés d'une façon pour ainsi dire immédiate par le malade lui-même. L'augmentation de la quantité d'hémoglobine, du nombre des globules rouges, que j'ai toujours pu constater, ne paraît pas la plupart du temps proportionnelle à la quantité de sang injectée. J'ajouterai même que dans les anémies chroniques elle paraît moins en rapport avec la quantité de sang transfusée qu'avec la fréquente répétition d'injections à doses fractionnées.

Pathogénie de la chlorose; de l'action du froid chez les chlorotiques.

M. Murri (Bologne). — Le froid produit des effets défavorables sur la chlorose, et cette influence explique, à mon avis, pourquoi les chlorotiques se portent mieux la nuit que le jour et pourquoi leur état s'aggrave en automne et en hiver, alors qu'il s'améliore en été.

J'ai observé d'autre part que le bain froid prolongé détermine chez les chlorotiques des modifications notables dans la composition du sang, telles que diminution des globules rouges et de l'hémoglobine, et augmente l'urobiline dans les urines.

Chez les animaux, l'action destructive du froid sur les globules rouges s'obtient d'une façon précise, si l'on emploie des températures extrêmes.

Chez les chlorotiques, l'exercice musculaire entraîne aussi une destruction des globules rouges.

Je crois que pour comprendre le mécanisme de cette dissolution globulaire, il faut se reporter aux phénomènes qui se passent du côté de la peau chez les chlorotiques. L'abaissement de la température, la diminution de la sueur, l'existence d'engelures, l'asphyxie des extrémités, sont des symptômes fréquents de la chlorose. Tous ces phénomènes dépendent de l'ischémie qui, augmentant après le repas, détermine la fièvre chlorotique en diminuant la porte de chaleur. Cette ischémie périphérique contraste, pour ainsi dire, avec l'accumulation excessive du sang dans les organes abdominaux. Le sang est donc très irrégulièrement distribué et ce trouble de la circulation provoqué par le repas ou l'action du froid sur la peau démontre que le système vasomoteur ne fonctionne plus physiologiquement chez les chlorotiques.

Ces altérations du sang se rencontrent dans le scorbut, dans la syphilis, dans les hémorrhagies; il est difficile de leur attribuer la détermination du trouble vasomoteur spécial à la chlorose : il faut donc chercher autre part une explication rationnelle.

La clinique nous apprend que la chlorose est une anémie particulière au sexe féminin et qui survient à l'époque de la puberté. Il est naturel de supposer que lorsque les organes génitaux de la femme entrent dans une période active d'évolution fonctionnelle, il peut résulter de ce fait des excitations centripètes parfois exagérées. Belfield et Buys ont déjà démontré que ces actions centripètes ont un grand pouvoir sur les centres vasomoteurs. La clinique et l'expérimentation sont donc d'accord sur ce point.

La théorie hématique classique ne peut expliquer la coïncidence qui existe entre l'apparition de la chlorose et le développement des fonctions ovariennes; elle ne dit pas pourquoi la gravidité guérit quelquefois la chlorose et parfois au contraire la provoque, pourquoi bien des jeunes filles anémiques ne sont pas chlorotiques, pourquoi les hommes anémiques ne sont pas chlorotiques, pourquoi la chlorose, contrairement à l'anémie, prédispose à l'hyperchlorhydrie, à l'ulcère gastrique, aux névralgies du plexus cœliaque, aux souffles veineux, etc.

Pour la théorie hématique, l'action du froid reste aussi un mystère.

Comme il semble démontré aujourd'hui que la composition du sang veineux varie pour chaque organe et que la stase veineuse suffit à modifier la composition du sang, il paraît non moins évident que le trouble circulatoire provoqué par l'altération fonctionnelle des centres vasomoteurs est aussi susceptible de déterminer des modifications dans la composition du sang.

On sait, du reste, qu'il suffit de modifications légères du sang pour entraîner une destruction des globules rouges. L'action du froid provoque donc chez les chlorotiques l'*hémolyse* par suite d'un trouble circulatoire d'origine vasomotrice. Le trouble circulatoire n'explique pas seulement les phénomènes cutanés, mais il rend compte aussi des symptômes abdominaux éprouvés par les malades, symptômes qui, pour la plupart, dépendent d'une anomalie fonctionnelle des ganglions sympathiques.

M'appuyant sur ces faits, j'ai pensé qu'il ne suffisait pas d'empêcher la destruction globulaire, et qu'il fallait aussi agir sur la cause de cette destruction, c'est-à-dire sur les nerfs vasomoteurs.

Une chlorose guérie en apparence n'est souvent qu'une chlorose en puissance qui récidivera l'hiver, par exemple. Le fer, l'arsenic, le repos moral, sont donc insuffisants, et je crois qu'il faut, pour agir avec efficacité sur le système vasomoteur, appliquer l'hydrothérapie froide. Cette médication semble tout d'abord paradoxale, elle devient cependant rationnelle, si on a soin de l'appliquer avec sagesse.

De l'injection de lymphe du chien dans le traitement de la tuberculose.

M. Carrieu (Montpellier). — Depuis plus de dix ans je poursuis des recherches sur l'action d'injections sous-cutanées ou intraveineuses de divers liquides organiques et en particulier de lymphe.

J'ai d'abord injecté de la lymphe seule ou additionnée de la solution physiologique chlorurée sodique à des animaux de même espèce ou d'espèces différentes. Ces injections pratiquées avec toutes les précautions de la méthode antiseptique n'ont jamais occasionné d'accidents locaux ou généraux.

A plusieurs reprises je me suis, dans les mêmes conditions, injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané 1 c. c. de lymphe de chien pure ou additionnée par moitié de solution chlorurée sodique: je n'ai éprouvé aucun malaise ni aucun accident.

J'ai pris la lymphe tantôt directement dans le canal thoracique, l'animal étant sacrifié immédiatement auparavant par la section du bulbe, tantôt sur l'animal vivant, au point d'abouchement du canal thoracique avec la veine sous-clavière par un procédé qu'a imaginé mon ancien interne et collaborateur M. le docteur Connac.

Nous pouvons ainsi chez le chien recueillir pendant plus de vingt-quatre heures des quantités considérables de lymphe.

Cette lymphe, injectée à d'autres animaux, a un pouvoir phagocytique considérable; je le démontre en injectant auparavant dans le tissu cellulaire ou dans les veines de l'animal en expérience des particules solides ou des microbes préalablement colorés. Après l'injection de lymphe, la résorption des particules colorées est activée et l'on voit un plus grand nombre de leucocytes ayant dans leur intérieur des micro-organismes ou des grains colorés.

Après avoir constaté l'innocuité des injections de lymphe et leur rôle phagocytique, j'ai eu la pensée d'appliquer cette action à la guérison de certaines affections et en particulier à la tuberculose.

Depuis longtemps on sait que le tubercule peut guérir spontanément par l'enkystement et la transformation fibreuse des parties environnantes.

Les recherches plus récentes de Metchnikoff ont montré le rôle que joue la phagocytose dans ce processus. J'ai pensé que l'injection d'une certaine quantité de lymphe d'un animal peu tuberculisable, comme le chien, pouvait activer l'évolution du tubercule dans cette voie de sclérose.

Les expériences que j'ai faites jusqu'ici sur des animaux semblent confirmer cette idée : des lapins ayant été préalablement inoculés par des produits tuberculeux ou des cultures pures de bacilles de Koch ont, après injection de lymphe de chien, résisté plus longtemps que les animaux témoins.

Je n'ai pas encore appliqué ces données à la pathologie humaine, mais j'estime qu'en présence des résultats obtenus

chez les animaux, la *lymphothérapie* a logiquement le droit d'entrer dans le domaine de la clinique.

Valeur pronostique et thérapeutique des produits du bacille de la morve.

M. Bonome (Padoue). — J'ai poursuivi dans ces deux dernières années des recherches sur les propriétés biologiques des produits du bacille de la morve, principalement au point de vue du diagnostic et du traitement de l'infection morveuse ; Je n'ai pas seulement limité mon étude aux animaux de laboratoire, je l'ai étendue au cheval et à l'homme, qui sont si particulièrement sujets à la morve spontanée.

On peut obtenir avec le bacille de la morve des produits qui ont des propriétés biologiques différentes suivant le terrain dans lequel il est cultivé et suivant le degré de virulence des cultures.

Les animaux sensibles au bacille de la morve ne présentent pas tous la même sensibilité aux produits de ce bacille. Généralement les animaux chez lesquels l'infection est le plus aiguë, comme l'âne et le chat, maigrissent rapidement et présentent du catarrhe conjonctival et nasal; quelquefois on observe des éruptions pustuleuses et un abaissement de la température, lorsqu'on fait agir sur eux à plusieurs reprises, à des intervalles d'un ou deux jours, des quantités même très faibles de malléine, extraites de cultures virulentes.

Le lapin réagit avec la plus grande facilité. Plusieurs lapins, qui avaient été infectés avec des cultures atténuées, et qui, depuis plusieurs mois, vivaient en liberté tombèrent rapidement malades et moururent à la suite d'injections sous-cutanées de quelques gouttes de malléine. Cette plus grande facilité de l'organisme du lapin malléinisé à diffuser le bacille de la morve doit être attribuée, je crois, à une diminution de résistance des tissus de l'organisme malade, et non pas à une faculté plus grande qu'aurait le bacille à se multiplier dans le sang. En effet, le bacille de la morve ne se développe pas dans le sérum du lapin malléinisé, et, dans les organes internes des lapins qui ont succombé à la malléine, on rencontre une véritable nodulaire aiguë.

Les cobayes et les chiens affectés de la morve expérimentale réagissent aussi à la malléine en maigrissant rapidement et en présentant de nouvelles localisations morveuses étendues; mais, pour obtenir de tels effets, il faut injecter des doses plus fortes, c'est-à-dire jusqu'à 0 c.c. 5.

J'ai expérimenté l'action de la malléine, au point de vue du diagnostic, sur 32 chevaux suspects, en injectant sous la peau de ces animaux des quantités variant entre 1 c.c. et 1 c.c. 5; 24 seulement ont réagi; 18 d'entre eux ont été abattus et, chez 17, l'autopsie a permis de constater l'existence de lésions morveuses; le dix-huitième ne présentait aucune trace de morve, bien qu'il eût donné une très forte réaction. Les 6 autres chevaux, qui n'ont pas été abattus, n'ont jamais montré de manifestations morveuses après inoculation de leurs produits de sécrétion sur des chiens et des cobayes.

La réaction fébrile que l'on obtient avec la malléine chez les chevaux suspects ne constitue pas une donnée absolument certaine pour le diagnostic de la morve. Si l'on peut affirmer que tous les chevaux morveux réagissent à la malléine en présentant une élévation de température, on ne pourrait pas affirmer que tous les chevaux qui donnent une réaction soient morveux.

J'ai expérimenté pour la première fois l'action de la malléine sur un homme atteint de morve, et je puis dire que cette substance, dans la morve chronique, ne fournit pas seulement un moyen de diagnostic, mais constitue un bon adjuvant thérapeutique.

De petites doses de 1/15e ou de 1/20e de centimètre cube ont produit chez mon malade une réaction fébrile, survenant quatre à sept heures après l'injection et s'accompagnant de fréquence du pouls avec polyurie, pesanteur de tête et gonflement de la muqueuse malade. La réaction durait de six à trente heures. Dans les deux jours qui ont suivi immédiatement la réaction, la température a été de 35°5 et 36°. Les injections de malléine, faites après un repos de deux à trois jours, aux mêmes doses, ont produit une très grande amélioration des lésions morveuses.

J'ai obtenu les résultats les plus nets, dans le traitement de la morve spontanée du cheval, en employant une malléine préparée avec le sang et les organes du chat morveux, étant parti de cette idée que le bacille de la morve subit une atténuation lorsqu'il traverse l'organisme du chat. Chez un cheval morveux j'ai pratiqué quatorze injections de malléine du chat dans l'espace de quarante-cinq jours, et ce traitement a été suivi de la disparition de tous les symptômes; or, ce cheval était certainement morveux, puisque, avant le début du traitement, le pus nasal avait rendu morveux quatre cobayes, et que les injections de malléine extraite des cultures avaient déterminé une réaction fébrile d'environ 3°. Aujourd'hui, c'est-à-dire plus d'un an après le traitement, l'animal se porte bien et ne donne plus de réaction.

J'ai eu aussi, chez le chien, des cas de guérison de la morve expérimentale, tous les animaux témoins, qui n'avaient pas été traités avec la malléine, ayant succombé.

Je n'ai pas réussi à guérir les cobayes atteints de morve expérimentale avec la malléine extraite des cultures, mais j'ai obtenu la guérison de quelques cobayes qui avaient été traités avec le sérum de bœuf, filtré à travers l'appareil de Chamberland, après avoir été mis en contact, pendant quinze jours, avec le bacille de la morve.

Je peux donc conclure de toutes mes expériences que le bacille de la morve donne des produits qui, selon les conditions où ils se forment et selon les animaux auxquels on les injecte, possèdent une efficacité réelle, soit surtout au point de vue du diagnostic, soit parfois au point de vue thérapeutique.

Tuberculose dans les armées.

M. Antony (Paris). — On doit distinguer trois catégories de tuberculeux militaires : 1° ceux qui ont des antécédents héréditaires; 2° ceux qui ont contracté la tuberculose avant leur arrivée au régiment; 3° ceux qui l'ont contractée au régiment.

D'après les recherches de l'auteur, 40 pour 100 seulement des tuberculeux militaires auraient contracté la maladie sous les drapeaux; les autres, 60 pour 100, en auraient apporté le germe du dehors. Aussi doit-on se montrer très sévère dans le recrutement: plus on exemptera de suspects, moins on aura de tuberculeux dans les corps de troupes. Parmi les causes qui provoquent l'apparition de la tuberculose dans l'armée, il faut mettre en première ligne le changement de milieu (campagnard transporté en ville). La proportion de la tuberculose dans les garnisons varie avec la proportion de la tuberculose dans les villes qui possèdent ces garnisons; la population civile semble exercer une influence contaminante sur la garnison. A cette influence de milieu urbain s'ajoutent l'encombrement, le surmenage, la privation d'air et de lumière dans les casernes, les prisons, les hôpitaux. Aussi la vie au dehors, dans les camps, dans les manœuvres, est-elle favorable aux soldats. C'est surtout dans la première année que la tuberculose se manifeste. Les gradés sont moins atteints que les simples soldats. Les maladies intercurrentes, bronchites, grippe, fièvres éruptives, favorisent le développement de la tuberculose.

M. Kelsch. — Quand on fait l'autopsie des soldats morts de maladies quelconques, on trouve une fois sur trois la tuberculose : tubercules crétacés, dégénérescence caséeuse des ganglions, lésions éteintes dans les poumons ou dans d'autres organes. Ces lésions indiquent une tuberculose plus ou moins ancienne et latente. Mais les foyers sont mal éteints et sont capables de reviviscence. Beaucoup de cas rapportés à la contagion s'expliquent par le retour à la virulence de ces tuberculoses latentes. Ce retour se fait sous l'influence des causes débilitantes, de la mauvaise hygiène, de l'encombrement, des fatigues, etc. Pour M. Kelsch, on entrerait donc tuberculeux dans l'armée au moins aussi souvent qu'on deviendrait tuberculeux par contagion. Il ne suffit donc pas d'empêcher cette contagion par de sages mesures prophylactiques, il faut encore prévenir le réveil de ces foyers tuberculeux anciens en ne demandant pas aux soldats plus qu'ils ne peuvent donner; il vaudrait encore mieux empêcher tous ces jeunes gens porteurs de foyers tuberculeux d'entrer dans l'armée; mais comment faire le diagnostic ? Le plus souvent cela est impossible.

Effets des nouveaux fusils de guerre.

MM. Coler et Tobjerning (Berlin). — Favorisés par le

concours du gouvernement prussien, les auteurs ont pu étudier les effets produits par les projectiles de petit calibre des nouvelles armes adoptées par les armées européennes. Ils ont expérimenté avec charges pleines et à des distances variables, depuis 25 mètres jusqu'à 2,000 mètres et au delà. Enfin ils ont rapproché des résultats de leurs expériences les observations faites sur des soldats qui s'étaient suicidés. En premier lieu, on a constaté que les balles, quand elles ne traversaient que les parties molles, n'étaient pas déformées; quand elles frappaient des os durs, elles présentaient des déformations; exceptionnellement elles s'arrêtaient dans les tissus. Quand les balles se fragmentent, les éclats peuvent pénétrer profondément, couper les vaisseaux, créer des désordres étendus. Les balles employées actuellement étant très longues ont de la tendance à se mettre en travers, d'où l'agrandissement des trajets et des orifices de sortie, toujours plus larges que les orifices d'entrée. La rotation du projectile se continue même quand il est en travers, et on conçoit les effets funestes qui en résultent. Quoique les projectiles s'échauffent dans leur parcours, la température n'est pas assez élevée pour produire des brûlures des tissus. Relativement aux organes atteints, on a remarqué que les blessures de tissus mous, comme le tissu pulmonaire, étaient moins graves que celles des autres organes. Dans l'abdomen, quand le foie, la rate, sont atteints, les délabrements sont plus sérieux, il y a des déchirures, des écrasements, des éclatements qui dispersent au loin les lambeaux déchirés; l'intestin est généralement perforé en plusieurs points de son trajet.

Chez les suicidés, toute plaie pénétrante de l'abdomen se termina par la mort, tandis que la plupart des plaies du poumon guérirent. Quand le crâne est atteint à faible distance, il éclate et le cerveau jaillit de toutes parts. Quand on tire sur des crânes vides, les perforations sont simples, sans éclatement. Les os sont fracturés et écrasés, les esquilles sont chassées de différents côtés et constituent de nouveaux projectiles ajoutés au projectile primitif. Quand la distance est grande, dépasse 1000 mètres et atteint 1500, 2000 mètres, les lésions osseuses sont plus simples et les esquilles plus rares.

La conclusion de ces études, confirmatives de celles entreprises en France par Delorme, Chauvel, Nimier, en Roumanie par Demosthène, est que les blessures faites par les nouveaux fusils sont plus graves que les blessures produites par les anciennes armes de guerre. Le nombre des blessés ne sera pas diminué dans les guerres futures, au contraire; et les chirurgiens auront fort à faire.

Cette conclusion n'est pas faite pour nous surprendre et nous nous attendons tous à voir, en cas de guerre européenne, les effets désastreux des nouvelles inventions balistiques. La guerre sera plus horrible que jamais, et la responsabilité des médecins sera plus grande; espérons qu'elle ne sera pas de sitôt mise à l'épreuve. Les conclusions effrayantes de Coler et Schjerning sont de nature à refréner les velléités belliqueuses des lecteurs.

M. Demosthen (Bucharest). — Je crois être le premier à avoir fait des expériences avec le *projectile cuirassé de 6 millim. 5* du fusil Mannlicher, en me servant de cartouches de guerre à pleine charge et non de cartouches à charge réduite, comme l'ont fait les expérimentateurs qui m'ont précédé. Je crois également avoir fait le premier des tirs à des *distances réelles*, depuis 5 mètres jusqu'à 1,400 mètres. Mes expériences, commencées au mois de février 1892 et continuées pendant deux ans, m'autorisent à affirmer que l'action du projectile cuirassé est beaucoup plus destructive qu'on ne le croyait généralement; que toutes les variétés d'os sont, à presque toutes les distances, fracturées et non pas seulement perforées, comme on l'a prétendu; que le crâne et les diaphyses des os longs, en particulier, ne présentent de simples perforations à aucune distance, comme on peut le constater *de visu* sur les figures que je vous présente; que partout où le projectile passe, il produit des hémorrhagies plus ou moins abondantes, selon le nombre et le calibre des vaisseaux sanguins blessés; qu'une simple perforation pulmonaire donne lieu, chez l'homme vivant, tout aussi bien que chez l'animal vivant, à une hémorrhagie intrapleurale de 3 à 4 litres; que la balle peut traverser trois individus même lorsqu'elle rencontre sur son passage des plans osseux chez chacun d'eux; qu'elle peut se diviser dans le corps de l'animal et de l'homme en une multitude de petits fragments pointus et tranchants que l'on ne saurait même pas penser à extraire, et qu'enfin par l'agrandissement de sa zone d'action, puisque la portée est de 3,500 m., la prétendue « balle humanitaire » est beaucoup plus destructive que l'ancienne balle de plomb.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 *juin* 1894.

PRÉSIDENCE DE M. J. ROCHARD.

M. le président annonce la mort de M. le Président de la République, assassiné à Lyon. La séance est levée en signe de deuil.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 *mars* 1894.

Propriété du sérum des animaux immunisés contre le venin des serpents; thérapeutique de l'envenimation.

M. A. Calmette. — On peut immuniser les animaux contre le venin des serpents soit au moyen d'injections répétées de doses d'abord faibles, puis progressives de venin, soit au moyen d'injections successives de venin mélangé à des substances chimiques parmi lesquelles je citerai le chlorure d'or ou les hypochlorites de soude ou de chaux. L'immunisation s'obtient dans ce dernier cas en employant une méthode analogue à celle que MM. Roux et Vaillard ont utilisée pour produire l'état réfractaire contre le tétanos. Le sérum des animaux ainsi traités est à la fois préventif, antitoxique et thérapeutique, exactement comme celui des animaux immunisés contre la diphthérie et le tétanos. Il possède ces propriétés, non seulement à l'égard du venin qui a servi à immuniser l'animal dont on l'a retiré, mais même à l'égard de venin d'autres origines. Le sérum de lapin immunisé contre le venin de cobra, par exemple, est antitoxique à l'égard du venin de vipère de France, d'hoplocephalus et de pseudelius d'Australie. Le pouvoir antitoxique *in vitro* est naturellement très variable suivant la dose du venin contre laquelle l'animal qui fournit le sérum est immunisé. Les propriétés antitoxiques du sérum peuvent se développer dans le sang d'animaux non immunisés, à la suite d'une seule injection d'une dose non mortelle de venin. Elles peuvent se développer également sous l'influence d'injections répétées d'hypochlorites alcalins en solution faible sans mélange de venin. En traitant par des injections de sérum antitoxique des lapins inoculés avec la dose mortelle de 1 centigr. de venin de cobra, on voit que les lapins qui ont reçu 5 cc. de sérum thérapeutique une demi-heure à un quart d'heure après le venin résistent tous. On est autorisé à penser que chez l'homme l'efficacité de l'injection de sérum thérapeutique ne serait pas inférieure à ce qu'elle est chez les animaux. En attendant que l'on puisse employer pratiquement la sérumthérapie contre les morsures venimeuses, on doit utiliser, de préférence au chlorure d'or, les propriétés neutralisantes beaucoup plus efficaces du chlorure de chaux pour traiter les personnes mordues. On devra injecter tout autour et à une assez grande distance de la plaie d'inoculation 20 à 30 cc. d'une solution de chlorure de chaux, préparée au moment de l'usage, en diluant 5 cc. d'une solution à 1/12 dans 45 cc. d'eau bouillie. J'ai constaté que l'intervention simple à l'aide du chlorure de chaux était toujours efficace pour le lapin, vingt minutes après l'inoculation sous-cutanée ou intramusculaire d'une dose de venin mortelle pour cet animal en deux heures. Or, chez l'homme, il est extrêmement rare que la morsure des plus dangereux serpents soit mortelle dans un délai si court. Lorsqu'on pourra employer, concurremment avec les injections de chlorure de chaux, celle des sérums immunisants

dont la puissance thérapeutique est beaucoup plus grande, la mortalité se trouvera réduite à peu près aux seules personnes qui n'auront pas eu la possibilité de recourir au traitement.

L'antisepsie physiologique.

M. A. Tripier. — En 1856, dans une thèse sur le *mode d'action des diurétiques*, j'ai essayé, à l'occasion de la digitale, d'expliquer l'obstacle apporté à l'absorption par un mécanisme physiologique. D'autre part, dans ses études sur les *substances toxiques et médicamenteuses*, Claude Bernard a montré la digitale, poison musculaire, paralysant la fibre cardiaque en systole. J'admettais que l'action portait autant, sinon plus, sur la fibre lisse que sur la fibre striée, qu'elle déterminait surtout une contracture des artérioles et apportait par là un obstacle à l'absorption ; aussi l'avais-je essayé contre la septicémie avec un résultat encourageant. Depuis lors son action m'a paru pouvoir être étendue aux congestions locales de tout o: dre.

Si je reviens aujourd'hui sur cette question, c'est dans la crainte que la justice rendue aux bienfaits de l'antisepsie chimique ait trop détourné l'attention des voies et moyens d'une *antisepsie physiologique*.

Séance du 16 *avril* 1894.

Recherches sur la rigidité cadavérique.

M. J. Tissot. — Les expériences faites dans le but de rechercher s'il existe encore des manifestations vitales essentielles dans les muscles rigides, ont donné les résultats suivants : Les muscles rigides sont très souvent excitables électriquement pendant un temps variable au début de la rigidité et même lorsqu'elle est complètement établie. Cette persistance de l'excitabilité est presque constante dans tous les cas où la rigidité survient rapidement, comme cela a lieu, par exemple, chez le cheval. Les muscles rigides dont l'excitabilité électrique est perdue peuvent encore conserver leur excitabilité mécanique pendant longtemps. Chez le fœtus elle peut persister pendant deux jours. Chez le cheval, Chauveau l'a vue persister quinze heures. Les muscles rigides qui ont perdu l'excitabilité électrique et mécanique possèdent encore l'excitabilité aux agents chimiques. Tandis que l'excitabilité électrique décroît progressivement, l'excitabilité du muscle à certains agents croît en sens inverse, et atteint son maximum lorsque l'excitabilité électrique disparaît et au moment où le muscle va entrer en rigidité. Pour d'autres agents chimiques, l'excitabilité décroît régulièrement sans atteindre de maximum. Les muscles tétanisés et fatigués présentent de même une exagération de sensibilité aux mêmes excitants chimiques que les muscles rigides. On l'observe aussi dans les muscles dont les vaisseaux ont été ligaturés pendant un certain temps et dans les muscles soumis aux causes de dépérissement. La contraction produite dans un muscle rigide par un excitant est accompagnée de la production d'un courant du même sens que le courant d'action du muscle. Elle est aussi accompagnée d'un dégagement de chaleur comme la contraction musculaire normale. Les muscles rigides suspendus dans l'air absorbent de l'oxygène et exhalent de l'acide carbonique.

Séance du 23 *avril* 1894.

A propos de l'immunisation artificielle des animaux contre le venin des serpents.

MM. C. Phisalix et **G. Bertrand.** — Dans une communication présentée à l'Académie le 5 février dernier, nous avons établi que le venin récent de la vipère (*Vipera aspis*) extrait des glandes perd rapidement sa virulence par un chauffage à 75°-80° et que sa solution aqueuse ainsi traitée jouit de propriétés vaccinantes énergiques contre le venin entier. Nous avons démontré ensuite que le sang des animaux immunisés par cet échidno-vaccin *était devenu antitoxique*, l'injection de ce sang défibriné ou de son sérum dans la cavité péritonéale de cobayes neufs neutralisant les effets du venin. Nous ajoutions que le sang des cobayes immunisés par accoutumance, c'est-à-dire par des injections de quantités croissantes et convenablement espacées de venin entier, est aussi antitoxique, mais à un degré moindre que celui des animaux immunisés par notre procédé de vaccination, et que les animaux immunisés avec du sérum antitoxique conservent assez longtemps leur immunité.

Ce sont ces observations qui nous faisaient espérer l'emploi du sérum antitoxique comme agent thérapeutique, d'autant mieux que des résultats favorables nous encourageaient déjà dans cette voie. Depuis lors, M. Calmette, qui, dans la séance du 27 mars, avait nié l'exactitude de nos résultats concernant la vaccination antivipérique, mais qui avait dû revenir ensuite sur son assertion, a présenté une note dans laquelle il annonce « qu'on peut immuniser les animaux contre le venin des serpents... au moyen d'injections répétées de doses d'abord faibles, puis progressives de venin... et que le sérum des animaux ainsi traités est à la fois préventif, antitoxique et thérapeutique ». C'est exactement ce que nous avons démontré, mais M. Calmette ayant omis de citer nos recherches, nous sommes dans l'obligation d'en rappeler l'antériorité, car nous pensons que des conséquences théoriques et pratiques importantes découleront logiquement des faits que nous avons scientifiquement établis.

M. A. Chauveau. — Il n'est pas inutile d'ajouter que l'immunisation par accoutumance, c'est-à-dire par l'effet d'injections répétées de petites quantités de venin entier, avait été signalée déjà par M. Kaufmann dans diverses publications, particulièrement dans un travail de 1888, couronné par l'Académie de médecine et inséré dans les mémoires de cette Académie.

Production de la glycosurie chez les animaux au moyen d'excitations psychiques.

M. P. Gibier. — On sait que si la glycosurie peut apparaître chez l'homme et chez les animaux, sous l'influence d'un certain nombre de causes (lésions nerveuses, traumatismes, intoxications, maladies du foie, etc.), il est également établi que la présence du sucre se rencontre dans l'urine de l'homme après certains ébranlements nerveux, par exemple, sous l'empire de la crainte ressentie la veille d'une opération chirurgicale, après de grands chagrins, une perte d'argent, etc., etc. Bref, sous l'influence d'une commotion morale violente et de durée plus ou moins longue, sans prodrome appréciable, la maladie sucrée s'installe et achève souvent l'œuvre commencée par le chagrin. Mais en peut-il être de même chez les animaux ? Aucune observation de ce genre ne paraissant avoir été relevée chez eux, je crois intéressant de communiquer le fait suivant : il s'agit d'une chienne âgée de quatre ans, de nature affectueuse, craintive et jalouse, chez laquelle la glycosurie se produisit à plusieurs reprises, chaque fois à la suite d'une claustration dans une cage.

L'expérience a été répétée six fois sur cette chienne avec le même résultat, c'est-à-dire que, au bout de quatre, trois et même deux jours d'isolement dans la cage, le sucre s'est montré dans les urines pour disparaître bientôt, quand on rendait à l'animal prisonnier la liberté et la société de ses compagnons habituels. On voit donc que, ainsi qu'il arrive pour l'homme, certains animaux sont susceptibles, sous l'influence d'excitations psychiques, de présenter de la glycosurie.

Sur une nouvelle forme particulière de la sensibilité.

M. Danion. — La sensation *sui generis* que produit la faradisation sur les points du corps où elle est appliquée est bien connue. Elle peut aller d'un simple fourmillement absolument indolore jusqu'aux douleurs les plus vives, surtout lorsqu'on emploie la forme dite *révulsive*. Or, cette sensation peut être *absolument abolie*, et il devient alors impossible de provoquer la moindre sensation, qu'il s'agisse de la forme révulsive ou de la forme humide, pendant que les sensibilités au toucher, au froid et au chaud ou à la douleur restent si bien intactes que le plus faible attouchement, un simple souffle, la plus légère piqûre continuent à être perçus.

Nous n'avons trouvé jusqu'ici ce genre d'anesthésie que sur des points du corps isolés plus ou moins étendus. Sur les autres régions du corps, la sensibilité à la faradisation était normale et les sujets ne pouvaient supporter même deux secondes l'application électrique qui, sur le territoire anesthésié, ne produisait aucune espèce de sensation.

Nous avons remarqué assez fréquemment l'anesthésie électrofaradique dans des cas d'arthrites rhumatismales aiguës, subaiguës ou chroniques, mais surtout dans les cas aigus, au niveau et au pourtour des articulations atteintes.

Séance du 7 mai 1894.

Transformations chimiques de la substance fondamentale du cartilage pendant l'ossification normale.

M. C. Chabrié. — Les réactions qui peuvent transformer la chondrine en gélatine consistent, d'après l'étude que j'en ai faite, en : 1° une substitution d'un reste d'ammoniaque à un oxhydryle; 2° la disparition d'un composé sulfoné; 3° une oxydation; 4° enfin une condensation possible, quoique pouvant n'être qu'apparente, à cause des substitutions précédentes.

De plus, on ne peut pas transformer la chondrine en gélatine par simple oxydation, au moyen de l'oxyde de plomb, comme Brame l'a prétendu; mais il faut encore lui ajouter de l'azote, ce qu'on peut faire en la chauffant à 130° avec de l'ammoniaque. Dans cette dernière opération, l'azote est bien fixé par substitution, les éléments de l'ammoniaque ne se combinant pas à la chondrine par simple addition. Je crois devoir insister aussi sur le départ nécessaire d'une certaine quantité d'atomes d'hydrogène dans le phénomène de la gélatinisation. Comme ce départ peut se produire par des déshydratations et que celles-ci sont rendues plus faciles par la présence des sels, on est conduit à penser qu'une mauvaise calcification du cartilage prépare une mauvaise ossification. Or, on sait que dans certaines maladies dues à un ralentissement de la nutrition, l'acide lactique s'accumule dans l'organisme. Dans le rachitisme et l'ostéomalacie, la partie minérale de l'os est vraisemblablement dissoute par cet acide, et l'on sait que la gélatine peut y faire défaut. J'ai constaté, en effet, la faible teneur en gélatine du fémur d'un enfant rachitique mort à l'âge de cinq mois; j'ai observé, de plus, que la chondrine y manquait presque totalement, ce qui pourrait permettre de penser que le tissu cartilagineux ne prendrait pas toujours, dans le rachitisme, le développement que l'on croit.

Etant donnés ces faits, j'ai pensé que la substitution se ferait dans la chondrine plus facilement en milieu alcalin qu'en milieu acide, et j'ai réussi à obtenir, en partant de la chondrine chauffée avec de l'ammoniaque et de la soude, des corps possédant jusqu'à 22.80 0/0 d'azote, tandis qu'en remplaçant la soude par l'acide lactique, la proportion d'azote de la chondrine restait de 13 0/0 environ.

Enfin, si l'on considère non seulement la chondrine, mais les principes décrits par Mœrner comme caractéristiques du cartilage, ces conclusions restent intactes. Il en est de même si l'on suppose la chondrine formée de mucine et de gélatine. Dans ce dernier cas, il faut faire intervenir l'acide chondroïtique, auquel Krukenberg attribue un rôle important dans la calcification.

Essai pratique de la qualite des laits au moyen de la présure.

MM. R. Lezé et **E. Hilsont.** — Nous avons constaté qu'un lait de richesse moyenne, sain et frais, se coagule à la température de 55° en des temps variant de trois minutes et demie et quatre minutes, sous l'action de 1/1000e de présure du commerce diluée dans l'eau. Par suite, tout lait qui se coagule par la présure en des temps différents de quatre minutes doit être examiné attentivement, car un grand nombre de causes peuvent accélérer la prise. Ainsi, les matières étrangères inertes, les matières grasses abrègent le temps nécessaire à la coagulation, tandis que l'addition d'eau ou d'un antiseptique, le chauffage et surtout l'ébullition retardent le phénomène. Enfin, tout lait qui se prend en moins de deux minutes est altéré et doit être rejeté de l'alimentation ou des usages industriels.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 22 juin 1894.

Tumeur fibreuse du ligament large.

M. Delaunay présente une volumineuse tumeur fibreuse incluse dans le ligament large d'une femme et qui a été opérée par M. Péan. Ce fibrome, vu sa consistance, et même la sensation de fluctuation perçue à travers la paroi abdominale, avait été diagnostiqué kyste et sa situation fit préciser son siège dans le ligament large. Après laparotomie, on fit l'ablation de cette tumeur qui adhérait à l'intestin en un point : pour activer l'opération, on se garda de détruire cette adhérence, on se contenta d'énucléer la tumeur, et l'intestin resta fixé dans le petit bassin aux débris du ligament large. Cette tumeur, régulière, lisse, présente des cavités kystiques contenant un liquide jaune citron, on y voit au centre une masse bourgeonnante ressemblant à du sarcome.

Pyélo-néphrite calculeuse.

M. Rémond rapporte l'histoire clinique d'un jeune homme de 15 ans qui présenta dans les derniers moments de son existence des symptômes de phlegmon périnéphrétique ou de pérityphlite. L'autopsie explique cette hésitation, car on trouve dans chaque alvéole du rein droit des calculs; autour du rein existait une nappe purulente qui se continuait en descendant le long du psoas en arrière et autour du cæcum : celui-ci adhérait à la vessie.

Etat réticulé des valvules sigmoïdes.

M. R. Petit, en faisant l'autopsie d'un brightique mort à 47 ans dans le service de M. Fernet, a trouvé, en outre des lésions rénales et de l'anasarque terminal, quelques irrégularités au niveau des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Cet état réticulé des orifices artificiels explique le roulement présystolique qu'on trouvait à l'auscultation pendant la vie.

Grossesse tubaire.

M. Pilliet montre les pièces histologiques d'une trompe de Fallope enlevée par M. Hartmann à une femme atteinte d'hémorrhagie interne grave. On peut voir qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire ; la trompe est en effet très riche en villosités dont le grand nombre peut expliquer la rupture et l'hémorrhagie salpingées; il n'y a jamais à hésiter dans de semblables cas; il faut enlever la trompe, pour arrêter cette hémorrhagie placentaire.

Occlusion intestinale post-opératoire.

M. Legueu avait opéré une femme pour un kyste uniloculaire de l'ovaire ; la laparotomie n'avait présenté aucune difficulté, aucune irrégularité, lorsque, peu de temps après, la malade éprouva des symptômes d'occlusion intestinale. On défit les points de suture de la paroi, on agrandit l'ouverture abdominale; on vit que le gros intestin était dilaté à droite, aplati à gauche et que c'était dans le voisinage de la rate que devait se trouver l'obstacle; mais on ne put le définir : la malade mourut quelques heures après l'intervention. L'autopsie révéla à la partie postéro-inférieure de la rate des brides dures, épaisses, très anciennes, qui reliaient la rate au méso-côlon transverse et une des brides plus volumineuses aplatissait le côlon descendant. On peut penser que la laparotomie a déplacé les anses intestinales et a été cause indirectement de cette complication. On ne trouvait aucune lésion dans l'intérieur du tube digestif au niveau de l'étranglement.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juin 1894.

Asepsie en chirurgie de guerre.

M. Terrier, à propos de l'appareil de M. Forgue présenté à la séance dernière par M. Schwartz, et après avoir constaté son analogie avec celui de M. Schimmelbusch, déclare qu'à son sens l'asepsie, dont il est grand partisan dans la pratique civile, devra céder le pas à l'antisepsie en temps de guerre. Dans un article tout récent, M. Forgue cherche à démontrer que

dans les formations sanitaires de l'avant on pourra par l'ébullition obtenir la stérilisation. Après s'être procuré les marmites et gamelles régimentaires, M. Terrier a recherché combien de temps il faut pour porter à l'ébullition 4 ou 5 litres d'eau. Qu'il y ait ou non en même temps des tampons et compresses dans la marmite, il faut, au feu de gaz, 17 minutes pour 4 litres, 22 minutes pour 5 litres; sur un fourneau de campagne improvisé il faut 30 et 35 minutes. C'est déjà bien long pour la besogne pressée d'un poste de secours. Et de plus, à l'Institut Pasteur M. Répin a constaté que pour que toute la masse de l'eau soit à 95° il faut 25 minutes de plus; qu'enfin après une heure d'ébullition (soit au total 1 heure et demie) les tampons ne sont pas encore absolument stériles, et de même pour les fils de soie enroulés en bobines. M. Forgue, sans doute, se contente de ce qu'il appelle la stérilisation chirurgicale et efficace: en fait de stérilisation, M. Terrier ne la croit efficace que si elle est absolue.

Suture pour les fractures sans plaie.

M. Routier constate que certaines fractures du quart inférieur de la jambe, avec trait oblique et élargissement de la mortaise tibiotarsienne, sont très difficiles à réduire réellement bien, surtout si l'on n'est appelé que 2 ou 3 jours après l'accident: il se souvient en particulier d'un blessé chez lequel la consolidation fut, de ce chef, très lente et assez irrégulière. Aussi admet-il, surtout avec ce qu'il a observé sur les bons résultats des fractures avec plaie traitées par le débridement large, qu'il serait peut-être bon, dans certaines conditions, d'aller agir directement sur les fragments d'une fracture même fermée.

M. Schwartz insiste sur l'indication fournie à la suture par certaines fractures incoercibles de l'extrémité externe de la clavicule. Il en a obtenu un bon résultat.

M. Delorme fait des réserves sur les opinions de M. Nélaton relativement aux fractures de jambe. Sous le chloroforme il a toujours pu réduire et maintenir, et il pense que l'indication de la suture sera tout à fait exceptionnelle.

M. Monod. — Comme M. Nélaton, je repousse la suture pour les fractures du membre supérieur et de la cuisse. Et même pour la cuisse il ne faut pas trop se hâter de croire à une pseudarthrose justiciable de la suture. Un homme qui a été soigné dans mon service s'est fait en septembre dernier une fracture de cuisse qui le 18 avril ne présentait aucune consolidation et avait 6 cm. de raccourcissement. J'eus alors l'intention de pratiquer la suture, mais auparavant je pris l'avis de mon ami le Dr Hennequin: celui-ci me déconseilla l'opération, appliqua lui-même son appareil à extension, et aujourd'hui la consolidation est obtenue, sans raccourcissement.

Pour la jambe, M. Nélaton adopte les idées de M. Roux sur l'interposition musculaire: je dirai simplement que je n'ai jamais opéré et que je n'ai jamais eu de pseudarthrose. D'autre part, j'ai fait des sutures pour des fractures compliquées et je ne m'en suis pas admirablement trouvé: c'est un véritable équilibre instable, et un maigre fil d'argent ne peut lutter contre des muscles vigoureux. Si bien qu'en pareil cas je préférerais la cheville osseuse. Mais même alors je crois qu'avec l'appareil à extension de M. Hennequin pour fractures de jambe nous avons un meilleur moyen, et je viens d'en observer dans mon service deux excellents résultats pour des fractures compliquées qui se consolidaient jusque-là mal et avec 0.05 cm. de raccourcissement.

M. Quénu croit qu'il faut distinguer plus que ne le fait M. Monod les difficultés de réduction et de contention d'une part, les retards de consolidation d'autre part. Il y a des fractures très bien réduites qui ne se consolident pas, et alors l'enchevillement donne d'excellents résultats.

M. Peyrot pense qu'il y a des faits, plus nombreux qu'on ne le croirait à écouter cette discussion, où l'impossibilité de contention est la cause de la pseudarthrose; et pour sa part trois fois (deux fois au fémur et une au cubitus) il a vu un gros faisceau musculaire non pas interposé mais inséré directement au bout du fragment supérieur.

M. Michaux a plusieurs fois ouvert des fractures esquilleuses pour réséquer des fragments multiples dont la réduction et la contention exactes lui paraissaient autrement impossibles.

M. Championnière. — Si on limite la discussion actuelle aux fractures récentes difficiles à maintenir, et c'est de ces cas seuls qu'a parlé M. Nélaton, je dirai que je serais assez tenté de suturer certaines fractures qui jusqu'à présent ne m'ont jamais donné rien de très bon, à la clavicule et au quart inférieur de la jambe. Mais il est difficile de juger la méthode avant de l'avoir appliquée. Je remarquerai seulement que dans les faits de M. Roux un cas, pour le tibia, a mis quatre mois à se consolider: c'est beaucoup trop et il doit y avoir là une technique défectueuse. A ce propos je dirai que dans un cas de pseudarthrose du fémur, outre la suture j'ai fait une véritable virole externe avec un fil d'argent enroulé et j'en ai eu un fort bon résultat. En tout cas, la suture osseuse n'aurait de raison d'être pour une fracture récente et sans plaie que si elle procurait en un mois à six semaines une guérison certaine.

M. Nélaton. — Je n'ai suivi M. Roux que pour les fractures très difficiles ou même impossibles à réduire et à contenir. Pour celles-là M. Delorme dit que l'interposition musculaire est rare: or, M. Roux l'a constatée quatre fois sur six, et moi dans le seul cas où j'aie agi comme M. Roux le conseille. Je n'en sais rien de plus. Pour M. Monod, elle n'empêche pas la consolidation: c'est souvent incontestable. Mais il n'est pas rare qu'après cela il y ait une jambe déviée qui ne me fait pas envie. Pour mon compte, j'avoue que j'ai eu pas mal de résultats qui m'ont paru médiocres ou même mauvais, et c'est pour cela que j'ai trouvé une idée dans le mémoire de M. Roux.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 *juin* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Amygdalite chronique coli-bacillaire.

M. Lermoyez (en son nom et au nom de **MM. Helme** et **Barbier**) lit un mémoire dont voici les conclusions:

Il existe une forme d'amygdalite chronique qui se différencie nettement au double point de vue clinique et bactériologique des affections amygdaliennes connues.

Cliniquement, elle se caractérise:

1° Par son évolution clinique, débutant peut-être, il est vrai, par une période très courte d'accidents aigus.

2° Par sa ténacité extrême, puisque aucun des moyens thérapeutiques, habituellement dirigés contre les angines, n'a pu la modifier et que nous n'avons réussi à faire disparaître l'amygdalite qu'en excisant l'amygdale;

3° Par le peu d'intensité des symptômes subjectifs locaux, ni douleur, ni chaleur à la gorge, pas de sécheresse non plus que d'hypersécrétion muqueuse; tout au plus de temps à autre une légère sensibilité à la déglutition, quand l'exsudat devient très confluent;

4° Par un retentissement notable sur l'état général, hors de proportion avec les lésions locales et principalement sur le tube digestif. Ces phénomènes sont nettement d'origine amygdalienne, puisqu'ils cessent momentanément après nettoyage des cryptes pour se reproduire dès que l'exsudat reparaît;

5° Par l'aspect caractéristique des lésions amygdaliennes: exsudat de consistance demi-molle, de coloration blanc mat formant de petits amas punctiformes émergeant en saillie hors des cryptes amygdaliennes, n'empiétant le plus souvent pas sur la muqueuse du voisinage qui ne présente qu'une légère rougeur; plusieurs points peuvent confluer et simuler une fausse-membrane épaisse, résistante, non dissociable dans l'eau, mais peu adhérente; son enlèvement ne fait pas saigner la muqueuse qui, au-dessous d'elle, ne présente pas de lésions;

6° Par l'intégrité des régions péri-amygdaliennes et du pharynx;

7° Par l'absence de retentissement ganglionnaire.

Bactériologiquement, elle se différencie par la présence du bacterium coli qu'on trouve à l'état de pureté, non seulement sur lamelles et sur plaques, mais qui encore se montre isolé sur les coupes du tissu amygdalien. Ce bacterium coli diffère

cependant du type normal en ce qu'il ne donne pas la réaction de l'indol et ne fait pas très vivement fermenter la lactose.

Nous ajoutons qu'eu égard à l'ubiquité du bacterium coli et à sa présence fréquente dans la bouche de sujets sains, nous sommes porté à croire que l'amygdalite coli-bacillaire ne doit pas être d'une excessive rareté. Pour notre part, depuis que nous avons l'attention attirée de ce côté par le cas actuel, nous avons pu en retrouver un autre exemple au milieu d'un nombre relativement restreint de malades porteurs d'exsudats amygdaliens soumis à notre examen ; nous en publierons ultérieurement l'observation. Cette affection a dû être plus d'une fois méconnue, surtout en raison de sa grande ressemblance avec la pharyngomycose leptothrixique. Aucun signe clinique n'a assez de valeur pour les différencier sûrement : l'examen bactériologique peut seul permettre de les distinguer. Il est probable qu'en pratiquant systématiquement la recherche des parasites dans toute amygdalite chronique à points blancs sur laquelle on serait tenté de mettre l'étiquette pharyngomycose, on rencontrerait plusieurs de ces cas ressortissant à l'origine coli-bacillaire. Toutefois ces angines demandent à être recherchées avec soin. Comme la pharyngomycose, l'amygdalite coli-bacillaire, en raison de son indolence, doit passer souvent inaperçue surtout dans la clientèle hospitalière peu observatrice de sa gorge.

Pleurésie purulente métapneumonique. Guérison après deux ponctions.

M. Netter lit au nom de **M. Brunon** (Rouen) une observation de pleurésie purulente métapneumonique guérie après deux ponctions.

Il s'agit d'un homme de 36 ans, entré le 14 juin 1892 à l'hôpital pour une pleurésie purulente droite consécutive à une pneumonie. L'épanchement s'était ouvert dans le tissu cellulaire sous-pectoral. On fut obligé de faire, au-dessous du bord inférieur du grand pectoral, une incision qui donna issue à deux cents grammes de pus épais, légèrement fétide. Les phénomènes locaux et généraux ne s'amendèrent pas. On ponctionna alors la plèvre et l'on retira un litre de pus bien lié, non fétide. Deux jours plus tard nouvelle ponction qui ramène 500 grammes environ. Dans la journée une petite vomique.

L'état général persistant mauvais, la température demeurant élevée, on pratiqua la pleurotomie. On trouva la plèvre vide de pus et le poumon revenu dans sa position normale en contact de la paroi thoracique; tout le pus avait donc bien été enlevé par la ponction.

La fièvre était sans doute sous la dépendance de la suppuration extra-pleurale; on draina la région du grand pectoral à l'aide de trois gros drains dans lesquels on fit un lavage abondant. De ce jour l'amélioration arriva et le malade sortit guéri de l'hôpital. Depuis deux ans il est en parfaite santé.

En résumé, il s'est agi dans ce cas d'un épanchement pleural purulent métapneumonique qui s'est ouvert tout d'abord dans un espace intercostal. Deux ponctions de la plèvre sont faites; en même temps une vomique se produit : deux litres de pus sont ainsi évacués. Les symptômes généraux persistent; on fait une pleurotomie et on trouve la cavité pleurale vide de pus. La fièvre disparaît quand on draine largement la région pectorale qui est le siège de fusées purulentes.

En réalité, deux ponctions ont suffi pour tarir l'épanchement pleural et amener la guérison.

M. Jules Voisin lit une note relative à la guérison de la morphinomanie par la suppression brusque et à la nécessité de l'isolement des malades.

M. Hayem fait une communication sur les troubles évolutifs de la digestion.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 juin 1894.

Présidence de M. Déjerine.

Rôle thermo-dépresseur de la bile et de l'urine.

MM. d'Arsonval et **Charrin.** — Nous avons étudié déjà cette question en observant les effets de la ligature de l'uretère ou du cholédoque. Il se produit dans ces conditions un abaissement de la température et une dépression correspondante des indications du calorimètre. Afin d'écarter les effets du choc opératoire, M. Charrin a eu l'idée de procéder par injections sous-cutanées ou intra-veineuses, soit d'urine, soit de bile. Avec l'urine de l'homme bien portant, les résultats sont variables; il y a un abaissement de la thermogénie, mais faible et peu durable. L'urine humaine a d'ailleurs une toxicité variable suivant les instants ou les sujets. Les injections de bile entraînent des modifications beaucoup plus caractérisées. L'abaissement de la production calorique est proportionnel à la quantité injectée. Il faut noter que l'eau pure elle-même a une certaine action dépressive sur la thermogénie, mais action tout à fait fugitive. Avec la bile, les indications du thermomètre et du calorimètre sont parallèles ; la bile décolorée est beaucoup moins active.

Sur le pouvoir oxydant du sang.

MM. Abelous et **Biarnès.** — Nous avons choisi comme matière oxydable l'aldéhyde salicylique, qui donne un produit d'oxydation nettement caractérisé. Schmiedeberg puis Jaquet avaient conclu que le sang n'oxyde pas du tout ce corps; Salkowski avait observé l'inverse. En nous plaçant dans des conditions expérimentales variées, nous avons constaté que le sang de certaines espèces (veau, porc, agneau, bouc) oxyde énergiquement l'aldéhyde salicylique. Avec le sang d'autres animaux (chien, cheval, mouton, bœuf), nous n'avons trouvé que des traces de la réaction. Mais le phénomène n'est pas moins réel. Le pouvoir oxydant est dû sans doute à un ferment particulier.

Epilepsie expérimentale.

M. Laborde. — Le cobaye que je présente a subi l'élongation de la moelle. Il me suffit de pincer l'oreille de cet animal parfaitement tranquille pour voir éclater une attaque d'épilepsie tout à fait typique et d'une grande violence. J'en tirerai cette conséquence que l'élongation médullaire détermine des effets durables, et sans doute utilisables en médecine humaine.

Voici un autre cobaye auquel j'ai pratiqué l'élongation du sciatique droit. En pinçant la patte gauche, je fais apparaître dans le membre opéré et anesthésique, des secousses rhythmiques extrêmement violentes.

Toxicité du sérum.

MM. Mairet et **Bosc.** — Nous avons cherché si le sérum du chien injecté dans la vessie du lapin détermine la mort de cet animal en provoquant la coagulation du sang, ou en développant une action toxique réelle. Or, si l'on fait disparaître l'action coagulante du sérum en ajoutant du chlorure ou du sulfate de sodium à 1/2 ou 1 pour 60 gr., on observe les mêmes effets; et l'autopsie ne montre aucune coagulation dans les organes. Naturellement, nous avons contrôlé que les corps ajoutés au sérum étaient inoffensifs.

Digestion sans ferment digestif.

M. Dastre. — J'avais fait agir d'abord sur des albuminoïdes frais du fluorure, et du chlorure de sodium à 10 0/0. Aujourd'hui c'est du chlorure d'ammonium au même titre qu'il s'agit. Les résultats ont été les mêmes et parfaitement positifs. Le corps digestible était la pilermie comme dans les expériences précédentes. Dans les digestions artificielles ordinaires on obtient une première globuline coagulable à 54°-60°, puis une deuxième qui coagule à 80°, enfin des propeptones et des peptones. Le chlorure d'ammonium réalise les mêmes transformations se succédant dans le même ordre. J'ai contrôlé, bien entendu, l'absence de tout microbe ou de toute zymase dans le milieu en expérience,

Tænia des équidés transporté au chien.

M. Raillet. — Il est généralement admis parmi les naturalistes que le tænia du cheval ne peut se développer dans l'espèce canine. Après avoir essayé sans résultat plusieurs tentatives de transport du cheval au chien, j'ai réussi dans deux expériences. Ayant fait ingérer au chien des fragments d'un tænia du cheval, j'ai pu retrouver dans l'intestin, après huit jours, le parasite vivant et en plein développement.

Ablation du pancréas.

M. Pilliet. — On parle souvent de l'ablation totale du pancréas, avec déductions physiologiques correspondantes. Or l'extirpation absolue n'est guère réalisable. L'ampoule de Vater reste en place. Cette ampoule n'est pas un simple réservoir. Elle contient un riche appareil glandulaire dont l'épithélium est à cellules granuleuses et sécrétantes, type des cellules à ferment actif. Le rôle effectif de cet appareil glandulaire me semble encore démontré par ses aptitudes pathologiques. On sait que l'ampoule de Vater est parfois le point de départ d'une formation cancéreuse. Or ce qu'on observe en pareil cas, ce n'est pas un épithélium papillaire comme on en voit dans les conduits excréteurs, mais un carcinome alvéolaire analogue à celui des parenchymes glandulaires vrais.

M. Mouret étudie quelques points relatifs à la morphologie des circonvolutions cérébrales, le rapport entre l'étendue superficielle et l'intensité fonctionnelle, la limitation des centres aux sillons.

J. Girode.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ NEUROLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 21 *mai* 1894.

Tumeur du pont de Varole.

M. Jolly. — Il s'agit d'une femme de 25 ans, couturière, ordinairement bien portante, qui, en 1890, se réveille le matin avec une paralysie faciale du côté gauche, d'origine en apparence périphérique et avec du lagophthalmus. L'examen des muscles paralysés montre une réaction de dégénérescence. Pas d'autres symptômes cérébraux. Deux mois plus tard, vertiges violents, vomissements, dysphagie presque complète qui persistent plusieurs jours pour disparaître ensuite progressivement. En 1891, la malade entre à l'hôpital pour les mêmes accidents reparus depuis quelque temps.

L'examen de la malade donna les résultats suivants : Paralysie faciale gauche complète avec réaction de dégénérescence d'intensité moyenne des muscles innervés. Paralysie complète de l'abducteur oculaire gauche et du droit interne du côté droit, de sorte que les deux yeux regardaient à droite. Réaction pupillaire et fond de l'œil normaux. Du côté gauche on trouvait encore pris les muscles suivants : les masticateurs, le temporal, le masséter, les ptérygoïdiens. Lorsque la malade ouvrait la bouche, la mâchoire était attirée à gauche. Dysphagie telle que, par moments, il survenait des accès de suffocation. La malade ne prenait presque plus d'aliments et était tourmentée par une soif très vive. Légers troubles de la parole, timbre nasillard et articulation lente des mots. Rien du côté des membres.

Sous l'influence du traitement galvanique on a pu constater une légère amélioration des symptômes. A un moment donné, la déglutition devient plus facile et la malade peut se nourrir toute seule. Comme un essai de traitement antisyphilitique sembla être suivi d'une amélioration plus accentuée, on fit le diagnostic de lésion syphilitique du pont de Varole. La malade succomba à une pneumonie aspiratrice deux mois après son entrée à l'hôpital. Les nouveaux symptômes notés pendant cet espace de temps furent une hémi-parésie droite avec paresthésies multiples.

A l'autopsie, on trouva un gliome de la région du pont de Varole. La tumeur faisait saillie dans le quatrième ventricule et dépassait le bulbe. Le noyau du moteur oculaire commun était intact et celui de l'abducteur du côté gauche était complètement détruit, celui de l'abducteur du côté droit était simplement infiltré. Le noyau du facial et le noyau moteur du trijumeau étaient également détruits du côté gauche; ceux du pneumogastrique, du glosso-pharyngien et de l'hypoglosse comprimés.

Acromégalie au début.

M. Ascher a présenté une malade venue à la clinique du professeur Mendel pour une hypertrophie du pouce et des douleurs dans l'indicateur de la main droite. Elle accusait en même temps des douleurs dans la moitié gauche de la face et du front.

A l'examen, on trouvait une asymétrie manifeste de la face dont la moitié gauche était manifestement hypertrophiée. La moitié gauche du voile du palais et de la mâchoire inférieure était également plus développée que la moitié droite. Le pouce hypertrophié et l'indicateur de la main droite étaient le siège de paresthésies, le plexus brachial et le trijumeau douloureux à la pression.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 4 *juin* 1894.

Résection du pylore.

M. Rosenheim a commencé par présenter une malade à laquelle il a fait, il y a trois ans et demi, la résection du pylore pour carcinome. Jusqu'il y a un an l'état de la malade était parfait, en ce sens que les fonctions motrices et sécrétoires de l'estomac ne laissaient rien à désirer. Mais depuis un an, les sécrétions de l'estomac se sont affaiblies, et cela se comprend quand on pense que la malade présente en somme une gastrite atrophique. Jusqu'à présent il n'y a pourtant pas encore de récidive.

Dans un autre cas où M. Rosenheim a fait, il y a deux mois, la résection du pylore, il s'agissait d'une femme de 45 ans, très cachectique, chez laquelle la tumeur, située entre l'ombilic et la paroi thoracique gauche, était mobile en haut, mais se déplaçait très difficilement vers les côtés. L'insufflation de l'estomac montra que la tumeur appartenait au pylore, comme on a pu s'en convaincre du reste pendant l'opération où on trouva des adhérences solides et multiples entre l'estomac et le pancréas. L'opération eut pour résultat de rétablir les fonctions motrices et sécrétoires de l'estomac. Au dernier examen on trouva même de l'HCl libre dans le contenu stomacal

Un signe qui permet jusqu'à un certain point d'affirmer que la tumeur appartient au pylore est la situation de la tumeur à droite, après l'insufflation de l'estomac. Ce signe existait chez une malade qui fut opérée avec le diagnostic de cancer de l'estomac. A l'opération on trouva pourtant un cancer de la paroi postérieure et de la grande tubérosité de l'estomac, et comme il existait en même temps des nodules dans le péritoine, on se contenta de faire la gastro-entérostomie. La malade se trouve actuellement en pleine convalescence.

Chez un quatrième opéré où le diagnostic de cancer fut fait en absence de toute tumeur appréciable par l'ensemble des symptômes cliniques, on trouva une infiltration carcinomateuse des dimensions d'une pièce de 5 francs.

Histogénèse de la tuberculose utérine.

M. Franqué a eu l'occasion de faire l'examen histologique d'un utérus provenant d'une femme à laquelle on a fait l'hystérectomie vaginale pour un cancroïde avancé du col. A l'examen de la pièce on trouva une éruption de tubercules sur la muqueuse du corps.

En rapportant ce cas, M. Franqué insiste sur ce fait que dans ce cas il était impossible de distinguer à l'œil nu la lésion

tuberculeuse de la lésion cancéreuse. Même sous le microscope, le tableau de ces deux dégénérescences concomitantes présentait des analogies considérables. A côté du catarrhe muco-purulent initial avec transformation partielle des glandes proliférées en kystes par rétention, on trouvait une transformation progressive de l'épithélium dont les cellules affectaient des formes différentes, rondes, polygonales, polymorphes, stratifiées, etc. Il s'agissait donc là d'une transformation directe des cellules épithéliales en éléments épithélioïdes, dans le sens de la tuberculose. On pouvait même suivre la transformation en cellules géantes. Dans le stroma on pouvait se rendre parfaitement compte de la transformation des cellules fixes du stroma en éléments de tubercule.

Les tubercules de la muqueuse utérine qui contenaient des bacilles montrent par conséquent que les nodules tuberculeux peuvent procéder non seulement du tissu conjonctif, mais encore des cellules épithéliales (*Société médicale de Wurzbourg*).

Ulcérations staphylo-cocciennes de la cornée et leur traitement.

M. Bach, en se basant sur ses recherches cliniques, bactériologiques et chimiques, soutient que les injections sous-conjonctivales de sublimé conseillées par Darier, ne sont d'aucune utilité. Tout d'abord les recherches expérimentales ont montré à M. Bach que lorsqu'on injecte du sublimé sous la conjonctive, on ne trouve pas de mercure à l'intérieur de l'œil. Quant aux lavages de l'œil avec une solution de sublimé, M. Bach trouva que ces lavages n'exerçaient aucune influence sur les bactéries qui pullulent dans les ulcères cornéens. Les effets de ces lavages peuvent être obtenus avec d'autres liquides indifférents qui ont encore l'avantage de ne pas être irritants.

Le seul moyen efficace d'atteindre les micro-organismes contenus dans l'ulcère est la cautérisation, plus efficace que le grattage (*Société médico-physique de Wurzbourg*).

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ OPHTHALMOLOGIQUE DU ROYAUME-UNI

Séance du 14 juin 1894.

La névrite optique dans ses relations avec les tumeurs cérébrales et la trépanation.

M. Taylor. — M. Horsley a attiré l'attention, il y a quelque temps, sur ce fait qu'une névrite optique peut disparaître à la suite d'une opération ayant pour but l'ablation d'une tumeur cérébrale, alors même que cette ablation n'a pas pu se faire. Bruns, Erb ont rapporté des observations semblables. Je vous apporte à mon tour des documents montrant d'une part qu'à la suite d'ablations de tumeurs cérébrales, des névrites optiques ont pu guérir et les pupilles ont repris leur apparence normale, et d'autre part, que, dans certains cas, la simple ouverture du crâne sans ablation de la tumeur a amené une semblable guérison de la névrite optique. Dans 3 cas de névrite optique associée à une tumeur intra-crânienne, j'ai enlevé la tumeur et la névrite a disparu. Dans 3 autres cas, j'ai observé tous les symptômes d'une tumeur intra-crânienne; j'ai trépané ces 3 sujets. Chez aucun je n'ai enlevé la tumeur, qui cependant était visible chez deux d'entre eux. Chez l'un d'eux, la névrite disparut complètement et, malgré cela, le malade mourut de sa tumeur qu'on retrouva à l'autopsie; chez le 2e, la névrite diminua, bien que les symptômes indiquassent une croissance de la tumeur; le malade mourut peu après. Dans le 3e cas, les symptômes paraissaient révéler une tumeur cérébelleuse, probablement tuberculeuse; l'opération ne permit pas de découvrir de tumeur; cependant, l'augmentation de volume des papilles disparut, bien que la vue continuât d'être un peu diminuée d'un côté. Je vous citerai encore 3 autres observations : la 1re est celle d'un homme chez lequel on enleva une tumeur cérébrale; la névrite, qui n'existait que d'un côté, disparut. Le malade mourut plus tard et on trouva un kyste à la place de la tumeur qu'on avait enlevée. Trois semaines avant la mort, il n'y avait aucune récidive de la névrite. La 2e observation est celle d'un garçon qu'on trépana parce qu'il présentait de la faiblesse et des convulsions limitées à un côté du corps, le droit. Il y avait de la névrite optique. On ponctionna un kyste et on mit un drain qui resta d'une façon intermittente pendant 2 ans. Finalement, on retira de grosses masses de tumeur; l'enfant mourut plus tard et on trouva à l'autopsie un sarcome du cerveau. La névrite avait disparu après la 1re trépanation suivie du 1er drainage, et elle ne reparut plus. La 3e observation a trait à un homme du cerveau duquel on enleva un sarcome. La névrite optique disparut aussitôt et ne reparut plus. Cependant les symptômes de tumeur cérébrale reparurent : on dut faire une nouvelle intervention et on trouva une nouvelle tumeur qu'on ne put enlever complètement : ces faits montrent qu'il peut y avoir une volumineuse tumeur cérébrale sans qu'il y ait névrite optique et que la névrite optique ne peut exister sans tumeur cérébrale. De plus, nous voyons que, dans certains cas, il faut chercher la cause de ces névrites optiques dans une augmentation de la pression intra-crânienne.

M. Jackson. — M. Horsley a montré que l'augmentation de la pression intra-crânienne est un facteur très important de la pathogénie de la névrite optique dans beaucoup de cas de tumeur intra-crânienne. On peut aussi trouver la névrite optique double chez des sujets qui ne présentent ni tumeur cérébrale ni affection rénale. J'ai vu 3 cas de névrite optique unilatérale, et dans les 3 cas, la tumeur siégeait sur l'hémisphère du côté opposé; ce sont là des cas difficiles à expliquer. Certains de ces malades atteints de névrite optique double et de tumeur intra-crânienne meurent subitement par arrêt de la respiration. Quand la tumeur siège dans le cervelet, on peut mettre l'arrêt de la respiration sur le compte d'une compression du centre respiratoire par la tumeur. J'ai vu un malade atteint de névrite optique double mourir par arrêt de la respiration; à l'autopsie, on trouva une tumeur d'un lobe occipital. Horsley et Spencer ont fait des expériences sur la pression intra-crânienne. Buzzard avance que la mort subite qui survient chez certains malades atteints de névrite optique double avec tumeur intra-crânienne peut être due à une névrite des nerfs vagues analogue à celle des nerfs optiques. Peut-être y a-t-il des lésions analogues dans le centre respiratoire.

M. Horsley. — Dans certains cas, la simple ouverture du crâne, diminuant la pression intra-crânienne, peut suffire à faire disparaître la névrite optique. Mais la pression ne suffit pas à expliquer tous les cas de névrite optique; tels sont les cas de névrite optique dus à l'anémie. La diminution de la pression fait disparaître la névrite; mais s'il y a de l'atrophie, on n'obtient aucun résultat. Quand on a fait disparaître la névrite par diminution de l'oppression, si la tumeur récidive, la névrite ne reparaît pas, ce qui ruine la théorie de l'origine inflammatoire de la névrite.

M. Ballance. — La pression ne me paraît pas jouer le rôle principal dans la production de la névrite. Tout corps étranger ou toute tumeur est entouré d'une aire inflammatoire plus ou moins étendue : aussi la théorie inflammatoire peut-elle se soutenir tant qu'on n'a pas examiné la base du cerveau pour y chercher de la méningite.

Description d'un nouveau cladothrix (Descripcion de un nuovo cladothrix; Cladothrix invulnerabilis) par E. Acosta et F. Grande Rossi (Extrait de la *Cronica Medico quirurgica de la Habana*). Alvarez ed Habana 1893.

Les auteurs décrivent une nouvelle espèce de cladothrix que le hasard leur a permis d'étudier, espèce non décrite par les auteurs de bactériologie et qui se distingue par sa résistance aux hautes températures et aux moyens de stérilisation; c'est en se fondant sur ces particularités qu'ils l'ont appelée, cladothrix invulnerabilis. Les inoculations ont établi son innocuité : ce microbe constitue seulement une plaie pour les laboratoires, en raison de la difficulté qu'il y a à le stériliser.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 9 au 14 juillet 1894.

Mardi 10. — M. Prieur. Le prolapsus utérin et l'hystérectomie vaginale. — M. Berchon. Du traitement des adénites tuberculeuses du cou. — M. Billet. Etude critique sur les divers modes de traitement de la coxo-tuberculose. Extension continue avec l'appareil du professeur Lannelongue.

Mercredi 11. — M. Maragon. De l'incision transversale dans la néphrectomie. — M. Jany. Du rapport des maladies de l'oreille avec les affections du rhino-pharynx. — M. Capdepont. Contribution à l'étude de l'empyème du sinus maxillaire. — M. Garnier. Du cancer de la verge, et en particulier de son traitement par le bistouri. — M. Thiercelin. De l'infection gastro-intestinale chez l'enfant nouveau-né. Pathogénie et traitement. — M. Meinnier. Contribution à l'étude du traitement local des syphilides secondaires. — M. Perrey. Arthropathies syringomyéliques. — M. de Silvera. De la bave infantile.

Jeudi 12. — M. Cantacuzène. Recherches sur le mode de destruction du vibrion cholérique dans l'organisme. — M. Tanguy. Du traitement intra-utérin des collections tubaires. — M. Solary. Du traitement chirurgical du goître exophthalmique. — M. Horay. De l'érysipèle atténué primitif. — M. Boye. Etude comparative sur certains troubles trophiques des extrémités. — M. Thomas. Contribution à l'étude des injections hypodermiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Médication éther-opiacée. — M. Delacour. De la dilatation des bronches chez les enfants. — M. Daillet. Contribution à l'étude des ténonites, de la capsulotomie ténonienne et de ses indications. — M. Jaulin. Sur la tuberculose de l'appareil lacrymal. — M. Rolland. De l'hémarthrose et de son traitement. — M. Cazalas. Contribution à l'étude des varices de la saphène interne au niveau de son embouchure. — M. Toledo y Herrarte. De la mélanose hépatique. — M. Gibotteau. Influence de l'hystérie sur la marche de la tuberculose pulmonaire. — M. Lafont. De l'emphysème sous-cutané consécutif aux maladies de l'appareil respiratoire d'origine médicale. — M. Sarremone. Des malformations de la cloison du nez et de leur traitement. — M. Barbellion. Etude clinique sur les infections uréthrales non gonococciques. — M. Bereaux. Luxations récidivantes de la rotule. Leur traitement. — M. Vivent. Du traitement chirurgical applicable aux angiomes déformants de la face.

VARIÉTÉS

Sainte-Anne. — MM. Roubinowitch et Toulouse sont nommés chefs de clinique.

Légion d'honneur. — M. le docteur Dron (Lyon) est nommé chevalier.

Concours de l'internat et de l'externat. — Le concours de l'internat s'ouvrira le mercredi 24 octobre a midi. Inscription au secrétariat général, 3, avenue Victoria, du 10 septembre au 6 octobre.

Le concours de l'externat s'ouvrira le 25 octobre à 4 heures du soir. Inscription du 10 septembre au 10 octobre. Les candidats actuellement sous les drapeaux, qui se seront fait inscrire, passeront la première épreuve à partir du jour de leur libération. Les candidats qui seront rappelés à la fin de l'année sous les drapeaux passeront les deux épreuves dès le début du concours.

Groupe extra-parlementaire des médecins. — Les médecins du Sénat et de la Chambre des députés se sont réunis et ont décidé de former un groupe destiné à s'occuper de toutes les questions pouvant intéresser la profession médicale.

Le Bureau a été ainsi constitué : président d'honneur, M. Berthelot, sénateur; président, M. Léon Labbé, sénateur; vice-présidents, MM. Cornil, sénateur, et Lannelongue, député; secrétaires, MM. Dellestable, sénateur, et Pédebidou, député; questeur, M. Guéneau, député.

☞ **L'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire** vient de publier trois nouveaux volumes :

Pus et Suppuration, par le Dr MAURICE LETULLE, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. petit in-8°, avec 47 figures dans le texte, 2 fr. 50.

La Chimie de la cellule vivante, par ARMAND GAUTIER, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 volume petit in-8°, avec figures dans le texte, 2 fr. 50.

Organes de nutrition et de reproduction chez les invertébrés, par JOANNÈS CHATIN, membre de l'Académie de médecine, professeur adjoint à la Faculté des sciences de Paris. 1 volume petit in-8°, 2 fr. 50.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, professées à l'hôpital Necker, séméiologie, diagnostic, pathologie et thérapeutique générales, par J.-C. Félix Guyon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Troisième édition revue et augmentée.

Tome I. Symptômes fonctionnels, modifications pathologiques des urines. 1 volume gr. in-8° de 660 pages avec figures et planches. Prix de l'ouvrage complet : 25 fr. Paris, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

L'appareil urinaire chez l'adulte et chez le vieillard. Etude anatomique, histologique et physiologique, par le Dr Albert Miquet, ancien interne des hôpitaux de Paris. Paris, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1894, gr. in-8°, 166 pages, 3 fr. 50.

Médecins, chirurgiens et barbiers, par le docteur Jules Roger. 1 brochure in-8°, 2 fr. Paris, G. Steinheil, éditeur.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Note sur l'autopsie d'un malade cystostomisé huit mois auparavant pour un néoplasme vésical inopérable, par Ch. Audry (de Toulouse).

Je rappelle brièvement l'observation que j'ai publiée de ce malade dans le *Mercredi médical* de 1893.

Il s'agissait d'un homme de 56 ans, anémié par des hématuries datant de trois années. L'incision hypogastrique nous montre une vessie immobilisée par une péricystite déjà fort avancée, et une petite masse épithéliale bourgeonnante sur la face postéro-inférieure de l'organe; une petite masse phosphatique y adhérait : l'urine était extrêmement infectée; l'état local et général était tel qu'on ne pouvait songer à l'ablation. Nous nous contentâmes, pour combattre la douleur, les hémorrhagies et l'infection, de maintenir perméable l'incision vésicale en y introduisant et en y maintenant une sonde de Pezzer.

La tumeur était un adénome cylindrique remarquable au point de vue histologique.

Le fonctionnement du méat sus-pubien fut parfait jusqu'à la fin. La contention de l'urine était complète, les hémorrhagies ne reparurent jamais, enfin les douleurs furent calmées pour longtemps. Cependant, pendant les deux derniers mois, apparurent des accidents qui nous annoncèrent la fin prochaine du patient : d'abord, un écoulement purulent de l'urèthre qui était précédé de véritables coliques uréthrales, ce qui nous permit de conclure à l'existence probable de suppurations prostatiques; des accidents de dyspnée et de bronchite, accompagnées de la constatation d'une zone de matité qui nous fit prévoir la production de métastases pulmonaires : cependant le malade s'en remit avec une facilité qui nous fit hésiter.

Puis, trois semaines environ avant la mort, le méat hypogastrique devint un peu douloureux, et il fut facile de constater son envahissement par l'épithélioma. Des masses dures englobaient latéralement la vessie et gagnaient la fosse iliaque gauche. Enfin, des vomissements apparurent, le malade cessa de se nourrir, s'anémia et mourut le 12 mai 1894; il avait été opéré le 3 septembre 1893.

L'autopsie qui fut faite par M. Batut, chef de clinique, permit de constater d'énormes lésions de péricystite; la vessie était perdue dans des masses grises, dures, qui s'étendaient jusque dans la fosse iliaque, soulevant le péritoine intact, ainsi que les viscères intra-péritonéaux. Les uretères étaient dilatés et pleins de pus. Une chaîne de ganglions envahis par la substance blanche et molle du néoplasme remontait jusqu'aux deux reins : on les retrouvait jusque dans le tissu cellulaire périnéphrétique.

Les reins présentaient des lésions intenses : tous les calices dilatés et pleins de pus; la couche corticale d'un blanc jaunâtre, les pyramides à peine indiquées. Pas d'adhérences de la capsule; çà et là, dans l'écorce, de nombreux petits noyaux blancs, saillants, mal limités et qui semblaient constitués par des foyers de néoplasme, tandis qu'il n'en était rien.

Enfin, au niveau de la dixième côte gauche, une masse intra-pleurale de tissu néoplasique. Les poumons étaient très adhérents; on ne trouva rien dans leur tissu. J'ai dit que l'épiploon et les organes intra-péritonéaux parurent normaux. Il n'y avait pas de tumeur gastrique. Il est probable que le malade a succombé à l'infection, à l'urémie et à la cachexie causée par le néoplasme même.

— Si l'on examinait le méat hypogastrique, on constatait ce qui suit :

La peau de l'hypogastre était légèrement invaginée, conservant ses caractères ordinaires, ses poils, etc. Elle se continuait avec une membrane lisse, semblable à une muqueuse, un peu noirâtre, et il était impossible d'indiquer exactement la démarcation d'avec la peau vraie. L'ensemble du canal ainsi revêtu mesurait 0,05 de longueur ; mais son tiers juxta-vésical présentait une excavation contenant des débris et du pus. Le canal était entouré par un infiltrat néoplasique d'un gris blanc qui avait manifestement attaqué la face postérieure du pubis. Il était impossible de savoir exactement où l'on pouvait considérer le commencement de la vessie. Celle-ci était très réduite de son volume surtout par un épaississement énorme de sa paroi qui se confondait avec une vaste masse néoplasique remplissant tout le petit bassin. Toute la face interne de la vessie était recouverte d'un exsudat puriforme, de débris de tissus, etc. Enfin, on retrouvait la tumeur primitive sous forme d'un gros bourgeon, mou, rosé, presque villeux.

La prostate était transformée en une poche purulente saillant dans le rectum dont la muqueuse était intacte.

L'examen histologique a porté sur l'urèthre artificiel, sur les masses de péricystites, sur divers fragments des reins (néphrite, foyers métastatiques corticaux), des ganglions, etc. En voici les résultats brièvement résumés :

Les reins présentaient des lésions de néphrite diffuse extrêmement avancée, de telle sorte qu'en certains points, on retrouvait à peine les glomérules disséminés dans du tissu infiltré d'éléments embryonnaires. Même dans les points où l'on retrouvait la structure générale de l'organe, celui-ci était profondément altéré, soit dans son épithélium, soit dans son système vasculaire. Enfin, les noyaux blancs dont nous avons parlé étaient constitués par de véritables abcès, c'est-à-dire par des accumulations de cellules embryonnaires ou de leucocytes dans un tissu amorphe de nécrose, mal limité, pas encore enkysté.

Au total, les lésions ordinaires de la néphrite infectieuse au plus haut degré s'accompagnant d'une dégénération très avancée de l'épithélium, et de la production de foyers de nécrose et de suppuration. Rien ne nous permit d'y retrouver des vestiges de tissu néoplasique.

Les coupes qui ont porté sur les masses péricystiques nous montrent à merveille comment un épithélioma se transforme en carcinome. Dans un stroma fibreux, très riche, très solide, on voit d'abord quelques tubes de bel épithélium cylindrique caractéristique. Puis les cellules s'affaissent, se déforment, s'aplatissent ; elles sont encore disposées en tubes irréguliers dont la lumière est remplie de cellules plus ou moins dégénérées. Enfin, en d'autres points, on voit simplement des alvéoles, d'ailleurs épais, résistants, où sont agglomérées des cellules devenues complètement atypiques.

Au contraire, nous avons retrouvé de très belles préparations d'épithélioma cylindrique soit dans les masses péri-vésicales, soit dans les ganglions développés dans l'atmosphère celluleuse du rein. Cet épithélioma, même dans les ganglions, avait conservé une disposition tubuleuse, presque acineuse, extrêmement élégante; il présentait encore de belles cellules hautes, claires d'apparence, presque mucipares, rangées sur un rang, en palissades régulières et tout à fait comparables au plus bel adénome du rectum.

Enfin, des coupes portant sur 0,03 environ de longueur de l'urèthre sus-pubien, parallèlement à son grand axe, et au point d'invagination de la peau sus-pubienne, ont montré ce qui suit : la peau de l'abdomen, reconnaissable d'ailleurs à ses caractères macroscopiques, forme à peu près le 1/5 supérieur du nouveau canal. Histologiquement, elle a conservé ses caractères ordinaires, ses annexes (glandes et poils), etc., elle ne présente aucune

trace d'inflammation et a l'apparence normalement peu papillaire du tégument de cette région. Enfin, elle cesse brusquement avec tous ses caractères et le reste du canal est simplement constitué par du tissu conjonctif qui se rapproche sensiblement du type fibreux; il est orienté d'une manière très irrégulière. En général, les cellules fixes et leur noyau n'apparaissent pas saillants sur la couche la plus externe, qui limite la lumière du canal. Ce tissu ne présente rien de particulier; il conserve ses caractères sur une forte épaisseur et constitue ainsi une paroi très épaisse et absolument continue. Il n'offre nulle part de traces d'infiltrats inflammatoires récents ou localisés. Çà et là, quelques capillaires; les derniers deviennent beaucoup plus abondants à la partie profonde du canal, probablement au voisinage de ce qui fut la vessie. On n'y retrouve encore que le tissu fibreux déjà signalé et quelques traces de néoplasme. Il est permis de se demander si ces capillaires ne viennent pas des vaisseaux si riches de la vessie et ne représentent pas une des causes des oblitérations si promptes de ces trajets fistuleux.

En résumé : l'adénome cylindrique s'est étendu à toute l'atmosphère lymphatique de la vessie, puis du rein, et de là jusque dans les lymphatiques sous-pleuraux : il ne semble pas qu'il y ait eu autre chose que de la propagation par les vaisseaux blancs. D'autre part, la fin du malade a été fortement avancée par l'infection qui, partie de la vessie, a remonté le long des uretères, et a annihilé complètement les deux reins dégénérés et purulents.

Les organes voisins (prostate, rectum, péritoine et viscères intra-péritonéaux) ont été respectés par le néoplasme même.

Celui-ci a conservé fidèlement, même dans des métastases ganglionnaires éloignées, son type d'adénome cylindrique très caractérisé.

Enfin, on voit que le trajet fistuleux obtenu en maintenant ouverte par la sonde de Pezzer une incision de cystostomie sus-pubienne est simplement limité par du tissu conjonctif fibreux, assez vasculaire; la peau ni la muqueuse n'y empiètent. On comprend ainsi comment, en pareil cas, la striction des tissus sur la sonde est suffisante pour assurer parfaitement la contention de l'urine; et aussi, comment le trajet s'oblitère si rapidement aussitôt que cette sonde est enlevée. Nous en avons eu deux exemples déjà, d'ailleurs; l'un sur le malade dont nous avions dû drainer la vessie pour une cystite blennorrhagique très grave (1); le second, sur un jeune homme dont nous avons dû maintenir la vessie ainsi béante pendant six mois, pour permettre la désinfection de ce réservoir (2).

Je persiste donc à croire que, pour établir une cystostomie, la suture vésico-cutanée, quelquefois impossible, est loin d'être nécessaire, et qu'elle n'est souvent qu'une inutile complication de l'opération de Poncet (3).

(1) *Archives provinciales de Chirurgie*, 1894.
(2) *Ibid.*
(3) Orcel a publié l'autopsie d'un cystostomisé célèbre; mais il n'a pas fait, on n'a pas fait connaître l'examen histologique du trajet.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

3e session triennale tenue à Washington, les 29, 30, 31 mai et 1er juin 1894.

Traitement de certains symptômes de la pneumonie croupale.

M. Robinson. — Parmi les antipyrétiques modernes, je ne donne que la phénacétine qui soulage beaucoup le malade. Les bains froids ne sont utiles que dans les cas d'hyperthermie considérable. L'aconit et l'aconitine sont de mauvais médicaments qui ne servent qu'à déprimer le cœur. Le kermès minéral est utile. On y ajoutera de l'alcool. Dans les cas de cyanose par pneumonie, la nitroglycérine est utile. L'oxygène est tantôt utile, tantôt nuisible. Il faut que les malades boivent beaucoup d'eau; cela provoque l'excrétion des poisons du sang. Quand il y a de la stase veineuse, j'emploie la digitale. La strychnine en injections hypodermiques est utile chez les alcooliques. Il sera bon d'alterner l'administration de cette substance avec celle de la nitro-glycérine. La saignée peut quelquefois offrir une dernière chance de salut. Dans les cas très mauvais la coca est indiquée. Pendant longtemps encore on ne pourra opposer à la pneumonie qu'un traitement symptomatique.

M. Peabody. — L'auteur n'a pas parlé de la douleur et de l'insomnie. C'est à tort que les médecins refusent en général d'employer la morphine dans la pneumonie par crainte de porter atteinte au centre nerveux respiratoire. La morphine rend au contraire de grands services dans la pneumonie.

M. Wilson. — J'ai vu les bains froids donner de mauvais résultats, tandis que les affusions froides m'ont paru très utiles. La saignée n'a pas seulement une action mécanique; elle agit aussi et surtout en enlevant des toxines avec le sang. Je donne de la poudre de Dover contre la douleur et l'agitation.

Traitement de la fièvre typhoïde.

M. Fisk. — Depuis 3 ans je me trouve très bien du traitement suivant appliqué à la fièvre typhoïde. Je donne au début du calomel, puis un purgatif salin. Je donne ensuite du lait, puis de l'essence de térébenthine, de l'huile de castor et du sous-nitrate de bismuth dans un mucilage. Quand la température est restée normale ou inférieure à la normale pendant 8 ou 10 jours, je commence à nourrir le malade avec des œufs, des jus de viande.

Traitement chirurgical de l'empyème.

M. Ashhurst. — L'opération n'est indiquée que quand la présence du pus est certaine, quand tous les traitements médicaux ont échoué, ou quand les symptômes, tels que la dyspnée, sont assez intenses pour commander une intervention immédiate. Dans beaucoup de cas les signes externes ne suffisent pas à indiquer la présence du pus. On ne peut que soupçonner la présence de ce pus et, en l'absence de symptômes alarmants, on ne doit pas opérer. J'insiste pour l'expectation parce que, malgré les nouvelles méthodes, il y a toujours un risque de transformer un épanchement séreux en un épanchement purulent. Quand on se décidera à opérer, on fera d'abord une ponction simple avec toutes les précautions antiseptiques; on fera la ponction dans le 6e espace intercostal. En ponctionnant plus bas on peut traverser le diaphragme; plus haut le liquide se vide mal. Si le liquide est purulent l'épanchement se reforme; il faut alors inciser et drainer, méthode supérieure à celle des ponctions successives qui épuisent le malade. Le meilleur procédé consiste à faire deux ouvertures, l'une à la partie la plus déclive de la poitrine et l'autre un peu plus haut. On passe un gros drain par ces deux ouvertures. On peut avoir un long tube dont l'autre extrémité va plonger dans un liquide antiseptique. Certains chirurgiens font souffler le malade dans une bouteille, ce qui aide à l'évacuation de la plèvre par le drain.

Je me trouve toujours bien d'un lavage de la cavité pleurale avec une solution boriquée. Lorsque l'expansion du

poumon se fait et que le liquide diminue, il faut raccourcir le drain. Quand le poumon est maintenu par des adhérences et que son expansion ne peut se faire, il faut réséquer une ou plusieurs côtes; c'est là l'opération d'Estlander. Il faut réséquer un nombre de côtes suffisant pour permettre l'oblitération de la cavité; j'en résèque en général de 2 à 4. En général les intercostales ne donnent pas d'hémorrhagie au cours de cette opération. L'opération d'Estlander est rarement indiquée chez les enfants; en revanche elle est encore indiquée même dans le cas de tuberculose.

M. Prewitt. — Je crois qu'en général il est utile d'enlever par la ponction les épanchements séreux; on ne produira aucun accident si on prend toutes les précautions antiseptiques. En règle générale, quand je trouve du pus je résèque une ou deux côtes. Il faut traiter l'empyème comme un abcès et faire des lavages de la cavité.

M. Willard (de Philadelphie) se montre adversaire des lavages pleuraux : le drainage est le plus souvent suffisant. Quant à la résection costale au cours de l'empyème, elle est généralement nécessaire chez l'enfant.

M. Roswell Park (de Buffalo). — Pour la première fois, au cours de cette discussion, on entend différencier les différentes formes d'empyèmes. Les unes, dit M. R. Park, sont de véritables abcès aigus et, comme tels, guérissent par la simple évacuation. Il en est ainsi des empyèmes à streptocoques et à staphylocoques.

D'autres, véritables abcès froids sous la dépendance du bacille de Koch, ne peuvent céder que par la pleurotomie, avec drainage et souvent résection costale. Les autres méthodes appliquées aux abcès froids peuvent aussi être employées dans ces cas : tels sont le grattage à la curette, les cautérisations au chlorure de zinc. Ce sont des méthodes violentes, mais pouvant dans certains cas donnés devenir des procédés d'urgence.

M. Richardson (de Boston) répudie l'assimilation des empyèmes aux abcès. En effet, ici les parois sont rigides et ne tendent nullement à s'accoler, au point que l'opération de Schede est souvent nécessaire.

M. Mac Lane Tiffany (de Baltimore) insiste avec raison sur la fréquence des infections pneumococciques pures chez l'enfant. Chez l'adulte, le type associé est le plus ordinairement celui qu'on rencontre.

Les lavages de la cavité sont nécessaires dans les empyèmes fétides qui relèvent généralement du streptocoque. L'empyème staphylococcique ne les nécessite pas. Aussi est-il fortement recommandé de s'assurer avant l'opération de la nature bactériologique du pus.

De l'hémostase dans l'amputation de l'épaule.

M. Keen. — Occupons-nous d'abord de l'amputation simple de l'épaule. Tous les chirurgiens savent que le point important de cette opération réside dans l'hémostase. Les méthodes qui assurent ce résultat ont trait les unes aux vaisseaux sous-claviers, les autres aux vaisseaux axillaires. Le plus souvent on recommande de comprimer la sous-clavière à l'aide du pouce. Ce procédé est souvent infidèle et l'aide qui fait la compression gêne l'opérateur. Un des meilleurs procédés consiste à comprimer le lambeau interne à l'aide des doigts qui, au cours de l'opération, saisissent les vaisseaux axillaires avant leur section. Ce procédé exige encore un aide qui peut gêner. Quand on ne peut se faire aider, le mieux est de lier les vaisseaux ou de les saisir à l'aide d'une pince hémostatique. Enfin on peut se servir des épingles de Wyeth. On amène le sujet au bord de la table; on met le bras à angle droit sur le tronc. On se sert de 2 épingles acérées longues de 28 centimètres. On introduit une de ces épingles à travers la partie médiane du tendon du grand pectoral; elle doit sortir du tendon à 2 cm. 1/2 du sommet de l'acromion. On place sur sa pointe un bouchon stérilisé. On introduit la 2e épingle à travers le tendon du grand dorsal; la pointe doit également arriver à 2 cm. 1/2 de l'acromion. On entoure alors l'aisselle et l'épaule d'un tube en caoutchouc placé en deçà des épingles. La désarticulation une fois faite, on lie tous les vaisseaux et on enlève le caoutchouc; on lie ensuite tous les vaisseaux qui n'avaient pas été vus auparavant.

J'ai encore fait l'amputation de l'épaule avec ligature préalable des vaisseaux dans l'espace compris entre les muscle deltoïde et grand pectoral. Pour cela, je fais une incision allant de la clavicule presque jusqu'à l'aisselle, le long de l'interstice du deltoïde et du grand pectoral. Je sépare l'un de l'autre ces deux muscles et j'arrive au sommet de l'aisselle; je lie l'artère au point exact où elle cesse d'être sous-clavière pour devenir axillaire. L'opération se fait très facilement et sans hémorrhagie.

Enfin j'ai dû, dans des cas où l'aisselle était envahie, réséquer la clavicule, lier les vaisseaux, puis faire l'amputation de l'épaule en enlevant aussi l'omoplate et la clavicule. Pour cela, je commence par appliquer sur le membre la bande et le tube d'Esmarch jusqu'à l'insertion du deltoïde. Je fais ensuite une incision horizontale le long de la clavicule dont je résèque le tiers moyen. Je lie alors les vaisseaux, l'artère d'abord. Cette ligature des vaisseaux est très difficile. L'espace compris entre le scalène antérieur et le plexus brachial n'est pas plus grand que le diamètre de l'artère et son accès est rendu difficile par une grosse veine, la sus-scapulaire probablement, qui est située en avant. Je lie l'artère sous-clavière avec deux fils de soie. Dans le cas où j'ai opéré, la ligature de la veine fut plus difficile encore, car elle était adhérente à l'aponévrose antérieure. Je fis ensuite deux lambeaux à l'aide de deux incisions commençant à 9 centimètres au-dessus de l'acromion, descendant, l'une, le long du bord antérieur, l'autre le long du bord postérieur de l'aisselle et aboutissant à un point situé à 5 centimètres au devant de l'angle inférieur de l'omoplate. L'incision antérieure croisait à angle droit celle qui avait été faite le long de la clavicule. Je coupai d'abord tous les tissus de la partie antérieure y compris les nerfs; le bras et l'omoplate se détachèrent aussitôt du tronc. Je disséquai alors rapidement le lambeau postérieur et l'opération fut rapidement terminée par la section des attaches musculaires de l'omoplate. Je dus placer environ 30 ligatures sur de petits vaisseaux.

Castration pour hypertrophie de la prostate.

M. White. — En décembre 1892 j'ai fait faire, par un de mes assistants, M. Kirby, une série d'expériences sur des chiens pour voir si la castration amènerait une atrophie notable de la prostate. Cette idée m'avait été suggérée par la comparaison faite, il y a longtemps, par Velpeau et H. Thompson, entre les fibromes de la prostate et ceux de l'utérus. Les résultats montrèrent une atrophie des plus rapides, d'abord du tissu glandulaire, puis de l'élément musculaire. J'en suis arrivé ainsi à proposer la castration comme traitement de l'hypertrophie de la prostate.

Griffith a fait des observations sur le hérisson, la taupe; pour lui, les hypertrophies de la prostate ne peuvent être comparées aux fibro-myomes de l'utérus. Il ajoute cependant que la prostate est un organe génital et non urinaire. Harrison cite quelques cas d'atrophie de la prostate chez des mâles stériles.

Pour nous, nous dirons que la prostate, bien que n'étant pas absolument homologue à l'utérus au point de vue embryologique, provient de tissus tout à fait distincts de ceux qui président à la formation des organes urinaires. La structure de la prostate et celle de l'utérus sont tout à fait semblables. La croissance de la prostate est en rapport avec la vie sexuelle de l'individu; son hypertrophie survient à une période où la vie sexuelle diminue son activité, mais ne disparaît pas encore. La période sexuelle se termine plus tôt chez la femme; aussi voit-on les fibro-myomes utérins survenir plus tôt que l'hypertrophie de la prostate. La structure de ces néo-productions est remarquablement semblable dans les deux sexes. Les tumeurs utérines n'apparaissent pas après la ménopause et, quand elles existent, elles subissent alors une atrophie. Or, chez l'homme à une certaine période de la vie, non seulement il ne se fait plus d'hypertrophie de la prostate, mais même cet organe tend à s'atrophier.

Chez la femme l'oophorectomie fait disparaître ces tumeurs et amène une atrophie de l'utérus lui-même. La castration a probablement le même effet sur la prostate chez l'homme et a sûrement cet effet chez le chien.

Le fait que nous ne connaissons pas de diminution spontanée d'une hypertrophie de la prostate à un âge avancé peut s'expliquer parce qu'à cet âge cet accident entraîne souvent la mort.

Messer a vu que chez les octogénaires le poids de la prostate ne dépasse 10 grammes que chez 22,8 pour 100 de ces sujets.

Il semble établi que l'hypertrophie de la prostate commence vers le milieu de la vie bien plus fréquemment qu'on ne le croyait.

Depuis mes expériences, plusieurs chirurgiens ont pratiqué la castration pour l'hypertrophie de la prostate chez l'homme. Moi-même j'ai pratiqué cette opération et je m'en suis bien trouvé. Dans un cas je me suis contenté de couper les canaux déférents, mais cette méthode ne m'a donné aucun résultat.

M. Bryson. — M. White a vu que la section du canal déférent n'agit pas sur la prostate. On sait en effet qu'à la suite d'une épididymite double, il ne survient aucun changement dans la prostate. Pour ma part, j'ai vu un homme de 61 ans qui, 11 ans auparavant, m'avait consulté pour une hypertrophie de la prostate, compliquée de cystite due à une infection par les instruments. La cystite guérit; mais 6 mois après l'homme revint avec une tuberculose du testicule droit. J'en fis l'ablation. Un an après il y eut une tuberculisation du testicule gauche qu'il fallut enlever aussi. Au bout d'un an la diminution de la fréquence des mictions était très nette et le malade allait beaucoup mieux. Mais il y avait à cette époque des symptômes de tuberculose de la prostate et des vésicules séminales. Quinze mois après tout trouble urinaire avait disparu.

M. Belfield. — Chez un homme de 23 ans, auquel on enleva les deux testicules atteints de tuberculose, la prostate se réduisit considérablement de volume.

M. Watson. — J'ai deux observations d'abcès du testicule avec atrophie consécutive de la prostate du côté correspondant et légère diminution du côté opposé.

M. Alexander. — Dans deux cas d'hypertrophie de la prostate, je me suis trouvé très bien de la cystotomie suspubienne et périnéale; je pus ainsi énucléer facilement les néoformations prostatiques.

MM. Belfield et **Chismore** disent à ce propos, que, pour la taille hypogastrique, ils ont abandonné l'usage du ballon de Petersen.

M. Bryson considère au contraire que le ballon de Petersen est utile.

Traitement de la cystite.

M. Allen. — Parmi les remèdes internes je préfère le traitement par les diurétiques salins. Localement la solution boriquée est fort utile. Le nitrate d'argent et le permanganate de potasse rendent de grands services. Pour le nitrate d'argent, il est rare que ma solution en renferme plus de 1 0/0. Pour le permanganate de potasse, mes solutions sont au 1/5000e ou au 1/4000e. J'ai obtenu de bons effets en injectant dans la vessie une émulsion d'iodoforme.

Calculs vésicaux.

M. Chismore. — Chez un sujet porteur d'un calcul vésical et qui est en même temps atteint d'hypertrophie de la prostate, il faut opérer d'une façon spéciale. Je conseille : 1° une anesthésie locale de préférence à une anesthésie générale; 2° de courtes séances; 3° l'ablation complète de tous les fragments qui sont dans la vessie; pour cela il faut vider la vessie, puis y injecter de 15 à 30 gr. d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 0/0; il faut introduire le lithotriteur avec beaucoup de précautions; s'il y a du spasme on s'arrêtera un instant et on ne forcera jamais. Dès qu'on sent la pierre il faut la saisir; on ne prolongera pas ensuite la recherche des fragments, ce qui ajoute beaucoup de gravité à l'opération. En général ce procédé n'est suivi d'aucune complication; quelquefois, il y a un peu de gonflement de l'urèthre postérieur. S'il reste des fragments, les anciens symptômes reparaissent; il faut alors rechercher ces fragments. Pour cela l'anesthésie est inutile. Tout calcul qui peut être enlevé par la lithotomie périnéale est justiciable de ma méthode qui cause moins de souffrances et qui est plus sûre.

M. White. — Il est certain que dans ces cas une anesthésie générale est dangereuse, car elle peut amener une congestion ou une inflammation des reins.

M. Watson. — Je n'approuve pas cette méthode. On sait en effet que la mortalité de la lithotritie est supérieure à celle de la litholapaxie à cause des fragments de calcul qu'on laisse dans la vessie.

M. Otis. — Dans les cas de calcul de la vessie avec hypertrophie de la prostate, je suis partisan de la taille hypogastrique qui permet d'examiner la vessie et de faire un drainage.

M. Bryson. — La communication de M. Chismore m'étonne d'autant plus que toutes les fois que j'ai essayé de dilater l'urèthre prostatique, j'ai obtenu des phénomènes d'irritation extrêmement intenses. J'emploie le cystoscope avec avantage. L'anesthésie locale est de plus en plus employée et rend de grands services. Les anesthésiques généraux sont souvent dangereux. Je crois, comme M. Watson, que beaucoup de cas de mort sont dus à un traumatisme de la portion prostatique de l'urèthre. Je ne considère pas qu'il y ait grand danger à laisser quelques fragments dans la vessie.

M. Bell. — Je préfère la taille hypogastrique, quand il y a hypertrophie de la prostate. Je suis étonné de la grande quantité de cocaïne qu'emploie M. Chismore.

M. Chismore. — J'ai employé la cocaïne pour toutes mes opérations de calculs vésicaux depuis juin 1889. Je n'ai jamais eu que quelques symptômes très légers d'intoxication. On cause moins de trouble en abandonnant un fragment dans la vessie qu'en se livrant à sa recherche.

M. Hingston. — La litholapaxie a des indications beaucoup plus étendues qu'on ne le croit généralement. Dans les affections du rein ou de la vessie, le lithotriteur n'est pas plus dangereux que le couteau du chirurgien. La vieillesse ou la jeunesse du sujet ne sauraient constituer une contre-indication. L'opération de Bigelow est applicable chez tous les adultes quand le calcul n'est ni trop gros ni trop dur; elle est encore applicable chez tous les enfants chez lesquels l'instrument peut passer. Chez les sujets âgés, s'il y a une hypertrophie de la prostate, on fera la taille hypogastrique.

M. Rands. — Il est souvent utile de faire une cystotomie pour pouvoir drainer la vessie et le rein.

M. Judkins. — Chez un enfant, j'ai retiré un calcul vésical par la taille hypogastrique; il eut une pneumonie : mais il guérit néanmoins.

Symptôme peu fréquent de lésions des voies urinaires.

M. Stein. — J'ai vu des malades émettre par l'urèthre des bouchons muqueux; cela est bien plus fréquent chez la femme à la suite de rétroversion de l'utérus ou dépression prolongée de la tête d'un fœtus au moment de l'accouchement. Le pronostic est généralement bon. J'ai vu un homme présentant des coliques néphrétiques et qu'on opéra de litholapaxie pour un calcul vésical, émettre ensuite par l'urèthre un gros bouchon muqueux. Il s'améliora sous l'influence de lavages antiseptiques; puis il mourut, probablement d'urémie.

Chirurgie du rein et de l'uretère.

M. Mc. Lane Tiffany. — Ceux des organes du corps qui, comme le rein, sont bilatéraux, ne sont pas tous les deux nécessaires à l'entretien de la vie et on peut en enlever un. Dans les opérations sur le rein, il faut tenir compte de l'anesthésie. Sur 150 opérations pratiquées chez des sujets ayant les reins sains, on a trouvé dans l'urine de l'albumine dans 2 0/0 des cas après l'opération. Il ne faut pas opérer les malades atteints de diabète. Même chez les sujets dont les reins ne sont pas malades, la quantité d'urine est diminuée après une opération. Le rein doit être traité comme les autres organes : une plaie du rein doit être mise à nu, suturée, drainée, pansée à la gaze. La néphrite et la pyélo-néphrite résultent en général d'une infection ascendante provenant de l'urèthre ou de la vessie. La lithiase urinaire est la cause la plus fréquente de la pyélo-néphrite; le diagnostic n'est difficile qu'au début. Le cystoscope rend de grands services, surtout pour savoir quel est le rein malade; on sera encore guidé par la douleur et la palpation. Avant d'opérer on essaiera du traitement par la digitale, l'acétate de potasse. Les urines acides contenant du pus indiquent une pyélo-néphrite. Quand une opération sur la vessie est indiquée, s'il y a des symptômes d'affection

concomitante d'un rein, il faut opérer ce dernier en même temps que la vessie.

M. Weir. — La pyélo-néphrite, la néphrite interstitielle suppurée et le rein chirurgical ne sont que les différents termes qui servent à désigner une affection qui a généralement son point de départ dans la vessie et qui le plus souvent porte sur les deux reins. Les reins sont congestionnés et présentent une série de petits abcès. Tous les malades atteints de cette affection meurent. Un homme de 25 ans est entré dans mon service ; 4 ans auparavant il avait eu la scarlatine et une néphrite consécutive. Trois mois avant son entrée il avait eu une blennorrhagie, suivie de cystite. Douze jours avant de venir à l'hôpital, il avait eu un frisson, de la fièvre, puis des douleurs dans les lombes ; l'urine contenait du pus. On fit une incision dans la région lombaire droite ; on incisa le rein et on y trouva de nombreux petits abcès miliaires ; on fit la néphrectomie. Le malade guérit rapidement. Il est difficile de dire dans quelle proportion des cas la maladie est limitée à un seul rein. Dans ces cas seulement la guérison est possible. Même dans les cas où les deux reins sont pris, il est peut-être bien d'opérer des deux côtés et on pourra obtenir des guérisons, si les reins ne contiennent chacun qu'un abcès bien limité.

M. Fenger. — Dans les plaies accidentelles et les ruptures sous-cutanées des uretères, le cathétérisme de ces conduits a amené de bons résultats au point de vue du diagnostic ; chez la femme ce procédé est facile. Chez l'homme il faut commencer par faire une cystotomie. Le cathétérisme de l'uretère peut être un procédé curatif dans les cas d'hydronéphrose et de pyonéphrose. Souvent il est plus facile de faire la néphrotomie et de chercher à atteindre le rétrécissement de l'uretère en partant du bassinet. L'urétéro-lithotomie par la voie intra-péritonéale est une bonne opération. L'urétérotomie intra-péritonéale ne doit être faite que quand l'accès en dehors du péritoine est impossible. Il est quelquefois utile d'ouvrir la cavité péritonéale pour déterminer le siège d'un calcul. Mais, le diagnostic une fois fait, il faut faire l'urétérotomie par la voie extra-péritonéale. Dans les cas de valvule ou de rétrécissement de l'uretère produisant une pyonéphrose ou une hydronéphrose ou une fistule rénale permanente, il faut faire suivre la néphrectomie de l'exploration de l'uretère, à l'aide d'une longue sonde d'argent ou d'une bougie élastique. On traitera les fistules urétéro-utérines par une opération plastique ou par la néphrectomie. Dans les cas de section transversale de l'uretère, il faut faire l'urétéro-urétérostomie ; si la section est en haut, on fera l'implantation de l'uretère dans le bassinet ; en bas on fera l'implantation dans la vessie. Une perte de substance trop étendue de l'uretère permet encore son abouchement à la surface de la peau ou dans l'intestin.

M. Richardson. — Avant toute intervention, il faut examiner l'urine. Quant à la néphrectomie, je donne la préférence à la section abdominale en dehors de la ligne médiane ; on est ainsi maître de l'hémorrhagie, principale source de danger de cette opération. La mortalité de l'intervention se trouve ainsi diminuée.

M. Mudd. — La néphrectomie n'est pas toujours nécessaire, même dans les affections traumatiques du rein. Souvent la lésion se répare sans intervention. Quand on opère, il faut faire une néphrectomie partielle ; on pourra toujours faire une opération secondaire, si elle est nécessaire. Dans les cas de pyélo-néphrite et de lithiase, il faut d'abord faire une néphrotomie ; on enlève ensuite le rein, si c'est nécessaire. Je ne crois pas à l'utilité de la laparotomie pour la néphrectomie ; on risque trop d'infecter le péritoine. La néphrectomie lombaire est préférable.

M. Forbes. — La tolérance du rein pour les calculs est quelquefois très grande. J'ai trouvé à l'autopsie d'un homme un gros calcul rénal qui, pendant la vie, n'avait amené aucun trouble.

M. Nancred. — Je ne suis pas partisan de la néphrectomie par la voie abdominale, quand il y a suppuration. J'évite l'hémorrhagie en me servant d'une ligature élastique, et en enlevant le rein par morcellement ; je fais ainsi glisser la ligature jusqu'au pédicule.

Bactériologie de la pyélo-néphrite.

M. Sternberg. — Il faut distinguer avec soin les maladies qu'on désigne du terme général de maladie de Bright et de pyélo-néphrite, de celle à laquelle convient la dénomination de rein chirurgical. Dans les premières de ces affections, la cause réside à peu près toujours dans une intoxication du sang ; dans la seconde, il s'agit d'une infection ascendante du rein, et le bacille qu'on trouve le plus souvent est le coli communis ; Schmidt et Ashhoff ont fait sur cette question d'intéressantes expériences. Ils ont injecté chez des lapins des cultures pures de coli communis dans l'uretère gauche et ils ont lié, au préalable, cet uretère au-dessous du point d'injection. La ligature était enlevée après l'injection. A l'autopsie des lapins qui ont résisté, ils ont trouvé une hypertrophie énorme du rein gauche ; le bassinet contenait des produits ammoniacaux, du pus, des bacilles. Le parenchyme rénal offrait les signes d'une inflammation diffuse et contenait quelques bacilles. En règle générale, ils obtinrent des cultures pures de coli communis, à l'aide du rein ainsi lésé. Des expériences conduites de même avec le staphylococcus pyogenes aureus ont amené aussi une hypertrophie et une inflammation fibrineuse du rein avec formation de pus dans le bassinet. Pour Schmidt et Ashhoff, les lésions qu'ils ont trouvées dans le rein des lapins infecté par le bacille coli communis, sont identiques à celles du rein chirurgical de l'homme. Pour eux, le bacille décrit par Clado sous le nom de bactérie septique, et retrouvé plus tard par Albarran et Hallé, qui l'ont appelé bacille pyogène, ne serait autre que le bacillus coli communis.

Rovsing a fait également des recherches sur la cystite chronique et il a trouvé de nombreux micro-organismes. Des cultures pures de ces microbes introduits dans la vessie, même en grande quantité, n'amenaient aucune infection. Mais quand on provoquait en même temps une rétention d'urine artificielle, permettant à une fermentation ammoniacale de s'accomplir, la cystite se produisait toujours. Rovsing fait remarquer que bien souvent, chez l'homme, l'infection est produite par les doigts ou l'instrument du chirurgien. D'après Schmidt et Ashhoff, certaines des espèces décrites par Rovsing ne seraient que du bacillus coli communis. L'identification du bacillus pyogenes d'Albarran et Hallé (bactérie septique de Clado), avec le bacillus coli communis a été faite pour la première fois par Krogius (1891) et vers la même époque, par Achard et Renault. Krogius a insisté sur ce fait que, quand le bacillus coli communis existe seul, l'urine est toujours acide, ce qu'ont confirmé Schmidt et Ashhoff. Krogius insiste aussi sur le pléomorphisme de ce bacille. Dans leur dernière publication, Achard et Renault insistent sur quelques différences entre leur « urobacille » et le bacillus coli communis : 1° les cultures de leur bacille sur la plupart des milieux et surtout sur le malte-agar sont plus luxuriantes ; 2° les cultures d'urobacille sur pomme de terre sont grisâtres et produisent des bulles gazeuses ; 3° l'urobacille produit beaucoup de gaz même sur la gélatine et l'agar.

En somme, on peut admettre que très souvent c'est le bacillus coli communis qui est la cause de la cystite ; le bacille qu'on trouve le plus souvent après le coli communis est un proteus (Proteus vulgaris ?).

Un point important est que le premier laisse l'urine acide, tandis que le deuxième la rend ammoniacale. On peut dire d'une façon générale que la cystite et la pyélo-néphrite ascendante sont le résultat d'une infection microbienne qui a pénétré par l'urèthre dans la vessie. Cette dernière est rendue apte à être infectée par une violence mécanique ou une irritation chimique.

M. Keyes résume son étude par les conclusions suivantes :

1° L'urine saine est stérile.

2° L'urine purulente renferme toujours des microbes.

3° L'infection microbienne se fait de bien des façons ; souvent elle est produite par les manœuvres du chirurgien.

4° Quand l'organisme est sain, la vessie peut lutter contre l'invasion microbienne et s'en débarrasser soit par ses propres forces, soit avec un peu d'aide.

5° Après l'invasion microbienne il faut, pour que les phénomènes inflammatoires se produisent le long des organes urinaires, que les microbes trouvent un terrain favorable.

6° Cette condition est pleinement réalisée quand il y a de la distension et de l'atonie vésicales, quand les uretères sont

dilatés et quand les reins, par suite de ces modifications dans la tension du liquide urinaire, sont atrophiés ou sclérosés.

7° Sous ces influences, la pyélo-néphrite se produit très facilement comme un résultat d'une infection microbienne ascendante au cours d'une affection suppurative ou à la suite d'une intervention opératoire.

8° On doit donc tendre à obtenir l'asepsie, l'antisepsie et la stérilisation de l'urine dans les organes génito-urinaires. A ce point de vue on n'a pas encore atteint la perfection; cependant on peut beaucoup tant au point de vue prophylactique que curatif.

Lèpre dans l'Amérique du Nord.

M. Hyde. — L'Amérique du Nord a beaucoup moins souffert de la lèpre dans sa partie septentrionale que dans sa partie méridionale. Les cas de lèpre aux Etats Unis se répartissent comme suit : Arkansas, 3 ; Californie, 158 ; Dakota, 2 ; Floride, 6 ; Géorgie, 1 ; Idaho, 2 ; Illinois, 13 ; Indiana, 2 ; Iowa, 20 ; Louisiane, 83 ; Maryland, 4 ; Massachusets, 5 ; Minnesota, 120 ; Missouri, 2 ; Mississipi, 2 ; New-York, 100 ; New-Jersey, 1 ; Orégon, 3 ; Pensylvanie, 6 ; Utah, 3 ; Visconsin, 20, formant un total de 560.

M. White. — La contagion de la lèpre est établie par les points suivants : 1° la lèpre a suivi autrefois une marche envahissante en Europe, venant de l'Est et frappant tant de personnes que la croyance à la contagion était universelle. De nos jours, nous l'avons vue de même envahir avec une rapidité foudroyante les îles Hawai ; 2° au point de vue de l'action de la lèpre sur les individus, il y a de grandes difficultés en raison de la très longue période d'incubation de la lèpre, ce qui retarde les effets tangibles de la contagion. De plus, les inoculations expérimentales chez les animaux ne réussissent pas. Dans un cas on a inoculé un criminel et trois ans après il a eu la lèpre. La lèpre peut encore être apportée dans un district par des personnes qui, elles-mêmes, ne présentent pas l'affection au moment où elles arrivent. Enfin, les cas de lèpre ne sont pas rares parmi le personnel qui soigne les lépreux. 3° La lèpre ressemble aux affections généralement considérées comme contagieuses, telles que la syphilis, la tuberculose ; 4° la lèpre est une affection bacillaire, ce qui contribue encore à établir sa nature contagieuse ; 5° autrefois en Europe on a isolé les malades dans des léproseries ; plus tard, la maladie ayant ainsi beaucoup diminué, on ne crut plus à sa contagion et on la regarda comme une affection purement héréditaire. A partir de ce moment la maladie s'est mise à s'accroître de nouveau. De sorte que, sans nier l'influence de l'hérédité, on doit aujourd'hui tenir compte surtout de la nature contagieuse de la lèpre. On devrait donc adopter les propositions suivantes : 1° déclaration obligatoire de la lèpre par le médecin et les membres de la famille ; 2° renvoi immédiat dans sa patrie de tout émigrant atteint de lèpre lors de son arrivée ; 3° établissement de léproseries pour l'isolement des malades.

M. Fox. — Tous ceux qui ont étudié sérieusement la lèpre croient à sa contagion ; cependant on doit reconnaître que les dangers de contagion sont très minimes, aussi je ne crois pas à la nécessité d'isoler les lépreux. La syphilis et la tuberculose sont deux affections bien plus dangereuses au point de vue de la contagion. Beaucoup de cas de lèpre peuvent être guéris.

M. Bryant. — Je crois qu'il faut isoler les lépreux dans des léproseries placées non pas sous le contrôle des autorités locales, mais sous le contrôle de l'Etat.

Les plasmodies de la malaria et la fièvre typhoïde.

M. Thompson. — Dans l'Amérique du Sud, la fièvre typhoïde paraît toujours compliquée de malaria ; dans l'Amérique du Nord, cette complication est au contraire très rare. Je pense que, chez les individus infectés par la malaria, les plasmodies profitent de l'affaiblissement du malade causé par la fièvre typhoïde pour manifester leur présence. Je crois que ce serait à tort qu'on adopterait le terme de typho-malaria comme représentant une affection nouvelle différente de la fièvre typhoïde et de la malaria.

M. Osler. — Il ne faut pas regarder comme compliqués de malaria tous les cas de fièvre typhoïde présentant des frissons ; les frissons en effet ne sont pas rares dans la fièvre typhoïde.

M. Reeves croit au contraire qu'il existe une fièvre intermédiaire entre la malaria et la fièvre typhoïde et à laquelle convient le terme de typho-malaria.

De l'hystérectomie dans les affections bilatérales des annexes.

M. Krug. — On a beaucoup abusé de l'opération de Hegar-Battey. Aujourd'hui on en connaît mieux les indications. On sait que, trop souvent, cette opération est impuissante à faire disparaître les symptômes dont se plaignait le malade. En effet, en enlevant les annexes seules, on laisse un utérus le plus souvent malade et dont la lésion est presque toujours cause de l'affection pour laquelle on opère. En 1890, j'ai fait plusieurs hystérectomies vaginales pour cancer de l'utérus et toutes mes malades ont guéri ; aussi lorsqu'une malade se présenta à moi avec une double salpingite suppurée et un gros utérus en rétroflexion, je décidai de faire l'hystérectomie. La malade guérit. J'arrivai ainsi à me convaincre définitivement que quand on fait l'ablation d'annexes suppurées et qu'on laisse en place l'utérus, la persistance des symptômes est due à cet utérus malade. L'hystérectomie, dans ces cas, s'impose donc : d'autant plus que la présence de l'utérus est parfaitement inutile chez une femme privée de ses ovaires. Le siège primitif de l'affection est dans l'utérus et les trompes sont envahies par continuité de tissu. De plus la ménopause est moins pénible chez une femme qui n'a plus d'utérus. Enfin, quand on connaît bien l'hystérectomie vaginale, on voit qu'elle n'augmente pas les dangers de l'intervention.

Abus de la trachélorrhaphie.

M. Pryor. — On pratique la trachélorrhaphie pour guérir les érosions, l'hypertrophie du col, la dégénérescence kystique, la stérilité, la subinvolution, pour prévenir le cancer et pour faire disparaître certains symptômes réflexes ; on trouve les érosions dans la plupart des cas d'endométrite purulente des nullipares, surtout quand cette endométrite est associée à une cause d'agrandissement de l'utérus comme un polype. Souvent aussi elles accompagnent les déchirures du col, toujours quand il y a endométrite purulente. En somme, qu'il s'agisse d'érosions associées à une hypertrophie du col chez la fille vierge ou d'érosions en rapport avec des déchirures du col, chez une femme ayant accouché, l'étiologie de ces érosions est toujours dominée par l'existence d'un écoulement purulent provenant de l'utérus. En général, le traitement le plus simple suffit à guérir ces érosions sans qu'on ait besoin de recourir à la trachélorrhaphie.

L'hypertrophie du col existait souvent avant la grossesse et a été augmentée par cette dernière. Souvent aussi elle résulte d'une ancienne folliculite interstitielle. Même quand il y a hypertrophie du col avec déchirure consécutive au cours du travail, il n'y a pas d'indication absolue à entreprendre la trachélorrhaphie. C'est à tort qu'on dit que la déchirure du col entraîne la stérilité. Les hypertrophies du col ne doivent pas être regardées comme produites par les déchirures ; c'est au contraire le plus souvent l'existence d'une hypertrophie extérieure du col qui en amène la déchirure lors de l'accouchement.

Dans bien des cas j'ai vu la sub-involution ne se produire qu'après la trachélorrhaphie.

La dégénérescence kystique du follicule interstitiel est souvent causée par des déchirures du col. Elle constitue une contre-indication formelle à la trachélorrhaphie. Il faut faire une ablation complète des tissus malades et ne pas se contenter de faire une ponction des kystes suivie de trachélorrhaphie.

Chez beaucoup d'hystériques une opération quelconque amène la guérison de certains troubles par suggestion et ce n'est que dans ce sens que la trachélorrhaphie peut agir, car je ne crois guère aux troubles réflexes que peut provoquer une déchirure du col.

On tend à admettre que les déchirures du col prédisposent au cancer. Le fait que les négresses ont rarement un cancer de l'utérus et que leur col est presque toujours largement déchiré ruine cette hypothèse. Le cancer est plus fréquent chez les multipares, parce que chez ces dernières seulement l'utérus est sorti en quelque sorte de son état embryonnaire.

La trachélorrhaphie préventive n'a aucune action contre le cancer utérin, car on en a déjà beaucoup pratiqué et le cancer, loin de diminuer, ne fait qu'augmenter.

En général, les lésions produites par des déchirures du col sont bien plutôt justiciables du curettage ou de l'amputation que de la trachélorrhaphie et cette dernière n'est indiquée que quand la déchirure est assez longue pour avoir rompu la plupart des fibres circulaires du col qui forment pour l'utérus une sorte de sphincter.

Les déchirures du col ne sauraient être considérées comme pathologiques; ce sont des phénomènes normaux qui résultent de ce fait que la femme, en raison de son attitude bipède, a besoin à la partie inférieure de son utérus d'un segment résistant qui maintienne l'organe et qui est fatalement déchiré lors de l'accouchement; ce qui est fort heureux, car s'il n'en était pas ainsi le col reviendrait immédiatement sur lui-même et s'opposerait à la sortie des lochies, amenant ainsi des phénomènes d'intoxication.

Chirurgie conservatrice des organes pelviens de la femme.

M. Goodell. — Je m'élève d'une façon générale contre la castration chez la femme. Cette opération entraîne des troubles vaso-moteurs, une tendance à l'hyposthénie, à la mélancolie, au suicide, à la folie. La femme perd les sensations sexuelles; il peut se produire une atrophie ou une hypertrophie de la vulve qui empêche le coït. Peu de femmes meurent d'affections chroniques des annexes, même quand il y a du pus. L'opération tue plus de femmes que l'affection contre laquelle elle est dirigée. Le curettage et le drainage de l'utérus suffisent souvent. Le repos, le massage, l'électricité, les topiques rendent aussi des services. Des salpingites peuvent disparaître spontanément avec rétablissement des fonctions de la trompe. Enfin, dans certains cas, où on n'a enlevé que des portions d'ovaires, des grossesses ultérieures ont pu avoir lieu. Dans les opérations absolument indispensables, on devra donc enlever la plus petite partie possible des organes; dans beaucoup de cas, on pourra se contenter de détruire des adhérences. Le véritable but de la chirurgie moderne doit être la conservation des organes.

M. Polk. — Mes observations portent sur 164 cas de maladies des annexes dans lesquels j'ai pratiqué la laparotomie. Dans 64 de ces cas, j'ai fait une opération radicale et, dans 100 autres, j'ai eu recours à des mesures conservatrices, c'est-à-dire que j'ai laissé le plus de tissu possible. Depuis longtemps, on a reconnu l'utilité de la chirurgie conservatrice pour le périnée, le vagin et le col utérin. Dans les cas de myomes, quand ces tumeurs ont un pédicule ou sont nettement encapsulées et qu'elles ne sont pas trop nombreuses, il faut se contenter de les enlever sans l'utérus. La ligature du ligament large a été recommandée pour empêcher les hémorrhagies et faire diminuer les tumeurs. Cette opération me paraît supérieure à l'oophorectomie. Une des opérations les plus conservatrices est le curettage avec drainage qui est applicable à toutes les formes d'endométrite et de métrite. On pourra même obtenir la déplétion par l'utérus dans certains cas de salpingite, surtout au début. On doit toujours chercher à conserver la menstruation et l'ovulation. Il y a beaucoup de cas d'occlusion des trompes avec des ovaires sains. Il en est de même dans beaucoup de cas de pyo-salpinx et d'hémato-salpinx. On doit alors enlever les trompes et laisser les ovaires. Dans 36 cas, j'ai pratiqué des résections partielles de l'ovaire, j'ai eu 31 résultats excellents. J'ai pu aussi rendre perméable l'orifice externe ou interne d'une trompe obturée en ces points.

Maladies des sinus ethmoïdaux.

M. Bosworth. — Les affections des sinus ethmoïdaux sont tout à fait spéciales. Dans les autres sinus, en effet, il y a une large cavité unique; dans l'ethmoïde, il y a une série de cellules plus ou moins isolées. Il faut rompre les parois de ces cellules et les transformer en une cavité unique. Le principal symptôme d'une inflammation des autres sinus est un écoulement purulent; l'inflammation des cellules ethmoïdales provoque une série de symptômes nerveux: céphalée, compression intra-orbitaire, éternuements, asthme, troubles cérébraux. L'inflammation de l'ethmoïde est plus fréquente qu'on ne le croit. Il y a trois variétés d'affections ethmoïdiennes: le myxome extra-cellulaire, le myxome intra-cellulaire, l'ethmoïdite purulente. Ce ne sont là du reste que les différentes périodes d'une même affection. A mesure que la maladie fait des progrès, la muqueuse peut faire saillie dans la cavité nasale sous forme d'un polype. Le cornet moyen peut être refoulé par suite de la distension des cellules ethmoïdiennes. Le résultat final est la suppuration et le pus peut se déverser dans les cellules antérieures ou postérieures. Il faut instituer le traitement de bonne heure, autant que possible avant que la suppuration soit établie. Dans l'ethmoïdite aiguë, le traitement ordinaire de la rhinite aiguë est indiqué. La douche est tout particulièrement recommandable. Il faut la répéter deux fois par jour avec de l'eau aussi chaude que possible. Il faut faire entrer l'eau par la narine la plus étroite. Dans la période chronique, il faut recourir au traitement chirurgical. L'opération doit se faire en plusieurs séances; elle n'est pas très pénible. L'anesthésie à l'aide de la cocaïne suffit. Sur 97 cas d'affections de l'ethmoïde, j'ai trouvé trois fois un carcinome et une fois un sarcome. Parmi les cas simplement inflammatoires, au nombre de 15, il y a eu 9 guérisons, 3 améliorations et 3 que j'ai perdus de vue. Il y eut 29 myxomes dont 12 guérirent, 10 furent améliorés et 7 ne furent vus qu'une ou 2 fois. Il y eut 22 myxomes avec polypes, dont 9 guérirent, 10 furent améliorés et 3 furent perdus de vue. Il y eut 27 suppurations, dont 8 guérirent, 12 furent améliorées et 7 disparurent. Dans presque tous ces cas, on dut recourir à des mesures radicales.

Chirurgie du sinus maxillaire.

M. Bryan. — Parmi les affections de l'antre de Highmore, l'empyème constitue la plus importante. On a beaucoup conseillé le lavage de cette cavité par son orifice naturel; cette méthode n'est appliquable qu'aux cas aigus et encore est-elle infidèle. Le plus souvent, il faut faire une ouverture artificielle. S'il y a une dent cariée, il faut l'extraire et souvent on ouvrira l'antre du même coup. Dans les autres cas, on fera une ponction à l'aide d'un trocart et il faudra drainer la cavité. On peut pénétrer dans l'antre par la joue ou par le nez au niveau du méat inférieur. La cavité ouverte, on la lave avec une solution antiseptique. Quand il s'agit d'un cas rebelle, il faut agrandir l'ouverture pour bien explorer la cavité avec une sonde, le doigt ou l'endoscope. On n'ouvrira l'antre par la fosse canine que quand il y a une tumeur ou que la paroi à ce niveau est très mince. La meilleure voie consiste à pénétrer par la bouche. Quand on fait ensuite les injections, la plus grande partie du liquide revient par le nez. Il n'y a qu'une contre-indication à ce procédé : c'est quand le rebord alvéolaire est édenté.

M. Robe. — Les affections du sinus maxillaire sont du ressort de la chirurgie. Bien des cas d'ozène sont dus à un écoulement purulent provenant de ce sinus. Quand l'état ne s'améliore pas promptement, il faut ouvrir la cavité. Quand les dents sont saines, on peut faire l'ouverture dans la région zygomatique ou à travers le méat nasal. Si on n'obtient pas ainsi une guérison prompte, il faut ouvrir largement la cavité.

Polypes du nez.

M. Casselberry. — I. *Polype nasal avec rhinite hypertrophique.* — Dans ce cas il n'y a pas d'inflammation de l'ethmoïde; l'accumulation du muco-pus dans le méat moyen prédispose à ces polypes. L'ablation du polype n'est pas suivie de récidive, mais il faut appliquer le thermo-cautère sur les hypertrophies des cornets.

II. *Polype nasal avec ethmoïdite myxomateuse.* — Les cornets ont un aspect brillant et une consistance pultacée. Il faut réséquer la partie moyenne de l'ethmoïde avec l'aire myxomateuse.

III. *Polype nasal avec ethmoïdite vaso-motrice.* — C'est une variété du type précédent; souvent il y a de l'asthme, la maladie des foins, un état névropathique.

IV. *Polype nasal avec ethmoïdite suppurée.* — Il y a un écoulement purulent des cellules ethmoïdiennes et souvent il y a un empyème d'un des sinus voisins. Cette suppuration

ne se produit que quand le myxome s'est assez développé pour donner naissance à l'obturation des cavités.

V. *Polype nasal avec ethmoïdite nécrosée.* — La carie ethmoïde accompagne souvent les polypes.

Dans tous ces cas il faut établir un bon drainage.

Vomissements incoercibles de la grossesse.

M. Pavis. — OBS. I. — Une veuve était traitée depuis quelque temps pour une gastrite chronique. La malade était très amaigrie et présentait des vomissements alimentaires continuels; elle éprouvait de la douleur au-dessous du sternum. L'examen vaginal révéla un col augmenté de volume et ramolli; l'utérus était en rétroversion. On souleva l'utérus à l'aide d'un tampon, et les vomissements cessèrent. Cependant la malade ne tarda pas à mourir. On ne put faire l'autopsie, cependant il semble bien qu'il s'agissait d'une grossesse.

OBS. II. — Une femme de 30 ans, ayant été soignée 2 ans auparavant pour une dysménorrhée avec antéflexion et prolapsus de l'utérus, devint enceinte et eut des vomissements intenses; elle eut des douleurs sous-sternales. L'utérus était en antéflexion, il y avait des vomissements rappelant le marc de café. On fit un avortement et un curettage de l'utérus; mais la malade mourut peu de temps après.

OBS. III. — Une femme primipare présenta des vomissements incoercibles; l'utérus était en antéflexion. La malade mourut bientôt d'épuisement.

Des observations précédentes, je tire les conclusions suivantes : les vomissements de la grossesse sont dangereux parce qu'ils amènent une anémie pernicieuse; il faut alors dilater rapidement l'utérus et l'évacuer aussitôt.

Ostéomalacie.

M. Dock. — Une femme, dont le père était syphilitique et dont la mère avait un goître, âgée elle-même de 24 ans, était mariée depuis sept ans et avait eu un enfant deux ans après son mariage. Etant enceinte, elle eut des douleurs rhumatismales; lors de l'accouchement, le placenta était adhérent et il y eut une hémorrhagie grave. Deux ans après, un 2e enfant naquit; il y eut de nouveau un placenta adhérent et une hémorrhagie grave. La mère nourrit les deux enfants. La 2e grossesse fut suivie d'un retour des douleurs rhumatismales et, peu après, commença le ramollissement des os.

Puis elle tomba et se fractura la cuisse gauche. Les désirs sexuels furent complètement abolis; l'urine ne contint aucune trace d'acide lactique; plus tard, il y eut des coliques néphrétiques et de la gravelle urinaire. Le phosphore fut sans action et les douleurs très intenses ne furent calmées que par la codéine. Finalement la malade mourut. On trouva tous les os ramollis, à l'exception de ceux de la tête. On trouva, en divers points, des tumeurs, des kystes. On avait proposé à la malade la castration, mais elle avait refusé.

Tumeur veineuse du diploé.

M. Lewis. — Le cas de tumeur veineuse du diploé que j'ai observé diffère des autres par ce que la tumeur ne communiquait pas avec le sinus longitudinal supérieur. C'était une vaste caverne veineuse dans laquelle venaient s'ouvrir de nombreuses veines du diploé. La malade avait 15 ans; à l'âge de 5 ans elle était tombée, se heurtant la tête : il se forma une petite tumeur indolente, qui augmenta progressivement de volume. Au bout de 5 ans on incisa la tumeur et on retira des caillots; presque aussitôt après la tumeur se reforma, on l'ouvrit encore et elle récidiva de nouveau. Je l'opérai et je vis qu'à la partie antérieure de la base de la tumeur la paroi crânienne manquait, laissant à nu la dure-mère. Je fis un curettage et je bourrai le tout de gaze iodoformée. La malade guérit.

Volvulus de l'iléon causant un étranglement d'un diverticule de Meckel.

M. Elliott. — Un homme de 30 ans présentait depuis 4 jours des vomissements, des frissons, des douleurs abdominales. La palpation révéla l'existence d'une grosse tumeur dure au milieu de l'abdomen. On crut à une appendicite. On fit une laparotomie; on trouva l'appendice normal. On vit que la tumeur provenait de la partie inférieure de l'iléon et avait son pédicule tordu; on la trouva attachée à l'ombilic et on vit qu'il s'agissait d'un diverticule de Meckel étranglé. On l'enleva et on sutura l'ouverture ainsi faite à l'iléon; l'iléon lui-même était tordu, mais cette torsion ne produisait pas une occlusion complète. Le malade mourut de péritonite septique, car le diverticule était déjà gangréné quand on l'enleva. Ce diverticulum de Meckel est dû à une persistance ou à une oblitération incomplète du canal vitellin; il peut donner lieu à une bande amenant une occlusion intestinale ou à des kystes par rétention. De plus, nous voyons par ce cas et un autre qui a été publié que l'étranglement du diverticule de Meckel peut donner lieu à une péritonite aiguë. On a rapporté un cas de péritonite consécutive à la perforation de ce diverticule. L'inflammation du diverticule de Meckel a les mêmes symptômes que l'appendicite. Dans le diagnostic différentiel l'existence de crises antérieures fera penser à une appendicite, l'existence d'un écoulement antérieur par l'ombilic fera penser à un diverticule de Meckel. Le seul traitement consiste dans une prompte laparotomie. Il faut lier les vaisseaux avec soin, car une branche de la mésentérique irrigue le diverticule.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Les sociétés suivantes ont levé la séance, la semaine dernière, en signe de deuil, à l'occasion de la mort de M. le président Carnot : *Société de chirurgie, Société médicale des hôpitaux, Société de biologie, Société de thérapeutique.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1894.

PRÉSIDENCE DE M. J. ROCHARD.

Elections.

MM. Révilliod (de Genève) et Séguin (de New-York) sont élus correspondants étrangers dans la division de médecine.

Sur la présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain.

M. Straus. — J'ai réussi à mettre en évidence la présence de bacilles tuberculeux virulents à l'intérieur de la cavité nasale d'individus sains, fréquentant des locaux habités par des phthisiques.

Mes expériences ont été faites à la Charité sur des infirmiers ou des infirmières, sur des malades atteints d'affections non tuberculeuses, mais ayant séjourné à l'hôpital depuis un temps assez long; enfin, sur un certain nombre d'élèves attachés à mon service. Infirmiers et élèves étaient *parfaitement bien portants* et ne présentaient aucun soupçon de tuberculose.

Chez ces différents sujets, j'ai recueilli les poussières, les croûtes et les mucosités contenues dans les cavités nasales, à l'aide de petits tampons de coton entortillés à l'extrémité d'une mince baguette de bois, et préalablement stérilisés à l'autoclave. Les tampons chargés du contenu de la cavité nasale sont agités dans un tube à essai contenant du bouillon ou de l'eau stérilisés. Le liquide très trouble ainsi obtenu à la suite du curage des fosses nasales est injecté dans le péritoine d'un cobaye.

29 cobayes ont été ainsi inoculés avec les produits provenant des cavités nasales de 29 individus. Sept de ces cobayes périrent dès les premiers jours, de septicémie ou de péritonite purulente; dans 13 cas les animaux demeurèrent bien portants et ne présentèrent pas de lésion à l'autopsie; enfin dans 9 cas ils moururent ou furent sacrifiés au bout de 3 à 5 semaines, avec des lésions tuberculeuses, le plus souvent très accusées, à point de départ intra-péritonéal; la nature tuberculeuse de ces lésions fut toujours vérifiée par la constatation du bacille.

Ainsi, sur 29 individus sains ou du moins absolument indemnes de tout indice de tuberculose, mais séjournant plus

ou moins longtemps dans les salles d'hôpital, 9 hébergeaient le bacille de la tuberculose, pleinement virulent dans les cavités des fosses nasales. Les cas positifs figurent donc dans la proportion inattendue et presque effrayante d'*un tiers*. Parmi ces cas positifs, 6 se rapportent à des infirmiers vivant à l'hôpital, balayant les salles, secouant les objets de literie; sur 3 malades atteints d'affections étrangères à la tuberculose, mais depuis plusieurs mois à l'hôpital, 1 donna un résultat positif; enfin, parmi 7 élèves du service qui ne passent que quelques heures par jour à l'hôpital, 2 (dont l'interne de mon service) avaient des bacilles virulents de la tuberculose dans leurs cavités nasales.

Depuis les travaux de Villemin et de Koch, on s'accorde à regarder les crachats des phthisiques, desséchés et flottant dans l'air, comme les agents par excellence de l'infection tuberculeuse. Cornet, dans un travail bien connu, a montré que l'air des locaux habités par des phthisiques peut charrier des poussières virulentes et tuberculeuses.

J'ai pu serrer le problème de plus près. Il ne s'agit plus simplement de montrer que, dans les salles d'hôpital et dans les appartements occupés par des phthisiques, l'air peut contenir des poussières chargées de bacilles de la tuberculose. Nous savons désormais que ces bacilles pénètrent et séjournent avec la plénitude de leur virulence, à l'intérieur des fosses nasales, chez des individus, du reste absolument sains, passant un temps plus ou moins long dans l'entourage des phthisiques.

Il n'est pas besoin d'insister sur la portée de ces faits nouveaux. Ils établissent, d'une façon directe et décisive, combien sont abondants les germes de la tuberculose, dans l'atmosphère des locaux habités par les phthisiques. Ils permettent en outre de saisir sur le vif le mécanisme de l'infection par inhalation chez l'homme et sa première étape, à l'entrée des voies respiratoires.

Je me réserve d'étendre ces recherches à des individus de conditions et d'occupations diverses, mais n'étant pas, professionnellement ou autrement, en contact habituel avec des phthisiques. Cette enquête fournira sans doute des données intéressantes sur la diffusion et le degré d'ubiquité du bacille de la tuberculose, dans les différents milieux humains.

Nevrotomie dans les gangrènes douloureuses.

M. Verneuil lit un rapport sur un travail présenté sur ce sujet par **M. Quénu**.

Le point capital de ce travail est l'introduction de la névrotomie à distance dans le traitement de la gangrène des membranes pour combattre le symptôme douleur.

D'après les doctrines régnantes et étant admis sans conteste le rôle des nerfs sensitifs et trophiques sur la vie et la nutrition des tissus, il eût été rationnel de redouter chez le malade de M. Quénu une aggravation de la gangrène. Or, c'est précisément le contraire qui est arrivé; non seulement le calme est revenu, l'état général s'est restauré, mais la gangrène s'est limitée, mais la vitalité s'est rétablie dans les téguments de la cuisse où elle semblait fort compromise.

Il ne faut assurément pas conclure que cette opération devra désormais servir, en quelque sorte, de prélude nécessaire ni même utile à l'amputation qui, tôt ou tard, termine la cure des gangrènes des membres, ni même que cette cure devra toujours s'effectuer en actes plus ou moins espacés, car, dans certaines gangrènes septiques à marche rapide, l'exérèse n'admet, pour ainsi dire, aucun retard.

On peut cependant affirmer aujourd'hui que les sections nerveuses, accusées si catégoriquement de suspendre la vie dans les tissus, peuvent, tout au contraire, dans certains cas qui restent à déterminer, agir tout différemment et rétablir une nutrition quasi normale dans des parties où elle était profondément troublée. Quant à l'interprétation de l'efficacité de la névrotomie, on ne pourra l'aborder qu'après la publication de nouveaux faits.

M. C. Paul présente un diabétique atteint de gangrène des orteils qui a été guéri à l'aide de bains d'oxygène et de bains antiseptiques.

Opération césarienne multiple.

M. Guéniot présente deux jeunes femmes chez lesquelles il pratiqua quatre fois l'opération césarienne, deux fois sur chacune d'elles. Par une curieuse coïncidence, chez toutes deux, la seconde grossesse atteignit son terme presque à la même date; les deux opérations eurent lieu le 21 mai et le 28 mai dernier; les suites furent simples et la santé des femmes se rétablit promptement.

La première césarienne de l'une remonte au 14 janvier 1891 et celle de l'autre au 17 décembre 1892. Les quatre enfants naquirent vivants: le premier, petite fille actuellement âgée de trois ans et demi, s'est parfaitement développé; le second, également une fille, est rachitique; les deux derniers, deux garçons, sont en bonne voie de développement; le dernier de ceux-ci, comme sa sœur, présente des traits accusés de rachitisme héréditaire.

Les mères sont de très petite taille et contrefaites; l'une d'elles a 1 m. 15; elles portent toutes deux les stigmates d'un rachitisme très intense.

Dans tous ces cas c'est vers la fin de la grossesse et sans attendre l'apparition du travail que je me décidai à opérer.

Trois fois sur quatre je rencontrai le placenta sous mon bistouri; d'où une perte d'environ 500 grammes de sang. Chez la naine je retrouvai tout à fait intacts, au cours de la seconde opération, les points de suture établis 17 mois et 11 jours auparavant.

On sait qu'en vue de soustraire la femme aux dangers éventuels d'une nouvelle grossesse, une certaine pratique consiste à faire suivre l'extraction de l'enfant, soit de l'amputation utéro-ovarique, soit de la ligature des trompes. D'après l'exposé qui précède, on a pu voir que, dans aucun cas, je n'ai suivi de tels errements, sans quoi les deux enfants derniers-nés n'auraient jamais vu le jour. Du reste, je puis ajouter un troisième fait qui n'est pas moins significatif. Le 9 février 1892, j'ai présenté à l'Académie, avec son enfant, une femme que j'avais opérée de la césarienne trois mois auparavant; le 13 juin 1893, je pus extraire par symphyséotomie chez cette même femme un enfant aussi bien portant que l'était son aîné. Elle se rétablit encore une fois promptement. Comparée aux procédés mutilateurs, la méthode conservatrice montre donc ici une incontestable supériorité.

M. Laborde. — Voyez ci-dessous la communication de M. Grimaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 *juin* 1894.

Action physiologique et thérapeutique de la quinéthyline et de la quinopropyline.

M. Grimaux fait connaître les résultats des recherches physiologiques et thérapeutiques qu'il a entreprises sur les homologues supérieurs de la quinine, la *quinéthyline* et la *quinopropyline*, substances qu'il a obtenues il y a trois ans, en collaboration avec M. Arnaud, par trauformatinn de la *cupréine*, alcaloïde retiré du *Quina cupra*. Les essais physiologiques faits avec le concours de M. Laborde, et l'action thérapeutique étudiée à l'hôpital de la Marine de Rochefort par M. Bourru, ont prouvé que la cupréine est une base peu active, inférieure comme fébrifuge à la quinine, mais que la quinéthyline est de beaucoup supérieure à la quinine et réussit dans des cas où celle-ci a échoué.

La quinopropyline, plus toxique, ne peut être employée à dose élevée; elle est surtout antithermique et paraît devoir trouver son emploi dans le traitement des fièvres infectieuses confirmées.

Sur une ptomaïne extraite des urines dans le cancer de l'utérus.

M. A.-B. Griffiths. — La ptomaïne que j'ai extraite de l'urine des femmes atteintes de cancer de l'utérus est une substance blanche qui se cristallise en aiguilles microscopiques, qui est soluble dans l'eau et présente une réaction alcaline. Elle forme un chloroplatinate, un chloraurate et un chlorhydrate; elle donne un précipité jaune avec l'acide phosphotungstique, brunâtre avec l'acide phosphomolybdique et rouge avec le nitrate d'argent. Le chlorure mercurique forme avec elle un précipité gris, et le réactif de Nessler donne un précipité brunâtre. Enfin, l'analyse lui assigne la formule $C^8H^5AzO^3$.

Cette ptomaïne, que j'ai nommée la *cancérine*, est très vénéneuse; elle produit de la fièvre et amène la mort en trois heures; elle ne se rencontre pas dans les urines normales : elle est donc bien formée dans l'économie au cours du *cancer uteri*.

Stabilité des dissolutions aqueuses du bichlorure de mercure.

M. E. Burcker. — Les expériences que j'ai entreprises sur cette stabilité démontrent :

1° Que les eaux ordinaires, par les principes qu'elles contiennent, provoquent la décomposition immédiate du bichlorure de mercure et que cette décomposition immédiate continue sous l'influence combinée de l'air, de la lumière, ainsi que des principes minéraux et organiques contenus dans l'eau et amenés par l'air;

2° Que la décomposition commencée s'arrête ou, du moins, devient insignifiante, lorsque la dissolution est soustraite à l'action de l'air et de la lumière;

3° Que les dissolutions de bichlorure de mercure, préparées à l'aide de l'eau distillée pure, ne subissent que des décompositions insignifiantes, même lorsqu'elles restent exposées à l'air et à la lumière.

Séance du 15 mai 1894.

Sur la stabilité des solutions étendues de sublimé.

M. Léo Vignon. — Ayant reconnu que les solutions aqueuses de sublimé à 1 0/00, préparées et conservées suivant les conditions que j'ai indiquées dans une note précédente, subissent des altérations avec le temps, j'ai cherché par de nouvelles expériences à en préciser les causes et le mécanisme. J'ai pu constater ainsi que ces altérations étaient dues principalement à l'apport de matières alcalines, soit par l'eau ayant servi à préparer la solution, soit par l'air, soit par les récipients de verre contenant les solutions. Il faut ajouter à ces actions l'influence de poussières ou de corps organiques dont le contact, produisant la réduction de l'oxyde mercurique, vient faciliter encore la précipitation du mercure.

Séance du 21 mai 1894.

Méthode permettant de mesurer à la fois l'intensité de la vision mentale du sujet et de l'aberration longitudinale de l'œil.

M. Charles Henry. — Je viens exposer devant l'Académie un artifice expérimental qui m'a permis de démontrer que la pupille se dilate sous l'influence du cerveau, à l'idée de distances plus ou moins grandes. Cette dilatation pupillaire, d'origine purement psychique, sert à préciser une donnée jusqu'ici inaccessible, l'*énergie de la vision mentale* des individus. Pour donner un exemple de l'importance de cette nouvelle quantité en optique physiologique, j'en ai déduit par le calcul, pour différents yeux, des valeurs de l'aberration de sphéricité, dont la moyenne est rigoureusement identique à la valeur théorique calculée en partant des constantes fondamentales de l'ophthalmologie.

C'est la première fois qu'un facteur purement psychologique sert à calculer une grandeur d'ordre physique.

De la digestion sans ferments digestifs des matières albuminoïdes.

M. A. Béchamp. — A propos de la dernière communication de M. A. Dastre sur la digestion sans ferments digestifs, je rappellerai que depuis longtemps, comme M. Dastre aujourd'hui, j'ai publié les résultats d'expériences démontrant que la disparition progressive de la fibrine immergée soit dans l'acide chlorhydrique très dilué, soit dans l'eau pure avec ou sans addition d'un agent antiseptique, n'est pas le fait d'un simple phénomène de dissolution, mais le résultat d'une transformation. Sur ce point, l'expérience de M. Dastre est l'éclatante confirmation des miennes. Je suis également d'accord avec lui pour repousser l'hypothèse d'une zymase que la fibrine importerait du sang dont elle provient. Par contre, je ne puis accepter l'hypothèse que l'agent antiseptique salin serait l'agent des transformations observées. Il n'y a pas de transformations d'albuminoïdes de l'ordre des phénomènes digestifs sans une cause physiologique et il n'est pas vain de prouver que les albuminoïdes sont réductibles en espèces définies, stables.

De la formation d'urée dans le foie après la mort.

M. Ch. Richet. — On sait que la mort de l'*individu* n'entraîne pas la mort immédiate et simultanée des parties anatomiques qui le constituaient et notamment, de par les expériences de Claude Bernard, que la formation du sucre aux dépens du glycogène hépatique se continuerait pendant plusieurs heures dans le foie retiré du corps et lavé immédiatement après la mort par un courant d'eau qui enlevait tout le sang contenu dans les vaisseaux.

J'ai étudié de la même manière la production d'urée dans le foie, pendant quelques heures après la mort de l'individu, alors que la vitalité des cellules hépatiques n'a pas été détruite et j'ai constaté : 1° qu'il existe une analogie remarquable entre la formation du sucre dans le foie et la formation d'urée; 2° que les deux phénomènes s'opèrent à l'aide d'une diastase soluble et qu'ils peuvent avoir lieu *in vitro*.

Il se passe, en outre, dans ce liquide hépatique d'autres faits intéressants que je cherche à analyser (production de matière colorante rouge et de substances réductrices), mais je veux seulement établir ici qu'un des phénomènes les plus importants de la vie du foie, c'est-à-dire la formation d'urée, est un phénomène analogue aux phénomènes de diastase.

Mort apparente produite par les courants alternatifs ; rappel à la vie par la respiration artificielle.

M. A. d'Arsonval a montré autrefois que l'électricité provoque la mort de deux façons très différentes : 1° *par lésion ou destruction des tissus* (effets destructifs et électrolytiques de la décharge); 2° *par excitation des centres nerveux* produisant l'arrêt de la respiration et la syncope, mais sans lésions matérielles. Dans le premier cas, la mort est *définitive;* dans le second, au contraire, elle n'est *qu'apparente* et le foudroyé peut être rappelé à la vie en pratiquant la respiration artificielle, *un foudroyé devant être traité comme un noyé.*

Un accident arrivé ces jours derniers à Saint-Denis est venu confirmer *sur l'homme* ce que j'avais eu l'occasion de constater expérimentalement sur les animaux.

Séance du 28 mai 1894.

Sur le latex de l'arbre à laque.

M. G. Bertrand. — Ce latex s'écoule quand on incise le tronc d'une espèce de Rhus (anacardiées) très répandue au Tonkin. Il a une consistance crémeuse et se conserve longtemps en vase clos, mais dès qu'il reçoit le contact de l'air il se transforme en une substance noire, insoluble dans tous les dissolvants. C'est en raison de cette propriété que les Chinois et les Japonais l'utilisent: ils en recouvrent leurs meubles et obtiennent ainsi ce magnifique vernis qu'on connaît sous le nom de laque. Cette transformation s'accomplit sous l'influence combinée d'une nouvelle diastase (la *laccase*) et de l'oxygène. En délayant le latex dans un grand excès d'alcool, la diastase se précipite, tandis que le principe générateur de la laque, ou *laccol*, passe en dissolution. On peut ainsi les séparer. Le laccol est un liquide huileux, oxydable, voisin du phénol polyatomique. On ne doit le manier qu'avec la plus grande précaution, car des traces, ou même sa vapeur, suffisent pour produire à la face, aux bras ou sur les mains une rubéfaction vive, bientôt suivie d'une éruption miliaire, un prurit intense et de la tuméfaction accompagnent les premiers accidents. En Chine, certains ouvriers laqueurs ont le corps recouvert d'ulcérations érysipélateuses, mais la plupart en sont exempts. L'habitude ne confère aucune immunité, car les plus vieux ouvriers, soumis aux vapeurs du latex, sont affectés de la même façon que les novices. Quand on précipite une solution alcoolique de *laccol* par l'eau, on n'obtient qu'une émulsion blanche qui se conserve sans altération apparente, tandis que si on opère cette précipitation avec une solution aqueuse de laccase *faite à froid*, on voit aussitôt le mélange brunir, puis devenir noir; en même temps de l'oxygène est absorbé. Avec une solution *bouillie* de laccase, il n'y a aucune coloration. On est donc ici en présence d'une diastase dont l'action est essentiellement différente de toutes celles connues jusqu'ici, qui ne produisent que des *hydratations*, tandis que la *laccase* détermine la fixation directe de l'oxygène, une *oxydation*.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 29 juin 1894.

Thrombose de la veine axillaire droite.

M. Meslay présente les pièces anatomiques d'une petite fille morte dans le service de M. Sevestre à la suite d'asystolie. Cette enfant, qui avait été atteinte de rhumatisme articulaire aigu avec endocardite, avait eu de l'œdème du membre supérieur droit dans les derniers moments de sa vie. L'autopsie démontra en outre des lésions de la valvule mitrale et des lésions congestives des viscères avec thrombose occupant les veines sous-clavière, axillaire et humérale du côté droit.

Myxome de la cuisse.

M. Isidor présente une tumeur enlevée par M. Lejars à un homme de 57 ans. Cette tumeur, du volume d'une tête de fœtus, régulière, lisse, molle, était située profondément entre le moyen et le grand adducteur ; son ablation ne présenta aucune difficulté ; elle était reliée à l'os par un pédicule de nature osseuse, assez mince, et n'adhérait en aucun autre point. A la coupe on voit qu'elle est formée d'une masse assez homogène, molle, visqueuse : l'examen histologique a démontré qu'il s'agissait de myxome.

Rapports de l'utérus.

M. Chaput lit une communication de M. Testut sur la direction et les rapports de l'utérus : cet auteur constate que les anatomistes ont des opinions bien différentes sur cette question. Se rangeant à l'avis de ceux qui dirigent cet organe parallèlement à l'axe du détroit supérieur en légère antéflexion, il explique, avec un dessin à l'appui, que la rétrodéviation est occasionnée par la présence de plusieurs anses intestinales entre la vessie et la face antérieure de la matrice.

Lympho-sarcome généralisé.

M. Nordmann rapporte l'observation d'une femme âgée de 82 ans qui a présenté dans les six derniers mois de son existence une adénopathie sus-claviculaire, et qui s'est éteinte peu à peu de cachexie néoplasique. L'autopsie a montré qu'il existait des paquets ganglionnaires volumineux situés le long des vaisseaux (médiastin, mésentère, fosses iliaques, régions axillaire et sus-claviculaire). La rate, légèrement hypertrophiée, présentait un noyau en amande. Il n'y avait aucune dégénérescence du foie et du corps thyroïde ; l'examen microscopique a montré qu'il s'agissait de lymphosarcome.

G. Dagron.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séances des 13 et 20 juin.

Tumeur du cordon spermatique.

M. Karewski a présenté une tumeur volumineuse développée dans le scrotum d'un homme de 57 ans. La tumeur, qui existait déjà depuis de longues années, avait ces temps derniers un développement considérable. Son poids était tel que, pour pouvoir marcher, le malade était obligé de passer sous la tumeur une bande qu'il nouait autour de son cou. Si le malade voulait s'asseoir, il était obligé de poser, pour ainsi dire, la tumeur par terre, autrement elle ne lui permettait pas de se tenir sur une chaise. La tumeur était dure, fluctuante par places et avait englobé le testicule.

Comme le malade avait un bec-de-lièvre et que la tumeur, malgré sa longue durée, n'avait pas encore provoqué de cachexie, on avait fait le diagnostic de tératome. L'opération n'a présenté aucune difficulté.

La tumeur enlevée pesait 20 livres et ressemblait à un gros fibro-myome utérin. Au centre se trouvait une production rougeâtre remplie de kystes. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un fibro myxosarcome du cordon ayant subi la dégénérescence lipomateuse.

Uréthroscopie.

M. Casper préfère les uréthroscopes dont le foyer d'éclairage ne se trouve compris dans l'instrument même, surtout quand il s'agit d'éclairer l'urèthre seul. D'une façon générale, on a exagéré la valeur diagnostique de l'uréthroscopie. Elle permet de reconnaître l'existence des tumeurs et de diverses ulcérations. Dans l'uréthrite aiguë, de même que dans les rétrécissements qu'on sent mieux qu'on ne voit, l'uréthroscopie n'est d'aucune utilité.

Carcinome du larynx.

M. Virchow présente les préparations d'un carcinome du larynx extirpé par M. J. Wolff chez un individu qui plus tard succomba à des métastases pulmonaires.

Le larynx lui-même est parfaitement guéri. Nulle part on ne trouve de tissu carcinomateux ; les ganglions lymphatiques ne sont pas tuméfiés. Ce cas est donc une preuve de la possibilité de la guérison des carcinomes du larynx après l'extirpation.

M. J. Wolff fait observer que si l'on compte ce cas comme guéri, il y aurait actuellement 12 cas de guérison. Sur ce nombre, 6 sont morts plus tard. La récidive locale n'est survenue que chez un seul, 4 mois après l'opération. Cinq vivent encore et parmi eux, il y en a 1 chez lequel la guérison ne s'est pas démentie depuis 7 ans 1/2.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 8 juin 1894.

Empyème de l'ethmoïde et du sphénoïde.

M. Flatau a présenté une femme de 60 ans à laquelle il a enlevé le cornet moyen du côté gauche, de façon à mettre à nu le trou sphéno-maxillaire. Depuis l'âge de 14 ans la malade était sujette à un écoulement purulent du nez et présentait une respiration difficile. A l'âge de 35 ans elle a subi l'ablation des polypes, opération qu'on a dû plus tard refaire plusieurs fois.

Pour M. Flatau il s'agit là d'un cas d'empyème du sinus ethmoïdal et sphénoïdal du côté gauche qu'il espère guérir par l'opération en question. Dans un autre cas d'empyème du sinus sphénoïdal chez une jeune fille, le tableau clinique était celui de la rhinite fétide atrophique.

A ce propos, M. Flatau, qui pendant les deux dernières années a observé 26 cas d'affections du sinus sphénoïdal, attire l'attention sur ce fait que la rhinite fétide atrophique en est souvent une manifestation. Au point de vue étiologique, la suppuration du sinus sphénoïdal s'observe à la suite d'un grand nombre de maladies infectieuses. Dans un cas d'empyème double des sinus terminé par la mort malgré l'ouverture des deux cavités, on trouva à l'autopsie une ancienne méningite.

M. Rosenberg n'a jamais pu saisir les causes étiologiques dans les cas qu'il a observés. Souvent il existait en même temps de l'ozène qui dans presque tous les cas paraissait antérieur à la suppuration des tissus.

M. Schwabach a observé à l'hôpital Urban deux cas de septicémie mortelle de cause inconnue. A l'autopsie on trouva dans les sinus malades une culture pure de streptocoques.

M. Scheinmann croit qu'il ne faut pas faire trop légèrement le diagnostic d'empyème. L'affection ne doit être considérée comme certaine que s'il sort du pus par l'orifice sphénoïdal.

M. Herzfeld est du même avis, et dans les deux cas avec tableau clinique de rhinite fétide atrophique le diagnostic n'a pu être fait qu'après la résection du cornet moyen.

Xanthomes multiples.

M. Hefeld montre un garçon de 5 ans qui à côté de xanthomes disséminés à la surface du corps en présente encore dans le conduit auditif droit, sur la langue, la voûte palatine, le voile du palais, le pharynx. Les xanthomes de la gorge sont jaunâtres, des dimensions d'une tête d'épingle, et ne se laissent pas exprimer. Les xanthomes des autres parties du corps présentent une distribution symétrique ; leurs dimensions sont celles d'un petit pois.

Le cas est particulièrement intéressant par le développement rapide de l'affection, qui n'a pas mis plus d'un mois pour arriver à son état actuel.

A l'examen microscopique les tumeurs se composent de tissu conjonctif renfermant un nombre considérable d'éléments cellulaires dont quelques-uns ressemblent à des cellules géantes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 11 *juin* 1894.

Des accidents du traitement mercuriel de la syphilis.

M. Lewin, après un court aperçu des diverses phases par lesquelles a passé le traitement de la syphilis par le mercure, expose les suites qu'il a pu observer chez 80,000 syphilitiques.

Il a tout d'abord constaté que si les petites doses de mercure exercent une action toxique sur le cœur, élèvent la pression intravasculaire et augmentent le nombre des hématies, les fortes doses au contraire dépriment le cœur, diminuent la pression sanguine, provoquent une stase dans les capillaires, font baisser le nombre des hématies et provoquent à une diminution de l'intensité du processus d'oxydation. Si l'on continue pendant longtemps l'emploi du mercure à haute dose, il peut survenir une nécrose diphthéritique du jéjunum et du gros intestin. De plus le mercure dissout les sels calcaires des os, les fait passer dans le sang et de là dans les reins où ils provoquent un état d'irritation pouvant aboutir à la néphrite parenchymateuse.

Dans le traitement de la syphilis par les frictions, on ne sait au juste ce qui est absorbé par la peau et ce qui est inhalé. La proportion de mercure qui passe ainsi par les poumons doit être assez forte, car on sait que les phénomènes d'intoxication mercurielle se manifestent déjà après l'inhalation de doses minimes de mercure.

Avec les injections mercurielles on peut déjà doser la quantité de mercure absorbé. Quand on se sert du sublimé, on injecte ordinairement 0,01 à 0,012 de substance. Avec les autres sels de mercure la dose peut être 8 à 10 fois plus grande. Dans les deux cas on espère que tous les jours il s'en absorbera une certaine quantité, à peu près la même. C'est ce qui a lieu dans la majorité des cas. Mais quelquefois, chez les ouvriers qui travaillent beaucoup, par exemple, ce qui équivaut à un massage, ou bien en cas de coups ou de chute sur la région fessière, l'absorption se fait rapidement et provoque alors des accidents tels que la salivation, la stomatite. La stomatite est ordinairement légère, mais quelquefois elle va jusqu'à la nécrose et l'ankylose des maxillaires. Les autres complications qu'on peut observer dans ces cas sont les coliques avec ténesme, la diarrhée sanglante, le collapsus.

Lorsqu'on emploie pour les injections les sels solubles de mercure, il peut survenir des embolies pulmonaires et cérébrales. Les accidents cérébraux ne sont pas dans ces cas rares, et les malades sont souvent pris de vertiges, de vomissements, de tendances aux syncopes, etc.

M. Blaschko se sert des sels insolubles. Il commence par de très petites doses et ne passe aux doses plus fortes que lorsque les premières sont bien supportées. En somme, quand on injecte des sels solubles, du sublimé par exemple, la situation est la même qu'avec les sels insolubles. Une très petite quantité est immédiatement absorbée ; mais la plus grande provoque une nécrose des tissus et se transforme en albuminate de mercure insoluble, qui est lentement résorbé.

M. Leyden n'a pas eu de grands accidents avec le mercure, Les reins restent indemnes, bien que dans certains cas on observe de l'albuminurie; quelquefois le cœur semble se prendre. En fait d'accidents nerveux, il a vu des paralysies affectant la forme de névrites périphériques multiples.

Diverticule pulsatile de l'œsophage.

M. G. Klemperer a présenté un malade atteint de diverticule pulsatile de l'œsophage, développé depuis 2 ans. Comme dans tous les cas de ce genre, le diverticule siège à la partie supérieure de l'œsophage et forme un sac dans leque s'engagent tous les aliments.

M. Landgraf a observé 2 cas de ce genre chez une femme de 57 ans et un homme de 77 ans. Le pronostic n'est pas mauvais quand les malades peuvent manger lentement.

M. Leyden a eu aussi l'occasion d'observer plusieurs cas de diverticule de l'œsophage. La toux qu'on observe dans ces cas est due à l'irritation des branches périphériques du pneumogastrique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ELBERFELD

Séance du 5 *juin* 1894.

Cathétérisme des sinus frontaux.

M. Klingel a montré un malade qui, depuis douze ans, était atteint de douleurs violentes dans le côté gauche du front et fut traité tout ce temps par des calmants. A l'examen, on voyait le cornet moyen du côté gauche déformé et présentant sur sa face externe une couche de pus cachant une surface couverte de granulations rouges. M. Klingel pratiqua le cathétérisme et constata l'existence d'une carie des cellules ethmoïdales antérieures. Curettage avec la curette nasale et tamponnement à la gaze iodoformée. Les douleurs frontales qui avaient disparu après l'opération revinrent le lendemain. On pratiqua alors le lavage systématique du sinus frontal, ce qui permit au bout de quelques jours d'évacuer une cuillerée à bouche de pus. Guérison définitive.

Dans le second cas observé par M. Klingel, les choses se passèrent exactement de la même façon que dans le précédent.

Pour M. Klingel, la question du cathétérisme se pose chaque fois qu'on soupçonne une affection du sinus frontal. Le cathétérisme est facile quand le conduit excréteur, du sinus est droit, court ou présenté par un simple orifice. Dans le cas contraire, quand le canal est long, contourné, ou bien encore quand le cornet moyen est hypertrophié ou quand les cellules ethmoïdales antérieures sont nécrosées, le cathétérisme peut présenter des difficultés considérables. Dans ce dernier cas on peut passer dans le sinus frontal en poussant la sonde à travers les cellules ethmoïdales cariées.

M. Lœwenstein a vu le premier malade de M. Klingel il y a déjà quelques années. Le cathétérisme, devenu possible après l'ablation du cornet moyen, était à ce moment absolument impraticable. Le malade ne voulait du reste se prêter à aucune intervention.

Quant au cathétérisme du sinus frontal, M. Lœwenstein le considère comme une intervention sérieuse, puisque la sonde peut fort bien passer à travers l'ethmoïde dans la cavité crânienne. Quand le cathétérisme est tant soit peu difficile, il vaut mieux aborder le sinus par la région frontale, et, d'une façon générale, il n'est important que dans les empyèmes latents. Il existe des cas où l'ablation du cornet et des produits pathologiques du nez suffit pour obtenir l'écoulement des liquides contenus dans le sinus.

M. Klingel trouve le cathétérisme des sinus frontaux fort important, puis il permet les lavages de la cavité et par conséquent la guérison de l'empyème.

M. Lœwenstein ne rejette pas le cathétérisme, mais pense qu'il faut éviter l'emploi de la force quand on ne réussit pas. Katzenstein, qui a examiné 21 crânes, en a trouvé seulement 5 où le cathétérisme était facile et 10 où il était impossible

---

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 28 — 11 JUILLET 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 16 au 21 juillet 1894.

Mercredi 18. — M. Sabatier. Etude expérimentale comparative de l'absorption vésicale. — M. Danet. Contribution à l'étude clinique des formes graves de l'ostéomyélite des adolescents. — M. Bourgouin. Etude clinique sur quelques tumeurs solides de l'ovaire à évolution lente. — M. Jenart. Etude clinique sur les phénomènes oculaires. — M. Derrien. Contribution à l'étude des dermatites exfoliantes. — M. Sorel. Contribution à l'étude du diabète. Diabète et glycosurie d'origine nerveuse. — M. Veillon. Recherches sur l'étiologie et la pathogénie des angines aiguës non diphthériques. — M. Beaudonnet. Contribution à l'étude des ostéo-périostites syphilitiques de l'orbite. — M. Verneuil. La fièvre jaune. Des mesures hygiéniques et prophylactiques à prendre à bord des navires marchands. — M. Dumont. Contribution à l'étude de la pathogénie des phlegmons périmaxillaires.

Jeudi 19. — M. Laforgue. Des plaies du cœur au point de vue médico-légal. — M. Courtault. Réformes et améliorations proposées pour la protection médico-légale de premier âge. — M. Boix. Le foie des dyspeptiques et en particulier d'une forme de cirrhose non alcoolique du foie, due à l'intoxication d'origine gastro-intestinale. — M. Harou. De la résection du genou chez l'enfant dans les tumeurs blanches suppurées. — M. Vaugrente. Essai de traitement méthodique et rationnel des ulcères de jambes. — M. Chaminade. Considérations cliniques sur l'érysipèle dans l'état puerpéral. — M. Boury. Observations sur le rôle de l'eau de chaux dans l'allaitement artificiel et le régime lacté exclusif. — M. Lecourt. Considérations sur l'anthrax. — M. de Villenon. De l'érysipèle dans les maladies du foie.

Samedi 21. — M. Gautier. Contribution à l'étude clinique de la chloro-anémie chez les nourrissons. — M. Taburet. Contribution à l'étude la valeur séméiotique de l'hémoptysie au début de la tuberculose pulmonaire. — M. Gérard. L'oreillette gauche dans le rétrécissement mitral. — M. Baruk. Des hallucinations dans la paralysie générale.

VARIÉTÉS

Service de santé de la marine. — Le prix de médecine navale pour 1893 est décerné à M. le Dr Alix, médecin de 1re classe de la marine, pour son rapport sur le *Primauguet.*

Ecole du service de santé de la marine à Bordeaux. — Le jury du concours d'admission à l'Ecole du service de santé de la marine à Bordeaux, en 1894, est ainsi composé : MM. le directeur Auffret, président; le médecin principal Guyot, de Brest; le pharmacien principal Perrimond-Tronchet, de Toulon. Les membres suppléants seront respectivement, pour chacun des ports : 1° pour la médecine : à Brest, M. le médecin principal Brémaud; à Rochefort, M. le médecin principal Palmade; à Toulon, M. le médecin principal Fontan. 2° Pour la pharmacie : à Brest, M. le pharmacien en chef Bavay; à Rochefort, M. le pharmacien principal Taillotte; à Toulon, M. le pharmacien en chef Chalmé.

Epidémie de choléra dans le Finistère. — *Médailles d'or.* — MM. les docteurs Léseleuc et Caradec (de Brest); Guader (de Lambézellec).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Anner et Cerf-Mayer (de Brest); MM. les médecins de la marine Bourdon, à l'Ile-Molène; Négadelle, Le Floch et Vincent, à Camaret.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Allain (de Saint-Pierre-Quilbignon); Le Port (à Lanildut).

Médailles de bronze. — MM. les quartiers-maîtres infirmiers de la marine Le Fur; Gourion; Prigent; Mazé; MM. les matelots infirmiers de la marine Landuré; Cloarec; Mmes Brès, en religion mère Brès; Colichet, en religion mère Saint-André; de Parouès, en religion sœur Saint-Victor, attachées à l'hôpital de Brest; M. Loustalot, infirmier à l'hospice de Brest; Mme André, infirmière à l'hospice de Brest.

Mentions honorables. — M. Divanach, infirmier à l'hospice de Brest; Mme Merrer, infirmière à l'hospice de Brest.

VIENT DE PARAITRE :

☞ **Pus et Suppuration**, par le Dr MAURICE LETULLE, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 volume petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire* 2 fr. 50.

Dans cette étude pratique et théorique de la suppuration, l'auteur a groupé successivement les caractères macroscopiques, histologiques et chimiques du pus nécessaires à l'élève aussi bien qu'au praticien.

La seconde partie du volume, consacrée à la suppuration, aborde l'anatomie pathologique des lésions, leur étiologie (microbes pyogènes) et leur pathogénie (substances pyogènes). Un dernier chapitre expose la pathologie générale de la pyogénie.

La Chimie de la cellule vivante, par ARMAND GAUTIER, de l'Institut, membre de l'Académie de médecine, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire.* 2 fr. 50.

Après avoir décrit la cellule et le rôle de ses diverses parties, M. A. Gautier montre cet organisme en action. Il étudie les phénomènes de l'assimilation et de la désassimilation et il arrive à cette conclusion que les produits directs de la désassimilation des matières protéiques fondamentales résultent de *dédoublement* et non d'*oxydation.* Ce n'est qu'ensuite que ces produits sont brûlés.

M. Gautier expose les divers termes de ces dédoublements. Le fonctionnement qui conserve la cellule et, par elle, l'être complet, est ainsi analysé dans ce livre qui modifiera profondément les théories physiologiques actuelles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale, publiée sous la direction de MM. Dujardin-Beaumetz et Terrillon. 4 francs le volume, relié peau souple.

Deux volumes viennent de paraître :

1° *Thérapeutique des maladies du foie*, par L. GALLIARD, médecin des hôpitaux.

2° *Thérapeutique des maladies vénériennes*, par F. BALZER, médecin de l'hôpital du Midi.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1894, par BOCQUILLON-LIMOUSIN. Paris, J.-B. Baillière et fils. 1 vol. in-12. 3 fr.

La Lèpre, observations et expériences personnelles, par le Dr JULES GOLDSCHMIDT. Paris, 1894, Société d'éditions scientifiques. Prix : 3 fr.

CLINIQUE MÉDICALE

Nouveaux procédés urologiques pour la recherche et pour le dosage du glucose, Communication au XI[e] Congrès International des Sciences médicales (Rome, 1894), par le D[r] Emilio Pittarelli (Campochiaro, Italie).

L'analyse du glucose dans l'urine n'a pas, jusqu'ici, de procédés vraiment pratiques et scientifiquement exacts. Ceux basés sur le pouvoir réducteur du sucre ont une cause d'erreur en ce fait, que l'urine contient normalement d'autres substance réductrices, qui correspondent à 2-4 grammes de glucose par litre : on peut dire la même chose des pouvoirs fermentatif et rotatoire, qui présentent, en outre, des difficultés techniques et instrumentales bien souvent insurmontables pour les praticiens et même pour les cliniciens qui ne font pas une spécialité de l'urologie.

Pour éliminer toute cause d'erreur, mes recherches m'ont démontré valable le nitrate mercurique. Ce corps, usité à la manière de Liebig pour le dosage de l'urée, précipite de l'urine toute substance réductrice autre que le glucose et l'acide glycuronique : l'urine physiologique ainsi traitée n'a sur le réactif de Fehling qu'un pouvoir décolorant très faible, correspondant à peine à 10-30 millig. de glucose par litre. Cette notion, qui confirme en même temps l'existence d'une glucosurie physiologique, permet de donner à l'analyse du glucose une précision et une exactitude inconnues jusqu'ici. Elle forme la base des procédés que je vais décrire.

A. Recherche : *procédé très rapide.* — Ce procédé est basé sur l'action réductrice du glucose sur l'oxyde mercurique, HgO. On traite 2-3 cm³ d'urine diluée avec 10-15 cm³ d'eau, par du nitrate mercurique $(NO^3)^2 Hg$ en léger excès, puis par de la potasse ou de la soude caustique en grand excès, enfin encore par du nitrate mercurique jusqu'à dissolution du précipité jaune HgO. Par filtration on obtient un liquide parfaitement incolore et transparent; on le chauffe : *la production d'un précipité noir brillant très fin* (Hg) *indique la présence du glucose.*

Dans ce procédé le nitrate mercurique donne, avant tout, même en présence d'alcali, un volumineux précipité blanc de matières azotées, qui contient toute substance réductrice autre que le glucose et son dérivé l'acide glycuronique; puis, en présence d'alcali, il forme un précipité jaune d'oxyde mercurique, qui se dissout dans le glucose et par conséquent passe dans la liqueur filtrée. Sous l'influence de la chaleur, l'oxyde mercurique est ramené par le glucose à l'état de mercure métallique, qui, en gouttelettes très fines, est noir brillant. Donc, *une seule et simple opération élimine de l'urine toute cause d'erreur et donne en même temps le réactif du sucre.*

Je ne connais pas de procédé plus rapide, plus facile et plus exact. Mais il a aussi un autre grand avantage, parce qu'il peut être utilisé pour la recherche de l'acétone. Pour cela il suffit de filtrer encore après l'ébullition : *la présence du mercure dans la liqueur filtrée indique l'existence de l'acétone* (d'après la réaction de Légal).

B. Dosage. — Je n'ai pu appliquer au dosage cette manière d'opérer si simple et si facile, parce que j'ai trouvé que la réductibilité de l'oxyde mercurique par le glucose varie beaucoup selon trop de circonstances. Comme, d'autre part, nous possédons dans la liqueur de Fehling un réactif très sensible et profondément étudié je pense qu'il méritera toujours d'être préféré. Je rejette néanmoins le procédé originaire de Fehling, parce qu'il est extrêmement difficile de saisir le point où la couleur bleue disparaît, et parce que la recherche du cuivre par filtration, acidification et addition de ferrocyanure de potassium, est bien infidèle à cause de l'oxyde cuivreux qui peut traverser le filtre. Depuis longtemps j'ai trouvé préférable de rechercher le cuivre à l'aide des sulfures alcalins, qui sont sans action sur l'oxydule de cuivre et permettent par conséquent l'emploi du liquide tel qu'il est, sans filtration ni acidification. Néanmoins j'ai abandonné cette modification pour d'autres procédés plus faciles et plus rapides.

Ces procédés sont basés sur la méthode analytique que les chimistes appellent *par différence* et qui consistent en ce qu'on traite une quantité connue d'urine par un excès également connu du réactif de Fehling, et on dose l'excès du cuivre contenu dans le mélange.

Le traitement préalable avec le nitrate mercurique doit être exécuté soigneusement, parce que *tout excès de mercure est nuisible.* Voici comment je l'exécute :

Je délaye 2 cm³ d'urine avec 8 cm³ d'une solution potassique au 1/10[e], puis j'y verse une solution mercurique faible (2 : 100) *jusqu'à précipitation* : je préfère en verser une goutte en moins plutôt qu'une goutte en plus. Enfin j'ajoute encore de la potasse jusqu'à réaction alcaline et je filtre en lavant le précipité jusqu'à ce que la liqueur filtrée atteigne le volume de 40 ou 50 cm³. A cette liqueur j'ajoute 15 ou 20 cm³ de réactif de Fehling qui, ordinairement, suffisent pour être en excès par rapport à la glucose, je chauffe et je filtre. Dans la liqueur filtrée, je dose le cuivre par un des deux procédés suivants :

1[er] *procédé : par précipitation.* — Après acidification, je dose le cuivre à l'aide d'une solution de ferrocyanure de potassium renfermant 29 gr. 352 de sel cristallisé par litre. Un cm³ de cette solution précipite exactement le cuivre contenu dans 1 cm³ de réactif de Fehling.

Par l'extrême sensibilité du réactif, ce procédé est le plus exact qu'on ait imaginé, et satisfait à toutes les exigences de la chimie analytique.

2[e] *procédé : par colorimétrie.* — Mais il est bien à préférer, pour sa facilité et sa simplicité, le procédé colorimétrique suivant. Comme pour toute analyse colorimétrique, la couleur du liquide doit être pâle; pour mes yeux, je trouve préférable une teinte à peu près égale à celle qu'on obtient en délayant 1-2 cm³ de réactif de Fehling dans 50 cm³ d'eau. Si, au contraire, la couleur du liquide est intense, il suffit de le délayer en proportion.

Pour le dosage, on a besoin de deux tubes, également calibrés, de 10-12 millimètres de diamètre et de 40-50 cm. de longueur. Dans le tube A on introduit une partie du liquide; dans le tube B, on verse 1 cm³ de réactif de Fehling et on le délaye jusqu'à obtenir la même nuance que dans le tube A. Alors le rapport entre le volume total du liquide à analyser et le volume du liquide contenu dans le tube B, indique en cm³ la quantité du réactif de Fehling contenue dans le susdit liquide à analyser : par là un calcul bien simple nous dira le réactif réduit et le glucose réducteur.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

3e Session triennale tenue à Washington, les 29, 30, 31 mai et 1er juin 1894.

Traitement de la pyélo-néphrite.

M. Watson, dans la pyélo-néphrite ascendante, préconise le drainage prolongé de la vessie. Il a traité ainsi avec succès six cas de pyélo-néphrite, chez des sujets âgés de plus de 60 ans et atteints d'hypertrophie sénile de la prostate. Chez quatre de ces malades l'affection était aiguë et chez deux autres elle était chronique. Chez quatre d'entre eux cette affection s'était établie brusquement. Chez tous il y avait de la polyurie et la densité de l'urine était diminuée. Le premier symptôme d'amélioration consista dans une diminution de la polyurie et une augmentation de la densité de l'urine.

De la pyélite aiguë chez les enfants en bas âge.

M. L. Emmet Holt (New-York) a relaté trois cas de pyélite aiguë qu'il a observés chez des tout petits enfants.

Le premier malade était âgé de dix-huit mois. Il fut pris brusquement d'une fièvre qui se maintint pendant cinq jours à une température de 40° malgré l'administration de la quinine. Les urines contenaient une grande quantité de pus qui disparut graduellement en l'espace de trois à quatre semaines. Jamais on n'a constaté dans ce cas la présence de tubes urinaires.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'une petite fille de huit mois qui fut aussi atteinte soudainement d'un frisson et d'une fièvre intense ayant persisté pendant sept jours. La température maximum a été de 40°5. Dans ce cas, comme dans l'observation précédente, la pneumonie pouvait être exclue avec certitude. Les urines contenaient du pus en abondance, mais pas de cylindres. Il n'existait ni tumeur ou empâtement à la région rénale, ni de symptômes de cystite ou de vaginite. La première rémission de la fièvre survint deux jours après l'institution d'un traitement par le nitrate de potasse. La pyurie s'amenda peu à peu pour disparaître au bout de trois semaines. Au cours de l'affection, un seul cylindre hyalin fut trouvé dans les urines.

Le troisième cas a trait à une petite fille de neuf mois chez laquelle l'affection a débuté de la même façon que dans les observations précédentes, avec cette différence toutefois qu'il y a eu des frissons répétés et que la fièvre a revêtu un type intermittent irrégulier. Pendant les intermittences, l'enfant paraissait presque bien portante. Les urines contenaient du pus. Des doses élevées de quinine furent administrées sans aucun résultat. La convalescence ne survint qu'au bout d'un mois. La petite malade n'avait jamais présenté de tumeur ou d'empâtement à la région rénale ni de tuméfaction de la rate. et jamais non plus elle n'avait été exposée à l'infection palustre.

M. A. Seibert (New-York) est disposé à croire que dans le premier des cas relatés par M. Holt il s'agissait d'une cystite. Pour ce qui concerne les deux autres cas, il y aurait encore un diagnostic différentiel à faire entre une néphrite et une pyélite purulentes.

M. Forchheimer (Cincinnati) dit qu'il a souvent observé des fièvres malariques légères ayant résisté à la quinine. Il fait observer aussi que dans les affections palustres la rate n'est pas toujours tuméfiée.

M. Holt estime que l'absence de mucus dans l'urine et de signes de vulvo-vaginite, ainsi que la réaction acide des urines, permettent d'exclure la cystite dans sa première observation.

De la race et de l'hérédité comme facteurs étiologiques du rachitisme.

M. Irwing Snow (Buffalo) fait ressortir la grande fréquence du rachitisme chez les enfants des émigrés italiens, fréquence due probablement à l'encombrement des locaux habités par ces émigrés ainsi qu'à l'influence du climat de l'Amérique du Nord fort différent de celui de l'Italie. On sait que le rachitisme est rare dans l'Italie méridionale, en Egypte et aux Indes, ce qui dépend probablement de la vie au grand air des populations de ces pays chauds et ensoleillés.

M. G. Acker (Washington). — Parmi les nègres des Etats-Unis, le rachitisme devient de plus en plus fréquent. Ce fait doit être attribué à l'intempérance de la race noire et à son mépris pour les principes de l'hygiène. Cette prédisposition des noirs au rachitisme paraît être acquise, attendu que chez les indigènes de l'Afrique le rachitisme s'observe rarement.

Les lésions osseuses du rachitisme sont souvent tardives et peu prononcées chez les nègres. L'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie de cette affection, attendu que les enfants issus de parents tuberculeux ou syphilitiques deviennent fréquemment rachitiques. L'alimentation vicieuse, l'air confiné et les affections pulmonaires, qui exercent chez les enfants en bas âge une action si débilitante, sont les autres facteurs étiologiques importants du rachitisme.

M. C. Townsend (Boston). — J'ai eu l'occasion d'observer un cas typique de rachitisme congénital. Les parents de l'enfant étaient bien portants et n'avaient jamais eu la syphilis, mais ils vivaient dans la plus grande misère. L'enfant, de sexe masculin, était né avant terme. Il présentait tous les signes caractéristiques du rachitisme : cranio-tabes, ventre proéminent, chapelet costal, gonflement des épiphyses, incurvation des membres. On constatait aussi des fractures dues à l'extrême friabilité des os et qui s'étaient vraisemblablement produites sous l'influence des mouvements intra-utérins. L'enfant, qui était soumis à l'alimentation artificielle, succomba le neuvième jour après sa naissance.

M. L. E. Holt a observé des cas de rachitisme très grave chez les nègres et des Italiens de New-York.

M. J. Fruitnight, de même. Il signale la rareté chez les Slaves, les Irlandais et surtout les Ecossais.

De l'influence des processus infectieux sur le système nerveux.

M. Putnam. — Les maladies infectieuses qui causent des troublent nerveux sont : la rage, le tétanos, la syphilis, la tuberculose, diphthérie, la lèpre, la gonorrhée, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, l'influenza, les oreillons, les exanthèmes aigus, les organismes pyogènes, le diplococcus lanceolatus, la malaria, l'actinomycose. Souvent les affections nerveuses ainsi produites sont dues à des infections secondaires ou sont des résultats indirects de l'infection. Les infections nerveuses qu'on soupçonne être d'origine infectieuse sont : la poliomyélite du beriberi, la maladie de Landry, certaines formes de myosite, de névrite et de myélite, certaines paralysies infantiles, la chorée, la sclérose en plaques, les névrites consécutives aux amputations, l'herpes zoster. Peut-être aussi doit-on ranger dans le même groupe : les névroses, les affections cérébrales dépressives, certaines scléroses de la moelle, certaines polynévrites subaiguës. Il y a de forts arguments en faveur de l'origine infectieuse des différentes formes de myélo névrite aiguë ou de poliomyosite. Ces affections sont certainement produites par des poisons énergiques agissant comme des toxines microbiennes. On a trouvé des bactéries dans la maladie de Landry, mais on n'en regarde encore aucune comme spécifique. La myélite peut être produite expérimentalement à l'aide de cultures microbiennes; elle peut être consécutive à la blennorrhagie. Les névrites multiples peuvent se rencontrer dans presques tous les processus infectieux. La méningite consécutives aux exanthèmes est probablement due à une infection secondaire. Le système nerveux proprement dit est rarement envahi par les microbes, mais il est très sensible aux toxines de ces derniers charriées par le sang. Beaucoup de ces poisons attaquent particulièrement les vaso-moteurs. Le poison du tétanos agit sur la moelle comme la strychnine; les toxines de la diphtérie ont assez souvent une action sur les centres cardiaques; le poison de l'influenza fait porter son action sur le cerveau. Les causes qui prédisposent le système nerveux à subir l'action des infections sont de deux ordres: les unes qui augmentent la réceptivité de l'organisme pour les bactéries, les autres qui diminuent la résistance du système nerveux.

Rapports des maladies infectieuses et des troubles mentaux.

M. Mills. — Il y a déjà un siècle, Rush a montré que certaines affections, comme la goutte, la tuberculose, l'hydropisie, la grossesse, les fièvres, peuvent produire la folie. Régis et Chevalier-Lavaure, au Congrès des aliénistes français en 1893, ont distingué trois sortes de troubles mentaux : 1° ceux qui sont dus à des maladies infectieuses ; 2° ceux qui proviennent de troubles viscéraux ; 3° ceux qui sont causés par des maladies diathésiques. Je crois surtout à l'action des agents infectieux dans la production de ces troubles. Je me rappelle avoir vu un cas de manie aiguë avec hyperesthésie, contractures, éruption pétéchiale, et dont les symptômes faisaient penser à une méningite cérébro-spinale ; mais à l'autopsie on ne trouva aucune lésion ; il semble bien qu'il y ait eu là une toxémie associée à de l'anémie. Les récentes épidémies d'influenza nous ont donné d'importantes leçons dans ce sens-là. La pellagre est une affection, sans doute d'origine infectieuse, avec des troubles mentaux et des manifestations cutanées ; les examens microscopiques ont révélé l'existence de lésions combinées des régions latérales et postérieures de la moelle. Rasori a rapporté un cas de délire aigu avec autopsie et examen bactériologique, dans lequel on trouva une bactérie tuant le lapin avec des symptômes de septicémie. Cette bactérie avait été retirée du liquide céphalo-rachidien. Tuke et Woodhead croient que beaucoup de folies puerpérales sont dues à une influence toxique qui n'a rien à voir avec la grossesse.

Sur un cas d'hémorrhagie cérébrale traitée par la ligature de la carotide primitive.

M. J. X. Dercum (Philadelphie). — Le malade, âgé de cinquante ans, dont je vais relater l'observation, fut pris brusquement de faiblesse dans les membres du côté gauche. Cette hémiparésie augmenta d'intensité au point de revêtir au bout de trois jours tous les caractères d'une hémiplégie complète. Il n'existait ni troubles de la sensibilité et des fonctions psychiques, ni céphalalgie. Les artères périphériques étaient légèrement athéromateuses. Il y avait des traces d'albumine dans les urines. La progression des symptômes paraissant indiquer l'existence d'une hémorrhagie cérébrale, je fus d'avis de recourir à la ligature de la carotide primitive, opération proposée par M. Horsley pour les cas de ce genre. En conséquence, M. Keen pratiqua la ligature de l'artère correspondant à la lésion cérébrale, c'est-à-dire de la carotide primitive droite. Dès le lendemain on constatait une amélioration notable qui s'accentua les jours suivants. Deux mois et demi après l'opération le malade put venir me trouver dans mon cabinet. Il marchait en traînant la jambe gauche ; il existait un peu d'asymétrie des commissures buccales et une légère inégalité des pupilles.

Chez un autre malade, atteint d'hémorrhagie cérébrale, la ligature de la carotide primitive fut également pratiquée, mais malheureusement trop tard pour sauver le patient, qui succomba.

M. P. Knapp (Boston) estime que l'opération dont il s'agit ne peut être utile que si l'on y a recours tout à fait au début de l'hémorrhagie cérébrale.

M. Dercum. — L'opération est indiquée lorsque les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale vont en s'aggravant. Dans ces cas il est bon de pratiquer la compression de la carotide en attendant l'arrivée du chirurgien.

Recherches statistiques sur l'apoplexie cérébrale.

M. C. Dana (New-York). — Je dispose d'une statistique de 179 cas d'apoplexie cérébrale concernant les hémorrhagies aussi bien que les ramollissements du cerveau et dont 100 sont des observations personnelles. Sur ce nombre total de cas, 79 se sont terminés par la mort. Les femmes figurent pour un tiers dans cette statistique. Le plus souvent l'apoplexie est survenue à l'âge de quarante à cinquante ans. Les cas non mortels ont trait pour la plupart à des malades âgés de trente à quarante ans. Sur les 79 malades qui ont succombé, 36 ont présenté des antécédents syphilitiques.

L'opinion courante d'après laquelle l'apoplexie une fois survenue prédispose à des attaques apoplectiques ultérieures me paraît pour le moins exagérée. Ainsi, sur les 79 cas ayant eu une issue fatale, des attaques antérieures n'ont été notées que chez 4 malades et, sur les 100 cas terminés par la guérison, 17 fois seulement il y avait eu précédemment un ictus apoplectique.

M. E. Fisher (New-York). — Ma statistique relative aux apoplexies cérébrales comprend 77 malades, dont 51 ont eu une attaque ; 16 autres en ont eu deux, 9 trois et 1 six.

Les apoplexies à répétition s'observent le plus souvent chez des syphilitiques ou bien elles sont dues à une thrombose cérébrale. Parmi mes malades il y en avait 1 de soixante-quinze ans, 2 de soixante-dix-sept ans et 2 autres de quatre-vingt-un ans.

Sur un cas de lésion de la couche optique ayant amené la mort par hémorrhagie intestinale.

M. W. Sinkler (Philadelphie) relate l'observation d'un malade, âgé de soixante-sept ans, entaché d'alcoolisme mais sans antécédents syphilitiques et ayant joui antérieurement d'une bonne santé, qui, un jour, après avoir été exposé au soleil de juillet, perdit brusquement connaissance, puis fut pris de convulsions et d'excitation maniaque. Au bout de deux jours tout rentra dans l'ordre et le malade paraissait guéri lorsque, un mois après, survinrent des accès épileptiques suivis d'excitation mentale. Le malade fut ensuite admis à l'hôpital dans un état de lypémanie. A l'examen on ne put constater chez lui aucune trace de paralysie motrice ; pas de nystagmus ; les urines étaient normales. Il eut, à un intervalle de deux à trois semaines, deux accès de délire aigu, suivi de vomissements, de céphalalgie et de fièvre. A la suite du second accès il se produisit un état semi-comateux avec incontinence d'urine, puis survinrent coup sur coup trois hémorrhagies intestinales extrêmement abondantes qui amenèrent une issue fatale.

A l'autopsie, pratiquée vingt-huit heures après la mort, on ne trouva aucune lésion du tube digestif susceptible d'avoir déterminé les hémorrhagies intestinales. L'aorte présentait quelques plaques athéromateuses ; les reins étaient sains. Dans la couche optique droite siégeait une zone de ramollissement dont la coloration était jaune à la périphérie et brun clair au centre. Les autres parties du cerveau ne présentaient pas d'altérations pathologiques notables.

M. C. Mills (Philadelphie) estime que l'observation relatée par M. Sinkler est remarquable au point de vue de l'existence de centres vasomoteurs dans la couche optique.

Du mérycisme.

M. W. A. Hammond (Washington). — Le mérycisme ou rumination chez l'homme est une anomalie fonctionnelle qui peut être indépendante de l'existence d'une dilatation de l'œsophage. Jusqu'à ce jour, on a relaté environ une cinquantaine de cas de mérycisme, dont un seul a été observé en Amérique, à Saint-Louis.

Dans le mérycisme, la régurgitation alimentaire se produit d'habitude une heure après le repas. Les sujets qui en sont atteints éprouvent généralement du plaisir à remâcher lentement les masses régurgitées. Le mérycisme est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Il a été observé aussi chez les idiots, qui souvent avalent leurs aliments presque sans les mâcher, ce qui amène une dilatation de l'œsophage qui favorise la régurgitation des substances ingérées.

J'ai eu récemment l'occasion d'étudier les phénomènes du mérycisme chez un jeune homme de dix-neuf ans atteint d'imbécillité. Chez lui, la régurgitation était jusqu'à un certain point soumise à la volonté. Elle débutait par cette sensation d'accumulation de gaz qui précède les renvois et n'était jamais accompagnée de nausées. Pendant qu'elle se produisait, on voyait l'estomac, le diaphragme et les muscles de l'abdomen entrer en contraction. Le malade mastiquait avec plaisir les masses régurgitées, dont le goût, suivant lui, était acidulé. Lorsque la rumination n'avait lieu que tardivement, trois à quatre heures après le repas, le goût des masses régurgitées était moins agréable pour le malade.

La thérapeutique du mérycisme a été jusqu'à présent celle de la dyspepsie. Un cas a été relaté dans lequel l'administration du sulfate de quinine aurait amené la disparition de la

rumination. Dans une autre observation ayant trait à un jeune homme atteint de mérycisme qui, avant son mariage, n'avait jamais eu de rapports sexuels, ce trouble digestif disparut complètement et définitivement dès le lendemain de la nuit de noces.

Pour ce qui concerne mon malade, il guérit de son mérycisme à la suite d'une craniectomie pratiquée au niveau des deux régions rolandiques. Son état intellectuel fut également amélioré après cette opération.

De l'hystérectomie dans les affections des annexes.

M. Baldy. — Après l'ablation des ovaires, l'utérus n'a plus aucune utilité; contrairement à ce qu'on a dit, son ablation ne diminue aucunement les désirs sexuels et elle n'expose pas à de la cystocèle vaginale. Le plancher pelvien a au contraire moins de tendance à tomber après l'hystérectomie. Dans quatre cas où je m'étais contenté d'une ovariotomie, les douleurs persistèrent; j'ai dû alors enlever l'utérus, ce qui guérit mes malades. Mon expérience personnelle m'a conduit à admettre que l'hystérostomie avec ablation des annexes est moins dangereuse que l'ovariotomie double. Souvent quand on laisse l'utérus, ce dernier devient une source de danger en donnant lieu à des hémorrhagies, des écoulements muco-purulents, en entraînant le plancher pelvien; enfin par sa tendance à devenir le siège d'une tumeur maligne. Quand il s'agit de salpingites tuberculeuses, ce qui n'est pas rare, l'utérus est souvent infecté. Je préfère l'hystérectomie par la voie abdominale.

M. Hanks. — Souvent, en effet, les malades continuent à souffrir quand on n'enlève que les annexes. Je crois donc qu'il y a avantage à enlever l'utérus avec les annexes; il faut alors faire le drainage par le vagin. Cette ablation des annexes et de l'utérus ne doit du reste se faire que quand ces organes sont le siège de lésions permanentes. La plupart des salpingites catarrhales peuvent guérir sans opération. On doit faire l'hystérectomie avec ablation des annexes dans les cas de pyo-salpinx anciens accompagnés d'endométrite purulente, dans les cas de salpingite et d'ovarite puerpérales avec endométrite puerpérale probable, enfin dans les cas où en enlevant les ovaires et les trompes on doit rompre beaucoup d'adhérences et on trouve un utérus en rétroversion ou en rétroflexion.

M. Emmet. — Je ne suis pas toujours d'avis d'enlever l'utérus en même temps que les annexes.

M. Wylie. — On ne doit pas en effet enlever toujours l'utérus. L'hystérectomie est indiquée quand il y a une tumeur maligne, une affection incurable de l'utérus, un fibrome, et en règle générale quand la malade a dépassé 35 ans. L'ablation des annexes amène presque toujours une diminution des désirs sexuels.

M. Byford. — Il est absurde de prétendre qu'il faille enlever l'utérus toutes les fois qu'on enlève les annexes.

M. Cushing. — Le plus souvent l'hystérectomie constitue une opération plus dangereuse et plus longue que la simple ablation des annexes.

Présentations de la face.

M. Reynolds. — Quand on diagnostique une présentation de la face avant l'engagement et avant la rupture des membranes, on peut toujours espérer que la flexion se fera sous l'influence de manœuvres externes. Quand les membranes se sont rompues de bonne heure, il faut faire une version par manœuvres externes, quand on ne peut dilater le col; dans le cas contraire on dilatera ce dernier et on ira avec la main fléchir la tête. Quand les membranes restent intactes jusqu'à la dilatation complète du col, on abandonnera à elle-même une présentation antérieure du menton tant que les choses marcheront bien. Si non, on anesthésiera la malade et on fléchira la tête de l'enfant. Dans les cas de présentation postérieure du menton, il faudra toujours fléchir la tête.

M. Jewett. — Le mécanisme de l'accouchement par la face est anormal et peut constituer une complication sérieuse; souvent cette présentation est elle-même associée à quelque complication. Quand la tête est encore mobilisable et que le menton est en avant, il faut faire une application de forceps. S'il y a un prolapsus du cordon ou d'un bras, il faut faire la version. Quand le menton est en arrière, l'accouchement spontané peut encore se faire.

M. Noble. — Je propose la symphyséotomie dans les cas de présentation de la face, quand la face est engagée et que les eaux sont écoulées.

M. Davis. — C'est l'accouchement spontané qui dans les présentations de la face donne les meilleurs résultats. On doit donc se garder de rompre la poche des eaux et on doit s'appliquer à soutenir les forces de la malade.

Abcès du cerveau.

M. Knapp. — Une enfant de 9 ans avait une otite purulente consécutive à une scarlatine; elle présenta bientôt des symptômes dus à l'arrêt de l'écoulement et on fit le diagnostic d'abcès intra-crânien. Elle avait de l'hémianopsie droit homonyme. On fit une trépanation; on ponctionna le cerveau à l'aide d'une seringue à injections hypodermiques. Il se produisit dans la suite une hernie du cerveau. Il n'y eut pas d'amélioration à la suite de cette opération; on en fit une deuxième. On découvrit un autre abcès qu'on ponctionna; il y eut une amélioration immédiate. La hernie cérébrale disparut et la malade guérit.

Opérations sur l'oreille moyenne contre la surdité.

M. Dench. — Les opérations sur l'oreille moyenne diminuent souvent la surdité. Les opérations qui rendent le plus de services sont la synéchiotomie, l'ablation de la membrane du tympan, du marteau, de l'enclume avec la mobilisation de l'étrier et la section d'adhérences entre ces os et les parois du tympan. L'ablation de l'étrier ne donne pas d'aussi bons résultats que l'ablation des deux autres osselets avec mobilisation de l'étrier.

M. Jack a observé un cas dans lequel deux ans après l'ablation de l'étrier l'ouïe était presque normale.

Du traitement des tumeurs malignes par les injections de toxines de l'érysipèle.

M. W. Coley (New-York). — J'ai déjà eu l'occasion de relater dix cas de tumeurs malignes de nature diverse traitées par les injections sous-cutanées de cultures vivantes du microbe de l'érysipèle. Chez un de mes malades, atteint d'un sarcome récidivé inopérable de l'amygdale, et chez lequel les injections furent répétées pendant un certain temps sans provoquer aucune réaction, l'inflammation érysipélateuse finit par se produire après une injection de cultures plus virulentes. La tumeur cessa de s'accroître, l'état général s'améliora. Trois ans se sont passés depuis et le malade vit encore.

Chez six de ces dix malades, il s'agissait de sarcomes; les quatre autres cas avaient trait à des carcinomes. Les sujets chez lesquels les injections de cultures érysipélateuses n'ont pas provoqué d'érysipèle ont paru être influencés tout aussi favorablement que ceux qui ont contracté l'érysipèle. Ce fait m'a engagé à me servir, pour ces injections, des produits toxiques sécrétés par les microbes au lieu d'employer des cultures pures. J'ai aussi essayé les injections d'un mélange de toxines du streptocoque de l'érysipèle et du *bacillus prodigiosus*, et j'ai pu bientôt me convaincre que ce mélange était plus efficace que les toxines de l'érysipèle à elles seules.

Depuis décembre dernier, j'ai eu l'occasion de traiter 35 tumeurs malignes inopérables au moyen d'injections d'un mélange de toxines de ces deux microbes. Ces observations comprennent 25 sarcomes, 7 cancers et 2 tumeurs de nature douteuse : cancers ou sarcomes. Parmi ces cas, je dois mentionner particulièrement les suivants :

Sarcome de l'abdomen et du bassin : guérison sous l'influence du traitement.

Sarcomes récidivants du dos et de l'aine : disparition complète des tumeurs.

Sarcome de la fosse iliaque : disparition partielle de la tumeur ; état général parfait.

Sarcome inopérable de la paroi abdominale : disparition complète de la tumeur.

Sarcome de la jambe (récidivé après l'amputation) avec

engorgement des ganglions inguinaux : amélioration considérable. Ce cas est encore en traitement.

Sarcome globocellulaire énorme du cou et du corps thyroïde : amélioration considérable.

Sarcome globocellulaire pulsatile volumineux de la fesse : diminution manifeste de la tumeur.

Sur les 8 cas de cancer traités par les injections, 2 fois il y eut une amélioration notable, 4 fois l'amélioration a été peu accusée, et chez 2 malades elles a été nulle. Dans aucun de ces cas la tumeur n'a disparu.

Sur le nombre total des malades que j'ai traités par le procédé en question, il y a lieu, chez 5 d'entre eux, de croire à une guérison définitive. Chez 9 autres, l'amélioration est manifeste; chez 8, elle a été légère et transitoire; enfin chez 2 malades le traitement a complètement échoué. Les sarcomes à cellules fusiformes et à cellules mixtes paraissent être plus accessibles à l'action des toxines que les sarcomes des os et du périoste.

Une condition importante de succès consiste à n'employer pour les injections que des cultures provenant de cas très virulents d'érysipèle.

Quel est le mécanisme de l'action de ce traitement sur les sarcomes et les carcinomes? Le seul moyen de l'expliquer est, à mon avis, d'admettre l'origine parasitaire des tumeurs malignes.

Voici les conclusions que je crois pouvoir tirer des faits que je viens de relater :

L'action curative de l'érysipèle sur les tumeurs malignes est un fait qu'on peut considérer actuellement comme démontré.

Cette action est beaucoup plus puissante à l'égard des sarcomes que vis-à-vis du carcinome.

Elle est due essentiellement aux toxines sécrétées par les streptocoques de l'érysipèle, toxines qu'on peut injecter sans danger pour les malades.

L'action de ces toxines est considérablement augmentée par l'addition des toxines du *bacillus prodigiosus*.

Ces toxines, pour être vraiment actives, doivent provenir de cultures virulentes et être fraîchement préparées.

Leurs effets curatifs étant les mêmes ou presque les mêmes que ceux des cultures du microbe de l'érysipèle, on peut se borner à l'emploi de ces toxines dans le traitement des tumeurs malignes.

Du microbe de la vaccine.

M. H. Ernst (de Boston) communique les résultats des recherches que M. Stephen Martin, un confrère mort récemment avait faites sur le microbe de la vaccine. M. Martin aurait réussi à obtenir de la lymphe vaccinale des cultures pures d'un microbe dont la forme varie aux différentes périodes de son développement et qui ressemble tantôt à un microcoque, tantôt à un bacille. Les inoculations de ces cultures (dans le sérum sanguin) produiraient chez le veau des pustules vaccinales dont la lymphe peut servir à vacciner les enfants. M. Martin a aussi obtenu chez un enfant une pustule vaccinale typique par l'inoculation directe d'une culture pure de quatorzième génération du microbe dont il s'agit.

Sur un cas de rougeole maligne.

M. Wilson. — Un homme de trente-sept ans fut atteint brusquement d'hyperthermie suivie, au bout de quelques heures, de stupeur, de perspiration très abondante et de l'apparition de pétéchies ayant un diamètre de 8 à 10 millimètres. Elles étaient nombreuses et disséminées assez régulièrement sur le tronc, les cuisses, mais surtout sur les membres supérieurs. L'état du malade allait en empirant. Au troisième jour, on vit apparaître des maculo-papules d'un rouge sombre aux poignets, sur les joues et au cou. Le patient n'urinant pas, on fut obligé de le sonder. Vers le soir du sixième jour, la température monta jusqu'à 40°9 environ, et le malade succomba. L'examen bactériologique du sang pratiqué, pendant la vie du malade par M. Abbott, donna un résultat négatif.

Ce cas était surtout intéressant au point de vue de son diagnostic différentiel d'avec le typhus pétéchial, le purpura foudroyant, la méningite cérébro-spinale et la variole. Le diagnostic de rougeole a été établi, d'une part, d'après les antécédents du malade qui s'était notoirement exposé à l'infection rubéolique et, d'autre part, sur l'existence de l'éruption maculo-papuleuse, ainsi que sur les caractères de la fièvre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Election.

M. Jacquemin (de Nancy) est élu associé national, par 32 voix sur 58 votants, contre 21 à M. Schlagdenhauffen (de Nancy) et 5 à M. Andouard (de Nantes).

Pylorectomie.

M. Quénu présente des pièces enlevées, il y a 65 jours, chez une malade de 33 ans ; elles comprennent un cancer du pylore ayant envahi la première portion du duodénum et quelques ganglions lymphatiques. Il présente en même temps la malade dont l'état de santé, ainsi que l'on peut s'en assurer, est absolument florissant. Les troubles gastriques dataient de six mois, consistaient en une intolérance gastrique complète, en douleurs, vomissements et amaigrissement considérable. Par le palper, on sentait une sorte de petit chapelet paraissant superficiel.

Pour confirmer le diagnostic et, en cas de cancer, spécifier l'opérabilité, M. Quénu fit, le 16 avril, une laparotomie exploratrice. Quinze jours après, il intervint de nouveau. Dans un premier temps il anastomosa la face antérieure de l'estomac avec le jéjunum au moyen du bouton de Murphy. Cette opération dura 17 minutes, puis, appliquant deux pinces sur l'estomac, il coupa entre deux, disséqua la tumeur, rasa le bord supérieur du pancréas et excisa la première portion du duodénum après placement des deux pinces ; les solutions de continuité stomacale et duodénale furent fermées isolément.

L'opération totale dura 1 h. 55 ; les suites opératoires furent simples ; la malade se leva 18 jours après ; elle a engraissé de 18 livres, mange de tout, ne souffre aucunement et a repris toutes ses forces. L'examen histologique a confirmé la nature carcinomateuse du néoplasme.

M. Tuffier lit une observation de néoplasme de l'antre pylorique avec obstruction; résection cylindrique de l'estomac; guérison. (*Sera publiée*).

Anurie calculeuse.

M. Legueu. — Malade de 75 ans, entré à Necker en état d'anurie complète, précédée pendant quatre jours d'une hématurie continue. Le sujet, dont l'intelligence et la mémoire sont diminuées, ne peut préciser le côté où il souffre, mais on constate du côté gauche une dépense musculaire, une contracture des muscles de la paroi qui n'existe qu'à gauche et manque absolument à droite, bien que de ce côté la palpation soit également douloureuse. Plus tard, on apprit, mais seulement après l'opération, que le malade, depuis longtemps lithiasique à droite, avait été pris récemment d'une douleur néphrétique à gauche.

Le rein gauche fut mis à nu par une incision lombaire et fendu sur son bord convexe ; trois petits calculs furent extraits du bassinet. Le cathétérisme de l'uretère pratiqué à ce moment au travers de la plaie rénale démontra l'existence d'un calcul arrêté dans l'uretère à trois centimètres au-dessous du rein. Celui-ci fut refoulé dans le bassinet et extrait. Après quoi, une sonde introduite à nouveau dans l'uretère s'engagea jusqu'à la vessie.

La plaie rénale fut suturée sans drainage et la plaie lombaire fermée complètement.

Le résultat fut à tous les points de vue excellent : la plaie se réunit par première intention. Le premier jour, le malade

rendit spontanément 1,500 grammes d'urine, le lendemain 2 litres et les jours suivants la quantité oscilla entre 1,500 et 1,800 grammes. Le premier jour, l'urine contenait par litre 13 grammes d'urée ; puis le taux de l'urée s'éleva à 17 gr. pour retomber au bout de quelques jours à la normale.

Le cathétérisme rétrograde de l'uretère a rendu grand service en démontrant la perméabilité du conduit après la levée de l'obstacle et en permettant de fermer sans crainte la plaie rénale, ce qui assura au malade une guérison rapide et complète.

Gangrène douloureuse du pied.

M. Panas lit un rapport sur une observation de **M. Piedvache** concernant un cas de névrites périphériques primitives du membre inférieur droit, ulcération dystrophique puis gangrène sèche du gros orteil; en raison des douleurs excessives qui ne tardèrent pas à survenir, l'amputation fut pratiquée au lieu d'élection; elle amena la guérison.

L'intérêt de cette observation réside dans la coïncidence de la gangrène avec le mal perforant, coïncidence déjà établie par M. Duplay.

Cholécystectomie.

M. Fontan (Toulon) relate l'observation d'une femme de 33 ans, atteinte depuis plusieurs mois d'un ictère rebelle, consécutif à des crises hépatiques.

Pendant deux mois, le traitement interne de la lithiase biliaire, régulièrement suivi, n'ayant pas eu de résultat, la cholécystectomie fut résolue. Plus de 30 calculs furent retirés de la vésicule biliaire et du canal cystique. Quand la réunion de la vésicule à la paroi abdominale fut solidement établie, on désobstrua les voies biliaires par le cathétérisme aidé d'injections d'éther. Ces manœuvres réussirent à amener l'coulement de la bile par la fistule, puis le rétablissement du cours de la bile jusqu'à l'intestin.

Actuellement cette circulation biliaire persiste, les matières ont repris leur coloration normale, l'appétit est revenu, l'état des forces est excellent. L'amaigrissement et l'ictère disparaissent et tout fait supposer que dans quelques semaines il sera possible de refermer la fistule.

Influenza.

M. Roussy lit un mémoire sur l'auto-observation et l'auto-expérimentation tendant à démontrer la nature et le mode d'action de l'agent pathogène de l'influenza, ainsi qu'à établir un traitement curatif et préventif de cette maladie.

Il résulte de ce travail que l'agent pathogène de l'influenza doit être un élément vivant, infiniment plus ténu que le plus petit des microbes connus, si subtil que son état moléculaire serait voisin de l'état de vapeur. Il agit en somme comme une sorte de vapeur animée d'une grande toxicité, dont la contagiosité est extrême. Les préparations de phosphate de chaux, de créosote sont celles qui ont donné les meilleurs résultats dans le traitement de cette affection ; il recommande particulièrement, comme moyen prophylactique et curatif, les pulvérisations d'eau iodée.

Traitement de la tuberculose.

M. Gaube (du Gers). — Les injections sous-cutanées d'albuminoïde chlorurée-calci-magnésienne-phosphorée-sodique donnent aux tuberculeux le pouvoir de guérir, et, quoi qu'il advienne de ce nouveau traitement, il restera acquis que le sol du tuberculeux est profondément déminéralisé et que la reminéralisation complète et directe, car la réminéralisation par les voies digestives est illusoire à cause de l'hypochloruration, il restera acquis, dit-il, que la reminéralisation complète et directe est indispensable, sinon suffisante à la guérison de la tuberculose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juillet 1894.

Ostéomes des muscles.

M. Delorme revient sur cette question dont il a déjà entretenu la Société. Il rappelle d'abord une observation personnelle où il pratiqua l'ablation d'un ostéome du moyen adducteur chez un cavalier et constata son implantation sur l'os. Le sujet ayant succombé à des accidents aigus, d'intoxication iodoformée peut-être, il fut constaté qu'il y avait une insertion osseuse très large.

M. Delorme a présenté ensuite un cuirassier chez qui, probablement à la suite d'une chute d'aplomb sur les pieds, s'est développé un ostéome dans l'insertion inférieure du grand adducteur (mais **MM. Michaux**, **Tuffier**, **Kirmisson** ayant examiné ce malade ont conclu qu'à leur sens il portait manifestement une exostose ostéogénique ordinaire).

M. Delorme a ensuite résumé des observations adressées à la Société depuis quelques mois par plusieurs médecins militaires.

M. Rigal, ayant enlevé un ostéome des adducteurs à un cavalier qui en mourut par septicémie, constate que d'un côté la tumeur tenait largement à l'os ; que de l'autre elle était dans le moyen adducteur. A l'examen histologique, os jeune, dépourvu de canaux de Havers.

M. Yvert a envoyé l'observation d'un homme qui s'aperçut par hasard d'une tumeur ne le gênant que pour monter à cheval et encore peu. Tumeur adhérente à l'os. Abstention.

M. Sieur a opéré avec succès deux sujets chez lesquels la tumeur était d'origine traumatique. Chez l'un, opéré six semaines après l'accident, os jeune, sans canaux de Havers ; chez l'autre, 13 mois après l'accident, os adulte, avec canaux de Havers. Implantation sur l'os.

De ces ostéomes de cavaliers, M. Delorme rapproche des faits d'*ostéome du coude* qu'il a pu observer. Le premier, sous forme d'une saillie implantée sur la face antérieure de l'humérus, à la suite d'une luxation du coude en arrière ; la tumeur fut extirpée parce qu'elle gênait beaucoup les mouvements. Le second malade se fit une forte contusion du coude : hématome étendu, puis ostéome qui diminua considérablement de volume sous l'influence du massage et devint un peu mobile.

M. Yvert, enfin, a adressé l'observation d'un sujet chez qui, après massage, il resta un petit ostéome fort gênant qui fut trouvé implanté sur le cubitus quoique mobile transversalement et verticalement.

M. Delorme, pour expliquer ces ostéomes, se refuse à admettre la transformation d'un hématome (Charvot, Demmler), d'abord parce que parfois l'origine n'est pas traumatique ; ensuite parce qu'on ne comprendrait pas pourquoi cela n'aurait lieu que pour les muscles adducteurs, brachial antérieur, deltoïde.

La myosite ossifiante (Favier et Schmitt, Le Dentu), n'est admissible que pour les cas où la tumeur est indépendante de l'os, mais non pour ceux, comme celui de M. Delorme, où il y a une large implantation osseuse. Il faut conclure alors à une origine ostéo-périostique, mais l'arrachement invoqué par Orloff, par P. Berger semble erroné.

Après avoir insisté sur la grande rapidité de développement de ces productions dans certains cas, sur la possibilité d'une diminution de volume sous l'influence du massage, M. Delorme s'occupe du traitement et, en raison : 1° du mauvais résultat fonctionnel possible (Josefson) ; 2° du décès possible (Delorme, Rigal), conclut qu'on ne devra opérer que si la gêne fonctionnelle est notable.

Gangrène phéniquée du pouce.

M. Monod présente une femme atteinte de gangrène phéniquée du pouce, après bains et pansements avec une solution à 1/100. La faiblesse du titre de la solution est remarquable. Aussi **MM. Peyrot** et **Routier** se demandent-ils s'il ne faut pas incriminer une solution mal faite, où se dépose au fond de l'acide phénique presque pur, ce qui n'est pas rare.

M. Championnière accuserait plutôt un acide phénique rendu impur par des caustiques.

M. A. Martin lit une note sur l'anesthésie ou bromure d'éthyle.

M. Monod présente un malade atteint d'atrophie du testicule consécutive à une orchite traumatique.

M. Peyrot montre un malade, âgé de 37 ans, qui, au mois de février 1894, a reçu, dans la région pariétale du côté droit, un violent traumatisme, suivi de perte de connaissance pendant 5 ou 6 heures; vers le 8e jour, ont apparu des fourmillements dans la joue et les membres, surtout du côté droit, et depuis on a vu se développer une déviation de la face par contraction des muscles du côté gauche, de l'anesthésie et des troubles de la motilité des membres; on a noté en outre deux ou trois crises convulsives. Il n'existe aucun enfoncement dans la région traumatiée.

M. Chaput présente une malade chez laquelle il est intervenu 2 fois pour un prolapsus du rectum. Dans une première opération, il a fait, le 15 mars 1894, la réduction de l'extrémité inférieure du rectum, et il a suturé le bout supérieur à la peau de l'anus suivant le procédé de Hochenegg et Hartmann; quelques jours après l'opération, les fils ayant coupé, le bout supérieur remontait au-dessus du sphincter et faisait dans le rectum une saillie considérable en battant de cloche. Deux mois plus tard, la malade présentait un rétrécissement complet du rectum, et lorsque la malade revint à l'hôpital, elle n'avait pas été à la selle depuis 10 jours. M. Chaput fit d'urgence, le 20 mai dernier, l'incision de Kraske, isola le rectum au-dessous du point rétréci, le sectionna transversalement, sutura le bout inférieur à la peau, puis il fendit le bout supérieur sur son axe et le fixa dans cette partie à la peau d'après la méthode de Gersuny. Le résultat actuel est très satisfaisant.

M. Tuffier présente un malade chez lequel il a pratiqué une gastro-entérostomie pour un rétrécissement fibreux du pylore.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 6 juillet 1894.

Corps fibreux de l'utérus.

M. Auvray présente deux observations de corps fibreux de l'utérus, et les pièces y attenant. Dans le premier cas, le fibrome enclavait le col utérin, et le masquait complètement. L'orifice seul du col était perceptible, quoique méconnaissable. Par l'examen on percevait une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas, mais il était difficile de localiser cette tumeur soit au col, soit au corps de l'utérus. Les difficultés du diagnostic firent préférer à tout autre procédé opératoire, pour l'extraction de la tumeur, le procédé de l'hystérectomie abdominale. On put alors reconnaître et extraire une tumeur énorme, siégeant sur col de l'utérus, qu'elle déformait, et empiétant à peine sur le corps. La tumeur et l'organe utérin réunis atteignaient le poids de 2,930 grammes. La malade succomba à l'intervention.

Dans le second cas il s'agit d'une femme de 43 ans, primipare, qui a expulsé par le vagin un fibrome pédiculé du poids de 1,880 grammes. Les douleurs expulsives ont été celles de l'accouchement. L'expulsion de la tumeur avait entraîné une inversion utérine. La section du pédicule a été faite par M. Hartmann. La malade est en bonne voie de guérison.

La veine cunéo-limbique.

M. Chaput fait au nom de **M. Testut** une communication sur un affluent cortical des veines de Galien, que M. Testut propose de dénommer veine cunéo-limbique, à cause de ses origines. Ce tronc veineux, parfois très gros, provient en partie du cuneus, en partie de la circonvolution du corps calleux et de la circonvolution de l'hippocampe, — circonvolution limbique de Broca. Il se jette dans le tronc commun des veines de Galien, au moment où celui-ci s'abouche dans le sinus droit.

Thyroïdite à pneumocoques.

M. Durante a rapporté un cas de thyroïdite à pneumocoques produit dans le service de M. Cornil. Au moment de la défervescence de la pneumonie, le corps thyroïde devint volumineux, fluctuant, la température remonta. Une ponction dans le corps thyroïde permit de retirer du pus, dans lequel l'examen microscopique et l'inoculation à la souris révélèrent la présence du pneumocoque.

Concrétion osseuse du poumon.

M. Cornil montre à la Société Anatomique un cas de concrétion osseuse du poumon représentant les divisions dichotomiques des bronches. Dans des observations antérieures étudiées avec M. Ranvier, M. Cornil a démontré qu'en pareil cas le centre des travées osseuses ne paraît pas résider dans les bronches. Mais du tissu fibreux de nouvelle formation provenant de pneumonie interstitielle a subi une véritable ossification, dans laquelle on retrouva un centre médullaire, des ostéoplastes, et des lamelles osseuses.

Angiocholite calculeuse avec atrophie de la vésicule biliaire.

M. Claude rapporte un cas curieux dans lequel on a voulu faire la cholécystotomie pour calculs hépatiques dans le service de M. Théophile Anger. Après laparotomie il fut impossible de trouver la vésicule biliaire enclavée dans des adhérences.

La malade ayant succombé à des phénomènes d'ictère grave, on put constater à l'autopsie une atrophie complète de la vésicule, la présence d'un calcul oblitérant le canal cystique, et de plus l'existence d'un abcès sous-diaphragmatique. L'examen histologique du foie révéla une angiocholite de vieille date avec sclérose des espaces porto-biliaires, et production de tissu embryonnaire de nouvelle formation mélangé aux îlots anciens de sclérose.

Pyonéphrite calculeuse.

M. Claude rapporte l'histoire d'un malade entré dans le service de M. le Dr Théophile Anger pour une hématurie persistante non accompagnée de phénomènes douloureux. Par la palpation on percevait dans la région lombaire droite l'existence d'un rein considérablement volumineux. La néphrectomie fut pratiquée, l'examen endoscopique ayant révélé la présence de gouttelettes de pus à l'orifice de l'uretère. On constata que le rein enlevé portait de petits abcès, dans les cavités desquels se trouvaient de petits calculs. De plus l'examen histologique montra dans ce rein des lésions manifestes de néphrite interstitielle. Quelques jours après le malade mourait d'urémie. La mort fut facilement expliquée par ce fait que le rein gauche persistant était totalement atrophié, et réduit à une sorte de moignon fibreux dans lequel les glomérules étaient détruits.

Gangrène par l'acide phénique.

M. Morestin présente un doigt que l'on a dû amputer consécutivement à la production d'une gangrène par contact de l'acide phénique. A la suite d'une contusion, le malade avait entouré son doigt d'une compresse trempée dans une solution phéniquée à 2 0/0. L'enveloppement dura 14 heures. Le lendemain le doigt était froid et inerte. Un pansement sec pratiqué à l'hôpital ne put arrêter la gangrène, qui continua à évoluer, et l'amputation devint nécessaire.

F. Potier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juillet 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Un cas de pseudo-tuberculose aspergillaire simple chez un gaveur de pigeons.

MM. E. Gaucher et **Emile Sergent**. — Les cas de pseudo-tuberculose aspergillaire chez les gaveurs de pigeons sont encore assez rares pour mériter d'être signalés. Nous avons eu l'occasion d'en observer un tout récemment à l'hôpital Saint-Antoine. Notre cas présente une particularité du plus haut intérêt : l'absence certaine de bacilles de Koch, affirmée par les résultats de l'inoculation au cobaye. C'est la première fois que l'emploi de ce moyen de recherche, seul capable de fournir un résultat probant, a montré la présence de l'aspergillus fumigatus non associée à celle du bacille de Koch.

Notre malade, homme de 24 ans, d'une santé excellente,

n'ayant aucun tuberculeux dans sa famille, a commencé à tousser au mois de mars dernier, juste 2 mois après avoir débuté dans le métier de gaveur. Il eut dès le début de sa maladie deux hémoptysies légères; quand nous l'examinâmes il présentait un foyer de congestion assez étendu dans toute la partie moyenne du poumon gauche, accusait une douleur assez vive en ce point, rendait des crachats épais, verdâtres, striés de sang, et se plaignait d'une sensation fort pénible de chatouillement le long de la trachée. Malgré mes conseils il sortit quelques jours après, très amélioré, et reprit aussitôt son métier. Trois semaines après il revenait nous voir et nous constations les mêmes symptômes morbides. Depuis nous ne l'avons pas revu.

Dans l'expectoration de ce malade, nous avons trouvé, en suivant la méthode préconisée par les auteurs précédents et en particulier par M. Renon, des filaments mycéliens sur des lamelles colorées au violet de gentiane dilué. Des ensemencements sur le liquide de Raulin nous ont donné de belles cultures d'aspergillus fumigatus; des spores de ces cultures inoculées dans la veine axillaire d'un pigeon l'ont tué en 46 heures et nous avons trouvé dans le foie et la rate de ce pigeon des amas de filaments mycéliens et des spores; un fragment du foie ensemencé sur Raulin a fourni une culture luxuriante.

Enfin, nous avons inoculé, sous la peau des lombes, un cobaye avec les crachats de notre malade. L'animal n'a jamais présenté la moindre réaction locale ni générale. Il a même engraissé; nous l'avons cependant sacrifié ce matin, 40 jours après l'inoculation, nous n'avons trouvé de tubercule en aucun viscère.

Nous sommes donc autorisé à conclure à l'absence des bacilles de Koch, chez notre malade, et à considérer notre observation comme un cas certain de pseudo-tuberculose aspergillaire simple. Résultat des plus importants, puisqu'il permet de considérer définitivement la pseudo-tuberculose aspergillaire des gaveurs de pigeons comme une entité morbide, véritable maladie professionnelle, intéressant l'hygiéniste autant que le médecin et prenant place dans la classification des affections parasitaires dans le groupe des mycoses, à côté de l'actinomycose.

Note sur les signes d'affaiblissement du cœur dans les fièvres.

M. Huchard. — A l'une des dernières séances, notre collègue M. Galliard a insisté de nouveau sur la valeur pronostique de l'affaiblissement et surtout de la disparition du premier bruit du cœur. Au sujet de ce dernier signe que certains auteurs avaient de la tendance à regarder comme l'indice d'un pronostic presque mortel, il vous a lu une observation, certainement intéressante en ce qu'elle prouve, une fois de plus, que cette assertion n'est pas exacte. Le malade chez lequel il avait constaté la disparition transitoire du premier bruit à la base, a guéri, ce qui prouve, dit-il, que cette disparition n'a pas toujours, au point de vue du pronostic, la signification fâcheuse que M. Picot (Bordeaux) semble vouloir lui attribuer.

Il est certain cependant que l'affaiblissement du premier bruit est un signe d'affaiblissement du cœur dans les fièvres. Dès 1841, Hüss, qui décrivit à Stockholm une épidémie de fièvre typhoïde ayant une grande analogie avec le typhus exanthématique, signala cet affaiblissement au point, dit-il, que le second bruit fût seul perceptible.

Après lui, Stokes décrit ce signe au sujet des symptômes de l'affaiblissement du cœur dans le typhus et je relève dans ses nombreuses observations qui sont encore à lire aujourd'hui sept cas où le premier bruit a complètement disparu; sur ces sept cas, la guérison a été observée quatre fois, ou trois fois seulement si j'en excepte une observation où Stokes a seulement signalé « la difficulté de distinguer les deux bruits l'un de l'autre parce qu'ils semblent se réunir et se confondre. »

Les signes d'affaiblissement du cœur et des vaisseaux dans les fièvres ne doivent pas être limités à la constatation de l'affaiblissement et de la disparition du premier bruit, il faut encore noter le rhythme fœtal des bruits du cœur signalé par Stokes et que j'ai étudié ici même sous le nom d'*embryocardie*; un nouveau symptôme, l'allongement de la pause diastolique ou *brady-diastolie*.

Ces trois phénomènes: l'affaiblissement ou la disparition du premier bruit, l'embryocardie, la bradydiastolie, indiquent certainement un grand degré d'affaiblissement cardiaque. Mais, celui-ci est-il toujours sous la dépendance des mêmes causes, des mêmes lésions, d'une myocardite dégénérative? Je ne le crois pas, et je pense qu'on a beaucoup abusé de l'influence de la myocardite dans les fièvres. En tout cas, si celle-ci est fréquente dans la variole, elle me paraît relativement rare dans la fièvre typhoïde et, dans cette dernière maladie, je suis loin de trouver tous les symptômes myocarditiques que j'ai observés dans la variole. L'affaiblissement et la disparition du premier bruit sont certainement des indices d'adynamie cardiaque, de dégénérescence du myocarde. Quant aux déviations de rhythme à l'embryocardie et à la bradydiastolie, ils me paraissent être surtout sous la dépendance de troubles profonds survenus dans l'innervation du cœur et des vaisseaux pour le premier phénomène, et du cœur seulement pour le second.

Mais je me hâte d'ajouter que je ne vais pas encourir le reproche contraire de localiser trop les lésions du cœur dans les fièvres et je crois plutôt être en accord avec les enseignements de la clinique, lorsque j'affirme que dans les fièvres typhoïdes graves l'élément nerveux se joint le plus souvent à l'élément myocardique pour produire les complications cardiaques, sur lesquelles on insiste depuis longtemps à juste titre. Je ne puis m'empêcher cependant de dire que les troubles et les déviations du rhythme cardiaque, que la tachycardie, l'embryocardie, la bradydiastolie, certaines arhythmies et allorrhythmies, l'abaissement considérable de la tension artérielle (la grippe et la fièvre typhoïde étant des maladies d'hypotension artérielle) ressortissent à des troubles d'innervation cardiaque et à la terminaison par *asystolie nerveuse*; que les autres symptômes caractérisés par l'affaiblissement et même la disparition du premier bruit, par les congestions viscérales, la dilatation cardiaque, le souffle myocardique, etc., trahissent une lésion dégénérative aiguë de la fibre musculaire. Encore, je ne suis pas sûr que, dans certains cas, l'affaiblissement du premier bruit qui est surtout un signe d'adynamie cardiaque ne soit pas parfois d'origine nerveuse et ne soit pas dû à un défaut d'innervation.

Dans tous les cas, on commettrait une faute en confondant les symptômes d'une myosite infectieuse avec ceux d'une névrite, et je ne sais pas pourquoi il serait davantage permis de perpétuer cette erreur au sujet du cœur. Une erreur clinique entraîne des fautes thérapeutiques, et c'est pourquoi j'ai cru devoir aujourd'hui faire cette communication qui pourrait être tout aussi bien intitulée: *L'abus de la myocardite*.

Cyanose et inversion des viscères.

M. Barié présente à la Société un malade de 28 ans, sans antécédents héréditaires. Depuis l'enfance cet homme a de la dyspnée, et offre des signes de cyanose qui l'ont fait regarder comme atteint de maladie du cœur. En somme, il a tous les symptômes d'une cyanose, d'une maladie bleue; mais il présente en outre cette particularité d'avoir de l'inversion des viscères, la pointe du cœur bat manifestement à droite, le foie est à gauche...; on trouve à droite un souffle systolique au-dessus de la pointe, souffle qui se propage très loin en arrière dans l'aisselle.

M. Huchard lit un mémoire intitulé: Une rectification historique en faveur de Vieussens au sujet du pouls et de la maladie dite de « Corrigan ».

M. Netter montre des pièces d'un ulcère simple de l'estomac et kyste hydatique calcifié du foie avec compression probable de l'artère coronaire stomachique.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 juillet 1894.

Présidence de M. Guignard.

Spartéine et chloroforme.

MM. Langlois et Maurange. — On a cherché par l'association médicamenteuse à prévenir les accidents du chloroforme. Actuellement, l'éther semble appelé à une réelle

utilisation. L'atropine avait été employée avec grand bénéfice chez le chien, par MM. Dastre et Morat; chez l'homme, on la redoute un peu, quoiqu'elle soit moins dangereuse qu'on ne l'a dit. L'emploi de la spartéine semble avoir pour effet de diminuer l'excitabilité du pneumogastrique, dont le rôle dans la mort par le chloroforme est considérable, suivant M. Dastre (mort par le cœur). D'ailleurs, suivant les recherches de M. Laborde, la spartéine est un tonique et régulateur du cœur.

Nous avons observé les effets de l'association : spartéine puis chloroforme, chez le lapin, le chien et l'homme. Le lapin, qui est si sensible au chloroforme, supporte bien la méthode, même si la chloroformisation est mal surveillée. De même le chien, dont l'anesthésie peut être poussée très loin et prolongée. Dans 140 cas observés chez l'homme, l'injection de 3 cg. de spartéine a permis une longue chloroformisation sans alerte cardiaque : il y eut quelques alertes respiratoires, mais faibles et cédant aux tractions de la langue. Nous pouvons ajouter que la syncope laryngo-réflexe primitive est moins prévenue par la spartéine que par l'atropine.

Sclérose combinée.

MM. Dejerine et Auscher. — Un homme de 45 ans, non syphilitique, est pris d'incoordination de la marche, puis de douleurs fulgurantes, et plus tard d'une paraplégie vraie sans amyotrophie. Les réflexes sont supprimés; il y a une cécité complète par atrophie papillaire. Le malade meurt à 49 ans. A l'examen de la moelle, on constate dans les cordons postérieurs les lésions ordinaires d'un tabes peu avancé; ces lésions sont plus prononcées au cou; le cordon de Goll est peu touché. L'altération des racines postérieures est proportionnelle à celles des faisceaux de Burdach. Il existe, de plus, une lésion du cordon latéral. Au dos, la lésion occupe le faisceau cérébelleux direct dégénéré jusqu'en haut, et le faisceau pyramidal croisé, dont l'altération diminue en haut. Aux lombes, la lésion occupe les 3/4 externes du cordon latéral. La substance des cornes est saine, mais la colonne de Clarke et le réticulum sont très altérés.

L'adjonction de cette lésion est difficile à interpréter. On aurait pu supposer une lésion encéphalique avec dégénérescence descendante : les examens pratiqués jusqu'à l'écorce montrent que tout est sain. Il s'agit donc bien d'une sclérose combinée véritable, qui a un caractère autonome et primitif dans le cordon latéral également.

Reflux de l'urine dans l'uretère.

MM. Courtade et Guyon. — Nous avons injecté dans la vessie du lapin 30 grammes de liquide coloré au violet de méthyle. Dans les 20 expériences, le liquide pénétrait dans l'uretère (avec une pression vésicale de 1 1/2 cm. de mercure). Le résultat, chez le chien, n'est positif que 5 fois sur 25; c'est qu'ici la musculature vésicale est bien plus puissante. Il faut, en effet, pour expliquer la fermeture de l'uretère, faire intervenir la contraction réflexe des faisceaux qui recouvrent le trajet intra-vésical de l'uretère. D'ailleurs, on ne saurait tirer de ces expériences aucune règle générale concernant les conditions du reflux en pathologie humaine.

Dégénération ascendante de la moelle après destruction de la queue de cheval.

MM. Souques et Marinesco. — Nous avons eu l'occasion d'observer chez une jeune fille un cas de paraplégie flasque avec incontinence de l'urine et des matières, accompagnée d'amyotrophie diffuse et d'anesthésie tactile douloureuse et thermique des membres inférieurs. L'autopsie révéla l'existence d'un kyste hydatique intra-rachidien, qui avait détruit par compression lente, sur une hauteur d'environ trois centimètres, la terminaison du cône médullaire et les faisceaux des racines de la queue de cheval.

Des coupes pratiquées à divers niveaux de la moelle sacrée, lombaire, dorsale, cervicale, etc., nous ont fourni des renseignements très précis sur la topographie de la dégénération ascendante, c'est-à-dire sur le trajet intra-médullaire des fibres radiculaires postérieures qui constituent la queue de cheval. Elles nous ont conduits à émettre les propositions suivantes :

1° La disparition des fibres de la substance grise (cornes antérieures et postérieures, colonnes de Clarke) est l'expression de la disparition des collatérales des fibres des racines postérieures. Ceci est en parfait accord avec les récentes découvertes de Golgi, Ramon y Casal, etc.

2° Malgré cette disparition très nette des collatérales, il est impossible, par la méthode de Marchi, de déceler les traces de leur dégénération, tandis que par cette méthode, la dégénération des fibres des cordons postérieurs est, au contraire, facile à mettre en évidence. Ces faits sembleraient prouver que les collatérales disparaissent en premier lieu et vite.

Ces constatations anatomiques semblent, en outre, montrer qu'une lésion exogène retentit tout d'abord sur la partie terminale, collatérale des racines postérieures.

3° Notre cas confirme les recherches expérimentales de Singer et Münzer, Tooth, Odi et Rossi, etc., et les examens anatomo-pathologiques de MM. Gombault, Sottas qui démontrent que la dégénération médullaire, à la suite de section ou de destruction des racines postérieures, suit un trajet ascendant, bien déterminé topographiquement, dans le cordon postérieur les fibres longues se rapprochant de la ligne médiane au fur et à mesure de leur ascension pour occuper finalement le territoire du cordon de Goll.

4° En raison de cette topographie, nous pensons qu'il est possible de distinguer, au-dessus du foyer, la dégénération consécutive à la lésion des racines de la dégénération tabétique.

5° Au niveau de la région dorsale, nous avons trouvé, par la méthode de Marchi, des fibres dégénérées dans tout le territoire du cordon postérieur, par conséquent dans un faisceau fondamental, ce qui prouve que ce faisceau n'est pas exclusivement constitué par des fibres endogènes.

6° Le faisceau antéro-latéral ne contient pas de collatérales venues des racines postérieures. La dégénération ascendante de ce faisceau, à la suite de lésions médullaires en foyer, constatée récemment par Schaffer, porte donc sur des fibres endogènes.

7° Enfin, pour interpréter la dégénération constatée dans la partie externe des corps restiformes, nous ferons remarquer que Betscherew a soutenu que des fibres du cordon de Goll passent directement dans les corps restiformes.

Les anesthésiques.

M. Laborde. — Un de mes élèves, M. Meillière, a eu l'idée de préparer un mélange titré d'éther et de chloroforme qu'il a ensuite purifié en le traitant par le permanganate de potasse. Ce mélange pur, employé chez des animaux très sensibles au chloroforme, a donné de bons résultats.

J'ai éprouvé de mon côté que le bromure d'éthyle est un anesthésique temporaire, rapide, et très sûr pourvu qu'on emploie un produit bien purifié. On peut l'utiliser seul ou avant le chloroforme.

Le tétrachlorure de carbone a été essayé et abandonné à cause de son action irritante locale. L'inconvénient résulte surtout de l'impureté du produit. Avec un échantillon bien purifié, j'ai obtenu une résolution profonde chez les animaux; il s'ajoutait dans ces conditions un accroissement de l'excitabilité réflexe, et un léger tremblement.

Péritonite tuberculeuse et laparotomie.

M. Tschegolew. — J'ai cherché dans quel sens la laparotomie pouvait modifier la péritonite tuberculeuse chez le chien. Quand on opère tôt, la guérison a lieu; plus tard, l'opération améliore l'état des animaux et prolonge la survie. La laparotomie agit par le processus inflammatoire qu'elle provoque, et la réaction phagocytaire qui en est la suite. Les contacts, l'air, la lumière, les actions antiseptiques sont les facteurs de ce processus inflammatoire. Il n'est pas nécessaire d'évacuer rigoureusement le liquide péritonéal.

Localisation des actions toxiques.

M. Carnot. — Lorsqu'on intoxique des animaux avec du plomb ou de l'arsenic, après leur avoir fait subir un traumatisme, ou après avoir lésé mécaniquement un organe quelconque, on constate que le poison s'accumule en plus grande proportion dans la région influencée. C'est peut-être à des effets de ce genre qu'il faut attribuer l'action de l'arsenic sur le processus tuberculeux. De même l'élection de la tuberculine pour les foyers tuberculeux eux-mêmes est sans doute

du même ordre. On doit admettre sans doute une attraction chimique des cellules organiques pour les toxiques, quelque chose d'analogue aux attractions chimio-tactiques.

Traitement de l'hypopepsie.

M. Gilbert. — J'ai cherché si l'usage du bicarbonate de soude influençait le chimisme gastrique de l'homme dans le même sens que celui du chien. Ce corps administré pendant le repas exerce une action dépressive sur la fonction peptique : donné une heure avant, il l'active au contraire. Quand l'administration est continuée un certain temps, avant ou pendant le repas, il finit par se produire chez les hypopeptiques une amélioration de la digestion gastrique. En tout cas, on réussira le mieux en donnant le bicarbonate de soude un peu avant le repas.

MM. Charrin et **Duclert** ont constaté que le passage des microbes à travers le placenta était favorisé par l'injection d'acide lactique aux animaux. Le mercure fait de même, moins activement. Dans ces conditions toxiques d'ailleurs, la pullulation microbienne est beaucoup plus active.

MM. Mairet et **Bosc** ont constaté que le sérum de chien chauffé à 53° perd ses propriétés coagulatrices et conserve son action toxique.

M. Moisel a étudié le développement du tissu élastique dans le ligament cervical postérieur du cheval. La fibre élastique résulte d'une transformation des éléments conjonctifs : de minces tractus conjonctifs de nutrition persistent entre les éléments élastiques. On observe aussi les grains élastiques étudiés par Ranvier.

M. Cadéac a observé que la question des doses virulentes a une grande influence sur le développement de la tuberculose digestive.

M. Regnault a étudié la modification du corps du fémur dans les cas de luxations congénitales. La diaphyse éprouve un aplatissement antéro-postérieur, dont la cause principale réside dans l'atrophie des muscles. Il est à noter que ces modifications ne se constatent pas chez les enfants qui n'ont pas encore marché.

J. Girode.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE BERLIN

Séance du 11 *juin* 1894.

Sarcome des méninges médullaires.

M. Westphal. — Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui, quelques semaines avant son entrée à l'hôpital, a été prise de maux de tête et de vertiges. A l'hôpital, où elle eut à plusieurs reprises des accès épileptiques avec émission involontaire d'urine et anorexie de la langue, elle devint apathique, absorbée, s'inquiétant peu de ce qui se passait autour d'elle.

Comme symptômes, on trouvait encore chez elle du ptosis du côté droit, une parésie des abducteurs de l'œil, de l'inégalité pupillaire, un fond de l'œil normal, l'abolition des réflexes rotuliens, une douleur très vive de toute la colonne vertébrale. Pas de troubles de la sensibilité, pas de fièvre.

Pendant tout le temps que la malade resta à l'hôpital, la céphalalgie, les vomissements, les vertiges, les douleurs lombaires ne se modifièrent en rien. La malade succomba cinq semaines après son entrée à l'hôpital, au milieu d'une attaque d'épilepsie. Cinq jours avant la mort, on avait constaté chez elle une parésie pupillaire et un ralentissement du pouls.

A l'autopsie, on trouva un sarcome à petites cellules étendu aux méninges spinales et particulièrement accusé au niveau de la région lombaire. Trois noyaux sarcomateux se trouvaient dans le thalamus opticus. Les ventricules latéraux et l'aqueduc de Sylvius étaient remplis d'un liquide hémorrhagique, le 4e ventricule couvert de granulations. Noyaux métastatiques dans les poumons.

Pachyméningite cervicale hypertrophique.

M. Kœppen a observé deux cas de ce genre. Dans le premier, qui se rapporte à un homme de 51 ans, les accidents survenus 19 ans après l'infection syphilitique ont évolué en l'espace de 12 mois. Il y avait chez lui une paralysie spasmodique des membres supérieurs avec exagération de tous les réflexes, en même temps qu'une paraplégie. La sensibilité à la douleur était diminuée ; du côté des nerfs crâniens, atrophie du nerf optique. Les troubles de la parole qui existaient dans ce cas devaient être attribués à une dyspnée par paralysie du phrénique.

A l'autopsie, à côté des lésions viscérales manifestement syphilitiques, on trouva un épaississement considérable des méninges cervicales ; le cerveau était sain.

Chez la seconde malade, une femme de 51 ans, le diagnostic de syphilis était incertain. Elle présentait une paralysie des quatre membres, plus marquée pourtant à gauche qu'à droite, avec exagération des réflexes et phénomènes spasmodiques. Les troubles de la sensibilité étaient minimes. Du côté des nerfs crâniens, une atrophie du nerf optique. Chez elle aussi les troubles de la parole semblaient devoir être attribués à une difficulté respiratoire par parésie des phréniques.

A l'autopsie de cette malade on trouva un épaississement de la pie-mère principalement à la base du cerveau, une dilatation des ventricules et de l'épendyme, un épaississement des méninges médullaires, surtout accusé au niveau de la région médullaire. Mais tandis que dans le premier cas la moelle présentait dans toute son étendue des modifications inflammatoires intenses, dans le second la moelle était sclérosée.

Affection cérébro-spinale chez un hérédo-syphilitique.

M. Bœttger. — Il s'agit d'une jeune fille de huit ans qui en août 1889 est prise de maux de tête, de vertiges et de vomissements qui disparaissent en trois semaines. En novembre, strabisme interne qui disparaît en janvier 1886. Vers la même époque, diminution de l'acuité visuelle et auditive aboutissant à la cécité et à la surdité complètes. Les pupilles légèrement dilatées réagissaient mal ; des deux côtés, stase papillaire avec atrophie au début d'un côté. La motilité, la sensibilité et les réflexes étaient normaux, le pouls irrégulier. En juin, atrophie complète de la pupille prise. En juillet, raideur de la nuque et convulsions. En août, les convulsions disparaissent, mais les masses musculaires des membres deviennent douloureuses. En septembre, contracture dans les articulations des hanches et des genoux. Mort le 6 octobre par marasme compliqué de broncho-pneumonie.

A l'ouverture du crâne, on trouve une petite exostose sur le pariétal gauche. La dure-mère présentait quelques plaques indurées, l'arachnoïde était œdématiée, la pie-mère adhérente au cerveau. Les olfactifs étaient aplatis, les optiques étroits et transparents, les ventricules dilatés. Le vermis inferior était englobé dans une tumeur qui adhérait au tronc cérébral et envoyait des prolongements en arrière. La moelle très volumineuse adhérait aux méninges considérablement épaissies, les racines postérieures englobées dans du tissu conjonctif, les parois des vaisseaux épaissies. Le canal central était fortement infiltré.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE NURENBERG

Les complications générales des otites et leur traitement.

M. Schubert. — Sur les 3,482 cas de mort survenus en 1892 à Nurenberg, la mort a été provoquée 22 fois par l'otite et ses complications.

La *pachyméningite externe* et les *abcès extra-dure-mériens* venant compliquer l'otite ne sont pas toujours mortels et peuvent guérir spontanément quand le foyer s'ouvre au dehors. Mais si l'ouverture du foyer se fait en dedans, il se forme un abcès cérébral ou une thrombose du sinus ou une leptoméningite. Le diagnostic n'est possible qu'après la trépanation de la mastoïde, et sur les 30 cas personnels de M. Schubert, la pachyméningite existait 30 fois, soit dans 40 0/0 des

cas. Neuf fois elle était localisée à la fosse cérébrale postérieure, 3 fois à la fosse cérébrale moyenne.

La *leptoméningite* par otite serait rare d'après Kœrner qui, sur 12 cas de leptoméningite, ne peut incriminer l'otite qu'une seule fois. Dans la moitié des cas, la mort survient ordinairement au bout de 4 jours, et il est rare de voir la maladie durer 3 ou 4 semaines. Personnellement M. Schubert a observé 3 cas de ce genre. Dans les cas aigus, le diagnostic est facile, mais lorsque l'affection prend une marche subaiguë, le diagnostic peut se trouver en suspens par l'apparition des muco-et hémiplégies, des paralysies oculaires. La névrite optique peut manquer dans les cas typhiques; la raideur de la nuque ne s'observe que dans la méningite du cervelet.

La *thrombose du sinus* est due, dans deux tiers des cas, à une otite. Le diagnostic s'appuie sur l'apparition d'un œdème rétro-mastoïdien (Griesinger), l'état de vacuité relative de la jugulaire (Gerhardt), les troubles du côté du pneumogastrique, de l'accessoire, du glosso-pharyngien et toute une série de phénomènes pyohémiques tels que les frissons, la fièvre intermittente ou rémittente, les métastases dans les poumons et les articulations, la tuméfaction de la rate. Quelquefois, on trouve une prédominance des symptômes septicémiques. La connaissance est toujours conservée, la névrite optique est fréquente, le nystagmus rare.

Pendant longtemps, la thrombose du sinus était considérée comme absolument mortelle. En 1884, Zaufall a proposé de mettre à nu le sinus thrombosé et de lui faire subir un grattage. Depuis cette époque, l'opération en question a été faite 24 fois avec 16 guérisons et 8 morts. Treize fois l'opération a été faite après la ligature préalable de la jugulaire, afin de prévenir le transport par la voie veineuse des produits septiques.

Sur 4 cas opérés par M. Schubert, le dernier seul a guéri. Il s'agissait d'un garçon de 15 ans entré à l'hôpital pour une otite du côté droit compliquée de mastoïdite et de fièvre dépassant 40°. Après l'ouverture large de la mastoïde, on trouva le sinus transverse rempli de pus. Le sinus fut ouvert et nettoyé. Deux jours après, abcès métastatique dans la peau du front et les ganglions cervicaux qui furent ouverts à leur tour. Guérison.

Le pus du sinus renfermait une culture pure de streptocoques.

La *pyémie* après otite sans suppuration du sinus est relativement fréquente. Le pronostic n'est pas très sombre. Ainsi, M. Schubert a observé un cas de ce genre avec endocardite et arthrite non suppurée de l'articulation sterno-claviculaire de l'épaule qui s'était terminé par la guérison.

Les *abcès du cerveau* relèvent dans 30 0/0 des cas d'une otite. Le diagnostic est souvent très difficile et fréquemment il n'est facile qu'à la période terminale. Pourtant, comme cette complication est absolument mortelle si l'on intervient pas, son diagnostic est de la plus haute importance. La fièvre, les nausées, les vomissements témoignent simplement d'une exagération de la pression intra-crânienne et ne sont nullement caractéristiques. La céphalalgie localisée à un point constant et la douleur locale à la pression et à la percussion sont des signes très importants en ce sens qu'ils font défaut dans les tumeurs du cerveau. De même la néphrite optique qui existe également dans les tumeurs se présente dans les abcès sous forme d'une hyperhémie de la papille dont les limites semblent effacées. Quand la pression intra-cérébrale est accrue, la somnolence, le ralentissement du pouls, la respiration de Cheyne-Stokes ont les mêmes caractères dans les abcès et les tumeurs du cerveau, avec cette différence que dans les premiers ces phénomènes procèdent quelquefois par poussées.

Le diagnostic d'abcès une fois fait, il est relativement facile de préciser le siège, puisqu'on sait que les abcès d'origine otique se développent dans le lobe temporal et le cervelet, très rarement dans le mésocéphale. Ce qui permet d'affirmer l'existence d'un abcès temporal, c'est une mono ou hémi-parésie ou plégie du côté opposé ou une paralysie faciale; ensuite, les convulsions dans les régions paralysées, l'hémi-anesthésie croisée et l'hémi-anopsie par action réflexe sur la capsule interne; enfin, les paralysies dans le domaine du moteur oculaire commun du même côté. L'abcès du cervelet est caractérisé par la raideur de la nuque et l'absence des paralysies croisées. Si l'abcès s'ouvre dans les ventricules ou à la surface du cerveau, la mort survient au bout de 24 heures dans le coma avec un pouls filiforme. A ce moment l'opération est contre-indiquée.

Kœrner a réuni dans sa statistique 55 cas opérés (par des chirurgiens allemands et anglais) avec 29 guérisons. Récemment M. Schubert a eu à intervenir dans le cas suivant :

Un homme de 43 ans est pris en novembre 1893, après une attaque d'influenza, d'otite moyenne aiguë du côté droit, qui guérit en 3 semaines après la perforation du tympan. Les douleurs persistent pourtant dans l'oreille droite, et le 2 décembre le malade est pris d'une paralysie de l'abducteur oculaire du côté droit, puis peu à peu se développent tous les symptômes d'un abcès cérébral : coma, rétrécissement des pupilles, paralysie du sphincter vésical, hyperesthésie de la peau, paralysie de la main gauche. On fait la trépanation au niveau du lobe temporal et on évacue un abcès volumineux. Le malade se rétablit, puis trois semaines après l'opération, lorsque le malade semblait en pleine convalescence, il est pris de fièvre, de céphalalgie, de vomissements et meurt en 7 jours avec les phénomènes de méningite. A l'autopsie, on trouva, à côté d'une leptoméningite de la base, un second abcès temporal passé inaperçu pendant l'opération.

Atrésie du rectum.

M. Kehrer a rapporté l'histoire d'un enfant nouveau-né venu au monde avec une atrésie de l'anus. Sans trop tarder. M. Kehrer fit sur le périnée, le long du raphé, une incision de 5 cm. de longueur et trouva à 4 cm. de profondeur le bout du rectum, qui fut ponctionné. Il s'écoula aussitôt une forte quantité de méconium et de gaz.

Pendant quelques jours l'anus ainsi établi fonctionnait bien, mais peu à peu la plaie se couvrit de granulations qui amenèrent progressivement l'occlusion de l'orifice. Dans ces conditions, la constipation durant déjà depuis 3 jours, M. Kehrer fit une incision sacrée, puis la résection du coccyx, sans arriver à trouver le rectum. Il fit alors la laparatomie et amena le rectum vers la plaie coccygienne, de façon à établir un anus sacré. Guérison. L'enfant, opéré depuis 15 jours, se porte très bien (*Soc. médic. de Heidelberg, séance du 22 mai* 1894).

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Séance du 3 juillet 1894.

Résultats des études de la commission de Hyderabad sur le chloroforme.

M. Lawrie. — La méthode d'expérimentation que nous avons employée à la commission de Hyderabad a consisté à donner d'abord d'énormes doses de chloroforme à des animaux, sans nous occuper de la respiration, dont les changements étaient du reste indiqués par un manomètre. Ensuite, nous avons donné du choloroforme, de telle façon que la respiration ne puisse être influencée que par l'effet anesthésique de cette substance sur le centre respiratoire, et nous avons ainsi étudié la mort produite par simple empoisonnement chloroformique. Enfin, nous avons ensuite confirmé nos résultats par des expériences de transfusions de sang d'un animal à l'autre. Il est vrai que ces derniers résultats ne concordent pas avec ceux de MM. Gaskell et Shore à Cambridge. Ces divergences, toutefois, entre ces auteurs et nous peuvent s'expliquer. C'est ainsi, par exemple, que dans l'expérience n° 6 de Cambridge, la pression sanguine de l'animal qui donnait son sang était très basse, puisque du commencement à la fin de l'expérience, elle a varié de 50 mm. à 24 mm.; cet animal était évidemment dans un état agonique et on ne peut croire qu'il se soit établi un courant sanguin de lui vers un autre animal. Par conséquent, on ne peut s'appuyer sur cette expérience qui avait pour but de montrer l'effet du chloroforme amené au cerveau de l'animal observé par le sang de l'animal chloroformé.

En somme, la question que nous devons nous poser est la suivante : Pouvons-nous prendre comme guide le pouls dans la chloroformisation? Pour répondre à cette question, il faut savoir si le chloroforme a une action directe sur le cœur. Or,

je ne crois pas à cette action. Je vais commencer par attirer votre attention sur une expérience de transfusion dans laquelle le chloroforme fut envoyé dans le cœur de l'animal pendant 3 minutes et 24 secondes. Il n'en résulta aucun effet, ni abaissement de la pression, ni anesthésie, ni arrêt de la respiration ou des battements du cœur. Cette expérience donne invariablement le même résultat et nous nous appuyons dessus pour avancer que les inhalations de chloroforme n'ont jamais une action directe sur le cœur. De plus, la commission de Hyderabad a antérieurement établi que la chute de la pression sanguine ne peut pas être due à un affaiblissement du cœur. Dans une autre expérience, nous avons envoyé, par la transfusion, le sang au cerveau seulement; on obtient alors une chute de la pression sanguine due à l'action du chloroforme sur les vaso-moteurs, chute de pression qui est sans danger ou même peut-être qui soulage le cœur. Cette expérience montre, en outre, ce qui arrive quand survient la mort par empoisonnement chloroformique simple; elle nous a montré, en effet, que quand on donne le chloroforme à un animal dont la respiration est régulière, il se produit un abaissement de la pression sanguine avec anesthésie, puis avec arrêt de la respiration, puis avec arrêt du cœur suivie de mort. Or, les tracés montrent que quand la respiration faiblit ou même quand elle s'arrête, le pouls ne subit aucune modification et, à ce moment précis. on pourrait encore sauver l'animal par la respiration artificielle. Le pouls ne présente un affaiblissement que quelques minutes (3 en général) après l'arrêt de la respiration, et, dès lors, l'état de l'animal est désespéré. Il est donc évident que ce qu'on doit prendre comme guide, c'est la respiration et non le pouls. Dans tout ce qui précède, nous avons supposé que la respiration était régulière. Nous arrivons à la même conclusion quand la respiration est irrégulière. Ces expériences nous poussent à ne pas accorder beaucoup de confiance aux auteurs qui veulent que dans certains cas, sous l'influence du chloroforme, le pouls s'arrête tandis que la respiration continue. Nous admettons au contraire que l'arrêt réflexe et la faiblesse indirecte du cœur ne sont produits sous l'influence du chloroforme que par l'intermédiaire des troubles respiratoires. Enfin, la même expérience nous prouve que l'anesthésie seule, unique résultat recherché par le chirurgien, n'offre aucune espèce de danger. On peut voir, en effet, en examinant les tracés, que si le chloroforme n'est pas administré au delà du point nécessaire pour produire l'anesthésie, l'animal n'est pas en danger. On peut alors se demander si c'est toujours la faute du chloroformisateur lorsqu'il dépasse ce point. Quand il s'agit d'opérations sur la bouche, il ne faut jamais pousser la chloroformisation trop loin, parce que, le sang tombant dans les voies respiratoires peut étouffer le malade. Dans beaucoup d'autres cas, il est facile de maintenir la chloroformisation dans les limites voulues. Enfin, dans de nombreux cas, la pression sanguine tombe d'une façon irrégulière par suite des irrégularités de la respiration, et ces dernières peuvent se produire malgré le médecin qui fait la chloroformisation. Ces irrégularités respiratoires sont, en effet, dues à un sentiment de frayeur du malade, à une lutte ou à l'effet désagréable que lui produit l'odeur du chloroforme. Enfin, chez certains sujets, l'anesthésie du centre respiratoire est une des premières à se montrer, et il se produit une sorte d'asphyxie automatique. Tous ces faits concourent pour attirer l'attention non pas sur le pouls, mais sur la respiration. Le médecin qui fait la chloroformisation doit continuellement se rappeler que les doses de chloroforme nécessaires varient avec chaque individu.

Occupons-nous maintenant de la mort par empoisonnement chloroformique simple. Les expériences de Horsley sur les plaies du crâne par armes à feu jettent un jour sur cette question. Lorsqu'une balle animée d'une vitesse modérée traverse la boîte crânienne, elle produit un arrêt complet de la respiration et une légère diminution de la pression sanguine. De 5 à 10 secondes après l'arrêt de la respiration il se produit une élévation de la pression sanguine qui arrive à dépasser la pression normale. Cela prouve que la cause de la mort n'est pas, comme on le dit généralement, une syncope avec arrêt du cœur, puisque le cœur continue à battre après l'arrêt complet de la respiration. De plus, si on pratique rapidement la respiration artificielle on obtient une survie. Ces études de M. Horsley sur la mort par plaies du cerveau par balles s'appliquent mot à mot à la mort par le chloroforme, comme nous allons le voir : 1° Dans la mort par le chloroforme la respiration s'arrête ; cet arrêt se fait progressivement et non brusquement comme à la suite d'un coup de feu. Dans des cas rares cependant la respiration peut s'arrêter brusquement sous l'influence du chloroforme. 2° Dans la mort par le chloroforme, l'arrêt de la respiration est suivi par un ralentissement du cœur 3° Dans l'empoisonnement par le chloroforme, la respiration peut être souvent rétablie artificiellement et, quand la mort s'ensuit, l'autopsie révèle les signes d'une paralysie du centre respiratoire et non pas ceux de l'asphyxie. C'est encore ce qui arrive, d'après M. Horsley, dans la plaie par arme à feu. 4° Dans la mort par le chloroforme le centre respiratoire est anesthésié ou paralysé dès le début et n'est pas excité au début comme cela a lieu dans l'asphyxie ; 5° la respiration artificielle est plus utile que les stimulants quand il y a menace de mort par le chloroforme. 6° Dans l'empoisonnement chloroformique la narcose peut se compliquer d'une excitation du vague amenant un ralentissement du cœur. De même, dans la plaie du cerveau par balle, l'hémorrhagie peut exciter le vague et ralentir le cœur par compression de la moelle allongée. Dans les deux cas ce ralentissement du cœur est utile, dans le premier en diminuant le sang empoisonné par le chloroforme qui arrive au cerveau, dans le deuxième en diminuant l'hémorrhagie. Ainsi dans la mort par le chloroforme, comme dans celle d'une plaie du cerveau par balle, il faut voir la cause de l'accident final dans l'arrêt de la respiration. Sans doute, dans la mort par le chloroforme, l'asphyxie peut venir compliquer la situation.

M. Gaskell. — M. Shore et moi avons montré par des expériences de transfusion que le chloroforme produit un ralentissement et finalement un arrêt du cœur. Sur ce point nous sommes d'accord avec tous les autres observateurs, à l'exception de ceux de Hyderabad. Or, toutes ces expériences d'accord entre elles ne sauraient être détruites par une seule expérience contraire de la commission de Hyderabad. Dans la plupart de nos expériences, la pression sanguine de l'animal qui fournissait le sang était supérieure à celle de l'animal qui le recevait. Nous avons vu souvent la respiration continuer pendant 4 minutes et même plus après l'arrêt du cœur.

M. Horsley. — J'ai beaucoup étudié l'action du chloroforme sur les animaux et j'ai observé 3 morts par le chloroforme chez l'homme. Je suis persuadé que dans la très grande majorité des cas la mort est due à un arrêt de la respiration.

M. Shore. — M. Lawrie avance sans preuves suffisantes l'absence d'action du chloroforme sur le cœur.

M. Brunton. — Pour nous, chirurgiens, ce qu'il importe de savoir, ce n'est pas si le chloroforme a une action directe sur le cœur, mais c'est s'il peut agir sur le cœur par inhalation. La commission de Hyderabad a parfaitement établi que le chloroforme est un poison du protoplasma. Le chloroforme empoisonne toute substance vivante au contact de laquelle il se trouve en quantité suffisante ; il paralyse la respiration, il empoisonne le cœur ; il rend le tissu musculaire rigide. Mais quand le chloroforme est absorbé par inhalation, il paralyse toujours les centres respiratoires avant d'être en quantité suffisante pour agir sur le cœur. Déjà, en 1848, M. Wakley a fait plus de 100 expériences montrant que le chloroforme tue en paralysant la respiration et non pas le cœur. Depuis on a fait beaucoup d'expériences qui toutes ont conduit au même résultat. Quant à l'action du chloroforme sur la pression sanguine, elle me paraît avoir une importance beaucoup moindre. Nous ne dirons pas, en effet, que l'alcool est un poison énergique qu'on ne doit jamais prescrire, et pourtant il a sur la pression sanguine le même effet que le chloroforme, quoique à un moindre degré.

M. Buxton. — Je crois qu'il est très utile de surveiller la respiration et que souvent la mort se produit par manque d'attention de la part de celui qui chloroformise.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 29 — 18 JUILLET 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Thèses des 23 et 24 juillet 1894.

Lundi 23. — M. Gauja. De la kératose pilaire. — M. Perdrizet. De diverses amputations du col de l'utérus et de leurs indications en dehors du cancer. — M. Beissat. Etude sur l'albuminurie dans le saturnisme. — M. Raoul Poullain. De la varicelle dans le cours de la rougeole et de la scarlatine. — M. Paul Rousseau. Anomalies des artères rénales. — M. Chipault Rapports des apophyses épineuses avec le contenu du canal rachidien. — M. Edouard Henry. La syphilis tertiaire de la gorge. — M. Debray. Contribution à l'étude du zona épidémique et infectieux. — M. Dubosq. La glande venimeuse de la scolopendre. — M. Marette. Recherches sur les variations physiologiques de la toxicité urinaire. — M. Tortellier. Contribution à l'étude de l'étiologie du psoriasis. — M. Ricard Georges. De la vaginite blennorrhagique et de son traitement. — M. Villain. Essai sur les névralgies à distance dans les affections utérines. — M. Jeannin. Contribution à l'étude de l'embolie cérébrale de la sylvienne droite. — M. Gouvernaire. De l'intervention primitive dans les plaies du crâne par balles de revolver. — M. Paul Condamy. De la cystite aiguë comme cause de rétention d'urine. — M. Binet. Des accidents de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou. Angine. — M. Alfred Navarro. Contribution à l'étude de l'hydronéphrose.

Mardi 24. — M. Souligoux. Pathogénie des abcès froids du thorax. — M. Euvrard. Traitement de l'orchi-épididymite tuberculeuse par la destruction ignée. — M. Kéchissoglou. Contribution à l'étude de l'adénite tuberculeuse de l'aine. — M. Gobillot. Contribution à l'étude de la symptomatologie de la grossesse tubaire (avortement tubaire). — M. Belloir. Contribution à l'étude de l'antisepsie médicale. De l'antisepsie dans la rougeole. — M. Druet. De l'entraînement comme moyen de combattre les effets de la vie sédentaire. — M. Marie. Les éruptions dans la varicelle. — M. Diousidon. Chloroforme et spartéo-morphine. Procédé d'anesthésie mixte. — M. Dauly. Le courant alternatif obtenu à l'aide des machines électrostatiques. Ses propriétés physiques et physiologiques. — M. Mergier. Des différentes méthodes de la résistance électrique du corps humain et des liquides organiques. — Méthode de l'ohmmètre. — M. Raynaud. Rapports du tremblement sénile et du tremblement héréditaire. — M. Vigneron. Traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme par les injections d'acide picrique en solution concentrée. — M. Contrastin. Des uréthrotomies complémentaires à sections multiples. — M. Frumusianu. Quelques considérations sur l'anatomie et la physiologie pathologique des rétentions rénales. — M. Duchemin. Contribution à l'étude de la rétention d'urine au cours de la blennorrhagie. — M. Lebelle. Traitement du cancer de l'estomac par le chlorate de soude. — M. Cauchard. De la traumaticine au calomel dans le traitement de la syphilis. — M. Delvit. De l'albuminurie dans l'alcoolisme. — M. Busson. Des lésions du plexus brachial dans les fractures fermées de la clavicule. Étude clinique et thérapeutique. — M. Le Gallic. Contribution à l'étude du traitement des névralgies rebelles du nerf maxillaire inférieur. — M. Lucas. Résultats du toucher rectal dans 283 cas d'épididymites blennorrhagiques. — M. Cestan. Des hémorrhagies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. — M. Raguin. Contribution au traitement conservateur dans les cas d'ovaro-salpingites (Igulpuncture. Traitement de Martin.) — Mlle Kalopothakes. Troubles et lésions gastriques dans la dyspepsie gastro-intestinale et la gastro-entérite des nourrissons. — M. Markowitch. De la dystocie causée par la rétraction de l'anneau appelé cercle utérin de Baudelocque ou anneau de contraction. — M. Goret. Rétention prolongée de l'arrière-faix. Déciduome bénin. — M. Frœliger. Contribution à l'étude des rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle. — M. Brunet. Amputation de Pirogoff. — M. Carette. De la luxation trapézo-mésocarpienne. — M. Chevreau. Etude sur les eaux d'alimentation de Vitry-sur-Seine. — M. David. De la kola et de ses préparations pharmaceutiques. — M. Bouniol. Le spasme de la glotte dans la coqueluche. — M. Macqret. Traitement d'urgence du pneumothorax par la ponction aspiratrice.

Bureau central en médecine. — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Ménétrier, Duflocq et Queyrat.

Légion d'honneur (marine). — Ont été nommés et promus aux grades de :

Officier, M. Laugier.

Chevaliers, MM. Fortoul, Aubert, Le Denmat, Michel, Kergrohen, Bellot, Espieux.

Sont nommés chefs de clinique médicale :

Hôtel-Dieu : MM. Marquezy, chef; Auscher, adjoint.

Charité : M. Teissier, chef; Martin Durr, adjoint.

Saint-Antoine : M. Parmentier, chef; Lesage, adjoint.

Aux Enfants : M. Boulloche, chef; Renault, adjoint.

Corps de santé des colonies. — Sont promus et nommés aux grades de :

Médecin-chef de 2e classe, M. Cazes.

Médecin principal, M. Pethellaz.

Médecin de 1re classe, MM. Chauveau, Marquebosse, Bouyssou, Neiret, Buisson, Devaux, Quennet, Logerais.

Médecin de 2e classe, MM. Lefèvre, Auzillon et Mainguy.

Corps de santé militaire. — Ont été nommés et promus aux grades de :

Médecin principal de 1re classe, M. Bresson.

Médecin principal de 2e classe, MM. Baudot, Benech.

Médecin-major de 1re classe, MM. S. Martin, Cristau, Pommay, Veillon, Gatumeau, Woirhaye, Ferrié, Comte, Aubertin.

Médecin-major de 2e classe, MM. Jantet, Zippel, Jaubert, Spillmann, Keim, de Burine, Milliès dit Lacroix, Sudre, Castelli, Viéla.

Médecin aide-major de 1re classe, M. Danjou.

VIENT DE PARAITRE :

☞ **Précis d'hygiène privée et sociale,** par A. LACASSAGNE, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon, membre du conseil d'hygiène du département du Rhône. — *Quatrième édition, revue et augmentée.*

Un volume in-16 diamant, cartonné à l'anglaise, tranches rouges. 7 fr.

Dans cette nouvelle édition, le professeur Lacassagne, tout en conservant les grandes lignes de ce livre, l'a renouvelé entièrement par les chapitres originaux sur l'étude des bactéries de l'air, du sol et de l'eau.

DERMATOLOGIE

Sur une trichophytie du cuir chevelu chez un garçon de seize ans et demi, par M. Tailhefer, interne de la clinique de dermatologie et de syphiligraphie de Toulouse.

Le 11 avril 1894 est entré à la salle Saint-Victor, n° 4, le nommé M..., âgé de 16 ans et trois mois, exerçant la profession de cultivateur à Beaumont-de-Lezat (Haute-Garonne).

Ce malade ne peut donner aucun renseignement précis sur son passé héréditaire. — Son dossier pathologique personnel est des moins chargés : une seule affection pulmonaire indéterminée qui serait survenue en janvier 1891. — Il a toujours vécu à la campagne dans une maison parfaitement exempte d'humidité. — L'affection du cuir chevelu date de 1888. Le malade avait donc 10 ans.

Il indique très nettement son mode de contagion en racontant que lors de sa dixième année il avait parmi ses amis quatre « teigneux ».

C'est en mars 1894 qu'il se présente pour la première fois à la consultation externe de la clinique de dermatologie de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. M. le Dr Audry constate l'existence d'une tricophytie du cuir chevelu. Ce diagnostic est confirmé par l'examen microscopique. Peu de temps après, le 11 avril 1894, le malade entre définitivement dans la salle Saint-Victor. La partie supérieure de son cuir chevelu est recouverte de croûtes petites et peu nombreuses. Les cheveux sont infiltrés, épais et colorés en gris. On fait raser la tête et l'on voit de petites plaques d'alopécie disséminées et des squames fort minces. En outre, dans les points malades, le cuir chevelu est rouge, chaud, luisant et douloureux, légèrement humide par points.

L'épilation est faite avec difficulté : la plupart des cheveux cassent sous l'effort de la pince et la lésion épidermique apparaît dans toute sa netteté.

Toutes les portions du cuir chevelu envahies par le parasite se dessinent en placards rouges, œdématiés, sur un fond très blanc constitué par le pourtour du cuir chevelu qui est absolument intact, ainsi que le tégument voisin de la face et du cou. L'examen microscopique révèle la présence de grosses spores en chaînettes et d'un mycelium assez abondant qui occupent la gaine du cheveu et le *cheveu lui-même.*

Le diagnostic s'impose : une tricophytie du cuir chevelu à grosses spores. On ne peut penser ni au favus, ni à la folliculite agminée. Dans le favus, les croûtes ont la forme d'un disque légèrement déprimé au centre : c'est le godet classique, d'une couleur jaune soufre et d'une odeur de souris. Chez le malade qui fait l'objet de cette note, les croûtes étaient plates, blanchâtres et ne rappelaient en rien la croûte favique. Dans le favus, le cheveu n'est pas infiltré, son follicule est entouré d'une gaine épaisse ; l'épilation est facile. Ici, le cheveu est infiltré, épais, cassant, gris.

Les petites plaques d'alopécie que présente le cuir chevelu ne peuvent être comparées aux larges plaques cicatricielles de la teigne faveuse.

Enfin, au microscope on reconnaît le favus à l'abondance du feutrage de mycelium et au petit nombre de spores situées principalement dans la gaine du cheveu. Ici on trouve de grosses spores nombreuses et un mycelium peu abondant dans la gaine du cheveu et dans le cheveu lui-même.

Il faut donc écarter le diagnostic de teigne faveuse. Peut-on penser à la folliculite agminée ? Les résultats de l'examen microscopique nous en dispensent complètement et il faut conclure à une tricophytie du cuir chevelu causée par le mégalosporon. Grâce aux travaux d'un brillant élève de Besnier, M. Sabouraud, on sait que le genre trichophyton semble contenir deux grandes classes de trichophytons : les trichophytons microsporons et les trichophytons mégalosporons.

Cette division a été proposée en 1892 par M. Sabouraud. En poursuivant ses recherches, ce dernier a constaté que bien longtemps avant lui, en 1844, Gruby avait pressenti ces différences, sans du reste les interpréter comme il convient. Ce n'est pas le lieu de dire à la suite de quelle confusion la découverte de Gruby est restée dans l'oubli jusqu'en 1892.

M. Sabouraud a donné les plus complets renseignements à ce sujet dans les *Annales de dermatologie* de 1893. Tout en rétablissant la vérité des faits, en rendant à Gruby ce qui était son œuvre, il a trouvé une confirmation de ses propres travaux.

Nous y renvoyons le lecteur qui y trouvera les résultats acquis relativement aux rapports des formes cliniques de la trichophytie avec la modalité des champignons. Nous nous contentons d'indiquer ce fait qu'en général, les mégalosporons semblent provoquer de plus violentes dermites que les microsporons.

Au seul point de vue clinique, il est de notoriété courante que les cas de trichophytie du cuir chevelu sont très rares au-dessus de 15 ans. C'est l'une des maladies dans lesquelles la « loi de l'âge » souffre le moins d'exceptions, sans qu'il soit opportun de se livrer ici à des hypothèses inutiles

Le malade qui nous occupe échappe à cette règle. Il a dépassé la limite d'âge. Il est très développé physiquement et paraît plus âgé qu'il ne l'est en réalité.

Celso Pellizari dit qu'il en a rencontré quelques observations.

Dans ses *Leçons cliniques sur les teignes* (1878), Lailler déclare ne connaître qu'un seul cas chez l'adulte. Brocq (1891) a recueilli une seule observation chez une femme de 20 ans. Besnier et Doyon (1892) n'ont jamais rencontré cette affection chez des malades âgés de plus de 15 ans.

Dans les quelques observations de trichophytie du cuir chevelu chez l'adulte qui ont été publiées, avait-on affaire au microsporon ou au mégalosporon ? Les auteurs ne nous renseignent pas à ce sujet. Il est vrai que la division du genre trichophyton en deux espèces n'a été connue qu'en 1892 grâce à M. Sabouraud et que les derniers faits indiqués le furent antérieurement. Le mégalosporon serait-il le parasite des trichophyties du cuir chevelu chez l'adulte comme dans notre cas ? Il serait intéressant de le savoir. Il est donc à désirer que l'on publie les observations semblables à la nôtre (1).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Néoplasme de l'antre pylorique avec obstruction. Résection cylindrique de l'estomac. Guérison complète sans aucun trouble fonctionnel depuis 7 mois 1/2, par M. le Dr Tuffier, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les résultats de la résection partielle de l'estomac pour tumeur sont intéressants au point de vue thérapeutique. L'avenir des opérés n'est pas encore bien établi.

(1) En juillet, le malade traité par la méthode de Unna offre encore des spores. — Cf. la thèse récente de M. Sabouraud (Paris).

Je me suis trouvé en présence d'un cas particulièrement favorable au point de vue opératoire, et le bénéfice que ma malade a retiré de son opération qui date de 7 mois 1/2 est tel, que j'ai cru devoir vous rapporter son histoire, vous montrer l'opérée, et le cylindre stomacal réséqué.

Cl... Eugénie, 50 ans, m'a été adressée par mon collègue Netter à l'hôpital Beaujon, pour une tumeur de la région de l'estomac, s'accompagnant de signes de sténose caractérisée par des vomissements incoercibles. Cette femme, d'une parfaite santé antécédente, est mère de trois enfants très bien portants. Les accidents qui nous l'amènent ont débuté en avril 1893 par des douleurs passagères, lancinantes, occupant la région épigastrique, et bientôt accompagnées de vomissements alimentaires. Peu à peu ces vomissements devinrent incessants, sans élection pour certaines substances et sans hématémèse. La malade s'amaigrit et quand nous l'examinâmes, le 23 octobre, elle était vraiment d'une maigreur extrême, la peau était sèche, le teint terreux; dans la région épigastrique, à peu près sur la ligne médiane, existait une tuméfaction qui ne permettait aucun doute sur l'existence d'un néoplasme.

Les caractères de cette tumeur sont remarquables et rappellent ceux du rein mobile; elle a le volume d'une orange, ses contours arrondis sont bien nets, elle est dure, indolente, rénitente, mobile transversalement jusque sous les fausses côtes, mobile de bas en haut; elle est sonore à la percussion, et ses caractères sont d'autant plus faciles à préciser que la paroi abdominale est très amaigrie. Nulle part dans l'abdomen je ne trouve une induration quelconque, l'examen soigneux de toutes les régions ganglionnaires et surtout du creux sus-claviculaire est absolument négatif. Placé en face de ces signes d'obstruction par une tumeur *mobile* occupant la région pylorique, tumeur sans retentissement ganglionnaire, et en dehors de toute cause d'infection ou d'ulcération stomacale simple, nous pensons à un néoplasme de l'estomac. La dilatation de l'organe suivant le procédé de Naunyn confirme le diagnostic anatomique.

La température était de 36°8. Pendant trois semaines encore on essaye de soutenir les forces de la malade par des lavements nutritifs. Aucun organe ne fournissait une contre-indication opératoire. Bientôt le régime lacté lui-même n'est plus toléré. Je pratiquai le 21 novembre l'opération suivante :

Laparotomie de 10 centimètres sur la ligne médiane à partir de l'appendice xiphoïde. Je trouve de suite la face antérieure de l'estomac et je constate que le néoplasme occupe la région pylorique sans empiéter sur le pylore, mais il envahit la grande courbure et les deux faces de l'estomac. Mon premier soin est d'examiner très soigneusement les régions voisines pour m'assurer qu'il n'existe aucune propagation lymphatique. J'explore à cet effet la petite courbure de l'estomac et l'épiploon gastro-hépatique, le grand épiploon, la tête du pancréas, la région pylorique et la face inférieure du foie.

Après m'être assuré qu'il n'y a aucune induration appréciable dans ces différentes régions et que la tumeur est unique et bien limitée, je l'attire au dehors de l'abdomen avec les régions voisines de l'estomac et j'isole le tout de la séreuse péritonéale par un champ de compresses stérilisées. L'estomac est à l'état de vacuité; son grand cul-de-sac paraît notablement augmenté de volume.

Je place, à travers le grand épiploon sur l'estomac, deux longues pinces chaussées de caoutchouc, qui serrent entre leurs mors l'estomac au-dessus et au-dessous de la tumeur. La pince placée du côté du pylore en est distante de 2 centim., elle dépasse de 3 centim. la zone indurée. Je sectionne alors au bistouri le cylindre stomacal en deçà de mes deux pinces et j'en isole ainsi un segment cylindrique que je libère en haut de l'épiploon gastro-hépatique et en bas du grand épiploon. Je lie les vaisseaux qui donnent dans ces deux replis séreux. Cette section laisse un centimètre de tissu libre sous forme de collerette entre les mors des pinces et la surface cruentée. Cette double incision faite, j'ai, du côté de la grande courbure, une longue surface à suturer au pylore. Je touche toute cette surface au sublimé au 1/1000 pour diminuer l'asepsie des deux surfaces muqueuses. Alors je rétrécis ma section du côté de la grande courbure en suturant muqueuse à muqueuse au catgut et séreuse à séreuse à la soie de façon à ne garder à la partie supérieure de l'incision qu'une circonférence de dimension à peu près égale à celle de la section pylorique. Je n'ai alors qu'à affronter ces deux circonférences. Une double suture de la paroi postérieure péritonéale, puis une suture muco-muqueuse en assurent l'affrontement parfait et en surface. J'en fais autant pour la face antérieure et je soigne tout particulièrement cette suture sur la petite et la grande courbure où l'affrontement stomacal est doublé de l'affrontement des épiploons.

La paroi abdominale est fermée en trois étages; pansement iodoformé et ouaté.

La durée de l'opération a été de 35 minutes, dont 25 pour les sutures intestinales.

Les suites opératoires furent très simples : la température maximum a été de 37°8. La malade fut soutenue pendant les deux premiers jours au moyen de lavements alimentaires, le troisième jour elle prenait une cuillerée de lait toutes les heures; elle fut soumise au régime lacté jusqu'au quinzième jour, et à dater de cette époque elle reprit progressivement l'alimentation ordinaire.

Depuis son opération, elle n'a jamais vomi; son assimilation est parfaite puisqu'elle a gagné 10 kilos. Elle a repris son travail quotidien sans souffrir en aucune façon et sans avoir aucun symptôme dyspeptique. Elle ne présente actuellement, 7 mois 1/2 après l'opération, aucune trace de récidive, de propagation ou de généralisation.

Le segment d'estomac enlevé mesure 4 centimètres sur la petite courbure et 9 centimètres sur la grande courbure. Le centre est occupé par une tumeur ulcérée qui a envahi sa trompe musculeuse. L'examen histologique pratiqué au laboratoire de M. Malassez conclut à un épithélioma colloïde typique.

Je ne me fais aucune illusion sur la cure radicale du cancer stomacal, mais il est incontestable qu'au point de vue fonctionnel nous avons pu rendre à cette malade un service bien net, puisque nous lui avons permis depuis 8 mois de revenir d'un état vraiment cachectique à la vie commune.

CLINIQUE MÉDICALE

Traitement de l'angine diphthéritique par le sublimé en solution au 20e ou au 30e dans la glycérine, communication à la Société médicale des hôpitaux, par M. Moizard, médecin de l'hôpital Trousseau.

Longtemps avant que les travaux de l'Ecole bactériologique eussent démontré d'une façon indiscutable le caractère primitivement local de la diphthérie, et en eussent fait le type des maladies toxiques par les poisons sécrétés au niveau des fausses membranes par le bacille de Klebs-Lœffler, les médecins avaient dirigé tous leurs efforts contre la lésion pharyngée, sachant bien que la médication locale était la seule qui donnât des succès. Il faut lire dans les cliniques de Trousseau les admirables leçons consacrées à la diphthérie pour reconnaître que, mieux armés certainement, guidés par des

conceptions théoriques aujourd'hui définitivement fixées, grâce surtout aux beaux travaux de MM. Roux et Yersin, nous ne faisons en somme que suivre la voie qu'avaient tracée les maîtres de l'Ecole clinique et, à leur tête, Trousseau.

Attaquer vigoureusement le bacille, neutraliser par une médication rigoureusement antiseptique les toxines qu'il sécrète, s'opposer à leur absorption par de fréquentes irrigations buccales, telles sont les indications formelles de tout traitement de la diphthérie.

Depuis ces dernières années, les topiques les plus employés dans le traitement de l'angine diphthéritique sont le phénol sulfo-riciné, la mixture phéniquée recommandée par notre collègue M. Gaucher, le stérésol préconisé par M. Berlioz, de Grenoble. Toutes ces préparations sont excellentes; je ne leur fais qu'un reproche : la fréquence des attouchements pharyngés qu'il est nécessaire de pratiquer avec elles. C'est, en effet, toutes les quatre heures que nous recommandons de faire les applications topiques sur la gorge des malades : si on y ajoute les grandes irrigations de la bouche et du nez qui doivent être faites dans leur intervalle, on comprend que les malheureux malades, déjà si débilités, ne peuvent supporter qu'avec une extrême fatigue un traitement aussi rigoureux.

Et pourtant cette rigueur même est la condition du succès. Une médication qui réunirait le maximum du pouvoir antiseptique au minimum de fatigue à imposer aux malades serait l'idéal, jusqu'au jour où la sérothérapie de la diphthérie, expérimentée en ce moment par M. Roux, sera entrée dans la pratique.

Le sublimé, employé selon les règles formulées par le docteur Goubeau, d'Ecueillé (Indre), remplit ces conditions.

Peu employé en France dans le traitement de la diphthérie, le sublimé avait été préconisé dès 1867 par Billotti, qui recommandait, pour les attouchements pharyngés, la formule ci-dessous :

Eau distillée..............	20	grammes.
Alcool....................	10	—
Sublimé..................	1	—

M. le professeur Jaccoud emploie depuis longtemps les attouchements avec une solution de sublimé au 1/500e.

En Allemagne, c'est surtout le sublimé qui est employé dans le traitement de la diphthérie. Kaulich en 1882, Stumpf en 1887 l'ont préconisé en solutions faibles au 1/1000e ou au 2/1000e, et ont obtenu d'excellents résultats. En France, le sublimé n'a été prescrit jusqu'ici qu'exceptionnellement dans la diphthérie. Pourtant, dès 1889, Despine et Picot montrèrent que l'action parasitaire du sublimé sur le bacille de Klebs est déjà appréciable avec une solution au 10/1000e.

Dans une communication faite en décembre 1893 à la Société de pédiatrie de Moscou, Grégorieff constate que le sublimé mis en contact pendant deux minutes avec le bacille de Klebs arrête son développement. Mon interne, M. Griner, dans des recherches qu'il a bien voulu faire, sur ma demande, a constaté qu'après l'immersion, pendant quelques secondes seulement, de la fausse membrane dans la glycérine sublimée au 1/20e, l'ensemencement sur tube de sérum reste stérile. On sait que l'action du sublimé n'est pas moins active sur les microbes qui, comme le streptocoque et le staphylocoque, sont si souvent associés au bacille de Klebs-Lœffler, et augmentent dans de si grandes proportions la gravité de la maladie. D'après MM. Tarnier et Vignal, la liqueur de van Swieten les tue en une minute.

C'est dans le *Mercredi médical* du 3 janvier 1894 que le Dr Goubeau publia les résultats vraiment remarquables que lui avaient donnés les attouchements de sublimé au 1/20e dans la glycérine, dans le traitement de la diphthérie.

Frappé du peu de causticité des solutions concentrées de sublimé dans la glycérine, préconisées par le Dr Despagnet dans le traitement de la blépharite, M. Goubeau eut l'idée de les employer dans la diphthérie. Au début, il se servit de solution au 1/30e, plus tard il fit sa solution au 1/20e.

Pour les cas de moyenne intensité, M. Goubeau fait deux applications par vingt-quatre heures, trois dans les cas graves.

« Très rapidement après l'attouchement, dit notre confrère, les fausses membranes se rétractent et deviennent moins adhérentes. Je ne les enlève pas : j'attends qu'elles tombent d'elles-mêmes. Devenues inoffensives par l'action du sublimé qui retarde et empêche même la pullulation du bacille, elles forment sur la muqueuse dénudée une sorte d'enduit protecteur, et rendent l'application de la solution moins douloureuse. Quand elles ont disparu, il se forme quelquefois sur les piliers un dépôt blanchâtre, opalin, constitué par des albumines coagulées, avec lesquelles M. Hulot, interne des hôpitaux de Paris, n'a pu obtenir de culture du bacille de Klebs. Les cinq ou six premières applications ne sont pas douloureuses. Elles laissent seulement dans la bouche, pendant une heure, un goût métallique. Les suivantes déterminent une sensation de brûlure légère qu'un lavage à l'eau fraîche calme immédiatement. Ce qui m'a frappé, ajoute le Dr Goubeau, c'est la rapidité avec laquelle disparaissent les fausses membranes, pour ne plus se reproduire, et le retour presque immédiat à la santé après cette disparition. Aucune de mes diphthéries pharyngées prises au début n'a duré plus de trois jours. Dans un cas même, les fausses membranes disparurent en deux jours, bien que je n'eusse été appelé que trois jours après le début des accidents. »

Sauf pour trois enfants, notre confrère n'a pu employer les irrigations nasale et buccale.

Il paraît donc juste de rapporter au sublimé seul les résultats obtenus et ces résultats sont superbes, puisque sur 21 cas, dont 9 extrêmement graves, M. Goubeau n'a pas eu un décès à déplorer.

Il n'a jamais observé, à la suite de ce traitement, ni ulcération pharyngée, ni accidents toxiques. Notre confrère est tombé évidemment sur une série heureuse. Nous ne pouvons pas, malheureusement, espérer obtenir de pareils succès dans la thérapeutique de la diphthérie. Pourtant, une méthode de traitement qui fait disparaître rapidement les fausses membranes, sans exiger plus de deux ou trois badigeonnages par vingt-quatre heures, sans déterminer de douleurs ni exposer à des dangers d'intoxication, présente une telle supériorité sur tout ce que nous avons employé jusqu'à ce jour, que, lorsque M. Hulot, interne des hôpitaux, qui avait collaboré au travail de M. Goubeau, demanda de l'essayer sur les diphthériques de l'hôpital Trousseau, cette autorisation lui fut accordée. Depuis le mois de février de cette année, c'est à elle que nous avons eu recours, mes collègues et moi, et nous avons été assez satisfaits des résultats obtenus pour que j'aie pensé qu'il était utile de vous les faire connaître.

Un de mes élèves, maintenant docteur, Le Gendre, a étudié sur mes conseils, dans sa thèse inaugurale, cette thérapeutique nouvelle de la diphthérie. En outre, M. Hulot publiera, dans un des prochains numéros des *Archives générales de médecine*, un mémoire basé sur soixante-sept observations. Il y a donc lieu d'espérer que cette méthode de traitement ne tardera pas à être vulgarisée. Nous employons, comme l'indique M. Goubeau, le sublimé dissous dans la glycérine au 20e. Pour les petits enfants, de quelques mois à deux ans, c'est d'une solution au 30e ou au 40e que nous nous servons.

C'est un liquide de consistance sirupeuse, absolument transparent; contrairement à ce qu'on pourrait supposer, il n'est nullement caustique. Quelques gouttes de ce liquide mises sur la langue ne déterminent aucune sensation de cuisson, aucune douleur, laissant seulement un goût métallique qui ne tarde pas à disparaître. Du reste, les enfants assez âgés pour rendre compte de leurs sensations n'accusent pas de douleurs après le badigeonnage.

L'application sur les amygdales d'une substance aussi toxique nécessite des précautions que je vous demande d'indiquer avec quelques détails.

Pour pratiquer ces badigeonnages, il faut, s'il s'agit d'un enfant, que le malade soit enlevé de son lit, entouré d'un drap plié en plusieurs doubles, et solidement maintenu par une personne vigoureuse qui fixe la tête contre sa poitrine. Ceci fait, le médecin maintient la bouche largement ouverte avec la main gauche armée d'un abaisse-langue, ou d'une cuiller, et pratique le badigeonnage de la main droite.

Pour le faire, on peut se servir soit des pinceaux molletonnés de M. de Crésantigues, soit de pinces à forci-pressure dont l'extrémité est garnie d'un tampon d'ouate antiseptique, soit, ce qui est beaucoup plus simple, de manches de pinceaux ou de porte-plumes dont une des extrémités est garnie d'un bourdonnet d'ouate du volume d'une olive à peu près. Quelle que soit l'instrumentation, il est nécessaire d'avoir trois pinceaux ainsi préparés. Chaque badigeonnage se compose, en effet, de trois temps. Dans un premier temps, on nettoie la gorge, aussi exactement que possible, avec un pin-

ceau sec, cherchant à enlever le plus de mucosités possible, à détacher également les fausses membranes, mais sans effort, sans violence, évitant d'excorier la muqueuse.

Cela fait, on touche, dans un second temps, les parties malades avec un autre pinceau trempé dans la glycérine sublimée et exprimée. Cet attouchement est fait légèrement. Enfin, pour éviter la déglutition du liquide, on essuie immédiatement après les parties sur lesquelles on vient de l'appliquer avec le troisième pinceau.

Grâce à ces précautions, il n'y a pas lieu de redouter les accidents d'intoxication, qui, *a priori*, je le reconnais, sembleraient singulièrement à craindre.

Cette petite opération en trois temps se fait très rapidement, s'il y a autour du malade un personnel suffisant. Les pinceaux d'ouate préparés d'avance, et l'un d'eux imbibé de glycérine au sublimé, sont passés successivement à l'opérateur. En quelques secondes tout est terminé et le malade remis au lit.

On ne pratique que deux badigeonnages par vingt-quatre heures, trois au plus, dans les cas graves.

J'insiste sur cette rareté des badigeonnages. C'est un des grands avantages de cette méthode de traitement si efficace. Avec les autres topiques nous recommandons de faire les attouchements au moins toutes les quatre heures et une ou deux fois pendant la nuit. Au total six à huit attouchements par vingt-quatre heures. Avec les lavages de la bouche, qui sont si importants, et qu'il faut pratiquer aussi bien quand on emploie la glycérine sublimée que les autres topiques, cela fait douze à quatorze opérations par vingt-quatre heures, accompagnées de cris, de pleurs, de résistance, qui ne tardent pas à amener une fatigue extrême du petit malade. Avec le traitement par le sublimé, au contraire, tout est réduit au minimum de fatigue et de douleur.

Sous l'influence de ce traitement, les fausses membranes se modifient rapidement. Quand il s'agit d'angine moyenne, dès le second jour du traitement, elles deviennent moins épaisses, plus molles, prenant cette coloration légèrement grisâtre qui indique l'imminence de leur chute.

Dans l'immense majorité des cas, les fausses membranes ont disparu le cinquième jour. J'avoue qu'en voyant annoncée, dans le travail de M. Goubeau, cette rapide disparition des fausses membranes, j'avais peine à croire à un pareil résultat, sachant bien que, dans la diphthérie, les fausses membranes pharyngées persistent de dix à vingt et même vingt-cinq jours.

Il a bien fallu nous rendre à l'évidence.

Chez ma fille, qui a été un des premiers enfants traités à Paris par la glycérine sublimée (il s'agissait d'une angine diphthérique avec infiltration amygdalienne, la diphthérie ayant été démontrée par des cultures), les fausses membranes disparurent complètement au bout de cinq jours de traitement. Depuis lors, soit à l'hôpital, soit en ville, j'ai eu l'occasion d'employer souvent cette médication, et je crois pouvoir affirmer que, dans les angines moyennes, ce résultat remarquable par sa rapidité a toujours été obtenu.

Dans les angines graves, si la disparition des fausses membranes est moins rapide, elle a lieu dans un délai maximum de sept jours.

Il importe d'insister sur un pareil résultat. Non seulement la disparition rapide des fausses membranes pharyngées peut conjurer l'apparition du croup, mais on comprend l'importance de détruire aussi rapidement un foyer d'infection dangereux par les toxines qu'il produit, et qui sont, comme on le sait aujourd'hui, la cause directe des complications si graves de la diphthérie (troubles cardiaques, paralysie).

Il serait intéressant de rechercher si les enfants ainsi traités échappent plus que d'autres à ces redoutables accidents. *A priori*, c'est probable.

Mais, je ne puis répondre à cette question que par des faits. Aucun des faits que j'ai traités en ville n'en a présenté, il est vrai.

Mais ces cas ne sont pas assez nombreux pour qu'il me soit permis de formuler une conclusion. A l'hôpital, nous voyons rarement la paralysie diphthérique : le pavillon étant toujours encombré, nous sommes obligés de renvoyer les malades avant que soit passée la période où cette complication est à craindre.

Je rappelle qu'avec les attouchements au sublimé, nous prescrivons toujours les grands lavages de la bouche et du nez. C'est là une pratique indispensable qui a pour but de s'opposer à l'absorption des toxines. Bien que, dans les cas de M. Goubeau, presque tous les enfants en aient été privés, et qu'ils aient tous guéri, je considère ces lavages comme indispensables. Il faut les pratiquer toutes les quatre heures, plus souvent s'il s'agit de formes graves. Ces lavages doivent toujours être pratiqués avec une substance non toxique (solution d'acide borique, eau bouillie, eau de blana). Certains enfants peuvent en effet déglutir une quantité assez considérable de liquide pendant le lavage.

Il était intéressant de rechercher si les enfants traités par la glycérine sublimée conservaient moins longtemps qu'à la suite des autres traitements, des bacilles virulents dans la salive, après la disparition des fausses membranes. Dans leur mémoire de 1890, MM. Roux et Yersin ont publié les résultats de leurs expériences sur ce point. Ils ont trouvé le bacille quatorze jours après la disparition des fausses membranes. MM. Fournier et Péron, interne des hôpitaux, ont répété ces expériences à Trousseau en 1893, et sont arrivés aux mêmes résultats. Mon interne, M. Griner, a bien voulu faire cette recherche sur nos malades traités par le sublimé. L'examen de trente enfants a donné les résultats suivants. Jusqu'au quinzième jour après la disparition des fausses membranes on obtient encore des cultures de bacille de Lœffler sur tubes de sérum. A partir du quinzième jour, dans l'immense majorité des cas, les cultures restent stériles. Les enfants ont été examinés jusqu'au trentième et trente-cinquième jour.

Dans un seul cas, le bacille de Lœffler persistait 30 jours après la disparition des fausses membranes.

Ces résultats sont importants : ils montrent qu'à la suite du traitement par le sublimé comme après tout autre, il est indispensable de continuer, au moins pendant une quinzaine de jours, les lavages de la bouche, sous peine de s'exposer à des rechutes de la diphthérie; fait rare, mais qui s'observe pourtant quelquefois.

Il est trop évident que le sublimé ne guérira pas toutes les angines diphthériques. Si la quantité de poison qui pénètre rapidement dans l'organisme est trop considérable, soit parce que la lésion locale est très étendue, soit parce que le bacille est particulièrement actif et virulent, le malade succombera fatalement.

Mais il n'en est pas moins vrai que le sublimé dissous dans la glycérine me semble être le topique de choix, celui qui permet le traitement le plus simple, et donne, jusqu'à présent, les meilleurs résultats. Les deux objections qu'on pourrait formuler contre son emploi, ce sont la causticité d'une solution de sublimé à un pareil degré de concentration, et le danger d'intoxication.

J'ai répondu par avance à ces objections : la glycérine atténue ou conjure complètement la douleur. Quant aux dangers d'intoxication, ils sont peu à craindre; M. Goubeau n'en a jamais observé; quant à moi, je n'en ai vu que de très légers et encore très exceptionnellement. Tout se bornait à un peu de diarrhée et à une gingivite légère. Il est utile, pour les prévenir, de faire prendre du chlorate de potasse. Un cas seulement me semble contre-indiquer ce traitement : l'extrême indocilité de certains enfants. Lorsqu'il s'agit d'un enfant vigoureux, qui résiste et se débat d'une façon exagérée, il est préférable de s'abstenir, en raison des difficultés du badigeonnage qui ne pourrait être pratiqué que d'une façon incomplète, et exposerait à des accidents. Ces faits sont exceptionnels. Le très jeune âge des enfants n'est pas un obstacle au traitement. J'ai traité avec succès des enfants de un an et au-dessous. Seulement, j'emploie dans ce cas du sublimé au 30e ou au 40e, et, en prenant des précautions minutieuses, je n'ai pas eu d'accident.

Il me faut maintenant indiquer les résultats obtenus. J'ai dit que le mémoire du docteur Goubeau était basé sur 21 cas d'angine diphthérique dont 9 extrêmement graves, tous suivis de guérison. C'est là, évidemment, une série heureuse, très remarquable certainement, surtout par le fait indiqué par M. Goubeau et vérifié, ultérieurement, à l'hôpital Trousseau, de la disparition très rapide des fausses membranes et de la guérison précoce de l'angine. Mais ce n'est qu'une série heureuse, trop heureuse même pour qu'elle puisse permettre de formuler une opinion sur la nature du traitement, étant

donné surtout qu'il n'y avait eu que très peu d'examens bactériologiques.

Mais, les conclusions de M. Goubeau ont été heureusement confirmées par les expériences qui ont été faites à l'hôpital Trousseau, et qui datent maintenant de près de six mois, puisque depuis le mois de février 1894, c'est presque exclusivement à la glycérine sublimée que nous avons recours dans le traitement des angines au pavillon Bretonneau.

M. Hulot, interne des hôpitaux, à l'instigation duquel le traitement a été essayé à l'hôpital Trousseau, a bien voulu me communiquer les résultats de la statistique qu'il publiera dans le mémoire fait en collaboration avec M. Goubeau, et qui paraîtra prochainement dans les *Archives de médecine*. Le mémoire porte sur soixante-sept observations d'angines diphthériques, dont quarante et une contrôlées par la culture des fausses membranes sur sérum.

« Je suis arrivé, m'écrit M. Hulot, à une mortalité de 4.7 p. 100, c'est-à-dire à plus de 95 p. 100 de guérisons. »

C'est, on en conviendra, un magnifique résultat, qui n'avait jamais été obtenu avec les autres méthodes de traitement.

Dans sa thèse, M. Le Gendre, sur quarante-deux observations prises dans mon service du 1er avril au 15 mai 1894, arrive à 69 p. 100 de guérisons. Bien que très inférieur à la statistique de MM. Hulot et Goubeau, ce résultat est encore très beau.

A ce moment, le pavillon Bretonneau, qui est installé de la façon la plus défectueuse, et que nous n'avons pu faire modifier malgré nos réclamations, était ravagé par la broncho-pneumonie. On jugera de la situation quand j'aurai dit que sur quarante-neuf opérés au mois d'avril, nous n'avons obtenu que deux guérisons. La situation était telle que le pavillon eût été fermé, si cette mesure n'avait été rendue impossible par l'encombrement résultant d'une recrudescence de la diphthérie à cette époque.

M. Le Gendre n'a pas cherché à embellir sa statistique ; je lui reprocherai même de l'avoir chargée, car je trouve parmi les décès :

1° Un cas de mort à la suite de la trachéotomie dans un croup survenu après une diphthérie pharyngée, buccale, nasale et auriculaire ;

2° Une angine toxique avec diphthérie nasale, mort par infection avec arthrite suppurée de l'articulation métacarpo-phalangienne droite ;

3° Une angine grave avec croup ;

4° Une angine toxique suivie de croup et de trachéotomie ;

5° Une observation analogue à la précédente ;

6° Un autre cas semblable.

Je crois que M. Le Gendre aurait pu éliminer ces observations, et si j'ai tenu à les citer, c'est pour qu'il soit bien démontré qu'il ne peut mériter le reproche d'avoir allégé sa statistique. Aussi, pour me mettre à l'abri de toute erreur, j'ai fait faire la statistique des angines *non suivies de croup* traitées au pavillon Bretonneau du 1er avril au 29 mai 1894, époque où sévissait l'épidémie de broncho-pneumonie sur nos opérés et où l'encombrement du pavillon rendait les conditions de nos petits malades si défavorables. Plusieurs des observations de M. Le Gendre étant comprises dans le nombre, je laisserai de côté dans la statistique qui terminera cette étude les résultats de la thèse de M. Le Gendre.

Sur 112 angines légères, moyennes, graves ou toxiques, je trouve 18 décès et 94 guérisons, soit une proportion de 83 p. 100. C'est moins beau que la statistique de MM. Goubeau et Hulot, mais c'est encore un très beau résultat.

Du 1er juin au 9 juillet, il est entré au pavillon Bretonneau 63 angines diphthériques. Sur ce nombre, 13 enfants sont morts. J'en élimine deux qui n'ont séjourné que quelques heures au pavillon, où on peut dire qu'ils ne sont entrés que pour mourir. Il y a donc eu 50 guérisons sur 61 malades, c'est-à-dire, 81.91 p. 100.

Somme toute, en ajoutant aux 21 premiers cas de M. Goubeau les 76 cas réunis dans le mémoire de MM. Goubeau et Hulot, plus 112 cas observés par moi en avril et mai à Trousseau, et 61 cas traités du 1er juin au 1er juillet, j'arrive à un total de 261 angines traitées par le sublimé, qui ont donné une proportion de guérisons variant de 93 p. 100 à 81.91 p. 100. Ces chiffres plaident en faveur de la méthode, et il serait difficile de leur opposer l'argument de la série heureuse. Si, en effet, cette objection peut être formulée contre les premiers résultats obtenus par M. Goubeau, elle n'est pas applicable aux 240 cas observés presque tous à Trousseau, soit par M. Hulot, soit par mon collègue M. Sevestre, soit par moi.

Je crois donc pouvoir recommander le traitement de l'angine diphthérique par les attouchements de sublimé. Jusqu'à présent, et toutes réserves faites au sujet des injections de sérum anti-toxique qui sont expérimentées en ce moment par M. Roux et ont donné, paraît-il, d'excellents résultats, je puis dire qu'il n'en est pas de plus efficace, de plus simple et de plus sûr.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

3e Session triennale tenue à Washington, les 29, 30, 31 mai et 1er juin 1894.

Tétanie en Amérique.

M. Griffith a observé cinq cas de tétanie, dont quelques-uns affectaient le type du spasme carpo-pédieux de certains auteurs ; d'autres avaient une nature paroxystique. Tous ces cas différents doivent être réunis sous la dénomination générale de tétanie. Il y a tous les intermédiaires entre les cas les plus bénins et les plus graves. Il existe sur ces questions une grande confusion. Du reste cette maladie est peu répandue en Amérique. On ne connaît pas la véritable cause de cette affection, on ne lui connaît pas non plus de substratum anatomique. Jusqu'ici on ne la traite que par les calmants.

Paralysie saturnine chez les enfants.

M. Sinkler. — La paralysie saturnine est rare chez les enfants ; elle rappelle la poliomyélite antérieure et souvent doit être prise pour cette dernière affection. La rareté de cette affection chez les enfants est peut-être due à ce que ces derniers éliminent très facilement le plomb. Du reste, même chez les adultes, la susceptibilité est très variable. Chez les enfants intoxiqués par le plomb, les troubles sensitifs sont rares; mais les symptômes cérébraux sont fréquents ; l'encéphalopathie saturnine est plus fréquente chez les enfants que chez les adultes. J'ai vu dans une même famille trois enfants atteints de cette affection. La paralysie saturnine des enfants diffère de celle des adultes en ce que chez les premiers les jambes sont aussi souvent paralysées que les bras.

M. Jacobi a vu deux cas où les jambes étaient prises comme les bras.

M. Starr a fait une autopsie d'enfant mort de paralysie saturnine ; et a trouvé la moelle absolument saine, mais il y avait des névrites périphériques très marquées.

Syphilis bénigne et rareté de la syphilis viscérale.

M. Musser. — La syphilis actuelle est bénigne et elle est plus rare qu'il y a vingt ans. On peut se demander s'il s'agit là d'une immunité acquise, d'une diminution d'activité du virus, ou d'une augmentation des soins de propreté en général. La rareté de la syphilis viscérale est indéniable et il est probable que c'est à tort qu'on met sur son compte beaucoup d'affections nerveuses.

M. Janeway. — L'ataxie locomotrice et la paralysie générale paraissent être bien d'origine syphilitique. J'ai observé quatre cas de syphilis viscérale ; dans un cas on avait cru qu'il s'agissait d'une phthisie. La syphilis est une cause fréquente d'anévrysme.

M. Lyman. — Dans les îles Hawaï la virulence de la syphilis a beaucoup diminué.

M. Post. — Pour ma part, je vois tous les jours la syphilis devenir plus fréquente et plus grave.

Albuminurie et cylindres.

M. Shattuck. — Il résulte de ma pratique hospitalière et personnelle qu'après l'âge moyen de la vie, l'examen des urines révèle le plus souvent la présence de l'albumine et de cylindres. On ne peut donc plus admettre aujourd'hui que ce symptôme indique toujours une maladie de Bright. Le meilleur réactif de l'albumine est l'acide nitrique avec la chaleur. Dans les cas où il ne s'agit pas de maladie de Bright, il est probable que l'albumine et les cylindres sont dus à des lésions séniles.

Traitement de la tuberculose de l'œil par la tuberculine et les inoculations anti-tuberculeuses.

M. Trudeau. — Dans la très grande majorité des cas où l'on croyait avoir obtenu par la tuberculine une guérison de lésions tuberculeuses de l'œil chez des lapins, il y a eu récidive. Cette tendance à la récidive peut se montrer aussitôt que la période pendant laquelle les injections peuvent produire une réaction est passée, ou seulement après un temps assez long qui a permis de croire à la guérison. Dans la plupart des cas cependant, la tuberculine arrête l'évolution des processus tuberculeux chroniques, mais pour un temps seulement. Les inoculations préventives de bacilles aviaires vivants donnent de meilleurs résultats; cependant même alors il y a des récidives, mais elles sont plus longues à se produire; même quand l'œil est finalement complètement détruit par la tuberculose, ce n'est qu'au bout de plusieurs mois. Dans certains cas la maladie, à la suite de ces inoculations, a des périodes d'arrêt excessivement longues. De plus, chez certains animaux on obtient une guérison complète. Les inoculations anti-tuberculeuses peuvent, il est vrai, produire une phthisie pulmonaire; elles n'en sont pas moins intéressantes.

Diminution de l'angle que forment le col et le corps du fémur chez les adolescents.

M. Whitman. — Cette diminution de l'angle de l'extrémité supérieure du fémur chez certains adolescents ne saurait s'expliquer uniquement par un excès de travail, il faut encore invoquer des causes prédisposantes, telles que l'habitude de prendre des attitudes vicieuses, l'hérédité, une faiblesse générale et locale, de petites déformations acquises dans l'enfance par suite d'une faiblesse du rachis. On sait que l'excès de travail ne suffit pas non plus à expliquer la production du pied-plat ou les déformations des genoux, difformités plus fréquentes que celle dont nous nous occupons. Cette affection attire d'abord l'attention du malade, par suite de la gêne qu'elle occasionne plutôt que par suite de la douleur. En 1889, Müller rapportait quatre observations de cette difformité. J'ai eu l'occasion d'en observer à mon tour quatre cas.

Observation I. — Un garçon de 15 ans entra à l'hôpital le 7 juin 1892, avec un raccourcissement évident de la jambe droite, datant d'un an. Les signes étaient ceux d'une luxation congénitale de la hanche; le grand trochanter était au-dessus de la ligne de Nélaton. Du reste, il n'y avait aucune autre déformation, et tous les mouvements de la hanche étaient possibles; cependant, l'abduction était diminuée. On sentait très bien que la tête fémorale n'avait pas quitté la cavité cotyloïde. Le raccourcissement a continué d'augmenter graduellement; la jambe s'est placée en adduction et il s'est produit un renversement de compensation du bassin. Le malade n'a jamais ressenti aucune douleur et il peut parfaitement marcher et courir sans fatigue. Le raccourcissement de la jambe a commencé sans aucune cause apparente.

Obs. II. — Un garçon de 16 ans, ayant les pieds plats, entre à l'hôpital en juillet 1893. Depuis 2 ans, il porte de lourds fardeaux; il a éprouvé de la fatigue et des douleurs dans le trochanter droit et dans la partie antérieure de la cuisse. Ces symptômes diminuaient par le repos. Les pieds sont plats et un peu renversés en dehors; les trochanters sont un peu au-dessus des lignes de Nélaton. La démarche est en quelque sorte roulante; l'abduction des cuisses est assez limitée, surtout à droite. On fait le diagnostic d'abaissement de la tête fémorale. Peu à peu, la marche devient très difficile; la lordose lombaire normale a disparu; les membres se placent de plus en plus dans l'adduction; l'élévation du grand trochanter, qui avait d'abord suivi une ligne oblique en avant, suit ensuite une ligne oblique en arrière. La rotation des jambes en dedans devient impossible. Du reste, le sujet se porte très bien et ne ressent plus aucune douleur. On se propose de sectionner prochainement les fémurs au-dessous des trochanters, pour permettre l'abduction.

Obs. III. — Un garçon boulanger de 17 ans entre à l'hôpital le 1er mars 1894: depuis un an, il a quelques douleurs et de la raideur au niveau de la hanche et de la cuisse du côté gauche; les mouvements d'abduction de la hanche sont assez limités; il en est de même des mouvements de rotation en dedans du membre inférieur. On recommanda un repos absolu, du massage, quelques exercices gymnastiques. La douleur disparut immédiatement.

Obs. IV. — Un garçon de 11 ans boitait depuis un an environ; il ressentait un peu de raideur et quelques douleurs au niveau de la hanche et de la partie antérieure de la cuisse après la marche. Pas de douleurs au repos. Le trochanter était un peu au-dessus de la ligne de Nélaton. Il n'y avait pas d'adduction, mais les mouvements d'abduction et de rotation en dedans étaient un peu limités. Les symptômes rappelaient ceux d'une fracture du col du fémur avec déplacement en haut. On traita ce malade par le repos et la traction continue. Tous les symptômes disparurent sous l'influence de ce traitement combiné avec du massage.

Cette affection a déjà été signalée par Müller, par Roser, en 1843. Dernièrement Keetley s'est aussi occupé de cette déformation. Lauenstein l'a observée au niveau des deux fémurs. Cette déformation est rare dans l'enfance si on la compare aux autres déformations rachitiques. Müller, Lauenstein admettent qu'il s'agit là d'une forme locale de rachitisme tardif. Mais c'est là une expression qui prête à confusion, parce que Clutton et Drewitt ont appliqué cette dénomination de *rachitisme tardif* à une maladie générale identique au rachitisme de l'enfance et pouvant se montrer à une période plus avancée de la vie. Le rachitisme local, au sens que lui donne Müller, n'a aucun des signes caractéristiques du rachitisme. Pour expliquer la production de cette maladie, je crois qu'il faut invoquer une faiblesse spéciale des os. Humphrey affirme qu'il n'y a pas, comme on le croit généralement, une descente graduelle de la tête fémorale depuis l'enfance jusque dans la vieillesse, mais que cette descente s'achève complètement pendant l'adolescence. Lane confirme cette opinion. Si donc il est vrai qu'il se produise, pendant l'adolescence, un mouvement de descente de la tête fémorale, on peut raisonnablement admettre que la difformité précédente est produite par une exagération de ce mouvement. Les traumatismes, le surmenage doivent jouer un rôle. Cependant je ne veux pas nier complètement la possibilité d'une influence rachitique. Pour le traitement, il faut faire disparaître les causes de fatigue, ordonner des massages, quelques exercices de gymnastique. Dans les cas avancés, l'ostéotomie au-dessous du trochanter est indiquée. En général, le diagnostic avec la luxation congénitale de la hanche est possible. Il est probable qu'on pourra empêcher le développement de cette affection en la diagnostiquant et la traitant de bonne heure.

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE

45e réunion annuelle tenue à San-Francisco les 5, 6, 7 et 8 juin 1894.

Structure des globules du sang et leur importance au point de vue médical.

M. Wythe. — Ce n'est que depuis 10 ou 15 ans qu'on a fait une étude systématique du sang; cette étude a été beaucoup aidée par les perfectionnements des microscopes. Dans un même animal les dimensions des globules sanguins varient. Le sang ne doit pas être considéré comme un simple agrégat de corpuscules solides, car le plasma joue aussi un grand rôle dans l'économie. On connaît en effet son pouvoir bactéricide, pouvoir qui est dû probablement à l'action dissolvante du sérum. Des changements dans la densité du sang et dans son alcalinité sont souvent les indices d'états morbides et semblent être dus à l'absorption de certaines toxines,

ptomaïnes ou leucomaïnes. Ehrlich a beaucoup étudié les modifications de structure des corpuscules sanguins sous l'influence des processus morbides. Dans 18 cas de beriberi j'ai fait des examens de sang et j'ai constamment trouvé les globules sanguins en voie de désintégration. Me fondant sur ces études, je conseille de donner au malades du fer, de la quinine.

Traitement de la pneumonie par la digitale.

M. Kerr. — Il y a trois écoles au sujet de l'action de la digitale sur la pneumonie. Les uns considèrent la digitale comme un spécifique; pour d'autres elle n'aurait que peu ou pas d'action; enfin les troisièmes rejettent l'usage de la digitale, disant que la congestion des poumons oppose une grande résistance au sang de l'artère pulmonaire et que l'usage de la digitale peut amener une paralysie du cœur. En réalité, la digitale renforce la systole cardiaque, excite le muscle cardiaque et ses ganglions et élève la pression sanguine. De plus elle excite les nerfs vagues et prolonge la diastole. La dépression cardiaque dans la pneumonie est due: 1° à l'absorption de toxines, 2° à la fièvre, 3° à la gêne de la circulation pulmonaire. En prolongeant la diastole ventriculaire, on favorise le repos du cœur. J'ai eu à me louer de l'emploi de la digitale dans la pneumonie toutes les fois que cet emploi était indiqué. Il y a deux contre-indications : 1° quand la pneumonie survient chez un sujet atteint de dégénérescence graisseuse ou autre du cœur; 2° quand le malade a de la pléthore. Dans ce dernier cas j'emploie la nitroglycérine pour lutter contre la tension artérielle. La digitale est donc utile dans la pneumonie; mais ce n'est pas un spécifique. Tant que le cœur fonctionne bien, il ne faut pas employer la digitale; si le cœur faiblit, il faut prescrire de la digitale. La teinture d'aconit et de veratrum viride est plus dangereuse qu'utile. Dans la pneumonie il faut beaucoup étudier le pouls qui donne les véritables indications de la digitale.

M. Ayer. — La saignée peut rendre des services, mais il faut être très prudent à ce point de vue. Dans certains cas elle peut sauver des sujets désespérés.

M. Hurst. — J'ai observé deux cas dans lesquels la digitale a été funeste; dans l'un de ces deux cas elle a amené la mort.

M. Loving. — La digitale peut rendre des services, mais il faut l'employer à petites doses.

M. Holden. — La digitale agit sur les centres nerveux et amène un ralentissement du cœur. De fortes doses de digitale fatiguent le cœur. On ne doit l'employer que quand le cœur est affaibli; on peut même la combiner avec la nitroglycérine. Dans certains cas la saignée peut rendre de grands services.

M. Ayer. — Quand le cœur faiblit, je prescris de l'alcool et du carbonate d'ammoniaque.

M. Cleaveland. — Il faut rechercher avec soin la pneumonie chez les sujets âgés; on pourra éviter ainsi une pneumonie catarrhale. La percussion permet de faire le diagnostic entre la pneumonie catarrhale et la pneumonie croupale. Si on peut établir de bonne heure l'expectoration, les chances de salut du malade sont beaucoup augmentées. J'ai vu beaucoup de ces cas de pneumonie être consécutifs à la grippe. La plupart du temps la pneumonie catarrhale survient chez des sujets robustes. Il faut entourer le malade d'un mackintosch huilé et lui donner à l'intérieur du carbonate et de l'iodure d'ammonium. On maintiendra le malade dans une atmosphère humide contenant de l'eucalyptol et de la térébenthine. La strychnine, la quinine sont également utiles; l'alcool est indiqué. Contre la fièvre on peut se servir de la phénacétine. L'apomorphine est un excellent expectorant. Quand le cœur faiblit, il faut recourir à la digitale et à la trinitrine. Les vésicatoires favorisent la résorption des exsudats.

Influence de la pression atmosphérique sur le développement de la pneumonie.

M. Richter. — Il n'est aucunement prouvé que la pneumonie soit une affection microbienne. La pneumonie frappe surtout les enfants au-dessous de 5 ans et les adultes au-dessus de 50 ans. La pneumonie commence à apparaître aux pôles à la température de 0°, augmente graduellement dans la zone tempérée, puis diminue jusqu'à l'équateur. Elle est surtout fréquente au début du printemps et en hiver; cela tient à ce que c'est à cette époque que se produit le maximum de la pression atmosphérique.

M. Perry. — Je ne crois pas que la pneumonie soit influencée par l'augmentation de la pression atmosphérique, car on la voit fréquemment dans les villes des montagnes de la Californie.

Péritonite tuberculeuse.

M. Mc Nutt. — J'ai fait quatre laparotomies pour péritonite tuberculeuse primitive. Dans ces quatre cas j'ai obtenu une guérison permanente. Il n'y avait aucun signe de tuberculose dans les autres organes. Dans tous ces cas le péritoine était épaissi, couvert de milliers de tubercules; il y avait de l'ascite. On ne put trouver de bacilles; mais l'examen histologique montra qu'il s'agissait bien de tubercules. Dans tous ces cas on aurait cru, d'après l'apparence du ventre, à un kyste plutôt qu'à une ascite.

Tétanie.

M. Carpenter. — On considère aujourd'hui la tétanie comme une maladie nerveuse. On peut distinguer plusieurs sortes de tétanie : 1° la tétanie rhumatismale aiguë ou épidémique, généralement fatale; 2° la tétanie chronique due à la diarrhée chronique, la lactation prolongée, etc.; elle guérit généralement; 3° la tétanie qui survient au cours de la dilatation de l'estomac; 4° la tétanie chirurgicale suivant l'ablation de la glande thyroïde et amenant généralement la mort.

La tétanie est en général produite par des maladies qui amènent un suintement des muqueuses et elle est d'origine septique. Cela est surtout vrai de la tétanie puerpérale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1894.

PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

Plaie de la carotide interne.

M. Schwartz. — Homme qui s'était tiré deux coups de revolver dans la tempe droite; ayant conservé sa connaissance, mais du côté blessé la cécité est complète et le moteur oculaire externe paralysé. Il y a eu de l'épistaxis qui s'est arrêtée, mais aucun symptôme cérébral.

On s'abstint de toute intervention et au bout de 10 jours le malade quitta l'hôpital, conservant son amblyopie et sa paralysie musculaire. Cinq semaines après l'accident, il eut des épistaxis très abondantes qui se reproduisaient de temps à autre sans que rien pût être arrêté. Il rentra à l'hôpital six mois après, étant à peu près exsangue. Je pratiquai alors la ligature de la carotide externe gauche, puis celle de la droite.

Six jours après, nouvelle épistaxis. Je fis alors une opération consistant à rabattre le nez du haut en bas, après avoir incisé la peau en conséquence et sectionné les os au niveau de la plaie cutanée. Le nez ainsi rabattu mais maintenu par sa partie inférieure, je découvre une cavité qui n'est autre que le sinus sphénoïdal et qui est le siège de l'hémorrhagie. Je la tamponne, l'hémorrhagie est arrêtée et je réapplique le nez que je suture.

Les mèches sont laissées en place une quinzaine de jours, puis retirées. Les hémorrhagies ne se sont plus renouvelées, et le malade ayant été tonifié, l'anémie disparut peu à peu; il est actuellement en excellente santé.

Anévrysme de l'artère crurale.

M. Viard (de l'Isle-sur-le-Serein, Yonne) communique l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans atteint d'un volumineux anévrysme spontané de l'artère crurale. Une ponction pratiquée dans le sac donna issue à un flot de sang;

immédiatement, on fit la ligature de la crurale au pli de l'aine, mais au-dessous de la fémorale profonde; aussi l'hémorrhagie, qui avait été provisoirement arrêtée au moyen d'un tampon, reparut-elle immédiatement quand ce tampon eut été enlevé. On fit un nouveau tamponnement, mais le malade n'en succomba pas moins quatre jours après l'opération.

Lait stérilisé.

MM. Budin et **Chavanne**, continuant leurs communications sur ce point (Voy. *Mercredi*, 1892, p. 347 et 1893, p. 358), résument les résultats que leur a donnés l'allaitement mixte ou artificiel en 1894. Ils montrent que les courbes d'accroissement ainsi obtenues sont particulièrement favorables. Une des indications les plus importantes de cet allaitement artificiel est la syphilis d'un des parents ou des deux : l'enfant ne doit pas être confié à une nourrice, et, d'autre part, l'allaitement naturel est parfois impossible. M. Budin insiste une fois de plus sur l'utilité qu'il y a à donner en principe le lait de vache non coupé. Il y a d'ailleurs à cette règle des exceptions. Mais M. Budin continue à affirmer que rien ne vaut l'allaitement au sein.

M. Tarnier. — Dès 1882 j'ai fait des recherches multipliées sur l'alimentation des nouveau-nés à l'aide de lait pur, de lait coupé, de lait bouilli à 100° ou de lait stérilisé à une température supérieure. La différence n'a pas été considérable entre ces divers modes d'allaitement artificiel; toutefois il m'a paru que le lait porté à 100° était mieux digéré, en général, que le lait pur transmis directement de la vache à l'enfant. Cependant beaucoup d'enfants périclitaient malgré cette alimentation; en pareil cas, l'allaitement au sein, même avec une nourrice de qualité moyenne, relevait promptement la santé de l'enfant.

M. Fournier. — Le lait stérilisé ne cesse de sauver la vie à un grand nombre d'enfants syphilitiques. De plus, il préserve de la vérole beaucoup de femmes qui auraient été prises comme nourrices si l'on n'avait pas cette ressource pour les enfants nés de pères syphilitiques.

Angine de poitrine et aortite paludique.

M. Lancereaux communique trois observations qui lui paraissent suffire à démontrer l'existence dans le paludisme d'une aortite spéciale qui par son siège plus habituel à l'origine de l'aorte, est fréquemment accompagnée d'une névrite cardiaque par propagation et de crises d'angine de poitrine. Or, comme dans ces conditions les artères coronaires ont été trouvées intactes, c'est bien à la lésion du plexus cardiaque qu'il convient de rattacher ce syndrome, et si un grand nombre d'auteurs ne parlent pas de cette lésion, c'est sans doute parce qu'ils ne l'ont pas cherchée.

Cette aortite, mieux que tout autre désordre, permet de se rendre compte des phénomènes douloureux de l'angine de poitrine; ce n'est pas la seule condition pathogénique de ce syndrome, car toute autre lésion pouvant irriter le plexus cardiaque ou les nerfs du cœur, produira forcément les mêmes effets et, par cela même, il est facile de comprendre que ceux-ci pourront encore résulter d'un simple trouble fonctionnel. Tels sont les cas d'angine de poitrine observés chez des individus dont le système artériel est intact, mais qui ont abusé du tabac, les névropathes dont l'estomac est dilaté et qui digèrent mal, etc., etc.

Ce n'est plus à la névrite des nerfs du cœur, mais à une simple névralgie que tient alors le phénomène douloureux désigné sous le nom d'angine de poitrine; aussi ces phénomènes diffèrent-ils fort peu, et, dans ces cas, l'absence d'une lésion à l'origine de l'aorte est presque le seul signe qui, joint à leur faible intensité et au retour peu fréquent des crises, permette de les différencier.

MM. Le Roy de Méricourt et **Laveran** déclarent que, soit dans la médecine navale soit dans la médecine militaire ils n'ont jamais observé ni connu de cas d'angine de poitrine liés au paludisme, aussi bien chez les malades à l'état aigu que chez les chroniques, à quelque période qu'ils fussent éloignés des premiers accidents, et quelles qu'en fussent les complications ultérieures.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 18 *juin* 1894.

Régulation de la thermogenèse par action cutanée de certains alcaloïdes.

MM. L. Guinard et **Geley.** — Sur 18 alcaloïdes essayés par nous en solutions ou en pommades que nous avons appliquées en badigeonnages à la face interne des cuisses de l'homme et des animaux, il en est trois ou quatre qui, d'une façon régulière et constante, ont déterminé la régulation des actions thermiques. Ces alcaloïdes sont la cocaïne, la solanine, la spartéine et l'elléboréine.

Voici, d'ailleurs, les conclusions de nos expériences : les badigeonnages n'agissent pas simplement comme antipyrétiques, mais, d'une façon générale, ce sont des régulateurs de la thermogenèse. Cette régulation est entièrement d'origine nerveuse périphérique et ne saurait être attribuée à une absorption cutanée, car aucun de ces alcaloïdes n'est capable de produire un tel effet après son introduction dans l'organisme. De plus, non seulement nous ne croyons pas, par principe, à une absorption qui, dans le cas présent, serait très insuffisante, mais encore, à l'analyse des urines, nous n'avons trouvé aucune trace d'alcaloïdes. Enfin, les médicaments habituellement administrés comme antipyrétiques, tels que la quinine, l'antipyrine, la phénacétine, le salicylate de soude, l'aconitine, etc., n'ont aucune action sur la température quand on les applique en badigeonnages.

On peut donc désormais espérer agir sur la température d'un malade, suivant un mécanisme physiologique très naturel et sans passer par l'administration interne ni par l'absorption d'un médicament, ce qui souvent pourra être d'une grande utilité.

Imperméabilité de l'épithélium vésical sain aux médicaments.

MM. Boyer et **Guinard.** — Depuis longtemps l'imperméabilité de l'épithélium vésical *sain* aux médicaments a été démontrée. Le fait ayant été, cependant, contesté l'année dernière, nous avons cru devoir entreprendre de nouvelles expériences à ce sujet. Les résultats que nous avons obtenus confirment pleinement ce que l'on connaissait déjà très bien, à savoir l'existence de cette imperméabilité vésicale. C'est ainsi que nous avons pu introduire 0 gr. 04 centigr. d'un sel de strychnine dans l'intérieur de la vessie parfaitement *intacte* d'un animal et les y laisser séjourner pendant plusieurs heures sans déterminer la moindre trace de strychnisme; par contre, la même dose mise au contact d'une vessie dont l'épithélium présentait des lésions a amené des accidents de strychnisme.

Les mouvements articulaires étudiés par la photographie.

M. Marey. — Après avoir étudié successivement par la chromophotographie le déplacement des membres dans la marche, la course et le saut, j'ai entrepris avec mon préparateur, M. Ch. Comte, de soumettre à l'analyse photographique les mouvements des principales articulations. Suivant de haut en bas la série des articulations du corps humain, j'ai commencé cette étude par celle du maxillaire inférieur avec le temporal, c'est-à-dire par l'articulation dont les mouvements sont le plus nombreux et le plus complexes. Je suis arrivé ainsi à saisir sur le vivant, et parfois avec une précision très grande, le détail de mouvements articulaires qu'on ne pouvait constater autrefois que sur le cadavre et, en général, avec des moyens très délicats.

La méthode photographique à laquelle j'ai eu recours semble susceptible d'utiles applications. Les chirurgiens qui ont besoin d'un tact très exercé pour apprécier sur les blessés les changements produits dans la mobilité d'un membre par une fracture ou par une luxation pourront, à l'aide d'un dispositif fort simple, déterminer avec une grande rigueur les plus légères modifications de ces mouvements. Les naturalistes et physiologistes ont besoin de comparer les mouvements qui se produisent dans les articulations analogues et chez les différentes espèces animales : cette méthode leur en fournira les moyens. Enfin, la pathologie peut tirer parti de la même méthode; c'est ainsi que l'étude des maladies de la respiration peut être notablement facilitée par une connaissance précise des mouvements des côtes et des parois abdominales.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *juillet* 1894.

Hernies gangrénées.

M. Chaput a terminé la discussion qu'il a soulevée sur ce sujet il y a quelques semaines et, tout en admettant diverses contre-indications, il a maintenu ses conclusions relatives à la supériorité, en principe, de l'entérectomie sur l'anus contre nature. MM. **Verneuil** et **Segond** ont répondu que précisément le débat porte sur la proportion relative des cas où l'entérectomie est de mise, mais M. Segond a insisté sur l'indication formelle de l'anus contre nature dans les cas graves. Quoi qu'en dise M. Chaput, les opérés ne meurent pas de l'anus contre nature, qui n'a jamais fait que prolonger leur existence; c'est aux accidents de leur hernie qu'ils succombent. Et chez ces sujets, tout allongement de l'opération a une importance capitale. A ce propos, et spécialement chez les hernieux, M. Segond s'élève énergiquement contre l'assertion de M. Chaput que la durée d'une opération n'a qu'un intérêt accessoire.

Cholécystentérostomie.

M. Michaux fait un rapport sur une observation de cholécystentérostomie communiquée par M. Ricard. Il s'agit d'une femme de 49 ans qui eut il y a 10 ans une crise de colique hépatique sans ictère, puis resta bien portante jusqu'à ces derniers mois. Alors, elle perdit l'appétit, maigrit, vomit, devint ictérique et se décida enfin à se laisser opérer. M. Ricard trouva la vésicule distendue par 1 litre 1/2 de liquide contenant des calculs, et il fit la cholécystentérostomie. Pendant 3 semaines tout marcha à souhait, puis la malade s'affaiblit et enfin elle succomba au 53e jour après avoir eu à la fin 40° de température. Il est probable qu'elle est morte d'ictère malin infectieux.

A ce propos, M. Michaux relate une opération qu'il a faite il y a 8 jours chez une femme de 44 ans atteinte d'ictère foncé et rebelle, avec vésicule distendue; l'épreuve du sucre démontra que le foie fonctionnait très bien. M. Michaux avait l'intention de faire la cholécystostomie, mais une fois le ventre ouvert il palpa le cholédoque et le duodénum (ce qui rendit très difficile la position du cæcum sous le foie), sentit quelque chose qui très probablement était un épithélioma de l'ampoule de Vater. Il fit donc la cholécystentérostomie et actuellement, au 8e jour, la malade va bien.

L'observation de M. Ricard est importante pour la question, encore à l'étude, des résultats tardifs de la cholécystentérostomie : il est vrai qu'elle n'a pu être suivie d'autopsie.

A ce propos, M. Michaux étudie divers points encore obscurs. Et d'abord, peut-on diagnostiquer la lithiase intra-hépatique; et si elle existe, est-elle une contre-indication à l'opération? Or, M. Michaux se demande si jamais elle existe : en dépouillant les bulletins de la Société anatomique depuis 1829 il n'en a trouvé que 4 cas, probablement tous secondaires à l'occlusion du cholédoque par un gros calcul.

En outre, après l'intervention, quelques morts sont imputables à l'insuffisance hépatique. Il est donc indispensable de toujours étudier avec soin le fonctionnement de la cellule hépatique par l'examen des urines, de la nutrition générale, par l'épreuve du sucre. Et surtout il serait à souhaiter que les interventions fussent précoces.

Enfin, il serait bon de préciser, par un débat approfondi, les indications respectives de la cholécystostomie et de la cholécystentérostomie.

Antéversion et antéflexion du rein.

M. Segond a observé en 1889 une femme de 28 ans, ayant un rein flottant à droite, avec troubles manifestes d'entéroptose, comme cela est la règle; mais, par exception, il crut indiqué de pratiquer la néphropexie, parce que la malade avait des crises douloureuses où le déplacement rénal était manifestement prédominant. En fait, la malade resta entéroptosique et nerveuse, mais les douleurs rénales disparurent, et l'amélioration fut considérable. Elle persista jusqu'en janvier 1891, époque à laquelle la patiente fit une chute, pendant laquelle elle ressentit une douleur vive, comme si on lui avait « tordu le rein » ; et à dater de là, elle eut de nouvelles crises rénales avec accidents nerveux graves, si bien que M. Potain soupçonna une maladie de Basedow fruste. M. Segond, alors consulté, sentit le rein à sa place, bien immobile, et dès lors se contenta de faire une colpopérinéorrhaphie, d'ailleurs utile. Les douleurs persistèrent, et **M. Walther**, en août 1892, crut indiqué d'aller voir où en était décidément ce rein. Il en trouva le pôle inférieur fixé par un solide tractus fibreux qui remplit M. Segond de joie; mais le pôle supérieur avait basculé en antéversion avec antéflexion. M. Walther fit donc une héminéphropexie supérieure et obtint un succès.

Outre ce fait rare d'antéflexion, cette observation est intéressante dans l'histoire du rein flottant. M. Segond, pas plus qu'Israël, dont la compétence en chirurgie rénale est si grande, ne croit la néphropexie souvent indiquée. Il n'a eu que 4 fois l'occasion de la pratiquer avec des résultats bons, mais non pas merveilleux. Néanmoins, il y a une exagération manifeste lorsque M. Glénard déclare qu'elle n'est jamais indiquée, que jamais le rein n'est la cause de souffrances. Il l'est quelquefois, et alors il est bon de le remettre en place.

M. Fontan (Toulon) lit une observation de *fracture du crâne avec plaie et enfoncement*. Hémorrhagie de la méningée moyenne sans compression cérébrale; ligature avec un fil passé sous le vaisseau à l'aide de l'aiguille de Reverdin. Guérison.

M. Jullien lit une observation de péritonite aiguë par rupture de l'intestin, mortelle malgré la laparotomie, chez une fille qui avait été rouée de coups un mois avant par des souteneurs.

M. Quénu présente un malade atteint de cancer du rectum inopérable auquel, outre l'anus iliaque, il a fait le curettage du néoplasme. Le malade ne saigne plus, n'a plus de sécrétion fétide et il a engraissé de 6 livres en un mois.

M. Bouilly a fait, il y a 3 ans, un curettage semblable et en a obtenu un résultat qui a dépassé ses espérances.

M. Delorme montre un jeune soldat qui, consécutivement à un coup de feu au niveau de l'extrémité terminale du pouce, souffrait, depuis quinze mois environ, de douleurs extrêmement vives, tantôt localisées au point traumatisé, tantôt irradiées sur le tronc du médian; deux séances d'une compression digitale locale faites à six jours d'intervalle, et prolongées jusqu'à la cessation complète de la douleur, ont amené une guérison complète et définitive.

M. Delorme présente un autre malade auquel il a fait une suture de la rotule, pour une fracture transversale de la rotule au huitième jour; quinze jours après l'opération, en cherchant à mobiliser l'articulation du genou, on provoqua une rupture du fil d'argent employé pour la suture, et il se produisit un écartement d'un demi-centimètre; un mois d'immobilisation a suffi, malgré cet incident, à donner un cal résistant.

M. Routier, au nom de M. Moulonguet (d'Amiens), montre un malade opéré d'un cancer du rectum, par un procédé spécial.

M. Tuffier présente une pièce d'hématonéphrose diagnostiquée néoplasme du rein.

M. Quénu présente une balle de revolver tirée dans l'oreille et éliminée spontanément par la gorge au bout de trois semaines, après formation d'un abcès.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *juillet* 1894.

Présidence de M. Hayem, vice-président.

Infections pneumococciques dans l'érysipèle.

M. Roger. — On peut observer au cours de l'érysipèle des pneumonies, des péritonites et des méningites, qui relèvent non du streptocoque, mais d'une infection surajoutée par le pneumocoque.

Six fois j'ai vu le pneumocoque envahir les poumons; le début des accidents se fait d'une façon insidieuse et n'est annoncé que par une aggravation des phénomènes généraux; il n'y a ni frisson, ni point de côté, ni crachats rouillés; sou-

vent il ne se produit pas de fièvre. Seule, l'auscultation permet le diagnostic en faisant entendre un souffle tubaire, occupant généralement la base du côté droit. Deux malades guérirent; les quatre autres succombèrent; mais chez tous, l'évolution des accidents fut très courte et ne se prolongea guère au delà de 48 heures. L'examen des crachats permet seul le diagnostic étiologique en révélant la présence du pneumocoque.

Les lésions constatées à l'autopsie s'éloignent totalement de celles qui caractérisent la pneumonie; c'est de la splénisation et non de l'hépatisation que l'on trouve. L'examen microscopique montre les parois des bronches et des vaisseaux remplies de cellules rondes; les alvéoles pulmonaires sont pleins de leucocytes et de cellules épithéliales; le réseau fibrineux, parfois très net, est généralement peu appréciable.

L'infection pneumococcique peut se traduire par des déterminations méningées. J'ai observé trois faits de ce genre. Dans un cas le malade présentait de la raideur de la nuque et des contractures au niveau des membres inférieurs. Le diagnostic de méningite s'imposait : mais on pensa à une détermination secondaire de l'érysipèle; ce fut seulement à l'autopsie qu'on reconnut que les accidents dépendaient du pneumocoque.

Les deux autres fois, les complications méningées se sont traduites simplement par du délire et de l'incontinence des matières.

Dans tous les cas, l'examen bactériologique a donné des résultats très nets : nombreux pneumocoques dans le poumon, les méninges et dans le sang; ces pneumocoques se trouvaient à l'état de pureté, ou associés à quelques rares streptocoques ou à quelques staphylocoques.

Les anciens observateurs avaient longuement discuté sur la nature des pneumonies de l'érysipèle; aujourd'hui on admet que l'altération pulmonaire peut être due au streptocoque. Cette éventualité est possible, mais elle doit être bien rare, car je n'en ai pas rencontré un seul exemple sur un total de 545 malades atteints d'érysipèle. Quant aux péritonites et aux méningites, personne n'avait songé à les rattacher à une infection secondaire et il est bien évident qu'une pareille conception ne pouvait être émise avant les recherches bactériologiques.

Traitement de la diphthérie par le sublimé.

M. Moizard. — Voy. p. 346.

M. Sevestre. — J'appuie formellement les conclusions de M. Moizard et je crois, comme lui, que le traitement par le sublimé au 1/20 est, quant à présent au moins, le meilleur que nous puissions employer contre l'angine diphthérique. C'est à la fin de janvier que j'y ai eu recours pour la première fois; à l'instigation de M. Hulot, trois malades furent traités et guéris tous trois, bien que dans l'un des cas il s'agît d'une forme très grave avec adénopathie énorme. J'avais été très frappé du résultat dans ce cas qui me paraissait désespéré, et lorsque quelques jours après je dus, suivant notre tour de roulement, quitter le service de la diphthérie, je fis part de ces observations à celui de mes collègues qui me suivait, en l'engageant à continuer.

Lorsque j'ai repris le service de la diphthérie au mois de juin, j'étais d'avance converti à la méthode et j'ai continué comme M. Moizard vient de vous le dire; j'insisterai moi-même sur cette particularité que les cas observés en ce moment ne présentent pas cette année la bénignité relative que l'on a l'habitude d'observer en cette saison, et hier encore il est entré plusieurs cas très graves avec gonflement énorme du cou. M. Moizard a dit que les accidents d'intoxication sont très rares et légers; il en est ainsi en effet presque toujours; cependant dans les trois premiers cas soumis au traitement au mois de janvier, il y avait un cas de stomatite assez intense, aussi je considère comme bien important de chercher à enlever aussi complètement que possible l'excès de la solution de sublimé en promenant sur la plaque un pinceau sec, précaution qui n'avait pas été suffisamment prise dans les premiers cas.

M. Chantemesse. — Les attouchements à la glycérine sublimée déterminent-ils une chute de l'épithélium ?

M. Moizard. — Je me suis rendu compte à maintes reprises que ce collutoire ne provoquait aucune altération de la muqueuse.

M. Hayem. — J'ai eu également à me louer de l'emploi de la glycérine au sublimé dans un cas grave de diphthérie. J'ai pu m'assurer que les attouchements étaient fort bien supportés et que le collutoire provoquait une sorte de cutisation de la muqueuse sur laquelle il se déposait à la façon d'un vernis protecteur.

Des abcès péri-amygdaliens.

M. Gouguenheim. — L'hypertrophie chronique des amygdales est susceptible, sous l'influence d'un refroidissement, de provoquer des inflammations qui se limitent à l'amygdale ou qui se développent en dehors d'elle, d'où l'existence de deux variétés de phlegmons : le phlegmon amygdalien et le phlegmon péri-amygdalien; ce dernier, considéré par les auteurs classiques comme le plus fréquent, ce que nous regardons comme une erreur, nous dirons plutôt que la suppuration amygdalienne est la règle et la suppuration extra-amygdalienne l'exception.

Ces deux affections diffèrent sensiblement dans leur marche; le siège du pus n'est pas le même, et le point d'ouverture de la collection purulente est tout à fait différent. Autant l'intervention du médecin est difficile à préciser et souvent inopportune dans l'abcès de l'amygdale, autant elle est aisée à préciser et décisive dans le phlegmon péri-amygdalien.

Dans l'*amygdalite phlegmoneuse vulgaire*, ou abcès de l'amygdale, l'amygdale, manifestement augmentée de volume, déborde de sa loge; à sa surface, se voient des exsudats pulpeux, médiocrement adhérents, la luette et surtout les piliers correspondant à la tonsille sont très œdématiés, toute la région est fort sensible au toucher; du côté opposé, on ne voit rien ou peu de chose. Au bout d'une semaine environ, le malade tourmenté par une douleur continuelle de jour et de nuit, par un écoulement constant de salive hors de la bouche, éprouve un soulagement presque subit, accompagné du rejet d'une petite quantité de pus jaunâtre sanguinolent, infect, pouvant aussi s'écouler dans le tube digestif; en examinant alors de près, ce qui était malaisé pendant la période inflammatoire, on apercevra presque toujours en un point variable de l'amygdale, soit en avant, soit en dedans, soit en bas, une petite ouverture déchiquetée irrégulière par où s'est évacué le pus, et d'où la pression à l'aide de l'abaisse-langue peut encore en faire sourdre. Quand cette ouverture ne peut être constatée, la faute en incombe à son siège probable en arrière de l'amygdale. Cet orifice est celui de la collection purulente que l'œil et même le doigt peuvent rarement permettre de constater avant la rupture spontanée de la poche, et c'est là ce qui rend l'intervention du médecin aussi souvent inefficace qu'inopportune. Tout rentre alors rapidement dans l'ordre, fonctionnellement et physiquement, et il ne reste plus de tout cela qu'une hypertrophie un peu plus accentuée de l'amygdale qu'avant l'inflammation.

Les *abcès péri-amygdaliens* évoluent tout autrement. Dans ces cas, en ouvrant la bouche autant que faire se peut, et en déprimant la langue, on est frappé de voir, et de bonne heure, une tuméfaction énorme de la région de l'amygdale et de la partie correspondante du voile palatin. Celui-ci, dans presque toute son étendue, est fortement saillant en avant; la coloration en est d'un rouge foncé et violacé. Le côté opposé du voile se trouve aussi envahi, mais à un moindre degré; ce n'est donc plus, on le voit, une région localisée, mais un véritable phlegmon diffus. Au doigt, on constate une tension, une résistance considérable; l'amygdale est rejetée fortement en dedans parfois, refoulée en bas en même temps; enfin ce qui frappe la vue, c'est le peu d'atteinte de la glande elle-même vis-à-vis de ces graves lésions de voisinage; nous sommes bien loin ici du simple œdème de la luette et du pilier que nous signalions dans l'affection limitée à l'amygdale et à son tissu.

Il ne faut plus songer ici à chercher et à traiter la collection purulente du côté de l'amygdale, c'est en plein voile qu'il faut se porter pour ne pas échouer.

La durée de ces phlegmons varie de huit à douze jours; une intervention anticipée peut pourtant abréger les souffrances du malade. La guérison s'effectue en trois ou quatre

jours quand le foyer a été suffisamment désinfecté et irrigué. Un point sur lequel nous voulons encore insister un instant, est la possibilité d'abcès extra-amygdaliens à répétitions pouvant même laisser une cavité et un orifice fistuleux s'ouvrant non pas à la surface de la glande comme dans un abcès chronique ordinaire de l'amygdale, mais en dehors d'elle et du pilier; on n'en peut souvent venir à bout que par des débridements étendus.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 13 juillet 1894.

Phlébite diffuse.

M. Gouget rapporte l'histoire d'un malade de 62 ans dont tous les membres ont été successivement frappés de phlébite, sans qu'on pût découvrir, pendant la vie, aucune cause expliquant la généralisation phlébitique. L'œdème avait commencé par le membre inférieur droit, puis il avait atteint le membre inférieur gauche. La phlébite s'était ensuite manifestée au membre supérieur droit, puis au membre supérieur gauche. En dernier lieu, il y avait eu œdème de la paroi abdominale et enfin phlébite de la veine sous-clavière droite.

Cette invasion successive avait duré huit mois. Aucune maladie antérieure infectieuse. Aucun cancer apparent n'existait. Dans les dernières semaines, il avait paru aux deux sommets des signes nets de tuberculose. A l'autopsie, on trouva un volumineux cancer de l'estomac, occupant la petite courbure, et dans tout le système veineux, des caillots phlébitiques disséminés.

Abcès du cerveau.

M. Péron relate l'observation d'un jeune homme de 23 ans, mort dans le service de M. Letulle. Cet homme avait été atteint d'hémoptysie et présentait aux deux sommets du poumon des signes d'induration. Il était cachectique. Des maux de tête violents se produisirent, accompagnés de vomissements. On pensa à une méningite ultime se produisant chez un tuberculeux. A l'autopsie, on trouva dans le lobe sphénoïdal gauche un foyer purulent rempli d'un pus fétide et gangréneux. Le pus avait fusé par l'aqueduc de Sylvius et entourait le bulbe.

Les lésions pulmonaires n'étaient pas des lésions tuberculeuses, mais des lésions de dilatation bronchique. L'accumulation de pus dans les foyers de dilatation aux deux sommet. avait simulé des symptômes d'induration pulmonaire.

Pseudo-tuberculose aspergillaire.

M. Sergent montre les préparations et les cultures d'un cas de pseudo tuberculose aspergillaire qu'il a observé dans le service de M. Gaucher. Le malade porteur de l'affection est un jeune homme de 24 ans, gaveur de pigeons depuis deux mois. On constatait chez lui un foyer de congestion assez étendu, dans toute la partie moyenne du poumon gauche, et il rendait des crachats épais, verdâtres, striés de sang. On trouva dans ces crachats des filaments mycéliens, et les ensemencements faits sur liquide de Raulin donnèrent des cultures d'aspergillus fumigatus. L'inoculation au pigeon tua l'animal en quarante-six heures, et on retrouva l'aspergillus dans les organes de l'animal. Enfin, un cobaye inoculé avec les crachats du malade n'est pas devenu tuberculeux. Il s'agit donc ici vraisemblablement d'un malade chez lequel la pseudo-tuberculose aspergillaire n'est pas accompagnée de véritable tuberculose à bacilles de Koch.

F. Potier.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 7 juin 1894.

Myosite ossifiante progressive généralisée.

M. Virchow a présenté un homme de 29 ans atteint de myosite ossifiante progressive. Pas d'antécédents héréditaires; comme antécédents personnels, une fièvre intermittente grave à 13 ans.

L'affection a débuté par une inflammation de l'articulation temporo-maxillaire du côté droit qui devint très douloureuse, gagna les parties voisines, le membre supérieur droit, puis l'articulation maxillaire du côté gauche, l'épaule et le bras gauche, etc. Après une période de tuméfaction douloureuse, les parties devinrent rigides et montrèrent les signes d'une ossification progressive. Le processus procédait par poussées, principalement pendant le printemps. Actuellement l'ossification est manifeste au niveau des maxillaires et des bras. L'ossification des articulations temporo-maxillaires et des régions correspondantes est tellement avancée que, pour pouvoir se nourrir, le malade a été obligé de se faire arracher deux dents.

De chaque côté de la colonne vertébrale on trouve une série de productions osseuses formant un véritable grillage. Des noyaux osseux existent également dans les muscles de l'abdomen et du bassin, dans la partie postérieure des cuisses et des mollets.

Pour M. Virchow, la myosite ossifiante ne se développe pas primitivement dans les muscles, mais provient d'un processus qui se passe dans le périoste et dont les productions envahissent les muscles.

M. Gerhardt a réuni, en 1882, 22 cas de ce genre dans lesquels l'affection a le plus souvent débuté à l'âge de 1 à 3 ans. Quand on assiste à l'évolution de la maladie, on a l'impression d'une affection d'origine musculaire.

M. v. Noorden fait observer que l'examen de la proportion de chaux dans les matières fécales et l'urine de ces malades présente un certain intérêt au point de vue du pronostic. Si cette proportion est plus grande que celle de sels de chaux des aliments, le processus est en train de s'étendre. Si les deux proportions sont égales, le processus est stationnaire.

M. Senator a observé chez ses malades deux phénomènes, une dyspnée tenant peut-être à l'état des muscles respirateurs, et une exagération de l'excitabilité des muscles.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 2 juillet 1894.

Rhinite fibrineuse.

M. Scheinmann a observé un cas de rhinite fibrineuse où l'examen bactériologique montra la présence des bacilles diphthéritiques. On peut donc se demander si la rhinite fibrineuse doit être considérée comme une véritable diphthérie et si, dans ces conditions, elle comporte les mêmes mesures prophylactiques que la diphtérie. Pourtant on sait que presque toujours la rhinite fibrineuse se termine par la guérison et ne donne ordinairement pas lieu à des phénomènes généraux ni à de la contamination, de sorte qu'au point de vue clinique, cette affection ne présente aucune affinité avec la diphthérie.

Endocardite ulcéreuse.

M. Leyden rapporte l'observation d'un individu qui succomba à une pneumonie compliquée d'endocardite. A l'examen bactériologique de l'endocarde, on y trouva des diplocoques de la pneumonie qu'on a pu cultiver. L'injection de ces cultures faite sur cent lapins provoquait chez ces animaux une pneumonie typique.

D'un autre côté, M. Leyden a observé cinq cas de rhuma-

tisme articulaire aigu compliqué d'endocardite qui tous se sont terminés par la mort. Dans tous ces cas on trouva sur les végétations endocarditiques de petits microcoques disposés sous forme de diplocoques, mais différant notablement des diplocoques de la pneumonie. Dans un cas seulement on parvint à obtenir des cultures de ce diplocoque ensemencé sur le liquide ascitique d'un homme. Aussi M. Leyden se demande si le diplocoque en question ne serait pas l'agent infectieux du rhumatisme articulaire aigu, bien que les expériences sur les animaux aient donné des résultats peu précis.

Séance du 18 juin 1894.

Accidents du traitement mercuriel (*suite*).

M. Fürbringer a observé l'albuminurie chez 8 syphilitiques soumis au traitement mercuriel. Comme la syphilis peut provoquer l'albuminurie par elle-même, il avait choisi des malades chez lesquels on avait préalablement constaté l'absence de l'albuminurie.

M. Mankiewicz pense que l'albuminurie tient non pas au mercure, mais au chlorate de potasse qu'on emploie pour éviter la stomatite. M. Lewin n'a pas observé d'albuminurie chez ses malades, cela tient probablement à ce qu'il ne s'occupe pas de prévenir la stomatite.

M. Baginsky attire l'attention sur ce fait que, chez les enfants, le mercure agit efficacement à doses minimes. Un bain avec 0.50 de mercure suffit pour arrêter les accidents graves.

M. Gerhardt. — Dans le traitement mercuriel, le mercure agit surtout par les vapeurs mercuriques qu'on inhale. Dans un cas où on avait tendu dans la chambre un drap couvert de pommade mercurielle, les urines du malade renfermaient du mercure et les selles devinrent noires.

Hémispasme du pharynx et du larynx.

M. Scheinmann. — Il s'agit d'un homme de 40 ans qui à la suite de l'apoplexie cérébrale fut pris d'une hémiplégie gauche au cours de laquelle il survenait de temps en temps des contractions rapides (160 par minute) de la moitié gauche du voile du palais, du pharynx et de la corde vocale gauche. Le malade présentait en même temps une ulcération sur la moitié gauche du pharynx. Comme les contractions diminuèrent après la cicatrisation de l'ulcération, il faut admettre que les contractions étaient d'origine centrale.

M. Eulenburg est du même avis et pense que la lésion doit siéger dans la circonvolution centrale antérieure.

SOCIÉTÉ PHYSIOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 22 juin 1894.

Le rôle du foie dans le diabète pancréatique.

M. Marcuse a fait une série de recherches sur des grenouilles pour étudier le rôle du foie dans le diabète expérimental par extirpation du pancréas. Tout d'abord il a constaté, dans une série de 12 grenouilles, qu'après l'extirpation du pancréas, le diabète se manifeste 24 à 48 heures après l'opération et que les animaux succombent ordinairement 5 à 8 jours après l'opération. L'examen de l'urine recueillie par la ligature du cloaque a permis de constater que la proportion de glycose de l'urine (dont la quantité était souvent augmentée) atteint quelquefois 0,4 0/0.

Ceci étant établi, M. Marcuse extirpa chez 21 autres grenouilles le pancréas et le foie. Or, chez aucune de ces grenouilles il ne survint de glycosurie. La survie a varié dans ces cas de 1 à 8 jours. La polyurie existait dans tous les cas, mais elle était moins accusée que chez les grenouilles auxquelles on avait extirpé seulement le pancréas.

On peut donc conclure de ces expériences que la présence du foie est absolument nécessaire pour la production du diabète après l'extirpation du pancréas. Le foie joue, par conséquent, le même rôle dans le diabète pancréatique que dans le diabète par piqûre du 4e ventricule, c'est-à-dire que dans les deux cas la glycosurie fait défaut quand on extirpe le foie à l'animal. Il n'en est pas de même du diabète par phloridzine qui, comme on sait, provoque le diabète chez les animaux auxquels on a enlevé le foie.

Ces expériences peuvent être interprétées au point de vue des fonctions glycogéniques du foie de la façon suivante. Ou bien il se forme dans le foie une substance qui, sans être du sucre, est indispensable pour la production du diabète, laquelle substance est peut-être un ferment glycogène; ou bien il existe dans le sang une substance qui est détruite par le foie et qui, après l'ablation du foie, détruit le sucre du diabète pancréatique.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 4 juillet 1894.

Rétroflexion fœtale.

M. Remfry. — On peut diviser en 2 catégories les causes de la rétroflexion fœtale telles qu'elles sont indiquées par la plupart des auteurs: 1° causes abdominales; 2° causes dorsales. Les premières ont trait à divers vices de conformation du cordon ombilical; les secondes sont constituées par des vices de développement des vertèbres dorsales. Dans un cas que j'ai observé, le rachis, incomplètement développé, était tellement courbé que la partie postérieure de la tête touchait presque les crêtes iliaques. Il y avait aussi de la latéroflexion à gauche. A droite une encéphalocèle séparait l'occipital de la crête iliaque. Il y avait une présentation pelvienne; on ne put faire l'accouchement qu'en opérant des tractions multiples. Après l'accouchement on s'aperçut que la moelle, qui était très courte, s'était rompue.

M. Giles. — Je crois que les vices de développement du rachis sont toujours consécutifs à une fixation immédiate de la surface abdominale du fœtus sur le placenta.

M. Routh. — Dans le cas de M. Remfry, la cause de la rétroflexion résidait dans l'extrême brièveté du cordon.

M. Herman. — Une rétroflexion extrême du fœtus peut être produite par une bien petite cause. Souvent la présentation de la face joue un rôle dans cet accident.

Rapport de la température après l'accouchement et de la durée du travail.

M. Giles. — L'observation de 600 accouchées m'a conduit aux conclusions suivantes: 1° L'élévation de température causée par le travail est peu marquée. 2° La durée de la 1re partie du travail a peu d'influence sur la température ultérieure. 3° La durée de la 2e partie du travail a une influence directe sur la température; l'élévation de cette dernière est proportionnelle à la longueur de cette 2e partie du travail. 4° Le moment de la journée où se fait l'accouchement n'a que très peu d'influence sur la température; cependant la température est plus élevée quand l'accouchement se fait entre minuit et 4 heures du matin ou entre 4 heures et 8 heures du soir. 5° Quand on donne du chloroforme pendant la 2e partie du travail, la température est généralement basse après l'accouchement, même quand cette 2e partie du travail a duré longtemps. 6° Un résultat semblable suit l'application de forceps sous le chloroforme. 7° La température reste peu élevée quand on donne des douches intra-utérines; toutefois elle est plus élevée qu'avec le chloroforme.

Changement de calibre du canal cervical pendant la menstruation.

M. Herman. — Pour certains auteurs, le canal cervical diminue de calibre pendant la menstruation par suite du gonflement de sa muqueuse; pour d'autres, au contraire, il se dilate. J'ai fait des mensurations et j'ai pu constater que: 1° le canal cervical se dilate un peu spontanément pendant la menstruation; 2° cette dilatation atteint son maximum le 3e ou le 4e jour des règles; 3° cette dilatation se produit aussi bien quand les règles sont douloureuses que quand elles sont indolores; il n'y a pas de rapport entre cette dilatation et la quantité de sang rendue.

M. Routh. — Dans certains cas de dysménorrhée, la douleur est due à un spasme utérin et quelquefois à une flexion.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.


Mariani
VIN TONIQUE MARIANI
A LA
COCA DU PÉROU
LE PLUS AGRÉABLE ET LE PLUS EFFICACE DES TONIQUES ET DES STIMULANTS
PARIS, 41. Bd. Haussmann.
LE
VIN MARIANI
à la COCA
n'est garanti que par la
CAPSULE
ci-contre
qui doit porter la signature
de Mr MARIANI
DOSE:
MARIANI'S
TONIC
COCA WINE
is only guaranteed
CAPSULED
as the
fac-simile bearing
Mons. MARIANI'S
signature
DOSE
One Claret-glass
before or after the
meals. and for Children
half the quantity
MARIANI
41 Bd HAUSSMANN
Prix: 5 Francs.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Thèses du 25 au 28 juillet 1894.

Mercredi 25. — M. Ozanon. Contribution à l'étude des paralysies dites systématiques. — M. Bossu. Contribution à l'étude des hémorrhagies précoces dans les cirrhoses hépatiques. — M. Modiano. Recherches sur l'action du bicarbonate de soude et de l'acide lactique sur le chimisme stomacal. — M. Bruchon. Contribution sur l'étiologie et la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac. Sa statistique dans les hôpitaux de Paris. — M. Moret. Contribution à l'étude du traitement des fractures récentes de la rotule par la suture. — M. Roy. Contribution à l'étude de la prothèse immédiate et de la prothèse tardive dans les résections du maxillaire inférieur. — Mme Chellier. Fièvre typhoïde et fièvre puerpérale. — M. Clément. Des rapports de la grossesse gémellaire avec l'éclampsie puerpérale. — M. Lesourd. Diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire. — Mlle Sulicka. Contribution à l'étude des fistules et kystes congénitaux du cou. — M. Zolotnitsky. Hystérectomie vaginale contre le prolapsus des organes génitaux. — M. Girerd. Contribution à l'étude des kystes du parovaire avec persistance du canal de Gærtner. — M. Frænkel. Des tumeurs cancéreuses multiples et primitives à types différents. — M. Samain. Contribution à l'étude de la narcolepsie. — M. Blind. Le rétrécissement mitral des artério-scléreux. — M. Cohanesco. Scarlatine pharyngée. Quelques-unes de ses infections secondaires aux organes voisins. — Mlle Olschewska. Contribution à l'étude clinique de la myocardite typhoïdique chez l'enfant. — M. Mercier (B. J. M.). De l'influence de la grossesse sur le développement et la marche de la tuberculose. — M. Mercier (Ch.). Les petits paris. Considérations sociologiques relative à l'hygione des nourrissons. — M. Tautil. Des épistaxis des vieillards. — M. Ducellier. Le traitement de la phlébite du sinus latéral d'origine auriculaire par le curettage de ce sinus. — M. Charpina. De l'absinthisme. — M. Vassal. Etude critique des affections. Spasmes paralytiques infantiles.

Jeudi 26. — M. Ferreira de Camargo. Contribution à l'étude de l'hypospadias. — M. Ponteau. Des formes graves de l'ostéomyélite chronique ou prolongée. — M. Masson. Essai sur la pathogénie et le traitement du prolapsus du rectum. — M. Gessen. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'empyème chronique. — M. Piedecocq. La mort subite des nourrissons par hypertrophie du thymus. — M. Bourgeois. Etiologie et pathogénie de la fièvre typhoïde. — M. Moin-El-Atebla. La névrose cardiaque des arthritiques. — M. Journeault. De la réinfection syphilitique. — M. Mesnil. Contribution à l'étude des pleurésies hémorrhagiques dites primitives ou hématomes pleuraux. — M. Isnel. Contribution à l'étude de l'action de la vessie de glace à la région précordiale dans les cas de tachycardie d'origine infectieuse. — M. Lieffring. De l'ectopie de la rate. — M. Tisserand. Du vomissement nerveux. — M. Hopenhendler. De l'arthrotomie précoce dans le traitement de l'arthrite blennorrhagique du poignet. — M. Lecompte. Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale. — M. Lebon. De la perforation des artères iliaques dans les abcès de la fosse iliaque interne. — M. Léonard. De la résection intra-crânienne du trijumeau dans les névralgies rebelles de la face. — M. Decuyper. De l'hémarthrose et de son traitement par la ponction. — M. Dubrisay. Contribution à l'étude de la version dans les bassins rétrécis. — M. Najib Eddi. Instrumentation de M. Boissard pour provoquer l'accouchement prématuré. — M. Vanderhagen. Etiologie, pathogénie et traitement des déviations utérines. De l'élythrotomie interligamentaire suivie du massage pour le traitement de certaines formes de ces déviations. — M. Rivet. Essai sur les hernies de l'appendice termique. — M. Coursier. Traitement des cystites chroniques rebelles chez la femme. — M. Javay. Tumeurs malignes des paupières considérées principalement au point de vue de leur traitement. — M. de Guyaral. Etude sur la phthiriasel palpébrale.

Vendredi 27. — M. Daum. La bactériologie de l'impétigo. — M. Floch. Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale. — M. Grelich. Les infections d'origine nasale. — M. Ortiz. Fièvre typhoïde apyrétique. — M. Marion. Contribution à l'étude des affections de l'amygdalite linguale aiguë. — M. Lireux. Contribution à l'étude des ictères épidémiques. — M. Guérin. Contribution à l'étude du traitement du myxœdème. — M. Blot. Abcès chroniques de la cavité de Retzius d'origine rectale. — M. Lepetit. De la cholédocotomie. — M. Estier.i De l'œzène et de son traitement par le nitrate d'argent et le chlorure de zinc.

Samedi 28. — M. Clervoy. Contribution à l'étude clinique des fractures des mâchoires. — M. Malfuson. Déformation du poignet d'origine probablement rachitique. — M. Pignolet. Du rétrécissement du diamètre antéro-postérieur au détroit inférieur. — M. Robert. De l'accouchement par la face et en particulier dans la manto-postérieure. — M. Anselme. De la délivrance incomplète dans l'avortement et de son traitement. — M. Vienne. Contribution à l'étude des hernies ombilicales congénitales et de leur traitement.

La Société française de dermatologie et de syphiligraphie tiendra sa session annuelle à Lyon, les 2, 3 et 4 août, sous la présidence de M. Rollet.

Par arrêté ministériel, en date du 7 juin 1894, ont reçu les récompenses suivantes pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique qui a sévi, en 1893, dans le département de Constantine :

Médaille d'or. — M. le docteur Soulié (d'Alger).

Médailles de vermeil. — MM. Gautier, interne à l'hôpital de Constantine; Ali bou Derba, médecin à Alger; Pierre, médecin des colonies à Condé-Surendon; de Labrousse, médecin des colonies à Guelma.

Médailles d'argent. — MM. Parrot, interne, et Jamot, infirmier à l'hôpital civil de Constantine.

Médailles de bronze. — MM. Maurin, Collin, Bossion, N'Guyen, Kac Can, interne à l'hôpital de Mustapha; Peyret-Dortail, médecin des colonies à Montagnac; Chassaigne, médecin des colonies à Châteaudun-du-Rhumel.

Mention honorable. — Mlle Calcuti, infirmière à l'hôpital civil de Bône.

— Par décision ministérielle, en date du 11 juillet 1894, ont reçu pour leur dévouement à l'occasion de l'épidémie typhoïdique de Poitiers :

Médaille d'argent. — Mme Vergez, en religion sœur Saint-Maixent, de l'ordre des Filles de la Sagesse.

Médailles de bronze. — MM. Jadeau, infirmier auxiliaire au 33e d'artillerie; Leroux, infirmier de visite à la 9e section, et Bonnet, infirmier stagiaire au 125e d'infanterie.

CLINIQUE MÉDICALE

Des végétations adénoïdes tuberculeuses du pharynx nasal, communication à la Société médicale des hôpitaux, par M. Marcel Lermoyez.

L'affection décrite par Meyer (Copenhague) sous le nom de végétations adénoïdes, et dont cet auteur fut le premier à montrer l'extrême fréquence et le rôle capital qu'elles jouent dans la pathogénie infantile, est généralement considérée comme une entité anatomo-clinique irréductible et dont il est classique aujourd'hui d'admettre l'unité.

Anatomiquement, la végétation adénoïde serait toujours constituée par l'hypertrophie simple du tissu adénoïde de l'amygdale pharyngée. Pathogénétiquement, presque tous les symptômes qui l'expriment relèveraient de troubles mécaniques par oblitération des fosses nasales, des trompes, etc. Enfin, il est absolument démontré qu'aucune médication en général ne peut amener la disparition de ces tumeurs; seule, l'ablation y réussit. Cependant, cette synthèse est, à mon avis, trop compréhensive; elle répond à la majorité des faits, mais elle ne les englobe pas tous, et il y a lieu, dès maintenant, de chercher à y porter l'analyse appuyée sur les recherches cliniques et surtout histologiques.

Cliniquement, en effet, il existe parfois des dérogations au schéma de Meyer que l'on n'explique pas encore, mais que l'on ne saurait nier. Ainsi :

1° Certaines végétations adénoïdes récidivent malgré une extirpation radicale; d'autres fois, au contraire, il n'y a pas de repullulation, malgré une ablation incomplète;

2° Des végétations très petites donnent lieu à des troubles extrêmement accentués, alors que parfois des végétations assez grosses sont parfaitement tolérées;

3° Enfin, et ceci est plus important à considérer, le bénéfice que donne l'ablation des végétations n'est pas équivalent dans tous les cas; il est quelques malades, heureusement rares, auxquels cette opération donne de très mauvais résultats.

Anatomiquement, les divergences commencent à se montrer entre les différents observateurs; et récemment, Michel Dansac, à la suite de recherches fort habilement conduites, a été amené à établir une division des végétations adénoïdes en trois variétés : scrofuleuses, lymphadéniques et syphilitiques.

Je crois pouvoir, à mon tour, individualiser une forme rare et non connue de végétations adénoïdes : la *forme tuberculeuse*. Il s'agit dans ce cas d'une forme de tuberculose locale qui, par ses caractères macroscopiques, simule à s'y méprendre les végétations adénoïdes typiques et est très différente de la tuberculose ulcéreuse du naso-pharynx qui a été souvent décrite.

J'ai été amené à diriger mes recherches dans ce sens, après avoir observé l'année dernière deux enfants qui, à la suite de l'ablation de végétations adénoïdes faite dans des conditions normales, avaient présenté un dépérissement rapide; et plus récemment encore j'ai recueilli l'observation d'une malade bien portante affectée dès l'enfance de végétations adénoïdes, dont l'ablation fut le point de départ de tuberculose pulmonaire à marche subaiguë; dans ce dernier cas, l'*infection* par les instruments ne pouvant être admise, deux *hypothèses* seules pouvaient expliquer les accidents : ou bien l'opération avait réveillé une tuberculose pulmonaire latente; ou bien encore il existait dans les végétations enlevées des foyers tuberculeux et l'opération avait été le point de départ d'une auto-infection pulmonaire. Cependant tous les histologistes sont d'accord pour nier qu'il existe des végétations adénoïdes de nature tuberculeuse; seul Pilliet a constaté sur trois coupes la présence de cellules géantes, mais, n'y ayant pas trouvé de bacilles et en l'absence de toute inoculation faite aux animaux, il n'avait pas osé affirmer qu'il s'agît là de tuberculose vraie.

Cependant ma seconde hypothèse ne tarda pas à être justifiée par une observation plus probante que les autres; il s'agissait d'un jeune garçon mal développé, fils d'une mère ayant eu des accidents scrofulo-tuberculeux, mais malgré cela bien portant; il était atteint d'une obstruction nasale absolue produite par d'abondantes végétations adénoïdes. Celles-ci furent enlevées une première fois, mais elles ne tardèrent pas à se reproduire, tandis que l'enfant commençait à se cachectiser rapidement. De nouveau elles furent enlevées; l'examen histologique, fait alors très soigneusement par Michel-Dansac, démontra que ces prétendues végétations étaient constituées par un tissu tuberculeux jeune en pleine organisation, sans trace de dégénerescence; il s'agissait d'une tuberculose végétante de l'amygdale pharyngée dont l'infection s'était faite de dedans en dehors par voie vasculaire. Un traitement général ayant pour base la médication saline ayant été institué, l'enfant s'améliora.

De tels cas doivent heureusement être extrêmement rares; il faudrait bien se garder d'en faire un argument d'opposition pour empêcher des milliers d'enfants de bénéficier d'une opération qui n'en est plus à compter ses succès. Seulement, il n'existe encore aucun signe clinique qui permette d'en faire le diagnostic; seul, un examen biopsique permet de le poser : il est vrai que celui-ci fait courir à l'enfant tous les dangers d'une opération incomplète. On ne pourra donc qu'émettre des présomptions en présence d'un enfant issu de souche tuberculeuse, et présentant le syndrome adénoïdien classique.

Néanmoins les végétations adénoïdes tuberculeuses, n'étant à tout prendre qu'une des tuberculoses locales, nous imposent le devoir d'en pratiquer au plus vite l'éradication; toutefois il importe que celle-ci soit complète, condition bien difficile à réaliser dans une région aussi peu accessible que le naso-pharynx. Aussi y aurait-il peut-être avantage, en pareil cas, à en pratiquer l'ablation à l'aide du serre-nœud ou des curettes galvano-caustiques; on sait que cette méthode ignée a singulièrement diminué les chances d'infection dans le traitement du lupus. De plus, le traitement médical ne doit pas être négligé; il faudra prescrire une médication chlorurée sodique intensive, qui donne de si bons résultats dans le traitement des tuberculoses chirurgicales de l'enfance.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Anurie calculeuse opérée au 5e jour par l'extraction d'un calcul de l'uretère à travers l'incision du rein. Suture complète de la plaie rénale. Guérison par première intention, par M. le Dr Legueu.

Le principe de l'intervention dans l'anurie calculeuse est aujourd'hui accepté par tous, mais le mode de l'intervention et le moment où elle doit être faite sont encore discutés. Les uns préconisent avec MM. Demons et Pousson, dans un travail présenté à l'Académie au mois de février dernier, la néphrotomie d'emblée sans fermeture de la plaie rénale et sans recherche du corps étranger s'il n'est pas immédiatement rencontré. Cette

opération néglige volontairement de s'adresser à la cause de l'anurie. On sait que cet accident si grave est dû à l'engagement d'un calcul à l'entrée de l'uretère ou dans son trajet. Elle a les avantages des opérations de nécessité, mais nous croyons avec la majorité des chirurgiens qu'il convient surtout de s'adresser à la cause.

Mais alors même, on a jusqu'ici, dans tous les cas, laissé le rein ouvert, soit que cet organe trop altéré ou infecté n'offre pas de conditions favorables à la suture, soit que des doutes sérieux sur la perméabilité de l'uretére ne soient venus contre-indiquer la réunion. C'est sans doute pour ces raisons que la fermeture totale et immédiate de la plaie rénale et de l'incision lombaire n'a pas encore été tentée. Dans le cas que nous avons l'honneur de communiquer à l'Académie, il nous a paru que les conditions qui permettent la néphrolithotomie idéale se trouvaient réunies. Un succès rapide a justifié notre conduite. C'est en raison de la façon dont nous avons agi et surtout pour apporter une fois de plus la preuve que, dans ces circonstances si graves, le traitement chirurgical pouvait donner les garanties souvent demandées en vain aux médications, que notre maître M. le professeur Guyon a pensé que la relation de ce fait méritait de vous être soumise.

Le jeudi 14 juin, un malade se présentait à la consultation de l'hôpital Necker en anurie depuis 5 jours : l'anurie était complète, et pendant ces 5 jours, le malade avait à peine rendu quelques grammes d'une urine sanguinolente. M. Guyon, qui allait quitter l'hôpital, me pria de me rendre compte de la situation de ce malade, et de faire sans délai ce que comportait cette situation.

Cet homme, âgé de 65 ans, semble assez souffrant : il marche péniblement, se rend à peine compte de l'endroit où il est, et ne répond que vaguement aux questions qu'on lui pose. Il se plaint de souffrir dans les reins, mais ne peut dire de quel côté. Ce n'est que par la suite que nous avons pu reconstituer son histoire.

Les premiers accidents remontaient à trois ans : à cette époque, il avait eu à droite une crise de colique néphrétique qui avait duré quatre jours, pendant lesquels il n'urina pas. Depuis lors, il eut du même côté deux autres crises qui se terminèrent au bout de quelques jours par l'expulsion du calcul migrateur.

Mais dans l'intervalle de ses crises, il ne souffrait pas, n'éprouvait aucune douleur, et pouvait sans fatigue se livrer aux occupations de sa profession.

Le 5 juin dernier, il s'aperçut, un matin, que ses urines étaient teintées de sang, mais il ne souffrait pas encore. Pendant quatre jours, il continua ainsi à uriner du sang à toutes ses mictions, mais sans éprouver aucune douleur. Ces hématuries continues chez les lithiasiques sont généralement l'indice de l'engagement d'un calcul dans l'uretère. M. Guyon a maintes fois observé et signalé l'importance de cette hématurie prémonitoire de la colique néphrétique, et cette observation est, une fois de plus, la confirmation des observations faites par notre maître, puisqu'au cours de l'opération, nous devions trouver un calcul engagé dans l'uretère à quelques centimètres au-dessous du rein.

Quatre jours après le début de l'hématurie, notre malade fut pris brusquement, le samedi 9 juin, à 2 heures de l'après-midi, d'une douleur subite dans le flanc gauche. En même temps, il cessait d'uriner. Des vomissements apparurent au bout de quelques heures, se répétèrent les jours suivants : les forces diminuèrent bientôt, l'intelligence et la mémoire devinrent obtuses, au point que lorsque le malade se présenta à l'hôpital, on ne pouvait obtenir de lui aucun des renseignements qui précèdent, et qui auraient cependant été très utiles au diagnostic.

La vessie était vide; la sonde retira tout au plus 5 à 6 grammes d'une urine fortement teintée de sang. La palpation des uretères ne donne aucun renseignement, ni par le toucher rectal, ni par le palper abdominal.

Dans les flancs, la pression est douloureuse des deux côtés et surtout en arrière : ni à droite, ni à gauche, il n'est possible cependant de constater une augmentation de volume de l'un des reins. Et cependant, en l'absence de tout commentaire, il y avait là un phénomène de haute valeur, et qui, en l'espèce, nous permit de définir le côté récemment lésé. Du côté gauche en effet, et de ce côté seulement, la palpation du flanc réveillait une contracture réflexe, une sorte de défense des muscles de la paroi abdominale; et c'est sur ce seul fait que je posai le diagnostic d'une oblitération calculeuse récente de l'uretère gauche.

Séance tenante, le malade fut endormi : j'espérais avoir, grâce à l'anesthésie chloroformique, des sensations plus précises. Il n'en fut rien; bien au contraire, une fois l'anesthésie obtenue, la contracture musculaire disparut, et si j'avais attendu à ce moment pour fixer le côté de l'intervention, j'aurais été fort embarrassé sur le choix à faire. J'en restai donc à mes premières impressions et mis le rein *gauche* à découvert.

Une longue incision lombaire parallèle au bord externe du muscle carré lombaire me conduisit jusqu'à la graisse périrénale. Le rein était haut situé sous les côtes : son extrémité supérieure était difficile à atteindre, il y avait des adhérences périrénales, la décortication fut pénible, mais, au bout de quelques minutes, le rein tout entier fut amené et hernié entre les lèvres de l'incision cutanée. Il n'était pas très gros, ne semblait pas distendu, mais paraissait très congestionné.

Pendant que, des doigts de la main gauche, je comprimais le pédicule, je fendis au bistouri le bord convexe de l'organe dans une hauteur de six centimètres. Dans le bassinet ouvert par cette incision je trouvai quelques calculs, friables, qu'il fut facile d'extraire en poussière.

Je me mis alors en devoir de cathétériser l'uretère pour voir si l'oblitération était seulement produite par les calculs que je venais d'extraire du bassinet, ou s'il n'existait pas plus loin un autre calcul engagé. Une sonde-bougie s'engagea facilement dans l'orifice supérieur de l'uretère, et s'arrêta à trois centimètres environ du rein. Au même niveau la palpation extérieure de l'uretère me faisait sentir une induration localisée, arrondie, du volume d'une fève, donnant l'impression d'un ganglion lymphatique. Mais une sonde cannelée introduite à travers le rein et l'uretère jusqu'au même point me donna une sensation nettement calculeuse. C'était donc bien un calcul, qui, arrêté dans son trajet uretéral, était la cause des accidents.

Ce calcul, il me fut possible de le faire remonter par pression jusque dans le bassinet, d'où il fut extrait. C'était un petit calcul phosphatique du volume d'une fève.

Avant de fermer la plaie rénale, je voulus m'assurer que l'uretère était perméable. Une sonde fut introduite, qui descendit jusqu'à la vessie.

L'obstacle étant levé, et l'uretère étant redevenu et vérifié perméable, il n'y avait pas de raison pour ne pas terminer l'opération comme une néphrolithotomie ordinaire. Le rein fut suturé sans drainage à l'aide de six points de fort catgut. La plaie rénale fut suturée complètement à trois étages : l'opération avait duré 35 minutes.

Avant de renvoyer le malade à son lit, je le sondai, et trouvai dans la vessie 30 grammes environ d'une urine hématurique contenant seulement trois grammes d'urée par litre.

Les suites opératoires furent particulièrement simples :

La plaie se réunit par première intention, et le malade se levait au dixième jour.

Au point de vue thérapeutique, le résultat fut excellent : le premier jour de l'opération le malade urina spontanément, dans les 24 heures, 1500 grammes d'urine : le deuxième jour, 2 litres 300 ; le troisième jour, 2 litres ; le quatrième jour, 1600 grammes d'une urine de moins en moins colorée par le sang.

Ultérieurement la quantité des urines varia entre 1500 et 1800 grammes.

Au point de vue de la contenance en urée, l'analyse quantitative des urines donna des renseignements fort intéressants. Nous avons dit que les urines recueillies immédiatement après l'opération ne contenaient que 3 grammes environ d'urée par litre. Le lendemain, elles en contenaient 13 grammes ;

Le troisième jour, 15 ; le quatrième, 17 gr. ; et ainsi, après avoir éliminé les premiers jours jusqu'à 35 grammes d'urée, le malade voyait cette proportion s'abaisser et revenir à un taux à peu près normal.

La suppression de l'obstacle, lorsqu'elle est faite à temps, entraîne donc la reprise immédiate de la fonction : il s'établit alors une sorte de compensation : les premiers jours, la quantité d'urine et d'urée est de beaucoup supérieure à la normale, et peu à peu l'équilibre se rétablit au point de vue de la quantité et au point de vue de la qualité.

On pouvait craindre que la suture du rein ne fût pas favorable au retour de la fonction, et croire que la fistulisation du bassinet, le maintien de la plaie rénale ouverte assureraient mieux la guérison. L'observation qui précède vient démontrer le contraire, puisque le rein suturé et fermé a repris immédiatement son fonctionnement.

Les opérations pour anurie ne sont pas nombreuses. Dans le travail auquel nous avons fait allusion, MM. Desmons et Pousson n'en trouvaient que 18 cas publiés tant en France qu'à l'étranger : en y ajoutant quelques cas encore inédits mais dont nous avons eu connaissance, nous pouvons approximativement porter à une vingtaine le nombre des opérations de ce genre, ayant donné 7 guérisons. Ces opérations ne sont graves que par les circonstances sérieuses dans lesquelles elles sont pratiquées, sur des malades en anurie depuis plusieurs jours et déjà intoxiqués. Aussi, pour être efficace l'intervention doit-elle être précoce, sous peine de rencontrer un organisme en état d'urémie, ou un rein déjà altéré par la compression et incapable de faire la compensation par un excès de fonctionnement.

Au point de vue clinique, nous désirons insister sur la difficulté qu'il y a le plus souvent à déterminer le côté où siège le calcul oblitérant et où doit porter l'intervention. Souvent les malades ou n'accusent pas de douleurs, ou n'ont que des douleurs vagues, qu'ils ne peuvent localiser. Notre malade était de ce nombre : il ne pouvait avant l'opération nous dire exactement de quel côté étaient survenues récemment des douleurs, et ce n'est qu'après l'opération que nous avons pu lui faire dire que sa dernière crise siégeait à gauche. Il faut donc savoir se passer de ces renseignements. Or à plusieurs reprises nous avons constaté chez ces malades en l'absence de tout commémoratif une dépense musculaire, une sorte de contracture musculaire, qui se produisait à l'exploration de la région rénale, et fut entre nos mains deux fois le seul élément sur lequel nous ayons basé le choix à faire du côté à opérer.

Au point de vue opératoire, il est un détail qui a eu sur la conduite à tenir une grande valeur : c'est le cathétérisme rétrograde de l'uretère. C'est lui qui d'abord nous a révélé l'existence d'un calcul engagé dans le conduit : c'est lui aussi, qui, en nous permettant ultérieurement de vérifier la perméabilité de l'uretère, nous autorisait à faire la suture primitive et totale, qui a procuré à notre malade une guérison rapide et complète.

DERMATOLOGIE

Sur le rôle des clasmatocytes dans la chromoblastose addisonienne, par le Dr Ch. Audry (de Toulouse), chargé de la clinique de dermato-syphiligraphie à la Faculté de médecine.

En novembre 1892, M. E. Lacroix et moi avons eu l'occasion d'examiner une tumeur pigmentaire de la face qui, entre autres particularités, nous permit de constater et de décrire des altérations singulières que nous reproduisons ici (1), en retenant seulement ce qui nous intéresse actuellement, c'est-à-dire les lésions de pigmentation observées dans le tissu conjonctif dermo-papillaire :

« L'infiltration pigmentaire se présente sous des aspects différents. Dans l'immense majorité des cas, le pigment siège à l'intérieur des éléments cellulaires.

Dans les couches superficielles, les cellules pigmentaires ne présentent aucune ordonnance précise. Elles sont disséminées en groupes de densité variable sur les bords desquels quelques cellules plus isolées peuvent être étudiées à loisir. L'intensité de la coloration varie, ce qui permet de les distinguer en deux groupes. Les uns consistent dans des masses souvent volumineuses de substance granuleuse d'un noir d'encre de Chine : on n'y peut pas percevoir les noyaux, et elles ne présentent pas de prolongements, mais de leurs bords semblent se détacher de fines granulations pigmentaires libres dans le tissu ambiant. Les autres, plus nombreuses, offrent une teinte sépia plus ou moins foncée : elles ont des formes très irrégulières. Leurs noyaux sont bien apparents ; leur protoplasma est pour ainsi dire teinté par le pigment qui n'est plus aussi nettement granulé. Elles présentent des prolongements dans tous les sens et dans tous les plans ; ces prolongements assez épais offrent des varicosités ; par leurs extrémités, ils semblent s'effriter en petites boules pigmentées, rappelant la structure des *clasmatocytes* de Ranvier. Ces cellules ne nous ont jamais paru s'anastomoser, nouvel argument en faveur de l'assimilation avec les clasmatocytes.

Dans les parties profondes, ces nappes de cellules pigmentaires sont orientées autour des gros vaisseaux. Elles présentent les mêmes apparences que les précédentes... »

J'ai eu l'occasion d'examiner des fragments de peau et de muqueuse d'un homme mort de maladie d'Addison. Quelques-unes des coupes que j'ai colorées par le picrocarmin, le carmin aluné ou l'hématoxyline éosiné m'ont présenté des figures sensiblement comparables à celles que G. Lacroix et moi avons décrites dans le paragraphe déjà cité.

Sur les coupes de *peau*, je n'ai vu que les traces d'une pigmentation intense très exactement limitée à la couche génératrice de l'épithélium cutané.

Il n'existait aucune trace de pigment libre ou de leucocytes pigmentifères dans la zone dermo-papillaire, ce qui m'a paru réellement paradoxal.

On sait qu'en général, on retrouve à peu près constamment, en cas de chromoblastose anormale, des fragments de pigment dans la zone vasculaire de la peau. Je n'ai pas à revenir ici sur la question de l'origine sanguine du pigment. Je ne pense pas cependant qu'on puisse admettre une élaboration du pigment par les cellules de la couche génératrice (noyau ou protoplasma), comme l'a jadis soutenu Jahrisch en d'autres circonstances d'ailleurs.

(1) Villard. Nævus de la face devenu monstrueux. *Archives provinciales de chirurgie*, novembre 1892. — L'examen histologique fut fait dans le laboratoire du Pr J. Renaut.

Il paraît plus justifié d'admettre simplement que la chromoblastose anormale s'est arrêtée et que l'apport des éléments pigmentifères par la voie sanguine a complètement cessé au niveau du point examiné. Il est d'ailleurs à noter que le pigment très abondant, existant surtout à l'état diffus, c'est-à-dire de fines granulations noyées dans le protoplasma, ne se trouvait guère que dans la couche génératrice et qu'il empiétait très peu sur les plans profonds du corps muqueux.

Sur les coupes de *muqueuse buccale*, on constatait au contraire des dispositions très différentes et qui se rapprochaient bien plus des descriptions et des figures anciennes de Riehl et autres auteurs, et aussi des altérations que nous avons décrites dans le cas du nævus noir dont j'ai rappelé l'étude histologique.

Le pigment se présentait comme d'ordinaire, avec des apparences un peu différentes suivant qu'il se trouvait en bloc, en granulations, diffus dans le protoplasma cellulaire, libre entre les fibres conjonctives, etc. Je n'insiste pas sur sa topographie dans l'ectoderme : il y occupe la couche génératrice avec sa prédilection habituelle, et il y est très abondant ; de plus, on en retrouve des traces nombreuses dans les plans profonds de la couche malpighienne.

Dans le derme, on le trouve sous diverses formes, quelquefois libre dans les tissus ; d'autres fois inclus dans les cellules migratrices, ou simplement adhérent à ces dernières ; il se trouve naturellement plus abondant dans les papilles et dans l'axe des papilles, c'est-à-dire au point d'arrivée des leucocytes. Je ne l'ai pas vu dans les troncs plus volumineux. J'ajoute qu'il n'existait aucune trace appréciable d'une endo-vascularite quelconque.

Mais de plus, on trouve un assez grand nombre d'éléments rameux, étoilés, qui sont comme gonflés, injectés de pigment en fines granulations sombres. Ces cellules sont identiques entièrement à celles que Lacroix et moi avons décrites tout à l'heure. Elles offrent les mêmes caractères, et nous n'y revenons pas. Evidemment, ces cellules rameuses pigmentifères ont été vues et figurées par tous les auteurs. On n'a qu'à se rapporter à la figure que Kaposi a reproduite d'après Riehl, et à l'étude classique de J. Renaut sur l'anatomie pathologique des dermatoses. Déjà on les a rapprochées des chromoblastes d'autres espèces animales, et en effet, cette comparaison s'impose. Cependant, je suis très porté à croire que l'on ne peut pas se contenter d'y voir des cellules migratrices ordinaires ; d'autre part, on s'explique mal pourquoi le pigment dont l'origine sanguine semble ici évidente serait arrêté au passage par les cellules fixes du tissu conjonctif. C'est pourquoi nous considérons de tels éléments comme correspondant très vraisemblablement à des clasmatocytes pigmentés : les cellules migratrices pigmentifères se sont arrêtées, greffées sur les éléments de soutènement du derme, et elles sont devenues ou sont en train de devenir de véritables cellules fixes (1).

(1) La question des pigmentations est actuellement fort délaissée en France. Voici quelques indications bibliographiques nécessaires : Articles de Halpern, Ehrmann, Jarisch in *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1891-92-93. — Cohn, *Monatsch.*, 1894. — Serg. Marc, *Virchow's Archiv*, Bd 136 ; A. 1 ; P. 21. — Lewin, *Charité Annalen für Dermat.*, 1894. Bd 27 ; H. 2. — Ewald, *Dermatol. Zeitschrift*, avril 1894. Bd 1 ; H. 4. — Raymond, *Arch. de phys.*, 1892. — Les articles de Lewin et de Ewald sont relatifs à la maladie d'Addison.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS

3e Session triennale tenue à Washington, les 29, 30, 31 mai et 1er juin 1894.

Traitement des fibromes utérins.

M. Lusk. — Il ne faut recourir à l'hystérectomie ou à la myomectomie que lorsque toutes les autres méthodes de traitement ont échoué. Beaucoup de myomes utérins, en effet, restent stationnaires pendant des années ou même disparaissent spontanément après une grossesse. Pour les petits fibromes j'emploie la méthode d'Apostoli. Souvent les mesures palliatives amènent une grande amélioration. Il faut s'appliquer à combattre l'hyper-nutrition de l'utérus. Quand la chose est possible, je conseille la dilatation du col et l'ablation de la tumeur par cette voie. On ne doit faire l'hystérectomie par la voie abdominale que quand il y a des adhérences multiples, des tumeurs nombreuses ou d'autres complications. Les statistiques me font préférer l'hystérectomie vaginale. La voie abdominale expose à une cicatrice, à une éventration, à des adhérences de l'épiploon, au shock résultant de la mise à l'air des intestins. Je ne suis pas partisan de la castration.

M. Polk. — On tend à préférer la myomectomie à l'hystérectomie. Je crois qu'il est aussi sûr de faire cette ablation par la voie abdominale que par la voie vaginale. Même l'existence de pyosalpinx n'autorise pas à faire la castration ou l'hystérectomie, car même dans ce cas l'ovulation peut encore se faire.

M. Baldy. — Je crois au contraire qu'il faut tout enlever et ne laisser aucune parcelle de tissu utérin pouvant devenir le point de départ de lésions nouvelles ; je ne conseille donc pas la myomectomie. J'aime mieux l'hystérectomie par la voie abdominale, ce qui permet de se rendre compte *de visu* de l'état des choses.

M. Cushing. — Dans le cas de myome, l'utérus devenant un organe inutile, je ne vois pas pourquoi on préférerait la myomectomie à l'hystérectomie. Quand il y a de la douleur et des hémorrhagies, les trompes et les ovaires sont malades. Je n'aime pas la voie vaginale, parce qu'elle ne permet pas l'ablation totale ; elle n'est admissible que dans le cas de petite tumeur.

M. Wylie. — En général, il faut pratiquer l'hystérectomie. Chez les jeunes femmes j'ai recours à des moyens palliatifs, comme le curettage.

M. Byford. — J'adopte l'opinion de Lusk et je ne crois pas à l'utilité de l'ablation de l'utérus dans tous les cas de tumeurs fibreuses. A l'aide de moyens palliatifs j'ai pu maintenir bien des malades dans de très bonnes conditions pendant de longues années. Je n'ai jamais vu la maladie se compliquer de cancer. Je cherche à transformer ces tumeurs en polypes par l'administration d'ergot de seigle à l'intérieur et par des tractions exercées sur elles. Je dilate ensuite le col et je fais une énucléation de la tumeur. Quand on se résout à une opération, on doit toujours traiter le pédicule par la méthode extra-péritonéale. Je conseille le drainage.

M. Engelmann préfère l'hystérectomie vaginale, qu'il considère comme beaucoup moins dangereuse.

Déchirure de l'utérus.

M. Green. — Le traitement palliatif consiste à soutenir la malade par l'alimentation et des stimulants, et à employer des antiseptiques et le tamponnement. Ce traitement m'a souvent donné de bons résultats. Il vaut mieux y recourir que d'exposer la malade aux dangers d'une laparotomie suivie de suture de l'utérus. Du reste, la déchirure est en général si irrégulière qu'il est impossible de réunir exactement les bords de la plaie. Un tamponnement bien fait arrête l'hémorrhagie. Un lavage de la cavité abdominale à travers la déchirure n'est indiqué que si le liquide amniotique s'est répandu dans la cavité péritonéale.

M. Mc Lean. — Je considère le traitement palliatif comme suffisant dans la très grande majorité des cas; la version est en général inutile. Si les intestins s'échappent par la déchirure ou si le placenta ou les eaux ont passé dans la cavité péritonéale, il faut faire une laparotomie.

M. Lusk. — Quand il s'agit de déchirures incomplètes de la paroi postérieure, le traitement palliatif suffit; si les déchirures portent sur la paroi antérieure, elles entraînent généralement la mort.

M. Davis. — La rupture de l'utérus est plus fréquente chez les multipares ayant eu antérieurement une infection utérine.

M. Polk. — Le plus important, c'est de vider l'utérus et de s'assurer qu'on n'y laisse rien.

Déchirure du périnée.

M. Wylie. — J'ai recherché la meilleure méthode de traitement d'une ancienne déchirure du périnée, surtout quand elle est compliquée de rectocèle. On croit, à tort, que toute déchirure du périnée se prolongeant jusqu'au rectum s'accompagne nécessairement d'un déplacement de l'utérus. Si la rupture occupe la ligne médiane, même si elle intéresse le sphincter de l'anus, il n'y a pas de déplacement consécutif de l'utérus. Mais si le releveur de l'anus est déchiré des deux côtés, les efforts de défécation amènent un abaissement de l'utérus. Les fonctions du périnée consistent, non pas à maintenir l'utérus en position, mais à maintenir les relations du rectum et de l'anus. Quand le périnée est détruit, les efforts de défécation amènent de la rectocèle. Pour y remédier, il faut suturer le muscle déchiré. Les efforts de défécation sont la cause de la rétroversion et du prolapsus. Pour remédier à cet inconvénient, je fais une modification de l'opération de Tait, qui a pour but de rétrécir la paroi postérieure du vagin. Il faut dénuder et relever le releveur de l'anus et le fascia.

Tumeurs rétro-péritonéales et intra-ligamenteuses.

M. Wathen. — Les kystes du parovarium et les myomes utérins rétropéritonéaux sont justiciables des mêmes opérations. A peu d'exceptions près, les tumeurs qui s'enfoncent profondément dans le tissu connectif rétro-péritonéal sont des restes du mésonéphros. Ces tumeurs kystiques ou solides peuvent séparer le péritoine en avant et venir s'attacher à la vessie ou aux muscles abdominaux. Plus souvent cependant, elles siègent en arrière. La tumeur passant sous le cul-de-sac de Douglas sépare le mésorectum, le mésocôlon ou le mésentère, et arrive sous l'appendice, le cæcum ou le côlon ascendant, entre ces organes et la paroi abdominale. La paroi de ces tumeurs est très vasculaire; les vaisseaux proviennent des artères ovariennes et utérines; il faut donc lier ces dernières avant de procéder à l'énucléation. Les principaux dangers de l'opération résident dans des hémorrhagies, des plaies des viscères, des infections. Il faut prendre de grandes précautions dans la séparation de la tumeur au voisinage de la vessie et des intestins. Le drainage peut être utile.

Inflammation des uretères.

M. Mann. — L'inflammation des uretères est bien plus fréquente qu'on le croit. Cet accident est généralement causé par une inflammation du tissu cellulaire du bassin, la suppuration des organes pelviens, la blennorrhagie, les accouchements. Les symptômes consistent en des douleurs à la pression sur le trajet des uretères. Il faut examiner l'urine; s'il y a du pus, on doit soupçonner l'urétérite. On prend souvent l'uretérite pour de la cystite. Quelquefois, on peut sentir que les uretères sont épaissis. La douleur est plus fréquemment localisée à gauche; elle est quelquefois très intense. Il faut conseiller les bains chauds, les alcalins, les antiseptiques, les diurétiques.

XIXe RÉUNION DES NEUROLOGISTES ET ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD

Tenue à Baden-Baden du 2 au 4 juin 1894.

Neuromyosite aiguë.

M. Hoffmann (Heidelberg) a observé un malade qui, sans cause connue, fut pris de douleurs et de tuméfaction des muscles qui plus tard se paralysèrent. Les parties malades devinrent le siège d'un œdème.

Le diagnostic de névrite multiple fait pendant la vie a pu être confirmé par l'examen microscopique des pièces. Il existait notamment une infiltration des vaisseaux des nerfs, une dégénérescence de plusieurs nerfs périphériques et du nerf pneumogastrique. Les ganglions spinaux et la moelle épinière étaient hyperhémiés. Les fibres musculaires qui n'avaient pas perdu leur striation étaient diminuées de volume, les vaisseaux des muscles infiltrés. En somme, le tableau microscopique de la névrite combinée à la myosite.

M. Edinger a pu faire l'autopsie d'un cas analogue. Dans son cas, l'endartérite pouvait être considérée comme le point de départ de l'affection. Il en est peut-être de même du cas de M. Hoffmann.

M. Hoffmann pense que son cas relève d'une infection.

Etat des réflexes dans la myélite transverse.

M. Gerhardt (Strasbourg) a observé un jeune homme chez lequel il a vu se développer, dans l'espace de six mois, une paraplégie avec anesthésie complète des membres inférieurs. Les réflexes cutanés et tendineux étaient exagérés. L'exagération des réflexes tendineux a persisté pendant 4 ans et demi, tandis que les réflexes tendineux de même que l'excitabilité électrique des muscles disparurent 6 mois avant la mort.

A l'autopsie on trouva un angiome des corps vertébraux qui avait complètement détruit la moelle épinière dans une étendue de 3 cent. et demi. Sous le microscope, on ne trouvait pas dans le tissu sclérosé une seule fibre nerveuse. Les faisceaux pyramidaux étaient atteints de dégénérescence ascendante.

M. Hitzig a présenté des préparations provenant d'un individu qui a vécu 11 ans après un écrasement complet de la moelle. La substance blanche était complètement détruite, la substance grise était conservée en partie. Chez ce malade l'excitabilité électrique des muscles, très affaiblie, a persisté jusqu'à la mort. Les réflexes étaient abolis.

Phénomènes cérébraux pendant les douleurs violentes.

M. Laquer (Francfort) a observé un mécanicien de chemin de fer qui, pendant des accès de névralgie sus-orbitaire, était pris de délire pendant lequel il divaguait sur les faits du service. Le délire disparaissait après chaque crise névralgique. Dans un autre cas observé par M. Laquer, il s'agit d'une hystérique de 20 ans qui, pendant un accès de névralgie faciale, fut prise de délire pendant lequel elle parlait avec terreur des médecins de sa ville. Le délire survenait à chaque accès, dont la malade ne gardait aucun souvenir. Enfin, chez un homme de 27 ans on a constaté, après un accès de névralgie sus-orbitaire, l'existence de troubles aphasiques et d'une hémi-hyperesthésie du côté opposé.

Pour M. Laquer, les phénomènes en question seraient provoqués par l'irradiation de la douleur.

Abcès cérébral.

M. Kraske (Fribourg) a présenté deux malades : 1° un homme de 32 ans qui, deux mois après un traumatisme de la région temporale droite, fut pris de vertige avec céphalalgie et vomissements. Peu à peu les douleurs se localisèrent dans un point, et bien que la stase papillaire fît défaut, on diagnostiqua une tumeur du cerveau. Trépanation au niveau du point douloureux. Après la résection de l'os épaissi, on ne trouva rien d'anormal ni sur la dure-mère, ni dans le cerveau dont la surface paraissait un peu décolorée. La plaie fut fermée et les troubles disparurent quinze jours après l'opération. 2° Un garçon de 12 ans, sujet à une otorrhée, est pris d'un état particulier après une légère opération sur les amyg-

dales. Peu de temps après, convulsions localisées à la moitié droite du corps,suivies de perte de connaissance avec anémie passagère. On diagnostiqua un abcès du cerveau. Trépanation qui permit de trouver et d'évacuer un abcès du temporal. Guérison.

Dermatomyosite chronique.

M. Schultze (Bonn). — Il s'agit d'un enfant de 3 ans pris d'œdème de la face et des pieds et de douleurs à la pression des muscles. Au bout de quelque temps, impossibilité de marcher. Pas de rachitisme ni de pseudo-hypertrophie. Organes internes sains; réflexes conservés. Diminution de l'excitabilité électrique sans réaction de dégénérescence. Au bout de quelque temps, la plupart de ces phénomènes disparurent.

L'examen microscopique d'une parcelle de gastrocnémien montra que les fibres musculaires très amincies étaient séparées par une infiltration de petites cellules.

Intoxication par le trional.

M. Hecker (Wiesbaden). — Une femme de 50 ans, sujette à des dépressions psychiques avec insomnie, prend ordinairement 1 gr. 50 de trional avant de se coucher. Elle contracte une angine catarrhale simple qui dure quelques jours et après laquelle elle est prise d'une démarche incertaine avec symptômes de démence paralytique sans troubles de la sensibilité. Urine normale. On supprime le trional dont la malade avait pris 54 grammes et tous les troubles disparaissent au bout de 5 semaines.

Paralysie progressive avec atrophie musculaire.

M. Hoche (Strasbourg) a observé deux paralytiques généraux chez lesquels il existait une absence des réflexes, une atrophie des muscles des mains avec réaction de dégénérescence. A l'autopsie d'un de ces malades, on trouva une sclérose des cordons postérieurs et une intégrité des cornes et racines antérieures. Les muscles étaient dégénérés. Leur atrophie était probablement d'origine cachectique.

Paralysie bulbaire anormale.

M. Strumpell (d'Erlangen) a observé un malade présentant tous les signes de paralysie bulbaire, entre autres un épuisement rapide quand le malade parlait ou exécutait quelques mouvements. A plusieurs reprises, il eut des accès de suffocation dus à l'abaissement de la langue qu'on était obligé de tirer en avant afin de prévenir l'asphyxie. Pendant son séjour à l'hôpital, il présenta des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Un matin, il fut trouvé mort dans son lit. Or, à l'autopsie, le système nerveux central, examiné avec le plus grand soin, fut trouvé absolument sain.

M. Edinger a observé un cas tout à fait analogue. A l'autopsie, on ne trouva qu'une hypoplasie du système nerveux.

Troubles vésicaux simulés.

M. Weill (Strasbourg) a sauvé un soldat de 21 ans qui, à la suite des exercices de saut, vint à la visite pour des troubles de miction. Il disait notamment qu'il était obligé d'uriner toutes les 4 ou 5 minutes et que dans les intervalles l'urine coulait goutte par goutte de son urèthre. L'examen du malade ne permit de trouver aucun trouble fonctionnel ni organique. Le malade fut donc mis en observation et là, on constata qu'à la fin de chaque miction, il arrêtait la contraction du sphincter externe et permettait ainsi à l'urine de s'accumuler dans l'urèthre. Aussi quand, à la fin de la miction, on disait au malade de pousser, l'urine ne s'écoulait plus après la miction.

PREMIÈRE RÉUNION DES LARYNGOLOGUES DE L'ALLEMAGNE DU SUD

Tenue à Heidelberg le 14 *mai* 1894.

Empyème traumatique du sinus maxillaire.

M. Bauer (Nurnberg) a observé un individu qui, s'étant heurté la figure contre le tiroir d'une commode, fut pris au bout de quelques jours d'une tuméfaction du maxillaire du côté droit, puis, au bout de 8 jours, d'un écoulement de pus sanguinolent par la narine droite. L'écoulement disparut en quelques jours, mais les phénomènes inflammatoires du côté du maxillaire s'aggravèrent, et, lorsque le malade vint chez M. Bauer, il trouva de la fluctuation manifeste au-dessus de la canine droite. Ouverture du sinus à travers le conduit nasal inférieur, et évacuation d'un pus sanguinolent. Lavage de la cavité et tamponnement. Guérison complète en 15 jours.

Corps étranger du sinus sphénoïdal.

M. Betz (Mayence). — Il s'agit d'un officier atteint de suppuration fétide du nez et chez lequel on avait fait le diagnostic d'empyème du sinus ethmoïdal gauche. Dix jours après l'ouverture du sinus, on trouva dans sa cavité un brin de paille de 2 cm. de longueur. Extraction du corps étranger et tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison.

D'après ce que racontait l'officier, le corps étranger a dû pénétrer dans le sinus au moment où l'officier, étant à cheval, a fait une inspiration très forte. Il se rappelait avoir perçu à ce moment une douleur très vive mais qui passa instantanément.

Des opérations sur le nez chez les hémophiles.

M. Rosenfeld (Stuttgart) attire l'attention sur les dangers que peuvent présenter chez les hémophiles les moindres interventions sur le nez.

Dans le cas qu'il a observé, il s'agit d'une jeune fille — d'une famille d'hémophiles, comme il l'apprit plus tard — venue pour un asthme bronchique d'origine nasale. A l'examen du nez on avait, en effet, trouvé 2 plaques qui furent enlevées au glvano-cautère. La section faite, se déclare une hémorrhagie contre laquelle échouent progressivement le tamponnement lâche puis serré de la fosse nasale, le tamponnement classique avec la sonde de Belloc, les cautérisations au perchlorure de fer. Et comme le sang coulait toujours, la malade commença à présenter les signes d'anémie aiguë qui furent combattus par les infusions sous-cutanées de solutions salines. Bref, l'hémorrhagie ne fut arrêtée qu'au bout de 5 heures après la cautérisation du pédicule au fer rouge.

Depuis cette époque, M. Rosenfeld s'informe toujours des antécédents de ses malades et n'opère plus les hémophiles.

M. Eulenstein a eu à compter avec une hémorrhagie extrêmement grave dans un cas où il avait à enlever un angio-fibrome de la muqueuse nasale. Il croit que les tumeurs de ce genre ne doivent être enlevées que par voie nasale extérieure.

M. Kollmann (Badenveiler) est arrivé à arrêter, chez un hémophile, l'hémorrhagie nasale par la compression digitale du nez exercée sur la face externe de l'organe.

M. Weil (Stuttgart) a perdu un jeune garçon hémophile qui succomba à l'hémorrhagie survenue après une opération insignifiante sur le nez.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 *juillet* 1894.

PRÉSIDENCE DE M. EMPIS.

Rhinoplastie sur support métallique.

M. Chauvel lit sur ce sujet, à l'occasion d'un travail de **M. Forgue** (de Montpellier), un rapport qui se résume ainsi qu'il suit :

Bien que les faits de destruction du nez soient assez fréquents, les observations de rhinoplastie totale deviennent rares. A l'heure actuelle, la syphilis, mieux et plus rapidement traitée, ne fournit que de bien rares occasions d'autoplastie totale; c'est le lupus, c'est l'épithéliome qui conduisent à des destructions étendues, à la nécessité de rhinoplasties totales.

C'est à M. Cl. Martin (de Lyon) que revient l'honneur d'avoir imaginé d'implanter sur le pourtour osseux de l'antre nasal un cadre de platine qui sert de patron pour modeler le

lambeau et assure la stabilité du résultat plastique. Quant au lambeau lui-même, il doit être emprunté au front. Grâce à la prothèse nasale et à la tolérance des tissus pour le platine, grâce à l'antisepsie qui garde le lambeau contre la suppuration et la rétraction, l'autoplastie appliquée aux restaurations même totales du nez, ne doit pas être rejetée sans examen. Jusqu'à présent, sur 14 essais de rhinoplastie sur support métallique, il n'en est que 3 où l'on ait constaté des accidents de gangrène ou de suppuration, encore ceux-ci n'étaient-ils pas sous la dépendance immédiate de la prothèse. Un pansement léger, l'absence de tiraillement réalisée par la prise de larges lambeaux, la fixation solide du cadre de platine pourront mettre à l'abri de ces complications.

M. Berger reconnaît que le corps étranger est, en général, bien supporté, mais il n'est pas enthousiaste de la méthode. Il a, en effet, vu des malades chez lesquels le résultat, d'abord favorable, s'est gâté peu à peu.

Désinfection des habitations.

M. Laveran. — Le meilleur procédé de désinfection des parois des habitations consiste à les laver avec une solution savonneuse d'abord, puis avec une solution d'acide phénique à 5 pour 100 ou de sublimé à 2 pour 1,000 acidulée; dans tous les locaux qui sont exposés à de fréquentes souillures : hôpitaux, casernes, écoles, chambres d'hôtel, etc., il faudrait avoir des parois imperméables faciles à nettoyer et à désinfecter par ce procédé.

Lorsqu'on opère la désinfection à l'aide de pulvérisateurs, il faut pulvériser le liquide désinfectant jusqu'à ce qu'il ruisselle le long des murs; même dans ces conditions, la désinfection faite par ce procédé est souvent incomplète.

La solution d'acide phénique à 5 0/0 nous paraît préférable pour la désinfection des murs par lavage ou par pulvérisation aux solutions de sublimé à 1 ou 2 pour 1000.

M. Dujardin-Beaumetz. — Dans une telle question, il importe de distinguer nettement entre les expériences de laboratoire et les faits de la pratique. Sans doute il est préférable de laver à grande eau les surfaces contaminées; mais il est nombre de cas, notamment lorsqu'il s'agit des habitations, dans lesquels ce procédé ne serait pas applicable ni accepté.

Or, la pulvérisation ou plutôt l'injection de liquides antiseptiques à l'aide des appareils actuellement en usage permettent, quand on sait bien s'en servir, de désinfecter presque aussi bien qu'avec le lavage, en tout cas d'une manière très suffisante à en juger par les résultats obtenus.

En effet, ce que nous observons actuellement à Paris depuis deux ans est singulièrement instructif. Depuis que la désinfection y est pratiquée par le service municipal de désinfection, les épidémies sont très promptement arrêtées; aucune épidémie de maison ne résiste même pour des maladies aussi contagieuses que le typhus exanthématique.

On ne saurait donc trop engager les administrations municipales à suivre l'exemple donné par la Ville de Paris et à imiter avec soin la pratique de désinfection qui y est mise en usage avec tant de succès.

M. Vallin. — La pulvérisation de solutions antiseptiques doit être employée dans les habitations dont les murailles sont garnies de papiers de tenture et d'étoffes : c'est le seul procédé acceptable. Mais, lorsqu'on a affaire à des surfaces nues, il me paraît préférable de procéder à des lavages, et mieux encore, lorsque cela est possible, à des badigeonnages au lait de chaux, en ayant bien soin de ne pas gratter préalablement le badigeon ancien.

M. Laveran. — La pulvérisation est évidemment une opération de nécessité dans la pratique de la désinfection des grandes villes; toutefois, lorsqu'on peut la remplacer par le lavage pratiqué comme je viens de le préciser, celui-ci doit toujours être préféré.

Anévrysme de la 3e portion de la sous-clavière.

M. Ch. Monod présente un homme de 51 ans, qui a guéri d'un anévrysme, siégeant sur la 3e portion de la sous-clavière, par ligature simultanée de la sous-clavière au-dessus de la clavicule et de la carotide primitive, d'après la méthode dite de Brasdor.

Ce fait paraît unique. Il existe bien dans la science quelques observations d'anévrysme sous-clavier traité par ligature faite au delà de la tumeur; mais le fil dans ces cas a été placé au-dessous de la clavicule, sur l'artère axillaire. La plupart se sont terminés par la mort.

M. Monod attribue le succès qu'il a obtenu à deux causes : d'abord à ce que, par la ligature concomitante de la carotide, il a mieux assuré le ralentissement du cours du sang dans la poche anévrysmale; ensuite à ce que, en évitant, grâce aux précautions antiseptiques prises, la suppuration profonde de la plaie, et en serrant modérément le fil constricteur, il a évité la section de l'artère par le fil, mettant ainsi son malade à l'abri des hémorrhagies secondaires, cause habituelle de la mort des opérés.

Ce fait, outre son intérêt spécial relatif au traitement de l'anévrysme sous-clavier, établit donc à nouveau la sécurité que donne, pour la cure des anévrysmes en général, la ligature septique des artères

Angine de poitrine et paludisme.

M. Le Roy de Méricourt. — A l'occasion de la communication faite à la dernière séance par M. Lancereaux, j'ai cru devoir combattre l'opinion émise par celui-ci et tendant à admettre une relation entre l'angine de poitrine et le paludisme. Aucun médecin de la marine, ai-je dit, ne peut admettre cette opinion. Sir J. Fayrer, si compétent en ces matières, m'a prié de dire à l'Académie qu'il n'avait jamais pu constater que l'infection malarienne dût être considérée comme la cause directe de l'aortite et de l'angine; au contraire, il est plutôt d'avis qu'elles sont indépendantes l'une de l'autre. Telle est aussi l'opinion des médecins de l'armée les plus au courant des manifestations du paludisme, comme M. Laveran.

J'ajoute que les Archives de médecine navales, dans leur longue collection, ne renferment qu'une seule observation d'angine de poitrine chez un marin qui n'était nullement paludique. Il est enfin bien singulier que les faits d'aortite ou d'angine de poitrine soient aussi rares à Rochefort-sur-Mer et dans les environs où les cas de paludisme, soit de cause locale, soit d'origines exotiques diverses, sont si fréquents.

M. Lancereaux. — J'ai dit et je maintiens que le paludisme engendre une aortite tellement spéciale que je n'en ai pas observé d'autres exemples chez des personnes non affectées de cette diathèse.

Eaux minérales.

Sur le rapport de M. Albert Robin au nom de la commission permanente des eaux minérales, l'Académie émet les vœux suivants :

1° Il doit être sursis à l'autorisation de toutes les eaux minérales qui ont subi le décantage ou la gazéification;

2° Chaque demande en autorisation doit être accompagnée d'un certificat du service des mines (ou du service compétent à l'étranger) attestant que l'eau n'est soumise à aucune opération de décantage ou de gazéification. Le pétitionnaire, dans la demande qu'il formulera au ministre, prendra l'engagement de ne faire subir à l'eau minérale aucune de ces manipulations.

Seront seuls tolérés les réservoirs d'amenée hermétiquement clos recueillant directement l'eau et les gaz à la sortie de la colonne ascensionnelle et faisant en quelque sorte partie intégrante du captage. L'eau ne devra pas séjourner plus de 24 heures dans ces réservoirs. Les bouteilles devront être stérilisées par un procédé efficace et l'embouteillage devra être fait avec toutes les précautions permettant d'éviter les causes de pollution.

Notification de ces nouvelles dispositions devra être faite aux sourciers déjà autorisés. Les propriétaires auront un délai de trois mois pour faire subir à leur installation les modifications que comporte la présente délibération.

Pathogénie des inflammations mercurielles des muqueuses.

M. Maurel (de Toulouse) conclut que : 1° ces inflammations sont dues aux microbes vivant habituellement à la surface des muqueuses.

2° Le mercure agit surtout en diminuant l'énergie des leucocytes chargés de les défendre.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 20 *juillet* 1894.

Dégénérescence kystique des reins.

M. Demantké relate l'histoire d'une femme atteinte de tuberculose pulmonaire, qui avait présenté des hématémèses, et chez laquelle on avait constaté les symptômes d'un rein mobile du côté droit. Aucun phénomène d'urémie ne s'était produit. A l'autopsie, on constata une dégénérescence kystique complète des deux reins. Les kystes rénaux étaient remplis les uns de liquide séreux, les autres de liquide noirâtre et sanguinolent. Il y avait de plus quelques petits kystes dans le lobe gauche du foie. Enfin il existait un ulcère de l'estomac et le foie adhérait par sa face postérieure au siège de l'ulcère.

Apophyse sus épitrochléenne.

MM. Dide et **Delamarre** présentent un humérus sur lequel existe nettement une apophyse sus-épitrochléenne. Aucun faisceau musculaire ne s'insère sur cette apophyse. Un petit point fibreux en part, qui va s'insérer sur l'épitrochlée. Au-dessous passe l'artère humérale. Mais cette artère ne se bifurque pas au-dessus de l'apophyse, comme l'ont signalé certains auteurs allemands; elle se bifurque plus bas.

Kyste de l'ovaire avec parois indurées.

M. Souligou raconte l'histoire d'une malade atteinte d'une tumeur pelvienne que l'on avait prise avant l'opération pour un corps fibreux de l'utérus. Tous les mouvements imprimés à la tumeur se communiquaient à l'utérus. La tumeur paraissait ferme, résistante, très dure. Après l'opération, qui du reste a été suivie de guérison, on vit qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire à parois indurées, à surface blanchâtre, tomenteuse. Le kyste avait éclaté par son extrémité inférieure et présentait à ce niveau des bourgeons polypiformes multiples.

F. Potier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 *juillet* 1894.

Chirurgie hépatique.

M. Routier pense, comme M. Michaux, que bien souvent la cholécystostomie sera préférable à la cholécystentérostomie et il cite à l'appui deux cas de sa pratique personnelle où, ayant établi une fistule biliaire par nécessité quoique croyant à une oblitération définitive du cholédoque, il a vu peu à peu le cours de la bile se rétablir et la fistule se fermer. Son premier cas date de 1892 et concerne une femme atteinte d'ictère complet depuis six mois, avec coliques hépatiques subintrantes et accès de fièvre. Après incision sur le bord externe du grand droit, il trouva la vésicule ratatinée, l'ouvrit, put y faire rétrograder un calcul gros comme une noisette enclavé dans le cholédoque et, après échec du cathétérisme des voies biliaires, songea à la cholécystentérostomie. Mais le côlon adhérait à la vésicule qui était déchiquetée, l'anastomose eût été longue et laborieuse et M. Routier se borna à drainer au dehors les débris de la vésicule. Pendant un mois et demi cette fistule donna un écoulement de bile énorme, les matières restèrent décolorées; puis peu à peu les accidents diminuèrent pour cesser enfin tout à fait. La malade a été revue florissante il y a peu de temps.

La seconde observation, identique à la précédente, concerne une femme ictérique depuis trois mois.

M. Terrier. —L'observation de M. Ricard prouve qu'une obstruction calculeuse du cholédoque peut amener la distension de la vésicule, par exception à la règle de Courvoisier. J'ai observé moi-même quelques exceptions analogues. Ces vésicules dilatées ont les parois hypertrophiées et friables, et dans le cas de M. Ricard il en était ainsi. Quant au mécanisme de la mort, en l'absence d'autopsie nous l'ignorons.

A propos de la cholécystostomie — qui est l'opération la plus souvent pratiquée sur les voies biliaires — je désire insister sur ce que vient de dire M. Routier. Souvent les accidents persistent pendant longtemps et on croit que décidément le cholédoque est bouché, lorsque peu à peu on voit la guérison se produire. Il ne faut donc pas désespérer trop vite, et surtout ne pas cathétériser trop vite les voies biliaires, manœuvre peu commode lorsqu'elles ne sont pas très dilatées. Il est probable qu'il y a des lésions inflammatoires (on sait que dans ce cas les voies biliaires sont toujours infectées) qui rétrécissent le cholédoque et qui se réparent peu à peu une fois la bile dérivée et le canal mis au repos.

J'ajouterai que j'ai vu un écoulement de bile abondant durer pendant deux mois après l'ablation d'une vésicule dont les calculs n'avaient jamais causé d'ictère.

Je dirai comme M. Michaux que nous ne savons absolument rien sur le diagnostic de la lithiase intra-hépatique. Enfin, M. Michaux n'a signalé que la cholécystostomie et la cholécystentérostomie; souvent il faut mettre en parallèle avec elles la cholécystectomie et la cholédocotomie.

M. Quénu. — Il y a, en effet, des cas dans lesquels on ne fait pas ce qu'on veut. Pour que l'on puisse pratiquer la cholécystostomie et la cholécystentérostomie, il faut qu'il y ait une vésicule biliaire de dimensions suffisantes. Quand elle est absente, on n'a plus comme ressource que la cholédocotomie. C'est dans ces conditions que j'ai pratiqué une fois la cholédocotomie, la vésicule et le canal cystique étant réduits à un renflement insignifiant. Et dans ce cas, j'ai observé une complication mortelle utile à signaler. Après avoir été bien pendant trois jours, la malade fut prise de délire, d'agitation, et elle mourut le lendemain avec des signes de cholémie aiguë. A l'autopsie, on trouva les voies biliaires pleines de sang fourni par la plaie du cholédoque, d'où la cholémie.

Non seulement le diagnostic de la lithiase intra-hépatique est impossible, mais souvent on intervient pour une occlusion du cholédoque, dont on ne peut guère dire si elle est calculeuse ou cancéreuse. Ainsi, chez une femme bien portante, non amaigrie, à vésicule petite, ayant des coliques avec accès de fièvre, je diagnostiquai un calcul, et je trouvai un petit épithélioma du cholédoque. Il aurait donc fallu faire la cholécystentérostomie, mais je dus y renoncer à cause de la petitesse de la vésicule.

M. Nélaton a opéré une femme ictérique, presque cholémique, avec crises douloureuses fréquentes. Il enleva de la vésicule 165 calculs, renonça à la cholécystentérostomie parce que déjà l'opération avait duré 2 heures et vit le cours de la bile se rétablir 2 jours après. Depuis trois ans, la malade conserve une fistulette muqueuse.

Fistule recto-uréthrale congénitale.

M. Th. Anger fait un rapport sur une observation de M. Lejars relative à un enfant de 5 ans, opéré à sa naissance d'imperforation anale et ayant toujours perdu ses urines par le rectum. Le trajet de communication était très large. Après y avoir mis une sonde, M. Lejars fit une incision prérectale, libéra rectum et urèthre et sutura les deux orifices. Il ne réussit qu'à la troisième tentative. C'est la conduite qu'il faut tenir lorsque la fistule ne s'oblitère pas spontanément, comme dans un cas de Duret, par exemple.

M. Richelot présente un enfant auquel il a réparé une exstrophie de la vessie; il reste à réparer la gouttière uréthrale.

M. Berger présente un malade auquel il a pratiqué la désarticulation du genou. Il porte un appareil prenant appui à la cuisse et à l'ischion et dès lors **MM. Delorme, Peyrot, Polaillon** croient qu'il perd un des bénéfices de l'opération, supérieure, d'après eux, à l'amputation de cuisse parce qu'elle permet l'appui direct sur le moignon. Mais **M. Berger** répond que d'abord le moignon est trop récent pour cela; qu'en outre cet appareil permet la flexion du genou, ce qui est un avantage.

M. Berger présente un cas de nævus molluscoïde congénital.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 *juillet* 1894.

Présidence de M. Déjerine.

Fièvre typhoïde compliquée.

MM. Gilbert et **Fournier**. — Une jeune femme, soignée dans notre service pour une dothiénentérie de moyenne intensité, a été atteinte, dès le 2e septenaire, d'une parotidite purulente à droite, puis à gauche. L'incision a été nécessaire des deux côtés; une grande quantité de pus s'est écoulée qui contenait seulement le staphylococcus pyogenes aureus. Ces lésions ont guéri régulièrement et la fièvre typhoïde a évolué sans en être notablement troublée. Le cas se distingue seulement par la précocité et la bilatéralité de la complication.

De plus, la malade étant sortie convalescente à l'heure ordinaire, est rentrée deux mois plus tard avec une colique hépatique de moyenne intensité, mais très-franche. En deux jours, la crise cédait sans accident. On peut se demander s'il ne s'est pas agi, dans ce cas, d'une infection éberthienne lithogène, comme dans les cas rapportés antérieurement par Dupré, Gilbert et Girode, Chiari.

Atrophie musculaire du type Aran-Duchenne.

MM. Charcot et **Dutil**. — Le fait que nous rapportons concerne un homme de 50 ans; l'affection a duré cinq années. L'évolution en a été, au point de vue clinique, conforme aux descriptions classiques : début par les petits muscles des mains, envahissement centripète, contractions fibrillaires, absence de troubles sensitifs, intégrité de l'extrémité céphalique, mort par paralysie du diaphragme. A l'autopsie, les lésions étaient également celles qu'ont décrites les auteurs classiques, mais avec quelques particularités. Ce qui nous a surtout frappés, c'est l'existence dans le cordon antéro-latéral, au cou et un peu moins dans les régions sous-jacentes, d'une zone scléreuse coiffant la corne antérieure et facile à mettre en relief. Nous pensons que cette sclérose est sous la dépendance de la lésion type des cellules des cornes antérieures, et qu'elle occupe des fibres commissurales courtes. Il y avait également un peu de sclérose du cordon de Goll, des névrites périphériques assez intenses, et dans les muscles une atrophie simple sans substitution graisseuse.

Variations physiologiques de la toxicité urinaire.

MM. Lapicque et **Marette**. — Nous avons suivi, jour par jour, ces variations chez quelques sujets bien portants. On dosait l'urée, l'azote total, les cendres, les acides sulfo-conjugués et les matières colorantes; puis une portion de l'urine était concentrée dans le vide à un volume constant et injectée dans les veines d'un lapin. Les acides sulfo-conjugués donnaient la mesure des fermentations intestinales du sujet; d'autre part, on a fait varier dans des conditions bien déterminées l'alimentation et l'activité musculaire; avec un nombre suffisamment grand d'expériences, nous avons pu constater les faits suivants :

La puissance myotique et la puissance toxique des divers urines ne sont pas proportionnelles à leur richesse en matière colorante.

Le pouvoir myotique des urines est détruit par l'ébullition et résiste à une température de 80 degrés.

Les fermentations intestinales peuvent varier dans de certaines limites sans qu'il y ait variation concordante de la toxicité urinaire; mais lorqu'elles s'élèvent à un niveau exceptionnel elles entraînent une augmentation considérable de la toxicité urinaire.

Le travail musculaire qui n'est pas poussé jusqu'à la fatigue n'a aucune influence sur la toxicité urinaire; s'il est poussé jusqu'à la fatigue, il entraîne une augmentation de cette toxicité.

Les variations journalières du régime alimentaire normal n'ont pas d'influence sur la toxicité urinaire.

Un régime composé de riz et de lait abaisse la toxicité urinaire au-dessous de la normale.

Le régime lacté exclusif, comprenant une quantité de lait suffisante pour satisfaire l'appétit d'une personne active, c'est-à-dire 3 à 4 litres, cause une augmentation considérable de la toxicité urinaire, les urines deviennent fluorescentes.

Ce résultat inattendu a été constaté nettement dans deux séries d'expériences distinctes l'une de l'autre quant au sujet et quant à la provenance du lait.

Déformations du fémur dans les fractures et arthrites sèches.

M. Regnault. — Dans les fractures anciennes le corps du fémur subit un aplatissement antéro-postérieur; le pilastre reste en arrière, mais s'efface. La section transversale de l'os est ovalaire. Le fémur, dans ces conditions, ressemble au fémur du singe. Dans les fractures du corps, la déformation est surtout accusée dans le segment supérieur. C'est l'atrophie musculaire qui règle ici encore la déformation. Celles ci peuvent se produire sous le même aspect et au même degré dans l'arthrite sèche : le mécanisme en est alors fort comparable.

M. Luys présente un sujet amputé d'un doigt et qui, dans l'état d'hypnose, perçoit des sensations lorsqu'on fait mine de piquer le doigt manquant.

M. Jacques, étudiant les nerfs du cœur par la méthode de Golgi et d'Ehrlich, a constaté l'existence de plexus sous-péricardiques et sous-endocardiques et de masses ganglionnaires intra-myocardiques.

MM. Guinard et **Gellé** ont vu que la spartéine injectée dans l'œil ou sous la peau produit une anesthésie locale plus tardive et plus durable qu'avec la cocaïne.

MM. Butte et **Peyron** ont observé qu'en faisant respirer l'ozone à un animal on diminuait les oxydations interstitielles des tissus et l'utilisation du glycose dans les réseaux capillaires.

M. Guinard étudie l'origine des sphères attractives dans les cellules animales et végétales. Ces formations siègent dans le cytoplasma et ne semblent avoir aucune relation directe avec les éléments du noyau et les nucléoles.

J. Girode.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 *juillet* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Mal perforant buccal.

M. Letulle présente un malade atteint d'une perforation du voile palatin survenue subitement dans le cours d'un tabès d'origine syphilitique. La spontanéité de la lésion, sa nature cicatricielle, l'anesthésie qui l'entoure, plaident en faveur de l'assimilation avec le mal perforant. Le malade a d'ailleurs été déjà atteint de plusieurs maux perforants plantaires.

Végétations adénoïdes.

M. Lermoyez. — Voy. p. 357.

M. Marfan. — Sur une coupe histologique il est bien difficile de voir si une tuberculose s'est développée sous l'influence d'une infection sanguine ou sous l'influence d'une infection exogène. Ainsi au poumon, même dans des infections tuberculeuses qui se sont sûrement développées par inhalation, il y a des lésions des vaisseaux telles qu'il est souvent impossible de décider si l'infection est hématogène ou exogène.

Si je fais cette remarque, c'est qu'il y a encore une hypothèse capable d'expliquer les faits de M. Lermoyez. Ne peut-on pas supposer que ses malades présentaient un foyer tuberculeux latent du poumon et qu'un crachat bacillaire a pu infecter les végétations adénoïdes, surtout après l'opération?

M. Chantemesse. — Même dans les tuberculoses du larynx où l'infection est exogène, on constate des lésions tuberculeuses dans la profondeur de la muqueuse sans que l'épithélium soit lésé. Il y a longtemps que M. Cornil a mis ce fait en relief. On ne peut donc pas dire qu'une tuberculose est endogène sous prétexte que les lésions qui la caractérisent sont profondes. En conséquence, l'aspect constaté par M. Lermoyez ne prouve pas que la tuberculose des végétations adénoïdes ne soit pas venue du dehors.

M. Lermoyez. — La question de la pathogénie des végétations adénoïdes tuberculeuses ou plutôt de la tuberculose végétante du naso-pharynx peut, en effet, être discutée et mérite d'être provisoirement réservée jusqu'à ce que de nouveaux examens microscopiques en fournissent une solution nette.

Mais le point important, que je tiens surtout à mettre en relief, est cette constatation clinique qu'il existe dans le pharynx nasal une forme endogène ou exogène de tuberbulose végétante simulant les végétations adénoïdes nasales et pouvant donner lieu à des lésions de généralisation tuberculeuse à la suite de l'ablation faite suivant les méthodes ordinaires.

Sur l'incongruence entre les lésions des fibres radiculaires intra-médullaires et les lésions des troncs des racines.

M. Pierre Marie. — Je présente à la Société des préparations microscopiques traitées par la méthode de Marchi et provenant les unes d'enfants morts de diphthérie, les autres de cobayes chez lesquels j'avais pratiqué la section du sciatique ou l'amputation de la cuisse.

On constate dans ces préparations que les lésions des fibres radiculaires postérieures intra-médullaires sont plus accentuées que les lésions des fibres contenues dans le tronc des racines (portion qui s'étend entre son entrée dans la moelle et le ganglion spinal dont elle provient). C'est là le phénomène qu'on appelle l'incongruence entre les lésions des fibres radiculaires intra-médullaires et les lésions des troncs des racines.

Il est important de faire remarquer que ces lésions se sont développées chez des cobayes qui avaient subi la section du sciatique, c'est-à-dire que ces lésions ont certainement une origine exogène, qu'elles ont commencé par les racines et qu'elles n'ont atteint que secondairement les fibres radiculaires postérieures de la moelle. Les altérations de ces dernières paraissant plus accentuées, on pourrait croire, au premier abord, qu'elles sont plus anciennes.

Pareil aspect se rencontre chez les tabétiques ; c'est ce qui a permis aux adversaires de l'origine exogène du tabès de dire que les lésions des racines étaient secondaires aux lésions de la moelle. On voit que l'aspect des altérations cutanées chez le cobaye après section du sciatique donne tort à cette manière de voir.

Anatomie pathologique de la gastrite muqueuse.

M. Hayem lit sur ce sujet une note dont voici les conclusions :

En résumé, la transformation muqueuse consécutive aux gastrites mixtes suit une évolution dans laquelle on peut distinguer 3 stades.

Le premier, ou stade d'ébauche, de préparation, est caractérisé par le contraste existant entre l'appareil muqueux hyperplasié et le système tubulaire des glandes anciennes en voie de segmentation et d'atrophie.

Le second stade comprend le développement des glandes muqueuses jusqu'à l'apparition d'un certain nombre de cellules caliciformes dans l'épithélium de la surface et des tubes glandulaires. C'est pendant ce stade que l'on peut suivre le développement des bourgeons glandulaires nouveaux, la pénétration de ces bourgeons dans les espaces glandulaires devenus aréolaires de l'ancienne muqueuse, en un mot la substitution d'un système glandulaire néoformé au système primitif.

Enfin, le 3e stade est caractérisé par l'hypertrophie de celles des nouvelles glandes qui ont atteint leur entier développement, par la transformation muqueuse complète de ces glandes et souvent aussi par l'entière disparition des éléments glandulaires primitifs. La transformation muqueuse ne se produit pas d'une manière exclusive dans une des régions de l'estomac. Elle peut se montrer indistinctement dans toutes les régions. Habituellement, elle tend à se généraliser, tout en étant souvent inégalement développée suivant les points d'un même estomac. Elle débute là où l'atrophie des glandes anciennes a acquis son plus haut degré, elle est parfois très avancée ou totale dans la région peptique dans des cas où la région pylorique commence seulement à être envahie. Inversement elle peut atteindre un haut degré de développement dans la région pylorique à un moment où elle est à peu près ébauchée dans d'autres parties de l'estomac. Il résulte de ces diverses particularités que souvent sur une même pièce on peut en suivre toute l'évolution.

Cliniquement, la transformation muqueuse correspond à l'hypopepsie intense et, dès qu'elle est très accusée ou généralisée, à l'apepsie. Existe-t-il à côté de ce processus, dans lequel la transformation muqueuse est manifestement secondaire, c'est-à-dire consécutive à une gastrite mixte atrophique, une autre variété de gastrite muqueuse ? D'après l'étude d'un cas de gastrite mixte assez complexe, dû à l'intoxication par l'absinthe, je suis porté à croire que la transformation muqueuse peut s'opérer pour ainsi dire sur place à l'intérieur même des glandes altérées dont les épithéliums se multiplient, tandis que les cellules peptiques s'atrophient.

En tout cas, il s'agit là d'un processus exceptionnel sur lequel je ne suis pas encore en état de me prononcer ; j'aurai à m'en occuper plus tard à l'occasion des autres variétés de gastrite qu'il me reste à décrire.

M. Marinesco rapporte la relation d'autopsie d'un sujet atteint d'amyotrophie Charcot-Marie. L'auteur définit l'affection au point de vue de ses lésions : une sclérose postérieure systématisée amyotrophique avec dégénérescence et névrite interstitielle des nerfs périphériques.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 juillet 1894.

Présidence de M. E. Besnier.

Dermatite de Dühring. — Variété érythémato-pustuleuse.

M. Louis Wickham. — Le malade présenté à la Société est atteint depuis 9 ans d'une éruption dont les caractères n'ont presque pas varié pendant tout le cours de l'évolution. Les éléments primitifs sont de petites vésicules pustuleuses d'emblée apparaissant sur peau saine. Ces pustules s'entourent rapidement d'autres éléments analogues et leur base devient franchement érythémateuse ; il en résulte la production de placards rouges à bords bien limités criblés de petites pustulettes. L'éruption consiste donc en un grand nombre de foyers plus ou moins considérables, atteignant les dimensions d'une pièce de 5 francs, ou recouvrant même, comme aux jambes par exemple, de larges surfaces cutanées. Ces foyers ont une durée très variable, la plupart s'éteignent en quelques semaines, tandis que d'autres font leur apparition au voisinage.

L'affection est donc chronique, elle évolue par poussées successives. Nous ajouterons qu'elle est accompagnée d'un prurit constant, mais que l'état général est bien conservé. Ce sont là des caractères qui permettent de porter le diagnostic de dermatite de Dühring.

Nous ferons remarquer que, dans ce cas, le type érythémato-pustuleux est tout à fait pur, mais nous tenons à insister sur toute une série d'accidents consécutifs à l'évolution des placards que nous avons décrits ; ceux-ci laissent à leur suite une pigmentation violacée qui diminue légèrement à la pression ; au niveau de cette pigmentation la peau est lisse, comme atrophiée, le derme et les tissus sous-jacents sont épaissis, formant de véritables placards de sclérose ; parfois cet épaississement forme relief au-dessus de la peau normale. Une vingtaine de petites duretés saillantes, d'aspect chéloïdien ont apparu aussi au cours de cette éruption. Ces troubles, vraisemblablement d'ordre trophique, sont en rapport avec la chute des ongles survenue brusquement il y a 2 ans.

Essai de traitement des teignes par l'aldéhyde formique.

M. Pottevin. — L'aldéhyde formique jouit de propriétés antiseptiques de premier ordre. De plus, ses vapeurs sont extrêmement diffusibles même à travers les graisses. C'était donc un agent à essayer pour le traitement des teignes, puisque la difficulté de ce traitement a surtout pour cause la profondeur du follicule pileux, obstrué par le sébum.

Ces essais, poursuivis depuis deux ans, soit à l'hôpital des Enfants-Malades, soit à l'Ecole des teigneux de l'hôpital Saint-Louis, ont donné quelques résultats heureux, malheureusement mélangés d'un plus grand nombre d'insuccès.

Ce sont des résultats identiques à ceux que tous les autres modes de traitement ont fournis sous nos yeux pendant le même laps de temps.

Le traitement fait a été l'application de compresses imbibées d'une solution d'aldéhyde formique à 2 0/0, recouvertes d'une calotte de caoutchouc. Cette solution est parfaitement supportée par le cuir chevelu des petits malades. S'il survient quelques lésions irritatives, le pansement est suspendu pendant vingt-quatre heures.

Du rôle pathogène du système nerveux dans la production de certains eczémas.

Le Dr **Brocq** présente en son nom et au nom de **MM. Déjerine** et **Mirallié** une femme de 47 ans, ni hystérique, ni neurasthénique, qui est atteinte depuis plusieurs mois d'un eczéma typique symétrique des deux mains, développé sur les territoires du nerf médian et radial, avec intégrité absolue des territoires du cubital. Elle présente, en outre de la diminution très nette de la sensibilité au tact et à la piqûre des régions atteintes, des douleurs vives, spontanées, et aux mouvements dans le bras gauche, des sensations d'engourdissement et de lourdeur dans les membres supérieurs. Le trajet du médian est douloureux à la pression. Le Dr Déjerine, après examen approfondi de la malade, a cru pouvoir conclure chez elle à un trouble trophonévrotique probablement lié à une névrite, mais sans lésion de l'axe encéphalo-médullaire. Le Dr Brocq fait ressortir l'importance de ce cas qui établit d'une manière irréfutable qu'une éruption eczémateuse typique peut être consécutive à une lésion du système nerveux. On pourrait toutefois soutenir ici que, la malade étant sujette à de l'eczéma, cet eczéma est venu se localiser chez elle au point faible de son organisme, c'est-à-dire aux régions dont la sensibilité était diminuée par suite de la névrite. Mais, quelle que soit l'explication que l'on admette, il n'en est pas moins vrai que ce fait prouve jusqu'à l'évidence le rôle pathogène majeur que joue le système nerveux dans la production de certains eczémas.

Prurigo simplex aigu de Vidal-Brocq et prurigo de Hébra.

M. Hallopeau. — 1° L'état morbide décrit par Vidal sous le nom de lichen simplex aigu, par Tomasoli sous celui de prurigo temporaire auto-toxique et par Brocq sous celui de prurigo simplex aigu constitue, comme l'ont bien démontré ces auteurs, une espèce nouvelle;

2° Le caractère vésiculaire des éléments ne permet pas de conserver la dénomination de lichen; celle de prurigo auto-toxique a le tort de reposer sur une hypothèse; celle de prurigo simplex doit être préférée;

3° La marche cyclique de cette éruption et ses localisations d'élection aux genoux, aux coudes et à la nuque les rapprochent des pseudo-exanthèmes;

4° Peut-être la grossesse et l'état puerpéral peuvent-ils être l'origine des toxines qui en sont vraisemblablement la cause prochaine;

5° Les poussées aiguës qui se reproduisent plusieurs fois par an dans le prurigo de Hébra offrent, dans leurs caractères chimiques et leurs localisations comme dans leur structure, de grandes analogies avec celle du prurigo simplex aigu; ces états morbides appartiennent à une famille posologique.

Pityriasis rubra pilaire, lichen de Wilson ou lichen scrofulosum.

M. Hallopeau. — Un jeune enfant montre combien le diagnostic entre ces trois maladies peut offrir de difficultés : il est, en effet, atteint simultanément à la jambe gauche d'une lésion probablement tuberculeuse et d'adénites suppurées de la région inguinale correspondante; ce fait et les caractères mêmes d'une éruption miliaire occupant le tronc sont en faveur d'un lichen scrofulosum; mais, concurremment, d'autres papules acuminées occupant le dos des phalanges sont en faveur d'un pityriasis rubra pilaire, et enfin des dilatations très considérables des orifices sudoripares dans la paume d'une des mains ne s'observent guère que dans le lichen de Wilson : le diagnostic devrait donc rester en suspens si le groupement autour des lésions tuberculeuses de papules identiques à celles du pityriasis rubra pilaire ne venait faire pencher la balance en faveur d'un lichen scrofulosum.

Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire.

M. Mendel. — L'auteur présente un malade atteint sur la face dorsale de la langue de petites taches blanchâtres légèrement saillantes, au nombre d'une dizaine, arrondies, de 3 à 5 millimètres de diamètre. Ces éléments rappellent absolument ce que peut produire dans cette région le lichen, placé comme d'ailleurs l'auteur en présente un superbe exemple : ces lésions sont intéressantes à connaître pour éviter toute confusion.

Syphiloïde infantile dérivant du pityriasis versicolore.

MM. Fournier et **Sabouraud.** — Un enfant de quelques semaines présentait aux fesses, aux cuisses, sur l'abdomen, une dermite intense au milieu de laquelle on découvrait des surfaces squameuses surtout aux bords, lesquelles étaient circinées et polycycliques; au centre, la coloration était un peu moins rouge.

L'enfant présentait un mauvais état général, et, vu l'aspect des lésions, il était tout naturel de penser à la syphilis. L'examen du père et de la mère fut négatif au point de vue syphilitique, mais on trouva sur le devant de la poitrine de la mère du pityriasis versicolore normal; l'idée vint qu'il pouvait s'agir aussi chez l'enfant de cette même infection, c'est ce que révéla l'examen des squames.

Il est curieux de remarquer à quel point ce pityriasis versicolore a pu chez cet enfant être modifié dans son aspect clinique habituel au point de simuler une syphilis infantile. Il est probable que ces caractères inaccoutumés ont eu pour cause la finesse de la peau et l'incurie dans laquelle cet enfant se trouvait.

Toutes les lésions disparurent après quelques jours d'un traitement émollient, suivi d'application d'onguent styrax.

Démonstration de l'origine aviaire de certaines tricophyties de la barbe chez l'homme.

M. Sabouraud présente à la Société la tête et le cou d'une poule tricophytique que M. Mégnin a bien voulu lui adresser.

Sur les régions malades les plumes sont tombées en totalité, ne laissant à leur place qu'un cône épidermique saillant, où le parasite existe en abondance.

Le fait extrêmement important qu'offre cette rare observation, c'est que l'espèce tricophytique, cause de ces lésions, est précisément l'espèce à cultures roses que, depuis deux ans, M. Sabouraud a rencontrée trois fois dans la barbe de l'homme. Chaque fois les commémoratifs, accusés par les malades, incriminaient l'origine aviaire de leur contage, mais jusqu'ici l'auteur avait toujours été dans l'impossibilité d'en faire la preuve.

Désormais, cette espèce trichophytique, à cultures roses, est donc classée, et son origine aviaire, — seulement probable jusqu'ici, — se trouve définitivement établie.

Les cultures comparatives provenant de cette poule et les cultures d'origine humaine, que M. Sabouraud garde depuis vingt mois et qu'il présente à la Société, sont pleinement identiques.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 9 *juillet* 1894.

Myxœdème.

M. Mendel présente une malade atteinte de myxœdème traitée par le suc thyroïdien depuis le mois de novembre 1892. L'effet fut, au début, des plus remarquables, mais, comme les

injections provoquaient de la faiblesse cardiaque et des infiltrations au niveau des piqûres, on abandonna les injections et la malade fut soumise à l'ingestion de glandes crues. Au bout de trois mois, la malade fut tellement améliorée qu'elle pouvait être considérée comme guérie. Chez deux autres malades, le même traitement fut suivi d'un succès non moins complet.

En se basant sur ces faits, M. Mendel admet que : 1° Le traitement du myxœdème par le suc thyroïdien est un progrès réalisé dans la thérapeutique de cette affection. 2° L'administration des glandes thyroïdiennes en nature doit être préférée à l'injection de suc. 3° L'effet du traitement se manifeste au début par une perte de poids. 4° Les modifications du pouls et de la température surviennent plus tard.

M. Kœrte a observé deux myxœdémateux qui furent notablement améliorés par le séjour à la campagne et une nourriture fortifiante. Il n'est donc pas très convaincu de l'efficacité spéciale du suc thyroïdien.

M. Gottstein a observé, à la clinique de Mikulicz, une femme sujette à des accès de tétanie chez laquelle on ne trouvait pas de glande thyroïde. On lui transplanta dans le péritoine une glande thyroïde. La greffe eut pour résultat d'améliorer la situation pour quelque temps, mais au bout de 7 mois, il a fallu transplanter une seconde glande. La greffe eut encore une fois un succès passager. La malade fut alors soumise à l'ingestion de glandes thyroïdes, et sa situation fut notablement améliorée.

M. Lazarus a vu la malade de M. Mendel en 1884. Le changement qui s'est opéré en elle sous l'influence du traitement par les glandes thyroïdiennes est des plus remarquables.

Endocardite ulcéreuse (1).

M. A. Fraenkel ne croit pas que l'endocardite ulcéreuse soit produite par un seul micro-organisme, et, de même que pour le rhumatisme articulaire aigu, il faut admettre qu'un grand nombre de micro-organismes peuvent y intervenir. A la clinique de Quincke, on a fait des recherches pour montrer que les portes d'entrée de l'infection sont quelquefois les amygdales. M. Fraenkel ne le croit pas. Il a observé des cas d'endocardite ulcéreuse d'origine rhumatismale où les symptômes propres à l'endocardite, les frissons, la fièvre, les embolies, étaient peu accusés. Dans un cas de ce genre où il y avait formation d'embolies multiples, les thrombus étaient remplis de streptocoques, et pourtant, pendant les 3 mois qu'a duré l'affection, il n'y eut presque pas de fièvre.

Dans un autre cas d'endocardite végétante où la fièvre avec frissons a duré presque 7 mois, on trouva à l'autopsie un infarctus suppuré de la rate.

M. Klemperer ne croit pas non plus à l'unité étiologique du rhumatisme articulaire aigu. Dans un cas où on a trouvé des diplocoques analogues à des streptocoques, l'examen détaillé montra qu'il ne s'agissait pas de streptocoques ni de pneumocoques.

M. Wolff attire l'attention sur l'endocardite et le rhumatisme articulaire congénital. Il s'agit là d'une infection intra-utérine. Sur 15 fœtus examinés sous ce rapport, il trouva chez 9 des staphylocoques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 11 juillet 1894.

Hémiplégie.

M. Leyden. — Il s'agit d'un homme de 30 ans apporté sans connaissance à l'hôpital, avec une hémiplégie. Lorsqu'il revint à lui, on put savoir qu'il était sujet depuis deux ans à des accès d'épilepsie jacksonienne avec perte de connaissance qui duraient dix minutes environ et revenaient trois ou quatre fois par an. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris d'une céphalalgie violente du côté gauche, accompagnée de somnolence et d'un état de stupeur ; le côté gauche du corps devint très faible et finit par se paralyser complètement.

On apprit également qu'à l'âge de 4 ans, c'est-à-dire 26 ans auparavant, il était tombé d'un escalier et s'était fait une blessure à la tête. En conséquence on avait fait le diagnostic d'épilepsie jacksonienne d'origine traumatique. En effet, en examinant le malade on trouvait sur la moitié droite de la tête, près de la ligne médiane, une dépression qui correspondait à la région des circonvolutions centrales. On fit donc la trépanation qui permit de constater qu'il n'y avait rien d'anormal du côté du cerveau. La plaie fut fermée et quinze jours après le malade était guéri de son hémiplégie. Les accès épileptiformes ne sont pas revenus depuis 4 mois.

(1) V. *Mercredi médical*, n° 2?.

Gastrite atrophique.

M. Rosenheim a présenté les pièces provenant d'une femme de 58 ans qu'il a eu l'occasion d'observer avec M. Senator. La femme, jusqu'alors bien portante, fut prise en mars 1893 de troubles gastriques qui très rapidement acquirent une intensité considérable. La perte de l'appétit, les nausées, les vomissements ont mis la malade dans un tel état qu'au bout de quinze jours elle ne pouvait plus quitter le lit. A l'examen, on trouvait une tumeur de la région pylorique, une dilatation très légère de l'estomac, l'absence de HCl et la présence d'acide lactique dans le suc gastrique. Mort en juin avec des phénomènes d'épuisement et de cachexie.

A l'autopsie faite par M. Virchow on ne trouva pas de tumeur carcinomateuse. Ce qui a été pendant la vie pris pour un néoplasme était un simple épaississement de la couche musculaire à ce niveau. La muqueuse était complètement atrophiée, et c'était à cette atrophie qu'on devait probablement attribuer la mort de la malade.

Le cas de M. Rosenheim est donc intéressant à un double point de vue : comme erreur de diagnostic où tout plaidait en faveur du carcinome du pylore ; comme marche rapide.

Empyème pleural.

M. Gluck a présenté un homme opéré depuis sept ans d'une pleurésie purulente. Pendant le traitement post-opératoire, le drain tomba dans la plèvre et la plaie se cicatrisa par dessus. Le malade, qui a gardé sept ans le drain, est arrivé à l'hôpital dans un état d'émaciation extrême. On réséqua quatre côtes et on retira le drain. Depuis l'opération, le malade a engraissé de 40 livres.

Etiologie et diagnostic précoce du tabes.

M. Hœniger croit que la syphilis joue un rôle étiologique considérable dans le tabes. Sur 32 tabétiques hommes examinés sous ce rapport, la syphilis était certaine chez 18 (36,25 0/0), douteuse chez 7 (21,8 0/0) ; la blennorrhagie a existé chez 2 (6,2 0/0) ; 5 ont déclaré n'avoir jamais eu d'affection vénérienne. Sur 3 tabétiques femmes, la syphilis était certaine chez deux, douteuse chez une.

Au point de vue anatomo-pathologique, les travaux récents ont montré que les lésions du tabes relèvent d'une intoxication chronique et sont comparables à celles qu'on trouve dans d'autres intoxications (ergotisme, morphinisme expérimental).

(*Société médicale de Halle.*)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement chirurgical du prolapsus complet de l'utérus et du vagin, par Edebohls (Extrait de l'*Am. Journ. of obstetrics*, 1893).

Le prolapsus utérin, même dans ses formes les plus graves, est rapidement guéri par la gynécologie moderne. On doit généralement pratiquer la ventrofixation combinée avec les opérations plastiques de règle en pareil cas ; on n'aura recours à l'extirpation de l'utérus que quand ce dernier ne pourra être réduit en raison de son poids et de son volume, quand il présentera une dégénérescence cancéreuse des annexes très malades. Quand on aura recours à l'extirpation totale, on prendra la méthode de Polk.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 31 — 1er AOUT 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — M. le Dr Nogués (de Toulouse) est nommé chevalier.

Le concours de médecine pour les prix à décerner en 1894 à MM. les internes de quatrième année, en fonction dans les hôpitaux et hospices de Paris, s'ouvrira le lundi 10 décembre 1894, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le concours de chirurgie et d'accouchement pour les prix à décerner en 1894 à MM. les internes de quatrième année, en fonction dans les hôpitaux et hospices de Paris, s'ouvrira le 13 décembre 1894, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription de ces deux concours restera ouvert de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

Le concours pour l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 25 octobre 1894, à trois heures précises, à l'Hospice-Général, salle des séances.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Ed. Moinet, secrétaire directeur des hospices de Rouen.

Hôpital Saint-Louis. — *Leçons sur les maladies du cuir chevelu.* — M. le Dr G. Thibierge, médecin du Bureau central, fera pendant les mois d'août et septembre 1894, dans le service de M. le Dr E. Besnier, des leçons sur les maladies du cuir chevelu.

Le mercredi à 4 heures, leçon théorique avec présentation de malades à la salle des conférences du musée (La première leçon aura lieu le lundi 6 août).

Le mercredi à 9 heures, traitement des affections du cuir chevelu, au laboratoire Alibert.

Le mardi à 9 heures, opérations dermatologiques (traitement du lupus, des acnés, électrolyse, etc...), au laboratoire Alibert.

Le vendredi à 9 heures, consultation externe, salle de consultations, 38, rue Bichat.

Le samedi à 9 heures et demie, leçon clinique sur les malades du service (Salles Alibert et Devergie).



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nervosisme ou neurasthénie. La maladie du siècle et les divers moyens de la combattre, par le Dr V. BOREL, Lausanne, F. Payot; Paris, F. Alcan, 1894. 1 vol. in-8° de 170 p. Prix : 3 fr.

Monographie où l'auteur donne une seconde édition de son traité sur le nervosisme publié en 1893. Après une description symptomatique, aujourd'hui classiquement connue, il donne ses observations personnelles et insiste sur les données thérapeutiques.

Précis de clinique thérapeutique, par le Dr A.-F. PLICQUE, ancien interne des hôpitaux; Paris. G. Steinheil, 1894. 1 vol. in-12 de 600 p. cartonné toile grise. Prix : 7 fr.

Petit livre utile, où le praticien trouvera des renseignements nombreux et circonstanciés sur le traitement de toutes les maladies d'observation courante. L'auteur ne se borne pas, et il a raison, à aligner des formules, mais chaque chapitre commence par un résumé de diagnostic ; puis sont étudiées les indications thérapeutiques, l'hygiène, le traitement symptomatique, et enfin viennent les formules.

Vase mecum du praticien. Diagnostic et traitement des maladies internes, par le Dr Fernand Roux. Paris, G. Steinheil, 1894. 1 vol. in-12 de 400 p. Prix : 4 fr.

Petit volume qui fait à beaucoup d'égards le complément du précédent. Les descriptions en sont plus courtes et, comme l'indique le titre, elles visent à être très résumées pour qu'un praticien puisse se rafraîchir la mémoire en quelques minutes sur un sujet déterminé. L'ordre alphabétique, de beaucoup le plus commode pour ce genre de recherches, a été adopté par l'auteur.

L'Art de formuler, par le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de la salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Cochin. Un joli volume in-12 relié de 280 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

PATHOLOGIE INFANTILE

Lésions histologiques de l'estomac dans la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons, par le Dr A. B. Marfan, agrégé, médecin des hôpitaux.

Je me suis efforcé, dans mes leçons, de montrer que les troubles digestifs si variés du nourrisson ne sont, pour la plupart, que des épisodes ou des complications d'un état fondamental qu'on retrouve toujours quand on le cherche avec soin, et auquel j'ai donné le nom de *dyspepsie gastro-intestinale du nourrisson.* Cet état est tantôt aigu et passager, et c'est le cas habituel chez les nourrissons élevés au sein; tantôt chronique, et c'est ce qui s'observe ordinairement chez les nourrissons soumis à l'allaitement artificiel. Les diarrhées aiguës (fébriles ou algides), les infections d'origine gastro-intestinale, la cachexie d'origine gastro-intestinale (athrepsique ou non, avec ou sans rachitisme), ne s'observent guère que chez des enfants atteints antérieurement de cet état dyspeptique.

J'ai surtout étudié la dyspepsie chronique des enfants élevés au biberon et j'en ai donné ailleurs une description clinique sommaire (1).

Poursuivant cette étude, j'ai cherché si, dans la dyspepsie chronique, la structure de l'estomac était altérée. Après l'examen d'un certain nombre de pièces, je me crois autorisé à affirmer aujourd'hui que, dans la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons, la muqueuse de l'estomac est constamment altérée. Les estomacs que j'ai examinés provenaient d'enfants dyspeptiques, dont le plus jeune avait 2 mois et le plus âgé 14 mois; ils ont été recueillis de manière à ce qu'ils n'aient pu être atteints par l'auto-digestion (2).

Au point de vue des caractères visibles à l'œil nu, on note assez fréquemment une dilatation modérée de l'estomac. Si la gastrectasie ne peut être constatée dans tous les cas, je suis porté à penser que c'est parce que, sous l'influence de la cachexie athrepsique ou d'une diarrhée aiguë, ou d'une sclérose atrophique de la muqueuse, l'estomac, d'abord dilaté, subit parfois une sorte de rétraction. La muqueuse a un aspect variable : ordinairement, elle est légèrement épaissie et un peu mamelonnée; l'hyperhémie et les ecchymoses s'observent surtout lorsque le nourrisson a succombé à une poussée de diarrhée aiguë; dans un cas, nous avons trouvé une érosion ponctuée très nette.

Quand on examine ces estomacs au *microscope*, on y trouve toujours des lésions plus ou moins prononcées. Ces lésions se rapportent à des types d'apparence un peu variable. Mais il est un type qui paraît extrêmement fréquent: c'est celui que je vais décrire tout d'abord, en envisageant les lésions qui le caractérisent dans leurs deux phases principales (3).

I. Lésions habituelles. — *A la première période*, ces lésions gastriques se présentent avec les caractères suivants.

L'épithélium cylindrique de la surface de la muqueuse et de l'embouchure des glandes est en général conservé; assez souvent on trouve cet épithélium tuméfié, avec un gros noyau, des vacuoles et de grosses boules de mucus qui s'en échappent.

Il existe toujours un degré plus ou moins marqué de gastrite interstitielle. Les espaces interglandulaires, surtout à leur partie superficielle, sont épaissis et remplis de cellules lymphoïdes formées d'un noyau assez gros entouré d'une très mince couche de protoplasma.

Dans quelques cas exceptionnels, on trouve un groupe de quatre ou cinq glandes qui ont disparu et qui sont remplacées par des amas de ces cellules lymphoïdes; c'est probablement au niveau de ces amas qui ont pris la place des glandes que se forment les érosions punctiformes dont nous avons observé un cas. Ces lésions interstitielles s'observent également dans la région peptique et dans la région pylorique de l'estomac.

Les glandes de l'estomac sont toujours altérées. Il faut les étudier à la région peptique et à la région pylorique.

A la région peptique, les deux espèces de cellules glandulaires sont altérées. Les cellules *bordantes* ne paraissent que rarement augmentées en nombre; mais elles sont toujours très volumineuses, vitreuses et ont souvent trois ou quatre noyaux, sans qu'on puisse distinguer des figures de karyomitose; elles présentent assez souvent des vacuoles; elles semblent bien être en état d'irritation; mais, étant donné leur nombre à peu près normal, il est impossible d'affirmer qu'elles prolifèrent, et s'il est vrai qu'elles se multiplient, il est probable qu'en se multipliant, elles se transforment ou se détruisent. Les cellules *principales* sont en voie de multiplication et perdent leurs caractères normaux. Elles se transforment en éléments plus petits, cuboïdes ou ronds, à noyau très net et souvent multiple, à protoplasma plus foncé et plus granuleux; ces éléments prennent, par places, l'apparence de cellules lymphoïdes; ailleurs, ils offrent quelquefois des vacuoles. Ces cellules ne représentent plus, en somme, de vraies cellules principales; M. Hayem, qui a montré qu'elles dérivent pourtant de la multiplication de ces dernières, les nomme *cellules atypiques*. Ce sont les éléments les plus nombreux dans les tubes glandulaires.

Les lésions des glandes pyloriques sont aussi constantes. Les cellules de ces glandes sont transformées partiellement ou totalement en éléments atypiques, pareils à ceux que nous avons déjà décrits. Souvent les glandes pyloriques renferment, au milieu des cellules atypiques, quelques grosses *cellules bordantes*, si bien que les glandes du pylore ressemblent alors à celles de la région peptique.

Dans deux cas, nous avons observé, associée aux lésions précédentes, la transformation muqueuse des cellules glandulaires très nettement marquée au niveau de quelques glandes de la région peptique et de la région pylorique, mais plus accusée au niveau de cette dernière; les glandes où cette transformation s'était produite étaient plus ou moins dilatées et formaient des cavités régulièrement tapissées par un épithélium cylindrique clair assez semblable à celui de la surface.

Sous l'influence des lésions qui viennent d'être décrites, l'ensemble du tube glandulaire se déforme; il devient plus gros, plus long, plus tortueux et les coupes ont souvent une apparence de cloisonnement, même lorsqu'elles ont été faites dans une bonne direction. Dans sa cavité, les cellules bordantes et atypiques sont rangées sans ordre. On y voit parfois, à côté des cellules qui offrent des vacuoles, des boules hyalines qui semblent exsudées par elles. On y rencontre aussi des détritus granuleux qui proviennent de la désintégration de certaines cellules.

La muqueuse stomacale est rarement hyperhémiée; la

(1) Marfan et Marot, Infections secondaires dans la dyspepsie gastro intestinale chronique des nourrissons, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1893.

(2) Ces matériaux ont été recueillis avec l'aide de Mlle Hooper Blackler Kalopothakès que nous sommes heureux de remercier et de louer pour son zèle et son intelligence. On trouvera le détail de toutes ces pièces dans la thèse qu'elle consacre à ce sujet : *Troubles et lésions gastriques dans la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons*, thèse de doctorat en médecine, par Marie Hooper Blackler Kalopothakès, Paris, juillet 1894.

(3) Les coupes ont été colorées par l'hématoxyline et l'éosine.

réplétion des capillaires et les suffusions sanguines ne s'observent, nous l'avons déjà dit, que lorsque l'enfant succombe à une poussée aiguë de diarrhée toxi-infectieuse fébrile.

Dans les phases avancées, les lésions sont celles de l'atrophie scléreuse. Dans ces cas, l'épithélium de la surface fait ordinairement défaut; mais on peut toujours se demander si cette desquamation n'est pas cadavérique. Quoi qu'il en soit, la muqueuse de l'estomac est remplacée par une bande de tissu fibroïde semée de nombreux lymphocystes, dans laquelle on voit des aréoles et des fragments de tubes qui représentent les vestiges des glandes. Dans ces aréoles et ces fragments de tubes, on voit des cellules, décollées de la paroi le plus souvent, qui sont des cellules bordantes grosses et à noyaux multiples, des cellules atypiques et des cellules muqueuses cylindriques qui tapissent régulièrement certaines aréoles; on y voit aussi de nombreuses granulations protéiques. Ces lésions sont sensiblement les mêmes à la région peptique et à la région pylorique.

La muqueuse de l'estomac est seule atteinte dans la dyspepsie chronique; les autres tuniques nous ont paru toujours saines.

En résumé, les lésions habituelles de l'estomac du nourrisson dyspeptique sont les suivantes: inflammation interstitielle plus ou moins marquée; tuméfaction et irritation des cellules bordantes qui apparaissent dans la région pylorique où elles n'existent pas normalement; apparition en grand nombre de cellules atypiques qui prennent la place des cellules principales; hypertrophie du tube glandulaire. Il s'agit donc d'une gastrite mixte, à la fois interstitielle et parenchymateuse; les lésions parenchymateuses se rapprochent de celles que M. Hayem décrit sous le nom de gastrite atypico-hyperpeptique. Elles se compliquent parfois de transformation muqueuse des cellules glandulaires. Elles aboutissent souvent à l'atrophie scléreuse de la muqueuse gastrique.

II. Lésions rares. — Nous avons observé trois cas qui ne rentrent point dans la description précédente.

Dans le premier, il n'y avait pas de gastrite interstitielle, et, dans la région peptique, les glandes, très grosses, étaient presque complètement remplies de cellules bordantes en état d'irritation; elles renfermaient très peu de cellules principales. La région pylorique était normale. Malgré ce dernier caractère, ce cas doit être rapproché de ceux que M. Hayem décrit sous le nom de gastrite hyperpeptique pure.

Dans les deux autres, il y avait au contraire des lésions interstitielles assez marquées; les tubes glandulaires ne renfermaient aucune cellule bordante; à la région peptique et au pylore, ils étaient remplis uniquement de cellules atypiques en état de multiplication. Ces cas sont semblable à ceux que M. Hayem décrit sous le nom de gastrite atypique.

Peut-être ces cas se rattachent-ils aux précédents dont ils pourraient représenter le premier une forme de début, les deux autres une forme spéciale d'évolution.

Il eût été intéressant d'examiner pendant la vie le chimisme stomacal des nourrissons dont nous avons étudié les lésions gastriques. Malheureusement, cette recherche ne nous a pas été permise. Mais si on en juge d'après les travaux de M. Hayem sur les rapports qui unissent les troubles du chimisme aux lésions de la muqueuse stomacale, on peut prévoir peut-être que, dans la première phase, nous aurions trouvé de l'hyperpepsie atténuée avec fermentations anormales, dans la seconde de l'hypopepsie ou de l'apepsie, toujours avec fermentations anormales (1).

Quoi qu'il en soit, une conclusion importante se dégage des faits que j'ai exposés. Dans la dyspepsie gastro-intestinale chronique du nourrisson, ce sont les troubles de l'intestin qui dominent habituellement le tableau clinique; l'estomac semble souvent ne pas participer à l'affection, si on apprécie ses troubles d'après la symptomatologie grossière qui, chez le nourrisson, ne comprend guère que les vomissements. Mais un examen sérieux des faits montre que l'estomac prend toujours part au processus dyspeptique. D'abord la dilatation de l'estomac, qui se montre si fréquemment à l'autopsie, peut être découverte pendant la vie, non par la recherche du bruit de clapotage, mais à l'aide de l'auscultation plessimétrique, comme je me propose de le montrer plus tard. En second lieu, les recherches histologiques que je viens d'exposer prouvent que la muqueuse de l'estomac présente toujours des lésions histologiques dans la dyspepsie chronique, et les recherches sur le chimisme stomacal ont déjà fait voir et feront sans doute mieux voir encore dans l'avenir que le processus de la digestion stomacale est toujours troublé chez les nourrissons dyspeptiques.

Ainsi sous l'influence d'un allaitement défectueux, l'estomac s'altère et la digestion gastrique devient imparfaite. Le chyme arrive dans l'intestin vicieusement élaboré. Chez l'adulte, les sucs qui se déversent dans l'intestin sont capables d'obvier à l'imperfection ou à l'insuffisance de la digestion stomacale; il n'en est plus ainsi chez le nourrisson; la digestion qui a commencé d'une manière anormale dans l'estomac, se poursuit dans l'intestin d'une manière non moins anormale. Une partie du lait ingéré ne subit pas les modifications qui lui permettent d'être absorbé et utilisé par l'organisme; elle devient la proie des microbes saprophytes de l'intestin et donne naissance à des substances toxiques : et l'auto-intoxication est une des premières conséquences du trouble digestif. D'autre part, ce trouble de la digestion permet souvent aux saprophytes de l'intestin d'acquérir des propriétés nouvelles et de devenir pathogènes, et, si la barrière épithéliale n'est pas intacte, les bactéries envahissent l'organisme; l'*auto-infection* est ainsi une autre conséquence possible de la dyspepsie chronique. De l'auto-intoxication et de l'auto-infection résultent des troubles nombreux et divers du côté de la peau, du côté des voies respiratoires, du côté du système nerveux, du côté des os, troubles dont l'origine est facile à découvrir, pour qui connaît bien l'histoire de la dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons.

Ainsi est réalisé un cycle morbide qui embrasse la plus grande partie de la pathologie du nourrisson. Il résulte de ce que nous venons d'exposer que, dans cette chaîne d'accidents, le premier anneau est représenté par des troubles gastriques. C'est là le seul point sur lequel j'ai voulu insister ici.

Cependant, je ne puis terminer sans faire une remarque qui m'est inspirée par l'examen des estomacs de deux fœtus, l'un de 6 mois, l'autre de 8 mois et demi. Chez le fœtus de 6 mois, les glandes gastriques sont assez bien développées et elles renferment au milieu de cellules peu différenciées, d'apparence muqueuse, des cellules bordantes déjà fort nettes. Chez le fœtus de 8 mois et demi, les glandes sont peu élevées, courtes et ne renferment qu'une espèce de cellules, des cellules indifférentes, d'apparence muqueuse; on n'y rencontre aucune cellule bordante.

Ainsi chez un fœtus de 6 mois, le développement glandulaire était plus avancé que chez le fœtus de 8 mois et

(1) C'est, à peu de chose près, ce que M. Thiercelin a trouvé en analysant le suc gastrique des nourrissons atteints de troubles digestifs. (Thiercelin, *Les infections gastro-intestinales chez le nouveau-né*. Thèse de Paris, 1894).

demi. N'y a t-il pas là une donnée intéressante si elle est confirmée par d'autres recherches? S'il était prouvé que les nouveau-nés viennent au monde avec des glandes gastriques très inégalement développées, suivant les divers individus, il en faudrait conclure que certains naissent véritablement prédisposés aux troubles digestifs; chez eux, une violation des règles de l'allaitement engendrera un état dyspeptique qui sera sans effet fâcheux pour les autres.

Ces faits pourront un jour peut-être éclairer l'histoire de l'hérédité des affections gastriques, et lorsqu'on abordera cette question, il ne faudra pas oublier que, très probablement, beaucoup de dyspepsies de l'adulte ont débuté à l'époque de l'allaitement; c'est ce que pensent M. Comby et M. Hayem, c'est ce que je pense aussi moi-même.

REVUE DES CONGRÈS

PREMIÈRE RÉUNION DES LARYNGOLOGUES DE L'ALLEMAGNE DU SUD

Tenue à Heidelberg le 14 *mai* 1894.

Tuberculose de l'œsophage.

M. Bauer (Nurenberg). — Il s'agit d'un tuberculeux avancé, sujet à des hémoptysies, qui, au cours de sa phthisie, fut pris de dysphagie extrêmement douloureuse avec douleurs irradiées dans les oreilles. L'examen du nez, du pharynx et du larynx ne révéla rien de particulier. L'exploration de l'œsophage avec une sonde olivaire puis avec une sonde surmontée d'une éponge imbibée de cocaïne, montra, à la hauteur du cartilage cricoïde, à 22 centimètres des dents, l'existence d'un rétrécissement dont la nature fut déterminée plus tard, lorsque le malade mourut quelque temps après.

A l'autopsie on trouva notamment sur l'œsophage, derrière le cartilage cricoïde, une ulcération mesurant 8 centimètres de haut et faisant presque le tour de l'œsophage. Au niveau du bord inférieur de l'ulcération se trouvait un abcès gros comme une noix rempli d'un pus verdâtre. L'examen microscopique des tissus ulcérés permit de constater que l'ulcération était de nature tuberculeuse. On avait notamment trouvé des tubercules et des bacilles tuberculeux. L'infection a dû se produire par les crachats avalés.

Huile de croton dans la pharyngite phlegmoneuse.

M. Helbing (Nurenberg) attire l'attention sur les bons effets que l'on obtient dans la pharyngite phlegmoneuse par des frictions de la partie supérieure du cou avec de l'huile de croton. Les effets sont surtout appréciables dans la pharyngite phlegmoneuse récidivante, quand le malade fait lui-même les frictions aussitôt qu'il perçoit une douleur dans le pharynx. L'effet se fait sentir dès le second jour. Il faut que l'huile soit fraîchement préparée, de couleur citrine, et dans ces conditions elle ne provoque pas d'éruptions.

M. Sacki (Pforzheim) a pu constater l'efficacité de l'huile de croton sous forme de frictions, avec une ou deux gouttes, au niveau de l'angle du maxillaire inférieur.

M. Faber (Stuttgart) n'emploie pas dans ces cas d'huile de croton, mais une solution concentrée d'iode, et obtient également des résultats très satisfaisants.

M. Seifert (Wurzbourg) a essayé l'huile de croton, sans le moindre succès.

M. Bauer (Nurenberg) dit qu'on peut se mettre à l'abri des récidives de l'angine phlegmoneuse en enlevant les amygdales ou en les cautérisant avec de l'acide trichloracétique, le galvano-cautère ou autrement.

M. Kahreitz (Carlsruhe) pense également que dans l'angine phlegmoneuse, qui est une infection locale, il faut avoir recours à un traitement local antiseptique et désinfectant.

M. Bresgen (Francfort-sur-Mein) soutient que la récidive tient souvent à une suppuration concomitante des fosses nasales. C'est de cette suppuration, quand elle existe, qu'il faut s'occuper en premier lieu. La destruction des cryptes amygdaliennes préconisée est également très rationnelle.

M. Schmidt n'a obtenu avec l'huile de croton que des eczémas tenaces, sans la moindre action sur l'affection du pharynx et de la gorge.

Sarcome primitif du larynx.

M. Proebsting (Wiesbaden). — Il s'agit d'une femme de 52 ans, sans antécédents héréditaires et ordinairement bien portante, qui, pendant l'été de 1893, est prise d'enrouement, puis vers le mois de février 1894, de douleurs laryngées et de dyspnée.

A l'examen laryngoscopique on voit à l'intérieur du larynx, sur sa face gauche, au niveau de la fente supérieure du ventricule de Morgagni, une petite tumeur sessile, brunâtre, à surface irrégulière, qui occupait la corde vocale gauche jusqu'à la commissure antérieure. Pendant la phonation la tumeur s'appliquait contre la corde vocale du côté opposé.

Comme l'examen microscopique de la portion intra-laryngée montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules, on décida d'intervenir d'une façon plus radicale et de faire une large résection au cartilage thyroïde. L'opération ne présenta rien de particulier et les suites opératoires furent des plus simples.

Rhinite aiguë.

M. Seifert (Wurzburg) a pu étudier l'anatomie pathologique de la rhinite aiguë chez deux malades qui ont consenti à se laisser exciser une parcelle de leur muqueuse nasale, au 2e jour de l'affection. La muqueuse a été prise au niveau du cornet inférieur.

Sur les préparations microscopiques faites sur cette muqueuse, on voit que l'épithélium n'a pas subi de modification importantes. Les cils vibratiles ont disparu, par places les cellules épithéliales des couches superficielles manquent, mais nulle part on ne trouve de dégénérescence muqueuse de l'épithélium. Par contre, le tissu sous-muqueux est abondamment infiltré de cellules rondes, en même temps qu'on constate une émigration de leucocytes qui recouvrent entièrement les couches profondes de l'épithélium. La couche glandulaire est également infiltrée de cellules. Les vaisseaux, surtout ceux de la périphérie, présentent également dans leur voisinage une infiltration cellulaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 *juillet* 1894.

Vaccination.

M. Hervieux communique à l'Académie le rapport officiel sur la vaccine. Il rappelle que notre épidémie variolique est aujourd'hui vaincue et compare avec elle l'épidémie qui règne en Angleterre depuis 1891 et qui, au commencement de 1894, n'avait pas encore désarmé.

Et pourtant l'Angleterre était, depuis 1867, en possession de la vaccine obligatoire, tandis que l'obligation n'a jamais existé en France que pour l'armée. C'est que l'Angleterre a été paralysée dans la lutte contre l'épidémie par la ligue antivaccinale, tandis que la France a mis à profit tout l'arsenal des moyens prophylactiques.

M. Hervieux fait à cette occasion l'histoire de la ligue antivaccinale, puis passe en revue les divers moyens à l'aide desquels nous avons triomphé de l'épidémie variolique. Il mentionne d'abord le vaccin animal et les conditions qui doivent le faire préférer au vaccin humain. Il repousse le variolo-vaccin préconisé par Fisher et Haccius.

Il attribue surtout aux revaccinations la cessation de l'épidémie parisienne, mais il fait une large part aux services rendus par l'assainissement et les pratiques qui le constituent, pulvérisations, étuves municipales.

M. Hervieux termine son rapport en appelant l'attention sur deux moyens auxiliaires d'une grande importance, la nécessité de nommer des inspecteurs médicaux dans les circonscriptions qui en sont dépourvues, et d'établir en principe la gratuité des vaccinations par l'inscription au budget

des communes et des départements de la rémunération des vaccinateurs.

Abcès du foie chez l'enfant.

M. Proust lit un rapport sur un mémoire de M. le Dr **Legrand**, médecin sanitaire de France à Suez, sur deux cas d'abcès du foie (abcès des pays chauds) chez des enfants.

On sait que les abcès hépatiques des pays chauds sont beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte. Le premier cas, observé par M. Legrand, concerne une petite fille de cinq ans chez laquelle un abcès du lobe droit du foie se développa à la suite d'une dysenterie. Cet abcès fut ouvert au thermo-cautère et lavé ensuite à l'eau boriquée ; trois mois après la poche était comblée et le foie avait repris la position normale. L'enfant paraissait guérie, quand, au mois de mars, elle fut de nouveau atteinte de dysenterie ; quelque temps après la région épigastrique se tuméfiait et on constatait un abcès du lobe gauche du foie.

Les parents ayant refusé toute intervention opératoire, cet abcès fut abandonné à lui-même et se vida spontanément par le côlon transverse. Après une amélioration passagère, une fièvre hectique se déclara et l'enfant ne tarda pas à succomber avec tous les signes d'un abcès du cerveau. On trouva dans le pus du premier abcès un assez grand nombre de micrococques arrondis, très mobiles, mais pas d'amibes. Les cultures de ce pus fournirent des colonies ressemblant beaucoup à celles du staphylococcus citreus, mais ne liquéfiant pas la gélatine. L'inoculation d'une certaine quantité de ces cultures aux cobayes n'a donné aucun résultat.

Dans le second cas, il s'agissait d'un enfant de 3 ans qui guérit d'un abcès du foie à la suite d'une simple ponction suivie d'un lavage.

Abatage des animaux de boucherie.

M. Dieulafoy lit un rapport sur un ouvrage de M. le Dr **Dembo** (de Saint-Pétersbourg) concernant l'étude comparée des diverses méthodes d'abatage des animaux de boucherie. Ce travail conclut en faveur de la méthode d'abatage juive, c'est-à-dire de la saignée immédiate, de préférence à l'assommement. Il rapporte des expériences tentées dans divers abattoirs étrangers, au cours desquelles il fallait un nombre quelquefois assez considérable de coups pour que l'animal fût tué; aussi trouve-t-il le premier procédé plus humanitaire et plus hygiénique. Il ajoute qu'il rend la conservation de la viande plus facile et son goût plus savoureux.

MM. Trasbot et **Weber** font observer que les expériences rapportées par M. Dembo témoignent uniquement de la maladresse des ouvriers des abattoirs où elles ont été pratiquées. Il est en effet tout à fait exceptionnel, aussi bien dans les abattoirs de Paris que dans les campagnes françaises, que l'animal ne soit pas assommé au premier coup, et il est facile de constater que la sensibilité est ainsi complètement et immédiatement éteinte. C'est donc bien là au contraire le procédé le plus humanitaire, le moins douloureux pour les animaux de boucherie. Bien plus, pour être plus sûr que les ouvriers moins expérimentés obtiennent le même résultat, on a imaginé le masque Bruneau avec emporte-pièce, avec lequel il est toujours inutile d'y revenir à deux fois pour tuer l'animal.

Avec la méthode juive, il faut lier préalablement les pieds de l'animal, le soulever de terre; la section du cou est quelquefois plus malaisée et la mort vient moins rapidement. De plus, si la conservation de la viande était mieux assurée par ce dernier procédé, les bouchers, qui y sont les plus intéressés, ne manqueraient pas de le mettre en usage; or, ils préfèrent tous le procédé de l'assommement.

M. Marc Sée objecte que le mémoire de M. Dembo répond à des considérations toutes spéciales. Par précaution religieuse on est allé, dans certains pays, jusqu'à empêcher les juifs de manger des vianges indigènes, en n'autorisant l'abatage de celles-ci que par assommement; l'on sait, en effet, que les israélites ne doivent se nourrir que de viandes saignées. M. Dembo a donc dû recueillir les expériences qui démontrent que, dans certains pays, le procédé de l'abatage par assommement fait cruellement et inutilement souffrir les animaux.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 27 juillet 1894.

Hématonéphrose.

M. Lévi présente un rein atteint d'hématonéphrose. Le malade qui en était porteur avait de l'hématurie sans douleur depuis trois mois. Récemment parurent des douleurs lombaires. La palpation permettait de percevoir une tumeur oblongue dans la région rénale. On pratiqua la néphrectomie. Une grande quantité de sang s'écoula à la ponction d'une poche occupant le hile du rein. L'examen méthodique du rein enlevé montra qu'il était frappé en un point d'une tumeur épithéliale, qui avait entraîné oblitération de l'uretère et hématome.

Angiome de la narine.

M. Broca rapporte l'histoire d'une femme de 40 ans qui portait sous la narine droite une tumeur arrondie, parcourue de vascularisations superficielles. On avait porté antérieurement le diagnostic de kyste, et une ponction faite avait donné beaucoup de sang. En raison de ce dernier détail, M. Broca fit le diagnostic d'angiome. Après l'extirpation il put voir qu'il s'agissait d'une tumeur encapsulée, de couleur blanche, à surface de coupe grenue. L'examen histologique fait par M. Pilliet démontra qu'il s'agissait d'un angiome capillaire très net, présentant des points sarcomateux et lipomateux. Le développement exagéré des glandes sébacées par places aurait pu faire croire qu'il s'agissait d'épithélioma.

Hydronéphrose.

M. Gervais de Rouville fait la présentation d'un rein atteint d'hydronéphrose volumineuse, et opéré par M. Duplay. La distension du bassinet est énorme. Au point de vue histologique il y a altération de la couche musculaire du bassinet et par places infiltration hémorrhagique de cette couche. Les lésions du parenchyme rénal sont celles de la néphrite interstitielle.

F. Potier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juillet 1894.

Chirurgie des voies biliaires.

M. Tuffier verse au débat deux observations appartenant à deux types différents : dans un cas le foie était stérile; dans l'autre, il était infecté.

Observation I. — Femme de 22 ans, paludique, ayant eu ses premières coliques hépatiques il y a huit ans, et atteinte lors de l'intervention d'ictère complet avec foie et rate tous deux énormes. Après laparotomie, le foie ayant été relevé, M. Tuffier trouva une tumeur ronde, fixe, qu'il ne put extirper et qui était manifestement constituée par des ganglions situés autour de la tête du pancréas. La vésicule était peu volumineuse, mais très tendue, et M. Tuffier put mener à bien la cholécystentérostomie. Il croyait avoir obtenu un succès lorsque, au 28e jour, survinrent des accidents d'ictère grave qui emportèrent l'opérée. A l'autopsie, cancer massif du foie, avec un prolongement comprimant le cholédoque et adénopathie. On pouvait se demander s'il n'y avait pas eu infection du foie par l'intervention : l'examen bactériologique prouva qu'il était resté stérile, comme il l'était avant l'opération, M. Gilbert ayant examiné le sang fourni par des ponctions, comme l'était la bile recueillie pendant l'opération. D'ailleurs, de nombreuses survies prouvent qu'on ne doit pas être arrêté par cette crainte.

Obs. II. — Femme de 28 ans, également paludique, ayant depuis sept ans des coliques hépatiques avec ictère variable. L'ictère était complet au moment de l'opération, mais la malade affirmait que, de temps à autre, les matières se coloraient un peu. La laparotomie permit d'aborder la tête du pancréas indurée, entourée d'adhérences inflammatoires impossibles à dégager. La vésicule étant trop petite pour permettre la cholécystentérostomie, M. Tuffier fit la cholécysto-

stomie dont la malade se rétablit. Mais, au bout de trois mois, survint un ictère grave rapidement mortel, et il est à remarquer que, quoique l'ictère n'ait jamais cessé et que le cholédoque fût resté obstrué, il n'eût jamais coulé que très peu de bile par la fistule. C'est donc, évidemment, que le foie fonctionnait mal. Chez cette malade, les ponctions du foie, l'examen de la bile lors de l'opération avaient démontré une infection par le coli-bacille, que la cholécystostomie a été impuissante à enrayer. A l'autopsie, on trouva bien un calcul dans le cholédoque.

M. Monod a eu l'occasion d'opérer, depuis six mois, deux malades dont voici l'histoire :

Observation I. — Le 13 décembre 1893, il opéra une femme de 33 ans, ayant eu des douleurs hépatiques frustes sans ictère, et ayant des antécédents héréditaires cancéreux. Elle portait une volumineuse tumeur qu'on sentait à la fois par devant et par la région lombaire et, sans songer à la vésicule, M. Monod entreprit une laparotomie exploratrice. Il trouva une vésicule contenant 80 grammes de liquide sirupeux, incolore et, après ablation de deux calculs, constata qu'il en restait dans le canal cystique un qu'il ne put avoir. Il fit donc une cholécystostomie et la malade guérit; mais actuellement encore, elle conserve une fistulette muqueuse.

Obs. II. — Dans le second cas, relatif à une femme de 41 ans, M. Monod intervint avec un diagnostic précis. Les coliques hépatiques, dont la première remontait à septembre 1893, ne s'étaient jamais accompagnées d'ictère; et on les avait alors attribuées à un rein flottant, d'ailleurs manifeste. Mais M. Monod sentit dans la région de la vésicule une tuméfaction dure et allongée qu'il se refusa, malgré un avis autorisé, à attribuer à des scybales. Il fit la laparotomie, évacua de nombreux calculs et établit une fistule par laquelle, à plusieurs reprises, ont été éliminées quelques centaines de calculs. Mais, actuellement, presque toute la bile sort par la fistule; toutefois, les matières sont un peu colorées et, sur le conseil de M. Terrier, M. Monod ne fait rien, espérant la guérison spontanée.

M. Michaux constate qu'en somme MM. Nélaton, Routier ont, comme lui, déposé en faveur de la cholécystostomie plutôt que pour la cholécystentérostomie. L'opérée de M. Michaux est morte au 12e jour, sans aucun accident du côté de la bouche biliaire, et à l'autopsie on a constaté un cancer du pancréas. A ce propos, M. Michaux cite un travail récent de Schultze sur les occlusions non calculeuses du cholédoque avec pseudo coliques hépatiques.

M. Pozzi présente une femme à laquelle il a enlevé un calcul biliaire gros comme une amande, enchâtonné dans l'ampoule de Vater. Les accidents ayant débuté par des coliques il y a 7 ans, étaient ceux d'un ictère noir avec hypertrophie du foie et cachexie telle que, n'eût été l'ancienneté des symptômes, M. Pozzi se serait méfié d'un cancer. Il trouva, enclavé à la fois dans le duodénum et le cholédoque, un calcul qu'il aborda par la duodénotomie et qu'il put extraire. Suture de l'intestin, guérison. Les adhérences avaient rendu l'opération très laborieuse.

Appendicite.

M. Schwartz a été appelé à soigner un jeune homme vigoureux qui, pour la première fois le 25 novembre 1884, eut des accidents de péritonite, jugés au bout d'un mois par un énorme abcès sous-ombilical médian, ouvert le 15 février 1885. Par là sortit à un moment donné une concrétion noirâtre, et en novembre seulement fut obtenue la cicatrisation. Après cela, santé excellente jusqu'en août 1890 ; alors crise nouvelle avec vives douleurs en urinant ; un abcès semblable au précédent se forma et il était guéri en février. Nouvelle attaque en novembre 1893 : cette fois on diagnostiqua une fièvre typhoïde ; l'abcès se rouvrit, mais se ferma en 15 jours.

C'est dans ces conditions que M. Schwartz vit le malade, alors en bonne santé, le 15 avril 1894. Il hésita un peu comme diagnostic entre des accidents dus à l'appendice ou à un diverticule et finalement conclut à une appendicite. L'intervention, pratiquée avec succès, confirma cette opinion ; l'appendice, perforé tout au bout, adhérait à la paroi abdominale sur la ligne médiane et s'engageait dans son épaisseur.

A propos de ce cas, M. Schwartz insiste sur la rareté du siège de l'abcès. C'est à peine si on trouve quelques faits analogues d'appendicite avec abcès sous-ombilical absolument médian. Un autre point à mettre en relief est l'existence peu expliquée de ces récidives à longue échéance.

M. Tuffier a vu une appendicite causer un phlegmon de la cavité de Retzius. Dans un autre cas, l'abcès siégeait derrière le grand droit.

M. Monod a vu deux fois des abcès d'appendicite dans la fosse iliaque gauche, avec foyer initial à droite, il est vrai. Dans un cas, les deux poches ont été ouvertes et le malade a guéri. Dans l'autre, l'abcès de droite a été méconnu et le malade est mort.

M. Schwartz fait observer que ces abcès en fer à cheval, rares d'ailleurs, ne sont pas comparables à son observation.

M. Berger présente un malade qu'il a guéri d'une appendicite perforante aiguë avec péritonite suppurée généralisée. Après incision dans la fosse iliaque droite, il constata qu'il y avait du pus partout dans le ventre. Séance tenante il incisa la ligne médiane, puis la fosse iliaque gauche, et par là fit un lavage à l'eau stérilisée ; large drainage. Pendant 7 jours le malade sembla aller mal, puis il se débonda et à partir de ce moment alla bien. C'est le premier succès obtenu par M. Berger dans les cas de ce genre. Dans un autre, pendant quatre jours il a eu de l'espoir, mais au cinquième jour est survenue une congestion pulmonaire brusque, mortelle en 24 heures.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 *juillet* 1894.

Présidence de M. Déjerine.

Influence de la dessiccation sur la nutrition.

M. Féré. — On admet généralement que la dessiccation ralentit la nutrition des tissus organiques. J'ai mis à incuber des œufs dans un exsiccateur à chaux vive, et j'ai remarqué qu'il y avait eu d'abord un développement plus rapide de l'embryon, mais qu'ensuite le développement avait été troublé par la production de monstruosités multiples, en même temps qu'un grand nombre d'embryons succombaient.

Epilepsie chez les oiseaux.

M. Féré. — J'ai observé chez un poussin de cinq jours des attaques sérielles d'épilepsie ayant duré 24 heures et entraîné la mort. L'attaque débutait par le côté gauche, puis se généralisait et était suivie d'une période de coma.

Il est à remarquer que l'embryon correspondant avait été soumis à l'influence de l'alcool, était sorti de sa coquille seulement le 22e jour, et présentait un trouble de la marche sans lésion apparente des membres. Or on trouvait à l'autopsie un kyste du sinus rhomboïdal : cette lésion avait bien pu produire les troubles de la marche, quoiqu'à vrai dire elle n'explique pas l'épilepsie.

Malformations dans l'hystérie.

MM. Féré et **Roger.** — Nous avons examiné 28 hystériques et fixé le caractère de leurs empreintes digitales; 25 de ces malades présentaient de l'oligodactylie cubitale. Chez 22 d'entre elles, l'affection prédominait à gauche; or, il y avait de ce côté de l'anesthésie ou des zones spasmogènes. Deux fois la déformation et les troubles sensitifs étaient égaux des deux côtés, et deux fois ils prédominaient à droite. Ces faits sont de nature à éclairer la pathogénie de l'hystérie, dont les troubles seraient plus ou moins rattachables à une dystrophie nerveuse.

Pouvoir absorbant de la muqueuse vésicale.

MM. Bazy et **Sabatier.** — Nous avons contrôlé cette propriété en injectant dans la vessie des substances dont la présence dans le sang est facile à déceler, l'iodure de potassium et le sulfo-indigotate de soude. Voici un lapin auquel nous avons, il y a 5 minutes, injecté dans la vessie, à l'aide d'une sonde en caoutchouc rouge, 2 c. m. c. d'une solution à 1/30 de sulfate de strychnine. On voit qu'il est pris rapidement de convulsions qui ne tardent pas à entraîner la mort.

Hémiopie névropathique.

MM. Déjerine et **Vialet**. — Après avoir inutilement cherché ce symptôme dans l'hystérie, nous avons rencontré un neurasthénique qui était atteint d'hémianopsie latérale homonyme droite, tout à fait analogue à celle des lésions centrales, mais en différant seulement en ce qu'elle était accompagnée d'un rétrécissement *variable* du champ visuel.

M. Peyraud communique ses observations sur la fermentation nitrique et la manière dont elle est influencée par le sulfure de carbone.

M. Luys présente le cerveau d'un sujet mort subitement pendant le coït. L'estomac était en état de réplétion. On constate que le cerveau est parsemé, principalement dans la substance blanche, de petites taches hémorrhagiques qui tiennent à une extravasation dans les gaines péri-vasculaires.

M. Luys montre des préparations incluses dans la gélatine depuis de longues années et ayant conservé une très belle apparence. Les globules sanguins en particulier sont restés parfaitement nets et ont gardé leur contenu hémoglobique intact.

M. Azoulay décrit une méthode de coloration de la myéline nerveuse, qui est basée sur l'emploi de l'acide osmique, puis du tannin. On complète heureusement par le carmin ou l'hématoxyline.

M. Phisalix décrit les propriétés antitoxiques du sérum de salamandre par rapport au curare.

MM. Wertheimer et **Delezenne** ont observé une action vaso-dilatatrice périphérique de la strychnine, qui est contraire aux données reçues.

MM. Cassaët et **Bénech** ont étudié la toxicité du contenu de l'estomac au cours de la maladie de Reichmann, et ont constaté dans le suc gastrique la présence d'une substance qui produit chez les animaux des accidents comateux.

M. Monot (Troyes) a eu l'occasion d'observer plusieurs faits de ladrerie chez des bovins d'Afrique. Les cysticerques existaient de préférence dans les muscles ptérygoïdiens.

M. Pilliet, étudiant comparativement le gésier des oiseaux granivores et insectivores, a vu que les premiers possédaient un appareil musculaire beaucoup plus développé. La même constatation a été faite chez le cormoran, qui se nourrit exclusivement de poisson cru, et possède un gésier à parois minces.

La Société s'ajourne à la 2e quinzaine d'octobre.

J. Girode.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juillet 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Angine diphthéritique. Traitement.

M. Catrin (Val-de-Grâce). — J'ai employé le permanganate en solution au 1/500 ou au 1/200 dans le traitement de l'angine diphthéritique. Les attouchements étaient pratiqués toutes les 2, 3 ou 4 heures, suivant la gravité des cas; ils étaient précédés et suivis de lavages avec l'eau boriquée ou une solution de permanganate de potasse.

Sous l'influence de ce traitement, j'ai toujours vu les fausses membranes nasales ou pharyngées se dissocier très vite. Dans deux cas fort graves (2 morts) ces fausses membranes ont disparu si facilement que cette guérison rapide m'avait inspiré une fausse sécurité, puisque je croyais mes malades hors de danger, mais deux morts subites sont venues me démontrer que la disparition des fausses membranes était loin d'éloigner tout péril. Dans les angines simples, ce traitement n'est pas moins efficace, il m'a paru diminuer de beaucoup la durée de toutes les angines.

Le permanganate de potasse a sur l'acide phénique le grand avantage de n'être ni désagréable, ni douloureux, ni caustique; sur le sublimé, il a cette supériorité de n'être toxique qu'à des doses considérables; je conçois qu'on ait longtemps hésité à se servir de solution de sublimé au vingtième, surtout chez des enfants. J'avoue que depuis que j'ai été intoxiqué avec environ 12 centigrammes de sublimé, j'ai conservé une certaine méfiance envers cet antiseptique. Cette toxicité est d'ailleurs tellement menaçante que l'on a vu, dans sa savante communication, M. Moizard insister sur la manœuvre des trois pinceaux ou tampons pour l'application de ce topique préconisé par M. Goubeau.

Les résultats que j'ai obtenus avec le permanganate de potasse sont bien inférieurs à ceux de M. Moizard : d'abord au point de vue très important du nombre des expériences, ensuite au point de vue de la léthalité, puisque le traitement par le sublimé donne de 81 à 95 0/0 de guérisons, celui par le permanganate ne m'a fourni que 75 guérisons pour cent.

Il reste toutefois, comme M. Moizard l'a signalé lui-même, un point à juger dans le traitement vraiment remarquable de M. Goubeau, c'est la possibilité des paralysies consécutives et peut-être des morts, point que M. Moizard n'a pu éclaircir vu l'encombrement du pavillon Bretonneau, qui empêche de suivre assez longtemps les malades.

M. Sevestre. — J'ai eu l'occasion d'assister à des essais de traitement de l'angine diphthéritique par le permanganate de potasse. Cet antiseptique était employé à *parties égales* et déposé sur la gorge à la façon d'une poudre de traitement. J'ai constaté d'une part l'innocuité du permanganate de potasse au point de vue topique, mais d'autre part aussi une inefficacité absolue de la médication.

M. Rendu. — L'action du permanganate dans les angines putrides ou gangréneuses est réelle. L'odeur infecte disparaît rapidement et la marche de l'infection est favorablement influencée.

Les streptocoques de la bouche normale et pathologique.

MM. F. Widal et **F. Bezançon**. — Dans une récente communication, nous disions avoir trouvé constamment et en grande abondance des streptocoques dans la bouche de vingt personnes saines. Nos recherches ont porté également sur la bouche de sujets atteints de maladies générales ou d'infections localisées à la muqueuse bucco-pharyngée. Nous avons examiné, par la méthode des cultures sur gélose, la salive de dix érysipélateux, de dix scarlatineux, de six rubéoliques, de trois varioleux, d'un typhique, d'un pneumonique, d'un grippé, d'un phthisique pulmonaire, d'un bronchitique, d'un purpurique, d'une femme atteinte d'infection puerpérale, de trois individus atteints d'angine pseudo-membraneuse, de deux autres atteints d'angine diphthéritique, de quatre autres atteints d'angine pultacée, de trois autres encore atteints d'angine phlegmoneuse, et d'un autre, enfin, souffrant d'ulcérations tuberculeuses de la gorge. Chez ces quarante-neuf personnes, présentant des affections si diverses, toujours nous avons retrouvé des streptocoques en abondance. Systématiquement, nous négligions de nous occuper des autres microbes contenus dans nos cultures.

Ces divers streptocoques répondent-ils à un type unique ou sont-ils doués de caractères distinctifs permettant de prévoir leur provenance et pouvant aider, comme on l'a espéré, au diagnostic des angines? Possèdent-ils, suivant leur origine, des qualités pathogènes distinctes?

En ces dernières années, surtout en Allemagne, bien des expérimentateurs ont tenté d'établir des divisions parmi les streptocoques. On a été jusqu'à dire qu'il convenait de considérer provisoirement, comme espèce à part, tout microbe se distinguant par une particularité quelconque. Le nombre des classifications proposées montre déjà l'imperfection de chacune d'elles. Nous avons voulu cependant juger la valeur de tous ces signes différentiels et nous avons comparé un à un, et cela à plusieurs reprises, les caractères morphologiques ou biologiques de chaque échantillon isolé par nous. Nous avons recherché si les chaînettes étaient courtes, longues ou agglomérées, si elles restaient colorées par le Gram, si elles se développaient ou ne se développaient pas à 16°, si elles troublaient ou ne troublaient pas le bouillon, si elles y formaient un dépôt muqueux, pelliculaire ou granuleux, si elles donnaient ou ne donnaient pas de culture apparente sur pomme de terre, si elles étaient douées ou non de propriétés fermentatives, etc., etc.

De notre enquête, il résulte que quelques-uns de ces prétendus caractères distinctifs n'apparaissent qu'au hasard d'une

série plus ou moins heureuse. C'est ainsi que nous avons constamment cherché, sans les trouver, les colonies blanchâtres sur pomme de terre, considérées par quelques auteurs comme un bon moyen de différenciation. La plupart des autres caractères n'ont qu'une apparence de réalité. On peut voir, par exemple, la forme des cultures en bouillon ou les dimensions plus ou moins grandes de la chaînette se modifier tout d'un coup après avoir persisté, suivant le même type, en plusieurs cultures successives. Souvent on ne trouve aucune explication à ce changement. Parfois un passage transitoire dans un milieu de culture différent ou à travers le corps d'un animal, l'usage d'un bouillon nouvellement fabriqué, une différence dans la température de l'étuve sont autant de causes à invoquer. La plupart des caractères proposés sont donc, en raison de leur instabilité, des guides infidèles et trompeurs pour une classification.

Il était intéressant dès lors de rechercher le degré de virulence présenté par chacun de ces streptocoques au moment même de leur prise. Peut-être y avait-il là un élément de différenciation entre les streptocoques de la salive normale et ceux trouvés dans les diverses angines par exemple. Si les résultats obtenus à ce sujet par différents expérimentateurs paraissent souvent contradictoires, c'est qu'en les mettant en parallèle on compare des faits qui ne sont pas comparables. Les uns n'envisagent que la virulence vis-à-vis de la souris, les autres vis-à-vis du lapin inoculé soit sous la peau, soit dans les veines; d'autres enfin inoculent brutalement la salive, ce qui ne saurait renseigner sur la virulence réelle du streptocoque, car les autres microbes contenus dans cette salive suffiraient, par leur présence, à réveiller la virulence d'un streptocoque inactif.

Pour essayer de mesurer la virulence des streptocoques si divers isolés par nous, il fallait avant tout nous entendre sur un terme de comparaison expérimental. Or, nous savons que le streptocoque retiré fraîchement d'une plaque érysipélateuse humaine, est fixé dans une virulence tout à fait spéciale, que ne possède aucun autre microbe. Inoculé sous la peau de l'oreille d'un lapin, il peut occasionner la mort rapide par septicémie, mais, le plus souvent, il détermine un érysipèle dont l'évolution clinique et histologique est celle de l'érysipèle humain. C'est précisément cette lésion qui nous a servi de terme de comparaison au point de vue expérimental. Une culture en bouillon de chaque streptocoque vieille de 2 à 3 jours était inoculée, à la dose de 1 cc. 1/2, sous la peau de l'oreille d'un lapin. D'une seule et même bouche, nous avons retiré souvent plusieurs échantillons de streptocoques paraissant différents par les cultures; chacun d'eux a été soumis à l'expérimentation.

Nos animaux d'expérience peuvent être divisés en trois groupes suivant qu'ils ont été inoculés avec des streptocoques de la bouche normale, de la bouche d'érysipélateux ou de la bouche des diverses autres affections énumérées.

Les streptocoques de la bouche normale n'ont jamais donné ni érysipèle ni septicémie.

Les streptocoques provenant de la bouche de dix érysipélateux occasionnèrent une fois une septicémie et la mort au troisième jour, et deux fois un érysipèle typique.

Les autres streptocoques retirés de la bouche de personnes atteintes d'affections multiples, ne donnèrent d'érysipèle au lapin que dans un seul cas où il s'agissait d'une angine pseudo-membraneuse non diphthéritique.

Tous ces streptocoques trouvés constamment dans la bouche normale ou pathologique, n'en sont pas moins susceptibles d'acquérir dans certaines conditions des qualités pathogènes. Nous avons démontré ailleurs que les streptocoques de la bouche normale acquièrent, par association avec un coli-bacille virulent, la propriété de produire chez le lapin l'érysipèle aussi bien qu'une septicémie ou l'endocardite végétante. Chaque humain malade ou bien portant a donc dans sa bouche de quoi produire un érysipèle ou des infections secondaires. Pour que le streptocoque récupère sa virulence, il ne suffit pas qu'il végète dans la bouche d'un varioleux, d'un scarlatineux, etc., il faut, en général, qu'il pénètre l'économie du malade. Ce que nous avons observé chez les varioleux paraît instructif à cet égard. Dans la bouche de trois varioleux d'Aubervilliers, grâce à l'obligeance de M. Siredey, nous avons isolé plusieurs échantillons de streptocoques, qui n'ont jamais pu déterminer d'érysipèle expérimental. Par contre, à l'autopsie de six varioleux, nous avons retiré des organes le streptocoque souvent à l'état de pureté et doué d'une virulence extrême. Dans trois cas l'inoculation occasionna la mort des lapins par septicémie en un temps variant de un à trois jours, et, dans les trois autres cas, détermina un érysipèle grave, mortel pour deux animaux.

C'est dans la bouche des érysipélateux que l'on trouve le plus fréquemment, nous l'avons vu, un streptocoque capable de produire d'emblée l'érysipèle expérimental ou la septicémie (trois fois sur dix). Cette virulence procède-t-elle ou suit-elle l'évolution de la plaque? C'est là un point dont la solution nécessiterait de nouvelles recherches. Bornons-nous donc pour le moment à enregistrer le fait.

Enfin, le fait d'avoir toujours constaté avec la plus grande facilité des streptocoques dans 69 bouches normales ou pathologiques, nous enseigne qu'il ne faut pas se hâter de classer certaines infections bucco-pharyngées d'après la présence des streptocoques.

Péritonite tuberculeuse.

M. Rendu, au nom de M. Spillmann, communique un cas de péritonite tuberculeuse chez un enfant de 13 ans, guérie par une injection de naphthol camphré.

Bicarbonate de soude et sécrétion chlorhydrique.

M. Mathieu communique ses recherches sur l'action du bicarbonate et du citrate de soude sur la sécrétion chlorhydrique.

La prochaine séance de la Société aura lieu le vendredi 12 octobre.

H. Vaquez.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 2 et 9 juillet 1894.

Sur la présence de l'hydrogène et de l'hydrogène protocarboné dans l'azote résidual du sang.

M. L. de Saint-Martin. — On sait que la présence de l'hydrogène et de l'hydrogène protocarboné dans les atmosphères closes, où ont longuement séjourné les animaux et surtout les herbivores, a été mise en évidence en 1849 par les travaux de MM. Regnault et Reiset et que l'opinion généralement admise était que ces gaz proviennent du tube intestinal, lorsque, en 1884, Tacke démontra que les lapins trachéotomisés exhalent directement par le poumon des quantités notables de ces deux gaz; mais, que l'hydrogène et le gaz des marais ainsi reconnus proviennent des tissus ou, ce qui est plus probable, d'une résorption intestinale, ils ont nécessairement traversé l'appareil circulatoire et leur présence dans le sang est devenue certaine, bien que difficile à prouver, en raison de leur très faible quantité.

M. Gréhant, le premier, vient d'annoncer qu'il avait trouvé, à l'aide de son ingénieux grisoumètre, une petite quantité d'hydrogène dans l'azote résidual des gaz extraits du sang de chien. De mon côté, après avoir répété et vérifié les expériences de Tacke, j'ai entrepris de rechercher les mêmes gaz dans le sang, et les résultats que j'ai obtenus confirment et complètent le fait annoncé par M. Gréhant. J'ai opéré sur le sang de bœuf, afin de pouvoir agir sur une grande masse de sang provenant d'un animal herbivore et j'ai trouvé pour 1 litre de sang de bœuf (chiffres réduits à la température de 0° et à la pression de 760 millimètres) : dans une première analyse, 41 c. c. d'hydrogène et 69 c. c. d'hydrogène protocarboné; dans une seconde expérience, 64 c. c. d'hydrogène et 68 c. c. d'hydrogène protocarboné.

Du lieu de production et du mécanisme des souffles entendus dans les tuyaux qui sont le siège d'un écoulement d'air.

M. Chauveau, pour expliquer le mécanisme des divers bruits respiratoires entendus pendant l'auscultation, a entrepris l'étude physique des souffles et des murmures engendrés par l'écoulement de l'air dans les tuyaux inertes. Parmi les conclusions importantes de ce travail, il faut noter celles-ci :

Les souffles ne se produisent pas sur place ; ils sont dus aux veines fluides vibrantes qui se forment aux orifices de l'écoulement de l'air (veines extérieures) ou à l'entrée des dilatations absolues ou relatives des tuyaux (veines intérieures). Ces bruits se transmettent avec la plus grande facilité et peuvent être entendus très loin du lieu de leur production, avec une netteté qui donne l'illusion de cette production dans le point même où l'oreille les perçoit. Parmi les nombreuses applications que l'on peut faire de ces faits à la théorie de l'auscultation, il en est une qui vient immédiatement à l'esprit, c'est celle relative au *souffle tubaire*. Ce souffle résulte, en effet, de la transmission plus facile à travers le poumon hépatisé, du bruit engendré par les veines fluides vibrantes qui se produisent au niveau de la glotte.

Microbe de la péripneumonie contagieuse du bœuf.

M. Arloing, dans ses travaux antérieurs sur la péripneumonie, n'avait pas réussi à reproduire la maladie avec tous ses caractères en inoculant le microbe qu'il avait isolé. En poursuivant ses études sur cette maladie, il a rencontré des conditions plus favorables à la conservation et à l'exaltation de la virulence de ce microbe, et il a réussi alors, avec des cultures comprises entre la deuxième et la dixième génération, à reproduire sur le bœuf les altérations typiques de la péripneumonie contagieuse (Voyez p. 377).

Combustion du gaz d'éclairage et analyse du sang.

M. Gréhant. — J'ai fait de nouvelles recherches sur les produits de la combustion du gaz d'éclairage recueilli dans un gazomètre de 150 litres fonctionnant comme aspirateur. J'ai employé successivement deux procédés : l'un chimique, par l'oxyde de cuivre chauffé au rouge ; l'autre à la fois physiologique et chimique (procédé de Gréhant), qui consiste à faire respirer les gaz à un animal et à doser dans le sang, à l'aide du grisoumètre, le gaz combustible qui a pu être absorbé.

Les produits de la combustion d'un bec d'Argant ne m'ont pas fourni la moindre trace d'oxyde de carbone, tandis que le bec Auër, qui est remarquable par la lumière blanche et vraiment éblouissante qu'il projette, a donné après l'oxyde de cuivre un précipité abondant de carbonate de baryte correspondant à 1/2500e de gaz combustible.

L'analyse des gaz du sang a démontré que les gaz recueillis, air entraîné et produits de combustion, renfermaient 1/4300e d'oxyde de carbone. Je conclus de ces résultats qu'il y aurait un grand intérêt, au point de vue de l'hygiène, à faire échapper au dehors les produits de combustion du gaz et particulièrement ceux du bec Auër.

Nature des onychomycoses démontrée par la culture et les inoculations.

M. J. Sabrazès. — Le diagnostic entre le favus et la tricophytie des ongles n'est pas possible cliniquement, même après l'examen microscopique des lésions (1), si bien qu'on ne saurait actuellement affirmer avec certitude qu'il existe des onichomycoses favique et trycophytique. Nous avons montré, dans un travail antérieur (2), que, par la culture, on pouvait remonter à la cause première des lésions. C'est ainsi que, dans un cas, nous avons pu affirmer l'altération tricophytique des ongles en même temps que l'existence d'une plaque d'herpes circiné, bien que la présence, chez le même sujet, de godets du cuir chevelu, nous incitât *a priori* à conclure au favus unguéal (3).

Pour démontrer d'une façon péremptoire la réalité des onychomycoses faviques, il fallait retirer de la profondeur de la lame unguéale, dans des conditions telles qu'on pût éviter de récolter des germes extérieurs à l'ongle, un champignon identique à celui qu'on aurait isolé, chez les mêmes malades, des godets du cuir chevelu et de la peau glabre. Il était indispensable, en outre, que ce champignon fût susceptible de reproduire par inoculation cette lésion décisive, le godet. Tel est le travail que nous avons poursuivi pendant le cours de cette année.

Après bien des tâtonnements, bien des résultats négatifs, nous avons été assez heureux pour isoler, dans deux cas de favus à godets avec coexistence d'onychomycoses, des champignons qui ne se différencient pas de celui que nous avons décrit dans le *favus humain spontané*. Bien plus, l'inoculation du parasite extrait des ongles malades reproduit des godets caractéristiques sur les oreilles de la souris. L'existence des onychomycoses faviques, que les recherches cliniques avaient pressentie sans pouvoir l'affirmer, est donc définitivement établie par ces faits expérimentaux.

(1) *De la tricophytie des mains et des ongles*, par Arnozan et W. Dubreuilh. — *Archives cliniques de Bordeaux*, janvier 1892.

(2) *Sur le favus de l'homme, de la poule et du chien*, par J. Sabrazès, Paris, 1893, p. 16.

(3) La sœur de la malade était atteinte de tricophytie.

Topographie de l'urèthre fixe.

M. L. Testut. — Pour étudier l'anatomie topographique de l'urèthre, j'ai utilisé les coupes sur des sujets congelés. Voici ce que j'ai pu constater :

1° Le col de la vessie se trouve constamment situé au-dessus et en arrière de l'extrémité inférieure de la symphyse ou angle symphysien. Un intervalle de 23 millim., en moyenne, le sépare de cet angle ;

2° Une horizontale menée par le col rencontre la symphyse à sa partie moyenne ou un peu au-dessus de sa partie moyenne ;

3° La distance qui sépare le col de la symphyse est, en moyenne, de 23 millim. ;

4° Le point le plus déclive de l'urèthre est toujours situé en avant de l'aponévrose périnéale moyenne, le plus souvent au niveau ou au voisinage d'une verticale passant par l'angle symphysien. Ce point déclive est séparé de l'angle symphysien par un intervalle moyen de 18 millim. J'ai observé un minimum de 12 millim. et un maximum de 25 millim. ; cette donnée est, par conséquent, très variable ;

5° L'angle prépubien de l'urèthre a, par rapport au pubis, une situation fort variable. Je l'ai toujours trouvé au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'extrémité inférieure de la symphyse, sauf dans un cas où il remontait jusqu'à cette ligne, mais sans la dépasser ;

6° La longueur de l'urèthre fixe est, en moyenne, de 65 à 70 millim., dont 40 pour la portion située en amont du point déclive et 25 ou 30 millim. pour la portion située en aval ;

7° Si de l'horizontale, passant par le col, nous abaissons deux verticales, l'une sur le point déclive, l'autre sur l'angle prépubien, nous constatons que ces verticales mesurent en moyenne, la première 38 millim., la seconde 32 millim. seulement. L'urèthre descend donc à 38 millim. au-dessous du niveau occupé par le col et remonte ensuite pour atteindre l'angle prépubien. Toutefois, cette ascension est peu considérable, puisqu'elle n'est que de 6 millim. Je dois ajouter que l'urèthre, entre le point déclive et l'angle prépubien, n'a pas toujours une direction ascendante. Sur deux de mes sujets, la distance en projection qui se trouve comprise entre une horizontale menée par le col et le point le plus déclive de l'urèthre est exactement égale à celle qui sépare cette même horizontale de l'angle prépubien. Sur ces deux sujets, par conséquent, le canal de l'urèthre, du point le plus déclive à l'angle prépubien, suit un trajet parfaitement horizontal ;

8° La distance en ligne droite qui sépare le col de l'angle prépubien, autrement dit la corde de l'arc que décrit l'urèthre fixe autour de la symphyse, est évaluée par M. Sappey à 70 millim. Ce chiffre me paraît un peu trop élevé. J'ai obtenu, dans mes quatre observations, 58, 54, 55 millim. et, de nouveau, 54 millim. : soit une moyenne de 55 millim. ;

9° On retrouve un peu partout cette assertion de Gély que la courbe uréthrale se rapporte assez sensiblement à une portion de circonférence engendrée par un rayon de 60 millim. et que sa longueur représente un peu moins du tiers de cette circonférence. Je n'ai jamais rencontré dans le trajet décrit par l'urèthre une portion de circonférence, mais bien une courbe fort irrégulière, variable pour chaque sujet. La seule formule qui paraisse se dégager de l'étude comparative de mes observations est celle-ci : l'urèthre fixe se compose d'un segment initial à peu près rectiligne et d'un segment terminal également rectiligne, réunis l'un à l'autre par une courbe de raccordement.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON.

Séance du 16 *juillet* 1894.

Présidence de M. Arloing.

Microbe de la péripneumonie contagieuse.

M. Arloing fait une communication sur le microbe de la péripneumonie contagieuse.

Ce microbe peut végéter et se développer dans sa sérosité naturelle

Les preuves fournies sur la spécificité en 1889 étaient convergentes, mais secondaires. Aussi la discussion restait ouverte.

Il manquait la preuve décisive, la reproduction intégrale des lésions avec les cultures en séries.

Dans les accidents sous-cutanés le microbe semblait plus virulent. Or, quand on pratique la vaccination par le procédé de Willems, on insère au niveau de la queue quelques gouttes de virus très pur recueilli dans le poumon. Malgré l'antisepsie, on a quelquefois des engorgements coccygiens, qui tendent à diffuser et obligent à des amputations. Ces accidents sont ascendants, difficiles à arrêter, malgré le terrain local très défavorable. Il faut que le microbe y soit très virulent pour avoir ainsi cette marche envahissante et ascendante.

C'est sur un segment de queue ainsi amputé que M. Arloing a recueilli de la sérosité. Elle fourmillait de microbes. On en a eu un liquéfiant et l'autre non liquéfiant. On les a séparés, cultivés, et à la troisième culture, par inoculation, on a reproduit avec la plus grande facilité les accidents dans le tissu cellulaire. On a essayé de reproduire la péripneumonie par injection directe dans le poumon. On a eu des accidents immédiats, et au quatrième jour on a sacrifié l'animal et on a obtenu la tumeur du poumon aussi caractéristique que possible.

Depuis, M. Arloing a pu obtenir des lésions pleurales sur un deuxième animal. En opérant sur un troisième animal l'inoculation a porté sur le diaphragme et on a eu des lésions sur la plèvre, le diaphragme, le péritoine, la capsule du foie.

Actuellement donc, toutes les variétés cliniques de la péripneumonie ont été reproduites par des injections de culture de pneumo-bacillus liquefaciens.

Aujourd'hui qu'on sait recueillir le bacille à son maximum de virulence, on pourra aisément atténuer graduellement cette virulence. En tout cas, le fait bien démontré, c'est que le microbe de la péripneumonie contagieuse est bien celui que M. Arloing décrivait en 1889.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

1er semestre 1894.

Suture de la vessie.

M. Villar expose le procédé suivant de suture de la vessie. La vessie étant ouverte par le fait d'une intervention quelconque, c'est-à-dire accidentelle ou chirurgicale, M. Villar enlève, avec une pince à griffes et des petits ciseaux courbes, de petites parcelles de la muqueuse et gratte la couche musculaire de manière à obtenir une surface cruentée. Il rapproche ensuite les surfaces musculaires assez largement avivées par l'application de fils profonds et de fils superficiels. La cicatrisation s'effectue assez bien et rapidement.

Ce procédé, un peu plus simple que celui d'Albarran et Tuffier dont il se rapproche toutefois, a été employé quatre fois par M. Villar qui a eu trois succès et un insuccès.

Le premier succès a été obtenu chez un chien qui a guéri sans fistule.

Le deuxième succès a été obtenu chez un jeune homme de vingt-trois ans, ayant subi la taille hypogastrique pour un calcul. Chez ce malade, il se produisit une petite fistule qui n'a pas tardé à guérir.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une femme opérée pour une hernie crurale gauche. Au cours de l'opération, la vessie fut sectionnée. Le procédé de suture employé par M. Villar a donné un plein succès, maintenu depuis trois mois.

Le quatrième cas est celui d'une dame qui, au cours d'un accouchement, eut une rupture de l'utérus et de la vessie avec chute du fœtus et du placenta dans la cavité abdominale. On pratiqua l'hystérectomie et la suture de la vessie. Tout alla bien pendant quatre jours. Mais la malade, s'étant levée, tomba et ne tarda pas à succomber. La cause de sa mort n'a pu être précisée. Mais pendant les quatre premiers jours elle avait bien uriné (un litre).

M. Loumeau, tout en reconnaissant que la suture de la vessie donne une guérison plus rapide que l'usage des tubes de Guyon, ne croit pas qu'elle puisse être employée lorsque la vessie est infectée, et fait aussi des réserves suivant l'étendue de la plaie.

M. Pousson déclare que tous ces faits ne sont pas comparables. Il faut faire une distinction entre les cas où la partie de la vessie atteinte est recouverte par le péritoine et ceux où elle ne l'est pas. Dans la première catégorie, la réunion est plus facile à obtenir entre des surfaces séreuses qu'entre des surfaces musculaires; d'ailleurs, l'avivement de ces dernières n'est pas très facile, parce que la vessie est très profonde et que ses parois sont très minces. Il préfère donc le procédé Tuffier avec emploi de tubes de Périer-Guyon qui lui a donné deux guérisons après quinze à vingt jours, sans fistule. Il ne lui semble pas que la suture de la vessie donne toujours de bons résultats immédiats.

M. Villar reconnaît que si la suture de la vessie ne s'impose pas toujours, il s'adressera, dans les cas où elle est indiquée, à son procédé plutôt qu'au procédé ordinaire; car la réunion des surfaces celluleuses ou séreuses n'est pas assez solide. L'étendue de la plaie à suturer peut être variable : dans deux des quatre cas qu'il a cités, elle était énorme : dans les deux autres, elle était de moyenne longueur.

Abcès chauds.

M. Piéchaud présente un enfant ayant eu un volumineux phlegmon sous-aponévrotique du mollet gauche. Il a ponctionné cette collection avec un trocart, puis a lavé la poche avec de l'eau boriquée et du sublimé. Il a parfaitement guéri. Deux autres abcès survenus chez le même sujet ont guéri par le même procédé. Le pus contenait des staphylocoques. M. Piéchaud n'a jamais observé de récidive; les gros abcès guérissent mieux que les petits. Il a obtenu également la guérison dans des phlegmons à streptocoques.

Opération d'Estlander.

M. Courtin. — B..., vingt-huit ans, a toujours été bien portant; son père est mort (âgé de trente ans) de la variole, sa mère vit, elle est en bonne santé, il a deux sœurs qui se portent bien, il est père de deux enfants qui ont un bon tempérament.

A la fin du mois de novembre 1892, il a souffert du côté gauche; cette douleur partait de la région dorsale vers la huitième côte et allait s'irradiant dans le sein gauche, apportant une gêne aux mouvements respiratoires et s'accompagnant de fièvre et d'une petite toux sèche très opiniâtre.

Le 15 décembre suivant, la douleur devenant plus aiguë, la respiration courte et difficile, il est obligé de s'aliter, il reste pendant quatre mois chez lui, recevant les soins de son médecin ordinaire qui, du 15 décembre au 1er mai 1893, lui fait 7 ponctions. Les trois premières donnent un liquide séreux, les quatre autres du liquide louche purulent.

Il entre le 1er mai 1893 dans le service de M. le professeur Arnozan, chez lequel on lui fait 5 nouvelles ponctions amenant chacune du liquide purulent; pendant le courant du mois de mai, douleur du côté droit, dyspnée intense, un épanchement pleurétique est diagnostiqué à la base droite. M. Arnozan fait une ponction et retire une assez grande quantité de liquide séreux; depuis ce moment tout marche à souhait de ce côté, mais les phénomènes généraux s'aggravant, l'élévation de température étant constante, M. Arnozan pratique dans son service, le 6 juin 1893, l'opération de l'empyème dans le huitième espace intercostal.

Drainage et injections avec de l'eau boriquée, et de temps en temps injections avec une solution iodée.

Malgré l'ouverture, le drainage et les injections, l'état général reste mauvais, le malade a de la fièvre, température 39°, pas d'appétit, pas de sommeil. Le 24 août, deux mois et dix-huit jours après l'opération de l'empyème, M. Arnozan

me prie d'aller voir ce malade et, après avoir décidé d'un commun accord qu'une opération d'Estlander était indispensable, je la pratiquais le 26 août.

Je ne m'étendrai pas sur toutes les précautions antiseptiques dont je fis usage avant l'opération, désinfection de la peau de la cavité pleurale. Après avoir administré au malade du chloroforme, je taillais un large volet à bords arrondis que je disséquais rapidement et que j'emmaillotais dans des linges imprégnés d'eau boriquée chaude.

Je mis ainsi à nu la région costale et je pus sans aucune difficulté réséquer, après dissection minutieuse du périoste, les 4e, 5e, 6e, 7e et 8e côtes dans l'étendue de trois à trois centimètres et demi.

Cela fait, je pratiquais la pleurotomie; la plèvre était épaissie, lardacée. Je réséquais les lambeaux flottants et j'avais en face de moi une vaste cavité au sommet de laquelle le poumon était ratatiné et recouvert par une plèvre épaisse et fongueuse. Vers la partie moyenne, on voyait battre le cœur. Je fis un curettage de cette plèvre et j'enlevai une grande quantité de bouillie fongueuse, puis je badigeonnai la surface avec une solution de chlorure de zinc à 10 pour 1,000. Cela fait, je pratiquais un lavage avec cette même solution, je suturais les lèvres de l'incision pleurale et, badigeonnant les parties superficielles au sublimé, je rabattais le lambeau, plaçais un drain; l'opération avait duré une heure sans aucun incident digne d'être noté.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, on injectait avec un laveur 2 litres 300 grammes d'eau boriquée; actuellement on ne peut en faire pénétrer que 200 grammes.

L'analyse d'urine faite dernièrement n'indique aucun élément anormal, ni albumine, ni substance amyloïde.

Il n'y a plus de fièvre, l'état général est bon, le malade mange et dort bien, son poids augmente, il pesait le 2 mars dernier 57 kilos, aujourd'hui il pèse 58.

Le murmure vésiculaire se perçoit à la partie antérieure de la cage thoracique gauche dans toutes les gouttières costo-vertébrales, on produit des frottements pleuraux dans la région axillaire. On peut introduire un hystéromètre qui va butter contre le cœur et dont on sent les battements au manche de l'instrument.

La paroi thoracique est aplatie en coup de hache. Chaque jour le malade rend environ trois cuillerées de pus, sept mois et demi après l'opération.

Sur la cicatrice du lambeau on voit deux petits trajets fistuleux qui communiquent avec une extrémité costale dénudée.

Hernie ombilicale.

M. Oui présente, de la part de **M. Laconche**, une pièce anatomique rare. C'est un fœtus à terme, mort vingt minutes après sa naissance. La malformation dont il est porteur consiste en un exomphale abdominal. La poche, assez volumineuse, contient le foie, la rate, l'estomac, une partie de l'intestin. Les reins, seuls, ont conservé leur place normale dans la cavité abdominale.

M. Piéchaud, consulté au sujet d'une intervention chirurgicale dans un cas analogue, a conclu à l'attente, en raison de l'impossibilité où l'on se trouve de faire rentrer les viscères, herniés en quelque sorte, dans la véritable cavité abdominale, trop petite pour les recevoir. Ces malformations sont très rares.

Tarsectomie pour pied-bot.

M. Piéchaud présente trois enfants ayant subi des tarsectomies doubles. Les deux premiers avaient des pieds-bots congénitaux, le troisième, des pieds-bots paralytiques. L'opération, dans ce dernier cas, est bien moins fréquente. La tarsectomie a donné d'excellents résultats chez ces trois enfants, car, après le laps de temps nécessaire à la cicatrisation, ces sujets ont commencé à marcher dans de bonnes conditions. Avant de tenter ces opérations, il est indispensable de rechercher les réactions électriques des muscles des jambes, l'état de ces réactions étant capital pour établir le pronostic des résultats éloignés de l'opération.

M. Delmas rappelle que dans des cas analogues on obtenait autrefois, en l'absence de toute opération, de grandes améliorations par l'emploi de l'électricité et du massage longtemps continués. Aussi ces moyens ajoutés au traitement chirurgical devront donner rapidement des résultats excellents.

Abcès du foie.

M. Villar présente un homme de trente-cinq ans, qui eut, en 1881, la dysenterie en Tunisie, et plus tard un abcès du foie traité pour une pleurésie. En 1893, une douleur violente dans la région hépatique, des vomissements, de la diarrhée et la cachexie firent découvrir l'abcès du foie. M. Villar pratiqua la laparotomie et découvrit un volumineux abcès au centre du foie. Les suites de cette opération furent excellentes. Le malade est actuellement en bonne santé. L'appétit est excellent. Il est constipé, mais les selles ont une coloration normale. En procédant à l'examen du foie, on constate que tout le lobe gauche a été rongé par l'abcès et s'est atrophié. Mais le lobe droit est bien développé. Ceci permet d'expliquer l'état satisfaisant du sujet. M. Villar compte vérifier sur ce sujet, au moyen de quelques expériences, l'état des diverses fonctions du foie.

Tuberculose mammaire.

M. W. Binaud présente une malade atteinte d'une affection rare du sein gauche. Son père est mort de tuberculose pulmonaire. Dans ses antécédents personnels, on relève la rougeole, trois attaques de rhumatisme aigu, une adénite sous-maxillaire chronique. En 1892, elle reçut sur le sein gauche un coup de tête d'enfant; trois mois après, le sein étant resté douloureux, elle constata l'existence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. En décembre 1893, les douleurs étaient plus vives, la tumeur avait grossi, s'était ouverte et donnait une cuillerée à soupe de pus blanc.

Actuellement elle présente une petite croûte en dedans du mamelon. Celui-ci est déprimé en doigt de gant. La peau est mobile sur la tumeur; la glande est à peu près normale sauf à la partie inférieure, où l'on sent une petite collection dans laquelle pénètre un trajet fistuleux. Le stylet introduit traverse l'épaisseur même du sein et aboutit au côté externe de cette glande; il sort imprégné de pus. La malade ne présente pas de ganglions sauf à droite. Il n'y a rien aux poumons.

Cette affection n'est ni d'origine costale, ni sous-mammaire. C'est vraisemblablement une affection tuberculeuse de la glande mammaire elle-même. Le seul traitement efficace sera une ablation conoïde.

Entérolithes.

M. Demons montre trois entérolithes extraits du rectum d'un jeune garçon de huit ans : Ce sujet né sans anus a subi immédiatement l'opération destinée à établir la continuité de son tube digestif. Depuis il a conservé une communication anormale de la vessie et du rectum qui s'est manifestée par l'écoulement de l'urine par le rectum, des matières fécales et d'un lombric par la verge. Il y a quelques jours, cet enfant fut amené à la consultation de la maison de santé protestante pour un rétrécissement de son orifice anal. En pratiquant le toucher, M. Demons sentit par derrière ce rétrécissement un corps dur qui fuyait sous le doigt. A la faveur du chloroforme l'examen révéla l'existence d'un calcul siégeant dans le rectum. L'extraction en fut pénible en raison de son volume. On en retira en réalité trois : un gros pesant 50 grammes, constitué par une coque dure, et au centre par de la matière fécale durcie. De deux autres petits, pesant ensemble 10 grammes, l'un paraît formé par une matière pierreuse concrétée autour d'un noyau de fruit; le troisième est uniquement formé de sédiments durs, probablement phosphatiques ou uratiques.

Ces entérolithes n'ont pu se former chez cet enfant qu'à la faveur de deux conditions qui se rencontrent chez les animaux à cloaque :

1° Un rétrécissement du rectum;
2° La communication de la vessie et du rectum.

Traitement thyroïdien.

M. Méneau lit un travail sur le traitement du psoriasis rebelle par l'extrait de corps thyroïdiens de mouton, traitement préconisé par MM. Dawies et Bramwell. Les applications de longue durée qu'on en a faites à la clinique dermatologique de la Faculté de médecine de Bordeaux n'ont donné que des résultats défavorables. Aussi ces essais n'ont-ils pas été continués. (*Sera publié*).

M. Vergely emploie dans les cas rebelles le ponçage des plaques de psoriasis et les bains contenant de 15 à 30 gr. de sublimé. Simultanément il donne à l'intérieur de 25 à 30 gouttes de teinture de cantharides.

Grossesse ectopique.

M. Dubourg fait lire par son interne, **M. Brindel,** deux observations de grossesses ectopiques opérées dans son service à l'hôpital Saint-André.

Dans le premier cas, il s'agit d'une grossesse datant du 18 septembre 1893 (5 mois). La malade perçut des mouvements actifs le 21 janvier dans la région de la trompe gauche. En présence de symptômes alarmants que présentait son état général, la laparotomie fut effectuée le 1er février. Au cours de l'opération un diverticulum de la vessie fut ouvert. On trouva que malgré son énorme volume la trompe n'était pas rompue. On en retira un fœtus du sexe féminin, long de 30 centimètres, qui vécut une heure au moyen de la respiration artificielle. Le placenta fut laissé en place; peu à peu il s'est effrité et s'est éliminé par lambeaux. La température était redevenue normale le 14 février, le trajet fistuleux était fermé le 15 mars, et le 20, la guérison achevée.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une grossesse de deux mois et demi développée dans la trompe gauche. La même technique opératoire fut suivie et la malade a parfaitement guéri.

Pour M. Dubourg, l'évolution de la grossesse ectopique comporte deux formes : une forme se terminant par une rupture de la trompe et hématocèle; et une forme ne présentant aucun accident. Un grand nombre d'hématocèles sont certainement des grossesses tubaires rompues. Mais elles sont méconnues parce qu'on ne pense pas assez à cette étiologie.

Au cours de l'opération, on ne doit jamais chercher à extraire le placenta, sous peine de voir se produire d'abondantes hémorrhagies. Il est plus sage de le laisser s'éliminer naturellement. On ne doit en pratiquer l'extraction que lorsqu'il est pédiculisable.

Tuberculose ou hémato-lymphangiome.

M. Meneau présente une petite fille atteinte d'une dermatose de la main gauche. Son père est mort de tuberculose pulmonaire, mais sa mère est bien portante. L'enfant est chétive, et dans ses antécédents personnels on ne relève qu'une légère fluxion de poitrine et une scarlatine remontant à deux ans.

Bien avant cette maladie, il se développa dans le premier espace interdigital gauche une petite tumeur qui ne cessa de grandir. M. Mandillon, qui la vit au bout de quelque temps, trouva que cette tumeur était assez grande pour occuper tout cet espace, et adhérer aux plans profonds. La pression superficielle était insensible, mais lorsqu'elle était plus forte, elle devenait douloureuse. M. Mandillon considéra cette tumeur comme un angiome, et il fit des injections coagulantes qui en amenèrent la guérison presque complète.

A la suite de sa scarlatine, elle eut cinq abcès, et l'on remarqua que l'index gauche grossissait; depuis quelques mois le doigt est devenu un boudin indolore, à la surface duquel on constate des points rouges paraissant dus à des dilatations-vasculaires. Ces papules sont accompagnées de papulo-vésicules contenant un liquide séro-sanguinolent; parfois il se produit de petites hémorrhagies. La main devient douloureuse et l'on sent des pulsations dès que l'enfant souffre d'un organe quelconque.

M. Duplay, qui a vu l'enfant à Paris, considère cette affection comme du *spina ventosa*. M. Piéchaud croit à une affection tuberculeuse profonde devenue superficielle.

M. Meneau en fait un hémato-lymphangiome, ou tumeur ayant envahi les capillaires et les lymphatiques de la région.

M. W. Dubreuilh nie toute relation de cette maladie avec la tuberculose. Son évolution est normale; car à l'hémato-lymphangiome primitif, s'est ajouté, suivant la règle, le lymphangiome.

Le pronostic est sévère, car l'envahissement est lent et continu. Comme traitement, on ne peut s'adresser qu'à l'électricité. M. Delmas propose l'électropuncture et M. W. Dubreuil l'électrolyse.

Tumeurs solitaires.

M. Dazevac présente une malade de trente-cinq ans, chez laquelle se sont développées (1893), à la suite d'extraction dentaire et de prothèse, deux petites tumeurs géniennes situées au niveau des deux maxillaires supérieurs et dans la région des deux groupes salivaires, entourant les orifices des canaux de Sténon. Ces tumeurs, bien que petites, occasionnent des douleurs nocturnes très violentes et continues; divers traitements médicaux n'ont amené aucun bon résultat. En raison du retentissement ganglionnaire, M. Davezac porte le diagnostic de tumeurs mixtes des groupes salivaires entourant les orifices des canaux de Sténon.

Paraplégie spasmodique.

M. Piéchaud montre un enfant qui était atteint de paraplégie spasmodique l'empêchant de marcher sans l'aide de ses parents, car, à peine abandonné à lui-même, il tournait par suite de la disposition de ses deux pieds en équinisme. Il était, en outre, arriéré au point de vue mental. M. Piéchaud a sectionné les deux tendons d'Achille. Actuellement, il marche mieux et son développement général tend à s'accentuer. Ces cas de paraplégie spasmodique sont nombreux, car M. Piéchaud a déjà opéré quinze cas analogues.

Exomphale.

M. Piéchaud présente des pièces anatomiques provenant d'un enfant atteint d'exomphale embryonnaire. La tumeur pédiculée avait une partie réductible. Comme l'enfant, âgé de cinq jours, avait un bon état général et s'alimentait bien, l'opération avait été décidée; en raison d'un point de sphacèle constaté sur la poche, des accès de dyspnée d'origine cardiaque firent ajourner l'opération et l'enfant mourut.

L'examen des pièces permit de constater que la tumeur était occupée par l'intestin, dont une partie seulement était réductible. D'autres anses étaient absolument adhérentes à la poche. La dissection eût été très difficile et eût exposé à des hémorrhagies et à des déchirures; dans ce cas, l'abstention avait donc été beaucoup plus sage. On constata aussi chez lui la persistance du trou de Botal et du canal artériel, enfin des lésions d'endocardite.

Empyème du sinus frontal.

M. Moure présente une malade qu'il a guérie d'un empyème du sinus frontal gauche par la trépanation. Il trouva un sinus rempli de pus et tellement fongueux, qu'il eût été impossible d'obtenir la guérison au moyen de simples lavages pratiqués par la voie naturelle. Il dut pratiquer le curettage et cautériser avec le chlorure de zinc. La guérison définitive a été retardée par un érysipèle. Mais la malade est très bien maintenant.

M. Moure oppose son traitement à la pratique du lavage du sinus maxillaire pratiqué par les fosses nasales et l'infundibulum. Il est d'ailleurs souvent difficile de dire si la suppuration vient du sinus frontal et non des cellules ethmoïdales. En outre, en raison de la longueur de l'infundibulum, il ne croit pas que l'on pénètre toujours dans le sinus. On s'arrête souvent à l'infundibulum, que l'on draine seul en pensant laver le sinus. Celui-ci peut être lavé par un reflux de l'eau de lavage. Mais ce traitement est insuffisant si la suppuration est très abondante, et si cette cavité est devenue fongueuse.

Actinomycose.

M. Frèche présente un cas d'actinomycose de la joue gauche développée depuis huit mois. En 1893, cette affection a grossi rapidement. Actuellement, elle a le volume d'un œuf de poule. Une portion est dure et une autre molle et profonde. La peau, d'abord épaisse, s'est amincie, a présenté du sphacèle et un trajet fistuleux s'est ouvert. Cette tumeur est facilement confondue avec les gommes de la peau. Le traitement ioduré seul en aura raison.

Strabisme.

M. Lagrange présente six personnes opérées de strabisme très marqué, d'au moins 60°; l'œil dévié était très amblyope. Il a pratiqué chez elles diverses petites opérations : avancement ou reculement capsulaire, avancement musculaire. L'anesthésie par la cocaïne est préférable au chloroforme,

car elle permet de faire régler la correction par le malade lui-même. Tous les opérés de M. Lagrange sont actuellement guéris : l'acuité visuelle s'est développée et la vision binoculaire existe. Chez une seule la correction s'est exagérée et elle est devenue hypermétrope.

Fibrome utérin.

M. Villar montre des morceaux d'un énorme fibrome utérin qu'il a enlevé par la voie vaginale seule. Ce fibrome remontait jusqu'à l'ombilic et n'était justiciable, pour la majorité des chirurgiens, que de l'hystérectomie abdominale. L'hystérectomie vaginale pratiquée par M. Villar a été longue et laborieuse. Mais la malade a bien guéri. L'hystérectomie vaginale a de grands avantages sans être aussi grave que l'opération par la voie abdominale. Elle met à l'abri des récidives en enlevant, avec la tumeur, l'utérus et le pédicule de la tumeur.

M. Dubourg a opéré un énorme fibrome dans les mêmes conditions. Il a pu conserver toute la voûte utérine et ne pas toucher au péritoine. Il recommande donc la voie vaginale non seulement pour l'hystérectomie, mais aussi pour la myomectomie.

Spina bifida.

M. Piéchaud présente un enfant de trois semaines qu'il a opéré huit jours après sa naissance pour un spina bifida gros comme le poing. Cette tumeur recouverte par l'épiderme et un peu de tissu était déjà légèrement ulcérée. La coque une fois incisée, M. Piéchaud a vu que la moelle était adhérente à la membrane. Il l'a refoulée dans le canal, a disséqué autour de l'orifice un bourrelet séreux qui a été suturé. L'affrontement des lèvres de la séreuse a été pratiqué en évitant de toucher aux tissus nerveux. La réunion a eu lieu par première intention.

L'opération a été faite sans chloroforme. Sous l'influence des cris que poussait l'enfant, on voyait le liquide rachidien être chassé et de l'air être aspiré.

Depuis trois semaines que l'enfant a été opéré, la tête a augmenté de volume. Dans un cas analogue, l'expansion crânienne s'est accentuée au bout de quelque temps.

Rétrodéviations utérines douloureuses.

M. Dubourg, mettant de côté les tumeurs de la face postérieure de l'utérus qui peuvent, par des causes mécaniques, entretenir ces rétrodéviations et limitant son travail aux seules rétrodéviations produites par des causes inflammatoires qui fixent l'utérus dans cette fausse situation, passe en revue les différents traitements appliqués jusqu'à ce jour contre cette maladie qui rend le plus souvent une femme infirme et stérile. Il fait le procès des pessaires de toutes sortes auxquels on s'est adressé en pareils cas, insiste sur les dangers possibles de la ventrofixation de l'utérus et sur les vains résultats de l'Alexander employé seul en pareils cas.

Il discute la méthode de Pichevin, consistant à ouvrir le cul-de-sac antérieur, à repousser le bas-fond de la vessie, à attirer l'utérus, le luxer dans le vagin et le suturer à sa paroi antérieure préalablement avivée; il fait observer qu'on peut par ce procédé léser le bas-fond de la vessie et les uretères, et donne la préférence à deux interventions combinées qui lui ont donné, dans un cas, un très bon résultat.

Il a recours à l'élytrotomie postérieure pratiquée par Boisleux et Laroyenne, dans les cas de suppuration du cul-de-sac de Douglas; par cette fenêtre, pratiquée dans le cul-de-sac postérieur, il a pu, dans son observation, détruire avec le doigt les adhérences qui maintenaient la paroi postérieure de l'utérus, est allé ainsi jusqu'à la face supérieure de l'utérus qu'il a pu facilement atteindre; ceci fait, il a pratiqué une double opération d'Alexander et a placé une lanière de gaze iodoformée dans le cul-de-sac de Douglas. Un ligament rond a suppuré, le résultat a été favorable.

M. Demons relève les critiques faites par M. Dubourg au sujet de l'hystéropexie : — « Vous accusez cette opération d'ouvrir le péritoine, mais dans votre intervention le péritoine a été sectionné; or, il n'est pas nécessaire d'ouvrir bien largement cette séreuse pour faire l'hystéropexie, une ouverture qui permet à deux doigts de la main de passer est suffisante, pourvu que ces deux doigts puissent saisir le fond de l'utérus et l'attirer vers la paroi ». — M. Demons croit que l'hystéropexie n'est pas une opération si grave qu'a bien voulu le dire M. Dubourg; il a pour sa part pratiqué une trentaine de ventrofixations, il n'a jamais eu aucun accident. Enfin la laparotomie permet de se rendre un compte exact de l'état des annexes.

Fistules uréthrales.

M. Loumeau lit un travail sur la cystostomie sus-pubienne dans les fistules uréthrales rebelles. Après avoir mis la question au point comme historique, l'auteur fait part d'une intéressante observation d'un malade de cinquante-quatre ans qui, atteint de rétrécissement cicatriciel de l'urèthre postérieur, avait vu se développer des fistules périnéales, fessières et pubiennes. Il avait subi une uréthrotomie interne, une uréthrotomie externe avec grattage des trajets fistuleux, on passait une sonde n° 18 sans obtenir la moindre amélioration dans la fistulation et, après avoir subi une cystostomie sus-pubienne, il pisse actuellement par une sonde pubienne dans un urinal fabriqué sur les indications de M. Loumeau; il a vu disparaître ses fistules et son état général est très bon.

M. Courtin demande à M. Loumeau pourquoi il n'a pas usé chez son malade de la sonde à demeure. Dans ce cas particulier, en effet, le malade avait un canal qui permettait le passage d'une sonde n° 18. Il ne faudrait pas oublier les bons résultats obtenus autrefois par la méthode de la sonde à demeure qui, jointe à l'antisepsie vésicale et uréthrale, ne devrait pas à son avis être mise de côté dans les cas où le calibre du canal en permet l'introduction. Il serait désireux de voir M. Loumeau établir les indications fermes de la cystostomie sus-pubienne pour les rétrécissements fibreux. Sa critique mise à part, il admet que cette opération a fait merveille dans le cas particulier.

Mais pour rétablir la fonction, il ne faut pas rendre la vie trop pénible au fonctionnaire, aussi croit-il que si l'on peut admettre la cystostomie chez un homme âgé ayant un rétrécissement fibreux ou prostatique, il faut employer tous les procédés avant de l'infliger à un sujet jeune, à moins qu'on ne la considère que comme une intervention de passage qui donne le temps de parer au plus pressé, d'agir sur le canal, de le recalibrer, d'obturer les fistules et de fermer ultérieurement la vessie pour rendre au malade son état normal. Quant à l'urinal de M. Loumeau, il le trouve fort ingénieux et répondant à toutes les indications.

Abcès du foie.

M. Mandillon lit un travail sur les abcès du dôme du foie, il insiste sur le diagnostic difficile de cette affection; la ponction au moyen des appareils aspirateurs est le seul moyen d'établir le diagnostic ferme, car le pus rougeâtre qui s'écoule de ces abcès est leur signe caractéristique.

Le traitement consisterait, d'après M. Mandillon, dans la résection de la neuvième côte, la fixation du foie à la paroi, l'ouverture de la collection purulente et le drainage. Dans une des observations qu'il rapporte, le malade succomba longtemps après l'opération à une gangrène du foie.

Myxœdème.

M. Arnozan rapporte un cas de myxœdème observé chez une jeune fille qui était atteinte d'une atrophie du corps thyroïde et qui a totalement disparu après un traitement par les injections de suc thyroïdien et par l'ingestion de cachets contenant de l'extrait de corps thyroïde. Pendant la durée du traitement par les injections sous-cutanées, le rétablissement était peu sensible, c'est sous l'influence de la médication stomacale que la guérison s'est rapidement affirmée. M. Arnozan conclurait de cette observation que l'ingestion des extraits de corps thyroïde serait plus efficace que les injections sous-cutanées.

M. Carles fait connaître les procédés de préparation d'extrait de corps thyroïdien. Il suffit de couper des corps thyroïdes en petits morceaux, de les imprégner de sucre et de les exposer pendant quelque temps dans un courant d'air à 30 degrés. Il se forme une bouillie noirâtre qu'il suffit de mettre en pilules ou en cachets.

M. Dubreuilh fait observer qu'il suffit de faire une friture de corps thyroïde pour obtenir d'excellents résultats.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 32 — 8 AOUT 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — M. le Dr Illy, médecin en chef de 1re classe des colonies, est nommé officier de la Légion d'honneur.

Un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine de Marseille s'ouvrira le 4 février 1895.

Hôtel-Dieu d'Orléans. — Concours pour l'internat, le 14 décembre prochain, à deux heures après midi, pour 3 places d'interne titulaire et 2 places d'interne provisoire.

L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort : une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe.

(Questions ordinaires du concours d'externat des hôpitaux de Paris.)

Deux heures sont accordées pour cette composition.

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain.

Les internes titulaires reçoivent, outre le logement, la nourriture, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu).

Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé, et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le premier janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs.

Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

N. B. Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bibliothèque générale de physiologie publiée par la *Société d'Editions scientifiques*, 3 fr. 50 le volume broché. Vient de paraître : *Des peurs maladives ou phobies*, par le Dr E. GELINEAU.

Hygiène de l'alimentation, à l'état de santé et de maladie, par le Dr J. LAUMONIER. Paris, F. Alcan, 1894. 1 volume in-8°, cartonné à l'anglaise. 4 fr.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE

Formules pour l'emploi de la créoline contre la diarrhée infantile. — M. SCHWING.

Pour les tout petits enfants :

Créoline	II ou III gouttes.
Eau distillée de cannelle	86 grammes.
Sirop	20 —

Mêlez. — A prendre : une cuillerée à café toutes les heures.

Pour les enfants moins jeunes :

Créoline	1 gramme.
Sucre	5 grammes.

Mêlez et divisez en cinq ou dix paquets. Prendre un ou dix paquets par jour.

Emulsion tænifuge (pour adultes). M. LÉMÉRÉ.

Extrait éthéré de fougère mâle	6 grammes.
Calomel à la vapeur	0 gr. 60 c.
Eau distillée	āā 16 grammes.
Sirop de gomme	āā 16 grammes.
Poudre de gomme arabique	Q. S. p. émulsion.

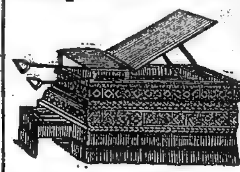
F. S. A. — Prendre en une fois (agiter fortement avant de s'en servir) le matin, après avoir fait une diète lactée pendant 24 ou 36 heures et avoir observé le repos complet.

Le tænia est expulsé, sans aucun malaise, dans les trente ou trente-cinq minutes qui suivent l'administration du médicament.

Chez les enfants de six à douze ans, les doses seront de 4 grammes d'extrait et de 0 gr. 40 centigrammes de calomel.

Sulfonal contre les crampes musculaires.

D'après M. E. Andrews (Chicago), le sulfonal serait un excellent moyen pour combattre les crampes douloureuses des jambes survenant pendant la nuit, et surtout celles qui accompagnent les fractures des os longs. Dans ces cas, notre confrère administre le sulfonal soit en une seule prise de 1 gramme deux à trois heures avant le moment du sommeil, soit à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 centigr. répétée trois fois par jour.




CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES

Quelques mots sur la médication du psoriasis au moyen de l'extrait de corps thyroïde pris à l'intérieur, communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, le 27 avril 1894, par le Dr J. Méneau.

Il y a longtemps que l'on cherche dans l'étude de la pathogénie du psoriasis les éléments d'une thérapeutique rationnelle, applicable à tous les cas de cette affection. Après l'arsenic, qui a longtemps joui de la réputation de guérir le psoriasis et qui, indépendamment des attaques de Vidal et Brocq, reste, sinon le spécifique, du moins le médicament de choix chez les psoriasiques dont la nutrition a besoin d'être relevée; après le mercure, que Wilson et les Anglais donnaient aux psoriasiques, croyant que leur affection était une manifestation ou une conséquence de l'hérédité syphilitique (idée, du reste, absolument repoussée en France et en Autriche); après l'iodure de potassium, surtout utile dans les formes arthropathiques; après le phénol et les goudrons, les Anglais ont récemment préconisé l'usage interne du corps thyroïde. Les deux promoteurs de cette méthode sont Arthur Davies et Byron Bramwell.

Dans le numéro de septembre 1893 du *British Journal of Dermatology*, A. Davies expose, dans une communication intitulée : *The treatment of certain skin's affections by thyroïd feeding*, les faits pathologiques sur sur lesquels il s'est basé. On sait, dit-il en substance, que si l'on administre de la glande thyroïde dans les cas de myxœdème, un des principaux changements observés consiste en ce que la peau et ses glandes sécrétoires reprennent leurs conditions et leurs fonctions normales. Smith montra, le 12 avril 1893, à la Société Huntérienne, une femme, âgée de cinquante-neuf ans, atteinte de myxœdème qui, ayant accidentellement mangé dix glandes thyroïdes en une seule fois, fut consécutivement prise de dermatite aiguë accompagnée de l'exsudation d'une sécrétion particulière, visqueuse, saturant la peau, et finalement d'une desquamation totale de la peau des mains.

Le Dr Byron Bramwell en inféra que dans une maladie où la peau était aussi atteinte que dans le psoriasis, l'administration de l'extrait thyroïdien pourrait être utile.

Davies a essayé cette médication dans quatre cas, au moyen de tablettes d'extrait thyroïdien préparées par Bunoughs et Welcome (de Londres) et contenant par tablette la moitié d'un corps thyroïde de mouton.

1er *cas*. — Homme, trente-deux ans. Psoriasis datant de trois semaines, avant débuté par les bras et ayant envahi le tronc et les jambes, où il était plus prononcé. Traitement : une tablette d'extrait thyroïdien par jour. Progrès immédiats et constants. Chute de la peau malade, qui fut remplacée par du tissu sain. Guérison en huit semaines. Avant de prendre les tablettes, le malade avait suivi pendant quinze jours un traitement alcalin, qui n'avait modifié en rien l'état de la peau et qui fut cessé dès que furent données les tablettes. Pas de rechute. Le malade se sentait beaucoup plus fort.

2e *cas*. — H..., seize ans. Psoriasis bien marqué datant de trois ans, amélioré par l'arsenic pris à l'intérieur et l'acide chrysophanique à l'extérieur. En avril, le malade prend une tablette par jour; les progrès deviennent de suite beaucoup plus marqués et plus constants; l'arsenic et l'acide chrysophanique sont suspendus. Au bout de trois mois de traitement par l'ingestion des tablettes seules, guérison. La rapidité avec laquelle l'éruption a disparu sur les bras a été remarquable. Les jambes ont été plus longues à guérir.

Le 3e *cas* a trait à un cas de xérodermie pilaire et d'ichthyose généralisée, guéries par l'ingestion d'une tablette par jour.

Le 4e *cas* a trait à un eczéma chronique, datant de douze ans, traité sans grand succès depuis sept ans par les méthodes les plus variées, ayant rapidement progressé au bout d'un mois du traitement par les tablettes. Le traitement n'était pas encore interrompu et datait de deux mois au moment de la communication de Davies.

Davies, tout en accordant une grande valeur à l'extrait thyroïdien, ne le considère pas comme un spécifique. Il ne le regarde que comme d'un puissant effet pour altérer la condition de la peau et la mettre à même de devenir meilleure et plus saine et conclut en disant que dans les cas de psoriasis datant de peu, l'extrait thyroïdien pourrait agir seul, mais que dans les cas de longue durée, il ne peut que concourir à favoriser l'action des remèdes ordinairement employés; peut-être augmenterait on l'action curative du médicament en forçant les doses.

Dr Byron Bramwell, dans un article intitulé : *The treatment of psoriasis by the internal administration of thyroïd extract (Brit. med. Journ.*, p. 933, numéro du 28 octobre 1893), rapporte longuement l'histoire clinique de deux cas de psoriasis guéris par cette même méthode. Il avait été amené à employer l'extrait thyroïdien dans le traitement du psoriasis, par l'amélioration constatée dans 11 cas de myxœdème et 3 cas de crétinisme sporadique, à la suite d'ingestion de corps thyroïdes.

1er *cas*. — Jeune fille, dix-huit ans; psoriasis généralisé ayant résisté à tous les traitements connus et datant de neuf mois.

Traitement : ingestion par jour d'un quart de corps thyroïde de mouton cru, coupé en petits morceaux, enveloppé dans du pain à chanter.

Au bout de six jours, amélioration déjà manifeste. Au bout de dix jours, desquamation de la peau du dos sous forme de larges lambeaux, laissant en tombant une peau blanche, lisse et saine en apparence. Au bout de vingt-quatre jours, l'éruption avait disparu en grande partie. Au bout de deux mois, les progrès s'arrêtent; on revient à l'arsenic. Mais, dix jours après, l'éruption, qui a repris immédiatement son intensité première, est devenue tellement grave, qu'il faut cesser l'arsenic et revenir au corps thyroïde, dont les effets favorables ne tardèrent pas à se manifester de nouveau.

Vingt et un jours après, l'éruption avait complètement disparu et la malade quittait l'hôpital.

Deux mois après, apparition d'une petite plaque nouvelle de psoriasis, de la grosseur d'une lentille, au niveau du coude gauche.

2e *cas*. — F..., trente-huit ans. Psoriasis datant de sept mois, ayant envahi la tête, les bras, les fesses et les cuisses. Traitement : par jour, 5 gouttes de suc thyroïdien. Amélioration dès le troisième jour. Quatorze jours après, desquamation abondante par grands lambeaux. Quarante-quatre jours après le début du traitement, exeat; guérison absolue.

3e *cas*. — Psoriasique (forme légère). Épileptique prenant du bromure de potassium à haute dose. Le psoriasis ne fit qu'augmenter d'intensité et d'étendue pendant toute la durée du traitement. L'auteur croit à une incompatibilité entre le bromure et l'extrait thyroïdien.

4e *cas.* — Résultat nul (forme légère).

Tous les autres cas (l'auteur n'en fixe pas le nombre) auraient été suivis d'amélioration manifeste.

Les résultats publiés et analysés plus haut étaient trop tentants pour ne pas essayer d'appliquer la méthode.

Malgré l'insuccès d'Hokes (de Dundee) dans un cas très grave de psoriasis, l'affirmation de Byron Bramwell que l'ingestion de corps ou d'extrait thyroïdien méritait d'être prescrite non seulement dans le psoriasis, mais dans le lupus et l'eczéma, nous engagea à l'essayer chez quelques-uns des nombreux psoriasiques qui viennent à la consultation de la Clinique dermatologique de la Faculté.

Le médicament employé a été administré sous forme de pastilles, de composition identique à celles de Bunoughs et Wellcome et contenant par conséquent un demi-corps thyroïde de mouton par pastille. Je les ai données au nombre de deux par jour aux repas; soit la valeur d'un corps thyroïde de mouton *pro die.* Une de nos malades a pris des glandes thyroïdes en nature.

Voici très exactement le résumé des quatre observations. Si M. W. Dubreuilh n'a pas multiplié le nombre des expériences, c'est qu'aucune n'a donné de bons résultats et que, dans les quatre cas que nous allons relater, le soulagement du patient n'a été obtenu qu'à l'aide d'autres méthodes thérapeutiques. A peine pourrait-on croire que, dans un des quatre cas, la médication thyroïdienne a aidé au résultat final.

1er *cas.* — Homme de quarante ans, atteint de psoriasis généralisé (première atteinte), a d'abord été soumis au traitement par l'acide pyrogallique et l'huile de Cade.

Ces médications ayant échoué, M. W. Dubreuilh essaya le traitement par l'extrait thyroïdien, qui n'a donné aucun résultat. Le malade a pris des pastilles pendant un mois, sans interruption. Il n'a remarqué aucune modification, soit en bien, soit en mal.

Le traitement par les bains de sublimé, repris après cet essai, a donné de bons résultats.

2e *cas.* — Homme, quarante-quatre ans; psoriasis généralisé intense datant de trois ans.

Le pyrogallol n'ayant pu être supporté, le sublimé n'ayant pas paru d'abord avoir de bons effets, M. W. Dubreuilh essaie les pastilles d'extrait thyroïdien. Un mois de traitement ne donne aucun résultat. Seulement, le premier traitement peut être repris peut-être plus facilement par le malade et mieux supporté que la première fois; l'amélioration ne se manifesta guère que trois mois après la cessation du traitement par l'extrait et la reprise du traitement par le pyrogallol et le sublimé. L'amélioration a continué depuis.

3e *cas.* — H..., quinze ans. Psoriasis très léger (première atteinte datant d'environ huit jours).

A été soumis dès le début à l'extrait de suc thyroïdien. Au bout d'un mois et demi de traitement, l'amélioration n'était que très médiocre. La médication usuelle (sublimé et chrysasoline) a été alors instituée et l'amélioration a continué à progresser.

4e *cas.* — F..., vingt-neuf ans. Psoriasis généralisé datant de cinq ans (forme grave et éminemment rebelle). A employé inutilement l'huile de Cade, la chrysasoline, le pyrogallol, le gallanol, l'ichthyol et les bains de sublimé (médication externe); l'arsenic, l'iodure de potassium à l'intérieur.

Cette femme, qui tient boucherie, a été soumise à l'ingestion de corps thyroïdes en nature et frais.

L'ingestion du premier corps thyroïde a déterminé un malaise très violent (poussée fébrile, nausées, diarrhée violente), sans aucune manifestation de dermatite aiguë.

Elle a essayé trois autres fois de reprendre cette alimentation. Elle a toujours éprouvé les mêmes accidents généraux, sans modification locale, et n'a plus voulu continuer.

Au résumé, les quatre cas exposés plus haut n'ont donné que des résultats négatifs. Ils ne sont pas évidemment suffisants pour juger la valeur d'une méthode. Nous n'avons pu nous procurer l'original du travail fait sur le même sujet par notre confrère russe Tchernogoubow, mais nous ne croyons pas néanmoins, surtout après les aveux de M. Pringle à M. Dubreuilh sur les résultats également négatifs que lui avait donnés sa pratique (lettre personnelle), que les Anglais aient encore découvert la médication pathogénique de la maladie rebelle entre toutes qui a nom *psoriasis.*

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE DERMATOLOGIE

Tenu à Lyon le 2 août 1894.

Injections hypodermiques de substances mercurielles et syphilis.

M. V. Augagneur (Lyon) n'est pas partisan de la méthode hypodermique, c'est une méthode exceptionnelle qui doit être réservée à des cas exceptionnels. Les inconvénients en sont nombreux : elle est douloureuse; on a signalé des embolies graisseuses dans les poumons, des cas d'intoxications graves et même mortels. Les statistiques sur un grand nombre de malades ne prouvent pas la supériorité de la méthode parce que la syphilis est le plus souvent bénigne et que les cas graves sont exceptionnels. Elle n'est pas plus précise et plus rigoureuse que les autres, car la rapidité de résorption du mercure déposé dans l'organisme est très variable; elle est diminuée par l'enkystement, elle est augmentée brusquement par un traumatisme qui rompt la coque inflammatoire enveloppant la masse mercurielle. Les injections ne sont guère justifiées que dans quelques cas de syphilis cérébrale où il est très important d'aller vite ou bien dans ceux où les autres modes de traitement ont échoué.

M. Stoukowenkoff (Kief). — Le mercure, bienfaisant à dose thérapeutique, peut être nuisible à une dose plus élevée; il affaiblit alors l'organisme et peut, loin de guérir les syphilides, déterminer leur apparition. La rapidité et l'intensité avec lesquelles s'opère l'absorption du mercure dépendent principalement de sa quantité, de son mode d'introduction, de sa constitution chimique et, dans une certaine mesure, de l'individu lui-même. Après la disparition des accidents syphilitiques, la présence dans le sang d'une trop grande quantité de mercure est nuisible. Or, comme l'élimination par les urines permet de juger, dans une certaine mesure, de la quantité de mercure en circulation, le dosage méthodique du mercure éliminé quotidiennement fournit des données précises pour la continuation, l'augmentation ou la suppression momentanée du traitement mercuriel. Cette élimination ne doit pas dépasser 4 à 6 milligrammes par jour.

Parmi les composés mercuriels employés en injection, les sels solubles sont ceux dont l'absorption est le plus rapide; les sels insolubles viennent en seconde ligne. Quant au mercure métallique (huile grise), son absorption est assez lente. Le mercure n'apparaît que tardivement dans l'urine, l'action thérapeutique est assez lente, mais, en revanche, le mercure déposé dans les tissus s'y conserve longtemps; il peut, après la disparition des accidents syphilitiques, continuer à céder du mercure à l'organisme à dose nuisible ou même dangereuse.

M. Thibierge a pratiqué 150 injections d'huile grise sur 40 malades. Grâce à des précautions antiseptiques minutieuses, il n'a pas eu d'accidents sérieux, deux fois il a eu des abcès peu douloureux, et, si le plus souvent l'injection a produit une nodosité un peu sensible à la pression pendant 5 à 10 jours, la douleur n'a pas généralement été assez forte pour gêner le malade dans ses occupations.

M. Jullien (Paris). — L'administration du mercure par la bouche est probablement une des causes de la dyspepsie qu'on observe si souvent chez les syphilitiques ; on évite cet inconvénient par la méthode hypodermique. On sait de plus que le foie retient souvent une certaine proportion du mercure ingéré et que cette accumulation peut entraîner des lésions de cet organe. Le mercure ingéré n'est que très incomplètement assimilé, il en passe une notable portion dans les fèces, quelquefois la totalité, surtout chez certains malades obèses.

Les avantages de la méthode hypodermique et particulièrement des injections de calomel sont multiples. On est sûr que le médicament est réellement pris ; il agit plus rapidement et on peut retrouver le mercure dans l'urine au bout de deux heures ; la lésion syphilitique elle-même a été modifiée quelquefois au bout de 24 heures ; l'abortion de la syphilis, c'est-à-dire sa réduction au seul accident primitif, sa guérison définitive qui est illusoire avec le traitement ordinaire, peut être obtenue avec l'injection d'une dose totale de 1 gramme de calomel. L'injection de calomel tue le virus que le traitement buccal ne fait qu'atténuer. Enfin, dans nombre de cas, des syphilis qui avaient résisté à tous les traitements ont guéri avec une ou deux injections de calomel.

Pour ce qui est des inconvénients, l'abcès, qui était de règle autrefois, est tout à fait exceptionnel. Il y a quelquefois ramollissement du foyer et évacuation au dehors d'une collection liquide aseptique, ce n'est pas un abcès. Quant aux accidents d'intoxication, on peut toujours les arrêter par l'ouverture et l'évacuation du foyer.

La dose de calomel donnée en une injection doit être réglée d'après le poids du malade. Pour un individu pesant 50 kilogr. on donnera 5 centigrammes, à 80 kilogr. on donnera 10 centigr. Il faut, après l'injection, que le malade se repose et qu'il évite tout traumatisme de la région où a été faite l'injection. Enfin, il faut rejeter cette méthode dans les cas d'individus affaiblis ou atteints de lésion viscérale, notamment du foie et du rein.

M. Stoukowenkoff (Kief) emploie de préférence des injections de sels solubles et notamment de benzoate de mercure en solution à 1 0/0.

Benzoate de mercure........		0 gr. 25
Chlorure de sodium pur...	ââ	0 — 06
Chlorhydrate de cocaïne...		
Eau distillée..............		30 gr.

Il injecte chaque jour 2 grammes de cette solution sous la peau de la fesse pendant un mois, et il renouvelle ce traitement quatre fois à des intervalles de 2, 4, 6 et 12 mois.

M. Verchère (Paris). — Les malades traités par les injections ont presque toujours des indurations persistantes, souvent des douleurs vives, et quelquefois des abcès. Le bénéfice au point de vue de la durée du traitement ne compense pas ces inconvénients.

M. Balzer, qui a beaucoup employé les injections d'huile grise, n'a eu qu'à s'en louer.

De l'action combinée de deux médicaments antagonistes.

M. Aubert (Lyon) fait une communication sur les actions combinées de deux médicaments d'action inverse. Il faut distinguer à ce point de vue l'antagonisme et l'antidotisme. Dans le premier cas les deux médicaments exercent une action opposée sur l'élément anatomique, dans le second cas les deux médicaments se neutralisent en agissant l'un sur l'autre. Si, à côté d'une injection de pilocarpine de dose constante, on fait une injection d'atropine de dose variable, on voit l'action d'arrêt de l'atropine se manifester toujours après un temps variable suivant la dose : au bout d'une minute avec une solution d'atropine à 1 0/0, au bout de 48 heures avec une solution de 1 centigramme pour 60 litres d'eau.

L'action antidotique se manifeste si l'on injecte, après la pilocarpine, une substance capable de précipiter les alcaloïdes comme le réactif de Temret.

De l'acné nécrotique.

M. W. Dubreuilh (Bordeaux). — L'acné pilaire de Bazin et l'acné frontalis seu varioliformis de Hebra d'une part, l'acné necrotica de C. Boeck d'autre part ne sont qu'une seule et même maladie et ne sont séparées que par des différences d'intensité. Le nom d'acné nécrotique est celui qui mérite d'être conservé, parce qu'il tient compte de la lésion la plus caractéristique de la maladie et qu'il ne présente aucune ambiguïté.

L'éruption est constituée par des élevures lenticulaires peu saillantes, obtuses, d'un rouge vif au début, devenant plus tard violacées ou brunâtres, infiltrées et fermes à la palpation, centrées par un poil et surmontées d'une croûte. Cette croûte est arrondie, jaunâtre, enchâssée dans la papule sur laquelle elle ne fait pas de saillie propre ; elle est molle, tenace, adhérente et s'arrache difficilement ; on trouve au dessous d'elle une perte de substance taillée à l'emporte-pièce, granuleuse, un peu suintante, tapissée d'une faible quantité de pus; la lésion n'est jamais constituée par une véritable pustule. Au bout de quelques jours l'élevure s'affaisse, laissant une croûte ronde, brune, sèche, qui ne tombe que lorsque la cicatrisation est achevée. Il reste alors une cicatrice circulaire, déprimée, d'aspect varioliforme, pigmentée au début, plus tard blanche et sur laquelle persistent sans altération les poils ou les cheveux. Il n'y a pas d'autres phénomènes subjectifs qu'un peu de démangeaison.

L'éruption atteint de préférence la face, notamment les tempes, le front à la lisière des cheveux, le nez ; elle peut aussi s'étendre sur le cuir chevelu, les joues, les pavillons des oreilles, les régions rétro-auriculaires. Plus rarement elle atteint les faces antérieures et postérieures du tronc et dans ce cas les lésions sont particulièrement larges et profondes. C'est cette dernière localisation qui a été étudiée par M. Boeck sous le nom d'acné nécrotique. Les lésions sont souvent réunies en plus grand nombre en certains points qui forment des foyers, mais sans groupement défini : chaque lésion naît et évolue isolément et chaque foyer contient pêle-mêle des lésions d'âge différent.

L'éruption est successive, mais avec des moments de plus grande abondance, constituant des poussées éruptives intermittentes ou subintrantes qui peuvent se succéder pendant des années à des intervalles variables. Comme dans les formes un peu intenses chaque lésion laisse une cicatrice, il en résulte que certains malades sont grêlés comme ils le seraient par une variole grave.

On peut, du reste, observer plusieurs variétés, depuis les lésions larges et profondes qui laissent des cicatrices creuses au point de recevoir l'extrémité du doigt jusqu'à celles qui ne laissent que des cicatrices superficielles, miliaires, ou même qui n'en laissent pas du tout. Ce dernier cas est très fréquent, notamment à la face où l'on voit souvent des poussées éruptives très abondantes ne laisser presque pas de cicatrices. D'autres fois, la maladie peut être compliquée par la suppuration ou par la formation de croûtes impétigineuses.

Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion est constituée par une nécrose momifiante superficielle de la peau qui est le phénomène primitif et se fait probablement sous l'influence de causes microbiennes locales. Cette nécrose peut n'atteindre que l'épiderme ou même une partie de l'épiderme : il n'y a, dans ce cas, pas de cicatrice. Généralement, elle entame plus ou moins profondément le derme dont on retrouve les éléments, fibres élastiques et conjonctives, dans la croûte. A la suite de la nécrose, il se produit un sillon d'élimination et des phénomènes réactionnels diffus de congestion vasculaire et d'infiltration autour des vaisseaux et des organes différenciés de la peau. Quoique la lésion débute toujours à l'orifice d'un follicule pilo-sébacé, la glande sébacée et, à plus forte raison, la partie profonde du follicule pileux ne sont atteintes que par les lésions diffuses de réaction inflammatoire qui n'atteignent nullement leur vitalité ou leur structure. C'est pourquoi les cicatrices ne sont pas glabres.

L'acné nécrotique doit être distinguée de l'acné pustuleuse commune, des hidrosadénites, des syphilides tertiaires. Cette dernière erreur est la plus fréquente et la plus fâcheuse ; elle

est entretenue par ce fait que l'acné nécrotique est souvent fort améliorée par le traitement ioduré.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 août 1894.

Abatage des animaux de boucherie.

M. Mégnin. — Pour expliquer, comme l'a exposé la semaine dernière M. Dieulafoy à propos du travail de M. Dembo, que l'assommement des bœufs soit fréquemment manqué dans les abattoirs russes et allemands, il suffit de remarquer que les bœufs à grandes cornes de ces pays offrent un développement frontal considérable et une forme bombée peu propres à recevoir sans rebondissement le coup de massue du boucher.

M. Dieulafoy. — Il y a quelques années, on a fait à Berlin une enquête à propos de laquelle MM. Laborde, Richet et Chauveau ont adressé des lettres toutes en faveur de la saignée comme préférable à l'assommement au point de vue humanitaire.

M. Weber. — Assurément, si l'assommement est mal pratiqué; mais, tel qu'il se fait dans les abattoirs français, il n'est pas douteux qu'il détermine la mort plus vite et plus sûrement.

Natalité et alcoolisme.

M. Cadet de Gassicourt lit un rapport sur le mémoire récemment communiqué par M. Vidal (d'Hyères), (voir page 300) sur la mortalité de la première enfance dans le département du Var.

A ce propos, une discussion incidente s'engage sur le passage suivant de ce rapport : « A défaut d'un accroissement de la natalité auquel nous ne pouvons rien, nous autres médecins... »

M. Javal. — Si la législation est impuissante pour accroître la natalité en France, il n'est pas exact de dire que le médecin n'y puisse rien; car il est aujourd'hui devenu, à défaut du prêtre, le conseiller, souvent et heureusement très écouté, dans un grand nombre de familles. Que le corps médical, particulièrement celui qui exerce dans les campagnes, s'efforce donc, par tous les moyens, de faire comprendre quelle triste vieillesse se préparent et quels fâcheux calculs font ceux qui cherchent à limiter le nombre de leurs enfants.

M. A. Guérin. — Il n'en est pas ainsi en Bretagne où, les idées religieuses aidant, les campagnards comprennent que leur richesse dépend pour beaucoup du grand nombre de leurs enfants.

Les médecins ne peuvent, il me semble, qu'intervenir difficilement en pareille matière, tout au plus peut-on leur demander de ne pas enlever trop d'ovaires!

M. Charpentier. — Il est devenu bien difficile de savoir quelle est la mortalité de la première enfance dans les campagnes; tous les rapports des médecins inspecteurs du service de la protection fournissent des chiffres qui, malgré les recommandations ministérielles, ne sont nullement comparables. J'aurai l'occasion de le montrer prochainement à propos de mon rapport annuel au nom de la commission de l'hygiène de l'enfance.

Dans le Var, M. Edelga donne une statistique toute différente que celle de M. Vidal.

M. Cadet de Gassicourt. — La statistique est la même; mais ils en tirent des conclusions très opposées.

M. Charpentier. — Le grand obstacle à l'accroissement de la natalité, c'est la stérilité volontaire. Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait été consulté par des femmes afin de ne plus avoir d'enfant.

M. Pinard. — Il est heureusement beaucoup de familles françaises dans lesquelles on considère la maternité comme le premier devoir. Mais il n'est pas douteux que la stérilité volontaire ne devienne de plus en plus fré- quente; on en voit la preuve dans ce fait que souvent des femmes, venant à perdre leur unique enfant à l'âge de 12 à 15 ans, en ont un second dès l'année suivante.

M. G. Lagneau. — La diminution de la natalité en France est un fait général; il a gagné les campagnes et se trouve avoir des causes multiples, parmi lesquelles le désir mal entendu des richesses, l'alcoolisme, etc., jouent un grand rôle.

M. A. Guérin. — Il est des faits dont la statistique ne peut tenir compte. Un magistrat m'a signalé qu'il avait eu à requérir contre un affranchisseur de bestiaux qui, à la campagne, avait pratiqué plus de 5,000 avortements sur des femmes de paysans.

M. le Dr Bonnet a, d'autre part, montré qu'en Bretagne les alcooliques engendraient des enfants épileptiques ou idiots et que l'alcoolisme devait être considéré comme une cause importante de la stérilité des ménages, particulièrement chez les paysans riches. Qu'on établisse des impôts considérables sur l'alcool, ce sera une excellente mesure préservatrice.

M. Javal. — Si l'alcool peut avoir pour effet de nuire à la qualité des enfants, il faut reconnaître que très fréquemment il est la cause de leur naissance.

M. Lannelongue. — Comme membre de la commission de la Chambre qui s'occupe de l'alcoolisme au point de vue fiscal et hygiénique, j'ai observé des faits bien contradictoires : dans le Gers, où l'on consomme à peine 0 lit. 79 d'alcool par tête, la natalité est très faible, tandis qu'elle est très élevée dans la Seine-Inférieure où l'on boit 20 litres par tête d'adulte en moyenne.

M. Charpentier. — En France, l'excédent des décès sur les naissances a été, en 1892, de 20.041!

M. Cadet de Gassicourt. — Dans cette discussion on a parlé législation, morale, religion, et à peine médecine. La phrase de mon rapport sur l'impuissance du corps médical à arrêter la diminution progressive de la natalité en France se trouve ainsi justifiée.

Cholécystostomie et cholécystentérostomie.

M. Dujardin-Beaumetz. — En ma qualité d'opéré, le bureau m'a chargé du rapport sur l'observation de M. le Dr Fontan (de Toulon) (Voir page 338). Ne voulant ni ne devant discuter la question au point de vue opératoire, je m'efforcerai seulement de montrer dans quelles conditions post-opératoires se trouvent les individus auxquels on a pratiqué soit une fistule biliaire cutanée, soit une fistule biliaire intestinale.

La création de la seconde paraît *a priori* la plus physiologique; j'ai récemment montré qu'il était important que l'ouverture fût pratiquée aussi près que possible du duodénum; malheureusement cette opération présente un inconvénient sérieux, c'est l'infection des voies biliaires. Produite par la pénétration des microbes de l'intestin dans ces voies biliaires par l'ouverture fistulaire, cette infection se traduit par des accès de fièvre absolument analogues à ceux de la fièvre intermittente et présentent les trois stades caractéristiques de cet accès : stades de frisson, de chaleur et de sueur, tous les quatre à dix jours, ou se suivent pendant un certain nombre de jours, trois à quatre jours, et revenant alors à heures à peu près fixes, pendant quatre à six heures; ils sont précédés d'un état général de courbature, s'accompagnent quelquefois de vomissements et de douleurs d'estomac, et se terminent par un affaiblissement des forces. Ce qui les distingue des accès intermittents, ce sont les deux points suivants : l'irrégularité de leur apparition d'une part, et, de l'autre, la résistance qu'ils présentent à une médication quinique; quelle que soit la dose employée, on ne peut en modifier ni l'heure d'apparition, ni l'intensité. Ces accès laissent à leur suite un affaiblissement général, de la mélanodermie et quelquefois un véritable subictère déterminé par un ictère infectieux accompagnant l'accès fébrile. On retrouve alors dans les urines de la bilirubine, et, pendant les périodes d'accès, presque toujours de l'urobiline.

Lorsque ces accès de fièvre dus à l'infection hépatique se produisent dans les jours qui suivent l'opération, ils présentent un haut degré de gravité et entraînent la mort du sujet qui ne peut résister après le choc opératoire à cet accès. Lorsqu'au contraire ils se produisent tardivement, six semaines à deux mois après l'opération, le malade peut résister, mais, à partir de ce moment, l'amélioration que l'on constate après l'opération cesse et le malade se trouve alors,

par suite de ces infections successives du foie, qui modifient profondément les fonctions de la cellule hépatique, dans des conditions d'infériorité vitale qui lui permettent de devenir facilement la proie des maladies intercurrentes.

La quinine, les antiseptiques intestinaux, le régime alimentaire lui-même, sauf peut-être le régime lacté exclusif, tout en ayant une action sur l'intensité des accès fébriles, ne font que les atténuer. Les eaux alcalines et en particulier les eaux de Vichy, si puissantes pour combattre l'infection biliaire d'origine intestinale, ne font qu'éloigner les accès, puisque l'infection hépatique résulte de la présence de la fistule, et ce n'est que lorsque la vésicule biliaire transformée en conduit se rapproche alors par sa disposition du canal cholédoque que l'on peut espérer voir disparaître cette infection hépatique et les symptômes qu'elle produit, et à ce propos, n'oublions pas que, d'après les recherches de Miquel, comme le nombre des microbes va croissant dans le tube digestif du duodénum à l'anus, plus la fistule sera éloignée de l'estomac, plus les chances d'infection seront grandes. Mais pour cette transformation de la vésicule en conduit fistuleux, il faut beaucoup de temps, des mois et des années. Voilà pour la cholécystentérostomie.

Dans la cholécystostomie, il n'y a plus de danger d'infection, la bile, étant par elle-même aseptique et antiseptique, empêche la pénétration des microbes extérieurs et évite ainsi les phénomènes sus-indiqués. Mais en revanche cette opération entraîne avec elle l'écoulement incessant de la bile sur les parois abdominales, elle ne modifie en rien l'acholie intestinale et le malade continue à avoir les mêmes troubles intestinaux qu'avant l'intervention chirurgicale.

La bile n'étant qu'un produit excrémentitiel, suffit-il d'empêcher l'empoisonnement biliaire par l'établissement d'une fistule permanente pour conjurer tous les accidents? Non, car la bile est aussi une substance alcaline qui permet la digestion pancréatique et intestinale et l'on peut affirmer que sans bile il n'y a pas de digestion intestinale possible. On peut même ajouter, comme corollaire à cet adage, que sans digestion intestinale, il n'y a pas de nutrition possible. Toutefois, les causes d'oblitération des voies biliaires pouvant être passagères, on voit la bile reprendre son cours à travers le canal cholédoque, la fistule biliaire se tarit ou bien l'on peut intervenir alors pour l'oblitérer.

Aussi Routier et Michaux préfèrent-ils, dans les cas où la laparotomie exploratrice permet de faire espérer le rétablissement du cours de la bile, avoir toujours recours à l'ouverture d'une fistule biliaire cutanée. C'est pour obtenir ce rétablissement que M. Fontan a proposé une double opération : le cathétérisme et les injections d'éther.

Pour le cathétérisme, il faut reconnaître que la plupart des chirurgiens repoussent cette manœuvre ; elle produit souvent, en effet, des hémorrhagies des voies biliaires d'une haute gravité, et Lawson Tait, qui avait autrefois proposé la cholélithotripsie, a abandonné cette méthode à cause des dangers qui en résultaient. Nous voyons même M. Fontan obligé d'abandonner la sonde métallique dont il s'est servi la première fois et qui a peut-être été la cause d'une hémorrhagie observée par des sondes uréthrales en gomme. Reste la question des injections d'éther.

MM. Michaux et Routier ont cité des cas où, sans injections d'éther, l'on a vu le conduit cholédoque oblitéré reprendre ses fonctions et il est probable que la disparition des calculs entraînant la disparition de la cause de l'inflammation des conduits, ceux-ci reprennent leur calibre normal, par suite de la régression des produits inflammatoires qui augmentent l'épaisseur des différentes couches de la muqueuse des voies biliaires.

En résumé, lorsque la laparotomie exploratrice permettra de reconnaître une oblitération complète et absolue des conduits cholédoques sans espoir de voir se rétablir les fonctions de ce conduit, je crois qu'il faut préférer la cholécystentérostomie à la cholécystotomie, tout en reconnaissant les dangers de l'infection biliaire. Lorsqu'au contraire on peut espérer le retour du cours de la bile, on pourra utiliser la cholécystostomie, et, lorsqu'il s'agira de boues biliaires, se rappeler la possibilité de faire usage des injections d'éther.

M. R. Blache lit un mémoire sur la protection de l'enfance dans le département de la Seine en 1892, et sur la situation et le fonctionnement des crèches.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 juillet 1894.

Recherches sur les causes de la toxicité du sérum du sang.

MM. Mairet et **Bosc.** — Nous avons fait une série d'expériences relativement à l'injection intra-veineuse du sérum sanguin d'un animal (homme, chien) à un animal d'espèce différente (lapin). Ces expériences nous ont montré que, dans ces conditions :

1° Le sérum sanguin entraîne la mort à des doses relativement faibles et légèrement variables suivant l'espèce animale. Ainsi, tandis qu'il faut, en moyenne, 15 cc. de sérum humain pour tuer un kilogramme de lapin, il faut 21 cc. 5 de sérum de chien pour obtenir les mêmes résultats.

2° Le sérum tue toujours par coagulation ; on retrouve, à l'autopsie, des thromboses qui peuvent occuper tout ou partie du système veineux. Le sérum du sang de chien a des propriétés coagulatrices plus actives que le sérum du sang de l'homme.

3° Toutefois, si le sérum tue par coagulation, il possède, à côté de ses propriétés coagulatrices, des propriétés toxiques très nettes. Il est possible de séparer ces deux espèces de propriétés, en détruisant l'une d'elles : lorsqu'on ajoute au sérum une certaine quantité de chlorure de sodium et de sulfate de soude, on supprime la propriété coagulatrice, les propriétés toxiques persistant seules. Il en est de même lorsqu'on traite le sérum, pendant trois quarts d'heure, par la chaleur à 52°-53°.

4° Lorsqu'on étudie comparativement les effets physiologiques produits par le sérum privé ou non de ses propriétés coagulatrices, on trouve que ces effets ont, dans l'un et l'autre cas, la plus grande analogie, si bien qu'on est amené à conclure que la propriété coagulatrice du sérum est une propriété qui se développe rapidement, à un moment donné de l'intoxication et presque à la limite de l'action toxique, surajoutant ainsi ses effets nocifs aux effets toxiques.

Les expériences qui nous ont amenés aux conclusions qui précèdent viennent d'être communiquées à la *Société de Biologie*. Voici maintenant les recherches qui nous ont permis de séparer les matières coagulatrices des matières toxiques et de déterminer leur nature.

En traitant le sérum par la chaleur, nous avons acquis la conviction que les propriétés coagulatrices et les propriétés toxiques, tout en étant distinctes, devaient être cependant attribuées à des subtances de nature très voisine. En effet, le degré de chaleur nécessaire pour abolir les propriétés coagulatrices atténue déjà très fortement les propriétés toxiques; et, comme la plupart des auteurs pensent que les propriétés coagulatrices doivent être attribuées à des matières albuminoïdes, nous avons dirigé nos recherches de ce côté et employé l'alcool qui, on le sait, précipite ces matières.

Nous n'indiquerons pas toutes les expériences que nous avons faites à ce sujet ; nous dirons seulement que certaines d'entre elles nous ont amenés à admettre :

1° Que l'extrait alcoolique n'a aucune propriété toxique et coagulatrice ;

2° Que ces propriétés sont contenues dans le précipité.

Mais nous insisterons davantage sur les expériences qui nous ont permis de séparer les matières toxiques et les matières coagulatrices du sérum.

Pour arriver à ce résultat, nous nous sommes d'abord adressés à l'alcool absolu et à des alcools forts. Ces alcools ne nous ont donné aucun résultat, la mort étant toujours produite par la coagulation. Il en a été de même lorsque nous avons traité le sérum par l'alcool à un degré de plus en plus faible.

Nous avons alors traité un même sérum, d'abord par de l'alcool faible (mélange à 30°); puis le filtratum a été de nouveau repris par de l'alcool à un degré plus élevé (mélange à 40°) et nous avons ainsi traité successivement le filtratum par de l'alcool, de façon à obtenir un mélange d'un degré alcoolique de plus en plus élevé. Nous sommes arrivés au chiffre de 80° auquel toutes les matières albuminoïdes sont précipitées.

Nous avons recueilli le plus rapidement possible chacun de ces précipités; après les avoir essorés et desséchés, nous les avons dissous dans de l'eau distillée et injectés à des lapins.

Le premier précipité, obtenu par un mélange à 30°, tue

l'animal par coagulation. A l'autopsie, nous avons constaté une coagulation en masse dans tout le système veineux.

Les autres précipités, obtenus par alcoolisation des filtrata, peuvent tuer l'animal, mais à l'autopsie on ne trouve aucune trace de coagulation sanguine; les symptômes observés pendant la vie sont ceux que l'on constate à la suite de l'injection de sérum privé de ses propriétés coagulatrices, soit par l'action du chlorure de sodium et du sulfate de soude, soit par l'action de la chaleur.

L'alcool faible permet donc de précipiter d'emblée et complètement les matières coagulatrices du sérum et il est facile, en augmentant suffisamment le degré alcoolique, de précipiter, à leur tour, toutes les matières toxiques.

Ces deux espèces de matières étant ainsi séparées, nous nous sommes demandé quelle était leur nature.

A en juger par leurs réactions, elles sont de nature albuminoïde. En effet, comme les matières albuminoïdes, elles sont précipitées par le réactif d'Esbach, le ferrocyanure de potassium, la chaleur en milieu légèrement acide, et elles donnent la réaction du biuret.

Là se bornent nos connaissances à ce sujet; nous n'avons pu, jusqu'à présent, différencier ces substances d'une manière plus complète.

En résumé, nos expériences nous démontrent :

1° Que le sérum sanguin a deux espèces de propriétés : des propriétés toxiques et des propriétés coagulatrices;

2° Que les propriétés coagulatrices sont abolies par l'action de la chaleur ou par l'adjonction au sérum de chlorure de sodium et de sulfate de soude;

3° Que les effets symptomatiques produits par les injections intra-veineuses de sérum pur sont dus, en très grande partie, aux propriétés toxiques de ce sérum, les propriétés coagulatrices ne se faisant sentir qu'à un moment donné de l'injection, presque à la limite de l'action toxique;

4° Que l'extrait alcoolique n'a aucune propriété toxique ou coagulatrice, ces propriétés étant renfermées dans le précipité.

5° Qu'il est possible de séparer par l'alcool les matières toxiques et les matières coagulatrices;

6° Que ces deux matières, à en juger par leurs réactions, rentrent l'une et l'autre dans le groupe des matières albuminoïdes.

Mécanisme de l'influence des intoxications à titre de causes secondes de l'infection.

MM. Charrin et **Duclert.** — Pour triompher de l'organisme, les microbes, en particulier ceux qui ne sont pas hautement différenciés, réclament fréquemment des auxiliaires; les intoxications peuvent jouer ce rôle; de tout temps l'observation l'a démontré. L'expérimentation, avec les travaux d'Arloing, Roux, Nocard, Roger, Monti, Charrin, Platamia, etc., a confirmé cette notion.

Nous avons généralisé le fait en employant des toxiques inorganiques, des toxiques dérivés de la vie de nos cellules ou de celle des bactéries, des sels de mercure, de l'alcool, de l'acide lactique, de la tuberculine, de la malléine, des toxines pyocyaniques.

Dans l'immense majorité des cas, les sujets infectés et intoxiqués sont morts avant ceux qui étaient simplement infectés, leur mort a été accompagnée des signes classiques d'une généralisation bactérienne.

Il nous a paru curieux d'élucider le mécanisme d'un phénomène aussi net, aussi important; pour réussir, il était nécessaire d'examiner, d'une part, les modifications subies par le virus, d'autre part, les changements éprouvés par le terrain.

En semant des fragments donnés des viscères des empoisonnés, puis parallèlement des parcelles égales des organes des cobayes contaminés, mais exempts de toute intoxication, nous avons obtenu des cultures plus riches, des colonies plus nombreuses avec les tissus de ces empoisonnés et cela en pratiquant les ensemencements tantôt avant, tantôt après le lavage de ces tissus, lavage effectué avec de l'eau salée à 7 0/00.

Donc, dans ces conditions, le virus est influencé dans son élément quantité.

Que devient la qualité?

Premièrement, nous avons cultivé le bacille pyocyanogène dans des bouillons additionnés de traces de ces toxiques utilisés et nous avons reconnu que son fonctionnement était entravé, que les pigments étaient incomplètement sécrétés.

En second lieu, nous avons inoculé de semblables cultures; elles ont tué moins rapidement que des cultures normales.

En troisième lieu, nous avons injecté d'autres cultures faites, les unes en semant le sang des sujets infectés et intoxiqués, les autres en semant celui des infectés.

Les premières se sont montrées moins actives que les secondes.

Dans ces circonstances, la qualité est donc plutôt diminuée.

On arrive à se demander pourquoi la quantité augmente.

Du moment où cette augmentation a lieu sans que la virulence soit exaltée, on est porté à penser qu'il s'agit là d'une action indirecte, car, si cette action portait sur le virus lui-même, elle le favoriserait probablement dans tous ses éléments; on conçoit plus aisément une condition donnée qui, en pareille matière, rende la multiplication plus prompte et l'activité plus grande, qu'une autre condition hâtant la première et entravant la seconde.

De là l'idée de rechercher les changements possibles survenus du côté du terrain, en particulier du côté des dépenses.

Nous avons inoculé des lapins vaccinés contre le bacille pyocyanogène, injectant aussi à quelques-uns de l'alcool et de l'acide lactique, loin des inoculations.

En examinant d'heure en heure ce qui se passe au niveau de ces inoculations, on voit que, chez les intoxiqués, les microbes sont plus nombreux, les cellules migratrices plus rares, la phagocytose plus discrète, phénomène déjà vu par le professeur Bouchard.

Nous avons recherché, comme cet auteur, ce que devenait l'état bactéricide après ces intoxications; il nous a paru se maintenir, quand on saigne peu d'instants après avoir injecté les poisons.

Il nous semble, en effet, qu'il n'en est point ainsi lorsque l'intoxication précède de longtemps la saignée; dans ces conditions, l'état bactéricide fléchit.

La conclusion imposée par ces faits, c'est que la mise en jeu de ces corps entrave la phagocytose; la destruction des germes n'a pas lieu ou se réalise incomplètement, tandis qu'elle se poursuit intégralement chez le témoin qui n'a pas reçu de toxiques. Dès lors, il est clair que, chez ce témoin, les germes ne tarderont pas à être moins abondants.

En définitive, on est en présence d'une perturbation qui, frappant l'économie, retentit, par voie indirecte, sur le virus.

Comment ces toxiques touchent-ils à la phagocytose? Est-ce en s'opposant à la sortie hors des capillaires des leucocytes ou autres phagocytes, en raison des propriétés vasomotrices découvertes, pour certaines toxines par exemple, par MM. Bouchard, Gley et Charrin? Est-ce en lésant fonctionnellement ou anatomiquement ces phagocytes, de même que ces poisons lèsent les divers éléments du foie, des reins? Dans l'étude actuelle, on ne peut que poser ces questions.

Ajoutons que le processus anti-toxique est ici secondaire.

En somme, les poisons favorisent l'infection, aussi bien les poisons inorganiques que les cellulaires, que les microbiens; ces poisons font que le virus gagne en nombre, en raison de l'influence anti-phagocytaire, sans acquérir en virulence. C'est cet accroissement de nombre qui le rend redoutable, un virus valant soit par la qualité, soit par la quantité.

SOCIETÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séances du 23 juin et du 6 juillet 1894.

Plaie de la sclérotique.

M. Armaignac lit une observation de plaie de la sclérotique avec décollement de la rétine.

Les traitements les plus divers ont été proposés contre cet accident, car les cas de guérison spontanée ne sont pas fréquents. D'ailleurs, le décollement échappe souvent à l'investigation, en raison de sa faible durée et du retard qu'apportent les blessés à venir consulter. Chez le malade de M. Armaignac, l'œil avait été blessé par une flèche en bois qui, en s'enfonçant, avait repoussé devant elle la rétine sur une large surface, bien que la plaie scléroticale n'eût que 4 millimètres.

Après l'accident, le corps vitré s'était infiltré de sang et la vision avait été presque annulée.

Il a suffi de quelques mois pour que, sans traitement chirurgical, le décollement ait disparu et qu'il y ait eu guérison avec restitution presque totale de la vision.

Cette observation est intéressante par la violence du traumatisme, l'irrégularité de la plaie, son siège au voisinage de la région ciliaire, l'absence de toute intervention et par l'existence d'une mydriase intense et rebelle.

Cathétérisme rétrograde.

M. Loumeau lit une observation de cathétérisme rétrograde avec suture de la vessie.

Chez ce malade, c'est au cours d'une uréthrotomie externe sans conducteur que M. Loumeau, devant l'impossibilité de trouver le bout postérieur de l'urèthre, a dû pratiquer la cystotomie et le cathétérisme rétrograde. Une sonde à demeure fut placée jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie vésicale. Au bout de quelque temps elle fut enlevée, et à partir de ce moment, malgré les essais de cathétérisme, le rétrécissement s'est reformé très hâtivement.

Amputation du pénis.

M. Pousson communique une méthode d'amputation du pénis qui consiste dans la réunion de plusieurs procédés empruntés à différents chirurgiens. Il enveloppe avec des compresses antiseptiques qu'il sectionne avec les tissus. Auparavant il applique une bande circulaire compressive à la racine de la verge.

Il sectionne la peau sans tirer, par une incision en raquette dont la queue correspond à la face inférieure de la verge. Le bistouri intéresse les artères dorsales et les veines caverneuses qu'il lie. Mais il ne touche pas à l'albuginée des corps caverneux.

Il sectionne seulement alors les deux cylindres caverneux petit à petit, au niveau de la section cutanée. Mais il respecte encore l'urèthre. Il dissèque les corps spongieux jusqu'à une certaine hauteur (1 cent. 1/2) au-dessus de la section des corps caverneux.

M. Pousson prend les deux bords de l'albuginée et les suture avec du catgut, de manière à coiffer les corps caverneux et à les mettre à l'abri de l'infection.

Il sectionne alors les corps spongieux de l'urèthre sur sa face inférieure de manière à constituer un hypospadias. Il suture ensuite chaque lèvre de la muqueuse uréthrale avec la peau. L'opération est terminée.

Le point essentiel de cette opération est de bien constituer l'hypospadias, car l'écueil des anciens procédés d'amputation du pénis était le rétrécissement du nouveau méat urinaire.

M. Villar indique à M. Pousson que sa méthode d'amputation du pénis est déjà en usage en Espagne. Mais il le félicite d'avoir imaginé l'hypospadias pour remédier au rétrécissement du méat.

Typhus exanthématique.

M. Verdalle fait la description d'un cas de maladie infectieuse mortelle survenue dans son service d'hôpital. Le malade, qui était un infirmier robuste de vingt ans, a présenté, aux diverses phases de sa maladie, divers symptômes pouvant faire penser à une rougeole malique, à une scarlatine, et enfin à une dothiénentérie anormale. Mais M. Verdalle s'arrêta en dernier lieu au diagnostic de typhus exanthématique et le malade fut évacué sur l'hôpital Pellegrin, où il succomba très rapidement.

M. Arnozan a eu également dans son service une femme atteinte d'une forme malique aussi, quoique moins nette, de typhus. La malade, transportée à Pellegrin, a succombé rapidement.

Presque en même temps que ces deux cas, on a signalé un cas isolé de typhus exanthématique à Floirac, et une petite épidémie à Castets-en-Dorthe. Dans ce foyer, trois malades ont succombé sur cinq personnes atteintes.

M. Davezac, qui a vu à Pellegrin les deux malades envoyés par MM. Verdalle et Arnozan, repousse le diagnostic de typhus exanthématique et admet celui de scarlatine malique pour le malade de M. Verdalle.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

1er semestre 1894.

Fibrome utérin.

MM. Vitrac et **Faguet** présentent des pièces provenant du service de M. le professeur Lanelongue. Il s'agit d'une femme ayant présenté tous les signes d'un fibrome utérin. Celui-ci fut enlevé une première fois, puis récidiva. La seconde fois, on s'aperçut que le tissu sur lequel était implanté le polype fibreux récidivé était lui-même fibromateux; on avait donc affaire à un polype fibreux produit d'un fibrome: on fit l'hystérectomie vaginale; la malade va bien.

L'utérus mesurait 9 cent. de profondeur.

Tumeur du cerveau.

M. Coyne rappelle que M. le professeur Arnozan avait présenté, il y a environ un mois, un cerveau avec une tumeur des méninges ayant écrasé les circonvolutions qui ne paraissaient pas adhérer à la tumeur. Cette tumeur a été examinée dans sa surface et dans sa profondeur.

Superficiellement, on trouve des éléments ovoïdes noyés dans une masse amorphe parcourue par des vaisseaux à parois embryonnaires. Plus profondément ces éléments ovoïdes disparaissent, enfin on arrive dans une partie plus claire avec réticulum grêle et éléments cellulaires.

Tout à fait au centre, formations kystiques. En somme, c'est un sarcome avec aréoles de tissu muqueux : un myxo-sarcome de la pie mère.

Contusion du cerveau.

M. Brindel présente des pièces provenant d'un homme mort dans le service de M. le docteur Dubourg. Cet homme, amené à l'hôpital dans un état comateux complet, présentait une fracture de la cuisse droite et une fracture de la base du rocher. A l'autopsie on trouve, en outre, un épanchement sanguin dans le ventricule latéral gauche du cerveau, épanchement qu'on retrouve dans le ventricule moyen, le quatrième ventricule et le lobe gauche du cervelet. Les artères sont toutes très athéromateuses. Les reins sont intacts.

M. Fromaget demande s'il existait du strabisme interne par lésion du moteur oculaire externe, comme cela se rencontre dans les fractures longitudinales du rocher.

M. Brindel. — Cet homme n'avait que de la dilatation pupillaire.

M. Arnozan. — Il serait intéressant, au point de vue médico-légal, de savoir quel a été le premier accident, est ce la chute, est-ce l'hémorrhagie cérébrale?

M. le prof. Vergely rappelle à ce sujet l'observation d'un homme de trente-deux ans, mort quelques instants après une chute. On trouva à l'autopsie une hémorrhagie protubérantielle et un rein contracté pesant 80 grammes. D'après M. Brouardel, ces accidents seraient dans ces cas assez fréquents.

Caillot cardiaque.

M. Auguste Vergely lit l'observation d'une femme rhumatisante morte subitement et chez laquelle on trouva à l'autopsie un volumineux caillot dans le cœur droit.

M. Arnozan a observé une thrombose du cœur gauche qui a mis environ quatre jours pour se former. On avait pu prévoir cet accident par le désaccord existant entre les contractions du cœur beaucoup plus nombreuses que celles du pouls. Le caillot du ventricule gauche oblitérait complètement l'origine de l'aorte. Dans l'observation de M. Vergely, le cas semblerait le même, mais le pouls ne pouvait évidemment donner aucun renseignement.

M. Vergely a pu, dans un cas, prévoir la formation du caillot par la gêne de la respiration, l'irrégularité et la faiblesse du pouls, chez une malade morte subitement longtemps après une ponction. Il cite plusieurs observations de mort subite après une ponction de pleurésie et rappelle tout le danger qu'il y a, dans ce cas, à employer des médicaments tels que purgatifs trop violents qui favorisent la coagulation du sang.

Placenta prævia.

M. Audebert donne lecture d'une observation concernant une femme enceinte de 6 mois 1/2 environ, et amenée à la maternité de Saint-André, pour hémorrhagie très abondante ayant pour cause une insertion vicieuse du placenta. A l'examen de la malade, un doigt introduit doucement a travers le col entr'ouvert constate, après décollement d'une petite portion de placenta, que le centre de ce dernier répond approximativement à l'orifice interne du col. Dans un pareil cas, il eût fallu se créer une voie à travers le placenta ou le décoller suffisamment pour pouvoir pratiquer l'intervention de choix, c'est-à-dire la rupture prématurée des membranes. En présence de ce cas, on eut recours à un autre mode de traitement, et on introduisit un ballon, du professeur Moussous, qui fut expulsé spontanément neuf heures après son application, permettant alors de pratiquer la perforation des membranes. Quelques moments après, l'accouchement se faisait par le siège décomplété, mode des fesses. L'examen des membranes permit alors de constater que la rupture avait porté sur un point distant de 2 ou 3 centimètres environ du bord placentaire, ce qui, en raison du mode d'insertion de ce placenta, est en contradiction avec l'opinion de Pinard, voulant que la distance à laquelle se trouve le point de rupture des membranes du bord placentaire, représente précisément la distance qui sépare ce dernier du centre de l'orifice interne. M. Audebert explique la présence de la perforation des membranes au point indiqué par une sorte de glissement, de mouvement de latéralité qu'aurait éprouvé une partie du placenta, décollée par suite de la pression exercée par le ballon, et surtout par rétraction du segment inférieur de l'utérus.

Corps étrangers articulaires.

M. Vitrac, en son nom et en celui de **M. Faguet**, montre un lipome synovial et un corps étranger articulaire provenant d'une malade ayant subi l'arthrotomie d'un genou dans le service du professeur Lanelongue. Ce corps étranger, de consistance cartilagineuse et dont l'examen histologique sera fait ultérieurement, a deux centimètres de longueur sur un de large.

M. Vergely fait observer que le fragment cartilagineux pourrait avoir son origine dans le lipome, qui alors contiendrait des cellules cartilagineuses.

M. Coyne croit que dans le cas où le corps étranger se serait détaché du cartilage articulaire, l'orientation de ses éléments serait parfaitement définie, tandis que s'il était d'origine inflammatoire les chondroplastes seraient disposés sans ordre.

M. Lagrange croit que la forme de ce corps étranger (bords en biseau) est un témoignage de son origine traumatique. Il cite à l'appui de son dire plusieurs observations.

M. Vitrac n'est pas éloigné de cette manière de voir. Dans le cas actuel, le corps étranger a parfaitement pu, par irritation, déterminer l'apparition du lipome survenu comme complication.

M. Auché cite l'observation, déjà publiée, d'une tabétique atteinte d'arthropathie coxo-fémorale. Dans l'articulation, le microscope a décelé la présence de franges synoviales graisseuses munies de chondroplastes et de cellules cartilagineuses. Ces franges graisseuses, en se séparant de la synoviale, ont donné naissance à des corps étrangers articulaires.

Kyste de l'ovaire.

M. Lefour fait une communication sur un kyste de l'ovaire enlevé le 9 juillet chez une femme de quarante ans. Evolution abdominale pure, le détroit supérieur est libre, en haut rapport avec l'estomac et le foie. Incision exploratrice. On passe la main entre la tumeur et la paroi; pas de fluctuation. Les parois du kyste sont épaisses, kyste à plusieurs loges, il filtre du liquide chocolat, long pédicule, suites normales. Discussion sur le danger des ponctions.

Maladie de Reichmann.

M. Cassaët, comme continuation à ses recherches sur la toxicité du sac gastrique dans la maladie de Reichmann, en collaboration de M. Ferré, communique une note relative à l'isolement dans le suc gastrique d'un hyperchlorhydrique non tétanique d'une substance susceptible de produire le coma. En évaporant à siccité le contenu stomacal, épuisant par l'alcool absolu, évaporant de nouveau, reprenant par l'eau distillée et filtrant sur le noir animal, on obtient ainsi une solution incolore, qui, inoculée chez des lapins, produit des accidents caractérisés par l'abolition des mouvements volontaires, la conservation des réflexes, une précipitation de la respiration et une hyperesthésie très marquée.

M. Cassaët ajoute quelques mots sur des recherches chimiques entreprises à ce sujet par M. Benech.

M. Dubreuilh insiste sur la nécessité de recherches sur l'urine.

Lipome arborescent du genou.

M. Faguet communique l'examen histologique d'un lipome arborescent et d'un corps étranger de l'articulation du genou déjà présentés à la Société.

1° *Lipome arborescent.* — Microscopiquement cette tumeur a tous les caractères d'un lipome ordinaire; elle est constituée par des cellules adipeuses beaucoup plus volumineuses qu'à l'état normal, groupées en lobules de grandeur très inégale et séparés les uns des autres par des cloisons de tissu conjonctif lâche. A la périphérie du fragment examiné se trouve une bande de cellules aplaties, déformées, qui rappelle par sa disposition le revêtement épithélial de la séreuse articulaire. Des vaisseaux à parois propres sont situés dans les cloisons interlobulaires. Pas de dégénérescence myxomateuse ou osseuse.

2° *Corps étranger articulaire.* — Il présente, au point de vue histologique, la structure du cartilage hyalin. On constate qu'il est constitué par une substance fondamentale au milieu de laquelle se trouvent des chondroplastes remplis de cellules cartilagineuses dont quelques-unes sont en voie de prolifération. Les chondroplastes situés du côté du bord lisse de la pièce anatomique sont généralement ovoïdes, aplatis transversalement, et la direction de leur grand axe est parallèle au bord de la coupe. Immédiatement au-dessous de ceux-ci on en rencontre d'autres plus ou moins arrondis, assez irréguliers dans leur forme et sans direction bien déterminée. Ni vaisseaux ni nerfs. Ce corps étranger est donc très vraisemblablement un fragment du cartilage articulaire, un « copeau du cartilage » détaché de l'un des condyles du fémur.

Embolie cérébrale.

M. Balzer présente le cerveau et le cœur d'une femme atteinte d'hémiplégie gauche et d'insuffisance mitrale et aortique. A l'examen du cerveau on constate que les valves de la mitrale sont rugueuses et raccourcies. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont inscrustée de plaques calcaires.

L'hémiplégie est-elle due à une embolie fibrineuse ou calcaire. M. Balzer pense qu'il s'agit d'une embolie fibrineuse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE

Premier semestre 1894.

Suture de l'olécrane et de la rotule.

M. Tachard, membre correspondant, cite deux cas dans lesquels il a pratiqué la suture métallique de la rotule dans le premier, et celle de l'olécrane dans le deuxième.

1° Dans le premier cas, il s'agit d'un cavalier qui, 36 heures auparavant, en sautant de cheval au manège, s'était affaissé et avait constaté un enfoncement de son genou à la place de la saillie de la rotule. M. Tachard, tenant compte des inconvénients et des mauvais résultats habituels du traitement ordinaire de fracture de la rotule, se décide à pratiquer la suture métallique des fragments osseux. Il fait, en conséquence, une incision de 8 centimètres sur la face antérieure du genou et ouvre largement l'articulation, qu'il trouve remplie de caillots et renfermant environ 300 grammes de sang. La rotule était divisée en trois fragments, un supérieur, très grand, composé de presque toute la rotule, les deux autres très petits. Outre ce fragment, se trouvait un

caillot très adhérent, qu'il fallut enlever à la curette tranchante. M. Tachard fut frappé par les vastes lésions des ailerons de la rotule complètement déchirés. Après un nettoyage antiseptique complet, M. Tachard procède à la suture métallique des fragments osseux, il pratique la suture en surjet de l'articulation et place deux drains, enfin il termine l'opération par une suture profonde et une suture superficielle. La malade n'a pas été chloroformé, une injection de cocaïne a rendu l'anesthésie suffisante.

Le membre fut placé dans un appareil ouaté. Après l'opération, le malade éprouva une amélioration immédiate et ne souffrit plus. Le malade avait été opéré le 3 novembre ; après trois pansements, la consolidation fut complète, et le blessé put marcher le 12 décembre. Le membre est normal, les mouvements bien conservés, comme le démontre la photographie que présente M. Tachard.

Le second opéré dont parle M. Tachard est un jeune brigadier atteint d'une fracture de l'olécrane compliquée de plaie déterminée par un coup de pied de cheval. Comme dans le premier cas, le chirurgien se contente d'une injection de 0,05 cent. de cocaïne pour produire l'anesthésie locale. Il fait une incision de 6 centimètres, fait un lavage de l'articulation et constate des lésions profondes des parties ligamenteuses; il procède à la suture métallique des parties osseuses et éprouve une certaine difficulté occasionnée par l'obliquité de la fracture, il établit un drainage péri-articulaire, procède à une suture superficielle et termine par un pansement ouaté.

Le malade fut opéré le 29 novembre, et le bras fut mis en extension. Il n'y eut pas de fièvre. Le 4 décembre, les drains furent retirés. Le 13 janvier, le bras fut mis en flexion et tout appareil supprimé le 19. La guérison est aujourd'hui complète.

Méningite et méningisme chez l'enfant.

M. Bézy établit combien il est facile de commettre des erreurs de diagnostic à propos de la méningite chez les enfants. De là, le mot méningisme pour caractériser ces pseudo-méningites qu'il est si facile de confondre avec la vraie méningite.

Pour arriver aux conclusions qu'il formule à la fin de son mémoire, M. Bézy s'appuie sur deux catégories d'observations.

1° Celles dans lesquelles la méningite latente n'a été trouvée qu'à l'autopsie; 2° celles dans lesquelles le diagnostic de méningite, porté d'abord, a reçu un démenti formel.

Voici les conclusions de ce travail :

1° La méningite peut, chez certains enfants, ne se révéler par aucun symptôme chez le vivant, et constitue souvent une trouvaille d'autopsie.

2° Par contre, certains accidents désignés sous le nom de pseudo-méningite ou de méningisme peuvent en imposer à tort pour une méningite.

3° Dans beaucoup de cas, ces accidents seront tributaires de l'hystérie, d'infections apparentes ou larvées, de l'helminthiase.

4° En présence de ces symptômes, il sera toujours bon de rechercher l'absence de certains symptômes de méningite et la présence d'autres signes dus aux causes précitées.

Dans les cas difficiles, le diagnostic pourra être fait par les résultats de la thérapeutique.

M. Basset regrette que M. Bézy n'ait pas mentionné les pseudo-méningites que l'on rencontre dans les formes cérébrales de la fièvre typhoïde.

M. Guignier a vu autrefois un grand nombre de faits analogues à ceux qu'a signalés M. Bézy à propos des méningites vermineuses. A l'autopsie d'enfants ayant succombé à une méningite, il a souvent trouvé, dans l'intestin, des paquets de lombrics volumineux. Et il est persuadé que l'expulsion de ces vers aurait amené la guérison des enfants.

M. Sécheyron a observé un homme dans un état neurasthénique inquiétant, qui guérit après l'expulsion d'un tænia.

M. Basset a vu un cas analogue à celui de M. Sécheyron. Et cela n'a rien d'étonnant, la présence d'un tænia ou de tout autre corps étranger dans le tube digestif peut donner lieu à des phénomènes nerveux simulant plus ou moins la méningite, mais dans ces cas on n'observe jamais de lésions des méninges.

M. Guignier résume sa pensée sur l'influence pathogène des vers intestinaux :

1° La naissance, la reproduction, la persistance des helminthes dans un intestin vivant sont encore incomplètement expliquées;

2° La présence des helminthes dans le tube digestif s'accompagne de phénomènes qui intéressent la pathologie autant et peut-être plus que la physiologie;

3° La présence d'helminthes dans l'intestin qui leur sert de terrain de culture peut-elle avoir une influence pathogène?

4° On ne sait pas à l'heure actuelle si les mouvements, les piqûres, la manière de se nourrir des helminthes n'exercent pas sur les centres de la vie végétative, par l'intermédiaire des nerfs sympathiques, une influence susceptible de provoquer de la part de ces centres nerveux des réactions pouvant à leur tour provoquer des actes pathogènes.

Contribution à l'étude de la dégénérescence amyloïde de l'intestin et des poumons.

M. Morel lit un travail basé sur l'observation d'une malade atteinte de dilatation bronchique et qui présenta tous les symptômes d'une tuberculose d'abord pulmonaire, puis généralisée, sauf néanmoins la présence des microbes de la tuberculose dans les crachats.

L'examen nécroscopique, lui-même, semblait confirmer ce diagnostic. Ce n'est que par l'examen histologique qu'il fut possible d'établir d'une manière absolue la dégénérescence amyloïde dans les poumons, le foie, la rate, les reins, l'intestin, etc. On a trouvé, il est vrai, dans le poumon gauche des tubercules crétacés, mais provenant d'une ancienne tuberculose guérie. Malgré une longue suppuration, on a constaté dans les poumons la présence d'épithélium intact qui avait même conservé en partie ses cils vibratiles.

La dégénérescence amyloïde partait donc du poumon et la dilatation bronchique avec sa longue suppuration paraît en être la cause première.

M. Tapie se demande, puisqu'on n'a trouvé dans le poumon ni cellules géantes ni bacilles de Koch, quelle peut être dans ce cas la condition pathogénique de l'amylose. Il se demande également si l'on peut admettre la dilatation des bronches et leur suppuration prolongée quand les cavités bronchiques conservent encore leur épithélium ayant en partie conservé les cils vibratiles.

A M. Tapie et à une observation de MM. Rémond et Jeannel demandant quels étaient les bacilles trouvés dans les poumons, M. Morel a répondu qu'il n'a pas déterminé les micro-organismes nombreux qui se trouvaient dans les sécrétions bronchiques, ce qui lui aurait demandé des recherches trop longues, mais qu'il n'y a jamais trouvé le bacille de la tuberculose.

M. Guignier trouve dans l'observation de M. Morel l'explication de ces pseudo-tuberculoses, fréquentes, comme il a eu souvent l'occasion d'en observer à Cauterets, et qui s'amélioreraient si rapidement sous l'influence des traitements thermaux qui, certainement, auraient été nuisibles dans une vraie tuberculose.

M. Morel ajoute que son observation prouve la grande importance qu'il faut attacher à l'absence du bacille de Koch dans les crachats, quand on constate des lésions cavitaires.

Grossesse ectopique.

M. Jeannel relate à la Société une observation de grossesse ectopique, chez une primipare de 20 ans. Le fœtus était mort au 6e ou 7e mois. Un faux travail avait eu lieu au 9e mois. La malade, très souffrante, était venue réclamer des secours chirurgicaux à la clinique, dans le service de M. Crouzat, vers le 15e mois.

La laparotomie permit l'extraction du fœtus et de la totalité du kyste fœtal. Celui-ci était développé à la fois aux dépens de la corne ultérine et de la trompe. M. Jeannel pense volontiers qu'il s'agit d'une grossesse tubaire et interstitielle.

M. Crouzat, qui avait reçu cette malade dans son service, croit, au contraire, à une grossesse dans une corne utérine, et cela pour deux raisons : 1° à cause de la rareté

des grossesses interstitielles; 2° à cause de la structure des parois du kyste qui contenait le fœtus, parois rétractiles composées de fibres musculaires analogues aux fibres utérines, comme l'a prouvé l'examen microscopique.

Fracture du crâne.

M. Daunic, au nom de **M. Jeannel** et au sien, fait une communication sur une fracture ancienne du crâne avec hématome et parencéphalie, avec présentation de pièces.

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans environ qui fut ramassé sur la voie publique et transporté à l'hôpital dans un état demi-comateux. M. Jeannel constata une éraflure au niveau du pariétal droit avec enfoncement de l'os. Ayant agrandi la plaie, et se disposant à faire la perforation de l'os par le trépan, il y constata une ouverture ellipsoïde d'un diamètre de trois centimètres environ sur deux. Il introduisit son doigt dans cette ouverture, et pénétra dans une cavité creusée dans le cerveau, profonde de plusieurs centimètres. Il se contenta de laver la plaie, d'y introduire un drain et de faire un pansement à l'iodoforme. Ce malade, qui avait séjourné à l'hôpital six mois auparavant pour des crises épileptiformes, reprit connaissance et alla très bien pendant six jours. Après ce laps de temps, il fut pris de crises épileptiformes et tomba dans le coma, sa température monta à 40°5 et il mourut au bout de cinq heures.

A l'autopsie, le cadavre avait l'aspect très vigoureux. Tous les organes étaient à peu près sains, malgré quelques petites altérations insignifiantes; il n'y avait pas d'artério-sclérose. Au niveau du pariétal droit existe un orifice de quatre centimètres sur deux, de forme losangique, avec proéminence de la lame vitrée déformée. Au même niveau, le cerveau présente au-dessous de l'écorce et communiquant avec l'orifice de l'os par une ouverture assez étroite, une grande cavité contenant de vieux caillots et tapissée d'une membrane pyogénique; elle communique avec les ventricules latéraux, pleins de caillots récents indiquant une hémorrhagie intra-ventriculaire de date récente.

M. Daunic, réduit à formuler des hypothèses sur la pathogénie de cette vaste lésion, après avoir mis hors de cause la syphilis, la tuberculose osseuse, croit qu'il y a lieu de l'attribuer à un traumatisme. Cet homme aurait reçu, à la suite d'une rixe, un coup de pic sur la tête, comme semble l'indiquer la forme de l'orifice du pariétal, qui aura déterminé la fracture de cet os et aurait déterminé dans le cerveau un hématome qui aurait dégénéré et suppuré. En dernier lieu, une hémorrhagie ventriculaire a entraîné la mort du malade.

Cette observation s'ajoute à celles qui démontrent la tolérance du cerveau pour les grands traumatismes, puisque cet homme a pu continuer pendant plus de six mois au moins sa vie de vagabondage, sans éprouver autre chose que des troubles insignifiants.

M. Guignier cite plusieurs faits de même nature prouvant cette tolérance du cerveau et notamment celui de cet homme qui conserva pendant plusieurs années, sans s'en douter, une lame de couteau implantée directement dans le cerveau, derrière l'oreille, et n'en éprouva que des crises épileptiformes qui disparurent par l'extraction de cette lame, qui fut d'ailleurs facile. Cette lame de couteau fut déposée au musée de Montpellier.

M. André observe qu'il y aurait lieu de supprimer, dans le titre de l'observation de M. Daunic, le terme de parencéphalie.

Suture de la rotule.

M. Vieusse, après avoir rapporté un fait personnel, conclut :

1° Que tandis que les anciens traitements de la fracture de la rotule, quels que fussent les procédés employés, et malgré leur ingéniosité, n'arrivaient qu'à des résultats déplorables, parce qu'on n'obtenait la réunion des os que par un cal fibreux, exposant les malades à des fractures itératives souvent avec plaie de l'articulation, le traitement par la suture osseuse donne lieu à une consolidation irréprochable, mettant l'os dans l'impossibilité d'être de nouveau fracturé;

2° Les malades sont plus promptement guéris et le séjour au lit se trouve considérablement abrégé;

3° On évite par ce traitement l'atrophie du triceps fatalement consécutive aux fractures de la rotule par les traitements anciens.

Enfin, la gravité de l'opération n'est pas plus grande que celle d'autres opérations journellement pratiquées, comme le démontre la statistique de M. Lucas Championnière qui a eu quinze succès sur quinze opérations.

M. Jeannel partage l'opinion de M. Vieusse et estime que la suture métallique est le meilleur traitement de la fracture de la rotule, mais il est important d'opérer le plus tôt possible. Il n'a traité qu'une seule fracture par la suture métallique, mais elle datait de 30 jours, et les fragments avaient déjà subi la médullisation, aussi le résultat fut-il médiocre.

A propos de cette communication, **M. Batut** rappelle la discussion qui a eu lieu il y a peu de jours à la Société de médecine de Bordeaux. De plusieurs observations rapportées dans cette discussion, il semble résulter que le rhumatisme peut donner lieu à des fractures spontanées de la rotule, et dont le traitement est particulièrement difficile.

Placenta prævia ayant entraîné une hémorrhagie grave. Traitement par injection intraveineuse du sérum artificiel.

M. Toujan. — Ce mémoire, basé sur une observation remarquable d'une femme atteinte d'une métrorrhagie extrêmement grave et ramenée, pour ainsi dire, à la vie par une injection intra-veineuse de sérum artificiel, pratiquée dans les conditions les plus mauvaises, a amené l'auteur à formuler les conclusions suivantes:

1° L'injection du sérum artificiel dans les hémorrhagies graves est toujours une opération bien plus facile, et probablement aussi efficace que la transfusion du sang.

2° La transfusion du sang n'est pas possible en tout lieu et toujours; sans compter qu'il faut avoir le sujet transfusant, l'opération est bien plus délicate et nécessite une instrumentation plus compliquée. Le danger de l'introduction de l'air dans les veines, accident si redoutable, est bien moins à craindre dans l'injection de sérum artificiel que dans la transfusion du sang, et celui de la formation d'un coagulum, suivie d'embolies vasculaires, n'existe pas.

L'injection de sérum artificiel peut se faire aussi lentement qu'on le désire et permet d'introduire une grande quantité de liquide sans risque de surprendre le cœur, ce qui n'est pas possible avec la transfusion du sang qui doit toujours être rapide.

Etude sur un cas de dilatation aortique.

M. Morel. — Ce travail a pour base l'observation d'un malade atteint de dilatation aortique sans insuffisance des valvules et chez lequel néanmoins existait un double souffle aortique des plus nets et des plus évidents. Il était facile d'expliquer le souffle systolique par l'état anatomique de l'aorte. Il n'en est pas de même du souffle diastolique. En effet, dans des cas semblables, on entend nettement au foyer aortique le second bruit du cœur et même habituellement ce bruit devient plus net et plus dur que normalement à cause de l'induration des valvules. Presque toujours la transformation de ce claquement en souffle est déterminée par l'insuffisance des valvules et le reflux du sang dans le cœur. Le souffle diastolique peut également se produire par la pénétration du sang dans une poche anévrysmale à travers une ouverture étroite, mais, dans le cas actuel, il y avait une dilatation simple ne ressemblant en rien à un anévrysme.

Dans des cas analogues, Durosier expliquait ce bruit de souffle par une insuffisance, non organique, mais fonctionnelle; mais cette explication ne saurait être admise parce qu'il faut un reflux de sang pour produire le souffle.

M. Morel a été ainsi amené à admettre que ce souffle était extra-cardiaque; en effet, au point où on l'entendait le plus nettement, l'aorte était recouverte par une lame pulmonaire très emphysémateuse, ce qui peut-être donnait tant d'intensité à ce bruit anormal.

Comment peuvent se produire ces souffles extra-cardiaques? Dans le cas actuel, on ne saurait admettre le mécanisme admis par M. Bermont, dans les anévrysmes de la portion ascendante de l'aorte, d'après lequel le souffle serait produit par l'affaissement rapide de la poche anévrysmale provoquant

un rappel d'air dans l'anse du poumon comprimée par l'anévrysme. Ici l'aorte avait perdu absolument toute élasticité. Seul le déplacement de l'aorte peut l'expliquer. C'est du reste cette explication établie par M. Potain pour expliquer les souffles extra-cardiaques du 2e espace intercostal droit chez des individus ne présentant aucune lésion aortique.

Mais l'erreur est beaucoup plus difficile à éviter quand il existe une dilatation aortique. Néanmoins, M. Morel pense que du moment qu'on saura que des souffles cardiaques peuvent simuler les souffles de l'insuffisance aortique, on pourra les reconnaître parce qu'ils sont très superficiels, qu'ils présentent des variations en rapport avec le rhythme respiratoire, et qu'on ne les entend que dans un endroit très restreint.

M. Daunic demande à M. Morel comment il explique le pouls de Corrigan et le double souffle crural en l'absence de toute lésion valvulaire.

M. Morel dit que M. Potain a publié de nombreux cas de pouls de Corrigan sans lésions valvulaires. Quant à l'existence du double souffle crural, elle s'explique par la différence de pression occasionnée par le stéthoscope entre le segment périphérique et le segment central de l'artère.

M. Morel répond à **M. d'Auriol** qui lui a demandé pourquoi il donnait le choix à la digitaline cristallisée, que ce produit offre de grands avantages, mais qu'il se garde de prescrire une digitaline quelconque.

M. Guinier se demande néanmoins si l'emphysème pulmonaire n'est pas un obstacle à la production d'un double souffle extra-cardiaque. Quelle serait l'étiologie de cette énorme dilatation aortique?

M. Morel dit que c'est l'alcoolisme ou la syphilis.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 11 *juin* 1894.

Résection du thorax pour hémorrhagie grave d'une ulcération tuberculeuse de la plèvre.

M. Israël. — Il s'agit d'un homme de 39 ans, de souche tuberculeuse, qui, en 1883, contracta une pleurésie purulente du côté droit, traitée par la résection de 3 côtes. Malgré l'opération, la suppuration de la plèvre ne tarissait pas, souvent même il se faisait par la plaie un léger écoulement de sang. Le malade fut envoyé dans une station balnéaire où, sous l'influence du traitement, la suppuration cessa, mais les hémorrhagies pleurales continuèrent comme par le passé.

Le 15 janvier de cette année, le malade vint trouver M. Israël pour une hémorrhagie pleurale qui se continuait depuis 5 jours. A l'examen du malade, pâle et anémié, on voyait un filet de sang rouge couler par la fistule pleurale. Avec le laryngoscope et en s'aidant de lumière électrique, on put constater que toute la cavité pleurale était remplie de caillots. Les caillots furent enlevés, et il fut possible de voir que le sang venait des parties supérieures de la plèvre. On fit alors le tamponnement de la cavité pleurale. Mais, l'hémorrhagie continuant et le malade ayant été pris d'une hémoptysie, on se décida à intervenir d'une façon plus radicale. A cet effet, M. Israël fit une incision de 20 cm. de long partant de la fistule et se dirigeant vers les parties supérieures du thorax, et pratiqua une résection costale de la 2e à la 6e côte dans une largeur de 3 cm. Il fendit ensuite le feuillet pariétal épaissi de la plèvre et trouva que l'hémorrhagie artérielle provenait d'une ulcération qui se trouvait au niveau du cul-de-sac supérieur de la plèvre. L'hémorrhagie fut arrêtée par la compression, puis toute la cavité tamponnée à la gaze iodoformée. L'hémoptysie et l'hémorrhagie s'arrêtèrent. Au bout de 4 jours, le tampon fut enlevé et la plèvre malade traitée par des badigeonnages de teinture d'iode et plus tard de nitrate d'argent. Sous l'influence de ce traitement, la plèvre finit par se nettoyer. Actuellement, le malade a engraissé de 30 livres.

Néphrectomie.

M. Karewski a présenté une femme de 33 ans, qui, au 6e jour après son huitième accouchement, fut prise de douleurs de ventre, de frissons et de ténesme vésical. Lorsque M. Karewski vit la malade, 3 semaines environ après le début des accidents, elle était en proie à une fièvre vive et présentait tous les symptômes de l'urémie. Sous le foie et indépendante de lui, on trouvait une tumeur fluctuante. A l'examen de l'urine, qui n'était émise qu'à la quantité de 240 gr. dans les 24 heures, on trouvait du pus, du sang et des cylindres. Le rein gauche pouvait également être senti.

Le diagnostic de néphrite suppurée qui découlait de l'ensemble de symptômes, commandait une intervention énergique. M. Karewski fit donc l'incision lombaire et, après avoir traversé les tissus infiltrés d'urine, il arriva sur le rein, qui fut fendu. On constata alors que l'organe était criblé de petits abcès miliaires. Néphrectomie. Dès le lendemain, la malade émit 400 gr. d'urine normale. La malade guérit.

Ce fait montre donc que l'anurie et l'oligurie peuvent, comme le suppose M. Israël, tenir à une lésion unilatérale du rein.

Extirpation d'un sarcome primitif du foie.

M. Israël a eu l'occasion de faire cette opération chez une jeune fille de 15 ans qui, au commencement de 1893, fut prise de maux de tête et de pâleur. Les symptômes locaux sous forme de vomissements et de douleurs abdominales ne parurent qu'en août de la même année. Un mois plus tard, le médecin de la famille constatait chez la malade l'existence d'une tumeur abdominale. M. Israël, qui vit la malade à ce moment, trouva dans l'hypochondre droit une tumeur volumineuse, irrégulière, douloureuse au toucher, mate à la percussion.

La laparotomie latérale, faite quelques jours après, permit de constater l'intégrité complète du rein. La tumeur appartenait au foie et, sans présenter de pédicule, s'insérait sur le lobe droit du foie dans une étendue de 15 centimètres. M. Israël essaya tout d'abord d'enlever la tumeur au thermocautère, mais, l'hémorrhagie devenant de plus en plus inquiétante, il assura l'hémostase en passant autour du lobe droit du foie une bande de caoutchouc assez fortement serrée. L'opération a pu être terminée presque à sec.

L'extirpation terminée, M. Israël ferma la cavité par trois ligatures avec un gros fil de soie passant à travers toute l'épaisseur du lobe droit; pour plus de sûreté, la plaie fut comprimée avec un tampon de gaze iodoformée dont un bout resta dans la plaie extérieure. Au 4e jour, on put enlever le drain et le tampon, et la plaie guérit par première intention.

Lorsque, un mois après l'opération, la malade se leva pour la première fois, elle fut prise de douleurs sciatiques qui ne cessèrent pas les jours suivants. On pensa à une métastase de la colonne vertébrale, hypothèse d'autant plus admissible que, quelques jours avant l'opération, la malade commença à marcher courbée en deux. L'hypothèse fut confirmée par une luxation spontanée de la 11e vertèbre dorsale survenue quelque temps après. A partir de ce moment, des métastases multiples se développèrent dans la cavité abdominale et la malade succomba 110 jours après l'opération.

La tumeur du foie, un angio-sarcome, mesurait 18 centimètres de longueur sur 14 d'épaisseur et pesait 1,225 gr.

Les difficultés des opérations sur le foie résident dans le traitement de la plaie du foie. Le traitement peut comprendre : 1° la suture de la plaie hépatique et par-dessus la suture de la plaie abdominale; 2° le tamponnement de la plaie hépatique et suture de la plaie abdominale par dessus; 3° le traitement extra-péritonéal de la plaie du foie; 4° opération en deux temps : suture du foie à la plaie abdominale et extirpation secondaire de la tumeur. Pour M. Israël on doit replacer le foie dans l'abdomen lorsqu'il s'agit de tumeurs pédiculées, de sorte que l'hémostase définitive du pédicule paraît certaine. L'opération en deux temps est rarement indiquée dans les tumeurs malignes et n'a sa raison d'être que lorsqu'on désire enlever radicalement toutes les parties malades. Le traitement extra-péritonéal est avantageux quand il est possible. Quand ce n'est pas possible, on peut faire le tamponnement de la plaie et replacer ensuite le foie dans le ventre. Seulement, il faut savoir que ce procédé ne met pas à l'abri des hémorrhagies secondaires. Le mieux

encore est de faire comme Eiselsberg : suturer le tampon à la plaie du foie et faire passer un bout à travers la plaie.

Carcinome de l'épiglotte.

M. Rosenbaum rapporte l'histoire d'un homme de 64 ans jouissant ordinairement d'une bonne santé, qui fut pris de douleurs à la déglutition et à la phonation. Les douleurs allèrent en s'augmentant, de sorte que le malade arriva à ne pouvoir plus rien avaler et, pour éviter la douleur, à parler d'une voix éteinte. A l'examen, on trouva l'épiglotte transformée en une masse dure, inégale, qui avait également envahi le ligament ary-épiglottique. L'examen histologique d'une parcelle de tumeur montra qu'il s'agissait d'un carcinome. Dans ces conditions, on n'hésita pas à extirper l'épiglotte après avoir pratiqué la pharyngotomie externe et la trachéotomie préalable. Le malade guérit et l'absence de l'épiglotte ne provoque pas chez lui la pénétration dans le larynx des aliments qu'il avale.

Dérangement interne du genou.

M. Israël. — Il s'agit d'un garçon de 14 ans qui, 5 ans auparavant, avait fait une chute qui l'a obligé à garder le lit pendant quinze jours. Depuis cette époque, l'enfant ressentait dans son genou des craquements douloureux. A l'examen du genou, au repos, on ne trouvait rien d'anormal, mais, si l'on fléchissait lentement, un bourrelet apparaissait sur le côté externe de l'articulation ; si ensuite on mettait le genou en extension, le bourrelet ne s'effaçait totalement qu'au moment où, en forçant le mouvement, on amenait l'article en extension complète, ce qui se faisait avec une sorte de ressaut, pendant lequel le bourrelet disparaissait complètement. Tous ces phénomènes faisaient présumer l'existence d'une luxation avec enclavement du cartilage semi-lunaire externe. Pour remédier à la situation assez pénible du malade, M. Israël pratiqua l'arthrotomie par une incision longitudinale. On trouva alors que le cartilage semi-lunaire, détaché en grande partie de ses ligaments, faisait saillie pendant la flexion de l'articulation, et rentrait quand l'article était mis en extension. La partie mobile du cartilage fut enlevée et la plaie suturée. Le malade guérit.

Dans ce cas, il s'agissait, en somme, d'une subluxation du cartilage semi-lunaire. On admet généralement que les lésions qu'on observe dans ces cas sont tantôt l'arrachement du cartilage du tibia et de la capsule articulaire, tantôt la déchirure et le broiement de la capsule. Or, M. Israël a observé un cas de luxation du cartilage semi-lunaire due à une laxité des ligaments qui permettaient l'enclavement du cartilage. Il s'agissait, dans ce cas, d'un homme qui, sans avoir jamais reçu de traumatisme du genou, était pris, chaque fois qu'il dansait, d'une sorte d'arrêt momentané dans les mouvements du genou. Un jour qu'il courait derrière une voiture, cet arrêt se produisit en provoquant en même temps une douleur violente. Lorsque M. Israël vit le malade, il trouva la jambe en légère flexion avec impossibilité de l'étendre complètement, l'articulation très douloureuse. La jambe a pu être redressée sous le chloroforme, en même temps que disparut une légère saillie qui se trouvait sur la fente articulaire médiane. Dans ce cas, il n'y avait pas eu de traumatisme et, par conséquent, l'arrachement du cartilage articulaire ne pouvait pas avoir eu lieu.

Greffe osseuse dans un cas de fracture de la jambe.

M. Israël a eu à traiter un individu qui, atteint d'une fracture du tibia et du péroné, fut soigné par un rebouteur et guérit avec un raccourcissement de 6 centimètres. Les deux fragments s'étaient réunis sous un angle à sommet externe menaçant de perforer la peau. M. Israël fit l'ostéotomie du péroné, ensuite celle du tibia qui, au point de fracture, était recouvert par un fragment osseux de 6 centimètres de longueur, constitué probablement par le fragment déplacé de la fracture. Il enleva ce fragment et le replaça à l'aide d'une suture entre les deux extrémités du tibia fracturé. Guérison sans complications, avec un raccourcissement de 1 centimètre.

SOCIÉTÉ DERMATOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 12 juillet 1894.

Urticaire pigmentaire.

M. Joseph présente un homme de 19 ans, boulanger de profession, sujet depuis son enfance à des poussées d'urticaire qui disparaissaient en laissant la peau pigmentée au siège de l'éruption. Peu à peu les téguments, principalement ceux des membres inférieurs, se couvrirent de larges taches foncées. Le malade a continué jusqu'à présent de répondre par une poussée d'urticaire à la moindre excitation de la peau.

Erythème bulleux.

M. Rosenheim présente un malade atteint d'érythème bulleux avec éruption de vésicules sur la muqueuse buccale. L'érythème bulleux a été souvent confondu avec le pemphigus. Pourtant la disposition des vésicules par groupes ou par séries linéaires et l'aréole inflammatoire qui entoure la vésicule doivent faire séparer l'érythème bulleux du pemphigus.

M. Ledermann fait observer que la disposition des vésicules dans l'érythème bulleux donne lieu à un tableau analogue à celui de la dermatite herpétiforme.

M. Lassar pense que chez le malade de M. Rosenthal on peut encore penser à l'origine scabieuse de l'affection.

M. Joseph accepte le diagnostic d'érythème bulleux et fait observer que sous le nom de pemphigus il faut comprendre une éruption vésiculeuse procédant par poussées et caractérisée par sa marche chronique.

Traitement du mélano-sarcome.

M. Lassar. — Il s'agit d'un jeune homme vigoureux, en apparence bien portant, chez lequel un nævus de la région thoracique prit depuis quelque temps un développement considérable. La tumeur, qui fut extirpée par un chirurgien éminent, récidiva très rapidement. Seconde extirpation encore plus étendue, et seconde récidive. Lorsque le malade vint trouver M. Lassar, il présentait sur le corps plusieurs productions ayant tous les caractères de sarcome mélanique.

Le pronostic de cette affection est grave. Ce qui est remarquable, c'est le développement rapide et considérable de la sarcomatose après les interventions chirurgicales. Aussi, pour M. Lassar, l'abstention est la règle et seule elle peut donner une survie de 8 à 9 ans. Dans un cas de ce genre, M. Lassar se contenta d'administrer l'arsenic à dose élevée et obtint une amélioration notable.

M. Mankiewicz fait observer que M. J. Israël a trouvé dans ces cas des thromboses mélaniques dans les vaisseaux du foie. Il pense que le traitement chirurgical peut réussir à la condition de faire une extirpation très large portant sur une étendue notable des tissus sains.

M. Wechselmann a vu le mélano-sarcome du pied récidiver après l'amputation de la cuisse et le mélano-sarcome de la main après la désarticulation de l'épaule. Le mélano-sarcome est un *noli me tangere*.

M. C. Benda pense que la métastase se produit le plus souvent par la voie lymphatique. Dans le cas de M. Lassar, plusieurs régions sont envahies. L'opération n'aurait donc aucune chance de succès.

M. G. Lewin est d'avis d'essayer dans ces cas l'inoculation des cultures streptococciennes qui parviennent quelquefois à faire disparaître les néoplasmes.

M. Saalfeld a essayé, chez le malade de M. Lassar, le traitement antisyphilitique. Il se demande si la syphilis exerce une influence sur la marche des mélano-sarcomes.

M. Lassar ne le croit pas. Ce qui parle encore contre l'intervention chirurgicale, c'est le fait constaté par Nepveu, à savoir que les germes du cancer sont transportés par les globules blancs et les cellules migratrices.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 33 — 15 AOUT 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Concours sanitaires. — I. *Fumivorité.* — La Ville de Paris vient d'instituer un concours à l'effet de déterminer les meilleurs moyens à employer pour supprimer ou diminuer la fumée des foyers des chaudières à vapeur.

Toute personne qui désirera prendre part à ce concours devra déposer à la Préfecture de la Seine (*Direction administrative des Travaux de Paris. — Bureau des Eaux, Canaux et Assainissement*), tous les jours, de midi à quatre heures (les dimanches et fêtes exceptés), une notice explicative et justificative du procédé qu'elle propose, accompagnée de dessins suffisamment détaillés pour en faire connaître les dispositions et de tous renseignements sur les résultats que son emploi a déjà réalisés ou est susceptible de réaliser, tant au point de vue de la fumivorité que de la dépense de combustible. La notice devra indiquer également les frais de premier établissement que comporte l'application du procédé, les limites entre lesquelles la teneur du charbon en parties volatiles doit être comprise, enfin le genre de chaudières auquel le procédé peut être plus particulièrement ou doit être exclusivement appliqué, et notamment si ce procédé se prête à des allures rapidement variables.

Les diverses propositions déposées seront soumises à l'examen de la Commission technique instituée à cet effet, laquelle choisira, parmi les procédés présentés, ceux qu'elle jugera dignes d'être soumis à l'expérience.

Les conditions dans lesquelles se feront les essais des procédés retenus par la Commission seront déterminées ultérieurement et portées à la connaissance des intéressés. Tous les frais occasionnés par les expériences dont il s'agit seront à la charge des concurrents, à l'exception des dépenses de personnel et de combustible, qui resteront à la charge de la Ville dans le cas où ces expériences auraient lieu dans les usines municipales.

Le dépôt des propositions à faire en vertu de l'article 2 devra être effectué avant le 1er novembre 1894, dernier délai. Il sera décerné, s'il y a lieu, aux auteurs des meilleurs procédés, trois primes dont une dix de mille francs (10.000 fr.), une de cinq mille francs (5.000), et une de deux mille francs (2.000 francs). En outre, les appareils primés pourront être acquis par la Ville de Paris.

II. *Epuration des eaux de rivière.* — Un autre concours est ouvert par la Ville de Paris pour l'invention du meilleur procédé d'épuration ou de stérilisation des eaux de rivière destinées à la boisson.

Les personnes qui voudront concourir devront envoyer avant le 15 septembre 1894 à la Préfecture de la Seine (*Direction administrative des travaux de Paris. — Bureau des Eaux, Canaux et Assainissement*), tous les jours de midi à 4 heures, les dimanches et fêtes exceptés, tous les documents, dossiers et autres pièces, destinés à faire connaître le système qu'elles préconisent, les résultats qu'on peut en attendre et la dépense que paraît nécessiter son premier établissement, pour une quantité d'eau déterminée.

Ceux des procédés qui paraîtront pouvoir donner de bons résultats seront expérimentés aux frais de la Ville et suivant des projets d'établissement dressés par leurs auteurs. Une commission nommée par le Préfet de la Seine sera chargée de faire le choix des systèmes à essayer. Elle n'admettra à l'épreuve que ceux d'entre eux qui pourraient être appliqués, sans exagération de dépense, à l'épuration d'un volume d'eau assez grand pour alimenter une ville ou encore des établissements populeux, comme les maisons d'école, lycées, casernes, etc. Les essais seront continués pendant tout le temps qui sera jugé nécessaire, par les soins et sous la direction de l'inventeur, aux frais de la Ville et sous la surveillance de la Commission spéciale. Cependant, ils pourront être interrompus dès que le demandera l'Administration municipale.

L'épuration sera considérée comme parfaite, si l'eau qui y a été soumise est limpide, incolore, si elle n'a aucun goût désagréable, si elle est suffisamment aérée, si elle ne contient aucun microbe pathogène, et, en tout cas, qu'un très petit nombre de microbes indifférents; enfin, s'il n'y reste pas de matière organique en quantité exagérée et aucune substance nuisible.

Les concurrents déposeront, en même temps que les pièces dont il est parlé à l'article 2 et sous pli cacheté, une soumission par laquelle ils s'engageront, au cas où la Ville adopterait leur système, à lui céder leur droit de brevet, s'ils en ont un, pour qu'elle ait la faculté d'appliquer ce système à l'épuration des eaux municipales, et ils feront connaître le prix demandé pour cette cession. Si, parmi les systèmes présentés, quelques-uns sont jugés par la Commission d'examen aptes à rendre des services dans des cas déterminés, elle pourra allouer à leurs auteurs, à titre d'encouragement, des prix variant de 1,000 à 3,000 francs, dans une limite de dépense totale de 6,000 francs.

OPHTHALMOLOGIE

Ophthalmoplégie basilaire traumatique. Communication à la Société d'ophthalmologie, de laryngologie et d'otologie du Sud-Ouest, par M. Fromaget, de Bordeaux.

Dans la dernière séance, vous avez vu un malade présenté par M. Badal (1); cet homme était atteint d'une ophthalmoplégie droite. La paralysie portait sur la troisième et la sixième paire.

Ce malade a été examiné au point de vue électrique par M. le professeur Bergonié. Sous l'influence des excitations, tous les muscles moteurs externes n'ont manifesté aucune contraction, tandis que l'iris réagissait d'une façon manifeste au courant galvanique.

Ce qu'avait fait prévoir l'exploration électrique s'est manifesté ensuite. La mydriase a bientôt disparu presque complètement, la pupille a des dimensions égales à celle du côté opposé. Le réflexe lumineux est très évident, bien qu'un peu plus lent que le gauche.

Du côté de l'accommodation, la même amélioration s'est produite. Le malade peut lire pendant quelques instants, mais il se fatigue vite. Cela est facile à comprendre, puisque son amplitude d'accommodation de nulle est actuellement de 3 dioptries, tandis qu'à gauche elle est de 7 dioptries. L'acuité visuelle est toujours excellente et l'examen ophthalmoscopique ne nous a révélé aucune altération du nerf optique.

Les autres muscles de l'œil n'ont pas varié. La paralysie est toujours complète. Le grand oblique seul peut mouvoir le globe oculaire.

En somme, aujourd'hui encore, nous nous trouvons en présence d'une paralysie de la troisième et de la sixième paire. Mais nous voyons que la paralysie complète de la troisième tend à devenir incomplète; puisque le sphincter de l'iris a recouvré ses fonctions et que le muscle ciliaire est entré dans la même voie de guérison. Cette ophthalmoplégie mixte a une tendance à devenir simplement externe; c'est là un point intéressant que nous ferons ressortir dans un instant.

Tout d'abord quelle est la cause d'une lésion aussi grave et quel est son siège?

La cause d'une ophthalmoplégie peut siéger depuis l'écorce jusqu'à la portion périphérique des nerfs. Mais ici, nous pourrons facilement arriver à déterminer l'endroit où le traumatisme a lésé les nerfs crâniens.

Nous écarterons sans difficulté toute lésion corticale. Il y a eu intégrité absolue de la région crânienne correspondant aux zones motrices oculaires. Le malade n'a pas perdu connaissance, il n'a eu aucun symptôme de contusion cérébrale.

S'agit-il d'une lésion protubérantielle et bulbaire? Pas davantage. Aucune supposition n'est plausible pour expliquer nos lésions avec un pareil siège.

Nous éliminerons l'interprétation donnée par Chevallereau dans sa thèse pour l'explication de ces paralysies de la troisième paire consécutives aux traumatismes crâniens.

Le choc du liquide céphalo-rachidien n'aurait pu limiter sa compression sur une moitié de la protubérance et n'aurait pu respecter juste le noyau du grand oblique.

Comment supposer, d'un autre côté, une vaste hémorrhagie protubérantielle et bulbaire restant limitée à un seul côté et ayant épargné le grand oblique alors que les autres noyaux ont été atteints et n'ayant amené aucun trouble plus profond.

Une fracture du sommet de l'orbite aurait bien pu donner naissance aux symptômes que nous avons relevés. Mais l'absence d'ecchymose sous-conjonctivale, palpébrale, de propulsion du globe et l'intégrité absolue du nerf optique, nous permettent d'éloigner d'une façon définitive cette supposition dont le mécanisme nous deviendrait bien difficile à comprendre.

Entre les ophthalmoplégies cérébrales et les ophthalmoplégies orbitaires, il y a place pour une lésion basilaire, et c'est vers la base du crâne que nous devons chercher l'explication de nos lésions.

Notre tâche sera rendue bien facile grâce aux travaux de Panas, aux autopsies de Jacobi, de Genouville et les observations déjà nombreuses des paralysies de la sixième paire à la suite de fractures du sommet du rocher. On a même été un peu loin dans cette voie, et tandis que quelques observateurs, comme Jocqs, posent le diagnostic de fracture du rocher par la simple constatation de la paralysie de la sixième paire, d'autres, et avec infiniment de raison, tels que Chevallereau (*Traité de Chirurgie*), Meyer (Société d'Ophthalmologie de Paris, 1893), s'élèvent contre une pareille généralisation, puisque toute lésion, portant sur le trajet du nerf depuis l'écorce jusqu'à la périphérie, donne naissance à une paralysie semblable.

Heureusement, dans notre cas, le doute n'est pas permis. L'écoulement de sang et de sérosité par l'oreille, la surdité complète survenue depuis, nous permettaient de diagnostiquer une fracture du rocher.

Et, grâce à l'examen otologique pratiqué par M. E.-J. Moure, nous avons pu démontrer l'existence d'une déchirure du tympan et le commencement d'un trait de fracture du conduit auditif externe qui filait vers l'oreille moyenne, dans une direction parallèle au grand axe du rocher.

Le trait de fracture après avoir lésé l'oreille moyenne et l'oreille interne a atteint le sommet du rocher.

Or, ainsi que l'a montré Panas, le moteur oculaire externe forme une anse verticale, à concavité antéro-externe, qui contourne le rocher et embrasse étroitement l'angle supérieur de celui-ci près de son sommet.

Le nerf de la sixième paire est appliqué directement sur l'os au-dessous de la dure-mère. Il fait corps avec le rocher. C'est là le point particulièrement dangereux pour le nerf, et toute fracture du rocher dans cet endroit peut amener une rupture de l'oculo-moteur externe. C'est ce qui a dû se produire dans notre cas.

Une telle fracture de la base peut-elle aussi amener une paralysie de la troisième paire?

En nous appuyant sur le travail de Sauvineau, nous pourrions répondre que la cause d'une ophthalmoplégie mixte est à la base.

Pour que pareille lésion se montre, il faut, dit-il, que la lésion porte, non pas sur le tronc même du nerf, mais avant que ses racines se soient réunies pour le constituer, ou après que ses branches se sont déjà constituées. Donc *a priori*, toute ophthalmoplégie extérieure suppose une cause *cérébrale* ou une cause *orbitaire*.

Ces conclusions nous ont paru un peu trop rigoureuses, bien qu'exactes dans la plupart des cas.

Nous ne voyons pas pourquoi, en raisonnant *a priori*, puisque la troisième paire a des noyaux et des terminaisons distinctes et que, par conséquent, son tronc est constitué par des filets bien distincts, l'un de ces faisceaux ne pourrait être lésé à l'exclusion des autres. La théorie est admissible, et la pratique montre que notre opinion est vraie.

Ziemmsen (*Virchow's Arch.*, t. XIII) a signalé un cas de méningite syphilitique de la base qui avait entraîné la paralysie de plusieurs nerfs crâniens. Du côté du moteur oculaire commun, la paralysie était limitée au

(1) Voyez l'observation détaillée à la fin de cet article.

seul muscle *droit inférieur*. L'examen histologique démontre la dégénérescence limitée à un fragment du tronc nerveux.

Nous trouvons dans la thèse de Sauvineau deux observations de Tacke bien intéressantes à ce point de vue. Un homme de soixante ans vint avec une paralysie de la sixième paire gauche; quinze jours plus tard, le droit supérieur, l'oblique inférieur, le droit inférieur sont pris à leur tour; dix jours après, le droit interne et le grand oblique. La réaction pupillaire et l'accommodation sont normales. Le diagnostic porté fut celui de paralysie nucléaire. Mais huit jours après, la musculature interne est envahie, l'œil devient amaurotique, et cela permettait d'affirmer l'existence d'une lésion basilaire située en avant du chiasma. Tacke cite un autre cas analogue, que nous jugeons inutile de rapporter.

La conclusion de cette digression est qu'une ophthalmoplégie externe peut être basilaire, et l'évolution de l'affection chez notre malade le montre bien, puisque toute la musculature interne a presque repris ses fonctions, alors que les muscles externes sont toujours paralysés.

Le nerf de la troisième paire doit donc avoir été lésé à la base et particulièrement dans le seul endroit où il soit facile de le comprimer, c'est-à-dire dans la gouttière qu'il se creuse dans la dure-mère sur les flancs du sphénoïde, avant d'entrer dans la paroi du sinus caverneux. La fracture du rocher a pu suffire. La paralysie de la troisième paire a été progressive. Le ptosis n'a été complet qu'au bout de trois jours, ce qui est en contradiction avec la rupture du nerf; l'amblyopie ne s'est montrée aussi qu'à cette époque.

Nous sommes donc amenés à penser que les phénomènes paralytiques que nous avons relevés sont le résultat d'une compression produite probablement par un épanchement sanguin à la suite de la fracture. La fracture du rocher a pu suffire, mais il est probable aussi que le sphénoïde a été atteint, notre malade a eu une épistaxis après l'accident et les lésions de l'oculo moteur commun s'expliqueraient encore plus facilement.

Nous pouvons, de même, expliquer pourquoi le pathétique n'a pas été atteint; c'est parce qu'il est le plus éloigné de la base du crâne, et situé à la partie externe du nerf de la troisième paire. Grâce à sa position, il a pu échapper à la compression.

Le retour graduel des fonctions de l'iris et du muscle ciliaire plaide encore en faveur de la résorption d'un foyer hémorrhagique.

C'est donc à une fracture certaine du rocher et à une fracture probable du sphénoïde que nous rattachons la cause de cette ophthalmoplégie.

Voici l'observation qu'avait publiée sur le malade M. le professeur Badal :

Le nommé V..., âgé de 31 ans, employé sur la voie des chemins de fer de l'Etat, s'est présenté à ma consultation gratuite de l'hôpital Saint-André, le 12 janvier 1894, pour une lésion de l'œil droit consécutive à un accident.

Le 21 décembre 1893, cet homme portait sur l'épaule gauche une énorme traverse de chêne pesant environ 75 à 80 kilogrammes lorsque, en marchant sur le bord d'un fossé, la terre céda sous ses pieds. Il perdit l'équilibre et vint tomber le côté droit de la tête sur le talus du fossé. Son bras gauche ne put à temps abandonner la poutre qui tomba sur la région orbitaire externe gauche, serrant le crâne comme dans un étau. Elle détermina dans cette région une plaie contuse de la paupière et du sourcil droit, et une hémorrhagie assez abondante se produisit.

Bien que n'ayant pas perdu connaissance, V... ne put se relever et fut transporté à son domicile sur un brancard par deux de ses camarades. Pendant le trajet, on s'aperçut qu'il perdait du sang par l'oreille droite et par le nez.

Le docteur Moure, de Cavignac, fit un pansement antiseptique de la plaie frontale et palpébrale gauche.

L'hémorrhagie de l'oreille fit place à un écoulement séreux qui dura deux ou trois jours. L'épistaxis cessa le jour même.

Le jour même de l'accident, la paupière supérieure droite tombait légèrement, la vue était excellente. Mais peu à peu le ptosis augmentait, et deux jours après, le malade était obligé de relever la paupière avec les doigts pour voir; la vision semblait diminuée.

Une fois rétabli, le malade s'aperçut qu'il était sourd de l'oreille droite et que sa chute de la paupière du même côté était persistante. Ces deux lésions le déterminèrent à venir à Bordeaux.

A ce moment-là, on constate à gauche une cicatrice sur la paupière supérieure gauche, une autre dans la région sourcilière. L'œil est absolument normal, tous les muscles moteurs fonctionnent complètement. L'acuité visuelle est normale. L'amplitude d'accommodation = 7 D. L'examen du fond de l'œil ne dénote aucune lésion.

Il n'en est pas de même à droite. L'œil est complètement recouvert par la paupière supérieure. En faisant de grands efforts, elle s'élève de 2 ou 3 millimètres, grâce aux contractions exagérées du muscle frontal. L'orbiculaire se contracte très énergiquement. En relevant la paupière, on peut examiner l'œil dont l'appareil musculaire présente des lésions très intéressantes.

Le droit supérieur, le droit interne, le petit oblique, le droit externe sont *absolument paralysés*; il en est de même du droit inférieur.

Quand on veut faire exécuter à l'œil un mouvement d'abaissement, on produit un abaissement léger, mais, en même temps, une abduction très nette et une rotation en dedans; ce sont là des mouvements dus uniquement au grand oblique qui a été respecté.

La pupille est fortement dilatée; mais le réflexe lumineux n'est pas tout à fait aboli.

Le malade accuse de l'amblyopie; mais en mettant devant son œil un verre de + 1,50 D., on ramène l'acuité visuelle à la normale. Il s'agit donc simplement d'une paralysie de l'accommodation qui a déterminé un abaissement de l'acuité à cause de l'hypermétropie dont l'œil est atteint.

L'examen ophthalmoscopique ne nous a montré aucune lésion.

La sensibilité est intacte; il n'existe pas le moindre signe de paralysie faciale.

L'examen de l'oreille pratiqué par M. le Dr E.-J. Moure, à sa clinique de la Faculté de médecine, a donné des résultats d'une importance extrême.

On trouve à la partie antéro-supérieure du cadre tympanique, en avant du manche du marteau, une cicatrice, indiquant qu'il y a eu là déchirure du tympan. Puis, sur le conduit auditif externe, on voit commencer un trait de fracture qui file vers l'oreille moyenne. Il y a donc eu, dans ce cas, fracture du rocher.

Le malade va être suivi pendant quelque temps et l'observation sera complétée prochainement.

De ce fait nous rapprocherons le suivant que M. le docteur F. Lagrange avait antérieurement communiqué à la même Société.

Paralysie du droit externe consécutive à une fracture du rocher.

Raymond S..., âgé de trente-sept ans, se présente dans notre service de la policlinique, le 17 juillet 1893, pour un strabisme paralytique, accompagné d'une diplopie très gênante.

Les antécédents héréditaires nous permettent de noter que son père est mort d'une affection du cœur, et sa mère du diabète. Les antécédents personnels sont bons; nous n'avons à signaler qu'un peu d'alcoolisme. Pas de syphilis.

Le 22 mai 1893, cet homme est pris entre un mur et une charrette qui se renverse sur lui. Il est relevé sans connaissance par des voisins qui le transportent à son domicile. Une heure après, le docteur G..., qui veut bien nous transmettre, à ce sujet, les observations qu'il a faites, arrive auprès du malade, qui le reconnaît très bien ainsi que toutes les personnes de l'entourage.

Le malade très surexcité répond nettement aux questions qui lui sont posées; il se plaint de la jambe qui est fracturée

et du côté gauche de la tête. Il indique, en y portant la main, la région temporale gauche comme étant le siège de vives douleurs; il existe, en effet, à ce niveau une plaie contuse qui laisse écouler une assez grande quantité de sang.

A ce moment, le docteur G... constata une paralysie complète du droit externe, mais il ne remarqua ni écoulement de sang, ni écoulement de sérosité par l'oreille.

Cependant, lorsque Raymond S... se présente à notre examen, trois mois après l'accident, il affirme d'une façon formelle en réponse à nos questions réitérées que, le jour même de l'accident, un écoulement sanguin se produisit par le nez, la bouche et l'oreille gauche.

L'issue de ce liquide fit place le lendemain à un écoulement de sérosité par l'oreille gauche. Ce dernier écoulement dura quelques jours.

Ces derniers symptômes coïncidant avec la plaie de la région temporale nous ont fait admettre le diagnostic de fracture du rocher. Désirant avoir à ce sujet un examen otoscopique, nous priâmes le malade de venir nous voir à un moment opportun pour le faire examiner par un spécialiste; malheureusement il ne revint pas, et nous devons nous passer, pour établir notre diagnostic, de cet examen si précieux dans le cas particulier.

Dès le lendemain de sa chute notre homme constata qu'il y voyait double, ce qui coïncide bien avec la paralysie constatée immédiate du droit externe, paralysie constatée après l'accident.

Le jour où nous examinons ce malade, il présente une paralysie complète, absolue et typique de ce muscle, c'est-à-dire une diplopie homonyme très accusée dans tout le champ d'action du muscle; un strabisme interne très prononcé et une impossibilité presque absolue de diriger l'œil gauche du côté de la région temporale. Lorsqu'on invite le sujet à mouvoir l'œil de ce côté, on constate un léger mouvement d'abduction, attribuable évidemment aux obliques abducteurs accessoires. Tous les autres mouvements de l'œil sont normaux, l'accommodation est intacte, la vision est bonne, le fond de l'œil sain. En novembre 1893, huit mois après l'accident, la paralysie est encore complète.

Sans insister davantage sur cette observation au sujet de laquelle nous publions ailleurs un mémoire détaillé, nous dirons qu'elle peut, à notre avis, être interprétée de la sorte: fracture du rocher gauche, consécutive à un traumatisme ayant porté sur la région temporale; déchirure; destruction ou compression du nerf moteur oculaire externe au moment où il passe sur le rocher, paralysie définitive et incurable du droit externe correspondant.

M. Moure. — Il est regrettable que l'examen otologique n'ait pas été pratiqué, car il pourrait fournir des renseignements importants. S'il y a eu écoulement de sang par l'oreille, il y a eu une déchirure du tympan. On aurait pu savoir de même s'il y avait eu fracture de la caisse et si le labyrinthe avait été lésé. L'examen pratiqué plus tard aurait pu montrer la cicatrice résultant de la déchirure du tympan.

M. Lagrange. — Le médecin à qui je me suis adressé m'a affirmé qu'il n'y avait eu aucun écoulement par l'oreille, le malade de son côté soutient le contraire. Je ne puis donc me prononcer sur ce point. Mais si le malade revient, je m'empresserai de faire pratiquer l'examen otologique. Au point de vue du traitement, je demanderai s'il est utile de corriger le strabisme qui résulte de cette paralysie.

M. Badal. — Toutes les fois que la paralysie est complète, le chirurgien n'a rien à attendre de son intervention.

La correction qu'on cherche à faire peut augmenter considérablement la gêne, qui résulte de la perte de la vision binoculaire; car, sans obtenir une correction exacte, ce qui est toujours difficile, on produit chez les malades opérés des images rétiniennes centrales qui sont bien plus nettes, plus voisines de la macula qu'elles ne l'étaient précédemment, et par conséquent plus gênantes que les images périphériques.

L'intervention peut être justifiée dans le cas de simples insuffisances musculaires, et le cas suivant en est un exemple.

Un malade que j'ai opéré dernièrement présentait une insuffisance d'un muscle droit externe, déterminant de la diplopie. Cette diplopie gênait énormément le patient, qui réclama une intervention. Je pratiquai la section du tendon du muscle antagoniste.

Dans les premiers temps le malade eut une diplopie en sens contraire, mais peu à peu il est arrivé à corriger sa nouvelle insuffisance du muscle droit externe et actuellement il peut lire et écrire sans aucun trouble.

Par conséquent, les diplopies qui résultent d'une simple insuffisance peuvent guérir quand on produit une diplopie en sens contraire, car on a pour corriger la nouvelle insuffisance un muscle normal. Quand la paralysie est complète, l'intervention ne me semble pas indiquée.

M. Bergonié. — L'examen électrique des muscles de l'œil aurait pu dans ce cas fournir une indication pour le diagnostic précis. La chose aurait été assez facile, puisque l'œil était porté en dedans et que le muscle droit externe s'offrait facilement à l'exploration.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS DE DERMATOLOGIE

Tenu à Lyon, séance du 2 août 1894.

Traitement des dermatoses par l'électricité.

M. Oudin (Paris) rapporte les résultats qu'il a obtenus dans certaines dermatoses rebelles par l'emploi des courants alternatifs de haute fréquence et de haute tension.

De la contagion de la pelade.

M. Horand (Lyon) ne croit pas à la contagion de la pelade. Il faut distinguer la pelade dans l'armée et la pelade dans la population civile. Dans l'armée, il s'agit non d'une pelade, mais d'une véritable folliculite décalvante qui est peut-être contagieuse. La pelade qu'on observe dans la population civile est une trophonévrose. On n'en a jamais découvert le parasite et l'on n'observe pas d'épidémies de famille.

M. Augagneur (Lyon) remarque que l'épidémicité est parfaitement établie pour les armées et les écoles. Nous ne connaissons pas le parasite de la pelade d'une façon certaine, mais nous ne connaissons pas non plus celui de la syphilis, de la rougeole ou de la variole qui sont pourtant bien contagieuses. Les épidémies de famille sont rares, mais elles ne sont pas plus fréquentes pour le pityriasis versicolor qui est pourtant bien parasitaire.

Pleurésie syphilitique de la période secondaire.

M. Brousse (Montpellier) fait une communication sur la pleurésie syphilitique de la période secondaire. Elle n'a pas, par elle-même, de caractère bien tranché et se reconnaît habituellement à son apparition au cours d'une éruption exanthématique, à son début souvent latent, sans frissons, à l'absence ou au peu d'intensité de la fièvre, à son évolution se faisant fréquemment par poussées successives, mais surtout à l'efficacité rapide du traitement spécifique. Le traitement mixte est beaucoup plus efficace que l'emploi isolé du mercure ou de l'iodure.

Abcès cutanés et sous-cutanés multiples et récidivants chez les jeunes enfants.

M. Hallopeau. — La peau des enfants du premier âge offre un terrain de culture aux microbes banaux de la suppuration et particulièrement au streptocoque doré. Elle peut devenir le siège, à la suite d'irritations accidentelles, de suppurations multiples qui envahissent toute la surface du corps et se renouvellent pendant des mois; il peut se développer simultanément des abcès sous-cutanés. Il n'y a pas lieu d'invoquer, en pareils cas, une cause générale. Il n'y a pas de pyohémie : il s'agit d'auto-intoxications dont les portes d'entrée sont très probablement, comme l'a dit Escherich, les orifices glandulaires. Le fait est de toute évidence lorsque les suppurations affectent les caractères des hidrosadénites phlegmoneuses décrites par M. Verneuil. Le siège propre des glandes sudoripares explique la production des abcès sous-cutanés. La maladie peut en imposer pour une manifestation gommeuse de la syphilis ou de la tuberculose. Elle peut exceptionnellement se développer chez l'adulte.

Séance du 3 août.

A l'ouverture de la 2e séance, M. A. Dron, président, annonce la mort de M. le professeur Rollet, président d'honneur de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Une séance ordinaire, dit-il, serait levée en signe de deuil. Dans le cas actuel, nous ne pouvons mieux faire que de nous conformer à la dernière recommandation de notre regretté président : *Laboremus.*

Trichophytie.

M. R. Sabouraud. — Une étude d'actualité sur la trichophytie se divise naturellement en deux chapitres. Et j'étudierai successivement:

1° La question de la dualité des tondantes;

2° La question de la *pluralité* des trichophytons.

I. — *Dualité des tondantes.* — Le *microsporum audouïni* de Grüby, décrit par lui en 1843 comme l'auteur du Porrigo decalvans, a passé par bien des vicissitudes. Bien que certains retardataires le décrivent encore comme l'auteur responsable des pelades contagieuses, chacun sait aujourd'hui que le microbe de la pelade est inconnu. Cependant, le *microsporum audouini* n'est pas un être fictif, il existe parfaitement, il existe même tel que Grüby l'a décrit (en toute perfection), en 1843. Mais il ne cause pas la pelade, il cause une tondante spéciale, confondue jusqu'à ces années dernières avec la tondante trichophytique. Il y a donc désormais deux tondantes : la tondante trichophytique et la tondante spéciale de Grüby. C'est cette dualité (rétablie par le laboratoire de M. Ernest Besnier en 1892) qu'il faut démontrer par les cultures, par l'examen microscopique, enfin, par l'examen clinique à l'œil nu.

A. *Cultures.* — Si l'on prend au hasard un certain nombre de teignes tondantes d'origines diverses et que l'on cultive systématiquement leur parasite, on obtiendra deux ordres de colonies toutes différentes.

On obtiendra un certain nombre de cultures du trichophyton reconnaissable à la forme de sa culture, en *cratère* sur gélose (1,20 0/0), peptone (1 0/0), maltosée (4 0/0). Et on obtiendra un plus grand nombre de cultures tout à fait différentes, qui se présentent sur le même milieu comme un disque de duvet blanc amiantacé.

Et il est inutile d'ajouter que les mêmes tondantes ne donneront jamais lieu qu'à la même culture.

B. *Examen microscopique.* — L'examen microscopique du cheveu malade montre entre la tondante trichophytique et la tondante de Grüby les différences les plus saisissantes.

Car le *trichophyton* dans le cheveu forme des chapelets réguliers de spores de 5-6 μ de diamètre.

Ces chaînettes de spores sont de direction ascendante, comme le prouve la direction de leurs bifurcations, et sont toutes incluses dans l'épaisseur même du cheveu.

Le *microsporum audouini* au contraire est composé de très petites sporules de 2-3 μ, tassées côte à côte sans aucun ordre visible. Et elles ne sont pas situées dans le cheveu, mais autour de lui, de façon à lui constituer une gaine régulière.

Tous les cheveux malades d'une même tête sont identiques et n'offrent jamais que l'un ou l'autre de ces deux parasites.

Et la description précédente montre que non seulement ces deux parasites diffèrent, mais qu'ils diffèrent de tous points : par la dimension de leurs éléments, par leur mode d'agmination, enfin par leur siège même dans le cheveu ou autour de lui. Et de même que le *trichophyton* donne lieu à la culture cratériforme décrite tout à l'heure, de même le *microsporum audouini* donne lieu *toujours* à la culture en tapis blanc, duveteux amiantacé.

C. *Examen clinique.* — L'examen clinique montre entre les deux tondantes des différences d'aspect aussi nettes que la culture et l'examen microscopique entre leur parasite respectif.

Le cheveu trichophytique est gros, court, non engainé. Le cheveu de la tondante à petite spore est long, décoloré et couvert à sa base d'une gaine blanchâtre, visible à l'œil nu et qui est la gaine parasitaire. Les deux maladies ont de très nombreuses divergences d'évolution, mais leur séparation est trop récente pour qu'on puisse tracer définitivement le tableau différentiel de leur marche et de leur durée.

Cependant la tondante à petites spores de Grüby est la plus contagieuse, la plus fréquente et la plus fréquemment épidémique. D'une façon générale on peut dire aussi qu'elle est la plus rebelle.

D. *L'examen botanique* du *microsporum audouïni* montre que ce parasite n'appartient pas à la famille naturelle des trichophytons. La tondante à petites spores n'est donc pas une trichophytie. Du reste le mode de croissance des trichophytons et celui des microsporum audouïni sont inverses, et tandis que les premiers envahissent le cheveu de sa racine vers sa pointe, le second descend de sa pointe vers sa racine. Par conséquent, cette tondante spéciale à petites spores est une entité morbide toute distincte et mérite d'être placée à côté de la triade des teignes de Bazin et sur le même rang que les autres. Il y a désormais quatre teignes : favus, pelade, trichophytie, et tondante à petites spores de Grüby.

II. — *La pluralité des trichophytons.* — Ce que nous venons d'établir par les cultures, les clichés microscopiques des cheveux, et la clinique, ne démontre pas la pluralité trichophytique, mais démontre seulement que l'on a confondu dans un même tableau deux maladies différentes, de même qu'on a confondu longtemps entre elles la teigne trichophytique et la teigne faveuse.

Il s'agit maintenant de prouver par les cultures, l'examen microscopique et clinique que la trichophytie de tous sièges (Herpès circiné, trichophytie de la barbe, trichophytie des ongles) peut être causée par des parasites d'espèces distinctes et cependant de même famille botanique.

A. *Cultures.* — En cultivant systématiquement un grand nombre de trichophyties de tous sièges, sur un même milieu chimique (gélose, peptone, maltosée) et dans des conditions physiques identiques de température, d'aération, d'humidité, etc..., on reconnaît d'abord qu'un même champignon donnera toujours dans ces conditions une culture de caractères objectifs identiques. Et on reconnaît ensuite que les diverses trichophyties donnent lieu à des cultures très différentes entre elles. Et aussi que ces différences sont permanentes, et indéfiniment héréditaires. Et cependant on peut prouver facilement par l'inoculation et la culture de retour que chacune de ces espèces jouit d'un pouvoir parasitaire actif et donne lieu par l'inoculation à la lésion trichophytique.

B. *Examen microscopique.* — L'examen microscopique des cheveux et poils malades traduit par des différences sensibles les différentes espèces démontrées par les cultures.

Ainsi les trichophytons des animaux se traduisent par l'envahissement du follicule pileux autour du poil, tandis que le trichophyton de l'enfant est cantonné dans le poil lui-même. De plus, certains trichophytons qui fournissent une culture acuminée se distinguent dans le cheveu par l'extrême fragilité de leurs chaînes de spores, tandis que le trichophyton le plus commun qui donne, nous l'avons dit, une culture en forme de cratère, se traduit dans le cheveu par des chaînes de spores résistantes, etc.

C. *L'examen clinique*, combiné à la culture et à l'examen microscopique, montre que certaines espèces trichophytiques animales s'accompagnent sur l'homme de lésions assez spéciales : folliculite, kérion, etc., pour que l'aspect objectif de la lésion suffise à révéler la nature et l'origine animale de l'espèce trichophytique qui la cause.

Les trichophytons des animaux forment des groupes d'espèces dont le plus important est celui des trichophytons pyogènes à cultures blanches, qui causent des trichophyties suppurées sans intervention d'aucun microbe étranger. L'origine équine, l'origine aviaire, etc., de certaines de ces espèces est actuellement démontrée.

D. *Examen botanique.* — Les nombreuses espèces trichophytiques appartiennent toutes à une même famille cryptogamique qui compte déjà de nombreux représentants : saprophytes et parasitaires, la famille des botrytis, à laquelle appartient le B. Bassiana qui cause la muscardine du ver à soie.

L'extrême vitalité des trichophytons en milieux artificiels, et ce fait qu'ils sont réduits dans la vie parasitaire à leurs organes inférieurs de reproduction, incline à faire penser que les trichophytons peuvent exister à l'état saprophyte dans la nature. Et de fait on peut les cultiver sur les détritus organiques les plus divers.

Tous ces faits, dont un très grand nombre viennent d'être confirmés par un récent mémoire de M. le professeur Rosen-

bach, permettent de conclure par la proposition suivante : Non seulement l'ancienne trichophytie humaine n'est pas univoque et doit être dédoublée en deux entités morbides distinctes, causées l'une par le *microsporum Audouïni* (tondante à petites spores), l'autre par le trichophyton. Mais encore la trichophytie — vraie de tous sièges — est un syndrome que peuvent causer plusieurs espèces parasitaires de caractères morphologiques spécifiquemment et héréditairement distincts.

M. W. Dubreuilh. — A l'appui de la thèse de M. Sabouraud j'ajouterai quelques faits qui en constituent une confirmation *a posteriori*. Il y a longtemps que j'ai été frappé des anomalies de la distribution de la teigne tondante et de sa diversité suivant les pays que l'on considère. En France et en Angleterre la teigne tondante est commune chez les enfants, c'est le fléau des écoles et elle passe pour une maladie extrêmement tenace, qui résiste aux traitements les plus rationnels et les plus soigneux, qui guérit pour ainsi dire quand elle veut. En Allemagne, au contraire, elle est moins fréquente, moins tenace et il nous vient constamment d'outre-Rhin des traitements héroïques qui, à en croire leurs auteurs, guérissent la teigne en quinze jours et perdent toute leur efficacité en France. Dans l'Extrême-Orient, au Tonkin, la trichophytie cutanée est très commune, elle atteint la plupart des indigènes et beaucoup d'Européens, mais elle ne se cantonne pas à la tête et il n'y est pas question de teigne tondante du cuir chevelu. Comment expliquer ces faits autrement que par la diversité des parasites ?

Avant les recherches de M. Sabouraud j'avais été frappé de certaines particularités cliniques. Lorsque la trichophytie atteint le cuir chevelu de l'adulte, elle constitue toujours des formes anormales, telles que la trichophytie disséminée ou le kérion Celsi. J'avais aussi remarqué que la trichophytie disséminée du cuir chevelu ou la trichophytie des ongles sont des maladies de famille. Ces faits, qui m'avaient fort surpris au début, sont très clairement expliqués par les travaux de M. Sabouraud.

J'ai observé récemment à Bordeaux une épidémie de trichophytie des plis génito-cruraux. Une quinzaine de jeunes gens habitant ensemble en ont été atteints. L'affection offrait cliniquement la plus grande analogie avec l'érythrasma avec lequel je l'ai confondue au début. L'examen microscopique m'a montré un trichophyton à grosses spores et les ensemencements m'ont fourni une culture jaune.

Traitement de la trichophytie du cuir chevelu par la chrysarobine.

M. Du Castel (de Paris). — Les recherches que je viens exposer ont été commencées depuis trois ans et ont porté sur 250 malades. Ce n'est pas tout à fait la méthode préconisée par Unna (de Hambourg), mais elle en est très rapprochée. La chrysarobine est fort bien supportée par le cuir chevelu et j'ai pu employer des pommades contenant 10, 20 et même 25 0/0 de chrysarobine, mais il faut pour cela que la pommade n'atteigne pas la face. La pommade doit contenir au moins 5 0/0 de chrysarobine pour avoir une action quelconque sur les cheveux.

Les résultats que j'ai obtenus sont bien loin de ceux qui ont été annoncés par Unna.

14 0/0 des malades ont	été guéris en	1 mois
11 0/0 —	—	2 —
7 0/0 —	—	3 —
43 0/0 —	—	4 à 5 —
15 0/0 —	—	5 à 7 —
10 0/0 —	—	après 7 —

Il y a des teignes qui résistent à tout ; on observe même des différences dans la même famille, ce qui me fait penser que la différence entre les teignes allemandes et françaises tient plutôt au terrain qu'à la graine.

M. Brocq (Paris). — Le traitement par la chrysarobine n'est pas nouveau. Il y a déjà fort longtemps que, suppléant M. Besnier dans son service à Saint-Louis, j'ai employé ce médicament, notamment sous forme de collodion. L'insuccès a été constant.

M. Augagneur. — La teigne tondante est très rare à Lyon. Dans le service de l'Antiquaille il n'y a pas habituellement plus d'une douzaine de malades et ils viennent presque tous des départements voisins, contre 40 ou 50 faviques, également d'origine rurale pour la plupart. En revanche, la teigne tondante est très tenace ; j'ai essayé l'acide chrysophanique sans résultat, et son application par la méthode de Unna ne m'a donné que des accidents de suppuration. En somme, ce qui guérit le mieux la teigne, c'est la puberté.

M. Dron (Lyon). — J'ai été chargé du service des teigneux de l'Antiquaille, il y a trente ans. Il y avait alors beaucoup de tondantes : je ne sais à quoi attribuer la diminution de la maladie, mais j'ai remarqué qu'elle porte sur toutes les classes de la société, car nous ne voyons plus de teignes dans la clientèle de ville.

M. Paul Courmont, interne de la clinique de l'Antiquaille, présente deux jeunes nègres du Sénégal atteints d'une forme particulière de teigne tondante, qui paraît très fréquente chez les Sénégalais et surtout chez les enfants de 7 à 15 ans. Le cuir chevelu est couvert de squames blanchâtres d'aspect pityriasique avec des plaques d'alopécie irrégulière où les cheveux sont gros et cassés courts.

De l'hydroa vacciniforme.

M. L. Brocq relate un cas d'hydroa vacciniforme qu'il a observé cette année à sa policlinique dermatologique de La Rochefoucauld. Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années qui, depuis son enfance, ne peut s'exposer aux rayons du soleil, surtout au printemps et en été, sans voir immédiatement sa figure et ses oreilles se couvrir de vésicules et de vésico-pustules ombiliquées d'aspect tout à fait spécial. L'auteur retrace à ce propos toute l'histoire de cette curieuse affection, et il en donne la description.

Décrite par Bazin, en 1862 et 1868, sous le nom d'hydroa vacciniforme, par Hutchinson, en 1888, sous le nom de Summer eruption, elle a été méconnue en France jusqu'à ce jour ; elle doit être replacée dans le cadre nosologique. C'est une éruption tout à fait spéciale, qui survient surtout chez les enfants et récidive sans cesse en présentant un maximum de fréquence pendant l'été : elle a une tendance marquée à perdre de son intensité et à disparaître à mesure que l'on arrive à l'âge adulte. Les poussées, qui ont des durées variables de une à plusieurs semaines, se produisent après l'exposition aux rayons de soleil, beaucoup plus rarement aux autres agents atmosphériques. Les lieux d'élection sont les régions découvertes, en particulier le visage (pommettes, nez, joues, front), les oreilles, la nuque, la face dorsale des mains, parfois les avant-bras, les pieds, les jambes, il est beaucoup plus rare encore de voir les autres parties du corps être envahies. L'hydroa vacciniforme est donc en réalité une éruption artificielle de cause externe.

Au point de vue objectif, il est essentiellement constitué par des sortes de soulèvements de l'épiderme d'aspect vésiculeux, opalins, comme perlés, dont les dimensions varient de celles d'un grain de millet à celles d'une lentille, et qui reposent sur une base rouge. Ces éléments peuvent évoluer en cet état, se rompre ou jaunir, se dessécher, se recouvrir d'une croûtelle, puis disparaître ; ils peuvent aussi s'étendre par les bords et, dans ce cas, ils prennent un aspect vraiment pathognomonique. Le centre, plus coloré et dont la teinte varie du brun clair au bleu sombre, presque noirâtre, est affaissé, de telle sorte que l'élément est ombiliqué ; tout autour de ce centre se voit un soulèvement épidermique opalin, cloisonné, contenant de la sérosité transparente ; le tout est entouré d'une aréole érythémateuse. Ces éléments sont plus ou moins étendus, isolés ou confluents, et revêtent, dès lors, les formes les plus diverses suivant les cas. Ces vésico-bulles ombiliquées si spéciales prennent peu à peu l'aspect de pustules ombiliquées, puis elles se revêtent d'une croûtelle qui débute par le centre et dont la coloration varie suivant la coloration primitive de l'élément. Enfin, la croûtelle tombe au bout de 6 à 15 jours d'évolution de la lésion, en laissant après elle une cicatrice déprimée, varioliforme, indélébile.

Il en résulte que les régions où se produit l'éruption sont plus ou moins criblées de ces cicatrices.

Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion capitale de l'hydroa vacciniforme est la nécrose des couches profondes de l'épiderme, des couches superficielles et moyennes du chorion ; cette nécrose ne se produit pas d'emblée, dès la

première apparition des éléments morbides; elle se développe peu à peu à mesure qu'ils évoluent.

Le traitement doit être surtout un traitement prophylactique: les personnes qui sont sujettes à cette affection devront éviter avec le plus grand soin de s'exposer trop longtemps aux rayons ardents du soleil : quand elles seront obligées de le faire, elles protégeront soigneusement les parties du corps qui sont habituellement découvertes.

Sur un mode de début du lichen plan (sur les muqueuses).

M. Ch. Audry (Toulouse). — J'ai eu, comme beaucoup d'autres observateurs, l'occasion de rencontrer les lésions de la muqueuse buccale au cours du lichen de Wilson; une seule fois, je les ai vues qui étaient apparues avant toute autre manifestation sur la peau.

Il s'agissait d'un homme de 36 ans qui, au commencement de février 1894, vit survenir des efflorescences blanches et jaunes disséminées sur la face interne des joues et des lèvres, puis sur la face supérieure de la langue. Trois ou quatre semaines plus tard, apparurent des papules sur la paume des mains, puis sur le gland, enfin, sur les poignets et autour des malléoles, et cela, sans aucun prurit. Nous le vîmes pour la première fois le 30 avril; il avait été auparavant traité comme syphilitique par un médecin de la ville. Nous prescrivîmes un traitement arsenical, et les lésions rétrocédèrent partiellement. Cependant, 2 mois plus tard, elles persistaient sur la langue; on voyait en outre des lésions nouvelles et semblables sur la muqueuse du palais osseux, et du rebord exposé de la lèvre inférieure. Les papules des membres étaient un peu mieux développées.

R. Crooket, Besnier, Thibierge, Feulard ont cité des faits semblables qui paraissent réellement très rares, tandis que les lésions manifestées pendant le décours de la maladie sont relativement fréquentes.

L'apparence des lésions bucco-linguales du lichen de Wilson est assez caractéristique pour permettre à elle seule de reconnaître la maladie.

Leucomélanodermie syphilitique chez les Kabyles.

M. Gémy (Alger) fait une communication sur une affection caractérisée par de grands placards cicatriciels de couleur nacrée, de forme géométrique, à contours généralement polycycliques, parsemés d'îlots de peau simplement hyperchromiques. Cette affection, assez commune chez les Kabyles et qui avait été décrite par le professeur Arnould sous le nom de lèpre kabyle, n'a rien de commun avec la lèpre vulgaire. Elle n'est pas non plus du vitiligo avec lequel elle a été souvent confondue. C'est un résidu d'infiltration gommeuse de la peau. L'auteur en rapporte trois cas avec photographies, aquarelles et préparations histologiques à l'appui.

De la transpiration insensible.

M. Aubert. — Les anciens distinguaient la transpiration insensible et la transpiration sensible, c'est-à-dire se traduisant par la sueur visible. La sécrétion des glandes sudoripares peut ne pas être visible, et l'on peut obtenir des empreintes sudorales très nettes en des points où l'examen le plus attentif, même à la loupe, ne fait pas apercevoir la plus petite goutte de sueur.

Je me suis proposé de rechercher s'il n'y a pas d'évaporation à la surface du corps, même en dehors de cette sécrétion sudorale invisible; mes recherches sont trop peu avancées pour que je puisse donner des résultats précis et je me bornerai à indiquer la méthode. On peut supprimer complètement la sécrétion sudorale en un point pendant 24 ou même 48 heures en faisant pénétrer de l'atropine par cataphorèse; les empreintes sudorales restent négatives. On peut alors rechercher avec le chlorure de calcium ou tout autre corps hygrométrique, s'il y a ou non élimination de vapeur d'eau.

Un signe de la syphilis héréditaire.

M. Jullien dit avoir remarqué une malformation des mâchoires qui lui paraît devoir être rattachée à la syphilis héréditaire. Elle consiste en ce que la mâchoire supérieure déborde la mâchoire inférieure soit sur toute son étendue, soit seulement à sa partie antérieure. Il a observé dix fois ce manque de concordance; neuf fois il s'agissait d'hérédo-syphilitiques manifestes; le dixième cas était simplement suspect.

Uréthro-cystite blennorrhagique compliquée d'emblée de purpura infectieux très grave.

MM. Balzer et **Lacour** communiquent une observation d'uréthro-cystite blennorrhagique compliquée que nous résumons ainsi :

Un jeune homme, âgé de dix-huit ans, a un rapport infectant le 5 mai; le 7 et le 8, apparaît du purpura sur les membres inférieurs et il constate un écoulement purulent du canal accompagné de vives douleurs. Le 9, cystite avec hématurie; il est obligé de cesser son travail. Ces symptômes s'accentuent les jours suivants et il entre à l'hôpital du Midi le 12 mai sans avoir fait aucun traitement. Etat typhoïde très grave pendant la première semaine : purpura généralisé presque sans fièvre (38°); gastro entérite violente, avec hématémèses, vomissements bilieux, diarrhée, coliques très fortes, melæna; épistaxis légères; gonflement des gencives avec stomatorrhagie légère. Hématurie très abondante due à la fois à la cystite et à l'infection générale. Douleurs articulaires et myalgies très intenses; inflammation des gaines tendineuses du poignet gauche. L'écoulement uréthral a cessé; pour constater la présence des gonocoques, on est obligé de racler légèrement la paroi du canal. Le malade semble devoir succomber. L'amélioration commence vers le 20 mai : l'hématurie diminue et le 22 elle cesse; on peut alors constater l'existence de l'albuminurie. De nouvelles poussées de purpura ont lieu le 21 mai, le 25; le 1er juin, poussée très forte et aggravation nouvelle à la suite d'une infraction au régime lacté qui avait été institué rigoureusement. La dernière poussée de purpura a eu lieu le 13 juillet. Il faut noter aussi des alternatives variées dans l'intensité de la cystite et la production d'une épididymite avec rechute légère. Le 30 juillet, tous les symptômes d'infection générale ont disparu; l'uréthro-cystite seule persiste, mais très atténuée et en voie de guérison.

Ce qu'il faut surtout remarquer dans cette observation, c'est la rapidité de l'invasion du canal et de la vessie par l'infection blennorrhagique, et aussi la rapidité de l'infection générale qui a commencé, pour ainsi dire, dès l'entrée des agents pathogènes dans l'urèthre. L'examen bactériologique a démontré dans le canal la présence constante du gonocoque. Les cultures ont montré aussi dans le canal et dans le sang l'existence du staphylocoque blanc, dont la présence a été constatée jusqu'au 20 juin. Ces résultats montrent la nature complexe de l'infection hémorrhagique dont l'urèthre a été la porte d'entrée. Le régime lacté a été la base du traitement général; suivant les indications, on lui a adjoint le salol, le perchlorure de fer, etc. Les applications de gaïacol en pommade à 5/30 employées pour les douleurs abdominales ont rendu de grands services. L'uréthro-cystite a été traitée par les lavages à l'acide borique en solution à 2 0/0 jusqu'à l'apparition d'une recrudescence dans la cystite et aussi dans l'orchite.

Bactériologie clinique de la lèvre supérieure à l'état physiologique et dans l'eczéma pilaire.

MM. Perrin et **Aslanian** (Marseille). — On a démontré récemment qu'à l'état le plus physiologique les staphylocoques pyogènes constituent d'une façon absolument constante la garniture microbienne permanente du bord ciliaire. Nous avons recherché si la lèvre supérieure et les orifices narinaires à l'état normal présentaient des microbes pyogènes comme les bords ciliaires d'une paupière saine; quelle était la virulence de ces microbes et quel pouvait être leur rôle dans l'eczéma pilaire récidivant de la lèvre supérieure.

Dans le but d'élucider cette question, nous avons d'abord étudié la bactériologie de la lèvre supérieure et des cavités narinaires à l'état physiologique, nous avons fait ensuite des examens bactériologiques de ces mêmes régions atteintes d'eczéma récidivant. Ces recherches nous ont permis de conclure que :

a. Il existe sur la lèvre supérieure et dans les orifices narinaires normaux de l'homme des microorganismes en certain nombre; le staphylocoque blanc est l'hôte habituel et parfois

exclusif de ces régions, mais le plus souvent aussi il est accompagné du staphylocoque jaune ;

b. Ces microorganismes sont capables de se cultiver rapidement sur les milieux artificiels, et ces cultures, inoculées dans la cornée du lapin, ne produisent pas de lésions. Les cultures se sont toujours présentées dans un état de pureté suffisant et ont été examinées avec assez d'attention pour que l'on puisse affirmer que jamais le streptocoque ne s'y est présenté.

Nous avons toujours obtenu, dans l'eczéma récidivant de la lèvre supérieure avec ou sans folliculite, des cultures positives : colonies blanches accompagnées de rares colonies jaunes. L'inoculation de ces cultures a donné, pour les cas superficiels, un petit abcès lenticulaire dans la cornée, tandis que l'inoculation de celles qui proviennent d'eczémateux atteints de pustules, de folliculites, produit un abcès cornéen suivi d'ulcère et de taies à résorption lente.

En comparant les cultures obtenues sur des lèvres et les cultures provenant de l'eczéma sous-narinaire, on trouve que ces dernières se rapprochent des premières, lorsqu'il s'agit d'eczémateux atteints superficiellement ou qui sont dans un état de quasi-guérison. Les cultures provenant des eczémateux sont plus abondantes et plus fertiles quand les lésions de la lèvre sont plus accentuées ; la virulence est plus marquée, puisque les inoculations faites avec des cultures provenant des sujets sains ont toutes été négatives, tandis qu'un certain nombre ont été positives avec des cultures provenant d'eczémateux. Ces inoculations avaient été faites avec des colonies jaunes.

On ne peut cependant conclure que le staphylocoque joue un rôle important dans la production de l'eczéma de la lèvre supérieure ; on sait, en effet, que les germes de staphylocoques dorés se rencontrent aussi sur des lèvres normales. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il existe à l'état normal sur la lèvre supérieure et dans les orifices narinaires de l'homme adulte des microorganismes en certain nombre, parmi lesquels le staphylocoque blanc soit seul, soit le plus souvent accompagné du staphylocoque jaune ; on les retrouve à un degré plus virulent dans l'eczéma pilaire. Ces parasites paraissent donc être primitifs ; deviennent-ils pathogènes en évoluant sur un bon terrain de culture et les malades atteints d'eczéma récidivant de la lèvre supérieure présentent-ils ce terrain favorable ? Un fait bien connu, c'est que ces malades offrent un état constitutionnel particulier, qu'ils répondent plus ou moins au type de l'arthritique de Bazin.

Voilà le terrain sur lequel évolue l'eczéma de la lèvre supérieure ; les causes excitantes de cette affection sont soit des écoulements du nez produits par des coryzas fréquents auxquels ces malades sont sujets, soit toute autre irritation extérieure. Sous l'influence de ces causes banales, les microorganismes existant sur la lèvre supérieure à l'état normal peuvent proliférer dans l'épiderme et ses annexes et produire les lésions que l'on constate dans l'eczéma pilaire.

Au point de vue pratique, il importe donc d'augmenter la résistance de la région sous-narinaire, que l'on doit s'efforcer de rendre aussi aseptique que possible.

M. Brocq fait observer qu'il a fait de son côté les mêmes recherches en collaboration avec M. Veillon et qu'il a obtenu les mêmes résultats ; il a même poussé ses explorations jusque dans les fosses nasales et dans tous les cas il y a trouvé les mêmes microbes, ce qui explique l'apparition et la récidive de l'eczéma pilaire de la lèvre supérieure sous l'influence du coryza.

M. Augagneur dit avoir fait autrefois sur la kératite phlycténulaire des enfants strumeux des recherches qui sont consignées dans la thèse de M. Désir de Fortunet. La kératite phlycténulaire est toujours précédée d'impétigo du cuir chevelu ou de la face et accompagnée d'une rhinite chronique à staphylocoques, qu'on pourrait appeler rhinite chronique impétigineuse. Ce sont là trois manifestations de l'infection par les staphylocoques. C'est encore un chapitre de la scrofulose des anciens qui est à déclasser.

Localisations cutanees et osseuses des syphilis régionales.

M. H. Hallopeau. — Il n'est pas rare de voir les parties du squelette sous-jacentes aux syphilides tertiaires devenir le siège d'exostoses ou de périostoses ; celles-ci sont bien nettement subordonnées à celles-là, car partout ailleurs le squelette reste intact : la syphilis, en pareil cas, mérite le nom de régionale. Il ne s'agit pas là d'une propagation directe, attendu que les tissus intermédiaires demeurent indemnes ; il est probable que la lésion cutanée exerce à distance, dans le squelette sous-jacent, un trouble trophique qui en fait un milieu de culture favorable au développement du contage.

M. Brocq. — Il peut y avoir des localisations d'attente datant des débuts mêmes de la syphilis et persistant avec une extraordinaire ténacité. Chez deux hommes atteint de syphilis depuis 14 et 18 ans, j'ai vu se reproduire des poussées incessantes de syphilides toujours localisées exclusivement au scrotum.

Séance du 4 août.

Réglementation de la prostitution.

M. Dron, *rapporteur.* — La prostitution étant un mal nécessaire, il importe de la rendre aussi peu dangereuse que possible. Or, les règlements actuels sont manifestement insuffisants. La syphilis n'est guère à craindre que dans la période secondaire ; les accidents tertiaires ne sont pas contagieux et, en outre, ils sont assez apparents pour rendre la prostitution impossible à la femme qui en est atteinte. Mais, pendant cette période secondaire, les accidents les plus virulents et les moins visibles peuvent apparaître du jour au lendemain et rendre la visite médicale illusoire. La seule mesure efficace serait de séquestrer toute prostituée pendant trois ans à partir du début de sa syphilis. Il faudrait pour cela des asiles spéciaux, mais à partir de ce moment la maladie serait définitivement inoffensive.

M. Barthélemy. — La syphilis vient toujours des basfonds des grandes villes ; en assainissant le trottoir on assainit la famille et en assainissant les grandes villes on assainit la campagne. Le grand défaut de notre système actuel, c'est que les hôpitaux de prostituées sont des prisons où les malades n'entrent que par force. La visite hebdomadaire ou bi-mensuelle est insuffisante, d'autant plus que les femmes qui sont malades évitent par tous les moyens de s'y présenter. Il faut multiplier les hôpitaux et les dispensaires, rendre le traitement aussi facile et aussi peu oppressif que possible, pour que les malades aient elles-mêmes tout intérêt à s'y faire soigner. Nous sommes bien loin de cet idéal, puisque, je le répète, les hôpitaux spéciaux sont des prisons et que les malades sont traitées en prisonnières.

M. Augagneur. — J'ai autrefois soutenu la doctrine de la réglementation, mais j'ai bien changé depuis. La surveillance de la police telle qu'elle est faite actuellement ne peut rien contre la blennorrhagie et elle est impuissante contre la syphilis. Or, il est impossible de l'aggraver, car il faut bien tenir compte de l'opinion publique qui est actuellement très hostile à la réglementation et très favorable à la liberté de la prostitution. La répression est du reste injuste, elle n'atteint que la femme, tandis que l'homme reste libre de disséminer la syphilis. Les maisons fermées disparaissent, les prostituées diminuent partout, la prostitution clandestine augmente. Le moment est donc venu de changer la méthode, puisque les anciens procédés sont impuissants.

Les foyers d'infection les plus dangereux sont les débits de boisson, qui sont des établissements de prostitution clandestine, et la loi qui permet à tout individu d'ouvrir un cabaret a très activement contribué à répandre la syphilis. Il faudrait donc réglementer le nombre des débits de boisson. Il faudrait ensuite réformer le régime hospitalier à l'égard des vénériens dans le sens indiqué par M. Barthélemy, et pour les soldats, par exemple, ne pas faire d'une maladie vénérienne une tare qui peut nuire à leur avancement.

M. Gémy. — La liberté des débits de boisson est un facteur puissant de dissémination de la syphilis. En ce qui concerne la visite des femmes, elle est toujours mal faite, parce qu'il y a trop de femmes à examiner. Comme on ne peut pas grand'chose contre la blennorrhagie chronique, trop facile à cacher, on pourrait dispenser de la visite les femmes qui ont quatre ans de syphilis ; celles qui resteraient seraient mieux examinées.

De la syphilis sans chancre.

M. Cordier (Lyon) croit que dans un certain nombre de cas, 2 0/0 environ, la syphilis peut débuter d'emblée par les accidents secondaires. Il a eu l'occasion de constater le fait chez des individus observés journellement à la suite d'un coït suspect. Au bout de cinquante jours, en moyenne, les accidents secondaires ont apparu sans avoir été précédés de chancre ou d'adénopathie.

On voit quelquefois se produire, huit à vingt jours après l'infection, dans la région où apparaîtra le chancre, des lésions banales, herpès ou balanite, qui semblent liées à la syphilis. On doit donc se méfier d'une poussée d'herpès génital chez un sujet qui n'en a jamais eu, ou d'une balano-posthite non justifiée survenant quelques jours après un coït suspect.

Erythrodermie scarlatiniforme prémycosique chez une cancéreuse.

M. Barbe (Paris). — Comme on n'a pas encore noté, à ma connaissance du moins, l'apparition d'éruptions prémycosiques au cours du cancer, je crois intéressant de vous rappeler un fait que j'ai eu l'occasion d'observer et dont voici le résumé :

Une femme, sans antécédents morbides, vint consulter le 9 mai 1889 M. le docteur Monod pour une tumeur du sein gauche, dont elle avait reconnu la présence dix jours auparavant. La tumeur, qui pesait 1 kilogr. 300, fut enlevée le 7 juin; elle présentait une consistance ferme et une coloration grise assez semblables à celles du squirrhe. Malheureusement, cette tumeur ne fut pas examinée histologiquement; néanmoins, pour M. Monod, il s'agissait certainement d'un squirrhe du sein, mais cette opinion ne repose que sur l'aspect macroscopique de la tumeur.

Depuis 1889 jusqu'au commencement de 1893, la malade n'a rien présenté de particulier; mais le 4 mars 1893, elle s'aperçut d'une certaine tuméfaction au niveau de la première pièce du sternum. Six semaines plus tard, cette tuméfaction avait beaucoup augmenté. Au mois de juin, alors qu'elle était au bord de la mer, la malade constata pour la première fois l'apparition dans le dos de plaques érythémateuses qui auraient duré quelques semaines, puis qui auraient disparu à la suite de l'application d'une pommade. Ces plaques reparurent en octobre; elles ne tardèrent pas à se généraliser, pendant un certain temps du moins.

Vers le commencement du mois de janvier dernier, j'eus l'occasion de suivre la malade pendant quelques semaines. Celle-ci, de constitution robuste, avait la face couverte d'un érythème dont la coloration rappelait la teinte du cinabre; il n'y avait pas un point de la face épargné; seules, les oreilles étaient indemnes. La malade présentait tout à fait l'aspect congestionné d'une personne qui vient de courir pendant quelque temps. Il n'y avait rien sur le cou, le tronc et les membres inférieurs, mais aux membres supérieurs, la face dorsale des mains et des avant-bras était couverte de larges plaques érythémateuses se confondant entre elles sur certains points et ayant la même teinte que le visage. Fait particulier, ces efflorescences n'étaient pas accompagnées de démangeaisons marquées. Il n'y avait pas trace de desquamation. L'état des ganglions n'a pu être relevé, la malade étant assez obèse. Un traitement arsenical n'amena aucun changement dans la coloration de la face et des mains.

La tumeur du sternum avait notablement augmenté de volume; la malade accusait dans le dos au niveau de l'omoplate gauche des douleurs très vives dues très probablement à la production d'une nouvelle tumeur.

Depuis quelque temps j'avais perdu de vue la malade, lorsque j'appris qu'elle avait succombé par suite de l'extension du cancer sternal vers le médiastin.

L'érythrodermie, paraît-il, avait disparu aux poignets et un peu pâli à la face quelque temps avant la mort; mais il n'y avait aucune trace de tumeur mycosique. Ni l'autopsie, ni l'examen histologique de la tumeur sternale n'ont pu être faits.

En présence de cet érythème chronique, d'une teinte toute particulière, le seul diagnostic que l'on pouvait poser était celui d'érythrodermie mycosique. La teinte cinabre de cette érythrodermie ne s'oublie plus quand on l'a vue une fois; mais un signe important manquait pour compléter le tableau : d'après MM. Besnier et Hallopeau, les érythrodermies scarlatiniformes prémycosiques sont toujours le siège de démangeaisons violentes; or, ici ces démangeaisons existaient, mais elles étaient très supportables.

Nature tuberculeuse du lupus érythémateux.

M. Ch. Audry (Toulouse). — Un malade qui portait sur la face, la cuisse gauche et la jambe droite des lésions anciennes et typiques de lupus érythémateux, vint mourir à ma clinique, d'une poussée de granulie péritonéale, pulmonaire, etc., partie d'un vieux foyer de tuberculose pulmonaire.

L'examen histologique des placards cutanés a montré dans la lésion de la face des lésions tuberculeuses très riches, beaucoup plus maigre dans la lésion de la cuisse, complètement nulle dans celle de la jambe.

Jusqu'à présent, on n'avait pas constaté de tubercules dans l'effervescence même du lupus érythémateux vrai ; on y parviendra, si l'on peut multiplier les coupes et faire des examens suffisamment complets et étendus.

Je n'y vois qu'une variété de lupus, et c'est une maladie tuberculeuse, comme le pense Besnier.

M. Brocq rappelle ses idées sur le lupus érythémateux et sur la nécessité de distinguer deux formes distinctes. Il rapporte deux faits intéressants.

Dans le premier, il s'agit d'un malade atteint depuis fort longtemps d'un lupus tuberculeux de la joue et d'un lupus érythématheux typique des doigts. Toutes les fois qu'il prend de l'iodoforme, les lésions des mains disparaissent, pour se montrer de nouveau quand il cesse l'usage du médicament; les lésions de la joue ne sont pas influencées. L'autre malade, une jeune fille, est atteinte de lupus érythémateux superficiel des joues, du nez et des doigts. L'iodoforme à l'intérieur a également fait disparaître les lésions des doigts.

Éruptions cutanées consécutives aux adénopathies inguinales suppurées.

M. Augagneur dit avoir observé plusieurs fois des éruptions d'érythème polymorphe, d'érythème noueux ou de purpura accompagnés de douleurs articulaires chez des malades porteurs de bubons vénériens suppurés. Il croit qu'il s'agit là d'accidents dus à la résorption de produits toxiques élaborés dans le foyer de suppuration.

La lèpre en Kabylie.

M. Gémy fait, sur la lèpre en Kabylie, une communication qui peut se résumer ainsi :

La lèpre vraie n'a pas encore été nettement, scientifiquement constatée chez les indigènes de nos possessions du nord de l'Afrique. C'est ainsi que M. le professeur Leloir, dans la carte qu'il a dressée sur la distribution géographique de la lèpre, laisse l'Algérie en blanc, les teintes roses indiquant les foyers lépreux.

L'orateur relate la longue observation d'un Kabyle atteint de *lèpre systématisée nerveuse*, diagnostiquée telle par M. Leloir lui-même.

Cette constatation est d'autant plus importante, d'après M. Gémy, qu'elle permet de soupçonner l'existence de la forme tuberculeuse chez ces mêmes indigènes, laquelle a été probablement souvent confondue, et par l'orateur lui-même, avec les manifestations tuberculeuses de la syphilis.

M. Gémy se propose de faire des recherches sur cette autre forme de la lèpre, certainement la plus fréquente.

Lentigo malin des vieillards.

M. W. Dubreuilh (Bordeaux). — Le lentigo malin des vieillards est une affection assez singulière, sur laquelle M. J. Hutchinson a récemment attiré l'attention. Elle débute par une macule brune ou noire et aboutit à la production d'une tumeur maligne.

La macule brune apparaît spontanément ou à la suite d'un traumatisme; dans les 4 cas que je rapporte, elle siégeait du côté gauche sur la conjonctive (obs. de Fano). Elle est constituée par une simple pigmentation sans aucune saillie ni aucun épaississement de la peau, et forme une tache irrégulière, variant du brun sépia au noir; elle persiste pendant des années (10 à 20 ans) en restant absolument stationnaire ou en présentant des variations de teinte, d'étendue, de forme ou

même en se déplaçant; les endroits qu'elle abandonne reprennent un aspect absolument normal; des changements notables peuvent s'observer dans l'espace de quelques semaines.

A un moment donné, il apparaît sur la tache ou dans son voisinage une tumeur maligne ulcérée, végétante, saignante, à accroissement rapide, mélanique ou non. Cette tumeur récidive après ablation, soit sur place, soit dans les ganglions, présentant à chaque récidive des caractères de malignité croissante en même temps qu'elle devient franchement mélanique.

Au point de vue histologique, il s'agit d'un carcinome mélanique constitué par de grandes cellules épithélioïdes irrégulières très lâchement unies entre elles, dépourvues de stroma et s'infiltrant dans les tissus voisins. C'est le type ordinaire des épithéliomas mélaniques de la peau.

Structure des glandes sudoripares.

M. Renaut (Lyon) a constaté que les cellules myo-épithéliales des glandes sudoripares se prolongent par un pied étalé à la surface de la membrane basale et qu'elles forment ainsi un revêtement continu qui sépare l'épithélium de cette membrane. Ces cellules myo-épithéliales sont disposées en spirale, et leur contraction, que M. Renaut a pu constater, exprime la glande comme une véritable éponge.

Récidives périodiques « in situ » d'un érythème polymorphe.

M. Hallopeau. — On peut voir des poussées d'érythème polymorphe se reproduire avec des caractères identiques à chaque époque menstruelle. Cet érythème peut n'avoir au début qu'une seule localisation; ses manifestations peuvent devenir graduellement plus nombreuses en se reproduisant toujours dans les points primitivement envahis avec les mêmes caractères, ici d'érythème papuleux, là d'érythème vésiculeux; ces récidives constantes dans les mêmes parties peuvent s'expliquer par la moindre résistance qu'opposent à l'action des toxines autochtones les parties intéressées par les précédentes éruptions.

M. Brocq fait remarquer que, dans ces cas, il faut toujours rechercher si les malades ne prennent pas de l'antipyrine. La communication de M. Hallopeau laisse de côté cette cause médicamenteuse.

Cependant, en dehors de l'antipyrine, il a observé deux fois chez des femmes des éruptions récidivantes, érythémateuses, papuleuses, ou même vésiculo-bulleuses.

Hérédo-syphilis maligne ultra-tardive.

MM. Ganzinotti et **Etienne** (Nancy) relatent l'observation d'une jeune fille née de parents syphilitiques et restée indemne de tout accident héréditaire jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. A ce moment, quelques jours après un traumatisme de la région, apparaissent des gommes du crâne, puis des gommes au niveau du genou gauche, atteint quelque temps auparavant d'une entorse. Un peu plus tard, tout à coup, éclatent des accidents cérébraux extrêmement graves (coma, hémiplégie) qui cèdent très rapidement à la suite de quelques injections de peptonate mercurique. La guérison se maintient pendant huit mois. Cette personne est alors atteinte d'une irido-choroïdite qui disparaît bientôt devant le traitement spécifique. Enfin, tout dernièrement, à vingt-neuf ans, des accidents faisant craindre l'évolution d'une tuberculose pulmonaire rétrocédèrent complètement après cinq injections.

Il est à noter que la mère et un frère parvenu à l'âge adulte ont présenté, eux aussi, des accidents très nets de syphilis cérébrale.

Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant.

M. Menault (Pont-de-Vaux) rapporte l'observation d'un malade de 40 ans, qui tous les printemps, à jour à peu près fixe, est pris de phénomènes d'embarras gastrique, de fièvre et d'une éruption scarlatiniforme d'un rouge intense. Au bout de 4 ou 5 jours, la fièvre tombe et le malade desquame en grands lambeaux : l'épiderme des mains s'enlève comme des gants; avec des précautions, le malade pourrait sortir de son épiderme comme une couleuvre à l'époque de la mue. Les cheveux ne tombent pas; les ongles présentent un simple sillon; il n'y a pas d'albuminurie.

PREMIÈRE RÉUNION DES LARYNGOLOGIQUES DE L'ALLEMAGNE DU SUD

Tenue à Heidelberg le 14 *mai* 1894.

Suppurations du nez et des cavités voisines.

M. Bresgen (Francfort-sur-Mein) soutient que les suppurations de la surface et à la surface de la muqueuse nasale sont rares, du moins dans la forme chronique. On peut même se demander si l'écoulement purulent de la seconde période du coryza aigu provient non pas d'une suppuration en nappe, mais d'un foyer local. L'hypothèse en question paraît d'autant plus probable que le pus s'accumule dans les divers conduits nasaux. Si l'examen rhinoscopique était fait systématiquement dans le coryza aigu, on aurait certainement trouvé très fréquemment une suppuration concomitante des cavités voisines.

Les suppurations nasales peuvent d'après M. Bresgen se diviser en trois groupes distincts. Le premier comprend le coryza des nourrissons, qui relève d'une infection du nez soit par du pus blennorrhéique ou par d'autres liquides pyogènes au moment du passage de la tête de l'enfant à travers le conduit génital de la mère, soit par des mouchoirs sales ou des doigts contaminés. Le second groupe comprend les suppurations nasales consécutives à une maladie infectieuse aiguë (rougeole, scarlatine, diphthérie, influenza, typhus, variole). Dans le troisième groupe on peut ranger les suppurations nasales relevant d'un empyème du sinus maxillaire par dents cariées.

Parmi les phénomènes constants qui accompagnent la suppuration nasale, il faut citer en premier lieu la céphalalgie, variable comme siège et intensité. Mais la valeur diagnostique de ce symptôme est très minime. Pour savoir si l'on a affaire à une suppuration de surface ou à une suppuration locale, en foyer, il faut pratiquer la rhinoscopie en repoussant en arrière avec une sonde garnie d'ouate les sécrétions et les croûtes. En procédant lentement et systématiquement on peut arriver à découvrir le foyer de suppuration.

Quant à la valeur de l'éclairage des sinus maxillaires et frontaux, on ne peut conclure à l'existence d'une lésion que lorsque la transparence disparaît complètement. En donnant à la tête une certaine position, on peut dans ces cas faciliter l'exploration des sinus et par conséquent le diagnostic de la lésion.

Le cathétérisme est particulièrement difficile quand il s'agit du sinus ethmoïde, et M. Bresgen n'est parvenu à exécuter cette petite opération qu'une seule fois; dans les autres cas il a été obligé de réséquer une partie du cornet moyen. D'une façon générale le cathétérisme des cavités ne doit être pratiqué que quand les autres moyens d'exploration et de diagnostic clinique ne donnent pas de renseignements précis.

A côté des suppurations des sinus et de leurs conduits qui s'ouvrent dans les cavités nasales, il faut savoir que souvent le foyer de suppuration siège dans une fente qui se trouve au-dessous de l'os nasal, en avant du cornet moyen.

Au point de vue de la suppuration nasale par lésions osseuses, M. Bresgen tient à déclarer tout d'abord qu'il a observé des cas où toute idée de syphilis ou de tuberculose devait être exclue et que ces suppurations sont au moins trois fois plus rares que la suppuration par foyer de suppuration locale.

Quand on se trouve en face d'une suppuration nasale, la première indication est de faciliter l'écoulement du pus. Le foyer une fois découvert, il faut enlever avec le couteau ou le thermocautère ou l'anse galvanocaustique les portions hypertrophiées de la muqueuse, les excroissances osseuses et cartilagineuses. Le sinus maxillaire doit être ouvert avec le poinçon au niveau du conduit nasal inférieur et l'orifice agrandi avec la gouge. De même pour le sinus sphénoïdal, il faut utiliser son orifice pour l'élargir ensuite à la gouge. Si le cornet moyen fait obstacle, on l'enlèvera avec la pince coupante. L'ouverture des sinus frontaux et ethmoïdaux doit être faite avec la plus grande prudence, afin

d'éviter une lésion des organes importants voisins. Les foyers de suppuration sont ensuite heureusement modifiés par des topiques.

Dans la suppuration nasale on trouve quelquefois des polypes, mais, d'un autre côté, on trouve des polypes qui ne donnent lieu à aucun écoulement purulent. Il est difficile de savoir à quel point les polypes provoquent la suppuration. Ce qui semble certain, c'est que la repullulation des polypes tient à la persistance de la suppuration. Dans les cas de prolifération polypeuse (granulations), l'os est presque toujours atteint, et c'est pour cette raison que la cuiller tranchante passe quelquefois dans les cellules ethmoïdales antérieures à travers l'os friable.

M. Prœbsting (de Wiesbaden) est d'avis que les polypes ne sont jamais primitifs, mais consécutifs, secondaires à une lésion des cavités voisines du nez. Lorsque ces polypes récidivants s'insèrent au niveau de l'hiatus semi-lunaire, ils sont pathognomoniques d'une suppuration des cavités voisines du nez. Par conséquent, l'existence des polypes récidivants doit être envisagée comme un signe diagnostique important d'une suppuration des sinus frontaux et des cellules ethmoïdales.

Un cas d'empyème traumatique du sinus frontal ou plutôt des cellules ethmoïdales antérieures, observé par M. Prœbsting, est une preuve décisive en faveur de l'hypothèse qu'il vient de soutenir.

Il s'agit d'une femme qui reçoit sur le front un coup qui, en brisant les lunettes qu'elle portait, lui contusionna la région nasale. Elle est prise d'épistaxis, de maux de tête et, les jours suivants, de sugillations qui recouvrent principalement la région frontale droite. Tous ces phénomènes disparaissent, mais la céphalalgie violente persiste, et lorsque, en janvier 1893, 6 mois après l'accident, la malade va consulter le médecin, celui-ci fait le diagnostic de catarrhe du sinus frontal droit en se basant sur l'existence d'un léger œdème de la paupière supérieure du côté droit. L'examen rhinoscopique pratiqué à ce moment avait montré que le nez était libre et ne contenait pas de polypes. Sous l'influence de l'antipyrine et des compresses sur la région frontale, la céphalalgie disparut.

En septembre, la malade vint consulter M. Prœbsting pour une diminution de l'acuité auditive et une obstruction du nez. A l'examen, on trouva dans la fosse nasale droite des polypes insérés sur l'hiatus semi-lunaire et le cornet supérieur; de plus, un catarrhe de l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustache. Les polypes, enlevés séance tenante, se reproduisirent en quelques semaines, pour récidiver de nouveau après une seconde opération. C'est à ce moment que M. Prœbsting apprit l'histoire complète de la malade. Il fit alors un lavage explorateur du sinus frontal et ramena du pus. Le diagnostic de suppuration du sinus frontal était ainsi établi. On fit donc la trépanation du sinus frontal, au niveau de l'orbite. Le sinus fut trouvé normal, mais au-dessus de lui se trouvait une volumineuse cellule ethmoïdale remplie de pus et tapissée d'une muqueuse visqueuse sur laquelle s'inséraient un grand nombre de petits polypes. Grattage soigné de la cellule et établissement d'une vaste communication sous le nez, à l'aide d'une canule passée du nez dans la cavité de la cellule. La plaie extérieure fut fermée. Sous l'influence du lavage de la cellule, à travers la canule laissée en place, la suppuration se tarit complètement. Les polypes ne se sont plus reproduits depuis 6 mois. La malade peut donc être considérée comme guérie.

Ce cas rappelle celui de Bouges où, à la suite d'une suppuration chronique du sinus consécutive à l'ouverture traumatique de ce dernier, il se forma des polypes muqueux dans le nez dont l'ablation était régulièrement suivie de leur reproduction.

Quand on songe aux difficultés que présente le diagnostic de l'empyème latent du sinus frontal et des cellules ethmoïdales, il faut utiliser tous les symptômes. La présence des polypes récidivants au niveau du cornet supérieur est sous ce rapport un signe particulièrement précieux.

M. Eulenstein croit que la ponction avec le trocart de Krause, préconisée par M. Bresgen, crée un orifice trop grand, pouvant devenir une véritable porte d'entrée d'infection.

M. Fischenich ne pense pas que le cas de M. Prœbsting soit aussi probant que l'auteur le dit, puisqu'il n'a nullement démontré que l'empyème dépendait réellement du traumatisme. D'un autre côté, il est certain que, dans un grand nombre de cas, les polypes récidivants dépendent d'une suppuration des cellules ethmoïdales, laquelle suppuration est la lésion primitive.

M. Kuhsnitz croit que c'est le siège des polypes qui permet de présumer de leurs rapports avec la suppuration. S'ils s'insèrent au niveau des orifices des conduits excréteurs des cavités voisines, on n'a qu'à faire le cathétérisme de ces derniers pour voir si elles suppurent ou non. La récidive des polypes s'observe du reste aussi souvent dans la carie sans suppuration que dans la suppuration seule des cavités voisines.

M. Avellis pense également que la suppuration est la lésion primitive et la formation des polypes la lésion secondaire. Il en est de ces cas comme de la gonorrhée où la suppuration, lésion primitive, est souvent suivie de formation de condylomes.

M. Bresgen soutient qu'en l'absence de suppuration voisine ou de nécrose osseuse, les polypes qu'on enlève radicalement ne récidivent pas. En cas de nécrose osseuse, les productions qui récidivent ont les caractères non pas des polypes, mais des granulations.

3e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'OTOLOGIE
tenu à Bonn du 12 *au* 14 *mai* 1894.

Cancer primitif du pavillon de l'oreille.

M. Denker (Hagen i. W.). — Il s'agit d'un homme de 71 ans qui a déjà subi, à plusieurs reprises, des grattages pour une ulcération récidivante du conduit auditif externe. Plus tard, il vit apparaître, sur l'antitragus, un nodule dont la nature carcinomateuse fut établie par un examen microscopique. Dans ces conditions, M. Denker fit l'ablation du pavillon de l'oreille et de la portion cartilagineuse du conduit auditif et pratiqua le curettage de la portion osseuse, jusqu'à la membrane du tympan restée intacte. La perte de substance fut ensuite comblée par un lambeau cutané pris sur la région pariétale, et par de petits lambeaux pris sur le bras et transplantés dans le conduit auditif. Guérison sans sténose du conduit auditif.

M. Bockemœhle (Münster i. W.) a opéré il y a trois ans un individu, d'un cancroïde de l'oreille. La récidive ne survint qu'au bout de deux ans et demi. Du reste, Lemcke a publié un cas d'extirpation d'un carcinome de l'oreille où la récidive se fit attendre cinq ans.

M. Barth (Marbourg) se rappelle avoir vu un individu qui présentait sur les deux oreilles des lésions en apparence de nature carcinomateuse. La guérison fut pourtant obtenue par l'application d'une pommade iodoformée.

M. Jansen a extirpé un carcinome de l'oreille qui n'a récidivé qu'au bout de deux ans.

Cholestéatome du rocher.

M. Reinhard (Duisbourg) admet que l'ablation de la portion osseuse et de la paroi externe de l'antre suivie d'établissement d'une fistule rétro-auriculaire suffit dans le traitement des petits cholestéatomes non compliqués de la voûte ou de l'antre. Par contre, dans les cholestéatomes volumineux compliqués de carie ou de nécrose, il faut essayer d'établir une fistule permanente aussi bien dans le conduit auditif que dans la paroi externe. Dans les cas opérés de cette façon, M. Reinhard n'a jamais observé de récidive, c'est-à-dire le retour de la suppuration. La béance de la fistule peut être obtenue par un procédé autoplastique d'après Schwarze ou Thiersch.

Sur 25 cas opérés de cette façon, 13 guérirent radicalement, La guérison a demandé en moyenne deux à neuf mois.

M. Hartmann (Berlin) considère comme absolument indispensable l'établissement d'une fistule rétro-auriculaire dans les cholestéatomes rapprochés de la paroi externe. Mais

dans les petits cholestéatomes de l'antre, l'ablation de la paroi externe de l'antre et la mise à nu de la voûte suffisent.

M. Jansen (Berlin) a observé plus de 100 cas qui ont guéri après l'établissement d'une fistule rétro-auriculaire permanente. Seulement il faut dire que la fistule ne garantit ni contre la reproduction de la membrane, ni contre la suppuration. Le cholestéatome s'observe fréquemment chez des individus tuberculeux.

M. Kretschmann (Magdebourg) soutient que la récidive est presque la règle dans les cholestéatomes. L'utilité de la fistule rétro auriculairee est fort discutable.

M. Hansberg (Dortmund) pense que l'établissement de la fistule rétro-auriculaire peut être évitée dans la majorité des cas. Ce qu'il importe avant tout, c'est de mettre à nu l'oreille moyenne.

Traitement des affections de la trompe d'Eustache.

M. Burkner (de Gœttingen) insiste sur la valeur et l'importance du cathétérisme dans la tuméfaction catarrhale ou non de la trompe. Pour lui, le cathétérisme serait même préférable à la douche de Politzer, qui trouve également son indication dans certains cas. La crainte d'une infection de l'oreille moyenne dans les affections aiguës du naso-pharynx et des trompes est exagérée, puisque cette infection peut se produire à chaque fois que le malade se mouche.

Comme traitement, M. Burkner insiste sur l'importance du gargarisme, et l'injection des liquides médicamenteux à travers la sonde. En tous les cas, le traitement par le cathétérisme combiné à l'injection de liquide donne d aussi bons résultats que le massage vibratoire préconisé par Urbantschitsch.

M. Bezold (Munich) admet avec M. Burkner que la douche de Politzer est indiquée dans les affections aiguës des trompes et que même chez les enfants on est quelquefois obligé d'avoir recours au cathétérisme.

M. Bresgen (Francfort-sur-Mein) recommande, pour les cas où le cathétérisme est difficile, de faire l'ablation des productions qui obstruent le naso-pharynx.

M. Siebenmann (Bâle) a souvent trouvé une ouïe normale et une membrane de tympan intacte quand même les choanes étaient obstruées. Les affections des trompes ne dépendent donc pas toujours d'une lésion des cavités nasales.

M. Barth (Marburg) a rarement l'occasion d'employer la douche de Politzer depuis qu'il s'occupe davantage de l'état des fosses nasales de ses malades.

M. Hartmann (Berlin) est partisan de la douche de Politzer. L'ablation des productions pathologiques des cavités nasales en cas de cathétérisme difficile, est inutile si l'on se sert d'une sonde mince à bec recourbé.

Carie aiguë du rocher après l'influenza.

M. Lemcke (Rostock) a observé quatre cas de carie et de nécrose aiguë de l'apophyse mastoïde après l'influenza. L'affection ressemble à une véritable ostéomyélite. Du reste, dans les otites post-influenziques, c'est souvent le squelette osseux qui est pris, de sorte que les phénomènes d'otite proprement dite s'effacent souvent devant ceux d'ostéite.

M. Barth (Marburg) a remarqué que les complications auriculaires de l'infinenza varient avec les épidémies. Dans une épidémie les otites moyennes qu'il a observées étaient caractérisées par un écoulement visqueux; dans une autre par des phénomènes inflammatoires violents qui disparaissaient rapidement sans amener la perforation de la membrane du tympan.

M. Jansen (Berlin) a fait un grand nombre de trépanations de la mastoïde durant la dernière épidémie d'influenza. Il a pu à cette occasion constater que les lésions osseuses rappelaient beaucoup celles de l'ostéomyélite.

M. Eulenstein (Francfort-sur-Mein) a également fait un grand nombre de trépanations de la mastoïde pendant l'influenza. Souvent on trouvait immédiatement sous la couche corticale des foyers très étendus developpés en peu de temps sans s'accompagner de phénomènes très accusés d'otite moyenne. Dans quelques cas il semblait s'agir d'une ostéite primitive.

M. Fischereich (Wiesbaden) a constaté aussi que les complications auriculaires ont pris une autre forme dans la dernière épidémie d'influenza. Tandis qu'auparavant on trouvait souvent des douleurs violentes dans l'apophyse mastoïde, sans carie, dans la dernière épidémie les otites avaient les caractères décrits par Lemcke.

M. Kœrner (Francfort) admet avec M. Eulenstein que dans certains cas d'otite influenzique, le processus frappe en premier lieu l'apophyse et secondairement l'oreille moyenne. L'affection est localisée au début au diploé et ne s'étend que secondairement aux cellules pneumatiques et à la caisse.

Atrésie acquise de l'oreille.

M. Kuhn (Strasbourg) a rapporté un cas d'atrésie acquise de l'oreille chez une jeune fille de 15 ans, consécutivement à l'application d'un vésicatoire qui fut entretenu pendant un an. La déformation du pavillon et le rétrécissement du conduit auditif furent guéris par un procédé autoplastique après excision de lambeaux cunéiformes dans les parties cartilagineuses.

M. Jansen (Berlin) a observé deux cas d'atrésie du conduit auditif. Il excisa le tissu cicatriciel et fit la transplantation, sur la paroi postérieure du conduit, d'un lambeau pris à la région mastoïdienne, et sur la paroi antérieure, d'un lambeau taillé sur la face postérieure du pavillon. Le résultat fut très satisfaisant dans les deux cas.

Mobilisation et extraction de l'étrier.

M. Kessel (Iéna) soutient que le traitement fonctionnel des maladies de l'oreille ne peut donner de bons résultats que lorsque les éléments nerveux de l'organe sont restés intacts. Lorsque l'étrier est mobile et que les nerfs sont conservés la ténotomie a pour résultat de conserver une acuité auditive de 25 mètres pour voix chuchotée, l'extraction de l'étrier une acuité auditive de 10 mètres, l'incision de la membrane du tympan suivie d'extraction de l'enclume et de l'étrier une acuité auditive de 8 mètres, à la condition de corriger la pression du labyrinthe par un appareil approprié.

Les otites moyennes chez les nourrissons.

M. Hartmann (Berlin) a observé 47 cas d'otite moyenne chez les nourrissons. En les étudiant, il arrive aux conclusions suivantes :

1° Le nombre considérable d'otites, 75 0/0 environ, qu'on trouve à l'autopsie des nourrissons morts d'une autre affection, se confirme par l'examen sur le vivant ;

2° Les phénomènes cliniques de l'otite moyenne chez les nourrissons sont l'agitation, l'amaigrissement, la fièvre ;

3° Très souvent l'otite moyenne est compliquée de broncho-pneumonie. Les deux processus relèvent probablement de la même cause (aspiration) ;

4° Dans l'otite moyenne la mort peut survenir par atrophie progressive ou par pénétration des micro-organismes dans la cavité crânienne (méningite) ou le sang (septicémie).

M. Wehmer (Coblenz) a insisté sur la nécessité d'avoir des spécialistes dans tous les asiles. Il voudrait également apprendre aux sages-femmes à reconnaître une otite moyenne.

M. Siebenmann (Bâle) trouve dans la communication de M. Hartmann la confirmation de ce fait qu'une partie au moins des otites survenant au cours des maladies infectieuses ne sont pas produites par la propagation à l'oreille d'un processus du pharynx, mais à une localisation auriculaire de la maladie générale.

Abcès du cerveau d'origine otique.

M. Joel (Gotha) rapporte l'observation d'un garçon de 11 ans, qui, deux mois après l'ablation du marteau suivie de mise à nu de la voûte, fut pris de phénomènes cérébraux graves. On ouvrit largement l'apophyse mastoïde et la caisse du tympan, puis on ouvrit la dure-mère très tendue après une résection de la partie écailleuse en haut et en avant de l'antre. Malgré plusieurs ponctions exploratrices, on ne trouva pas d'abcès. Le malade finit pourtant par guérir après l'abla-

tion d'une partie de la masse cérébrale qui a fait hernie à travers la plaie.

Dans un second cas observé par M. Joel, il s'agit d'un jeune homme qui fut brusquement pris de phénomènes cérébraux deux mois après la trépanation de la mastoïde et l'ouverture d'un abcès par congestion. Trépanation, ouverture de la dure-mère, incision de la substance cérébrale et évacuation d'un foyer rempli de pus fétide. Guérison.

M. Guge (Amsterdam) a observé un cas analogue chez un garçon de 16 ans pris d'otite au cours d'une influenza. L'otite avait nécessité une trépanation de la mastoïde et le malade était guéri depuis quatre semaines lorsqu'il fut pris de phénomènes cérébraux. On fit la trépanation, et, bien qu'on ne trouvât pas de méningite ni d'abcès intra cérébral, le malade guérit.

Dans ces cas, l'opération avait donc le même effet que dans la neuralgie mastoïde dite mastoïdite sèche.

M. Hamberg (Dortmund) a observé un garçon de 14 ans atteint d'otorrhée qui un jour est pris de frissons avec tuméfaction de la mastoïde. On fait la trépanation de la mastoïde qui est gorgée de pus, puis successivement on ouvre largement le sillon sigmoïde, on résèque toute la partie postérieure de la mastoïde et on enlève la partie osseuse qui recouvre le sinus transverse de façon à aborder un gros abcès des dimensions d'un œuf de pigeon. Quatre jours après, en changeant le pansement, on trouve au-dessus du premier abcès un second qui est ouvert à son tour. L'enfant finit cependant par succomber, et à l'autopsie on trouve dans la fosse cérébrale postérieure un troisième abcès développé non pas dans le cervelet, mais dans le lobe temporal.

M. Hamberg conseille donc, en se basant sur cette observation, de faire une vaste résection de l'apophyse mastoïde, de façon à mettre largement à nu le cervelet quand on soupçonne ce dernier de renfermer un abcès.

Thrombose du sinus dans les otites.

M. Jansen (Berlin) a observé 12 cas de thrombose du sinus qui se décomposent de la façon suivante : 2 cas de suppuration du bulbe seul, 1 cas de thrombose du sinus caverneux et pétreux supérieur, 9 cas de thrombose du sinus transverse, compliqués 6 fois de thrombose de la jugulaire, 2 fois de thrombose du sinus caverneux.

Pour M. Jansen, il est presque toujours possible de limiter le processus par une intervention précoce et énergique. Les dangers principaux sont l'arachnoïdite et les métastases pulmonaires. La pyohémie sans ostéo-phlébite est rare, de sorte que lorsqu'après la trépanation de la mastoïde on voit survenir les phénomènes de pyohémie, il faut penser de suite à une thrombose du sinus. Les phénomènes qu'on observe dans ces cas sont la fièvre pyohémique, les frissons, les métastases, la névrite optique, la méningite.

Il faut pourtant savoir que la thrombose non suppurée peut passer inaperçue. Sous ce rapport, il importe d'avoir l'attention fixée sur les abcès péri-sinueux dont le diagnostic suivi d'intervention appropriée peut prévenir la suppuration de la thrombose simple.

M. Reinhard (Duisburg) a obtenu la guérison d'un cas de thrombose par la trépanation précoce de la mastoïde suivie d'ouverture de l'abcès.

M. Koerner (Francfort-sur-Mein) présente une statistique d'où il résulte que lorsque l'opération est faite sans la ligature de la jugulaire, la mortalité est de 57 0/0 ; que quand la ligature est faite après l'opération, la mortalité est de 50 0/0 et qu'elle tombe à 31 0/0 quand on lie la jugulaire avant l'opération.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 *août* 1894.

Présidence de M. Empis.

Tétanos.

M. Le Roy des Barres communique les observations suivantes de tétanos :

1° Un jeune homme, de vingt-huit ans, couche dans une chambre attenant directement à une écurie qui a renfermé cinq ans avant des harnais ayant appartenu à un cheval tétanique. Un jour il reçoit sur la joue un caillou qui a frotté le sol de la cave. Quatre jours après, tétanos avec paralysie faciale, décès. La terre examinée bactériologiquement n'a donné aucun résultat positif sur la présence du microbe du tétanos.

2° Un enfant de 7 ans se fait une plaie contuse de la phalange unguéale du pouce, le doigt blessé est souillé de la terre d'une écurie du voisinage. Le lendemain du trismus, amputation du pouce. De ce jour l'état du blessé s'améliore et il guérit. La terre de l'écurie renfermait bien le microbe du tétanos, constaté par M. Netter qui fit des inoculations positives.

3° La matelassière qui avait refait, un mois après la guérison de celui-ci, les matelas du malade précédent, se blesse, quatre semaines plus tard, la plante du pied avec un clou qui avait traversé sa savate. La blessure a dû livrer accès dans l'organisme au virus tétanique qu'elle avait conservé à la surface de son corps, de ses vêtements ou de ses chaussures. Accès tétanique, décès.

4° Un homme de 28 ans est entraîné par une courroie de transmission ; il est conduit à l'hôpital, enveloppé d'une couverture d'écurie qui touche directement les plaies. Il a été impossible de savoir si cette couverture avait servi à un cheval malade. Au neuvième jour, tétanos. On donne du chloral ; le troisième jour, injection de sérum antitoxique, 200 centimètres cubes de liquide immunisant ; le malade succombe néanmoins.

Ces quatre cas sont le résultat de contagion médiate. Trois d'entre eux montrent l'habitat fréquent des germes tétaniques dans les locaux occupés par le cheval et la conservation prolongée de son pouvoir pathogène. Le deuxième montre l'utilité de l'intervention opératoire contre le tétanos. Le troisième fait est un nouvel exemple de contagion médiate inter-humaine. Le sérum antitoxique a été sans effet trois jours après le début des accidents ; peut-être serait-il plus efficace si on l'utilisait préventivement. Ces divers cas montrent que, pour assurer la prophylaxie réelle du tétanos, il faudrait désinfecter rigoureusement les locaux infectés et inscrire cette affection sur la liste des maladies à déclarer obligatoirement par les vétérinaires.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de Paris.

Contribution a l'étude du mal de Pott (ouverture d un abcès par congestion dans la cavité pleurale et le poumon suivie de vomiques), par Elie Herzenberg.

L'abcès par congestion suit d'habitude les lois de la pesanteur pour venir faire saillie au niveau du petit trochanter, au scrotum, etc. Parfois il vient s'ouvrir dans le poumon directement, exceptionnellement ; il s'ouvre dans la cavité pleurale pour former une pleurésie simple, une pleurésie interlobaire ou diaphragmatique purulente, et s'ouvrir de là dans le poumon et une grosse bronche, et être expectoré sous forme de vomiques.

Le traitement peut être médical ou chirurgical : *a*) Dans les cas de mal de Pott peu graves, on se contentera de l'immobilisation de la colonne vertébrale malade et d'une médication reconstituante et tonique : vin au quinquina, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, phosphate de chaux, amers, etc. ; *b*) Dans les cas graves, et certains cas favorables à une opération par leur siège, on aura recours à une intervention chirurgicale, qui consiste principalement à donner issue au pus et à tarir le foyer purulent en supprimant les parties osseuses malades.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

BORDEAUX

(Année scolaire 1893-1894).

Alibert. Du meilleur traitement chirurgical à appliquer aux goîtres parenchymateux, colloïdes et kystiques. — Lapasset. Revue critique des divers traitements proposés contre l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants. — Charbonnier. De l'assistance médicale en Algérie.

Maupomé. Contribution à l'étude de la réforme sanitaire dans la région pyrénéenne. — Doubrère. Quelques considérations sur la hernie étranglée réduite en masse et de son traitement par le taxis après une expulsion nouvelle. — Blanc. Contribution à l'étude de l'hydrothérapie en médecine et en chirurgie.

Gentilhe. De la stomatite impétigineuse. — Chevalier. Du tétanos consécutif aux traumatismes de l'œil et de ses annexes. — Renault. De la tuberculose herniaire.

Bénech. Toxicité du contenu stomacal dans la dilatation avec hyperchlorhydrie. — Laval. Du suc gastrique considéré comme antiseptique. — Lamasson. Contribution à l'étude des rapports de la chlorose et de la tuberculose.

Saint-Germain. Contribution au traitement de la chorée par le bromo-valérianate de zinc. — Foix. Des rétrodéviations utérines adhérentes et de leur traitement. — Bordier. De la supériorité des opérations sur le vagin et d'une nouvelle opération en particulier dans le traitement du prolapsus utérin.

Lasserre. Traitement chirurgical du cancer du pénis. — Jarron. Contribution à l'étude bactériologique de la grippe. Travail du Laboratoire des cliniques de l'École de médecine d'Alger. — Bertrand. Contribution à l'étude de l'articulation temporo-maxillaire. — Barada. Sur trois cas de fracture du bassin avec rupture de l'urèthre.

Reysset. Des abcès de la rate d'origine infectieuse sur un cas de splénite dans la variole. — Parrain. Sur les gommes syphilitiques de la trachée. — Poirier. De l'entérorrhaphie dans la hernie gangrénée.

Sternberg. Contribution à l'étude des lipomes articulaires du genou. — Albert. Contribution à l'étiologie de la kératite interstitielle. — Ribéreau. Contribution à l'étude des ruptures primitives de l'artère axillaire dans la luxation de l'épaule.

Ferrière. Des affections oculaires dans leurs rapports avec la grossesse, la parturition et la puerpéralité. — Guyonet. Sur quelques cas de malformation des oreilles et de tumeurs congénitales de la région préauriculaire. — Cazaban. L'érysipèle et la méthode antiseptique, de la méthode Hallopeau en particulier.

Galano. Contribution à l'étude du traitement des abcès du foie. — Henri. Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie général (Paralysie générale juvénile, paralysie générale conjugale). — Beille. Recherches sur les dégénérescences secondaires de la moelle épinière consécutives à des lésions de la subtance corticale du cerveau.

VARIÉTÉS

Corps de santé des colonies. — M. Le Quinquis a été nommé médecin de 2e classe.

Légion d'honneur. — M. le Dr Illy (colonies) est promu officier.

Déclaration des maladies contagieuses. — La discussion sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses s'est terminée, à la Société nationale de médecine de Lyon, par le vote de la conclusion suivante, présentée par M. Clément, rapporteur :

« La Société de médecine de Lyon est d'avis de mettre en pratique les prescriptions de l'article XV de la loi du 30 novembre 1892, telles qu'elles ont été formulées dans « l'article » ministériel du 23 novembre 1893. »

Un disciple de Mattei poursuivi pour exercice illégal de la médecine et acquitté. — Les tribunaux interprètent dans un sens plus que libéral la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine. Il y a quelques semaines la cour d'Angers acquittait un délinquant, parce qu'il n'avait prescrit aucun médicament et s'était borné à conseiller de l'eau aimantée, à mettre en œuvre certaines pratiques d'hypnotisme, pratiques considérées comme dangereuses et interdites non sans raison par plusieurs municipalités et acceptées comme innocentes et licites par les magistrats de la Cour d'appel.

Voici sur ce fait l'appréciation du *British medical journal* : *French legal progress strongly resembles that of a crab.*

Aujourd'hui le tribunal de Grenoble renvoie des fins de la plainte le curé de Mens qui médicamente sans diplôme ses paroissiens. Ainsi, ordonner des médicaments prônés par un charlatan italien, Mattei, et dont la formule n'est pas connue, n'est pas, dit le Tribunal, faire acte de médecin. Le curé de Mens aurait encouru la rigueur des lois, s'il avait prescrit un médicament inscrit au Codex.

Le Tribunal fait sienne cette singulière et fausse assertion du curé que *les pilules Mattei sont un médicament reconnu inoffensif par la Faculté de médecine de Paris*, et plus loin le Tribunal ajoute « que cette médication est connue de tous, que les pharmaciens vendent, que beaucoup de malades préfèrent, mais que les médecins ne veulent pas employer, non pas qu'ils la considèrent comme dangereuse ou nuisible, mais seulement parce qu'ils la tiennent pour absolument inutile. »

Il va sans dire que ce jugement est frappé d'appel par le Syndicat du Sud-Est qui avait pris l'initiative des poursuites contre le curé de Mens.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Le chloralose chez les aliénés. Communication à la Société médico-chirurgicale de Liège, par le Dr Léon L'Hoest.

En 1889, Hefter effectua pour la première fois la synthèse du chloral anhydre avec le glucose : il obtint un corps dont il ne donna pas les propriétés physiologiques, mais il le signala comme très toxique.

En recherchant les différentes combinaisons du chloral anhydre, Hanriot a récemment décrit une substance qu'il obtint par cristallisation et à laquelle il donna le nom de chloralose. Celui-ci se présente sous deux formes isomères : le parachloralose insoluble, et l'orthochloralose soluble qui seul nous occupe ici.

Le chloralose est un corps cristallisable, blanc, très soluble dans l'alcool bouillant, assez soluble dans l'alcool froid et l'eau chaude, modérément soluble dans l'eau froide : à 15 degrés, un litre d'eau en dissout 8 grammes.

Sa saveur est amère, ses solutions sont d'une amertume modérée.

Action physiologique. — L'action physiologique de cette substance a été bien étudiée par Hanriot et Richet.

Le *cœur* et la *circulation* ne sont pas influencés par le chloralose; des doses considérables, 60 centig. par kilogr. chez le chien, n'ont pas déterminé de modification de la pression sanguine.

Les symptômes d'intoxication se traduisent par la rareté de la *respiration*, le cœur gardant son rhythme normal. Les animaux empoisonnés par le chloralose périssent par asphyxie, à moins qu'en même temps on ne pratique la respiration artificielle.

La *température* n'est pas notablement influencée : les expériences à ce sujet ne sont pas très concluantes; en tout cas le chloralose n'est pas antipyrétique.

Système nerveux. — L'effet caractéristique du chloralose se localise sur le système nerveux, son action s'exerce sur l'écorce grise du cerveau; c'est un poison psychique, annihilant les fonctions de la conscience et de l'idéation.

La sensibilité réflexe de la moelle, surtout de la région supérieure et du bulbe, est exagérée : c'est ce qui distingue les effets du chloralose de ceux du chloral qui abolit ces réflexes.

Telles sont les conclusions formulées par Hanriot et Richet à la suite d'expériences faites sur le chien et dont voici le résumé : à doses faibles (25 centig. par kilogr.), l'animal est atteint de cécité psychique; il voit les objets sans les reconnaître, erre sans but dans le laboratoire; s'il est arrêté par un obstacle, privé d'initiative, il ne songe pas à se détourner.

A doses plus fortes (50 centigr. par kilogr.) le sommeil survient, impérieux, profond et calme, d'une durée de 5 à 8 heures. A ce moment on constate de l'anesthésie générale; d'autre part, à cause de l'exagération des réflexes, les bruits secs font tressauter l'animal. Le réveil est facile, rapide, sans lourdeur apparente.

Appareil digestif. — Pas d'action nocive; au contraire, l'appétit est souvent augmenté.

Action cumulative. — On a pu donner pendant un mois des doses considérables de chloralose à un même chien sans que l'effet se soit modifié. L'élimination se fait très bien, surtout par les voies urinaires. Il n'a donc pas d'action cumulative.

Accoutumance. — Le chloralose ne partage pas avec la plupart des autres hypnotiques le grand désavantage de l'accoutumance. Même après un long usage régulier, les doses ne doivent pas être augmentées.

Action thérapeutique. — Le caractère essentiel de l'action thérapeutique est la production du sommeil, c'est un hypnotique; son influence se fait sentir au bout d'une demi-heure à une heure. Il est précédé d'incertitude dans la marche, et, si on cherche à résister, de tremblements généralisés très pénibles.

Le réveil est facile, complet, sans lourdeur ni céphalalgie.

Pendant la durée du sommeil les bruits peuvent amener un réveil passager ou définitif.

Certains malades névropathiques éprouvent sous l'influence du chloralose des symptômes nerveux, ils se sentent la tête vide, sont abasourdis, ont des vertiges, etc.

Maragliano, dans une communication à l'Académie de médecine de Gênes, a prétendu que le chloralose pouvait provoquer les manifestations d'une névropathie latente. Il a cité des cas où cette substance occasionnait des troubles nerveux variables chez les hystériques : ces dernières seraient, d'après lui, très sensibles au chloralose.

Indications. — Le chloralose rend particulièrement des services dans les insomnies simples, dans les insomnies dues à des lésions des voies digestives, son emploi ne déterminant pas de troubles de l'estomac ni de l'intestin; dans les cardiopathies où il a l'avantage de ne pas modifier la tension artérielle; enfin dans les affections des voies respiratoires il a une action hypnotique certaine malgré l'oppression et la toux.

Contre-indications. — On dit qu'il y a contre-indication pour les hystériques, les ataxiques, les alcooliques et dans la paralysie agitante.

Doses. — Les doses varient de 10 centigrammes à 1 gramme, en moyenne il faut 20 à 60 centigr. On a pu donner 2 gr. 50 à une hystérique, sans accident.

Avantages. — Comme hypnotique le chloralose se recommande par un ensemble d'avantages qu'on rencontre rarement réunis dans la même substance, à savoir qu'il se prend à petites doses, qu'il est assez soluble dans l'eau, que sa saveur est faible, qu'il ne présente ni action cumulative, ni accoutumance; que le retentissement sur les voies digestives, sur le cœur et la tension artérielle est nul.

Observations personnelles.

Jai fait prendre à bon nombre de malades atteints d'insomnie des doses de 20 centigr. de chloralose, et les insuccès jusqu'à présent ont été exceptionnels. Le sommeil a été ordinairement calme, paisible, sans rêve, d'une durée de 6 à 8 heures, avec réveil facile, sans lourdeur ni céphalalgie.

Aliénées non agitées. — Ces résultats m'ont amené à employer cette substance chez les aliénées de l'hospice Sainte-Agathe, et d'abord chez les aliénées calmes, mais privées de sommeil, telles que les mélancoliques et les neurasthéniques : les choses se sont passées à peu près comme chez les malades à cerveau valide; les doses de 20 à 30 centigr. ont ordinairement réussi à ramener le sommeil.

Agitées. — L'action élective du chloralose sur la substance grise du cerveau nous permettant d'espérer l'apaisement de l'éréthisme nerveux des agitées, j'ai cru pouvoir tenter son usage chez ces dernières. Ces expériences ont été absolument favorables : le médicament, administré dans le courant de la journée à une malade agitée, a ordinairement amené le calme chez elle, sans pour cela provoquer nécessairement le sommeil qui ne survenait qu'avec de fortes doses ou chez des malades plus sensibles à cette substance.

On pourra, en effet, déduire de nos observations que les doses moyennes n'ont pas toujours occasionné le som-

meil, mais simplement supprimé l'excitation somatique et psychique des aliénées qui, tout en continuant à parler et à se déplacer, n'étaient plus bruyantes, violentes ni agressives.

Les médications usitées en psychiatrie pour calmer l'agitation, consistant surtout dans l'emploi des bains chauds, des hypnotiques et des antispasmodiques connus, sont d'une efficacité bien douteuse.

La morphine, par exemple, qui calme en provoquant le sommeil morphinique, est d'un mauvais usage chez les aliénés. Les bromures et le chloral, employés dans ces conditions, n'ont donné que des résultats médiocres, très incertains. Quant aux autres hypnotiques, la paraldéhyde, l'uréthane, l'hypnone et le sulfonal, les résultats que nous en avons obtenus nous permettent d'affirmer que, très utiles comme hypnotiques, ils ne peuvent guère servir à atténuer l'agitation.

Ces remarques ne s'appliquent pas aux médications par les bains tièdes prolongés, par les injections d'hyoscine, d'hyosciamine et surtout de duboisine, dont l'action sédative est beaucoup plus certaine.

Cependant, il faut, pour les bains tièdes, avoir vu les difficultés matérielles de leur administration pour se convaincre qu'ils sont un des moyens les plus malaisés de cette thérapeutique; la vue de l'eau, des moyens de contrainte indispensables, transforment parfois la simple excitation en véritable agitation.

Les expériences faites avec l'hyoscine et l'hyosciamine tendent à démontrer que ce sont là des médicaments dangereux, capables d'amener des accidents sérieux, aussi nous y avons renoncé.

Reste la duboisine que nous employions souvent pour calmer l'agitation. Ce médicament s'est ordinairement montré fidèle à doses variant de 1 à 3 et parfois 5 milligrammes. Il n'est cependant pas sans désavantage : on ne peut pas toujours pratiquer des injections sous-cutanées aux malades de cette espèce, qui s'effraient des troubles de l'accommodation provoqués par la duboisine; l'action sur la tension artérielle et le cœur contre-indique d'ailleurs formellement son emploi chez les cardiaques et dans les états adynamiques; enfin, son retentissement sur les voies digestives et la nutrition est parfois désastreux.

Malgré cela, la duboisine est certes un des meilleurs médicaments employés contre le syndrome agitation.

Chloralose. — Dans les observations que j'ai recueillies et qui ont trait à 16 malades agitées, traitées par le chloralose, nous avons toujours pu nous convaincre que celui-ci ne détermine pas de troubles digestifs, que le pouls n'est pas altéré dans son rhythme ni dans sa fréquence; enfin, chose importante, je n'ai constaté aucune modification de la tension artérielle. Les doses employées ont été moyennement de 25 à 60 centigrammes, la dose maxima de 1 gramme n'a jamais été dépassée.

Nous avons généralement administré le médicament à l'insu des malades, soit dans leurs aliments, soit dans leurs boissons.

Les 16 aliénées en observation se répartissent comme suit :

2 paralysies générales avec excitation paroxystique;
5 cas de manies, aigüe, chronique, périodique ou excitation maniaque;
1 cas de démence vésanique;
2 folies épileptiques;
3 idioties avec agitation;
1 démence sénile hallucinatoire;
1 chorée (folie chroréique).

Chez toutes ces malades l'agitation a été apaisée par des doses moyennes; une fois seulement nous avons dû élever la dose à 1 gramme, pris en deux fois.

Nous avons cependant à enregistrer quelques rares insuccès, dus certainement à l'insuffisance des doses.

L'observation n° IV est particulièrement intéressante parce qu'elle concerne une malade parfois très violente qui avait résisté à l'usage des bains chauds, des bromures, de la morphine et chez laquelle la duboisine a toujours provoqué des symptômes d'intoxication.

Enfin, pour finir, j'appelle l'attention sur deux expériences spéciales, et d'abord sur l'observation VI où les phénomènes hallucinatoires ont totalement disparu pendant l'administration du chloralose pour renaître sitôt que l'on cessait le médicament; ensuite l'observation III où nous avons pu annihiler totalement de grands mouvements choréiques avec 80 centigrammes de chloralose.

Nous nous sommes toujours bien trouvés d'incorporer cette substance dans un liquide après l'avoir préalablement dissoute dans un peu d'eau tiède. Parfois on a masqué son amertume en la mélangeant avec des aliments solides. Il est très avantageux de faire prendre en même temps des boissons telles qu'infusion de tilleul, etc., pour faciliter l'assimilation du médicament.

Nous n'ignorons pas que MM. Féré, Magnan, Lombroso et Maragliano ont déjà employé le chloralose chez les aliénés agités, mais il semble que c'est surtout en vue de combattre chez eux l'insomnie.

Dans ces quelques recherches, encore bien incomplètes, nous nous sommes plus appliqués à calmer l'excitation cérébrale qu'à réclamer du médicament son action incontestablement somnifère. Nous croyons les résultats assez concluants pour affirmer dès à présent que non seulement le chloralose est un excellent hypnotique, mais qu'à titre de sédatif de l'agitation, il est précieux au même titre que la duboisine sans cependant en partager les inconvénients.

REVUE DES CONGRÈS

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Cinquième session tenue à Clermont-Ferrand du 6 au 11 août 1894.

Rapports de l'hystérie et de la folie.

M. Ballet remarque que la folie hystérique est de plus en plus rare dans les asiles, mais de plus en plus fréquente dans les hôpitaux. Qu'est-ce donc que la folie ; qu'est-ce donc que l'hystérie ? Il donne comme définition de la première une perversion, quelle qu'elle soit : intellectuelle, morale ou instinctive des fonctions cérébrales. Il considère les idées hystériques comme correspondantes à la sphère subconsciente de la mentalité. Voici d'ailleurs quels sont les points principaux qu'il aborde dans cette étude préparatoire, où il ne fait en quelque sorte que poser une série de problèmes à résoudre :

1° Définition psychologique de l'hystérie (rôle du rétrécissement de la conscience dans la genèse des phénomènes hystériques); 2° relations cliniques et psychologiques entre l'hystérie et la dégénérescence mentale; 3° le caractère et les perversions instinctives des hystériques ; leur criminalité ; 4° les délires hystériques envisagés comme manifestations ou équivalents des attaques ; 5° les idées fixes et les idées subconscientes ; leur rôle dans la pathogénie de certains délires ; 6° y a-t-il une manie hystérique ? Caractères cliniques, formes diverses ; relation avec les attaques et les idées subconscientes ; 7° la mélancolie, lorsqu'elle se développe chez les hystériques, affecte-t-elle des caractères spéciaux ? 8° y a-t-il une confusion mentale hystérique ? Ses caractères, sa durée possible ; 9° les délires associés. Préciser leur importance et leur fréquence. Les distinguer des délires hystériques. Y a-t-il des caractères fixes symptomatiques ou psycho-

logiques permettant dans tous les cas de faire cette distinction ?

Peut-être trouvera-t-on que nous avons élargi outre mesure le cadre de la question soumise au Congrès. Nous ne le pensons pas cependant. L'étude des rapports de l'hystérie avec la folie manquerait de base et perdrait à la fois son intérêt clinique et psychologique si on n'avait au préalable précisé autant que faire se peut les caractères des troubles mentaux qui ressortissent en propre à cette névrose. A la vérité, ces considérations préliminaires ne sont point étrangères à la question, elles sont même presque toute la question.

M. Joffroy étudie ensuite les rapports réciproques de l'hystérie et de la dégénérescence mentale. Pour lui l'hystérie n'est qu'une modalité de dégénérescence. Les deux syndromes cliniques ont en effet la même origine héréditaire et sont reliés par une même altération de la personnalité (pénétration de la conscience par le subconscient).

M. Pitres (Bordeaux) rapporte une observation d'hystérique à attaques, chez laquelle les rêves nocturnes influaient sur le caractère à l'état de veille. En lui suggérant des rêves il a pu réussir à modifier heureusement son état mental; ce à quoi il n'avait pu aboutir par la suggestion directe.

M. Régis (Bordeaux). — Contrairement à ce qu'a soutenu M. Ballet, la perversité morale qui s'observe fréquemment chez les hystériques n'est pas niable; je pourrais en fournir de nombreux exemples : la question est de savoir si cette perversité relève de l'hystérie ou de la dégénérescence mentale? Pour le rapporteur elle est l'apanage de la dégénérescence; je crois au contraire qu'elle appartient en propre à l'hystérie : le terrain hystérique imprime toujours, selon moi, aux actes pervers un cachet spécial qui permet à un observateur expérimenté de les distinguer facilement des actes pervers accomplis par des vicieux ou de simples dégénérés.

En revanche, je suis complètement d'accord avec M. Ballet sur le rôle qu'il convient d'accorder au rêve dans la production des troubles mentaux des hystériques. Mais je vais plus loin que lui et je dis qu'il n'y a là rien de spécial à l'hystérie. Sans parler du délire alcoolique que Lasègue avait assimilé à un rêve, je soutiens que tous les délires toxiques ou infectieux présentent avec les états de rêve la plus grande analogie; ce qui le prouve, c'est que par une interpellation énergique on suspend pour un instant ces délires, on rejette pour quelques minutes ces insensés dans le domaine de la raison; or, rien de pareil n'a lieu avec les véritables vésaniques. On peut les interpeller avec la plus grande énergie, sans pour cela leur rendre la moindre lueur de raison. Ce rapprochement clinique, que j'établis sans pouvoir y insister, entre les délires, infectieux ou toxiques et les troubles délirants de l'hystérie, nous conduit naturellement à admettre leur communauté d'origine ; d'où cette conclusion, déjà mise en lumière par quelques auteurs, à savoir que tous les phénomènes hystériques sont le résultat d'une auto-intoxication.

M. Falret (de Paris). — Je ne discuterai pas la question de savoir si l'hystérie est distincte de la dégénérescence mentale, comme le veut M. Ballet, ou si elle n'en est qu'une modalité, comme le soutient M. Joffroy, pour la raison que je repousse complètement la théorie de la dégénérescence. Je me contenterai d'aborder un seul point un peu laissé dans l'ombre par M. Ballet, je veux parler de la *manie hystérique*. Le rapporteur semble mettre en doute l'existence de cette variété de folie ; je ne partage pas sa manière de voir et je crois, au contraire, qu'il est en général assez facile de distinguer un maniaque hystérique d'avec un maniaque simple. Dans la manie hystérique, il y a une semi-lucidité qui n'existe jamais dans la manie simple ; en outre, le délire des actes et les perversions sensorielles sont beaucoup plus prononcés dans cette première forme mentale que dans la seconde.

M. Vallon (de Villejuif). — L'existence de la manie hystérique était admise autrefois par Lasègue ; pour la différencier de la manie commune, cet auteur disait que le langage d'une maniaque hystérique était beaucoup moins télégrammatique, beaucoup moins haché que celui d'un maniaque simple. Mes propres observations m'ont prouvé la justesse de cette remarque; je suis donc disposé à soutenir avec M. Falret qu'il existe une manie hystérique reconnaissable à des caractères particuliers.

M. Charpentier (de Paris). — Je repousse absolument la conception psychologique de l'hystérie, telle que nous l'a exposée M. Ballet. Dire que l'hystérie est une désagrégation des éléments de l'esprit, un rétrécissement du champ de la conscience, ce n'est pas introduire dans la science une idée nouvelle, c'est revenir aux anciennes doctrines de l'animisme et du vitalisme. Je me rallierais beaucoup plus volontiers à la théorie de M. Féré, qui considère l'hystérie comme un résultat de l'épuisement nerveux.

Je ne discuterai pas davantage la question des rapports de l'hystérie avec la dégénérescence mentale, car, comme vient de le faire remarquer M. Falret, les expressions de *dégénérescence mentale* ou de *prédisposition héréditaire*, dont on a tant abusé dans ces derniers temps en les détournant de leur véritable sens, ne servent d'une façon générale qu'à masquer notre ignorance et ne jettent aucune lumière sur les faits qu'elles veulent expliquer.

Les médecins aliénistes doivent rester cantonnés sur le terrain de la clinique et de l'anatomo-pathologie et tenir en égale méfiance les prétendues théories explicatives des adeptes de la dégénérescence aussi bien que celles des psychologues.

M. Charpentier s'élève donc contre les applications de la psychologie pure à la clinique; il ne comprend pas ce que peuvent signifier les expressions champ de conscience, subconscience, etc. Pour lui, l'hérédité ne suffit pas à expliquer les stigmates dégénératifs; l'imitation et l'éducation, c'est-à-dire les conditions spéciales de milieu, devraient être également mises en cause. L'hystérie peut simuler tous les délires, de même qu'elle simule d'autres processus cliniques non psychopathiques.

M. Ballet. — Je réponds à MM. Falret et Charpentier que j'appelle *dégénérés* les individus qui, quelle qu'en soit la cause, se montrent dès leur première enfance différents des autres par la faiblesse, l'instabilité et la déséquilibration de leurs facultés. Je dis que dans l'état actuel de nos connaissances cette notion de la dégénérescence, malgré ce qu'elle peut avoir de trop compréhensif, nous est indispensable parce qu'elle nous sert de lien pour classer des maladies qui ne diffèrent les unes des autres qu'en apparence.

Ce point écarté, je ferai remarquer à M. Joffroy que je soutiens, comme lui, l'étroite parenté de la dégénérescence et de l'hystérie, mais je ne puis admettre que l'hystérie soit une modalité de la dégénérescence : c'est là pour moi, du reste, une question de nomenclature et non pas une question de doctrine. Je maintiens, enfin, que la perversité qu'on constate chez quelques hystériques est le fait de la dégénérescence qui coexiste souvent chez eux avec la névrose. La folie morale, en tout cas, et j'espère n'être contredit par personne, est bien une manifestation de la dégénérescence et non de l'hystérie.

M. Mendelsohn (Moscou) prend la défense de la psychologie expérimentale appliquée à la clinique psychiatrique ; il montre à ce sujet la possibilité de mensurations psychométriques intéressantes, et développe la théorie d'après laquelle la folie hystérique pourrait être considérée comme un équivalent psychique des accidents convulsifs moteurs.

M. Brissaud oppose les cas décrits d'hystérotraumatisme sans prédisposition connue ruinant la théorie de la dégénérescence.

M. Pierret, cherchant à dégager la caractéristique symptomatique du délire hystérique, la trouve dans le fait que le délire hystérique n'est que la continuation de l'attaque, par une sorte de virement de force nerveuse. D'ailleurs en guérissant ces hystériques délirantes, on les voit reprendre leurs stigmates primitifs.

Des névrites périphériques.

M. Pierre Marie. — Un certain nombre de doctrines opposées partagent actuellement les médecins sur la nature des névrites périphériques. Pour les uns, Leyden, Déjerine, Pitres et Vuillard, etc., les polynévrites seraient dues à l'altération directe produite par l'agent morbide sur les fins ramus-

cules nerveux, l'expression « névrite périphérique » exprimerait donc d'une façon tout à fait exacte le procédé par lequel se font les lésions dans cette affection. Pour quelques-uns (Joffroy et Achard), les névrites périphériques ou tout au moins celles d'entre elles qui se voient au cours d'une affection des centres nerveux (tabes, sclérose latérale amyotrophique) ne seraient qu'une lésion surajoutée, secondaire, due indirectement à l'altération des centres nerveux par suite du trouble diffus de la nutrition qui est la conséquence de cette altération. Pour d'autres auteurs (Leyden, Strümpell, Vierordt, F. Raymond, Minkowski, etc.), l'agent morbide agirait bien d'une façon directe sur les nerfs périphériques, mais il pourrait en outre provoquer en même temps d'une façon également directe l'altération d'autres organes, tels que la moelle et les muscles.

Enfin, d'après une autre doctrine (Erb, Remak, Eisenlohr, Stieglitz, etc., pour la névrite saturnine, Babinski), les altérations des nerfs périphériques seraient sous la dépendance des lésions qu'a provoquées dans les centres nerveux l'agent morbide. Tout d'abord, au seul point de vue de la clinique, un certain nombre de faits donnent sinon la preuve, du moins l'impression qu'on a affaire à une altération d'origine centrale. Comment, en effet, dans l'hypothèse d'une origine périphérique, expliquer la *symétrie* à peu près constante et complète aussi bien des troubles moteurs que des troubles sensitifs; comment expliquer aussi *l'incongruence de la localisation* de ces différents troubles avec le trajet des troncs nerveux? Anesthésie par segments; — conservation de certains muscles (long supinateur, etc.), alors que les autres muscles innervés par un même nerf sont paralysés; — résultats divers fournis par l'électrisation sur les muscles appartenant à un territoire nerveux unique. Enfin le fait que la paralysie atrophique de la polynévrite ne présente en réalité aucun caractère différentiel par rapport à la paralysie atrophique consécutive à la poliomyélite est bien de nature à faire supposer que toutes deux ont la même origine.

Quant à l'anatomie pathologique, s'il est vrai qu'elle nous montre les lésions des nerfs périphériques comme ayant une intensité toute particulière, il ne s'ensuit pas qu'elle permette d'affirmer l'indemnité absolue des centres nerveux. En effet, nous savons que dans la polynévrite le cerveau est souvent atteint, ainsi qu'en témoignent les troubles psychiques dont il a été question plus haut. Nous connaissons aussi des cas dans lesquels ont été constatées des lésions du nerf optique qui est en somme une portion de l'encéphale. Pour ce qui est de la moelle qu'un certain nombre d'auteurs ont déclarée indemne, plus les travaux se multiplient, plus les méthodes d'examen se perfectionnent, plus aussi on trouve les cellules de la substance grise altérées; à tel point que la tendance générale est aujourd'hui de considérer les lésions de la moelle comme concomitantes à celles des nerfs périphériques. Il faut, en outre, ne pas perdre de vue, ainsi que l'a fait remarquer Babinski, que la substance grise médullaire n'est pas le seul centre trophique des nerfs périphériques et qu'à cet égard les ganglions spinaux jouent un rôle important. Nous ne savons encore rien ou à peu près rien de la manière dont ils se comportent dans la polynévrite et, si nous ne sommes autorisés à affirmer qu'ils sont altérés, nous ne le sommes pas davantage à déclarer qu'ils sont indemnes.

Quant à ce qui est des lésions des nerfs périphériques eux-mêmes, quelque intenses qu'elles paraissent, elles ne présentent peut-être pas toute l'importance qu'on a voulu leur attribuer. En tout cas, on ne peut prétendre qu'elles soient proportionnelles aux symptômes présentés par les malades. En effet, il est de connaissance vulgaire aujourd'hui que dans bien des cas de maladies graves, de cachexie d'origines diverses, et même simplement chez les vieillards, on observe des lésions des nerfs périphériques tout à fait analogues, aussi bien comme aspect que comme intensité, à celles qui caractériseraient la polynévrite, sans que cependant les malades aient présenté aucun des troubles moteurs ou sensitifs propres à la polynévrite. C'est cet état que les nombreux auteurs qui s'en sont occupés (Oppenheim et Siemerling, Gombault, etc.) ont décrit sous le nom de *névrite latente.* Un argument auquel les partisans de l'origine périphérique de la polynévrite attachent une grande importance, est celui tiré de l'intégrité des racines antérieures. Comment, disent ces auteurs, pourrait-on admettre que l'altération des nerfs périphériques puisse être due à des lésions de la substance grise médullaire, alors que dans les racines antérieures on ne constate, même dans des cas de longue durée, aucune trace de dégénération?

Je crois avoir montré que cette intégrité des racines était loin de présenter l'importance qu'on lui a prêtée, car il m'a été donné, dans plusieurs cas d'altérations diverses de la substance grise bien caractérisées, englobant les fibres radiculaires intra-médullaires, de constater cette intégrité des racines antérieures. Cet argument n'a donc, à mon avis, nullement la valeur qui lui a été attribuée. D'ailleurs, pour combattre cet argument avant que fût faite la démonstration que je viens de rappeler, les partisans de l'origine centrale de la polynévrite avaient invoqué cette hypothèse que dans les lésions des centres les parties qui dégénèrent les premières sont les parties périphériques, celles qui sont les plus voisines des centres (notamment les racines antérieures) restant en apparence intactes, pendant un temps plus ou moins long. C'est là, en effet, si cette hypothèse est exacte, une manière très plausible d'expliquer l'intégrité des racines antérieures et des troncs nerveux dans la polynévrite, tout en admettant l'origine centrale de celle-ci. Mais si l'origine centrale de la polynévrite typique me semble devoir être admise, il ne s'ensuit pas que dans tous les cas de polynévrites l'origine périphérique doive être rejetée *a priori.* La névrite lépreuse, par exemple, et certains cas de névrite vasculaire peuvent fort bien reconnaître ce mode de production. Il y aurait donc lieu, parmi les névrites périphériques, de distinguer celles qui sont de cause centrale et celles qui sont réellement de cause périphérique. En résumé, l'un des points les plus intéressants de l'étude de la polynévrite est incontestablement celui de la pathogénie; en présence des opinions diamétralement opposées émises à cet égard, il serait indiqué d'en faire l'objet d'une discussion approfondie. C'est dans l'espoir de provoquer cette discussion que j'ai cru devoir, dans mon rapport, insister tout particulièrement sur ce point.

M. Babinski s'attache à définir la *névrite périphérique.* Il faudrait pour cela qu'il fût possible : 1° de reconstituer la physionomie clinique de la lésion d'après son anatomie pathologique; 2° réciproquement, d'après l'aspect clinique, on devrait pouvoir déterminer les lésions histologiques. Enfin il faudrait pouvoir diagnostiquer nettement les manifestations cliniques relevant de ces lésions de celles relevant de lésions des centres nerveux. Or si l'on prend, par exemple, les névrites toxiques alcoolique et saturnine, l'histologiste ne saurait les différencier anatomiquement. Dans d'autres cas de névrites supposées d'après les phénomènes cliniques, l'examen histologique n'a rien donné. Inversement, on a pu découvrir des névrites certaines, alors qu'aucun symptôme clinique ne les avait révélées sur le vivant. L'expression de névrite périphérique ne saurait impliquer que les lésions des nerfs sont primitives et que les centres soient indemnes. On la peut employer pour exprimer que la lésion prédomine à la périphérie, mais elle ne saurait être considérée comme le *substratum* unique des symptômes cliniques dont elle n'est que la lésion anatomique dominante.

M. Renaut considère que l'on devrait s'attacher à limiter l'expression de névrite périphérique aux cas de névrites interstitielles ou parenchymateuses, à l'exclusion des périnévrites. Le cylindre-axe, encore qu'il soit manifestement le prolongement d'une cellule ganglionnaire, doit être considéré, en anatomie générale pathologique, plutôt comme un membre de celle-ci que comme simple expansion absolument dépendante du conditionnement nutritif et conséquemment du trophisme du corps cellulaire qui l'a fourni. Dans cette conception, si on compare le filament nerveux au filament de Deiters initial, on peut admettre qu'un cordon nerveux est tout à fait disposé pour effectuer des processus réactionnels autonomes, dans nombre de circonstances, alors qu'il est l'objet de certaines actions pathogènes sur un point de son parcours et surtout au voisinage de ses terminaisons, c'est-à-dire là où son dispositif anatomique spécial varie parfois d'une façon très large. Si, en effet, au lieu d'étudier la variation subie par le filament de Deiters, on choisit les gros nerfs amyéliniques des cyclostomes, on voit que, dès que le filament axile devient un nerf, au sortir du névraxe, il quintuple brusquement de volume, pour le moins. Entre ses fibrilles prend place un abondant protoplasma granuleux

C'est l'agent actif de sa nutrition locale, à laquelle concourent aussi les cellules conjonctives de la gaine de Henle. Il ne croit pas à l'action fatale à distance de la cellule ganglionnaire pour expliquer la réaction locale des cordons nerveux, à l'encontre des actions pathogènes, pas plus qu'à la différenciation de constitution entre le cylindre-axe d'origine sensitive et celui issu de cellule motrice.

M Pitres. — Les nombreuses recherches que j'ai faites avec M. Vaillard ont contribué à établir d'une façon indiscutable l'existence des névrites périphériques. Je ne crois pas utile de relater à nouveau ici ces recherches qui ont été déjà l'objet de plusieurs publications ; je me bornerai aujourd'hui à vous présenter la synthèse de ces recherches dans l'essai de classification suivant :

On peut distinguer trois grandes catégories d'altérations périphériques des nerfs. Dans la première je rangerai les névrites de cause locale, dans la seconde les névrites de cause générale, toxique ou infectieuse, et dans la troisième les névrites de cause centrale. Ces trois grandes classes de névrites comprennent chacune un assez grand nombre de variétés.

A la classe des névrites de cause locale appartiennent : 1° la névrite *a frigore* ; 2° la névrite qui succède à une compression interne ou externe d'un nerf (traumatisme, tumeur, etc.) et enfin 3° les névrites qui sont la conséquence de l'habitat d'un élément organique vivant dans un nerf. Le type de cette variété de névrite est celle qui s'observe au cours de la lèpre.

Les névrites de cause générale comprennent deux variétés : 1° les névrites toxiques (plomb, alcool, mercure, arsenic, etc.) et 2° les névrites infectieuses (diphthérie, typhus, tuberculose, fièvres éruptives, grippe, etc.).

Enfin, les névrites d'origine centrale reconnaissent également deux variétés, suivant que la lésion préexistante des centres nerveux siège au niveau de la moelle (poliomyélite, tabes, etc.) ou du cerveau (hémiplégie, paralysie générale, etc.).

En terminant, je n'ai pas besoin de faire remarquer que le mécanisme intime de la production de ces différentes espèces de névrites est variable. Celles du premier et du second groupe sont dues à l'atération produite directement par l'agent morbide sur les fins ramuscules nerveux : ce sont de véritables névrites périphériques primitives, au moins dans un très grand nombre de cas. Celles du troisième groupe sont, au contraire, des névrites secondaires, puisqu'elles sont sous la dépendance d'une affection du système nerveux central.

Des rapports du tabes et des névrites périphériques.

M. Babinski. — Je désire vous exposer aujourd'hui aussi succinctement que possible les relations qui existent ou que certains auteurs ont cherché à établir entre le tabes et les névrites périphériques.

Les lésions de l'ataxie locomotrice consistent, comme on le sait, surtout en une sclérose des cordons postérieurs, en une dégénérescence des racines postérieures, en des altérations de la substance grise de la moelle et du bulbe, en une atrophie des nerfs optiques et enfin en des névrites dont on doit surtout la connaissance à Pierret, Déjerine, etc.

Quelle est la relation qui existe entre ces diverses lésions ? La plupart des pathologistes s'accordent aujourd'hui à reconnaître que les lésions des racines postérieures sont secondaires et celles des cordons postérieurs primitives. Il y a cependant quelques dissidences. Certains auteurs ont soutenu que la sclérose des cordons postérieurs résultait d'une dégénérescence secondaire consécutive à l'altération des racines postérieures. Cette manière de voir ne me paraît pas exacte ; en effet, d'une part, il n'est pas prouvé que le processus anatomique de la sclérose tabétique soit identique à celui de la dégénération secondaire, et, d'autre part, il est établi que la sclérose des cordons postérieurs peut exister sans que les racines postérieures soient nettement altérées.

Ce que l'on peut dire, c'est que les fibres des cordons postérieurs qui dégénèrent dans le tabes appartiennent principalement au système des fibres radiculaires. Mais quel est le point de départ de l'altération de ces fibres ? Il était tout naturel de le chercher dans les centres trophiques des fibres en question, dans les ganglions cérébro-spinaux. Cependant les résultats des investigations anatomiques, sauf dans quelques cas exceptionnels, ont été négatifs.

Si l'on veut, néanmoins, continuer à soutenir que des altérations ganglionnaires sont l'origine de la dégénérescence des fibres radiculaires, il faut invoquer l'existence de lésions dynamiques, ce qui n'est jusqu'à présent qu'une pure hypothèse.

Passons maintenant aux altérations du système moteur. Leur point de départ peut être localisé, à titre d'hypothèse, comme celui des lésions du système sensitif, dans les cellules nerveuses. Les altérations périphériques des fibres motrices peuvent être attribuées à une modification dynamique des cellules dont ces fibres dérivent, c'est-à-dire des cellules motrices de la moelle et du bulbe. Dans certains cas les modifications cellulaires sont plus profondes et de dynamiques elles deviennent organiques.

Cette hypothèse établit une relation étroite entre les altérations périphériques et les altérations centrales du système moteur. D'après cette conception, l'agent du tabes exercerait d'abord une action pathogène sur certains centres cellulaires en y produisant des modifications dynamiques ou des modifications organiques dont les altérations des fibres des nerfs et de la moelle ne seraient que la conséquence.

Enfin, la dégénération des fibres du nerf optique serait aussi sous la dépendance de quelques modifications plus ou moins appréciables de leur centre trophique.

Une opinion toute différente a été émise. On a supposé que les altérations des nerfs étaient primitives et que les lésions cellulaires qu'on observe parfois n'en étaient que la conséquence et se développaient par le mécanisme de la névrite ascendante. Le tabes, dit M. Déjerine, apparaît de plus en plus comme une maladie des nerfs périphériques, sensitifs, sensoriels ou moteurs.

Je rappellerai cependant qu'il n'existe pas encore une seule observation de névrite d'origine externe ayant donné naissance à des lésions spinales comparables à celles qui appartiennent au tabes. Je ferai observer ensuite que les polynévrites alcoolique, saturnine ou diphthéritique ne paraissent pas capables de donner naissance à la maladie de Duchenne.

M. Pierret. — Depuis près de vingt-cinq ans j'ai publié un grand nombre de travaux sur le tabes ; je n'y reviendrai pas, je désire seulement consigner aujourd'hui les principaux résultats qui découlent de mes recherches.

J'ai montré en premier lieu que le tabes dorsalis vrai était une maladie systématisée et j'en ai fourni la preuve en établissant qu'à côté des lésions de l'axe médullaire il existait dans cette affection des altérations du cerveau et des nerfs : le premier, j'ai décrit l'existence fréquente, au cours du tabes, de névrites cutanées. Toutes les parties du système nerveux sont donc altérées, à des degrés divers, dans le tabes et il serait tout aussi inexact de le considérer comme une affection du système nerveux central que d'en faire une maladie exclusivement périphérique.

Mais il y a un second point que je désire mettre en relief, parce qu'il prouve une fois de plus les nombreux liens qui unissent la pathologie mentale à la neurologie.

Quelle doit être la dominante symptomatique d'une affection qui porte son action sur l'ensemble du système nerveux ? Elle se traduira surtout par des phénomènes douloureux, sensitifs ou sensoriels extrêmement pénibles. Or, ces phénomènes, contrairement à l'opinion commune, retentissent fréquemment sur l'intelligence et finissent par déterminer l'apparition, chez les vieux tabétiques, de véritables délires à forme lypémaniaque ou à forme de délire de persécution. J'en ai rapporté plusieurs exemples. On peut observer également dans les mêmes conditions les différentes variétés de délire qui caractérisent la paralysie générale progressive, lorsque l'extension des lésions tabétiques du cortex a donné naissance à une véritable méningo-encéphalite secondaire.

Des psychoses dans les polynévrites.

M. Régis (Bordeaux). — A propos de la question des polynévrites périphériques, je désirerais dire un mot des troubles mentaux qui y sont parfois associés.

Plusieurs auteurs, surtout étrangers, ont décrit, comme on

sait, des troubles mentaux de la polynévrite. Ces troubles mentaux peuvent se présenter avec des manifestations délirantes et hallucinatoires variées, mais leur symptôme fondamental est l'obtusion, la *confusion mentale*, pour employer l'expression maintenant courante. Cette confusion mentale se traduit essentiellement, comme tous les auteurs l'ont fait remarquer, et en particulier Charcot pour la polynévrite alcoolique, par une perte de la mémoire massive, écrasante, portant plus spécialement sur les faits récents et actuels, si intense parfois que les malades, lorsqu'on leur pose une question, l'oublient immédiatement, comme ils perdent le souvenir des premiers mots d'une phrase qu'ils commencent, du repas qu'ils viennent de faire, etc., etc.

Si l'on est tout à fait d'accord sur les caractères symptomatiques de l'état mental dans la polynévrite périphérique, en revanche on ne l'est point sur sa pathogénie. Certains auteurs, comme Korsakoff, font de cet état mental une manifestation spéciale à la polynévrite, d'où le nom de *cérébropathie toxémique* ou *psychose polynévritique*, qu'ils lui ont attribué. D'autres, tout en reconnaissant qu'on le rencontre assez fréquemment dans la polynévrite, n'admettent pas qu'il lui soit spécial, encore moins subordonné, et considèrent que trouble mental et polynévrite sont deux conséquences possibles d'une même cause, l'intoxication ou l'infection.

Certains faits dans lesquels le même trouble mental s'est observé à la suite d'une maladie infectieuse sans coexistence de polynévrite, joints aux nombreux faits que l'on connait de polynévrite sans le moindre désordre intellectuel, sont très probants à cet égard.

En voici un, du même ordre, que je viens d'observer tout récemment.

Il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'une angine diphthéritique grave, présenta une obtusion mentale des plus manifestes. A peine rentré au corps, au mois d'avril 1894, il fut atteint d'une nouvelle maladie infectieuse, la rougeole, qui, dès la période d'incubation, aggrava notablement son état psychique en y ajoutant un élément mélancolique accompagné de tendance au suicide. A la fin du mois de mai, ce jeune homme, de nouveau en convalescence, revint chez lui et, comme il ne s'améliorait pas au point de vue cérébral, on me l'amena le 10 juillet. Il est hébété; on lui parle, il n'a pas l'air de comprendre et fait répéter la question. Avant d'y répondre, il a l'air de réfléchir, puis il parle lentement, en mots coupés, hachés, espacés les uns des autres par de courts silences, comme s'il cherchait dans l'intervalle ce qu'il va dire. Il a oublié bien des choses, notamment les détails de ses deux infections, sur lesquelles il ne donne que des renseignements très vagues; il ne sait ce qu'il a fait la veille et dans la journée; il ignore s'il a mangé. Il se rappelle beaucoup mieux les souvenirs anciens, notamment les leçons d'école et l'écriture sténographique apprise autrefois, mais il serait fort embarrassé, dit-il, pour expliquer les installations électriques dont il s'occupait peu avant son tirage au sort. La mémoire, du reste, n'est pas seulement atteinte; il y a chez lui adynamie psychique générale intense, car la moindre opération de la pensée nécessite un effort et un temps relativement considérables. L'équation personnelle, mesurée à ce point de vue par M. Rivière, a donné un retard double de la normale. A côté de cette obtusion, on trouve encore chez le malade un certain degré de dépression mélancolique sans délire, conscient, presque logique, qui lui fait désirer la mort plutôt que de rester indéfiniment dans cet état d'infériorité mentale.

Tel est, depuis près de huit mois, l'état psychique du malade, ce qui prouve combien sont profonds et durables les retentissements des maladies infectieuses sur le système nerveux.

Or, ce malade, dont l'état mental est manifestement l'état mental caractéristique de la *psychose polynévritique*, n'a jamais eu de polynévrite, ou plutôt il n'en avait jamais eu jusqu'ici, lorsque le 24 juillet, à la suite d'un refroidissement léger, il se présente à nous avec un peu d'arthrite de l'épaule gauche, de vives douleurs spontanées du bras de ce côté, exagérées par le moindre mouvement, enfin une hyperalgésie au toucher du nerf cubital tout le long de son trajet. La plupart des nerfs des membres sont douloureux, en particulier les nerfs cubitaux, les nerfs circonflexes, les cruraux. Certains points des masses musculaires sont également douloureux. Il y a aussi quelques troubles de la sensibilité, notamment de l'hypoesthésie symétrique au niveau des épaules.

Je laisse aux neurologistes le soin de décider si, dans ce cas, on peut supposer que ces manifestations d'ailleurs incomplètes et peu intenses de polynévrite sont imputables à l'infection déjà ancienne et de nous dire s'il existe des précédents de ce genre. *A priori*, cela peut être et il me semble qu'étant donnée la persistance si longue des troubles post-infectieux, on peut admettre que l'infection laisse après elle et pour longtemps une disposition éminemment favorable aux polynévrites, sous l'influence de la moindre cause occasionnelle.

Quoi qu'il en soit et s'il y a réellement ici un début de polynévrite, je tiens à faire remarquer que cette polynévrite n'est survenue que près de huit mois après l'apparition de l'obtusion mentale et que, par conséquent, on ne peut la considérer comme véritablement liée au trouble mental.

Ce fait vient donc à l'appui de cette opinion que la psychose dite polynévritique est tout simplement une psychose infectieuse, et je suis de ceux qui pensent, par conséquent, que polynévrite et psychose sont deux manifestations différentes de la même cause, l'intoxication ou l'infection, susceptibles de se présenter suivant les cas, soit isolées, soit associées.

Assistance des alcooliques.

M. Ladame (Genève) a développé son rapport préparatoire dont nous extrairons les conclusions :

1. Dans la lutte contre l'alcoolisme, il faut mettre en œuvre tous les moyens prophylactiques, répressifs et curatifs que fournissent l'initiative privée, la législation et l'assistance par l'Etat.

2. Parmi les moyens prophylactiques on devra donner tous ses soins à l'éducation de l'enfance, spécialement de l'enfance moralement et matériellement abandonnée, à l'amélioration du logement des ouvriers et à l'alimentation populaire, ainsi qu'à toutes les institutions destinées au développement matériel, moral et intellectuel des classes ouvrières (salles de lecture et de conférences, cuisines et cantines populaires, caisses d'épargne, cafés de tempérance, etc.).

3. Il faut s'efforcer de propager partout la fondation de sociétés de tempérance sans lesquelles les meilleures lois demeurent une lettre morte. Ces sociétés n'agissent pas seulement comme moyen préventif pour relever les buveurs et empêcher leurs rechutes, mais elles préparent l'opinion publique et rendent efficaces les mesures législatives dont elles prennent souvent l'initiative.

4. La législation pénale s'est montrée impuissante contre l'alcoolisme et jamais les pénalités, même les plus cruelles, n'ont pu guérir un ivrogne. L'accumulation des courtes peines, qu'il est de mode d'appliquer aujourd'hui contre l'ivrognerie dans certains pays, est particulièrement fâcheuse. D'autre part, l'impunité, trop facilement admise pour les délinquants et les criminels alcooliques, est un grand danger social et une véritable prime pour la perpétration de nouveaux crimes.

La législation pénale peut collaborer efficacement à la lutte contre l'alcoolisme : 1° En frappant la vente des spiritueux falsifiés et impurs; 2° En punissant les aubergistes et les débitants qui favorisent l'ivresse de leurs clients et qui donnent des spiritueux à boire à des mineurs. Tout individu qui a sciemment enivré une autre personne devrait être puni par la loi; 3° En punissant l'ivresse publique. Mais cette punition ne s'est montrée efficace que dans les pays où des mesures énergiques de prévention la rendent rare et condamnable par l'opinion; 4° En punissant plus sévèrement non seulement les récidives, mais surtout l'ivresse qui se produit en certains lieux (tribunal, église, assemblées publiques, etc.) ou pendant certaines occupations qui constituent un danger pour autrui; 5° L'irresponsabilité médico-légale des délirants alcooliques doit entraîner leur internement d'office dans des établissements spéciaux dont ils ne pourront sortir qu'après guérison complète et lorsque toute crainte de rechute sera écartée. Ils y seront réintégrés à la première menace de récidive.

5. La déchéance de la puissance paternelle, l'interdiction des buveurs et leur mise sous curatelle sont des mesures efficaces et nécessaires, mais qui ne doivent généralement pas

être prises avant le placement des ivrognes dans un asile destiné à leur traitement et à leur guérison.

6. La non-reconnaissance des dettes de cabaret est une mesure législative qui peut avoir une certaine efficacité, de même que l'interdiction de fréquenter les auberges (dans les campagnes et les petites villes).

7. Les taxes, impôts et accises sur les boissons n'ont par elles-mêmes aucune action sur la consommation des spiritueux. Elles ne deviennent utiles dans la lutte contre l'alcoolisme que si elles sont accompagnées d'autres mesures législatives appropriées et d'un dégrèvement correspondant des boissons dites hygiéniques (café, thé, chocolat, sucre, etc). Le dégrèvement du vin et de la bière n'a aucun effet sur la fréquence de l'alcoolisme.

8. Le nombre des auberges ne peut être pris comme criterium de la consommation alcoolique dans un pays, et la réduction du nombre des débits n'a pas pour effet de diminuer parallèlement la consommation de l'eau-de-vie.

Toutefois la réduction du nombre des cabarets est une mesure qui s'impose, mais elle n'est efficace que si elle est poussée très loin et si elle est accompagnée d'autres mesures législatives restrictives sur la fabrication et le commerce des spiritueux et, enfin, si l'opinion publique se prononce énergiquement en faveur de la tempérance.

9. Le système de licence de Gœteborg et de Bergen qui ont eu d'excellents effets dans les pays scandinaves ne rencontreraient pas toujours ailleurs les circonstances favorables qui en ont assuré le succès. Ces systèmes n'agissent qu'indirectement sur la diminution de l'alcoolisme, qui ne peut être obtenue que par d'autres mesures restrictives concomitantes.

10. Le monopole de l'Etat a donné jusqu'ici de bons résultats en Suisse, en diminuant de 25 0/0 la consommation de l'eau-de-vie et en assurant la purification des alcools. Ce système ne pourrait cependant pas être adopté partout avec les mêmes avantages, car les circonstances politiques et économiques dans lesquelles se trouvent les divers pays influent grandement sur ses résultats. Le monopole peut être établi sous trois formes distinctes qui peuvent être combinées entre elles : monopole de fabrication ; monopole de rectification ; monopole de vente. Suivant les cas on pourra adopter l'un ou l'autre de ces monopoles ou les combiner deux à deux ou les trois ensemble. Jamais ils ne suffiront à eux seuls à la répression de l'alcoolisme.

11. Le système de la prohibition totale, nationale ou locale, d'origine américaine, a exercé parfois une heureuse influence dans plusieurs Etats de l'Union américaine, dans certaines localités de l'Angleterre, de la Hollande et des pays scandinaves. Les mœurs actuelles de la plupart des pays européens rendent impossible chez eux l'application de ce système.

12. L'assistance des alcooliques réclame avant tout la fondation d'asiles pour la guérison des buveurs. Ces asiles doivent remplacer les prisons et les maisons de correction qui aggravent l'état physique et moral des ivrognes qui y sont placés et contribuent à les rendre incurables.

13. Ces asiles doivent être organisés et dirigés d'après les principes de la science médicale. On y recevra les cas récents et curables. La loi devra accorder à ces asiles un droit de détention sur les buveurs qui y seraient internés, moyennant une déclaration médicale, pour une durée minimum de 6 mois et maximum de 2 ans.

14. L'abstinence totale des boissons alcooliques, le travail et la discipline sont les principes fondamentaux du traitement moral dans les asiles pour buveurs. Le personnel et les employés doivent s'y conformer aussi bien que les pensionnaires.

15. A sa sortie de l'asile l'ivrogne guéri doit être placé dans un milieu abstinent, sous le patronage des sociétés de tempérance. A la moindre menace de récidive, il doit pouvoir être immédiatement réintégré dans l'asile.

16. Les buveurs aliénés, épileptiques et délinquants ne doivent pas être admis dans les asiles pour la guérison des ivrognes.

17. Il faut fonder des établissements spéciaux pour l'internement, la détention et le traitement des buveurs aliénés, épileptiques, délinquants ou moralement pervertis.

18. La fondation d'hospices spéciaux serait désirable pour le placement des ivrognes incurables qui sont par leur dissipation, leur immoralité et leur violence, un danger permanent pour leur famille et pour la société.

M. Vallon rapporte deux observations d'alcooliques par abus l'un du vermouth, l'autre du rhum. Il put guérir l'un des malades par l'administration réitérée de sa boisson favorite avec adjonction d'eau-de-vie allemande ; c'est une tentative analogue à celles faites en Suède et en Angleterre pour dégoûter les alcooliques de leur boisson préférée.

M. Legrain lit ensuite un mémoire posant le principe de l'asile spécial autonome à l'exclusion de l'asile mixte. Il développe ensuite la nécessité préalable de dispositions légales spéciales restreignant juridiquement les conditions de la mise en liberté pour les récidivistes de l'ivrognerie. Avec M. Vallon il réclame des conditions particulièrement sévères d'exclusion de toute boisson prohibée, condition impossible à réaliser dans un établissement où les services généraux seraient communs avec un asile ordinaire. Les catégories précises de malades à traiter ainsi et à soumettre à un régime tout spécial doivent être tout d'abord bien nettement déterminées.

M. Charpentier propose de distinguer les alcooliques simples des alcooliques vicieux ou délinquants.

M. Deny voudrait qu'on n'admît dans l'asile spécial que les malades dont l'affection mentale relève bien directement des excès alcooliques à l'exclusion de tous les autres malades à alcoolisme surajouté ; sans cela l'asile spécial sera bientôt encombré de malades de toutes catégories.

M. Joffroy objecte qu'il est difficile d'exclure les dégénérés intoxiqués par l'alcool, cas le plus fréquent, car, ainsi que le disait Lasègue, ne devient pas alcoolique qui veut ; il faudrait comprendre les dégénérés avec alcoolisme ; mais il peut y avoir là équivoque et, comme le craint M. Deny, déviation de l'institution par rapport à son but primitif.

M. Deschamps, du Conseil général de la Seine, demande au Congrès un programme à suivre pour l'édification prochaine de l'asile spécial, dont il a fait voter le principe et les fonds d'établissement à Ville-Évrard. On peut ramener à cinq les questions qu'il pose : 1° Doit-on construire un asile d'alcooliques dans le département de la Seine ? 2° Si l'édification de cet asile doit être différente de celle des autres asiles d'aliénés, est-il possible au Congrès de soumettre un programme dont s'inspireront les architectes décidés à concourir ? 3° Les services généraux peuvent-ils convenir à la fois à un asile d'aliénées (femmes alcooliques ou non) et à un asile spécial d'alcooliques (hommes) ? 4° Quelle est la catégorie d'aliénés qu'il conviendrait d'interner dans cet asile spécial ? 5° Croit-on qu'il sera facile au département d'utiliser les 500 places de l'asile d'alcooliques ?

M Bourneville. — Tout de suite je dois déclarer, pour qu'il n'y ait pas de doute sur mon opinion, que je voterai les conclusions qui terminent le remarquable rapport de notre collègue M. Ladame, concernant la création d'asiles spéciaux pour le traitement de l'ivrognerie. Ceci dit, j'aborde les questions soulevées par M. Deschamps. Ma tâche se trouve d'ailleurs singulièrement facilitée par les observations présentées par MM. Vallon, Legrain et A. Voisin. M. Deschamps a fait allusion au programme que j'ai été chargé d'élaborer pour être discuté par la Commission de surveillance des asiles de la Seine et relatif à la construction d'un cinquième asile d'*aliénés*. On ne croyait pas, a-t-il dit, qu'il fallait un programme spécial pour la construction d'un asile d'alcooliques. On pensait que c'était la même chose qu'un asile d'aliénés. Cette erreur, un peu étrange, a été partagée par l'administration. En effet, à la séance du 19 juillet de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, l'administration, après avoir rappelé le vote du Conseil général sur la création et la mise au concours d'un *asile d'alcooliques*, annonçait qu'elle avait décidé de remettre aux architectes concurrents la partie adoptée de mon rapport sur le cinquième asile d'aliénés. Nous avons fait remarquer que ce rapport avait trait à un asile d'aliénés et non à un établissement d'alcooliques sur lequel la Commission n'a pas été consultée. Du reste, n'ayant pas étudié la question de l'organisation d'un établissement pour les alcooliques — et qu'entend-on par là ? — je ne me sentais pas en mesure, quant à présent, de tracer un programme quelconque. Notre rapport ne peut donc être donné qu'à titre de renseignement. La discussion s'est terminée par un vote déclarant que la Commission de surveillance dégageait

sa responsabilité relativement à la création d'un asile d'alcooliques.

En l'absence d'un programme administratif, et du titre que portent les affiches : construction d'*un asile d'aliénés*, les architectes se trouvent dans un grand embarras. M. Deschamps vient de nous demander de les en tirer, en traçant ici le programme, que n'ont donné ni le Conseil général, ni l'Administration, d'un *asile d'alcooliques*. Déjà, les précédents orateurs ont démontré les inconvénients de l'adjonction d'un *asile d'ivrognes* à côté d'un *asile d'aliénés*. Il s'agit là, en effet, d'un établissement hybride. M. Deschamps a cru aussi utile de demander au Congrès ce qu'il faut entendre par *alcooliques*. C'est là une question qui aurait dû être préalablement tranchée et nous l'avons posée, nous, à l'administration, qui ne nous a pas répondu. Il y a les *ivrognes*, les uns accidentellement, les autres de profession; — ensuite les *alcooliques* délirants (aliénés) à l'état subaigu, aigu ou suraigu; — enfin les aliénés dont les diverses formes mentales ont pû être occasionnées par des excès alcooliques.

Est-ce à toutes ces catégories qu'est destiné le futur asile, ou n'est-ce que pour les ivrognes? Le programme est tout à fait différent dans les deux cas. Vous demandez si vos deux asiles peuvent avoir des services généraux communs. On vous a dit qu'un asile d'ivrognes devait avoir une discipline toute particulière; qu'une surveillance constante devait s'opposer à l'introduction des boissons alcooliques. Or, avec des services généraux communs, à chaque instant, vous courez le risque de voir la surveillance dévoyée et votre traitement compromis. D'où la nécessité d'avoir un asile distinct pour vos alcooliques. Et puis la contiguïté de votre asile d'aliénés à côté d'un service d'hommes ivrognes ne constitue-t-elle pas une situation pénible pour vos malades aliénés et pour leurs familles? Votre conception ne constitue pas un progrès.

Vous avez réclamé, dites-vous, une enquête auprès des médecins pour savoir quelle était la proportion des malades qu'on pourrait retirer des anciens asiles pour les mettre dans l'asile des alcooliques. M. Deny vous a répondu 5, M. Charpentier 75. Leurs services étant semblables, la divergence des réponses tient à ce que l'un vous a donné le chiffre des ivrognes professionnels qui de temps en temps ont des accidents d'alcoolisme qui les font interner, tandis que l'autre a compris dans sa statistique les aliénés chez lesquels l'alcoolisme a joué un rôle dans la production de l'aliénation mentale. Or, à notre avis, les délirants alcooliques constituent un groupe de malades aliénés dont la place est dans les asiles ordinaires. A plus forte raison en est-il de même des autres aliénés à excès alcooliques. Si vous les placez dans votre futur asile, il devient alors un véritable asile d'aliénés. Nous estimons que les malades aliénés doivent passer avant les ivrognes. Que c'est à faire face à ces besoins du service des aliénés qu'il faut d'abord consacrer les ressources disponibles. Or, sur vos 12 à 13,000 aliénés, 6,000 seulement à peine sont hospitalisés dans les asiles de la Seine. Les autres sont exilés, loin de leurs parents, loin de leurs amis — ce qui est inhumain — dans les asiles des départements, où ils prennent la place des malades de ces départements, qu'on transforme en incurables, qu'on n'hospitalise pas parce qu'ils coûtent, tandis que les nôtres rapportent. Ce qu'il faut, en premier lieu, c'est de réaliser, en le mettant à la hauteur des besoins nouveaux, le programme indiqué il y a une trentaine d'années. En ce qui concerne les ivrognes, espèce particulière de malades, vous n'aurez pas le droit de les interner; ils ne rentrent pas dans les formes habituelles, classiques de l'aliénation mentale. Il vous faut donc, avant de créer un asile pour eux, obtenir une loi qui vous permette de les hospitaliser, de les interner, de les traiter, de les maintenir malgré eux. C'est par là qu'il faut commencer. Vous verrez ensuite à manifester pour eux vos bonnes intentions et à leur construire des asiles spéciaux.

M. Joffroy appelle l'attention du Congrès sur les sophistications des alcools, et réclame la monopolisation de ce produit par l'Etat qui en surveillerait la qualité et diminuerait sinon la quantité d'alcool absorbé, au moins son degré de toxicité, car il faut considérer non seulement avec M. Alglave les quantités moyennes de consommations, mais aussi les toxicités progressivement plus grandes des alcools produits particulièrement par les importateurs étrangers.

M. Giraud s'attache ensuite à faire ressortir l'importance du caractère confessionnel des sociétés de tempérance à l'étranger. Là seulement où elles ont eu ce caractère, elles ont pu donner quelque résultat; aussi estime-t-il qu'il n'y a pas à compter sur ce moyen de réformer les mœurs d'une partie de la population en France; il se rallie à la proposition de M. Joffroy, concernant la monopolisation par l'État.

Sur la proposition de MM. Deschamps et Joffroy et sur les conclusions de MM. Ladame et Legrain, après une discussion à laquelle prennent part MM. Bourneville, Doutrebente, Vallon, Deny et Brissaud, le Congrès vote les vœux suivants :

« Il y a lieu de fixer les conditions légales de l'internement spécial des buveurs d'habitude, alcooliques dangereux pour l'ordre social. Un asile spécial doit répondre à l'assistance et au traitement de cette catégorie particulière. Enfin, dans l'érection de cet établissement nouveau, il faut que les commissions et conseils élus veillent à ce que l'administration consulte les médecins aliénistes sur les conditions pratiques d'application de ce mode nouveau d'assistance et sur l'organisation intérieure la mieux appropriée à ce but. »

Hallucinations oniriques des dégénérés.

M. Régis. — La rareté des hallucinations chez les dégénérés héréditaires, notamment chez les persécuteurs, est un fait bien connu; il existe cependant des dégénérés, se rapprochant par bien des points des persécuteurs, qui sont assez sujets à des hallucinations : je veux parler des dégénérés mystiques. Voici les principaux caractères de leurs hallucinations :

Ce qui ressort tout d'abord de leur examen, c'est que le plus souvent ces hallucinations ont lieu la nuit et durant le sommeil. On peut cependant les observer le jour dans des conditions particulières, telles que l'extrême fatigue, la méditation, les longues prières, l'extase, etc., c'est-à-dire dans les états comparables au rêve : c'est pour cette raison que je les ai appelées *hallucinations oniriques* ou hallucinations de rêve.

Le second caractère des hallucinations mystiques, c'est d'être intermittentes, de ne se renouveler qu'à des intervalles de plusieurs jours, de plusieurs semaines, quelquefois même de plusieurs années.

En quoi consiste l'hallucination onirique? C'est un ensemble d'hallucinations, une sorte de scène hallucinatoire suivie, cohérente, complète, à type toujours uniforme. Une apparition surgit aux yeux du malade, le plus souvent animée et céleste, mais toujours environnée d'une clarté plus ou moins brillante. Presque toujours une voix s'élève et dicte au malade dans la langue mystique ce que le ciel attend de lui, en un mot elle lui révèle sa mission. D'habitude le mystique recueille avec ferveur ces paroles qui lui serviront désormais de guide; il s'enhardit parfois jusqu'à entrer en conversation avec l'apparition. Dans certains cas, surtout chez les hystériques, le rapprochement entre la créature et l'être surnaturel devient plus étroit; il y a possession, incarnation, etc.

Ainsi, les diverses hallucinations de la vue, de l'ouïe, du toucher, du goût, de l'odorat sont susceptibles de survenir et de se succéder dans la vision mystique.

Cette participation de tous les sens indique assez que les hallucinations oniriques sont des hallucinations psycho-sensorielles et non de pures représentations mentales.

Il n'est pas nécessaire de dire que les hallucinations oniriques ne sont pas exclusives aux dégénérés. Elles peuvent, en effet, se rencontrer chez tous les aliénés à délire mystique, notamment chez ceux qui sont atteints de folie systématisée religieuse, mais ici elles occupent pour ainsi dire l'arrière-place, dominées qu'elles sont par le délire et les hallucinations diurnes habituelles. On les rencontre encore dans l'alcoolisme, dans les psychoses infectieuses et, d'une façon générale, dans tous les délires toxiques.

M. Régis exhume à ce point de vue les vieux textes relatifs aux régicides historiques : Ravaillac, Jacques Clément, etc. Il rapproche de leurs hallucinations celles des aliénés homicides mystiques actuels, entre autres un anarchiste aliéné à délire politico-mystique avec tendances à des réactions sociales violentes.

M. S. Garnier lui objecte que des inculpés de ce genre peuvent s'appuyer sur l'existence d'hallucinations simulées

de ce genre, dans l'espérance d'être déclarés irresponsables. Il exige de M. Régis un critérium autre que les renseignements rétrospectifs et la description du malade, présumée impossible à contrôler.

Confusion mentale, amnésie continue et anesthésie générale chez une hystérique; résultats de l'expérience de Strumpell.

M. Séglas (Paris) rapporte, au nom de M. Bonnus et au sien, l'observation d'une malade âgée de dix neuf ans, hystérique, anesthésique totale et présentant un certain degré de confusion mentale dont le principal symptôme était l'amnésie sous la forme rétro-antérograde et continue.

L'occlusion simultanée des yeux st des oreilles (expérience de Strumpell) détermine un état de sommeil particulier, précédé de contractures, de secousses cloniques, de modifications respiratoires s'accompagnant de contractures mobiles, de frémissement des paupières, d'un retour de la sensibilité et de la mémoire pour tous les faits en apparence oubliés, en un mot d'une activité intellectuelle presque normale. L'ouverture des paupières, maintenue de façon prolongée, amène le réveil que la parole est insuffisante à provoquer, à moins de formuler une injonction formelle à cet égard. Une fois sortie de cet état, la malade n'en garde aucun souvenir.

L'occlusion des yeux seuls ou des oreilles seules détermine les mêmes phénomènes, à condition d'être prolongée un certain temps et pourvu que la malade soit abandonnée à elle-même, sinon il ne se produit ainsi aucune modification des symptômes habituels.

Les manœuvres hypnotiques ordinaires déterminent un état de somnambulisme de tous points identique à celui qui succède à l'expérience de Strumpell. Dans chacun de ces états, la malade conserve le souvenir de l'autre et les regarde elle-même comme identiques. En revanche, elle les différencie formellement de son sommeil naturel, qui n'est d'ailleurs ni précédé, ni accompagné, ni suivi des mêmes symptômes.

Cette malade est suggestible, mais seulement dans des circonstances particulières, comme l'état de distraction provoquée avec écriture automatique et inconsciente, ou un état de somnambulisme à développement intellectuel moins complet que les précédents, avec persistance de l'anesthésie, retour moins complet de la mémoire et se produisant d'ailleurs, comme les précédents, à la suite de l'expérience de Strumpell.

Cette suggestibilité peut faire espérer une modification dans l'état mental de la malade, car les troubles qu'elle présente paraissent liés à la présence d'une idée fixe subconsciente que l'on retrouve dans les somnambulismes, ou par l'écriture automatique, ou même dans le délire des attaques.

Il résulte de cette observation que l'état particulier qui succède à l'expérience de Strumpell n'est nullement un sommeil naturel, mais bien un état somnambulique; que cet état somnambulique, comme tout autre du même genre d'ailleurs, peut varier chez le même malade suivant des circonstances difficiles à préciser; à plus forte raison, qu'il peut varier suivant les malades. C'est sans doute à ce fait qu'il faut attribuer pour une part les divergences des opinions exprimées par les auteurs, l'autre part revenant aux différences qui, d'après la lecture de leurs observations, ont certainement existé dans les conditions de leurs expériences.

Paralysie générale à forme tabétique.

M. Joffroy. — Dans le courant de l'année 1890 je fus consulté par un malade qui présentait tous les symptômes du tabes : crises douloureuses, troubles urinaires, signes de Romberg et d'Argyll Robertson, etc., etc., sans aucun trouble cérébral.

L'année suivante j'envoyai ce malade à Lamalou, et à son arrivée on remarqua qu'il présentait quelques troubles cérébraux survenus inopinément pendant le voyage : peut-être avait-il eu à ce moment une petite attaque apoplectiforme. Amélioré, il retourne à Lamalou deux ans plus tard, et l'on constate alors des troubles de la parole, de la mémoire et de l'intelligence qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une paralysie générale. Enfin, cette année le malade entra dans mon service avec un accès maniaque violent, à la suite duquel il succomba. Fait remarquable, il présentait une amélioration très marquée de la marche et la disparition du signe de Romberg.

L'examen histologique de la moelle a donné les résultats suivants :

Sur une coupe au niveau du tiers moyen de la région cervicale de la moelle épinière, on trouve les racines saines; les méninges sont épaissies. Les cordons de Goll sont pris dans leur totalité et leur lésion s'étend en se réfléchissant à la façon d'une bordure au niveau de la commissure postérieure. Dans le faisceau pyramidal croisé et la zone de Gowers les vaisseaux présentent des gaines épaissies et les capillaires sont entourés d'un tissu interstitiel plus abondant que d'habitude. Les faisceaux latéraux postérieurs sont sains.

Au niveau de la région cervicale inférieure les modifications sont profondes. Il existe de la méningite, et dans les cordons de Goll et la zone voisine de la commissure postérieure on observe les mêmes lésions que sur la coupe précédente. Au niveau des racines postérieures on constate des lésions, mais légères. De plus, on trouve ici la lésion dans la zone latérale des cordons postérieurs.

Sur une coupe de la région dorsale moyenne on voit : l'épaississement des méninges avec périartérite, dans les cordons postérieurs les mêmes lésions que sur la coupe précédente, et au niveau des racines postérieures des lésions qui, sans être très profondes, le sont plus que sur la coupe précédente.

Dans les cordons latéraux (faisceau pyramidal croisé) on n'a plus la lésion constatée plus haut, mais seulement un très léger épaississement des vaisseaux de cette région.

Dans la région dorso-lombaire on note l'épaississement des méninges et de leurs vaisseaux, la sclérose de l'ensemble des cordons postérieurs, l'atrophie des cellules de la corne antérieure et de la colonne de Clarke. La lésion des racines est loin d'atteindre ce qu'on voit dans le tabes.

Sur des coupes de la région lombaire il y a de la méningite spinale, pas de lésions dans les cordons antéro-latéraux, et une lésion totale des cordons postérieurs s'avançant jusqu'à environ un quart de la distance de la commissure postérieure à la périphérie.

Si nous jetons un coup d'œil sur l'ensemble des lésions rencontrées sur ces différentes coupes, nous voyons qu'elles diffèrent de celles du tabes par plusieurs points de départ : d'abord par les lésions des cornes antérieures qui s'observent rarement à un si haut degré dans le tabes, mais surtout par l'état des racines dont les altérations sont minimes sur une grande étendue de la moelle et beaucoup moins accusées que dans le tabes classique. C'est en réalité à une paralysie générale spinale ayant simulé le tabes aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique que j'ai eu affaire dans ce cas. Au point de vue clinique, il faut remarquer l'amélioration si notable des symptômes moteurs et la disparition du signe de Romberg.

Ces faits ne sont pas absolument isolés: j'ai déjà publié l'observation de deux malades analogues. Pendant dix ans, on observa chez l'un d'eux les symptômes du tabes au complet; puis survinrent les signes de la paralysie générale avec disparition des symptômes d'incoordination et du signe de Romberg. En résumé, malgré des analogies considérables, il y a dans ces faits des différences, tant au point de vue des symptômes qu'à celui des lésions.

Un cas de neurasthénie; trépanation; guérison.

M. Levillain (Nice) communique une observation de neurasthénie (type Beard-Charcot) ayant débuté à l'âge de douze ans chez un jeune élève à la suite de maux de tête violents et persistants, accompagnés et paraissant provoqués par une dépression crânienne de 8 millimètres de profondeur sur 5 centimètres de largeur et 9 centimètres de longueur, siégeant sur la moitié interne du pariétal gauche, près de la suture médiane. Ce malade souffrait, depuis trois ans, de maux de tête presque continus, mais exagérés par le travail, et qui aboutirent à la formule neurasthénique type, caractérisée par les symptômes suivants : céphalée constante, impossibilité absolue de travail, vertiges, insomnie, amyosthénie matutinale, troubles dyspeptiques, constipation, etc.

La plupart de ces accidents s'amendèrent sous l'influence du traitement, mais les maux de tête, qui ne cédèrent jamais complètement, s'exagéraient au moindre effort de travail. En

outre, quelques accidents se développèrent qui firent songer à la possibilité d'une compression cérébrale par la dépression crânienne existante; c'est alors que M. le docteur Duret (Lille), consulté, proposa et pratiqua la trépanation. L'opération décela un amincissement considérable du pariétal sur toute l'étendue de la dépression, mais aucune lésion méningée ni corticale; le chirurgien se contenta de relever la région osseuse enfoncée; les suites furent heureuses : le malade guérit en quinze jours, et depuis lors les maux de tête ont disparu, ainsi que l'état neurasthénique.

M. Duret pense que la trépanation a pu faire disparaître les maux de tête et, par suite, permettre une amélioration de l'état général et même la guérison; mais l'orateur estime qu'il faut faire des réserves à cet égard.

M. Ballet ne croit pas non plus que l'intervention chirurgicale ait été chez le malade de M. Duret la véritable cause de la guérison : certains neurasthéniques, en effet, guérissent, au même titre que les hystériques, par une opération, qui n'agit pas en tant qu'opération, mais simplement par l'ébranlement nerveux qui en est la conséquence. Il cite un exemple analogue où un diagnostic erroné de rein flottant conduisit à une opération inutile au point de vue du but chirurgical, mais curative au point de vue médical, en ce qu'elle suffit à faire disparaître tous les troubles nerveux simulant l'aspect clinique du rein flottant douloureux.

M. Régis observe que, de même que pour l'hystéro-traumatisme, il y a lieu de distinguer une neurasthénie traumatique distincte de la neurasthénie type de Bird; il appelle en même temps l'attention du Congrès sur d'autres formes dites pseudo-neurasthénies et neurasthénies préparalytiques, telles que la paralysie générale, par exemple.

MM. Langlois et **Doutrebente** reconnaissent l'importance de cette dernière distinction, au point de vue de l'intervention thérapeutique intempestive, mortelle même dans le cas où le paralytique au début est méconnu et traité comme neurasthénique simple, par l'hydrothérapie froide par exemple.

Sur deux cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse.

M. P. Londe (Paris) communique deux cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse. Les deux malades dont il s'agit, observés dans le service de M. le docteur A. Robin, sont frère et sœur. Ils ont été pris exactement au même âge, à vingt-six ans, d'incoordination musculaire dans les membres inférieurs et supérieurs avec troubles de la parole et symptômes neurasthéniques. Le frère, plus jeune que sa sœur de dix ans, offre de l'exagération des réflexes rotuliens, du tremblement intentionnel, un léger degré de scoliose, de la titubation, etc. La sœur ne peut plus marcher sans aide; elle se tient à peine debout; mais au début « elle marchait de travers ». Elle a donc parcouru la période que représente aujourd'hui l'état de son frère. Ces observations diffèrent, pourtant, par l'absence de troubles visuels du type morbide décrit par M. Marie; il en est de même d'un autre malade observé par MM. Brissaud et Londe. Par ce caractère, ces faits se rapprochent de ceux qui appartiennent à la maladie de Friedreich et plaident en faveur de la théorie cérébelleuse de cette maladie émise par Menzel et défendue par Senator. D'autre part, ils ressemblent d'une façon frappante à certains cas de sclérose en plaques avec lesques le diagnostic est très difficile à établir en dehors du caractère familial. On sait, d'ailleurs, que celui-ci aurait été rencontré dans cette maladie, tout à fait exceptionnellement, il est vrai, d'après les observations de Dreschfeld.

Origine otique d'un certain nombre de cas de paralysie faciale « a frigore ».

M. Lannois (Lyon). — L'étiologie de la paralysie faciale *a frigore* reste fréquemment obscure et il y a lieu d'attirer l'attention sur une cause, non pas inconnue, mais trop fréquemment négligée de cette affection. C'est l'otite moyenne légère atteignant surtout la paroi interne de la caisse et déterminant le gonflement du névrilème du facial, surtout dans les cas où le canal de Fallope présente une fissure, ce qui paraît fréquent. J'ai observé plusieurs cas démonstratifs de cette variété de paralysie faciale; l'origine de cette affection rend compte d'une série de symptômes difficilement explicables en dehors d'elle, comme la fièvre, les symptômes généraux, les douleurs d'oreille qui existent dans la moitié des cas, les troubles de l'ouïe, etc.

Il y a donc intérêt à examiner l'oreille dans tous les cas de paralysie faciale périphérique, car le pronostic de la paralysie d'origine auriculaire est plutôt favorable, surtout si l'on dirige contre sa cause un traitement approprié.

Des urines à la seconde période de la paralysie générale.

MM. Klippel et **Serveaux** (Paris). — Il résulte de nos recherches que les urines des paralytiques généraux sont essentiellement variables comme composition et comme quantité. Nous pouvons cependant donner les caractères généraux de l'excrétion urinaire moyenne à la seconde période de la paralysie générale. Il existe alors une polyurie incontestable; les urines ont une faible densité et sont de coloration claire avec un dépôt muqueux assez abondant. L'excrétion de l'urée est diminuée d'une façon sensible ainsi que celle des phosphates, tandis que la quantité des chlorures est au contraire notablement augmentée.

Il y a souvent de l'albumine en très petite quantité, très fréquemment des peptones et presque toujours de l'acétone.

Contribution à l'étude histologique des dégénérescences spinales.

M. Klippel. — Il est rare qu'on ait l'occasion d'observer dès leur début les lésions des dégénérescences spinales et jusqu'ici les auteurs ont peu insisté sur ce point. Ce qu'on connaît très bien, c'est l'aspect des lésions à une période où la destruction des tubes nerveux est telle qu'il y a déjà sclérose.

On peut néanmoins surprendre le processus histologique dans sa première phase si l'on a soin de rechercher systématiquement la lésion des malades, les paralytiques généraux, par exemple, ayant succombé très rapidement à leur affection.

A ce moment, aucune lésion n'est encore visible à l'œil nu, et même à l'aide du microscope il n'y a pas encore de sclérose.

A ce premier stade l'altération porte essentiellement sur les tubes nerveux eux-mêmes.

Tout tube nerveux comprend normalement une gaine de myéline et un cylindre-axe : ces deux éléments sont lésés. Pour ce qui concerne la myéline, on observe une tuméfaction (œdème inflammatoire) faisant apparaître le tube nerveux de cinq à dix fois plus volumineux que normalement. Cette lésion débute par la partie la plus centrale, dans la portion voisine du cylindre-axe. En ce point la myéline se liquéfie, tandis qu'à la périphérie du tube, elle conserve encore ses cercles concentriques. Quelquefois elle se transforme en boules très fines qui donnent à cette portion centrale un aspect granuleux. Cette dégénérescence entraîne une coloration plus foncée qu'à l'état normal avec le picro-carmin et la nigrosine, mais sans atteindre le degré de coloration du cylindre-axe qui, par le fait, se distingue bien des parties environnantes. En même temps, le cylindre-axe s'hypertrophie légèrement et se contourne de façons multiples, de telle sorte que sur une coupe transversale du tube nerveux altéré, au lieu d'apercevoir cet organe sous la forme d'un point central, on lui voit revêtir l'aspect d'une virgule, d'une spirale, d'un *S* italique, d'un huit de chiffre, d'un cercle ou d'autres formes plus irrégulières encore.

En faisant varier la vis micrométrique, on constate que toutes les parties du cylindre-axe ne sont pas situées sur le même plan horizontal. Les bords de ces croissants, de ces virgules, de ces spirales sont souvent assez réguliers, mais on les voit quelquefois s'altérer et, à un degré plus avancé, on observe une fragmentation granuleuse, une désintégration moléculaire dont les débris se colorent fortement par les réactifs du cylindre-axe.

Enfin, il faut encore noter qu'en se contournant, le cylindre-axe peut être rejeté par la périphérie de la myéline et donner lieu à une figure simulant celle qu'on aurait si un demi-cercle de myéline s'était isolément coloré.

En résumé, il s'agit d'un gonflement hypertrophique du tube nerveux, de la désintégration de la myéline débutant invariablement dans les parties les plus voisines du cylindre-

axe, dans le contournement flexueux de ce dernier et dans sa désintégration moléculaire plus ou moins avancée.

On a sous les yeux le début d'un processus dont le dernier terme sera une destruction organique complète.

Le processus qui vient d'être décrit se rencontre en particulier dans la moelle des paralytiques généraux ayant succombé dans les premiers temps de leur maladie. On peut le rencontrer dans des points où il y a déjà un commencement de sclérose, mais cela est plus rare. On le voit surtout dans les cordons spinaux à leur périphérie, en particulier dans la région sacrée. De plus, il est très manifeste au niveau des tubes nerveux de la corne postérieure.

Le deuxième stade de ce processus aboutit à la sclérose ou mieux à l'infiltration œdémateuse du tissu conjonctif et névroglique, car, bien souvent, il n'y a pas trace de prolifération dans les lésions spinales qu'on est convenu d'appeler sclérose.

Enfin, au milieu du tissu arrivé à ce second stade d'altération, il peut se faire des poussées inflammatoires, des foyers d'inflammation disséminés sur le trajet des cordons spinaux. C'est toujours une artériole qui constitue le centre de ces nodules et on peut penser que ces lésions surajoutées sont le résultat d'une infection secondaire dans un tissu morbide dont le caractère primitif était la dégénérescence.

Des réflexes vasomoteurs à long trajet dans quelques affections nerveuses.

MM. Hallion et **Comte** (de Paris). — Nous avons fait une série de recherches sur les réflexes vasomoteurs qui se produisent à la fois dans un grand nombre d'organes, à la suite d'une excitation sensitive cutanée, sensorielle ou émotive.

Dans ce but nous avons mesuré, comme l'ont fait chez l'homme sain divers auteurs et surtout M. François-Franck et M. Mosso, les variations de volume des extrémités : mains et pieds. Pour éviter certaines difficultés et certaines causes d'erreur importantes que comporte l'emploi des appareils volumétriques classiques, nous avons fait subir à la technique quelques modifications.

Les principaux résultats constatés par nous chez les malades sont les suivants :

Les réflexes (vasoconstricteurs) font défaut quand on porte l'excitation sur une région où la peau est anesthésiée par suite d'une lésion nerveuse périphérique ; au contraire, ils se produisent d'une façon entièrement normale quand on excite une région frappée d'anesthésie hystérique : c'est là, sans contredit, un nouvel argument, et non des moindres, en faveur de la nature toute psychique de l'anesthésie hystérique. Dans l'état hypnotique (somnambulisme, léthargie), les phénomènes vasomoteurs consécutifs soit aux excitations sensitives (même en l'absence de toute perception apparente), soit aux excitations émotives (même en l'absence de toute manifestation apparente de la conscience), gardent leur intégrité à la suggestion d'une sensation et agissent comme font la sensation réelle et l'émotion. Dans la syringomyélie, les excitations sensitives, même lorsqu'elles sont faites sur des régions non anesthésiées, ont déterminé des réactions vasomotrices nulles ou très peu marquées ; divers caractères des courbes obtenues chez les syringomyéliques semblent d'ailleurs indiquer une atteinte considérable subie par le système vasomoteur.

Hémianopsie avec hallucinations dans la partie abolie du champ visuel.

M. H. Lamy (Paris). — J'ai eu l'occasion d'observer à la Salpêtrière, en 1892, dans le service de Charcot, un cas d'hémianopsie avec hallucinations dans la partie abolie du champ visuel, chez une femme de trente-cinq ans, qui, cinq ans auparavant, avait présenté des accidents de syphilis cérébrale extrêmement graves. Elle avait conservé une *hémianopsie latérale droite* typique. En 1892, elle fut sujette à de courtes *absences* fréquemment répétées, qui s'accompagnaient de convulsions faciales légères, sans perte de connaissance complète. Pendant ces absences, la malade éprouvait une *hallucination* singulière. Elle apercevait tout à coup, dans la partie droite de son champ visuel, « une figure d'enfant, souriante, dont les yeux la regardaient fixement ». Pendant plus d'une année, cette vision se reproduisit à l'occasion de chaque absence.

La littérature renferme un petit nombre d'observations analogues à la précédente, sinon identiques.

Si l'on veut rapprocher cette hémiopie hallucinatoire de quelque syndrome déjà connu en neuropathologie, c'est la *migraine ophthalmique* qui se présente immédiatement à l'esprit. On sait, en effet, que certaines migraines ophthalmiques accompagnées se compliquent, au moment des accès, d'une hémianopsie passagère, qui persiste parfois dans l'intervalle de ceux-ci, et peut même devenir permanente. D'autre part, le scotome scintillant est généralement une hallucination hémiopique.

Dans la plupart des observations du même genre, l'hallucination visuelle, remarquable par sa précision et par l'uniformité qu'elle revêt chez le même malade, ne s'accompagne d'aucune hallucination concordante dans la sphère des autres fonctions sensorielles, ni d'aucun trouble de l'intelligence. Il s'agit d'un phénomène psychique isolé, phénomène d'excitation de la sphère visuelle occipitale, comparable aux phénomènes d'excitation motrice de l'épilepsie jacksonienne, et lié à la présence d'une altération corticale localisée. L'observation que je viens de vous relater est la première, à ma connaissance, dans laquelle l'hallucination se soit manifestée sous la forme d'une *épilepsie sensorielle* surajoutée à une hémianopsie permanente.

Dégénérescence et aliénation.

M. Vallon. — La doctrine de la dégénérescence inventée par Morel a été singulièrement exagérée depuis par M. Magnan et ses élèves, et, à en juger par des travaux récents, sans excepter quelques-unes des communications qui ont été faites à ce Congrès, le mot de dégénérescence tend à devenir synonyme d'aliénation mentale. Eh bien, la théorie de la dégénérescence, très vraie au point de vue de l'anthropologie générale, comme le disait hier mon maître et ami M. Falret, ne saurait servir de base à la classification des maladies mentales. Le terme de dégénérescence mentale doit, au contraire, sous peine de confusion complète, être rejeté de la nomenclature des maladies mentales ; il faut substituer à ce mot, désignant une famille anthropologique, des termes caractérisant des groupes établis sur des distinctions cliniques.

Dans l'état actuel de la science, je crois que l'on pourrait, dès à présent, admettre trois groupes, distincts symptomatiquement, tout en ayant une base commune : l'hérédité.

1er G. *Débiles*	Idiotie, imbécillité. Faiblesse d'esprit.
2e G. *Déséquilibrés*. Ce sont des êtres malfaisants, clients du médecin légiste.	Facultés partielles. Instabilité mentale. Folie morale. Folie instinctive.
3e G. *Emotifs*. Ce sont des malades qui souffrent, qui sont malheureux ; ils arrivent souvent au suicide ; ils sont conscients de leur état.	Folie du doute. Délire du toucher. Agoraphobie et toutes les autres phobies.

Dans cette classification, comme dans toutes les classifications, il va de soi qu'à la limite de chaque groupe on trouve des individus qui présentent en partie les caractères de leur groupe et quelques-uns des caractères du groupe suivant.

Trois observations de démentes vésaniques avec personnalité dissociée au cours d'un délire systématisé ancien.

MM. Hamel et **Marie.** — Dans l'une de ces observations, la malade devenue mégalomane présentait une persistance de sa personnalité primitive à côté de la personnalité nouvelle correspondant à sa conception ambitieuse. Entre ces deux éléments, il y avait une opposition telle que la malade identifiait sa persécutrice dans son ancienne personnalité en conflit avec la nouvelle. Elle parlait ainsi d'elle-même à la troisième personne comme la malade de Leuret, maudissant son propre nom et se plaignant amèrement de ce que cette personnalité désormais étrangère l'insultât (troubles psychomoteurs probables). A la différence du cas de Leuret, il y a ici substitution d'un moi ambitieux à l'ancien moi renié, mais

dont les éléments persistants correspondent à la survivance d'idées de persécution dans la période mégalomaniaque. Dans les deux autres observations, même dissociation de la personnalité, mais sans opposition entre les deux éléments dissociés. L'une croit avoir son fils dans l'estomac, l'autre sa mère. Toutes deux parlent tantôt en leur nom, tantôt au nom de l'individualité imaginaire incluse, ce qui donne à leurs discours une incohérence plus apparente que réelle ; c'est la pseudo-démence signalée par M. Christian et dont le mécanisme s'explique très logiquement par l'automatisme moteur verbal qui existe dans ces deux cas comme dans le précédent.

Etude sur l'hérédité directe portant sur quatre groupes de recherches.

MM. Brunet et **Vigouroux.** — Dans le premier on étudie les enfants nés d'aliénées internées; sur dix-sept enfants, trois sont mort-nés, six morts à cinq mois et un à treize mois, un a été brûlé à huit ans, un autre s'est suicidé à vingt et un ans et un dernier est dans une colonie pénitentiaire. Le deuxième groupe comprend les enfants internés nés de père ou mère internés : sur vingt-cinq cas on trouve huit cas d'idiotie ou d'imbécillité profonde, deux cas de démence précoce, cinq cas de perversion morale, cinq cas d'accès délirants passagers, deux cas de délire avec tendance à la chronicité. Le troisième groupe correspond à l'étude de quelques familles dont un grand nombre de membres sont internés. Enfin le quatrième groupe est composé de quatorze cas de frères et sœurs internés en même temps, et douze fois la forme d'aliénation mentale s'est trouvée sensiblement la même qu'eux.

Sclérodermie myxœdémateuse.

M. Souques présente une malade atteinte de sclérodermie myxœdémateuse et rapporte plusieurs observations de myxœdème traité par l'ingestion de corps thyroïdes longtemps continuée comme alimentation. Cette thérapeutique a donné à l'auteur les mêmes résultats heureux qu'à l'étranger.

M. Régis demande à M. Souques s'il fait une différence entre le myxœdème et le crétinisme. Si oui, il prie M. Souques de vouloir bien lui indiquer les caractères de cette différence, qui lui expliqueront peut-être pourquoi il a rangé la malade qu'il vient de présenter dans le myxœdème et non dans le crétinisme, ce qui lui semble plus exact.

M. Brissaud répond qu'entre le myxœdème congénital et le crétinisme il n'y a pas de différence histologique précise et que dans le cas en question il manquait le goître et les déformations squelettiques caractéristiques du crétin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 *août* 1894.

Présidence de M. Sappey, ancien président.

Ferratine.

M. G. Sée. — Le foie de cochon renferme, d'après Schmideberg, une substance contenant 6 0/0 de fer et à laquelle il a donné le nom de ferratine. C'est la seule substance que nous pouvons avaler avec les aliments et qui se trouve comme réserve dans les tissus de la formation du sang. Cet albuminate acide de fer, administré à des anémiques, a des effets toniques remarquables; il est facilement assimilable sans produire de troubles ni stomacaux ni intestinaux; il est, en outre, légèrement astringent. Je l'emploie à la dose de 0 gr. 5 à 1 gr. 50 par jour et en 2 à 3 fois, le tout représentant 7 0/0 de fer.

Pseudarthrose de l'humérus.

M. Delorme. — Un soldat tente de se suicider le 2 juillet 1893 en dirigeant contre le côté gauche de sa poitrine le canon d'un fusil; l'arme ayant dévié, le projectile a perforé le bras gauche près de l'empreinte deltoïdienne. La guérison eut lieu presque sans suppuration, mais il persista une pseudarthrose. Au 6e mois, M. Delorme se résolut à intervenir. Il trouva le fragment supérieur sectionné transversalement, le fragment inférieur en bec de flûte et une longue esquille interne. Le fragment inférieur ayant été façonné en tenon fut enfoncé de trois centimètres dans le supérieur, évidé à la curette. Deux points de suture maintinrent le tout. Drainage ; suture; guérison après un peu de suppuration.

Ce procédé de l'enclavement a été employé sans succès par Roux et condamné par Bérard, par Bérenger-Féraud. Le succès de M. Delorme prouve que cet arrêt n'est pas sans appel.

Statistique infantile.

M. Ledé. — La dernière statistique officielle a montré un excédent de 20,041 décès et cet excédent n'est pas plus élevé, grâce à l'appoint fourni par les naissances d'enfants de nationalité étrangère sur notre sol.

Certains départements (Cher, Nord, Pas-de-Calais, Saône-et-Loire, Haute-Vienne) semblent avoir un chiffre de naissances plus élevé, cela tient à ce que beaucoup de femmes de ces départements confient leur enfant à des nourrices d'autres départements. La Nièvre donne un excédent de décès sur les naissances, par suite du renvoi dans la Nièvre des enfants des femmes qui se placent nourrices sur lieu à Paris. Le département de la Seine a un excédent fort restreint de naissances (914) pour une population de 3,141,595 habitants ayant 77,402 naissances par an. Il en serait autrement si les enfants nés dans la Seine et spécialement à Paris n'étaient pas exportés en province et placés en nourrice. Ce sont les enfants de Paris placés en province qui vont provoquer des excédents considérables de décès dans l'Aisne, la Côte-d'Or, l'Eure-et-Loir, l'Orne, la Sarthe, la Somme et l'Yonne.

Il en est de même pour le département du Rhône qui exporte 11,467 enfants, les Bouches-du-Rhône, la Gironde et Haute-Garonne.

Le défaut d'uniformité dans les statistiques donne des résultats invraisemblables et il y a nécessité d'obliger les inspecteurs départementaux à employer tous une même méthode. La seule méthode utile est celle qui consiste à employer, comme je l'ai fait, des fiches individuelles; j'ai pu ainsi établir la mortalité des enfants en nourrice en 1889 et obtenir les moyennes de 27.52 0/0 de mortalité dans la première année de vie et de 28.07 0/0 dans les deux premières années de vie.

Dans une étude toute nouvelle faite avec les carnets de nourrices remis dans les départements nourriciers, j'ai obtenu, pour l'année 1893, une moyenne de 27,51 0/0 comme mortalité dans les deux premières années. C'est une amélioration réelle et notable, surtout si l'on considère que les départements étudiés sont nourriciers de Paris et de la Seine, et que les enfants ne sont pas toujours confiés dans les meilleures conditions de santé. Aussi y a-t-il lieu, pour diminuer cette mortalité dans de plus larges proportions, de prendre les mesures suivantes :

1° Centralisation de tous les documents statistiques en un centre spécial chargé de les étudier sérieusement;

2° Création dans les grandes villes d'offices municipaux et gratuits réservés aux nourrices et aux parents recherchant une éleveuse;

3° Inspection sévère et rigoureuse des enfants exportés par des médecins inspecteurs spéciaux, chargés d'aller dans les centres nourriciers, se rendre compte de l'état des enfants exportés. Cette mesure a été prise pour les enfants assistés, et les enfants des travailleurs pourraient bien jouir des mêmes avantages.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Corps de santé des colonies. — M. Delrieu est promu au grade de médecin en chef de 2e classe.

Congrès international d'hygiène à Budapesth. — *L'abstention de la Roumanie*. — Nous avons annoncé il y a quelque temps que les professeurs de la Faculté de médecine de Bucarest, ainsi que les autres médecins roumains, avaient décidé de ne pas prendre part au Congrès d'Hygiène qui doit avoir lieu prochainement à Budapest. Cette décision a été prise comme protestation contre la politique générale du gouvernement hongrois à l'égard des sujets roumains.

Congrès international d'hydro-balnéothérapie. — Ce congrès aura lieu à Ostende en 1895. On y discutera les deux questions suivantes : 1° *Traitement de la phthisie pulmonaire au bord de la mer*; 2° *Technique du traitement marin*. La date du Congrès sera ultérieurement fixée.

Congrès médical indien. — Du 24 au 29 décembre 1894 se tiendra à Calcutta un *Congrès indien de médecine*, divisé en 6 sections : 1° médecine et pathologie ; 2° chirurgie et ophthalmologie ; 3° obstétrique, maladie des femmes et des enfants; 4° médecine publique ; 5° médecine légale et aliénation ; 6° pharmacologie et spécialement drogues indigènes.

Les organisateurs de cette réunion nous annoncent des études spéciales sur la pathologie de l'Inde, et à cet égard leur congrès comblera une lacune.

De la castration pénale. — Le *Literary Digest* du 23 juin renferme l'analyse d'un intéressant article de M. Daniels sur la question de savoir s'il ne conviendrait pas de faire entrer la castration dans l'arsenal des peines et moyens thérapeutiques légaux. Le médecin américain l'appliquerait à tous les cas de perversion sexuelle, et même aux cas d'attentats d'ordre sexuels quels qu'ils soient; il propose aussi la castration pour les aliénés, non comme punition, mais pour empêcher la procréation d'êtres chez qui la tare paternelle aurait de grandes chances de reparaître. La castration jouerait le rôle d'une sélection artificielle judicieuse en empêchant la propagation des déséquilibrés et autres éléments malsains de la communauté.

Pourquoi les nègres ont-ils les dents si blanches ? — Le docteur Haffin, de Battanga (Kameroun), nous apprend que si les nègres ont les dents blanches, c'est que tout simplement ils en ont un grand soin. Il n'estime pas à moins de 45 minutes par jour le temps que chacun emploie à se nettoyer les dents.

Le matin au lever et après chaque repas, la bouche est soigneusement rincée, et, à plusieurs reprises, encore dans la journée on se frotte et on se nettoie les dents avec du sable sec ou avec la « baguette à dents ».

Cette baguette est une racine de 6 pouces de long, d'une épaisseur convenable, mâchée aux deux bouts. On s'en sert pour se frotter les dents et pour en nettoyer les interstices.

Chaque indigène posède sa baguette, mais ne dédaigne pas de se servir de celle du voisin. Il y a aussi dans chaque maison des baguettes pour l'usage commun, qu'on remet en place après s'en être servi. L'avis des indigènes est même qu'elles sont d'autant meilleures qu'elles ont plus servi. (*La Méd. moderne*.)



G. MASSON, éditeur

120, Boulevard Saint-Germain.

VIENT DE PARAITRE :

Traité théorique et pratique d'hydrothérapie médicale, par le Dr F. BOTTEY, médecin de l'établissement de Divonne, ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Salpêtrière. 1 volume in-8°. 10 fr.

Extrait de l'introduction. — L'hydrothérapie ne se compose pas exclusivement de l'instrumentation et des appareils employés dans les établissements spéciaux. Elle possède comme moyens d'action une foule de procédés différents et variés que l'on peut mettre en œuvre non seulement dans un établissement, mais encore au domicile même des malades; et « hydrothérapie » n'est pas uniquement synonyme de « douches », ainsi que beaucoup le croient.

C'est dans le but d'étudier, d'une façon aussi pratique que possible, les divers procédés de la méthode hydrothérapique, les actions thérapeutiques qu'ils déterminent et les indications auxquelles ils répondent, que nous avons écrit ce livre. Si nous avons pu, en agissant ainsi, éclaircir, dans une certaine mesure, les obscurités ou les points douteux qui règnent encore sur l'interprétation théorique des effets de l'hydrothérapie ou sur les applications pratiques de la méthode, notre tâche aura été remplie au delà de nos espérances.

La Faune des cadavres (Application de l'Entomologie à la Médecine légale), par le Dr P. MÉGNIN, membre de l'Académie de médecine. 1 volume petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. 2 fr. 50.

Ce livre est la démonstration d'une loi découverte par l'auteur, d'après laquelle les insectes des cadavres, les *Travailleurs de la mort*, n'arrivent à table que successivement, par escouades, et dans un ordre constant. La connaissance de cette loi permet de déterminer assez exactement l'époque de la mort, pourvu qu'elle ne dépasse pas trois ans; nombreux exemples cités.

Pus et suppuration, par le Dr MAURICE LETULLE, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. 2 f. 50

Dans cette étude pratique et théorique de la suppuration, l'auteur a groupé successivement les caractères macroscopiques, histologiques et chimiques du pus, nécessaires à l'élève aussi bien qu'au praticien.

La seconde partie du volume, consacrée à la suppuration, aborde l'anatomie pathologique des lésions, leur étiologie (microbes pyogènes) et leur pathogénie (substances pyogènes). Un dernier chapitre expose la pathologie générale de la pyogénie.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La cure de la cysticercose avec la fougère mâle, par le Dr R. Feletti, professeur de clinique médicale propédeutique à Catane.

Jusqu'à présent, on ne connaît aucune médication capable de détruire les cysticerques qui se sont développés dans le corps humain. La chirurgie seule permet d'intervenir et encore dans les cas très bons.

Il me semble en conséquence très intéressant de faire connaître un remède qui, dans trois cas de cysticercose (*cysticercose cellulaire*), m'a donné de bons résultats.

Le premier cas de cysticercose que je rencontrai se présenta en 1889.

C'était sur un paysan de 46 ans qui avait eu le tænia solium. Depuis trois ans, il était affecté de convulsions presque toujours limitées au côté gauche du corps qui s'étendaient quelquefois aux deux côtés. En outre, il souffrait d'une forte et persistante céphalalgie accompagnée de vertiges et de vomissements. Les facultés mentales, spécialement la mémoire, étaient affaiblies; l'élocution était devenue lente et saccadée.

Après les premières convulsions étaient apparus sur tout le corps de petits nodules sous-cutanés. Aucun ne s'était atténué avec le temps. Quand le malade fut amené à la clinique, il présentait de la céphalalgie frontale, des vertiges et une prostration extrême.

Ce qui frappait le plus à l'examen c'était l'apathie et la lenteur avec laquelle le malade accomplissait chacun de ses actes. Lent à comprendre ce qu'on lui demandait, il répondait tard aux demandes et ne prononçait les paroles que très lentement.

Sa force avait diminué : le dynamomètre marquait 26 à la main droite et 21 à la main gauche. En cheminant, le malade marchait lentement et comme une personne fatiguée.

Les mouvements réflexes cutanés et tendineux étaient conservés et prompts. La sensibilité des muscles était normale; normaux les organes des sens et leurs fonctions; presque normales aussi les diverses sensations qu'il éprouvait, pourtant la douleur d'une piqûre aux bras était perçue en retard. La sensibilité électrique paraissait diminuée du côté gauche du corps. L'excitabilité électrique du côté gauche manquait avec le courant galvanique, avec le courant faradique cependant, elle n'était diminuée qu'au nerf péronier gauche.

Un autre phénomène qui attira notre attention fut la présence d'innombrables nodules répandus par tout le corps, les uns sous la peau, les autres dans le milieu des muscles; la plupart de la grosseur d'une olive, durs, lisses et avec une légère invagination latérale. En ayant extrait un, nous reconnûmes un *cysticerque cellulaire* (cysticercus cellulosæ). Les organes thoraciques et abdominaux furent trouvés normaux à l'examen. Dans les matières fécales, on ne trouva ni proglottis, ni œufs de tænia.

Dans les premiers temps de son séjour à la clinique, le malade eut de la céphalalgie, des vertiges et des convulsions partielles tantôt à droite, tantôt à gauche avec ou sans perte de connaissance.

Nous fîmes le diagnostic de cysticerques dans le cerveau, dans les muscles et le tissu sous-cutané.

La cure fut symptomatique tant qu'il ne me vint pas à l'esprit d'essayer l'extrait éthéré de fougère mâle administré à la dose de 1 à 3 grammes par jour.

Le malade prit 18 grammes du remède. Il ne put le supporter plus longtemps. Néanmoins, après le traitement, on put constater une notable diminution de volume de tous les cysticerques sous-cutanés et intramusculaires; quelques-uns étaient réduits à la grosseur d'un grain de blé.

Les troubles cérébraux ne s'amélioraient cependant pas beaucoup. A la vérité, les convulsions ne se présentèrent plus durant le séjour du malade à la clinique; mais les vertiges et la céphalalgie persistèrent, la faiblesse et l'apathie diminuèrent un peu.

Peu de temps après, le malade voulut retourner chez lui. Son état alla toujours s'aggravant, jusqu'à ce qu'il mourût, un mois après environ. L'autopsie ne fut pas permise.

L'observation de ce malade chez qui le susdit traitement avait fait diminuer tous les nodules sous-cutanés et intramusculaires me fit penser que réellement l'extrait de fougère mâle avait une action sur les cysticerques. On aurait peut-être pu croire que les cysticerques étaient morts sans que le remède en fût cause; leur vie, on le sait, dure de 3 à 6 ans, d'après les observations de Stich (*Annalen Charité-Krarkenhauser*, 1854), mais la diminution de *tous* les nodules, aussitôt le traitement, rendait bien peu probable cette hypothèse.

Pourtant, l'action de la fougère mâle sur les cysticerques du cerveau restait douteuse puisque, à une amélioration légère et passagère, avait fait suite une aggravation des symptômes cérébraux qui dura jusqu'à la mort du malade. Mais je ne trouvai aucune raison pour nier l'efficacité de la fougère mâle sur les cysticerques cérébraux. Et je pensai plutôt que les processus morbides suscités dans le cerveau et dans les méninges par les parasites, avaient continué malgré leur mort, et avaient conduit fatalement le malade à la tombe.

Je me proposai alors de recommencer le traitement dès que j'en aurais l'occasion. Elle se présenta en 1890.

Cette année-là, vint à ma clinique un homme de 72 ans, un jardinier, qui 20 mois auparavant avait vu apparaître dans diverses parties de son corps de petits nodules sous-cutanés, gros d'abord comme la pointe d'un stylet et qui, peu à peu, étaient arrivés à atteindre la grosseur d'une olive. Ces nodules n'avaient jamais provoqué aucun trouble chez le patient; un seul, qui s'était développé près du mamelon droit, l'avait fait souffrir.

Il assurait n'avoir jamais eu le tænia, mais racontait que tous les membres de sa famille en avaient été atteints.

Le malade présentait 34 nodules à l'examen. On en rencontrait 8 sur la poitrine, 12 sur le dos, 2 sur l'abdomen, 6 sur le bras droit, 3 sur le bras gauche et 3 sur la jambe gauche. Les uns étaient sous la peau qui semblait normale, les autres à la surface des muscles, d'autres dans l'épaisseur même des muscles.

Dans les matières fécales examinées à plusieurs reprises, on ne trouva ni proglottis, ni œufs de tænia.

Le diagnostic de cysticerques fut confirmé par l'examen de nodules extirpés qui montrèrent *cysticercus cellulosæ.*

On donna immédiatement au malade de l'extrait de fougère mâle à l'éther, à la dose quotidienne de 1 gr. à 1 gr. 50. Voyant qu'il supportait mal cette dose on descendit à 0 gr. 40 centigrammes, quantité qui n'amena plus aucun trouble. La quantité totale de médicament consommée par le malade fut de 26 gr. 50 centigr.

Cette fois encore après le traitement, les nodules diminuèrent sensiblement de volume, à tel point que quelques-uns devinrent à peine sensibles sous la peau.

Après qu'il fut sorti de la clinique, je le revis plusieurs fois et je constatai la diminution des cysticerques qui arrivèrent à ne plus laisser de trace au toucher.

Cette seconde observation me démontra que l'action de la fougère mâle sur les cysticerques est un remède

beaucoup plus sûr que de compter sur leur mort spontanée. Voilà pour les cysticerques situés dans les muscles ou sous la peau. On ne peut rien en induire pour ce qui est de l'action de la fougère mâle sur les cysticerques cérébraux.

Vers le mois d'août 1892, un de mes élèves, le Dr G. Gandioso, me présenta un malade atteint de cysticerques cérébraux.

C'était un homme de trente ans. Il me raconta que trois ans auparavant il lui était arrivé d'émettre avec ses selles des proglottis de tænia. Tous les remèdes furent essayés sans le guérir : il ne parvint pas à rendre la tête du ver.

En mai 92 le malade fut pris de vertiges accompagnés de vomissements et de convulsions épileptiformes avec perte de connaissance. Le docteur Gandioso appelé immédiatement le trouva avec la tête en rotation à droite, la face bouleversée du côté droit et les membres agités par de légers spasmes convulsifs. Il était pâle et froid, respirait à peine et avait le pouls petit et rare. Au bout de cinq minutes environ il fut placé sur une chaise et retomba inanimé, 15 minutes environ après il commença à reprendre les sens et prononça quelques paroles tronquées et finit en pleurant.

Le médecin le soumit à un traitement au bromure de sodium et de potassium.

Les vertiges revenaient fréquemment. Le malade éprouvait en outre un étourdissement continu et souffrait de céphalalgie localisée au sommet de la tête, s'étendant parfois jusqu'à l'occiput. Un second accès de convulsions semblables et plus violentes que les premières se reproduisit.

Le même mois le malade se couvrit de nodules dispersés sous la peau et localisés : 1 au front, 2 sur la poitrine, 1 à l'épigastre, 1 sur l'épaule gauche, 1 à la cuisse gauche et un à la jambe droite. Ces nodules ne lui causaient aucune gêne.

Je remarquai encore que ces 7 nodules étaient semblables à ceux observés chez les deux autres malades précités. Pour le reste l'examen du patient ne donna absolument rien.

Ayant pensé que ces nodules sous-cutanés étaient des cysticerques (comme le démontra l'examen de l'un d'eux), j'attribuai encore les troubles nerveux à l'irritation que des cysticerques causaient dans le cerveau. Je prescrivis encore dans ce cas l'extrait de fougère mâle à l'éther en capsules de gélatine de Erba, Le malade prenait une capsule par jour (0gr. 60 cent. de médicament), dose qu'il supportait bien.

Un mois après, les nodules sous-cutanés étaient disparus.

Les vertiges s'espaçaient, il n'avait plus que de vagues douleurs de céphalalgie, mais l'étourdissement durait toujours. C'est pourquoi à plusieurs reprises on lui donna pendant quelques jours de la fougère mâle, mais sans notable succès. Ainsi, en février 1893, il eut à bref intervalle deux très fortes crises de convulsions épileptiformes, avec cris au commencement, contractions des muscles et perte de connaissance.

Immédiatement, on reprit le traitement au bromure et de cette façon, tous les troubles nerveux allèrent en diminuant.

Dans ce cas, on pourrait peut-être attribuer la disparition de tous les phénomènes nerveux au bromure. Mais il faut noter que le bromure avait déjà été donné avant le traitement à la fougère mâle sans résultat.

En outre, chez ce malade comme chez les deux précédents, la fougère mâle tua les cysticerques sous-cutanés : je ne vois aucune raison pour qu'elle ait respecté ceux du cerveau.

Je pense que la recrudescence des troubles nerveux chez ce malade doit être attribuée aux altérations cérébrales qui avaient persisté après la mort des cysticerques, altérations qui avec le temps peut-être purent disparaître, ou encore, altérations auxquelles le cerveau put s'habituer par le bromure.

Les trois observations rapportées démontrent, suivant moi, que la fougère mâle agit sûrement contre les cysticerques développés dans les muscles et sous la peau, et très probablement aussi sur ceux du cerveau.

A qui pourra essayer en cas semblable le remède que j'indique, je conseille de donner une petite dose quotidienne du médicament (0,40-0,60), cette dose répétée pendant 30 ou 40 jours, n'amenant aucun trouble chez les malades.

REVUE DES CONGRÈS

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE

Réuni à Edimbourg du 7 au 11 août 1894.

Presidence de M. A. Robertson.

Traitement sous-conjonctival des plaies de la cornée et de la sclérotique.

M. Snellen (Utrecht). — Les traumatismes opératoires ou accidentels de la cornée et de la sclérotique sont souvent suivis d'une inflammation intense. On diminue les chances de réaction par le procédé de Græfe qui consiste à faire une incision linéaire et à pratiquer l'iridectomie. Grâce au traitement antiseptique on prévient à peu près complètement toute infection.

Qu'on pratique ou non l'iridectomie, on doit faire l'extraction de la cataracte à l'aide d'un couteau à lame étroite, et faire des lambeaux conjonctivaux; on panse la plaie à l'aide d'un tampon imprégné de sublimé. On hâte la guérison en suturant la conjonctive.

Dans le glaucome, quand la pression dans la chambre antérieure de l'œil est élevée, il faut faire autour de la cornée une série de petites ponctions pour évacuer une partie du liquide.

Dans les traumatismes scléro-cornéens il faut tailler des lambeaux dans la conjonctive et les suturer à la cornée. On peut ainsi aujourd'hui traiter avec succès des plaies qu'on considérait autrefois comme incurables.

Extraction de la cataracte.

M. Knapp (New-York). — Pendant les derniers 4 ans j'ai fait 630 extractions de la cataracte; 30, tellement compliquées qu'un bon résultat était impossible, sont exclues de ce rapport.

Parmi les 600 extractions 52 (8.6 0/0) furent combinées d'iridectomie. Les indications d'iridectomie ont été : 1° des états pathologiques des yeux; 2° une tendance manifeste au prolapsus de l'iris; 3° des accidents pendant l'opération. Les résultats visuels ont été bons dans 49 cas, mauvais dans 3.

Parmi les 548 extractions simples un enclavement de l'iris s'est montré en 55 cas (10.3 0/0), lequel a été traité par une opération (iridectomie, ablation, galvano-cautère) dans 14 cas. Les résultats des 55 cas ont été 49 bons (20/20 dans 7 cas), 2 médiocres, 2 pertes de l'œil et 2 pertes des deux yeux.

Sur les 600 cas d'extraction, 403 opérations de cataracte secondaire, c'est-à-dire 66 0/0 ont été faites. Presque toutes furent des discissions avec une aiguille-couteau. L'indication pour tant d'opérations secondaires était mon désir de donner aux malades la plus grande acuité visuelle possible et de la rendre permanente. J'ai pratiqué cette opération si souvent que je la considère presque sans danger : seulement dans 8 ou 10 cas l'acuité visuelle a diminué très peu, mais un œil l'a perdue entièrement par suite d'un glaucome aigu pendant le voyage du patient à son domicile. La nature de la maladie ne fut pas reconnue et le patient fut traité par des instillations d'atropine. C'est le dixième cas de la sorte venu à ma

connaissance, et ce sont les seuls cas de perte sur au moins 1,500 discissions secondaires. Le glaucome aigu est une conséquence inhérente à la discission. Il peut toujours être guéri par les myotiques ou l'iridectomie, peut-être par la paracentèse de la chambre antérieure. Sur les 403 opérations de ce rapport il est arrivé 12 fois (3 0/0) dont 4 ont cédé à l'ésérine, 7 ont été guéris par l'iridectomie et le douzième est le cas de perte dont j'ai parlé.

M. Panas (Paris). — Je n'insisterai pas sur les avantages des deux méthodes — iridectomie ou pas — tout ayant été dit à cet égard. Quant à l'opération secondaire faite aseptiquement elle n'expose à aucun accident sérieux et a l'avantage de faire monter l'acuité visuelle au maximum, de 1/15 à 1. Pour moi, l'extraction de la cataracte secondaire que je pratique depuis plus de vingt ans, ne m'a donné aucune complication primitive ou consécutive à la condition expresse d'être faite tardivement, trois à six mois après l'extraction. Deux fois en tout j'ai vu survenir du glaucome. Mais je restreins l'opération aux cas où le malade ne se déclare pas satisfait.

M. Little. — Pendant les cinq dernières années j'ai pratiqué 428 extractions, dont 106 simples et 322 par la méthode combinée. Dans tous les cas il s'agissait de cataractes non compliquées. Pour l'extraction simple j'ai choisi les cas les plus favorables; je fis attention à ce que la cataracte fût bien mûre et à ce qu'il n'y eût aucun épaississement de la capsule. Sur les 106 cas j'ai eu quatre insuccès; dans deux il y eut de la suppuration et un prolapsus de l'iris; dans un autre il y avait un glaucome avec vaste synéchie totale et occlusion de la pupille par iritis. J'ai eu 10 prolapsus de l'iris.

M. Swanzy. — Je suis partisan de la méthode combinée, M. Knapp admet que par l'extraction simple on a 10 0/0 de prolapsus de l'iris. Dans 200 opérations consécutives par la méthode combinée j'ai eu moins de 2 0/0 de prolapsus de l'iris. J'adopterai la méthode simple quand M. Knapp aura réduit l'enclavement de l'iris à un pourcentage inférieur à 2 0/0. Ce n'est point un accident banal; il peut entraîner une ophthalmie sympathique ou un astigmatisme irrégulier. L'iridectomie n'a aucun inconvénient, elle n'entraîne qu'une petite modification de l'aspect de l'œil souvent imperceptible, par contre elle prévient très efficacement les prolapsus de l'iris.

M. Noyes. — Les contre-indications à l'extraction simple sont : 1° La présence d'une corticale épaisse; 3° une augmentation de la tension. En dehors de ces cas je fais l'extraction simple; je pratique une incision qui intéresse presque toute une demi-circonférence de la cornée; je fais pour la capsulotomie une incision en T. Je mets de l'atropine avant et après l'opération pour éviter les adhérences de l'iris à la capsule. On évite les prolapsus de l'iris en empêchant toute réaction de la part du malade; les vomissements, par exemple, peuvent entraîner cet accident. Jusqu'au moment où j'ai adopté l'extraction simple, je faisais une iridectomie qui consistait seulement dans l'ablation de la portion pupillaire. Les inconvénients de l'iridectomie sont les suivants : 1° elle complique l'opération; 2° elle est douloureuse et rend le malade indocile; 3° de plus elle ne s'oppose pas au prolapsus de l'iris. L'extraction simple est une opération plus facile à pratiquer et elle n'entraîne pas plus d'astigmatisme. Je suis arrivé à cette conclusion après avoir essayé toutes les méthodes en vogue. Je suis parfaitement satisfait de l'extraction simple devenue bien meilleure depuis l'usage de l'asepsie, de l'antisepsie et de la cocaïne.

M. Critchett. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Swanzy. Immédiatement après l'incision j'introduis sur une curette quelques gouttes de cocaïne dans la chambre antérieure; cela anesthésie complètement l'iris. Quant à la capsulotomie suivant les errements de Bowman et de mon père, je faisais autrefois une incision verticale dans la capsule; souvent les parties ainsi sectionnées restaient au contact ou même se recouvraient. Depuis quelques années j'évite cet inconvénient en faisant une incision horizontale.

M. Teale. — Depuis 20 ans, je suis d'avis qu'on doit abandonner l'iridectomie dans l'extraction de la cataracte.

M. Snellen. — Comme l'a dit M. Knapp, chaque cas doit être étudié en lui-même. Dans chaque cas de prolapsus, il faut rechercher quelle en a été la cause. D'après mes observations un prolapsus de l'iris pendant l'opération paraît devoir entraîner un prolapsus secondaire. J'ai donc pour principe de ne pas réduire un prolapsus de l'iris, mais de l'exciser immédiatement. Pour empêcher la protrusion de l'iris pendant l'opération, il faut que la plaie soit large, que l'œil soit complètement anesthésié, qu'on n'emploie pas le spéculum, qu'on applique de la pilocarpine pendant l'opération, et qu'on ne mette de l'atropine que 24 heures après l'opération. L'idéal serait d'enlever le cristallin avec sa capsule; mais le plus souvent on ne peut le faire. On peut remédier à cet inconvénient en ponctionnant la capsule pendant le traitement après l'opération.

M. Knapp. — Je maintiens mon affirmation que l'opération la meilleure et la plus sûre est l'extraction simple. J'ai dit, il est vrai, que j'avais 10 0/0 de prolapsus. Mais sur ces cas de prolapsus, 25 0/0 seulement exigent une nouvelle intervention; les autres guérissent spontanément.

Traitement du glaucome.

M. Priestley Smith (Birmingham). — La ponction de la sclérotique combinée à l'iridectomie est souvent utile. En effet l'iridectomie est souvent insuffisante en raison d'un déplacement du cristallin en avant; le cristallin peut même venir obturer la plaie. J'ai pratiqué 50 fois la ponction; j'attire l'œil en dedans et je fais une ponction valvulaire dans la sclérotique à l'aide d'un couteau de Graefe à 5 millimètres au moins de la cornée; j'enfonce le couteau à 10 mm, je lui fais décrire un mouvement de rotation et je le retire. Je n'ai jamais eu d'hémorrhagie quand il n'y a pas de congestion, la cocaïne suffit; dans les autres cas, il faut recourir au chloroforme. La ponction sans iridectomie donne un abaissement momentané de la pression et améliore la vue pour un temps. Elle peut rendre des services quand l'iridectomie est impossible. A la suite de l'iridectomie, elle empêche le déplacement en avant du cristallin.

M. Abadie (Paris). — J'ai vu beaucoup de malades ayant subi la sclérotomie. Je n'en ai vu aucun définitivement guéri, tandis que nous avons tous dans notre pratique des malades ayant subi depuis de longues années l'iridectomie et qui ont conservé la vision qu'ils avaient à ce moment-là. On peut affirmer au nom de l'observation clinique que là où l'iridectomie ne donne rien, la sclérotomie ne donnera rien non plus, tandis que l'iridectomie est efficace là où la sclérotomie ne donne rien. J'accepte donc la ponction de M. Priestley Smith pour faciliter l'iridectomie, mais sans lui attribuer une action curative que je refuse à toute section ou ponction simple de la sclérotique.

M. Parent. — La ponction sclérale soit pour combattre le glaucome absolu, soit pour diminuer la tension intra-oculaire avant de faire l'iridectomie, est une excellente opération. Personnellement, je l'ai faite un certain nombre de fois et j'en ai toujours été très satisfait.

M. Pflüger. — Depuis des années, j'ai coutume de faire précéder l'iridectomie de la sclérotomie postérieure dans les cas graves de glaucome, et je confirme les conclusions de M. Priestley Smith. J'ai surtout gardé bon souvenir d'un glaucome syphilitique chez un jeune homme dont le second œil était atrophique. C'est grâce à la sclérotomie préliminaire que j'ai pu sauver cet œil.

M. Hardy. — Une femme de 29 ans se présentait à nous pour un cas de glaucome chronique congestif des plus graves. Sur le premier œil je fis la ponction de la sclérotique puis l'iridectomie, qui ne me fut point facilitée par le ramollissement de l'œil résultant de ma ponction. Aussi, plus tard, sur l'autre œil je fis d'abord l'iridectomie puis la ponction. Pour ces iridectomies dans les cas de glaucome chronique, je fais de larges incisions, car si le glaucome prend des caractères malins, je puis dès lors enlever le cristallin. Je crois qu'on ne doit employer la ponction préalable que quand on peut faire l'iridectomie de 24 à 72 heures après. La ponction après l'iridectomie est très efficace.

M. Power. — J'ai pratiqué à plusieurs reprises une opération presque identique à celle de M. Priestley Smith et qui a été proposée par M. Hancock. Elle consiste à introduire dans le corps vitré un couteau de Beer; on le fait pénétrer dans la sclérotique un peu en dehors de la cornée. C'est une

excellente opération, très facile à exécuter et qui donne un succès permanent ; elle réussit surtout dans le glaucome aigu. J'ai presque renoncé à opérer le glaucome chronique.

M. Menacho. — Je fais depuis longtemps comme tous mes collègues l'ancienne sclérotomie postérieure et j'ai pu me convaincre de son efficacité contre les symptômes aigus du glaucome. J'ai pu aussi observer la tendance à la formation d'une cicatrice ectatique plus ou moins permanente. Mais j'obtiens des résultats aussi bons contre les symptômes inflammatoires et bien satisfaisants sur la marche ultérieure de la maladie en pratiquant la sclérotomie sous-conjonctivale, sans que je croie qu'ils puissent être comparés comme résultats définitifs à l'iridectomie, mais par contre elle peut être pratiquée dans des cas où l'iridectomie n'est pas praticable.

Plaies de l'œil par éclats de cuivre.

M. Leber (Heidelberg). — Les plaies faites par les corps en cuivre et en laiton sont généralement aseptiques. Quand elles sont infectées, il faut faire l'énucléation de l'œil ; quand elles sont aseptiques elles guérissent vite. Le traitement conservateur est le meilleur tant que la rétine est intacte et que les craintes d'ophthalmie sympathique sont minimes. L'ophthalmie sympathique a presque toujours une origine septique.

M. Knapp. — Il y a 23 ans, j'ai retiré du corps vitré un fragment de capsule de fusil qui, trois jours avant, avait pénétré à travers le corps ciliaire. Je fis une incision dans la sclérotique, j'éclairai l'œil à l'aide d'un miroir placé sur mon front, je fis passer un crochet courbe en arrière du corps étranger et je l'attirai dans la plaie d'où je l'enlevai à l'aide de pinces. L'œil guérit, mais il se forma un kyste de l'iris au point où avait pénétré le corps étranger ; j'ai enlevé ce kyste, l'œil a guéri. Mais au bout d'un an, un nouveau kyste s'est développé que j'ai également enlevé. Cette fois la guérison fut définitive.

M. Roosa. — M. Leber dit que l'ophthalmie sympathique a une origine microbienne et c'est peut-être vrai en général. Cependant il me semble qu'une plaie, même aseptique, de la région ciliaire peut entraîner une inflammation sympathique.

M. Noyes. — J'ai vu quelques cas de plaies de l'œil par des fragments de capsule ; dans quelques cas, j'ai vu ces corps étrangers rester pendant des années sans provoquer aucune réaction ; mais en général il faut énucléer l'œil lésé.

M. Kipp. — J'ai vu un fragment de capsule pénétrer dans l'œil à travers la cornée et le cristallin et venir se loger dans la rétine. Après une disparition partielle de l'opacité du cristallin, on put voir le corps étranger sur la rétine, dans sa moitié inférieure. Depuis 24 ans, il n'en est résulté aucun trouble.

M. Leber. — Je ne redoute pas l'ophthalmie sympathique d'origine réflexe, parce qu'on peut toujours l'arrêter par l'énucléation ; dans deux cas, où pour plus de sûreté on a pratiqué l'énucléation, l'examen anatomique m'a donné l'impression qu'on aurait pu éviter cette énucléation.

M. Meyer (Paris). — J'ai observé un petit garçon sur lequel on voyait distinctement un éclat de capsule à la partie supéro-externe du fond de l'œil. Il y avait peu de réaction et la vision étant en partie conservée, je ne pratiquai pas l'extraction. Un an après, il réapparaissait à sa porte d'entrée au milieu d'un petit abcès sous-conjonctival, et à l'aide de l'ophthalmoscope, on voyait le chemin de retour du corps étranger sous forme d'une bande blanche bordée de pigment. Depuis dix ans, la vision est restée bonne.

Paralysie oculaire motrice par pression latérale du crâne.

M. Panas. — 1° La plupart des paralysies oculaires par traumatisme du crâne dépendent de fractures de la base.

2° Le manque d'enfoncement des os de la voûte n'exclut en rien la présence de fêlures basilaires.

3° Les nerfs qui affectent les rapports les plus intimes avec les os, la 6e paire en tête, sont les plus fréquemment paralysés.

4° La compression dérive de la fracture elle-même, ou bien du sang extravasé dans le crâne. Dans le premier cas, la paralysie est plus ou moins immédiate, dans le second, elle peut ne se montrer que tardivement; il en est ainsi lors d'exsudats plastiques par phlogose.

M. Chibret. — J'ai observé récemment un cas confirmatif des travaux de M. le professeur Panas. Un jeune homme qui a eu la tête pressée transversalement pendant la manœuvre d'un ascenseur, trois mois après l'accident présenta une paralysie double de la sixième paire ; j'ai dû faire une double ténotomie interne pour permettre au patient de se conduire avec facilité.

Cure immédiate de l'ulcère de la cornée.

M. Mules. — Pour obtenir la cure immédiate d'un ulcère de la cornée, il faut placer un cachet antiseptique sur la cornée, puis maintenir sur l'œil pendant plusieurs jours un tampon iodoformé. Le cachet est fabriqué avec de la gélatine, une solution saturée d'acide borique et de l'iodoforme en poudre impalpable. On le trempe dans une solution boriquée avant de s'en servir. A l'aide de ce procédé la cicatrisation peut être obtenue en trois jours.

M. Noyes. — Dans les cas plus graves, on peut recourir au procédé de Williams de Cincinnati qui recommande l'application d'acide phénique pur, à la condition qu'il n'y ait pas d'hypopyon; on fait cette application à l'aide d'un fil de platine. Une seule application suffit en général.

Traitement de la tension dans le glaucome chronique.

M. Walker (Liverpool). — Je considère le corps ciliaire comme une réunion de cœurs lymphatiques chargés de pomper les liquides aqueux de l'œil et de les faire passer dans les veines. Quand ce corps ciliaire est lésé ou détruit, le glaucome se forme. J'ai vainement essayé d'obtenir des fistules permanentes pour obvier à cet inconvénient. Actuellement, je dissèque un petit lambeau de conjonctive près du bord de la cornée ; à sa base, j'introduis un petit couteau dans la chambre antérieure de l'œil et j'enfonce le lambeau de conjonctive dans la plaie. Naturellement la surface épithéliale ne s'unit pas à la face cruentée de la cornée ou de la sclérotique, ce que fait au contraire la face profonde du lambeau. J'obtiens une fistule qui reste permanente à la condition qu'on la sonde de temps en temps. Je puis ainsi conserver la vue à des sujets qui sans cela deviendraient aveugles.

Kyste orbitaire et microphthalmie.

M. de Lapersonne présente les préparations microscopiques d'un kyste orbitaire avec microphthalmie dans lequel la paroi était formée par la rétine bien développée, mais complètement retournée. L'importance de ce cas tient à ce que les coupes ont pu porter sur la totalité des tissus de l'orbite. Il s'agit bien d'un kyste par défaut d'occlusion de la fente oculaire : des lésions paraissent s'être produites au moment de la formation de la vésicule oculaire secondaire. Le feuillet externe a peu proliféré pendant que le feuillet distal repoussé en bas et en avant formait la paroi du kyste et de nombreuses circonvolutions rétiniennes au milieu desquelles se trouve le cristallin.

Processus histologique de réparation des plaies pénétrantes de la sclérotique.

M. Franke (Hambourg). — Très peu de travaux ont été faits jusqu'ici sur le mécanisme intime de la guérison des plaies pénétrantes de la sclérotique. J'ai entrepris à ce sujet une série d'études histologiques qui ont été facilitées par cette circonstance, à savoir que les fibres longitudinales, transverses et obliques de la sclérotique peuvent toutes être étudiées sur une seule et même coupe.

La couche interne de la sclérotique contenant fort peu de vaisseaux, la cicatrisation des plaies sclérales se fait surtout aux dépens du tissu épiscléral et de la choroïde, tandis que la sclérotique proprement dite n'y contribue que pour une faible part. Les cellules de nouvelle formation provenant de la choroïde pénètrent dans la perte de substance et s'y transforment en tissu cicatriciel. Dès le deuxième jour, on peut déjà constater la formation de granulations.

Changement des cellules visuelles sous l'influence de la lumière.

M. Mann (Edimbourg). — Vas a montré que les noyaux des cellules du nerf sympathique augmentaient de volume après une excitation de 15 minutes, Hodge les a vus diminuer après des

excitations prolongées. J'ai ici des préparations montrant que toujours au début les noyaux augmentent et en même temps cellules et noyaux perdent leur chromatine en partie. On peut voir cela facilement dans les cellules du sympathique. L'excitation de ces cellules ayant duré de 15 minutes à 5 heures, elles sont augmentées de volume. L'excitation poussée plus loin et prolongée pendant 9 heures amène une contraction des cellules. Les mêmes principes sont applicables aux cellules motrices du cerveau et de la moelle. Cela est encore vrai quand il s'agit des cellules nerveuses de l'appareil optique, surtout celles de la rétine, des corps géniculés externes, des corps quadrijumeaux antérieurs. Dans toutes ces cellules l'excitation de la rétine par la lumière produit les mêmes phénomènes que ceux que nous avons décrits plus haut.

Chorio-rétinite.

M. C. Abadie. — La chorio-rétinite est une maladie oculaire fréquente et grave qui depuis l'adolescence jusqu'à l'âge mûr est une cause fréquente de cécité.

Elle est souvent méconnue parce que, localisée dans les parties profondes de l'œil et ne provoquant aucune inflammation apparente elle échappe complètement à tout médecin peu familiarisé avec le maniement de l'ophthalmoscope. On a voulu établir des variétés et des types différents d'après l'aspect, le nombre, l'étendue des foyers visibles à l'ophthalmoscope. Ces distinctions ne sont pourtant pas en réalité très importantes, car ni la gravité ni la nature de la maladie, ni sa marche, ni sa terminaison ne peuvent être déduites de l'examen ophthalmoscopique.

Quelquefois, en effet, le fond de l'œil présente dans toute son étendue de nombreux foyers s'enchevêtrant les uns dans les autres et le trouble fonctionnel est presque nul, la vision presque intacte.

D'autres fois, au contraire, l'image du fond de l'œil est à peine altérée et la vision est pourtant très compromise et le pronostic grave.

Cette disproportion souvent très marquée entre la lésion apparente du fond de l'œil et la gravité des troubles fonctionnels constitue une particularité caractéristique de la chorio-rétinite qui pourtant jusqu'ici n'a pas fixé suffisamment l'attention des observateurs.

La gravité de la maladie dépend surtout de la part que prend l'extrémité intra-oculaire du nerf optique, la papille, au processus morbide.

Ce processus peut aboutir à l'atrophie et il est d'un grand intérêt clinique de pouvoir différencier ces atrophies d'origine intra-oculaire, choroïdienne, justiciables d'un traitement efficace, des atrophies ordinaires d'origine cérébrale ou médullaire, dont le pronostic est si désespérant.

Dans l'atrophie d'origine choroïdienne, la coexistence de foyers choroïdiens même discrets éclairera tout d'abord le diagnostic. L'examen attentif des troubles fonctionnels fournira encore d'autres éléments fort importants. La perception des couleurs, y compris le vert, est toujours bien conservée dans l'atrophie d'origine intra-oculaire localisée à la papille. C'est là un signe capital, car il comporte toujours avec lui un pronostic favorable.

Dans l'atrophie simple, en effet, extra-oculaire, d'origine cérébrale ou médullaire, l'abolition de la perception du vert est un symptôme de la première heure. Enfin, dans l'atrophie simple, les limites du champ visuel diminuent proportionnellement avec la déchéance de la vision centrale, tandis que dans l'atrophie de cause intra-oculaire ces limites restent jusqu'à la fin très étendues.

La chorio-rétinite se rencontre fréquemment chez les individus qui ont eu la syphilis, mais c'est toujours un accident tardif, elle semble être parfois une manifestation de la syphilis héréditaire tardive. Son origine infectieuse ne parait pas douteuse, mais malgré les recherches les plus attentives on ne peut pas toujours découvrir le mode de pénétration de l'agent infectieux dans l'organisme.

Les injections sous-cutanées de sublimé, de peptonate ou de cyanure d'hydrargyre sont le traitement de choix de la chorio-rétinite. Ces injections sont infiniment préférables aux frictions mercurielles et nombre de malades qui n'ont retiré peu ou point d'avantages de ces dernières, guérissent avec les injections. Dans les formes très chroniques et très rebelles je me suis bien trouvé d'associer aux injections générales, les injections sous-conjonctivales de sublimé à un pour mille (une à deux gouttes)?

Je ne terminerai pas cette question du traitement sans m'élever avec force contre l'usage de l'iodure de potassium qu'on prescrit à chaque instant et de façon si banale.

L'iodure de potassium, j'ai eu bien des fois l'occasion de le constater, est manifestement nuisible. Administré seul, il aggrave la maladie et assombrit singulièrement le pronostic. Donné en même temps que les mercuriaux, il contrebalance leurs bons effets et le résultat final est alors nul sinon mauvais.

M. Panas. — Le contraste entre les lésions ophthalmoscopiques et les troubles fonctionnels est depuis longtemps connu et professé. Cela est aussi vrai pour la rétine que pour la papille optique.

Au sujet du traitement, je partage l'avis de la supériorité du traitement mercuriel et des injections sous-cutanées en particulier, mais où je diffère d'opinion, c'est au sujet de l'inefficacité absolue et des désastres occasionnés par l'iodure de potassium. Seul ou combiné avec l'hydrargyre sous forme de sirop de Gibert, il m'a rendu des services dans les cas de chorio-rétinite plastique, de celle myopique entre autres.

M. Deutschmann (de Hambourg). — A mon avis, M. Abadie n'a pas fourni la preuve que, dans la forme d'atrophie optique qu'il considère comme étant d'origine choroïdienne, il ne s'agit pas d'une affection primitive du nerf. Quand on se trouve en présence d'un malade offrant des troubles considérables de la vision et chez lequel l'examen ophthalmoscopique donne un résultat négatif, il faut toujours penser à une affection de la tache jaune ou de la *fovea centralis*. Je suis aussi partisan des injections sous-conjonctivales de sublimé dans les chorio-rétinites d'origine syphilitique, mais je ne rejette pas l'emploi des iodures qui sont surtout précieux pour le traitement des formes non syphilitiques de l'affection. Dans ces formes, les préparations mercurielles et notamment les injections sous-conjonctivales de sublimé ont échoué entre mes mains, tandis que l'usage prolongé de l'iodure de potassium m'a donné de très bons résultats.

M. Abadie. — Je répondrai à M. Deutschmann que je n'ai pas la prétention d'avoir découvert une maladie nouvelle, mais je crois que le point nouveau et original de ma communication, c'est précisément d'établir que ces atrophies d'origine choroïdienne ont été souvent méconnues et n'ont aucun rapport avec les lésions choroïdiennes observées à l'ophthalmoscope. Je vois, en effet, souvent des malades chez lesquels on a diagnostiqué des atrophies simples, et en les examinant avec soin, on découvre à l'équateur un foyer choroïdien qui vient révéler la nature de la maladie. Je n'ai pas dit et je ne crois pas que ce soit le foyer choroïdien qui provoque l'atrophie, je crois que les processus qui frappent l'extrémité intra-oculaire du nerf est le même que celui qui a provoqué la formation d'un foyer choroïdien. Mais c'est une simple hypothèse. Ce sera aux bactériologistes à élucider ce point-là.

Quant à l'action de l'iodure de potassium, je la proclame nuisible, parce que les malades qui en ont pris soit seul, soit associé aux mercuriaux, ont guéri beaucoup plus lentement que tous les autres et quelquefois n'ont pu guérir du tout, malgré les injections sous-cutanées mercurielles, toujours efficaces dans le cas neuf, c'est-à-dire n'ayant subi aucun traitement.

Enfin, je dirai que dans les cas chroniques rebelles, je joins aux injections sous-cutanées les injections sous-conjonctivales de sublimé préconisées par M. Darier et que j'en ai souvent obtenu de très bons résultats.

Des troubles de la macula associés à l'inflammation et à l'œdème de la rétine.

M. Gunn (Londres). — Sous l'influence de l'œdème de la rétine, il se forme des plis radiés partant de la macula; c'est là un résultat de l'œdème et de l'inflammation de la rétine. Ces plis persistent souvent après la disparition de l'œdème et de l'inflammation. Je les ai observés dans des cas de choroïdo-rétinite, d'anémie, de thrombose de l'artère ou la rétine et dans d'autres cas encore.

M. Thompson (Indianapolis). — Dans mes livres, on trouve des planches représentant ces troubles, surtout fréquents chez des femmes de 19 à 35 ans; ils paraissent en rapport avec la menstruation et des efforts. Il y a quelquefois de petites hémorrhagies près de la macula. Il y a souvent des rechutes.

Amblyopie temporaire à récidives.

M. Benson. — Un marin ayant de l'ampaludisme et du rhumatisme aigu, présente depuis 4 ans des obnubilations temporaires de la vue, quelquefois totales, quelquefois n'intéressant qu'une partie du champ visuel. Il est grand fumeur. A l'ophthalmoscope, on voit les papilles un peu floconneuses et une légère dégénérescence de la tache jaune du côté gauche. Mais pendant une période d'obnubilation de la vue, on voit une anémie complète de la rétine; cette partie anémiée occupait successivement différentes positions sur la rétine; l'obnubilation ne durait que de 2 à 5 minutes. L'œil gauche était le plus généralement atteint. Je crois qu'il s'agissait là d'un spasme vasculaire.

M. Noyes. — Les stries de la rétine décrites par M. Gunn sont très fréquentes. J'ai rapporté déja un cas tout à fait analogue à celui de M. Benson.

M. Nieden (de Bochum) fait observer que dans les cas de spasme des artères rétiniennes occasionné par des affections du nerf sympathique, on constate souvent avec le sphygmographe des modifications caractéristiques du tracé de l'artère temporale.

Sur l'hémorrhagie rétro-choroïdienne après les opérations sur l'œil.

M. Dufour. — Quelquefois, après une opération bien faite, on a la surprise de voir la plaie devenir de plus en plus béante, le corps vitré s'écouler suivi bientôt d'une hémorrhagie de plusieurs jours.

L'accident assurément n'est pas fréquent. Alb. de Græfe, en voyant mon premier cas, m'a dit ne l'avoir rencontré que deux fois.

L'origine est rétro-choroïdienne et je pus définitivement l'établir ayant vu survenir un accident après une iridectomie faite contre les douleurs dans un cas de glaucome absolu. Je proposai à l'instant l'énucléation, laquelle fut acceptée et exécutée séance tenante. L'examen du bulbe présenta un foyer hémorrhagique ayant poussé la rétine et la choroïde vers la plaie pendant le temps matériel nécessaire à la chloroformatisation.

Quant au diagnostic, aucun examen local des yeux ou général des vaisseaux et du cœur n'ont permis de conclure d'avance à la probabilité de l'hémorrhagie. Pour le traitement, dans les premiers cas, je recourus aux mesures hémostatiques possibles, le froid, la pression, la dérivation sans le moindre succès et dans un cas à l'énucléation.

Enfin, il y a 4 ans, je pratiquai, dès que j'eus à constater cet accident, une forte injection de morphine à la tempe près de l'œil; — le malade devient pâle, tombe dans l'état nauséeux et le flux de corps vitré s'arrête. Plus tard on constata, après la guérison le décollement de 1/3 de la rétine environ. Deux autres accidents semblables furent traités de la même façon et jugulés. Je recommanderai surtout de produire l'effet narcotique et nauséeux et pour y aider de préparer une solution susceptible de donner la nausée.

M. Ayres. — J'ai vu une malade de 65 ans atteinte de glaucome qu'on opéra; il n'y eut aucune complication au cours de l'opération. Quatre heures après elle ressentit des douleurs dans l'œil et je trouvai une hémorrhagie intra-oculaire intense et tout le corps vitré avait pénétré de force dans l'incision. Le globe oculaire était plein de sang. Il fallut pratiquer l'énucléation immédiate.

M. Grimiez. — Je demanderai à M. Dufour l'âge de ses malades. Je n'ai vu qu'une fois dans ma vie un cas analogue à ceux qu'il nous a rapportés. Il s'agissait d'un homme de près de 90 ans. On lui fit l'extraction de la manière ordinaire et sans accident. La nuit suivante il y eut une hémorrhagie et le lendemain on trouva le corps vitré et la rétine dans le pansement. Tout récemment j'ai vu un cas analogue dans un hôpital de Paris; là encore il s'agissait d'un homme de près de 80 ans.

M. Power. — Il est étonnant que cet accident ne soit pas plus fréquent en raison de la rapidité avec laquelle la tension de l'œil est diminuée. En règle générale on peut admettre qu'un examen incomplet de l'œil a été pratiqué avant l'opération. Dans les 2 ou 3 cas que je connais l'œil n'était plus sain.

M. Darier. — L'idée de provoquer un état nauséeux pour arrêter l'hémorrhagie me paraît excellente; je crois que le meilleur moyen d'obtenir cet état nauséeux est de pratiquer de petites injections d'apomorphine.

M. Dufour. — Mes premiers malades atteints de cataracte avaient 70 et 80 ans; les 2 atteints de glaucome avaient plus de 60 ans; mes 3 derniers opérés chez qui j'ai arrêté l'hémorrhagie rétro-choroïdienne avaient près de 70 ans. Je ne regarde cependant pas cet accident comme dû à la vieillesse. Je n'ai pas employé l'apomorphine parce que j'ai en quelque sorte été surpris par ces accidents et que je me suis servi de ce que j'avais sous la main.

Mécanisme de l'accommodation.

M. Tscherning. — Mes expériences m'ont montré que l'augmentation de réfraction de l'œil pendant l'accommodation diminue vers la périphérie. A une distance de l'axe de 2,5 mm. l'accommodation n'est que la moitié de l'accommodation centrale. Ce fait tient à ce que la surface antérieure du cristallin prend pendant l'accommodation une forme pointue. On peut obtenir ce changement sur des cristallins d'animaux en exerçant une traction sur la zonule. La structure du muscle ciliaire semble indiquer qu'il puisse exercer une telle traction.

M. Chibret. — J'ai cherché dans l'observation clinique une vérification des idées de M. Tscherning sur l'accommodation. En examinant des sujets atteints de paralysie incomplète de l'accommodation et en les laissant fixer un objet plus rapproché de l'œil que le miroir, j'ai pu constater, d'après le jour des ombres, que, dans certains cas, le centre seul du champ pupillaire devenait plus réfringent. Cette observation confirme la théorie de M. Tscherning.

Traitement de la diphthérie oculaire par l'huile brute de pétrole.

M. Vian (Toulon). — Les trois cas que je rapporte offrent une variété au point de vue des symptômes et surtout de la gravité de l'affection. Le premier cas concerne une fillette atteinte d'ophthalmie des nouveau-nés binoculaire, qui se transforme au bout de quelques jours en conjonctivite pseudo-membraneuse. Malgré le traitement au jus de citron répété 4 fois par jour, et la pommade à l'iodoforme, la cornée droite se nécrose et est détruite en 48 heures. C'est alors que j'eus l'idée d'employer l'huile de pétrole brute comme parasiticide. Je commençai par faire tous les jours deux nettoyages des muqueuses et culs-de-sac palpébraux, avec un pinceau imbibé d'huile de pétrole, les membranes se détachèrent très bien et les muqueuses restèrent très propres. J'augmentai le nombre de nettoyages et arrivai à en faire toutes les trois heures, au bout de 25 jours l'affection était complètement terminée, et la cornée gauche qui s'était un peu troublée récupéra toute sa netteté au bout de 15 jours par un traitement à l'oxyde jaune de mercure.

Le deuxième cas est un jeune enfant de trois ans présentant une ophthalmie diphthéritique bien nette. Après 46 jours de traitement à l'huile de pétrole, les paupières étaient guéries. Les cornées sont redevenus nettes plus tard; elles n'ont jamais présenté érosion ni trace de ramollissement.

Le troisième est un jeune garçon de trois ans présentant une conjonctivite pseudo-membraneuse bien nette mais moins grave, et qui a guéri en un mois, sans que les cornées aient présenté la moindre altération.

Il faut donc employer l'huile de pétrole en nettoyages au pinceau faits toutes les deux heures et y adjoindre dans le cas d'opacification des cornées, le traitement à l'oxyde jaune de mercure.

Asthénopie.

M. Bull. — Il y a une certaine forme de fatigue oculaire que j'appelle asthénopie tarsienne et qui est pour beaucoup dans la fatigue qu'éprouvent certaines personnes à lire au lit.

M. Savage. — Je ne crois pas que ce soit là la vraie cause de la fatigue qu'éprouve un homme lisant couché. Si pendant le décubitus on pouvait tenir le livre dans la même position relative que quand on est debout, je crois qu'on n'éprouverait aucune fatigue. Mais en général, la position du livre est telle qu'elle entraîne un grand abaissement de l'axe visuel, ce qui fatigue les droits inférieurs; de plus, il faut que leur action soit contrebalancée par les grands obliques pour empêcher l'aplatissement du globe de l'œil. C'est cet effort exagéré qui produit la fatigue.

M. Roosa. — La pression des paupières sur l'œil dont parle M. Bull, constitue-t-elle une nouvelle forme d'asthénopie? Quand on se sert de l'ophthalmoscope et du microscope, il faut s'exercer à regarder avec les deux yeux ouverts.

M. Bull. — L'asthénopie tarsienne est fréquemment associée avec des symptômes d'asthénopie par vice d'accommodation, car la pression de la paupière sur la cornée semble provoquer du spasme. L'action des muscles n'est point ce qui cause la fatigue.

Névrite optique d'origine réflexe amygdalienne.

M. Menacho (Barcelone). — Il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'une amygdalite catarrhale double, a eu une hypertrophie amygdalienne et 2 semaines plus tard, est devenue aveugle à la suite d'une papillite double par stase très accusée et dont la vue a repris rapidement 2 jours après à la suite de l'excision des deux amygdales jusqu'à revenir tout à fait normales au bout d'un mois. Il semble qu'on doive invoquer une action réflexe à travers le glossopharyngien et le sympathique au moyen du plexus pharyngien en bas et la branche d'Andersch et le plexus caverneux.

Nouvelle méthode pour durcir les yeux dans le formol.

M. Leber. — Le principe actif du formol est le formoldéhyde qui se dissout dans l'eau avec de l'alcool méthylique dans la proportion de 40 0/0. Pour durcir les yeux, on mêle le formol à 10 ou 30 parties d'eau; la meilleure proportion semble être le 1/10e. Blum le premier a recommandé le formol l'année dernière pour la conservation des tissus animaux et végétaux. C'est M. Edinger qui a attiré mon attention sur la valeur du formol pour la conservation des yeux. Le formol durcit les tissus en y produisant des coagulations et sans leur soustraire leur eau; il ne produit par suite aucune contraction. Cet agent pénètre très vite dans les tissus, il permet de couper un œil au bout de 24 heures; il fixe les éléments histologiques; on peut colorer et inclure dans la paraffine les pièces préparées par le formol. Le grand avantage du formol est de permettre une préparation rapide des pièces avec conservation de leurs couleurs. Le corps vitré reste parfaitement transparent. Cette méthode est fort utile pour l'examen des yeux énuclés. On peut ainsi s'assurer de tous les troubles pathologiques de ces yeux.

Kyste de l'iris.

M. Clark. — J'ai observé 2 cas de kystes séreux de l'iris. L'un était survenu chez un enfant de 22 mois; il paraissait congénital; l'autre était chez une femme de 32 ans et datait de 3 ans. Dans aucun de ces 2 cas, il n'y avait trace de traumatisme.

Il s'agissait de deux kystes séreux remplissant les deux tiers inférieurs de la chambre de l'humeur aqueuse repoussant le cristallin et faisant saillie vers le corps vitré. Il est possible que ces kystes se soient primitivement développés dans un espace de Fontana, car la paroi antérieure de ces kystes avait un épithélium identique à celui de la membrane de Descemet.

Opération pour le strabisme.

M. Landolt. — Une expérience de vingt années m'a prouvé que le meilleur traitement opératoire du strabisme consiste à pratiquer l'avancement musculaire. En effet, à la suite de la ténotomie, les mouvements de l'œil sont souvent limités et l'action antagoniste des muscles non sectionnés n'est pas suffisamment compensée. La ténotomie place l'œil, pour ainsi dire, en dehors de son appareil musculaire, tandis que l'avancement l'y fixe au contraire davantage, ce qui rend cette dernière opération particulièrement utile pour les cas d'insuffisance motrice. Ainsi la ténotomie du muscle droit externe entraîne la perte d'une partie considérable de la puissance d'abduction et implique le danger d'un strabisme convergent consécutif. Par contre, l'avancement du droit interne suffit dans le même cas pour corriger le strabisme sans affaiblir les mouvements d'abduction. On peut dire que l'avancement n'est jamais suivi d'une position vicieuse de l'œil ni de rétraction de la caroncule, contrairement à ce qui a lieu dans la ténotomie.

Pour toutes ces raisons, je considère l'avancement musculaire comme le procédé de choix dans la strabotomie. Dans les strabismes légers il suffit de pratiquer l'avancement d'un seul muscle. Dans les strabismes d'intensité moyenne, le meilleur procédé est l'avancement des deux muscles homonymes. Ce n'est que dans les strabismes excessifs que j'ai recours actuellement à la ténotomie sous-conjonctivale sans détacher le muscle des tissus environnants.

M. Swanzy. — De même que pour la cataracte, nous ne serons jamais d'accord sur ces points traités par Landolt, parce qu'on peut arriver à des résultats également bons par des méthodes différentes. Je ne crois pas qu'on doive abandonner la ténotomie simple autant que le voudrait Landolt et je pense que les règles opératoires du strabisme telles qu'elles ont été formulées par Græfe sont encore en grande partie excellentes.

M. Panas. — Je partage entièrement l'opinion du docteur Landolt, la supériorité de l'avancement surtout lorsqu'il s'agit de strabisme par insuffisance paralytique. Il n'en est plus ainsi de strabisme concomitant, où le déséquilibre tient à des troubles non de la force musculaire (paralysie ou rétraction) mais des centres dévolus à la convergence. Dans ces conditions le recul donne une correction plus certaine alors que l'avancement, de l'avis même de ses partisans (voyez la thèse inaugurée de Laive, inspirée par de Wecker) échoue dans l'insuffisance de convergence telle qu'elle existe chez les myopes. C'est absolument le résultat auquel je suis arrivé moi-même, aussi je réserve l'avancement comme complément de recul dans le strabisme externe prononcé et dans celui paralytique aigu.

M. Roosa (New-York). — Avant de connaître la méthode de Landolt j'avais, d'après ce que m'avait suggéré un auteur français, déjà eu recours à la méthode de l'avancement à la place de la ténotomie dans les cas de strabisme convergent intense, et cela afin de remédier au grand nombre de ténotomies qu'exigent certains cas. Mais remplacer la ténotomie par l'avancement pour éviter la diplopie, c'est abandonner une opération simple pour une autre qui est bien plus sérieuse. Si on a soin de bien corriger les défauts de réfraction surtout l'astigmatisme, on aura bien rarement de la diplopie. On doit faire porter les verres avant l'opération, on peut ainsi quelquefois corriger le strabisme sans opération. Généralement cela ne suffit pas, mais alors il faut faire porter des verres aussitôt après l'opération. Je ne crois pas que, d'une façon générale, il soit utile de remplacer la ténotomie par l'avancement.

M. Gruening. — Je fais la ténotomie toutes les fois qu'on peut la substituer à l'avancement. Même dans les cas de strabisme divergent, on obtient de très bons résultats par la ténotomie. Quand la motilité en dedans est conservée, que le strabisme soit ou non associé à une amblyopie d'un œil, la ténotomie des deux muscles externes et une suture plaçant l'œil en adduction suffisent. Il est vrai qu'on imite ainsi les mouvements de l'œil en dehors, mais cela ne gêne ni ne défigure le malade.

M. Stevens. — Pour obtenir un résultat parfait, il faut que la rotation de l'œil dans toutes les directions soit égale. Pour cela, il faut s'adresser aux muscles correspondants. Faire une ténotomie sur un muscle et amener la contraction du muscle opposé est en contradiction avec ce principe. Il y a plusieurs années, j'enseignais qu'on devait faire l'avancement d'un des muscles comme opération adjuvante de la ténotomie du muscle opposé. Je crois actuellement qu'on peut, dans la plupart des cas, obtenir une vision binoculaire parfaite avec rotations égales dans tous les sens, en faisant des ténotomies

graduées sur les deux yeux et en les répétant au bout de quelques mois.

M. Landolt. — Les critiques de mes collègues prouvent qu'ils n'examinent, ni ne traitent, ni n'opèrent, ni ne suivent leurs malades comme je le fais. Aucun d'eux, par exemple, n'a mentionné des mesures de l'excursion des yeux, ou des degrés de convergence et de divergence avant et après l'opération. Ces mesures sont pourtant indispensables.

M. Panas m'objecte que l'avancement capsulaire, suivant M. Wecker, donne souvent une correction insuffisante, mais je n'ai pas même mentionné ce procédé opératoire. S'il a échoué avec l'avancement musculaire, je ne puis que le regretter. Ce sont les excellents résultats que cette opération m'a donnés, et cela précisément dans le strabisme concomitant, qui m'ont encouragé à lui donner la préférence sur le reculement.

M. Swanzy obéit encore aux règlements formulés par de Græfe. J'ai le plus profond respect pour ce Maître des Maîtres. Mais Krenchel a déjà montré théoriquement ce qu'a confirmé ma pratique, que le recul d'un muscle diminue bien plus la motilité dans cette direction qu'elle n'augmenterait dans le sens opposé. L'inverse a lieu avec l'avancement. Je suis complètement d'accord avec M. Roosa quand il dit qu'il faut attacher une grande importance à la correction des troubles optiques dans le strabisme. J'ai la conviction que beaucoup d'entre vous seront amenés à remplacer la ténotomie par l'avancement.

Valeur relative du mercure et de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis oculaire.

M. Chibret depuis longtemps suspecte l'IK de n'avoir pas de valeur spécifique dans la syphilis, et aujourd'hui il conclut que :

1° En syphilis oculaire le Hg seul agit presque toujours; l'IK seul n'agit jamais.

2° En syphilis générale, le Hg seul agit presque toujours et sur tous les accidents; l'IK seul n'agit que sur certains accidents et d'une façon inconstante.

3° En syphilis oculaire et générale le Hg seul peut servir de pierre de touche pour fixer le diagnostic étiologique.

4° Le Hg seul spécifique de la syphilis, est en même temps un poison de l'organisme et surtout du système nerveux. De là la gravité de la syphilis nerveuse.

5° L'IK, comme contre-poison du Hg, est fréquemment indiqué dans la syphilis pour éliminer ou faire tolérer le Hg.

6° L'IK agit en outre sur le lymphatisme et sur le rhumatisme.

7° La syphilis grave n'est éteinte que par le Hg seul ou associé à l'IK.

L'iodure de potassium agit sur l'organisme entier médiatement par élimination du Hg, immédiatement sur le rhumatisme et le lymphatisme qui constituent souvent une indication à côté de la syphilis. Médiatement l'IK en éliminant, le Hg peut tenir lieu d'un traitement mercuriel, remédier à la saturation ou à l'empoisonnement mercuriel, faciliter au début l'administration du Hg chez les malades qui le tolèrent mal.

Le traitement mercuriel expose à deux inconvénients qu'il faut éviter : la saturation et l'empoisonnement; ces accidents surviennent en raison directe de l'âge, en raison inverse de l'activité des échanges organiques. La saturation se reconnaît à ce fait que le Hg, antérieurement actif, cesse de l'être ou est moins bien toléré. Saturation et empoisonnement sont des indications formelles de l'IK.

Les injections de sels solubles, notamment de cyanure de mercure, constituent une excellente médication et une pierre de touche souvent sûre pour déceler la syphilis. Dans la syphilis nerveuse, il y a quelquefois intolérance pour ce traitement et nécessité de lui adjoindre l'IK qui le fait tolérer. Avec les injections de Hg-cy, l'IK ne trouve que d'assez rares indications — c'est surtout avec les sels insolubles que le Hg s'accumule dans l'organisme et que l'on doit recourir à l'IK. Dans tous ces cas, 1 à 2 gr. sont des doses suffisantes.

Le Hg-cy dissous dans l'eau et la glycérine à 1/200, avec faible addition de cocaïne, est un liquide facile à préparer, n'attaquant pas les instruments et très bien supporté en injection profonde à la fesse à la dose moyenne d'un demi centigramme.

Au début, les injections sont quotidiennes durant 4 à 9 jours, puis doivent devenir tri-hebdomadaires.

Le seul accident à redouter est la diarrhée : il faut suspendre le traitement dès qu'elle apparaît et le reprendre ensuite à doses moindres.

Le traitement avec interruptions doit durer deux ans au moins, 3 ou 4 ans chez les sujets au déclin de la vie.

Opération pour faire une pupille centrale dans un cas d'irido-cyclitis intense.

M. Noyes (New-York). — Quand on a un cas d'irido-choroïdite intense avec épaississement et une très faible perception de la lumière, l'iridotomie et l'iridectomie sont inutiles; il en est de même de l'opération qui consiste à déchirer l'iris avec des aiguilles. Il faut prendre un couteau de Græfe et faire deux incisions, une de chaque côté de la cornée, puis retirant le couteau, on le plonge à travers la cornée et l'iris, plus près du centre. S'il y a hémorrhagie, il faut irriguer avec une solution saline, l'injectant par une des incisions et la laissant sortir par l'autre; il faut ensuite donner un coup de ciseaux à l'iris (à l'aide des ciseaux de Becker), au niveau de chaque ponction. On irrigue de nouveau la chambre antérieure. Il faut attirer au dehors les lambeaux plats et les couper aux ciseaux.

M. Darier. — Dans les cas d'occlusion de la pupille avec aphakie, si l'iris est sain et se contracte bien, l'iridotomie pratiquée avec les ciseaux de Wecker peut donner de bons résultats. Quand la pupille est oblitérée par un exsudat ancien et épais, avec perte des fibres radiées, il est mieux de faire l'incision de la partie centrale de la membrane oblitérante. Le meilleur procédé est l'iridectomie d'Abadie. Avec deux couteaux lancéolés, il fait en même temps deux incisions verticales de chaque côté de la cornée. Par une de ces incisions, il introduit les ciseaux de Wecker, fait deux incisions en V dans la membrane. Par l'autre incision, un aide attire avec une pince le sommet du lambeau triangulaire, et l'opérateur coupe sa base. Il reste ainsi une pupille triangulaire qui a un très bon aspect.

Traitement par l'antipyrine de certaines formes d'atrophie du nerf optique.

M. Valude (Paris). — Aux faits que j'ai déjà publiés l'année dernière, je puis ajouter une ou deux observations récentes et un cas publié par M. le Dr Bistis de Constantinople, et où l'antipyrine a réussi à améliorer une atrophie optique qui avait résisté à divers traitements.

L'antipyrine doit être donnée en injections hypodermiques plutôt que par la voie buccale qui expose à des troubles digestifs. On se sert d'une solution saturée d'antipyrine (3 gr. d'antipyrine pour 2 gr. d'eau avec adjonction d'une faible quantité de cocaïne pour diminuer la douleur de l'injection), dont on injecte 2 grammes tous les deux jours (1 gr. de substance active).

Ce traitement ne convient pas à toutes les formes d'atrophie optique mais seulement dans celles qui sont consécutives à des névrites descendantes et qui ont pour origine une méningite ou pachyméningite localisée ou généralisée. Dans ce cas, l'amblyopie a été précédée et accompagnée de maux de tête, et l'on observe des signes de névrite optique avant l'atrophie.

Le traitement par l'antipyrine supprime la céphalée et remonte l'acuité visuelle, lorsque tout autre traitement reste infructueux. C'est l'acuité visuelle pour les objets rapprochés, c'est-à-dire l'acuité la plus utile (lecture, écriture, couture,) qui se trouve surtout heureusement influencée par ce mode de traitement.

Lymphome des quatre paupières, guéri par l'arsenic.

M. Brenner (Bradford). — Un homme de 52 ans présentait en 1885 une tumeur allongée et élastique au niveau de la paupière inférieure gauche; la peau était normale et mobile. On enleva la tumeur; il n'y eut pas de récidive pendant 3 ans. En 1888 les paupières étaient augmentées de volume; il y avait, en outre, une tumeur de la partie droite du palais et une autre au niveau de la glande sous-maxillaire droite.

On enleva de nouveau la tumeur de la paupière inférieure gauche. On prescrivit de l'iodure et des frictions mercurielles.

Cependant ces tumeurs augmentaient de volume et de temps en temps il y avait de la diplopie. En 1890 M. Feal enleva les tumeurs des deux paupières inférieures. En 1891 on donna au malade de l'arsenic. Toutes les tumeurs diminuèrent de volume; puis elles disparurent.

Cure radicale des rétrécissements du conduit lacrymal.

M. Theobald. — J'ai depuis des années soutenu que les ophthalmologistes se servaient de sondes trop fines pour les catarrhes et les rétrécissements lacrymaux. L'examen du squelette m'a montré que le diamètre du canal varie de 3 mm. à 7 mm. En général, une sonde de 4 cm 5 peut passer. Ces sondes épaisses sont plus faciles à manœuvrer et moins dangereuses. Ces sondes amènent bien plus souvent une guérison complète.

M. Gruening. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Theobald. Il y a 17 ans que j'ai adopté sa manière de faire et j'ai obtenu de très bons résultats.

M. Roosa. — Je ne saurais adopter d'une façon exclusive la méthode de M. Theobald, qui est, du reste, utile dans certains cas.

M. Thompson. — J'ai eu recours à des sondes de très gros calibre et elles ne m'ont, pas plus que les autres, mis à l'abri des récidives.

M. Risley. — Le traitement par les sondes à gros calibre est antiphysiologique; sûrement, ces grosses sondes détruisent des parties molles.

M. Chibret. — Le sondage des voies lacrymales ne peut guérir tous les larmoiements. En 1888, à Heidelberg, M. de Wecker a proposé l'ablation de la glande lacrymale palpébrale pour la voie conjonctivale. Cette opération relativement simple quand elle est bien pratiquée, donne des résultats remarquables; elle m'a donné en moyenne une réduction du larmoiement égale à trois quarts; le résultat est assez bon pour satisfaire malade et médecine. Le docteur Terson a résumé dans une thèse de Paris tout ce qui concerne l'opération de l'ablation de la glande lacrymale palpébrale.

M. Priestley Smith. — Au lieu de sonder souvent les malades je crois qu'il vaut mieux leur faire porter pendant longtemps des sondes en argent.

M. Lee. — L'irrigation prolongée à l'aide de liquides antiseptiques donne de très bons résultats.

M. Theobald. — Les mauvais résultats des petites sondes sont presque universellement connus. J'emploie des sondes à gros calibre ayant une courbure s'adaptant au conduit qu'elles doivent traverser. J'ai quelquefois des rechutes, mais très rarement. Loin d'avoir une action antiphysiologique, les grosses sondes facilitent considérablement l'écoulement des larmes.

Traitement des granulations conjonctivales par l'électrolyse.

M. Malgat (Nice) pense que la conjonctivite granuleuse est l'apanage des pauvres, des scrofuleux et des lymphatiques, du moins dans nos pays, et il est à noter que sa fréquence a diminué à Nice depuis qu'on a assaini cette ville. D'autre part, on voit des granuleux guérir par le simple changement d'habitation, de nourriture, d'hygiène privée et d'hygiène générale. Donc, le traitement médical s'adressant à la constitution du sujet, s'impose au même titre que le traitement chirurgical, et que les ophthalmologistes qui veulent appliquer seulement le traitement chirurgical à la guérison du trachome ne sont pas dans la vérité.

M. Malgat préconise un traitement électrolytique comme traitement chirurgical. Ce traitement, qui lui a donné de très beaux succès même dans les cas d'altérations cornéennes, même chez les enfants, consiste à détruire chimiquement chaque granulation conjonctivale en appliquant successivement sur chacune d'elles la pointe de l'aiguille. Il fait plusieurs séances, séparées par un intervalle de 2 ou 3 jours. Au bout de quelques semaines, la conjonctive redevient lisse, souple, de couleur normale et ne présente jamais de cicatrice. Pour atteindre plus sûrement toutes les granulations, il faut découvrir le cul-de-sac supérieur avec une pince à enroulement ou l'exciser par la méthode de Galezowski.

M. Chibret — M. Malgat croit que l'hygiène domine l'étiologie du trachome. Swan Burnett et moi avons démontré, il y a 6 ans à Berlin, qu'il y a avant tout une question de race. Depuis lors, le professeur Hirschberg a fait le tour du monde et observe qu'à Calcutta il y avait 20 0/0 de trachomes, à Bombay 10 0/0, à Ceylan pas du tout. Il a voulu savoir pourquoi. Examinant l'origine des trachomateux à Calcutta, il a vu que ces malades étaient des *sémites* et non *Indiens*. Il m'a même proposé de faire pour le prochain congrès la carte du globe au point de vue de la répartition du trachome.

Ce qui prouve le peu d'importance du soleil, de l'aération, c'est que les mineurs flamands qui passent leur vie sous terre, n'ont pas le trachome, tandis que les tisseurs du même pays, qui travaillent à la lumière du jour dans des ateliers bien ventilés, fournissent de 20 à 30 0/0 de trachomateux. Les Arabes qui vivent sous la tente inondée de soleil, ont aussi le trachome. C'est que les Arabes sont des sémites, race particulièrement prédisposée au trachome, c'est que les mineurs sont des Celtes, les tisseurs des Germains.

Pour le traitement, je ne puis que féliciter M. Malgat de l'heureuse idée qu'il a eue en appliquant l'électrolyse à la cure du trachome. L'électrolyse a, en effet, une action antiseptique en dehors de son action destructive.

Relations entre les fonctions d'accommodation et celles de convergence.

M. Stevens. — Il n'y a pas de relation essentielle entre les fonctions de convergence et celles d'accommodation. Cette relation n'est que le résultat d'une habitude. Les proportions de cas de strabismes convergents associés à l'hypermétropie et de strabismes divergents associés à la myopie ont été exagérées. Les cas de strabisme que corrigent des verres sphériques positifs ou négatifs sont des cas d'hypertropie ou d'hyperphorie. Mes observations me portent à admettre qu'une accommodation excessive n'a pas une influence directe comme cause du strabisme convergent.

Paralysie associée de l'élévation et de l'abaissement.

M. Sauvineau (Paris). — Il existe un type clinique de paralysies oculaires, constitué par la paralysie des mouvements d'élévation et d'abaissement d'une part, des mouvements de convergence d'autre part, avec intégrité des mouvements de latéralité.

Cette forme de paralysie, bien décrite par M. Parinaud dès 1881, peut débuter par un ictus, et semble persister indéfiniment à l'état stationnaire, sans aggravation ni diminution des phénomènes paralytiques.

Les lésions anatomiques, dans cette forme, siègent très vraisemblablement dans les centres coordinateurs supranucléaires (tubercules quadrijumeaux, substance grise sous épendymaire), dont la lésion, comme nous l'avons établi en 1892, produit des paralysies des différents mouvements des yeux associés et conjugués, lesquelles, réunies sur le même sujet, constituent une variété d'ophthalmoplégie, l'ophthalmoplégie supra-nucléaire. Celle-ci, par conséquent, est toujours binoculaire.

La diplopie qui fait souvent défaut et qui lorsqu'elle existe, n'offre rien de caractéristique, n'a qu'une importance secondaire dans ces formes de paralysies centrales.

Guérison opératoire de l'ophthalmoplégie tabétique persistante.

M. Chevallereau (Paris) a observé deux malades tabétiques chez lesquels une paralysie du moteur oculaire commun persistait dans un cas depuis huit mois, dans l'autre depuis six mois et demi. Après avoir employé sans aucun succès le traitement médical, M. Chevallereau se décida chez le premier malade, paralysé des deux côtés et incapable de travailler, à sectionner le droit externe dans le but de ramener l'œil sur la ligne médiane. Après cette opération la paralysie de moteur oculaire commun disparut complètement. Chez la seconde malade M. Chevallereau constata que la paralysie disparaissait de même complètement immédiatement après la section du droit externe. La guérison, obtenue depuis deux mois et un mois, persiste.

L'auteur n'a pas retrouvé dans la science un fait du même genre. Par analogie avec la théorie des nerfs d'arrêt et de l'inhibition nerveuse, il pense qu'en affaiblissant par la section le droit externe chez ces tabétiques il a fait cesser l'inhibition musculaire que ce muscle exerçait sur les muscles paralysés.

CONGRÈS FRANÇAIS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Cinquième session tenue à Clermont-Ferrand du 6 *au* 11 *août* 1894.

(*Fin.*)

Le faciès dans les myopathies.

M. Henry Meige. — Les conceptions des neurologistes relativement aux amyotrophies primitives ont subi des modifications telles depuis quelques années que la revision de leurs symptômes s'impose. Le faciès myopathique, considéré comme propre à la forme facio-scapulo-humérale, se trouve atténué ou modifié dans toutes les formes de myopathie progressive. L'auteur signale plusieurs faits observés par lui au sujet des physionomies des myopathiques : l'accentuation de la fossette médiane du menton; l'existence d'une fossette latérale aux coins des lèvres; des rides concentriques sur la paupière inférieure qui a perdu ses cils. Enfin l'auteur signale des formes particulières des lèvres qui lui ont paru constantes.

Quelques observations de paralysie générale avec chorée.

MM. Vallon et **Marie.** — Dans ces observations, au nombre de trois, la chorée type de Sydenham s'est présentée deux fois dans des conditions où il est permis de se demander si elle ne représentait pas un symptôme initial en rapport à quelque degré avec l'affection ultérieure (péri-encéphalite). Comme dans les observations aujourd'hui nombreuses où l'on a signalé la coexistence de la péri-encéphalite avec des symptômes de névroses diverses (hystérie, neurasthénie, maladie de Basedow), il semble y avoir là plus qu'une coïncidence; c'est comme un équivalent moteur atténué à la période de dynamie fonctionnelle du processus à la fois psychique et moteur bien plus profond que n'est la paralysie générale confirmée, développée consécutivement chez les mêmes. Dans la première de nos observations, le paralytique eut la chorée à plusieurs reprises, dans l'enfance et bien plus tard encore, au début même de sa paralysie générale développée à l'âge de 33 ans. Dans le deuxième cas, les symptômes de la paralysie générale n'effacèrent qu'incomplètement les symptômes choréiques. Dans le troisième cas, les mouvements choréiques étaient rhythmiques ou localisés dans un membre sous forme d'accès paroxystiques, non sans quelque analogie avec les mouvements et contractions de l'épilepsie jacksonienne.

Sur les lois psychophysiques en pathologie nerveuse.

M. Mendelssohn. — La sensation étant un symptôme très important en pathologie nerveuse, il y a lieu d'appliquer à l'étude des maladies nerveuses les méthodes psychophysiques, seules capables de mesurer la grandeur de la sensation et de déterminer le rapport entre l'excitant et la sensation. D'après les recherches de M. Mendelssohn, les lois de Weber et Fechner sont applicables aux modifications pathologiques de la perceptibilité sensorielle dans des limites plus restreintes que dans les mêmes organes des sens à l'état normal. La perceptibilité différentielle est bien plus atteinte dans les modifications de la sensibilité d'origine dynamique (hystérie) que dans celles qui sont produites par des processus destructifs dans les centres nerveux. C'est surtout l'étude de la perceptibilité différentielle dans ses rapports avec d'autres propriétés des organes des sens et particulièrement du sens de la vue qui a fourni quelques faits importants pour le diagnostic différentiel de certaines maladies du système nerveux. M. Mendelssohn donne à ces faits le nom de symptômes de relation qu'il croit mériter d'être introduit en pathologie nerveuse.

Le prochain congrès se réunira en 1895 *à Bordeaux.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 *août* 1894.

Obstétrique.

M. Charpentier lit un rapport sur un mémoire de **M. Aron** (de Sedan), concernant les principaux faits de sa pratique des accouchements. L'auteur se croit en droit d'en conclure qu'il y a tout avantage à intervenir hâtivement, aussitôt que possible, cette intervention étant moins dangereuse que la fatigue qui résulterait pour la femme de la prolongation. M. Charpentier estime qu'il faut plutôt éviter cette hâte, car les manœuvres obstétricales, même pratiquées dans les conditions les plus favorables, présentent toujours quelques dangers, et l'accoucheur ne devra y recourir que dans des cas d'absolue nécessité.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

1er *semestre* 1894.

Contusions abdominales avec lésion des viscères.

M. Vautrin. — Ni la violence du traumatisme, ni les troubles des premières heures qui suivent l'accident, ni la rapidité d'apparition des symptômes de péritonite ne permettent de poser avec certitude le diagnostic de rupture complète de l'intestin. — Pas plus qu'ils ne nous renseignent sur le diagnostic des lésions intestinales, les éléments qui précèdent ne sauraient fournir des indications thérapeutiques précises, sauf, pour certains auteurs, l'apparition de symptômes péritonitiques après la période de calme relatif qui succède aux phénomènes du choc initial.

L'apparition de ces symptômes serait le signal de l'intervention chirurgicale. M. Vautrin s'élève contre cette manière de voir et montre que ce signe même ne peut être que d'une utilité très restreinte, car, ou bien les phénomènes péritonitiques s'établissent lentement, insidieusement, et ils laissent alors le chirurgien dans une incertitude qui entraîne l'expectation, ou bien la symptomatologie est franche, le chirurgien ne peut hésiter sur la nature et l'importance des troubles abdominaux, mais il est trop tard pour opérer puisque l'opération n'a pour but que de prévenir les accidents qui ont donné naissance aux symptômes en question.

Deux observations personnelles, rapportées par M. Vautrin, montrent bien le danger et la difficulté de se laisser guider, pour intervenir, par la constatation des symptômes péritonitiques et par l'appréciation de leur gravité; elles montrent aussi les suites funestes que peut avoir l'abstention.

La première observation est celle d'un ouvrier de 40 ans, tamponné par un wagonnet au niveau du flanc droit, apporté quelques heures après l'accident à l'hôpital civil, où il présenta des phénomènes de péritonitisme avec douleur de tout le flanc droit à la palpation. Toutefois, ces phénomènes ne parurent pas constituer une indication suffisante d'une intervention rapide et on attendit. Le lendemain les symptômes étaient manifestement l'indice d'une péritonite grave, le pouls était irrégulier et petit, la température hyponormale à 35°5, des vomissements fécaloïdes se produisaient accompagnés de sueurs froides profuses. L'intervention chirurgicale fut rejetée comme inutile et trop tardive. A l'autopsie, qui fut pratiquée le surlendemain de l'accident, on constata une déchirure transversale de l'intestin grêle, longue de 2 centimètres, située à égale distance du cæcum et du pylore, dans le flanc droit, avec un épanchement de matières intestinales dans le péritoine où se trouvait aussi du sang provenant d'une rupture légère du bord du lobe droit du foie. — La seconde observation est relative à un jeune homme de 23 ans qui tomba de 3 mètres de hauteur sur une rampe d'escalier et fut vu par M. Vautrin le lendemain de l'accident. Il présentait alors du ballonnement du ventre sans douleur spontanée, et la pression même était peu douloureuse sauf à la région ombilicale. Quelques nausées et éructations. Facies abdominal,

pouls à 125, petit, mais régulier. T. 36°5. Le surlendemain de l'accident l'état restait le même, mais le météorisme abdominal avait augmenté. La laparotomie fut proposée à la famille, qui refusa. Le soir même survenaient des sueurs profuses, des vomissements bilieux, puis fécaloïdes, le pouls devenait filiforme, le météorisme était énorme et le blessé mourait le lendemain, trois jours après sa chute, sans avoir jamais ressenti de douleurs nettement définies au niveau de l'abdomen. L'autopsie ne put être faite, mais il est probable qu'il s'agissait d'une septicémie intestino-péritonéale du genre de celles décrites par Verchère en 1888 et produite par le passage lent du liquide intestinal dans le péritoine à travers une plaie intestinale ou même à travers les parois de l'intestin contusionnées et distendues par le météorisme.

De cet ensemble de considérations et d'observations, M. Vautrin est amené à conclure, d'une façon générale, qu'en cas de doute sur la gravité d'une lésion intestinale l'intervention est préférable à l'expectation ; ensuite, qu'en l'absence d'indications cliniques suffisamment précises dans l'état actuel de la science, il y a lieu de poser comme règle la laparotomie pratiquée après la période de choc initial, dans les premières 24 heures, sans attendre d'indications d'ordre symptomatique, et cela dans tous les cas de contusion abdominale suivie de choc nerveux très marqué, de dépression et de symptômes abdominaux notoires. La laparotomie pourra même être entreprise pendant la période de choc si cette période se prolonge assez pour faire craindre pour la vie du malade, et elle ne sera contre-indiquée que si la température est hypo. normale, au-dessous de 35°5 et le pouls irrégulier et petit. En intervenant de bonne heure, on risque, il est vrai, de laparotomiser inutilement, mais c'est là un inconvénient léger, la laparotomie étant peu grave par elle-même, et, d'autre part, en cas de lésions viscérales, on a l'avantage de pouvoir prévenir à temps les accidents et d'opérer avec plus de facilité et moins de danger pour le blessé.

M. Th. Weiss se déclare partisan convaincu de la laparotomie exploratrice et partage l'opinion de M. Vautrin ; toutefois il y a lieu d'établir une distinction entre les cas légers et les cas graves. C'est ainsi qu'il eut occasion de donner ses soins à une femme atteinte d'un coup de pied de cheval dans le ventre. Lorsqu'il l'examina, il ne constata que des phénomènes de choc péritonéal très légers malgré la douleur assez vive éprouvée par la patiente au moment de l'accident. Evidemment l'abstention s'imposait et fut suivie. Tros jours après, la malade se levait et tout était terminé. En opposition à ce cas, M. Weiss rapporte l'observation d'un artilleur écrasé par une roue de canon et qu'il vit il y a 15 mois, 24 heures après l'accident, avec M. Regnier. Le pouls était petit, la face pâle, le ventre plat, peu douloureux. On pensa à une hémorrhagie, mais on n'intervint pas chirurgicalement. Le blessé mourut et à l'autopsie on trouva une hémorrhagie liée à une rupture du foie. Il n'est pas douteux qu'en pratiquant la laparotomie au début dans ce cas de traumatisme grave, on eût pu arrêter l'hémorrhagie, suturer le foie et peut-être sauver le malade. Dans les cas de gravité douteuse, le chirurgien s'aidera des commémoratifs et de l'examen direct pour se décider dans un sens ou dans un autre, mais d'une façon générale il aura avantage à pratiquer la laparotomie précoce.

M. Heydenreich. — Lorsqu'il existe une perforation intestinale, je suis prêt à admettre qu'il faut intervenir sans hésiter, mais nous ignorons toujours s'il existe ou non une perforation, et dans ces conditions, je crois que c'est aller trop loin que de préconiser la laparotomie quand même. M. Heydenreich cite deux observations personnelles à l'appui de sa manière de voir. La première concerne un homme de 40 ans qui reçut un coup de pied de cheval à l'abdomen, présenta des phénomènes de péritonisme et mourut 36 heures après sans qu'on ait pratiqué d'opération. A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée, une rupture de l'intestin grêle directement produite par le traumatisme, mais, de plus, deux perforations de l'intestin, l'une de 2 centimètres, l'autre de trois millimètres de diamètre qui s'étaient produites après l'accident par la chute d'eschares de la paroi intestinale. Trois eschares non détachées furent encore constatées en d'autres points de l'intestin.

Si l'on était intervenu dans ces circonstances, on se serait exposé à de gros déboires, puisqu'on aurait suturé seulement la rupture primitive de l'intestin. Les autres perforations se seraient produites après l'opération et auraient rendu celle-ci inutile. — Dans un second cas de traumatisme abdominal accompagné de phénomènes assez graves, l'abstention fut d'ailleurs suivie de succès. A la suite de deux coups de pied de cheval reçus à l'abdomen, par un homme de 44 ans, il présenta, 5 jours durant, des symptômes de péritonisme avec fièvre légère, facies abdominal, ballonnement du ventre, hoquet, vomissements porracés et constipation. Après une selle provoquée par un lavement purgatif, l'état s'améliora jusqu'au 8e jour, mais, à partir de ce moment, l'alimentation lactée détermina une nouvelle poussée fébrile et une recrudescence de douleur vers le flanc droit où avait porté le traumatisme. La douleur persista jusqu'au 35e jour avec un état général peu satisfaisant, l'observation mentionnant une diarrhée persistante et même, le 18e jour, des vomissements porracés. L'amélioration se dessina nettement après le 35e jour et le blessé quitta l'hôpital. Revu 3 mois plus tard, il présentait vers le flanc droit une rénitence manifeste à la palpation, déjà notée pendant son séjour à l'hôpital, et accusait une sensation de bride lorsqu'il voulait se redresser. — L'absence de symptômes de péritonite suraiguë détermina l'abstention dans ce cas et on peut se demander si l'intervention aurait eu un résultat aussi heureux. La laparotomie n'est pas, en effet, une opération aussi bénigne qu'on tend à la considérer, car elle fournit une mortalité d'un quart. La raison en est qu'elle provoque des péritonites lorsqu'il existe un début d'enkystement au niveau des lésions intestinales et que la recherche souvent difficile de ces lésions entraîne des manipulations dangereuses qui peuvent irriter le péritoine, agrandir même une déchirure insignifiante. De plus, lorsqu'il existe du ballonnement, et c'est le cas le plus fréquent, on est souvent obligé de pratiquer un anus contre nature pour pouvoir faire rentrer les intestins. Si l'on ne pratique pas d'anus, le météorisme n'entraîne pas moins des manipulations prolongées et dangereuses pour arriver à la réduction. Aussi, pour toutes ces raisons, M. Heydenreich considère-t-il qu'il est téméraire de préconiser l'ouverture du ventre chaque fois qu'on se trouve en présence d'une contusion abdominale de quelque importance.

M. Vautrin. — La laparotomie est dangereuse si on la pratique alors qu'il existe un début de péritonite et que les intestins sont météorisés. Mais je la préconise précisément dès les premières heures, avant tout ballonnement et toute péritonite. Dans ces conditions, tous ceux qui ont eu recours à l'opération sont d'accord pour constater que la recherche de la lésion intestinale est très facile, l'intestin étant tuméfié et congestionné aux environs de la déchirure. Il n'est donc pas nécessaire de dévider tous les intestins et les manipulations sont réduites par l'intervention précoce au strict minimum. L'opération sera plus grave et aura moins de chance de réussite si, comme dans la première observation de Heydenreich, il existe des lésions multiples, mais encore ces cas ne sont-ils pas les plus fréquents et, lorsqu'ils existent, les lésions siègent-elles généralement assez proche les unes des autres ou sur des anses intestinales voisines. Mais alors, on peut espérer les découvrir toutes et je ne pense pas que l'abstention soit préférable. En ce qui concerne la seconde observation de M. Heydenreich, on peut se demander si la laparotomie précoce n'aurait pas amélioré plus rapidement l'état du blessé.

M. Th. Weiss, tout en reconnaissant que la laparotomie ne saurait avoir la prétention de guérir tous les malades, croit qu'elle peut être utile même s'il existe des lésions multiples et que la gravité de l'opération indiquée par M. Heydenreich est excessive ; elle ne répond pas aux résultats qu'il a observés dans ses opérations.

M. Heydenreich. — Je ne dis pas qu'il ne faut pas intervenir en cas de lésions multiples, mais je dis qu'il y a des cas où ces lésions multiples auraient rendu l'opération à peu près inutile. D'une façon générale, pour la gravité de la laparotomie exploratrice, je maintiens ce que j'ai avancé. M. Terrier a trouvé 25 0/0 de mortalité et j'ai vu d'autres statistiques semblables. — Je reconnais que la gravité de l'opération pourrait être atténuée si l'on intervenait tout à

fait au début, mais je ferai remarquer qu'il est rare de pouvoir le faire. En général, le chirurgien n'est appelé qu'au bout de 24 heures. Il est donc obligé dans ses appréciations de tenir compte du météorisme, des difficultés et de la gravité opératoires qu'il entraîne.

M. Frœlich. — On a dit que dans le cas d'hémorrhagie il fallait ouvrir le ventre, chercher le vaisseau qui donnait et le lier. Or j'ai connaissance d'une observation de cure radicale de hernie à la suite de laquelle se produisit une hémorrhagie. La laparotomie fut pratiquée dans la soirée, l'hémorrhagie avait cessé, le malade mourut le lendemain.

M. Adam. — Le malade dont il s'agit est mort d'hémorrhagie et non de laparotomie.

M. Vautrin. — Il s'agit d'un cas qui m'est personnel. Quand je fus appelé pour parer aux accidents, il était trop tard et l'hémorrhagie avait eu tout le temps de s'effectuer. Le malade, comme l'a dit M. Adam, est mort saigné. Je ne vois pas que ce cas puisse être invoqué comme une objection à la laparotomie précoce que je préconise.

M. Heydenreich. — Cependant cette observation peut être très instructive. Une hémorrhagie se déclare, le chirurgien ignore d'où elle vient. Elle peut, comme dans le cas de M. Vautrin, être considérable, nécessiter des manipulations dangereuses avant d'être arrêtée, ou bien elle peut être bénigne et facile à enrayer. Quand devra-t-on pratiquer la laparotomie dans ces circonstances ? Cette question mériterait d'être étudiée.

M. Frœlich. — L'une des indications sur lesquelles on se fonde pour intervenir dans les contusions de l'abdomen est l'importance du choc péritonéal. Or l'importance de ce choc n'est nullement en rapport avec la gravité du traumatisme. J'ai vu à Strasbourg le professeur Goltz tuer un chien par un simple coup sur le ventre sans qu'il existât de lésions intestinales.

M. Vautrin. — Je n'ai jamais dit que le choc nerveux abdominal signifiait lésions intestinales et c'est pour établir à temps le diagnostic que je préconise la laparotomie exploratrice précoce. Quant à la question des hémorrhagies, on sait très bien que dans les contusions de l'abdomen, les lésions intestinales sont généralement localisées et faciles à trouver et par suite n'assombrissent pas au point de vue opératoire la gravité de la laparotomie. Dans le cas dont a parlé M. Frœlich, il s'agissait non d'une hémorrhagie intestinale, mais d'une hémorrhagie s'opérant sur une très vaste étendue de l'épiploon. Il n'est pas possible d'établir une comparaison entre ces deux catégories.

M. Heydenreich, à la séance suivante, a précisé les résultats des statistiques de M. Terrier dont il a parlé à la dernière séance. Elles portent sur les cas opérés par M. Terrier de 1883 à 1890 inclus et sont relatives aux opérations de laparotomie exploratrice pratiquées pour des tumeurs malignes de l'abdomen. Sur 24 opérations, on trouve 15 guérisons et 9 morts, c'est-à-dire 37,5 0/0 de mortalité, et, si on relève le pour cent de guérisons année par année, on constate que la statistique ne s'améliore pas avec le temps. Sur les 9 morts de M. Terrier, deux seulement sont morts d'épuisement; les 7 autres ont succombé à une péritonite rapide ; c'est-à-dire, d'après M. Heydenreich, du fait évident de l'opération. Celle-ci doit donc être considérée comme grave.

M. Gross communique six observations de contusion grave de l'abdomen, dont voici le résumé :

1re Obs. — Jeune homme de 17 ans, tombé de voiture : une roue lui passe en travers de la région lombaire. Symptômes alarmants le premier jour ; la menace de péritonite dure pendant quatre jours, puis la situation s'améliore et le blessé est guéri au bout d'un mois.

2e Obs. — Jeune homme de 17 ans, tombé du haut d'un grenier à foin sur le timon d'une voiture. Péritonite suraiguë, due sans doute à une rupture de l'intestin. Mort le quatrième jour. Pas d'autopsie.

3e Obs. — Homme de 32 ans, coup de pied de cheval à la région hépatique. Symptômes d'une déchirure du foie avec suppuration consécutive ; après deux mois, subitement péritonite suraiguë et mort. A l'autopsie : suppuration hépatique et périhépatique ; gangrène de l'intestin grêle sur une étendue considérable, paraissant due à une oblitération de l'artère mésentérique supérieure.

4e Obs. — Homme de 62 ans, chute sur un arceau en fer entourant un gazon d'une promenade publique. Péritonite suraiguë. Laparotomie 24 heures après l'accident. Epanchement abondant de matières intestinales dans la cavité péritonéale. Suture de l'anse intestinale rupturée. Lavage de la cavité péritonéale. Mort au bout de 12 heures.

5e Obs. — Jeune homme de 17 ans, tombé d'une voiture ; une roue passe sur le ventre. Accidents péritonéaux menaçants pendant 36 heures, puis amélioration rapide et guérison.

6e Obs. — Femme de 30 ans, renversée par un tramway, dont une roue lui passe sur le ventre. Phénomènes péritonéaux graves pendant 48 heures, puis rémission et amélioration notable. Retour des symptômes péritonéaux, trois semaines plus tard ; mort rapide par étranglement interne et septicémie. A l'autopsie : hernie intrapariétale de l'épiploon, étranglement de l'intestin par l'épiploon hernié, péritonite suppurée circonscrite au voisinage de l'étranglement.

Sur les six observations citées, M. Gross compte quatre morts, chiffre qui démontre une fois de plus la gravité des contusions de l'abdomen. Le facteur principal de cette gravité est la fréquence des complications viscérales, telles que rupture de l'intestin, rupture du foie, etc. Sont à redouter non seulement les accidents primaires de péritonite par épanchement du contenu intestinal, mais encore certains accidents tardifs, tels que l'étranglement interne par bride épiploïque, par exemple. L'expectation ne saurait donc être érigée en principe, l'indication est d'intervenir et de réparer si possible les dégâts.

M. Gross se livre ensuite à des considérations qui peuvent être ainsi résumées :

1° La gravité des contusions de l'abdomen compliquées de lésion viscérale n'est plus à démontrer, et avec les perfectionnements et les progrès de la médecine opératoire actuelle, il est du devoir du chirurgien de chercher à y porter remède.

2° L'intervention chirurgicale aura d'autant plus de chance de réussite qu'elle sera plus précoce et entreprise avant les accidents consécutifs.

3° Il importe donc d'apporter tous les soins à préciser le diagnostic ; malheureusement, sur ce point, le chirugien peut rencontrer les plus grandes difficultés.

4° En cas de doute, il devra toujours agir comme s'il était en face de la lésion la plus grave et faire la laparotomie exploratrice.

5° Pratiquée avec toutes les précautions voulues, les risques de cette intervention sont minimes, mais jamais une quantité absolument négligeable.

M. Tourdes se rappelle l'observation d'un jeune homme qui reçut à l'abdomen un coup de pied de cheval, présenta ensuite des phénomènes de péritonisme et mourut quelques heures après l'accident. L'autopsie, pratiquée dans un but médico-légal, montra une rupture de l'intestin grêle avec épanchement des matières intestinales dans le péritoine. A l'époque où ce fait se produisit, c'était à Strasbourg, il y a plus de 20 ans; la laparotomie ne se pratiquait pas, mais néanmoins l'idée vint, au moment de l'autopsie, qu'en lavant le péritoine et suturant l'intestin après l'accident, on aurait peut-être sauvé le blessé.

M. Février est amené à conclure que la laparotomie doit être pratiquée de bonne heure, sans attendre des indications tirées de l'existence de symptômes péritonitiques plus ou moins nets, mais considère que la laparotomie précoce ne doit être entreprise que lorsque la violence du traumatisme abdominal autorise à soupçonner des lésions viscérales et lorsque l'existence et le siège de ces lésions sont soulignés par la constatation chez le blessé d'une douleur vive, spontanée et provoquée par la pression, localisée à une région déterminée de l'abdomen. — En intervenant dans ces conditions, le chirurgien a la chance de restreindre au minimum les cas de laparotomie purement exploratrice et d'opérer utilement et à temps dans la très grande majorité de ceux qui réclament une intervention.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.



Médailles aux Expons : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE
APPAREILS DE LIMOUSIN



INHALATEUR, Location, 3f par semaine. GAZ, 2f50 le ballon de 30 litres.
Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte : 130 fr.
PHARMACIE LIMOUSIN ✲, 2bis, RUE BLANCHE, PARIS

FARINE LACTÉE NESTLÉ



Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*
En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*
CHRISTEN Frères, 16, rue du Parc-Royal, PARIS, et dans toutes les Pharmacies.

COALTAR SAPONINÉ LEBEUF ANTISEPTIQUE

nullement irritant antidiphthérique, cicatrisant les plaies, admis dans les *Hôpitaux de Paris* et les *hôpitaux de la Marine militaire.* — **Dans toutes les PHARMACIES**

SUPPOSITOIRES LUCIUS
à la Glycérine et Savon dialysé contre la **CONSTIPATION**

Grâce au Savon, on a : **Commodité et Rapidité d'action.**
PRIX DE LA BOITE : 2 fr. — N° 1 pour *Enfants* — N° 2 pour *Adultes.*
Paris, PHARMACIE de la MADELEINE, *10, Rue de l'Arcade,* et toutes Pharmacies.

Marque déposée



GAÏACOL ALPHA

Marque déposée



Cristallisé synthétique.

La préparation industrielle et synthétique du *gaïacol cristallisé* a été réalisée pour la première fois dans notre usine, 77, rue des Fourneaux. C'est ce nouveau corps qui a été étudié dans les laboratoires de la Faculté de médecine de Paris. C'est lui qui a également servi aux essais thérapeutiques dans les hôpitaux de Paris. Notre *gaïacol cristallisé* étant le premier en date, ainsi qu'il résulte d'une communication faite à l'Institut, le 30 janvier 1893, nous l'avons désigné sous le nom de **Gaïacol cristallisé Alpha**, pour le distinguer de tous autres produits similaires dont la pureté pourrait ne pas être absolue.
VENTE EN FLACONS DE : 30 gr., 60 gr., 125 gr., 250 gr., 500 gr., 1000 gr.

Marque déposée



CRÉOSOTE ALPHA

Marque déposée
α
Créosote

Synthétique et titrée à 20 0/0 de Gaïacol cristallisé.

La *Créosote Alpha*, étant préparée en mélangeant en *proportions invariables* les éléments normaux et absolument purs des créosotes de bois, a forcément une *composition constante.* Elle est, par ce fait même, privée de tout principe nuisible.
C'est *la plus riche en gaïacol* : l'analyse permet de vérifier facilement son titre. — La *Créosote Alpha* est particulièrement recommandée pour injections sous-cutanées, en solutions huileuses.
VENTE EN FLACONS DE : 30 gr., 60 gr., 125 gr., 250 gr., 500 gr., 1000 gr.

Préparations pharmaceutiques spécialisées de Gaïacol Alpha Cristallisé synthétique et de Créosote Alpha synthétique titrée.

Perles de GAÏACOL CLERTAN

Chaque perle contient dix centigrammes de *Gaïacol Alpha cristallisé synthétique.* — DOSE MOYENNE : 2 à 4 par jour.

Perles de CRÉOSOTE CLERTAN

Chaque perle contient cinq centigrammes de *Créosote synthétique titrée* à 25 0/0 de Gaïacol cristallisé. — DOSE MOYENNE : 2 à 4 par jour.

HUILE pour **INJECTIONS HYPODERMIQUES** à base de Gaïacol Alpha cristallisé ou de Créosote Alpha aux titres suivants : 1/15e, 1/10e, 1/5e et à parties égales.

BADIGEONNAGES : avec le Gaïacol Alpha cristallisé qu'on amène facilement à l'état liquide en plongeant le flacon dans l'eau tiède.

PARIS, 19, RUE JACOB

Maison L. FRÈRE, A. CHAMPIGNY et Cie, Successeurs,

ET DANS LA PLUPART DES PHARMACIES DE TOUS LES PAYS

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

TOULOUSE

(Année scolaire 1893-1894).

M. Braemer. De la localisation des principes actifs des cucurbitacées; recherches histologiques et histochimiques. — M. Biarnès. Recherches expérimentales sur les rapports entre la valeur respiratoire du sang et la température animale.

M. Pech. Etude clinique sur les engorgements ganglionnaires de l'enfant. — M. Bonnetat. Contribution à l'étude des souffles cardio-vasculaires de la chlorose.

M. Chabrié. De l'estomac biloculaire. — M. Boutin. Etude critique sur le tétanos et recherches expérimentales sur les lésions du foie et du rein dans cette affection.

M. Dardenne. De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de deux ans. — M. Fournié. Contribution à l'étude de la pathologie du sympathique abdominal (diabète maigre et maladie bronzée); traitement séquardien.

M. Gaubert. Etude sur les formes de la folie chez l'enfant et chez l'adolescent. — M. Lartigue. Du cathétérisme rétrograde d'emblée par la taille hypogastrique dans les rétrécissements infranchissables de l'urèthre.

M. Fenayrou. Contribution à l'étude des folies rurales; la folie dans l'Aveyron. — M. Clavelier. Etude sur la pathogénie des iritis et des irido-choroïdites chez les jeunes sujets.

M. Torné. Etude sur l'ulcère simple de l'estomac d'origine traumatique (pathogénie). — M. Lacq. De l'intervention chirurgicale dans la gangrène spontanée des extrémités inférieures.

M. Catala. Les hémorrhoïdes; indications opératoires; traitement chirurgical. — M. Sarran. De la pasteurisation du lait; indications et avantages. — M. Baylac. Considérations sur l'épidémie cholérique de 1893 dans l'Ariège.

M. Moulinier. Etude sur la ligature simultanée de l'artère et de la veine fémorale à la base du triangle de Scarpa. — M. Raynal. Recherches sur la vésicule biliaire (anatomie et chirurgie). — M. Bonnet. Contribution à l'étude de l'angiome primitif des muscles striés.

M. Roussel. Des vomissements hystériques. — M. Abadie. Analgésie par la cocaïne.

M. Sanie. Contribution à l'étude de la démence hystérique. — M. Decoudier. Des symptômes urinaires pour le diagnostic des maladies nerveuses.

M. Esquer. Fièvre typhoïde et eau potable. — M. Prunet. Des troubles oculaires d'origine cardiaque. — M. Marty. De l'appendicite.

VARIÉTÉS

Empoisonnement par les langoustes. — Les recherches entreprises au laboratoire municipal à Paris font supposer que les intoxications occasionnées par les langoustes sont dues à des causes diverses : 1° à ce que, souvent, les langoustes sont vendues mortes; 2° à ce que les langoustes expédiées cuites des ports peuvent contenir des ptomaïnes provenant de la nourriture qui leur est donnée dans les bassins où elles sont entreposées; 3° enfin, et c'est le cas qui paraît le plus probable, à ce que les langoustes cuites sont gardées dans la glace provenant des étangs de Paris. Ces glaces sont impures; elles renferment donc des germes de putréfaction, lesquels se développent dans la langouste qui devient ainsi un excellent champ de culture. Effectivement, la carapace des langoustes contient des phosphates et tous les éléments propres au développement des germes. — De nouveaux cas graves viennent de se produire à Paris.

Ecole de médecine et de pharmacie de Reims. — Un concours s'ouvrira, le 1er mars 1895, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Sanatorium pour les enfants du premier âge. — Le Conseil général du Gard a adopté un projet de création d'un sanatorium pour les enfants du premier âge dans la vallée de Peyraube, près d'Alzon. Les frais d'établissement et d'entretien seront communs aux départements du Gard et de Vaucluse.

☞ **G. MASSON, éditeur**

120, Boulevard Saint-Germain.

VIENT DE PARAITRE :

Traité théorique et pratique d'hydrothérapie médicale, par le Dr F. BOTTEY, médecin de l'établissement de Divonne, ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Salpêtrière. 1 volume in-8°. 10 fr.

Extrait de l'introduction. — L'hydrothérapie ne se compose pas exclusivement de l'instrumentation et des appareils employés dans les établissements spéciaux. Elle possède comme moyens d'action une foule de procédés différents et variés que l'on peut mettre en œuvre non seulement dans un établissement, mais encore au domicile même des malades; et « hydrothérapie » n'est pas uniquement synonyme de « douches », ainsi que beaucoup le croient.

C'est dans le but d'étudier, d'une façon aussi pratique que possible, les divers procédés de la méthode hydrothérapique, les actions thérapeutiques qu'ils déterminent et les indications auxquelles ils répondent, que nous avons écrit ce livre. Si nous avons pu, en agissant ainsi, éclaircir, dans une certaine mesure, les obscurités ou les points douteux qui règnent encore sur l'interprétation théorique des effets de l'hydrothérapie ou sur les applications pratiques de la méthode, notre tâche aura été remplie au delà de nos espérances.

La Faune des cadavres (Application l'Entomologie à la le Dr P. MÉGNIN, membre de l' médecine. 1 volume petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. 2 fr. 50.

Ce livre est la démonstration d'une loi découverte par l'auteur, d'après laquelle les insectes des cadavres, les *Travailleurs de la mort*, n'arrivent à table que successivement, par escouades, et dans un ordre constant. La connaissance de cette loi permet de déterminer assez exactement l'époque de la mort, pourvu qu'elle ne dépasse pas trois ans; nombreux exemples cités.

Pus et suppuration, par le Dr MAURICE LETULLE, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. 2 f. 50

Dans cette étude pratique et théorique de la suppuration, l'auteur a groupé successivement les caractères macroscopiques, histologiques et chimiques du pus, nécessaires à l'élève aussi bien qu'au praticien.

La seconde partie du volume, consacrée à la suppuration, aborde l'anatomie pathologique des lésions, leur étiologie (microbes pyogènes) et leur pathogénie (substances pyogènes). Un dernier chapitre expose la pathologie générale de la pyogénie.

CLINIQUE MÉDICALE

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Caen, 9-16 *août* 1894.

SECTIONS DE PÉDAGOGIE, D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE RÉUNIES

Rapport sur la question posée par les 12e et 16e sections du Congrès de Besançon, sur les dangers que peuvent offrir pour les enfants les exercices de sport, par M. P. Le Gendre, de Paris.

Pour apprécier exactement les inconvénients que peuvent avoir « l'abus des exercices physiques et l'encouragement excessif donné aux exercices dits sportifs pendant la croissance », il faut d'abord analyser les conditions physiologiques dans lesquelles se trouvent les adolescents. Le caractère dominant de cette période de la vie est le développement inégalement rapide et variable, suivant les individus, des organes et appareils de l'organisme ; il en résulte que celui-ci est pendant quelques années dans un équilibre instable, sans cesse menacé par la suractivité ou l'insuffisance fonctionnelle de tel ou tel appareil. C'est à l'hygiène qu'il appartient de prévenir la rupture de cet équilibre; aussi l'hygiène est-elle encore plus importante dans l'adolescence qu'à l'âge adulte.

Un rapide coup d'œil jeté sur le fonctionnement des divers appareils va nous permettre d'indiquer les *prédispositions morbides créées par la croissance* et de faire comprendre comment l'excès des exercices physiques peut aisément faire franchir à l'organisme la zone indécise qui sépare la prédisposition de l'état morbide. Du côté de l'appareil circulatoire, nous signalerons la tendance à l'excès de tension dans le système artériel, par la suractivité du cœur; subit-il réellement une augmentation de volume relativement excessive, dite hypertrophie de croissance, ou s'agit-il seulement de contractions plus violentes et plus apparentes qu'à l'état normal? Peu importe, mais il en résulte, pour l'adolescent en cet état, des palpitations fréquentes, une tendance aux épistaxis, aux vertiges et à certaines céphalalgies. Cet état est particulièrement fréquent et intense chez les enfants de souche arthritique ayant une prédisposition indéniable aux raptus congestifs. La prédisposition aux troubles circulatoires est encore plus accentuée chez les adolescents atteints d'une tare cardiaque ou vasculaire, congénitale ou acquise, comme une lésion orificielle (rétrécissement mitral, insuffisance aortique, etc.). L'appareil respiratoire présente, chez beaucoup d'enfants de souche arthritique, une susceptibilité spéciale (catarrhes fréquents avec hyperémie brusque et intense, que met en jeu le moindre refroidissement des téguments en sueur). Chez les mêmes sujets, la sudation est d'ailleurs à l'ordinaire profuse. Leurs bronchites multipliées engendrent aisément l'emphysème et s'accompagnent souvent de dyspnée asthmatique.

Du côté de l'appareil locomoteur, il existe, pendant la croissance, une tendance des zones juxta-épiphysaires des os à l'hyperémie, terrain préparé pour l'ostéite et l'ostéomyélite infectieuse, si des germes en circulation viennent s'emboliser dans les zones hyperémiées. Chez les scrofuleux, toujours si tuberculisables, les arthrites aiguës accidentelles peuvent dégénérer en arthrites chroniques. Chez les arthritiques, l'hydarthrose du genou est plus fréquente pendant la croissance. L'appareil digestif des adolescents se fait remarquer dans les familles neuro-arthritiques par une tendance à l'atonie du plan musculaire gastrique; la fatigue excessive augmente encore cette aptitude à la gastrectasie; et les copieuses ingestions de liquides, dont beaucoup d'exercices sportifs sont l'occasion, achèvent de provoquer la dilatation de l'estomac avec ses conséquences. L'appendicite et les diverses variétés de typhlite sont certainement plus fréquentes chez l'adolescent. Quand elles se sont une fois montrées chez un sujet, elles créent trop souvent chez lui une imminence morbide, que certains exercices transforment en état pathologique. Du côté du système nerveux, nous trouvons chez l'adolescent la tendance aux céphalées, la fréquence de la chorée, des tics, un certain état psychique dont les notes dominantes sont l'engouement facile et outrancier pour les distractions violentes, et l'amour-propre très développé au point de vue de la vigueur physique. Je signalerai enfin dans les deux sexes la crise de la puberté qui, chez les filles, est souvent accidentée par des congestions ovariennes et des dysménorrhées, peu compatibles avec certains exercices physiques. Quand on réfléchit à ces diverses prédispositions morbides inhérentes à l'état de croissance, on ne peut s'étonner que l'abus des exercices physiques vienne à les mettre en jeu souvent.

Il y a des *accidents imputables à l'abus de tout exercice physique*. La *fièvre de surmenage* se montre chez les enfants qu'on laisse de temps en temps se livrer, avec une ardeur sans retenue, à des exercices disproportionnés à leurs forces; il en résulte une destruction trop rapide d'une trop grande quantité de matière et, par suite, l'élimination imparfaite de ces déchets mal oxydés. Dans ces conditions on voit apparaître la fièvre, la nuit ou le lendemain d'une trop longue promenade à pied ou en bicycle, après une partie de foot-ball ou de tennis : l'abattement, les yeux cernés, les urines rares, foncées, chargées d'urates ou de phosphates, l'anorexie et un peu d'embarras gastrique, la douleur spontanée ou provoquée au niveau de certains groupes musculaires plus spécialement surmenés (mollets, cuisses, biceps ou deltoïdes, masse sacro-lombaire, droits et obliques de l'abdomen), seront des éléments de diagnostic pour cette fièvre musculaire. Mais quelquefois le surmenage, en provoquant la congestion des épiphyses et l'ostéite juxta-épiphysaire, est l'occasion d'une ostéomyélite infectieuse, si des staphylocoques ou autres microbes ont pénétré dans la circulation. Or, ils y peuvent arriver par une des nombreuses portes d'entrée des téguments et des muqueuses naso-pharyngiennes qui existent chez les enfants, ou simplement venir de l'intestin normal à la faveur du surmenage; le sang des animaux surmenés cultive.

La *dyspepsie des surmenés* n'est pas rare non plus; tout exercice physique excessif peut l'engendrer par les sudations excessives et par les ingestions de liquide compensatrices, par une sorte d'inhibition même des sécrétions digestives et de la motilité gastrique, inhérente à toute névrolysie. Les *troubles cardiaques* sont encore une des conséquences possibles de tout abus d'exercice physique, surtout fait avec précipitation.

Chaque exercice physique met plus spécialement en jeu tel ou tel appareil. Le médecin hygiéniste, qui a noté chez un adolescent que tel appareil s'est développé avec excès et que tel autre est insuffisant, peut tirer, au point de vue prophylactique, parti de tel ou tel exercice. Mais c'est ce choix judicieux parmi les exercices physiques qui ne semble pas en ce moment préoccuper assez les apôtres du sport; ce choix est à l'ordinaire déterminé presque uniquement par la mode ou la fantaisie individuelle. C'est d'abord contre ce défaut de choix que nous protestons; c'est aussi contre l'abus et contre le défaut d'entraînement, qui transforment promptement un exercice utile en une source d'accidents.

Il y a *des accidents plus spécialement liés à l'abus de certains exercices*. Ainsi le bicycle, dont l'usage modéré est excellent, peut produire plus spécialement ou réveiller les inflammations articulaires des genoux et des hanches, la psoïtis, les typhlites et appendicites, les ovaro-salpingites, la cyphose cervico-dorsale, les palpitations. Le foot-ball est agrémenté assez souvent de traumatismes variés, puisque, d'après une statistique récente, dans le premier trimestre de 1894, on a compté pour la seule Angleterre une fracture du crâne, 15 fractures de jambes, 6 de la clavicule, 1 de l'omoplate et 1 du bras, 5 luxations de l'épaule et 1 du genou, 6 blessures non spécifiées dont 3 mortelles et 15 *décès*. Le canotage, le patinage, mais surtout la course produisent, par l'abus, les palpitations, la dilatation des cavités cardiaques, et probablement l'hypertrophie du cœur idiopathique sans lésion valvulaire.

Au récent Congrès de Rome, M. S. Laache (de Christiania) a insisté sur cette question. Il nous apprend que, dans son pays, la jeunesse des villes, même les fillettes de six à dix ans, prend part à des exercices sportifs (courses en traîneau, courses avec les patins à neige) avec un tel engouement que les pouvoirs publics s'en sont préoccupés et que le côté sanitaire de la question du sport fut, il y a deux ans, mis à l'ordre du jour de la Société de médecine de Christiania. Les membres de celle-ci furent, après une enquête, d'accord sur deux points : d'abord sur les dangers de l'abus du sport et le mal qu'il peut faire en devenant affaire de mode, puis sur la nécessité de mesures de précaution à établir, et, avant tout, d'une limite d'âge à imposer dans les concours de courses avec patins.

Ce qui rend l'abus presque inévitable dans les exercices sportifs que nous critiquons, c'est la mise en jeu de l'émulation entre enfants d'âges souvent différents, entre des établissements scolaires rivaux, c'est l'appel à l'amour-propre par l'organisation des matches, des lendits, des paris, des rallye-papers, et les comptes rendus qui en sont faits dans les journaux ; par l'*introduction du sport*, en un mot, *dans les jeux de l'enfance*.

En outre, il n'est pas possible de ne pas ranger parmi les inconvénients de ces tendances nouvelles le retentissement fâcheux qu'elles ne peuvent manquer d'avoir à la longue sur les études. S'il est vrai que des exercices modérés, régulièrement faits, sont un utile contrepoids au labeur intellectuel, il ne l'est pas moins que les abus sportifs auxquels on a convié les adolescents de nos collèges entravent l'étude, d'abord par la préoccupation morale pendant les jours qui précèdent un match ou un lendit, et ensuite par la fatigue excessive des lendemains.

Peut-être, enfin, est-il permis de se demander si la faveur extrême qui s'attache de plus en plus, depuis quelques années, aux exercices sportifs ne peut pas aboutir à un déplacement fâcheux de l'idéal des enfants et des jeunes gens. L'idéal des anciens était le culte du corps et de la force physique ; l'idéal moderne doit être le culte de l'esprit. Qu'il soit désirable, autant que possible, de mettre un corps sain au service d'un esprit cultivé, cela n'est pas douteux ; mais, pour atteindre ce résultat, il suffit d'exercices modérés et variés, tandis que l'engouement passionné pour tel ou tel sport spécial, consacré par la mode, encouragé et primé par les maîtres de la jeunesse, risque de n'aboutir qu'à accélérer la décadence morale et intellectuelle de notre race, sans la reconstituer physiquement.

Le remède aux abus que nous avons cru devoir dénoncer consisterait : 1° à faire examiner chaque enfant par un médecin, avant de le laisser se livrer à tel ou tel exercice physique ; 2° s'il y a quelque tare des appareils circulatoire, locomoteur, digestif, ou du système nerveux, à interdire les exercices qui peuvent l'aggraver ; 3° à exiger toujours un entraînement progressif ; 4° à *encourager l'exercice, mais à faire la guerre au sport*, dans les établissements scolaires.

Discussion

M. L.-H. Petit (Paris). — Je désire insister sur l'influence fâcheuse que les exercices physiques peuvent avoir sur le développement des maladies cardiaques, lorsqu'on pratique ces exercices trop tôt ou trop violemment à la suite des maladies infectieuses. Le rôle de ces maladies, dans la pathogénie des affections cardiaques des enfants et même des adultes, s'explique assez facilement si l'on fait intervenir, comme cause déterminante, les exercices physiques trop violents et prématurés. Les maladies infectieuses, qui peuvent intéresser plus ou moins le cœur pendant le cours de leur évolution, laissent dans cet organe des altérations qui peuvent guérir, mais qui peuvent amener à leur suite des lésions profondes, telles que la dégénérescence graisseuse du myocarde. Si pendant le temps nécessaire à la *restitutio ad integrum* de ces lésions, on fait garder au malade un repos relatif, on pourra espérer le mettre à l'abri des altérations consécutives mais si, sous prétexte de faciliter le retour de l'appétit et des forces, on permet aux enfants, pendant leur convalescence des exercices physiques fatigants, leur cœur en souffrira, c'est dans ces conditions que les exercices de sport pourront être nuisibles en facilitant le développement d'affections cardiaques plus ou moins durables.

J'ai soigné, il y a une quinzaine d'années, un enfant de douze ans atteint de scarlatine grave avec endocardite. Après la guérison de cette complication, le petit malade fut envoyé à la campagne ; il ne présentait plus à ce moment aucun souffle appréciable. Il se livra pendant trois mois à des exercices physiques violents, et, lorsque je le vis à son retour il avait une insuffisance mitrale qu'il possède encore aujourd'hui.

Il y a trois ans, un garçon de quatorze ans, atteint de variole bénigne qui dura néanmoins près de cinq semaines, reprit immédiatement après sa guérison l'exercice du vélocipède auquel il était adonné auparavant. Un mois plus tard, je constatai des signes d'insuffisance aortique, alors que, pendant le cours et à la fin de la variole, on n'avait rien observé d'anormal du côté du cœur. Je fis cesser aussitôt tout exercice violent et aujourd'hui, sans autre médication qu'un peu de digitale, de bromure et quelques révulsifs sur la région cardiaque, le cœur est revenu à son état normal.

Voici maintenant un fait concernant un adulte qui, après une fièvre typhoïde, fit de longues promenades à pied et à bicyclette ; jamais il ne s'était plaint de troubles du côté du cœur, lorsqu'un jour, étant sur son vélocipède, il fut pris d'essoufflement et d'une douleur vive dans la région cardiaque ; il descendit aussitôt et expira quelques minutes après.

J'ai vu, d'autre part, bien des cas de cypho-scoliose déterminés par des exercices intempestifs et excessifs. Je citerai en particulier deux jeunes collégiens d'une quinzaine d'années chez lesquels j'ai constaté une scoliose avec déviation de l'épaule droite des plus prononcées, à la suite d'exercices physiques exagérés.

Il est bien entendu que je ne veux pas demander, chez les enfants, la suppression des exercices physiques, dont je connais les heureux résultats dans bon nombre de cas, mais, comme M. Le Gendre, je tiens à m'élever contre l'abus de ces exercices et contre l'introduction du sport dans les jeux de l'enfance.

Après une maladie infectieuse, il faut surveiller avec grand soin l'appareil circulatoire chez les enfants, afin de prévenir les altérations durables qui pourraient en résulter. Sachant que ce sont surtout les sujets qui ont été atteints de ces maladies infectieuses qui sont le plus prédisposés aux affections cardiaques, il faudra les examiner avec plus d'attention avant de les laisser se livrer aux exercices physiques.

Mais il n'en est pas de même d'une gymnastique bien réglée. Ayant eu l'occasion de donner des soins et de prescrire des exercices de gymnastique à un certain nombre de scoliotiques et de cyphotiques, j'ai souvent été très surpris d'entendre les parents se plaindre du mauvais estomac de

leurs enfants : défaut d'appétit, douleurs d'estomac, digestions difficiles; puis au bout d'un mois ou deux l'appétit revenait et les troubles disparaissaient peu à peu. Lorsque M. Bouchard nous eut fait connaître la dilatation de l'estomac, j'en recherchai les signes chez la plupart des scoliotiques. A la suite de ces recherches, j'arrivai à conclure : 1° que la dilatation de l'estomac est très fréquente chez les scoliotiques; 2° que les exercices de gymnastique raisonnés qui s'adressent à la scoliose ont un retentissement favorable sur la dilatation de l'estomac; 3° qu'il y a une relation entre la dilatation de l'estomac et la scoliose.

M. Tissié (Bordeaux). — Au moment où les exercices physiques prennent une place très importante dans notre éducation nationale, il a paru intéressant au Dr Ch. Tissié (de Bordeaux) de rechercher les conséquences d'un entraînement trop intensif et des exercices de longue durée, tels que les records. Il fournit des observations nombreuses prises sur des coureurs vélocipédiques, sur des marcheurs, et même sur un confrère, à la suite d'une douche trop forte, qui établissent une relation très intéressante à noter entre les manifestations hypnotiques et les manifestations sportives. La fatigue nerveuse que les grands records provoquent dissocie le « moi ». La caractéristique de la fatigue nerveuse d'origine musculaire est l'*ennui;* mais avant qu'il ne se produise, le sujet est pris d'une grande fringale; l'économie a besoin de réparer, puis viennent les manifestations psychiques, l'automatisme, les idées fixes ou délirantes, l'aboulie, l'amnésie ou l'hyperamnésie des mots, un état de subconscience, un dédoublement de la personnalité, mais l'ennui domine toujours la scène; il est permis de le rapprocher de l'ennui pathologique des dégénérés et de se demander si la répétition d'un acte provoquant les mêmes effets ne peut créer un état pathologique qui s'établirait d'autant plus facilement, que l'hérédité névropathique du sujet serait plus prononcée.

La suggestibilité due à la fatigue nerveuse est une conséquence de l'automatisme recherché et provoqué par l'entraînement. L'habitude d'accepter la suggestion d'un entraîneur ou de s'auto-suggestionner peut modifier la formation de l'intelligence en faveur de la formation de la volonté, puis, atténuant progressivement le pouvoir d'attention, le sens critique, le jugement et toutes les manifestations psychiques supérieures qui composent et fortifient le « moi » conscient, modifier la volonté. L'abus des sports devient ainsi une école de suggestibilité ou tout au moins de crédivité exagérée. Il tend à provoquer une regression du « moi » conscient vers le « moi » inconscient, « de la volition intellectuelle vers l'aboulie automatique. » Ce qui constitue le grand attrait du vélocipède, c'est sa provocation constante à l'automatisme dont la création est nécessaire ou nuisible selon les cas et les moments. Les commotions politiques et sociales de ce siècle ont eu une grande répercussion sur l'état d'esprit de la génération présente qui *s'ennuie;* elle s'auto-suggestionne trop facilement par des idées générales n'ayant aucune limite définie. C'est au moment où la fatigue nerveuse est décuplée qu'on cherche un remède dans les exercices physiques. Le remède est bon, mais, comme tout remède, il peut rapidement devenir poison ; sa posologie est à faire.

La génération présente est née fatiguée, elle est le produit énervé de tout un siècle de convulsions. La vie sociale est transformée... Plus de repos ; chaque organisme humain doit extraire de lui-même toute sa force pour avoir le droit de ne pas mourir. On s'adresse aux excito-moteurs, mauvaise spéculation. L'alcool, la morphine ne font qu'augmenter le nervosisme et l'émotivité ; ils paralysent l'attention et détruisent le jugement; aussi les conceptions les plus délirantes trouvent-elles crédit. La fatigue nerveuse, sous laquelle la nouvelle génération s'affaisse, a créé dans toutes les nations de l'Europe comme un état endémique de suggestibilité. Il faut réagir. Il faut avant tout que les exercices physiques, qui sont justement en honneur et un excellent tonique du système nerveux combinés à l'hydrothérapie, ne contribuent pas à l'augmentation de la fatigue nerveuse.

M. de Coubertin (Paris). — L'Union des Sports athlétiques comprend 5,000 jeunes gens. Ce sont tous ces sujets qu'il faudrait examiner pour avoir une solution sérieuse de cette question de l'abus des exercices sportifs. La commission de l'Union la fera ; l'auteur est convaincu par ce qu'il voit qu'elle ne révélera rien de défavorable. La statistique des fractures dans les jeux de foot-ball en Angleterre n'a pas tenu compte du nombre de personnes qui se livrent à ces exercices. Or, il y en a plus de 30,000. De plus, dans le nord de l'Angleterre, les ouvriers s'y adonnent et en profitent souvent pour assouvir leurs vengeances personnelles. On apprécie la valeur du résultat des sports en Angleterre; mais on ignore généralement que ce mouvement ne s'est guère développé qu'il y a une soixantaine d'années chez nos voisins.

Il faut exciter l'émulation parmi les enfants; si on leur parle de modération, ils resteront inertes. Il faut leur laisser leur initiative dans le choix des sports : c'est le seul moyen pour arriver à leur faire aimer le sport qu'ils ont spontanément choisi.

M. Salles (Caen) proteste contre un certain nombre de phrases du rapport. Il n'existe point de paris en ce qui concerne les exercices de sport. Les associations athlétiques n'ont jamais fourni de mauvais élèves. Les bons élèves restent bons, les cancres restent ce qu'ils étaient, mais deviennent plus souples et plus malléables.

M. Voulquin (Saint-Aubin-sur-Mer, Calvados) rejette certains jeux comme mauvais, tels le foot-ball, la course. Il préfère les anciens jeux de nos pères : le ballon, la barre.

M. Alglave (Paris) pense qu'il faut laisser les enfants choisir leur distraction ; sans quoi elle n'est plus pour eux qu'un ennui. Les lycées des villes sont détestables : il faudrait les brûler. On tient les élèves trop longtemps en classe; puis on les laisse dans des préaux qui ressemblent à une cour de prison. Il proteste contre les concours, qu'ils soient physiques ou intellectuels.

M. Le Gendre. — Sur une classe de trente enfants, deux bons tiers supportent mal la fatigue. La vie ne s'exerce physiologiquement que sur un nombre de sujets relativement petit. Presque tous ont des tares, et par le sport on risque de les aggraver, comme l'auteur a vu souvent arriver.

M. Regnault admet une distinction entre certains exercices physiques toujours mauvais, quel que soit le sujet auquel on s'adresse ; telles les courses de vélocité, qui déterminent l'essoufflement, avant d'amener aucune fatigue, et les exercices dont l'abus seul est mauvais. C'est ceux-là que nous devons nous attacher à proscrire et à interdire.

M. Bouchard (Paris). — Nous ne sommes nullement opposés à l'éducation physique, bien au contraire, et c'est précisément parce que nous voulons empêcher des excès d'en compromettre le succès qu'il nous a paru indispensable, au Congrès de Besançon, d'attirer l'attention sur les dangers du surmenage physique (Voir *Mercredi médical,* 1893, p. 405 et 411). D'ailleurs, nous avons nettement précisé notre but, qui est surtout de combattre les concours sportifs, lesquels sont la cause de tous les excès commis en pareille matière.

Il est absolument inadmissible qu'on soutienne que les exercices physiques n'ont pas leurs dangers; ces dangers existent réellement, et ils sont de deux ordres, procédant, les uns, de l'acte physique qui s'effectue dans tout travail musculaire, les autres des actes chimiques qui sont réalisés dans ce même travail.

Au point de vue physique, nous savons que pendant le travail musculaire nous n'arrivons pas à conserver un degré thermique constamment invariable et qu'il se produit généralement une élévation plus ou moins considérable de la température de notre corps, pouvant atteindre 39°, 40° et même 41° dans certains cas. La conséquence qui résulte de cette augmentation de température peut avoir des effets immédiats : c'est ce qui se produit dans le *coup de chaleur,* qui fait si souvent des victimes dans nos armées. Lorsque la mort n'est pas le résultat de cette élévation exagérée de la température, il n'y en a pas moins un danger certain à s'y exposer, au point de vue des effets ultérieurs, notamment lorsque l'hyperthermie des centres nerveux amène la dyspnée, c'est-à-dire le besoin de respirer vite, qui constitue la dyspnée modératrice de la température de Lorain, inoffensive pour quelques-uns, mais non supportée impunément par ceux qui présentent la moindre tare antérieure, la moindre défectuosité du côté du cœur et des poumons. C'est ainsi que l'on peut voir, sous l'influence du surmenage physique, des troubles purement fonctionnels d'abord faire place ultérieu

rement à des défectuosités matérielles, constituant de véritables lésions pulmonaires ou cardiaques.

Si nous cherchons maintenant à nous rendre compte des inconvénients d'ordre chimique pouvant résulter de l'abus des exercices physiques, il convient de se demander si l'excès de destruction de matières qui résulte de cet abus ne constitue pas dans certains cas un réel danger. L'effort musculaire se traduit normalement par la destruction d'une certaine quantité de matière : tant que cette quantité n'est pas exagérée, il n'en résulte aucun inconvénient, mais, dès qu'il se fait une destruction trop considérable des matières constitutives des cellules, l'affaiblissement de l'organisme ne tarde pas à se manifester, le surmené voit ses forces diminuer et il est exposé à ce moment à devenir plus facilement la proie des maladies, en particulier des maladies infectieuses.

On sait la fréquence de ces affections, notamment du typhus, de la fièvre typhoïde, dans les armées en campagne, et l'on peut dire que la fatigue est la cause des maladies infectieuses, parce qu'elle détruit les moyens de défense de l'organisme contre les agents infectieux. Nous voyons constamment des sujets qui se livrent à un exercice exagéré de la bicyclette, bénéficier un certain temps de cet exercice, maigrir, puis dépasser un degré normal d'amaigrissement et devenir malades; j'en ai vu pour ma part des exemples frappants.

Lorsqu'on discute sur l'évolution physique, on ne saurait trop, contrairement à une idée vulgaire des plus fausses, insister sur ce fait que l'on ne remédie pas à une fatigue intellectuelle par une fatigue physique, celle-ci venant simplement se surajouter à la première.

En résumé, nous ne demandons pas qu'on limite les exercices physiques; nous voulons seulement qu'on empêche les abus, qui sont la conséquence des concours. Si l'on veut laisser aux enfants une certaine liberté dans le choix de leurs exercices, il est indispensable d'exercer une réelle surveillance, de façon à défendre aux débiles les exercices qui ne sauraient leur convenir, et il est du devoir de l'Etat, vis-à-vis des familles qui lui confient leurs enfants, de faire examiner ceux-ci avant de les laisser se livrer à des exercices physiques qui peuvent être exagérés.

En un mot, si vous voulez maintenir les concours, je ne vous demande qu'une chose, c'est d'empêcher d'y prendre part tous les enfants qui, après une épreuve, accusent 160 pulsations à la minute.

M. J. Bergonié (Bordeaux). — On connaît très exactement les réactions électriques du muscle et du nerf à l'état physiologique; on a donc dans ces réactions un moyen simple et précis pour constater les moindres variations dans cet état. C'est ce que j'ai cherché à établir. Les réactions les plus simples et sur lesquelles ont porté ces recherches sont les suivantes :

a) Recherche du temps perdu à la suite d'une excitation faradique unique. On sait que ce temps perdu ou période d'excitation latente oscille pour un muscle normal entre 0''007 et 0''01.

b) Recherche du nombre d'excitations faradiques dans l'unité de temps capable de produire le tétanos complet. Ce nombre oscille toujours pour un muscle normal entre 55 et 70 par seconde.

c) Recherche des modifications qualitatives pouvant survenir dans l'excitabilité galvanique et la forme de la secousse.

J'ai recherché les modifications de ces trois phénomènes physiologiques chez les hommes de sport, les champions et en particulier le coureur Stéphane. Ce coureur avait fait sur piste une tentative de « record » à bicyclette de vingt-quatre heures et parcouru près de 600 kilomètres. Son examen a été fait immédiatement après la course.

Les excitations ont été mesurées exactement au point de vue électrique; les secousses-contractures ou tétanos du triceps fémoral en résultant ont été inscrites au moyen du myographe de Marey ou de l'excitateur inscripteur de Mergyer. Voici les résultats obtenus de ce cas : il n'y a pas augmentation du temps perdu; le tétanos parfait et durable était produit par 62 excitations en moyenne par seconde; enfin, au point de vue des modifications qualitatives de l'excitabilité galvanique, j'ai trouvé une prédominance très nette de l'excitation négative de fermeture sur l'excitation positive de fermeture. La secousse est courte et rapide.

Des recherches faites dans d'autres cas et sur d'autres sujets pratiquant des exercices sportifs violents et sur moi-même après de tels exercices ont donné les mêmes résultats.

M. Tissié. — J'ai eu l'occasion d'étudier les variations des déchets organiques chez le même coureur que M. Bergonié, à la suite de son parcours de 600 kilomètres sur piste, effectué en vingt-quatre heures.

La quantité d'urine, le soir qui a suivi la course, était égale à 1 litre 500, avec une densité de 1.023; le lendemain elle atteignait 1 litre 250, avec une densité de 1.033. Le soir de la course il y avait 31 gr. 50 d'urée par litre, 0 gr. 65 d'acide urique, 3 gr. 64 d'acide phosphorique; le lendemain l'urée était montée à 58 gr. 50 par litre, l'acide urique à 1 gramme, l'acide phosphorique à 7 grammes; la quantité de phosphore était la même dans les deux cas; quant aux chlorures, de 13 gr. 50 ils étaient tombés le lendemain à 3 gr. 12. Enfin la toxicité des urines, de 2.25, était tombée le lendemain de la course à 0.893.

J'ai fait également des observations chez un homme de quarante-trois ans, à l'occasion d'une course de 10 kilomètres sur piste, exécutée en cinquante-cinq minutes trente secondes. Le poids du corps était de 64 kilogr. 950 avant la course; après la course, il avait perdu 1 kilogr. 390. Le lendemain à la même heure, le poids était remonté à 66 kilogr. 350.

Il y aurait, je crois, un certain intérêt à multiplier les observations de ce genre, pour préciser l'action des exercices physiques.

M. le Dr Tissié (Bordeaux) a, en outre, observé pendant six ans, au point de vue médical et pédagogique, les résultats de la Ligue Girondine de l'éducation physique. Elle groupe 22 sociétés de jeux. Plus de 8,000 enfants ont bénéficié de son action effective. On a constaté l'heureuse influence des lendits sur la discipline extérieure et intérieure et sur les études scolaires. Il faudrait établir une terminologie des exercices du corps, créer des cours d'exercices du corps dans les Facultés de médecine. Ces mêmes cours seront faits aux maîtres de l'enseignement primaire, afin qu'ils deviennent professeurs de gymnastique.

M. Félix Regnault (Paris) présente une étude sur les *différentes manières de marcher*. Il rappelle les travaux du capitaine de Raoul (théorie du pas gymnastique progressif. Instructions militaires, 1890). Dans le genre de marche qui est aujourd'hui universellement pratiqué, le pied se détache progressivement du sol, du talon à la pointe, et s'élève à une hauteur assez grande, la cuisse se relevant fortement. L'exagération de cette marche est le pas de parade des soldats prussiens. Dans la marche en demi-flexion, au contraire, le pied se détache du sol d'un coup pour se porter en avant, l'articulation tibio-tarsienne reste à demi fléchie sur le pied et la cuisse sur la jambe. Ce mode de marcher est actuellement pratiqué par les paysans et surtout les montagnards et beaucoup de sauvages. Les coureurs de Ceylan et du Japon l'emploient également. Les soldats enfin marchent de la sorte, quand ils sont harassés de fatigue à la fin de l'étape; ils mettent ainsi d'autres muscles en action. Pour la marche rapide et le pas gymnastique, M. de Raoul a démontré par expérience que la marche en demi-flexion est plus avantageuse que celle en extension. Elle permet une grande vitesse sans aboutir à un essoufflement rapide.

Voici la façon dont M. de Raoul enseigne la marche en flexion : « Ne lever les pieds que juste ce qu'il est nécessaire pour éviter les aspérités du sol, les jarrets fortements ployés, le haut du corps penché en avant le plus possible, poser le pied bien à plat sans bruit. »

Le pas gymnastique tel qu'on le pratique d'ordinaire amène l'essoufflement rapide; en effet, Marey l'a démontré, à chaque pas le corps quitte le sol pendant un instant; d'où une série très multipliée d'efforts discontinus qui essouffle rapidement. Au contraire, dans la marche en flexion, on laisse toujours un pied sur le sol; ces chocs successifs et répétés ne se produisent pas. La dépense de force est aussi moins grande, car on n'élève le pied que juste ce qui est nécessaire pour éviter les aspérités. De plus, en ployant fortement les jarrets, on diminue la percussion et on augmente la souplesse de la marche. Il en est du pas gymnastique comme de la danse : celui qui a l'habitude sait glisser avec souplesse et ne se fatigue pas, le néophyte au contraire tape du pied et, au

bout de quelques minutes, est forcé de s'arrêter. Enfin les pas sont plus grands et le corps porté en avant aide à la propulsion. Pour éviter l'essoufflement, M. le capitaine de Raoul conseille toutes les cinq ou six secondes une inspiration profonde.

Pour habituer au pas gymnastique, il commence par faire partir avec une cadence lente en faisant des petits pas très courts (35 centimètres). Il augmente ensuite progressivement et insensiblement la cadence et la longueur du pas. On arrive ainsi à atteindre la vitesse du kilomètre en 3 m. 30" avant le sixième kilomètre. Avec des hommes vigoureusement constitués on arrive facilement à faire 15 kilomètres avec armes et bagages en 1 h. 30 ou 1 h. 40 au maximum.

La possibilité de pratiquer une marche rapide et longtemps soutenue, sans s'essouffler de suite, était particulièrement utile aux préhistoriques et l'est encore aux sauvages ; car, sans cesse sur le qui-vive, il fallait pouvoir s'éloigner rapidement d'un endroit dangereux, portant les instruments et le produit de leurs chasses, car ils n'avaient pas de bête de somme.

Le pas gymnastique en flexion était employé autrefois dans la guerre. Jules César (voir les Commentaires suivis du précis des guerres de Jules César, par Napoléon. Hachette, 1872, tome V, chapitre XLVIII, p. 41) ne l'ignorait pas. Dans sa première campagne contre les Germains, il eut affaire à un corps d'infanterie légère soutenu par la cavalerie et qui combattait de la sorte. « Chaque cavalier se choisissait un fantassin pour sa sûreté particulière, et ces deux hommes allaient toujours ensemble au combat. Les cavaliers se retiraient près de leurs hommes de pied et ceux-ci à leur tour accouraient s'ils voyaient leurs cavaliers trop pressés. Si quelqu'un de ces cavaliers était renversé par quelque blessure, le fantassin aussitôt volait à son secours ; fallait-il faire une longue route en avant ou se retirer avec promptitude, les gens de pied étaient tellement formés par de fréquents exercices, qu'en s'accrochant aux crins des chevaux ils suivaient à la course. » On peut remarquer que César n'a jamais été éclairé par sa cavalerie, généralement très peu nombreuse. Ce sont ses coureurs qui le renseignaient toujours. Plus tard, dans sa campagne d'Afrique, César se servit de cette infanterie légère dont il est parlé plus haut.

La section de médecine adopte les vœux suivants, présentés par **M. Le Gendre** : « 1° faire examiner chaque enfant par un médecin, avant de le laisser se livrer à tel ou tel exercice physique ; 2° s'il y a quelque tare des appareils circulatoire, locomoteur, digestif ou du système nerveux, interdire les exercices qui peuvent l'aggraver ; 3° exiger toujours un entraînement progressif ; 4° *encourager l'exercice, mais faire la guerre au sport*, dans les établissements scolaires. »

On y ajoute un vœu du **Dr Tissié** (Bordeaux), ainsi formulé : « Que tous les élèves soient visités, au moins chaque trimestre, par le ou les médecins des établissements scolaires. On désignera ainsi les exercices gymnastiques, sportifs et jeux intensifs auxquels peuvent se livrer les élèves selon leur âge, sexe, tempérament et état physiologique. »

Malgré cette opinion de la section de médecine, il y a des médecins qui restent fervents de la bicyclette, dont **M. Lucas-Championnière** a chanté les louanges dans une conférence qu'il a faite au Congrès.

Le vélocipède est à la mode; en attendant qu'il remplace la cavalerie, il sert aux estafettes, aux facteurs de la poste comme aux gens de plaisir, et l'on se demande si les courses de vélocipèdes ne vont pas bientôt rivaliser avec les courses de chevaux. L'Association française se devait à elle-même de suivre la mode, mais aussi d'en examiner les conséquences au point de vue de la physiologie et de l'hygiène. Elle nous a donc donné une conférence sur la vélocipédie qui a été faite par M. Lucas Championnière, chirurgien des hôpitaux de Paris.

M. Just Lucas-Championnière est un enthousiaste qui pratique lui-même avec ardeur le culte nouveau et nous en a chanté les louanges. En attendant d'aller visiter ses clients sur une bicyclette, M. Lucas-Championnière serait monté en selle volontiers pour nous parler, ou plutôt pour nous prêcher, si la salle s'était prêtée davantage aux savantes évolutions que comporte l'équitation nouvelle.

Au moins nous a-t-il raconté par le menu quelques-unes des grandes luttes vélocipédiques et le fameux match de 1,000 kilomètres, récemment couru par Corre et Terront, n'a plus de secrets pour nous. M. Lucas-Championnière nous a décrit les deux lutteurs, raconté leurs impressions, décrit chacune des modifications de leur organisme pendant la lutte. Corre est petit et trapu, Terront est plutôt maigre; rien dans leur extérieur ne fait prévoir une agilité exceptionnelle, et l'on se demande comment ils ont pu rester 42 heures sur une bicyclette, dans une position toujours la même, en développant une vitesse qui atteignait parfois 40 kilomètres à l'heure, c'est-à-dire la vitesse d'un train de chemin de fer. A l'arrivée, l'un des deux adversaires est si peu épuisé, qu'il est en état de rentrer chez lui à pied, pour prendre du repos; l'autre, il est vrai, paraît exténué, et il faut le descendre de sa machine; mais il est bientôt remis et, le lendemain, il se porte bien.

Pour expliquer ce résultat, M. Lucas-Championnière insiste particulièrement sur l'éducation du cœur et du poumon. Quand on court très vite, on est bientôt obligé de s'arrêter, non pas que la fatigue ait épuisé déjà nos forces, mais parce qu'on est essoufflé. Pendant la course, la respiration s'est activée, entraînant à son tour l'accélération des mouvements du cœur. Avec un entraînement méthodique, on arrive à modifier cet état de choses; les poumons s'habituent à se dilater suffisamment, et les mouvements du cœur ne se troublent plus. Les grands bicyclistes obtiennent ces vitesses extraordinaires sans subir aucune gêne, sans même être essoufflés. Les femmes délicates, parfois anémiques, arrivent à ces résultats sans augmenter leur nervosisme. Du moins, c'est M. Lucas-Championnière qui nous l'affirme, car je dois dire que tous ses confrères ne partagent pas son opinion. Les enfants, avec leur souplesse si remarquable, y réussissent encore plus facilement.

Pour M. Lucas-Championnière, le bicycle est le plus merveilleux des appareils de gymnastique et le bicycliste un virtuose physiologique sur lequel on peut étudier mieux que partout ailleurs les lois de fonctionnement des organes. M. Lucas-Championnière nous indique par le menu chacun des muscles qu'il faut faire travailler, chacun des membres qu'il faut remuer pour exécuter une course de bicyclette; ce qui fait à ses yeux la supériorité de l'instrument, c'est d'être un appareil d'équilibre instable qu'on a dès lors toutes les peines du monde à maintenir droit et qu'on ne peut dominer que par une tension continuelle de tous les muscles. Il paraît que cela doit développer nos forces et aussi notre beauté. M. Lucas-Championnière a remarqué que les clowns des cirques sont presque toujours de très beaux hommes, et il attribue cette supériorité à ce que leurs exercices les obligent à travailler très souvent en équilibre instable. Cet effet un peu inattendu de la bicyclette n'est pas le seul des avantages qu'elle nous promet. Elle semble capable de régénérer les mœurs comme la santé et même de respecter les liens de la famille, parce que c'est un sport que le père, la mère et les enfants peuvent pratiquer ensemble. La bicyclette nous fait même apprendre la géographie parce qu'elle nous permet de « couvrir » d'innombrables kilomètres, pour employer l'argot du métier. Si ce n'est pas là une panacée, je crois bien qu'il n'y en eut jamais.

Il y a bien le chapitre des accidents, mais M. Lucas-Championnière a une réponse à tout. Les chutes d'abord, elles sont moins dangereuses que celles de cheval, et quand le bicycliste sera bien en forme il tombera bien moins souvent. La vitesse excessive, c'est-à-dire l'emballement de l'appareil, qu'on est impuissant à retenir sur une pente; le bris des machines, cela n'arrive qu'aux hommes assez négligents pour monter sur un appareil sans le visiter avec soin; le cœur forcé, accident à redouter surtout pour les enfants, cela ne peut résulter que d'abus faciles à interdire; le refroidissement après la course, les gens expérimentés savent très bien l'éviter; l'épuisement musculaire et nerveux, M. Lucas-Championnière reconnaît qu'il y a bien là quelque danger, mais seulement en cas d'abus; l'attitude en accent circonflexe que prennent les bicyclistes comme les jockeys, M. Lucas-Championnière reconnaît qu'elle est fort disgracieuse, mais il prétend qu'elle n'est pas nuisible; d'ailleurs, cette habitude résulte d'un préjugé qui ne serait pas fondé; c'est seulement dans la période d'emballement qu'on gagne à se tenir ainsi, et dans tous les autres cas on peut très bien se tenir droit.

Le rhumatisme chronique et l'infection.

M. Charrin. — On sait que M. Bouchard a trouvé des micro-organismes de différente nature dans les articulations atteintes d'inflammation aiguë, dite rhumatismale (Congrès de l'avancement des sciences de Marseille, 1890). Deux faits que j'ai observés récemment démontrent que certaines lésions, qui pour tout médecin seraient cliniquement désignées sous le nom de rhumatisme chronique, reconnaissent une origine infectieuse. Dans le premier cas, il s'agit d'une vieille femme ayant eu, 18 ans auparavant, une attaque de rhumatisme articulaire aigu n'ayant laissé aucune tare. Cette malade fut prise, le 7 avril dernier, d'amygdalite et de péri-amygdalite avec fièvre intense et abattement considérable. L'affection passa progressivement à la forme subaiguë et guérit peu à peu. La malade se remettait péniblement, quand le 3 mai elle éprouva dans le poignet gauche une vive douleur, qui s'étendait à l'épaule du même côté, puis aux articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius gauche, puis de l'annulaire. La température était montée à 38°7, comme maximum. L'état aigu s'affirma peu à peu ; deux mois après toute enflure a disparu, la douleur est à peine sensible, mais les mouvements sont gênés et les articulations métacarpo-phalangiennes présentent du côté dorsal des saillies dures, osseuses et cartilagineuses. Les articulations phalango-phalangiennes sont élargies transversalement et d'avant en arrière, en sorte que quiconque verrait cette malade porterait certainement le diagnostic de rhumatisme chronique. La seconde observation concerne une jeune femme de 23 ans, qui fut prise d'une angine phlegmoneuse qui s'est terminée par suppuration ; le pus contenait du streptocoque et du staphylocoque. Quinze jours après le début de son angine, à ce moment guérie, elle fut prise de douleurs avec gonflements dans les articulations métacarpo-phalangiennes du médius, de l'annulaire à droite, du médius, de l'annulaire et du pouce à gauche. Le gros orteil gauche était également douloureux. Le liquide de l'œdème périarticulaire semé dans quatre tubes a donné dans trois du *staphylococcus albus ;* le quatrième est resté stérile. Depuis cette époque, l'enflure a disparu, mais des jointures touchées quatre ont conservé des déformations. Dans ces deux cas, le fait intéressant est que tout médecin qui examinera ces deux malades les déclarera certainement l'une et l'autre atteintes de rhumatisme déformant. Pourtant l'origine infectieuse des accidents est évidente dans les deux cas. Est-ce à dire pour cela que d'autres arthropathies plus ou moins analogues ne puissent relever de causes différentes, chimiques, toxiques, humorales, comme dans la goutte, ou nerveuses comme dans le tabes? Nous prêter des opinions aussi exclusives serait dénaturer notre pensée.

Atrophie et hypertrophie de la prostate ; castration.

M. V. Launois (Paris) montre que l'évolution et la fonction de la prostate sont intimement liées à celles des testicules. Dans les vices congénitaux de développement ou de migration des testicules, la prostate est atrophiée. Dans la monorchidie ou l'ectopie unilatérale, le lobe correspondant de la prostate est seul atrophié. L'atrophie de la prostate est totale dans les cas d'absence complète des testicules ou de cryptorchidie. L'atrophie des testicules consécutive aux lésions inflammatoires (orchites) s'accompagne d'atrophie de la prostate. La castration double pratiquée chez les animaux (animaux mâles châtrés) ou chez l'homme (eunuques) détermine une atrophie considérable de la prostate et des vésicules séminales. La castration double détermine l'atrophie de la prostate, lorsque cette glande est hypertrophiée chez l'homme ; cette opération peut devenir une méthode curative dans certains cas de dysurie mécanique par hypertrophie prostatique.

Les révélations d'un verre d'eau.

M. Chiais (Menton). — Quand la nutrition est normale, un verre d'eau est rapidement absorbé et rapidement éliminé par les reins. Quand l'homme est malade, l'absorption est lente, le liquide séjourne longtemps dans l'estomac, l'élimination est à la fois lente et incomplète. La perversion physique s'accompagne le plus souvent de perversion chimique. La somme des solides urinaires est tantôt au-dessus, tantôt au-dessous des quantités normales. Si par un traitement hygiénique ou médicamenteux ou un régime spécial on arrive à ramener à la normale la circulation des liquides, on rétablit la nutrition physiologique et les troubles chimiques disparaissent. A quelles conditions les transformations nutritives s'obtiennent-elles ? Il faut que l'organisme soit encore à même de reprendre le fonctionnement physiologique. Elles ne peuvent plus s'obtenir si l'épuisement nerveux est trop grand ou les altérations anatomiques trop prononcées.

Sur un cas de dermographisme intense.

MM. H. Hallopeau et **Jacquinet** (Paris). — Les auteurs se sont attachés surtout à mettre en relief le rapport qui existe entre l'apparition de l'éruption et la production des sensations anormales : celles-ci sont rigoureusement subordonnées à celle-là; la saillie ortiée commence à se produire sous l'impression tactile avant que les sensations pénibles ne se manifestent; celles-ci ne surviennent que consécutivement; elles sont en relation évidente avec le trouble de la circulation, qui est la cause prochaine de l'éruption. Ce n'est donc pas en provoquant des sensations spéciales que les divers agents déterminent l'urticaire; ces sensations résultent au contraire de l'éruption ortiée : elles n'en sont pas la cause, mais l'effet.

Les auteurs s'efforcent, en outre, d'établir que le dermographisme n'est pas nécessairement d'origine toxique.

Des causes de l'ongle incarné.

M. Félix Regnault (Paris). — Les auteurs ont rapporté l'ongle incarné à un grand nombre de causes, lymphatisme, chaussure..., sans définir l'importance relative de chacune. On a entre autres regardé comme capitale l'influence de la chaussure, bien que Dionis ait vu survenir l'ongle incarné chez des carmes déchaussés et Binaud chez des tuberculeux gardant le lit. Les chaussures étroites dévient le gros orteil, en incurvent l'ongle, mais ne suffisent pas à l'incarner. Dans une salle de 34 malades hommes, 19 avaient une déviation accentuée du gros orteil; même résultat dans une salle de femmes. Mais l'orteil peut être dévié, l'ongle courbé en griffe et entré profondément dans les chairs sans avoir jamais provoqué d'ulcération. Par contre, la seule femme qui se soit plainte d'ongle incarné avait l'ongle plat et petit avec des chairs débordantes. Poniet a montré que les lymphatiques qui ont un ongle petit et plat et un gros orteil épais sont très sujets aux ongles incarnés.

L'état constitutionnel est alors tout, la chaussure ne jouant qu'un rôle secondaire. Mais cette cause ne s'applique qu'à une catégorie d'ongles incarnés. Il en est qui surviennent chez des sujets robustes non strumeux et dont le gros orteil est plus ou moins altéré par la chaussure. On attribue alors l'ongle incarné à la chaussure sans chercher plus loin. Ce que nous venons de dire doit déjà mettre en garde contre cette interprétation. La cause qui nous semble jouer une action prépondérante est alors le traumatisme et la saleté, qui permettent la culture dans la rainure de l'ongle des microbes vulgaires du pus. Si on questionne soigneusement, on retrouve souvent les deux causes dans les commémoratifs. Tantôt c'est une contusion du gros orteil, on lui a marché sur le pied, le malade n'y a pas prêté autrement attention, mais quelques jours après, en se coupant l'ongle, il a vu sourdre une gouttelette de pus et ainsi a débuté la maladie. D'autres fois le traumatisme est survenu, insignifiant en apparence, en se coupant les ongles. J'ai ainsi deux observations : chez l'une, une jeune fille se fit couper les ongles par une cuisinière maladroite, elle fut écorchée; quelques jours après l'ongle incarné débutait, elle n'avait jamais souffert auparavant. L'autre, un jeune homme, s'était fait faire les ongles dans un établissement de bains : huit jours après l'ongle suppurait. Cette notion pathogénique a une grande importance pour le traitement : ces ongles incarnés, s'ils sont soignés au début, sont facilement curables par les bains phéniqués prolongés et les pansements antiseptiques.

Un nouveau moyen pour faciliter la réduction manuelle des rétrodéviations utérines.

M. Batuaud (Paris). — La réduction manuelle est très laborieuse dans certaines rétrodéviations, adhérentes ou non adhérentes, mais dans lesquelles l'utérus allongé, plus ou moins flasque dans sa partie moyenne, est tellement flexible au niveau de l'isthme, que les pressions exercées sur la partie

accessible du col ne sont nullement transmises au corps qui reste enclavé et ne bouge pas. Dans ce cas, l'emploi d'une tige intra-utérine entourée d'ouate et mise en place à l'aide d'une pince spéciale suffit à rendre l'utérus rigide, tout d'une pièce, et facilite beaucoup la réduction manuelle. L'emploi de cet appareil est simple et sans danger, en suivant la technique indiquée par l'auteur.

Ptoses viscérales et décubitus renversé. Massage abdominal dans cette position.

M. J. Chéron (Paris). — L'entéroptose, la dilatation de l'estomac et l'abaissement de l'utérus sans prolapsus sont des phénomènes morbides qui relèvent d'une cause commune à toutes les ptoses viscérales, l'épuisement nerveux qui produit la diminution du tonus musculaire et l'atténuation de l'élasticité de tous les ligaments suspenseurs des viscères.

Le décubitus renversé et le massage abdominal pratiqué dans cette position ramènent, en un temps très court, les viscères à leur situation normale, modifient la dilatation de l'estomac et le chimisme morbide de cet organe. Ils rendent promptement inutiles, dans les cas de moyenne intensité, le port de la ceinture, le régime sévère et l'usage très fréquent des laxatifs. Dans les autres cas, l'emploi de ces moyens rend utile la ceinture alors qu'elle avait cessé de rendre service, surtout si les malades prennent la précaution de la mettre en place, avant de quitter la position renversée et le matin avant de quitter le lit.

L'utérus, abaissé sans prolapsus, traité de la sorte chez les femmes qui n'ont pas encore atteint la ménopause et dont la viscéraptose est de moyenne intensité, se relève et récupère l'autonomie de ses ligaments suspenseurs, ce qui permet d'abandonner l'anneau-pessaire, devenu tout à fait inutile.

Traitement de l'insomnie.

M. Maurice de Fleury (Paris). — Dans tous les cas où l'insomnie ne provient pas d'une douleur vive ou d'une irritation matérielle directe (tumeur ou méningite) portant sur l'écorce du cerveau, il est possible de substituer aux médicaments hypnotiques des procédés de traitement dynamique à la fois efficaces et sans inconvénients. L'étude de la pression artérielle chez les malades atteints d'insomnie démontre que ce phénomène pathologique coïncide soit avec un état d'hypertension marquée, soit avec un état d'excessive hypotension. Sans le secours des drogues, par l'emploi de simples procédés physiques, il est facile, dans la grande majorité des cas, de ramener la tension à la normale et du même coup de rendre le sommeil. Il est presque toujours utile d'ajouter à ce traitement physiologique un traitement psychologique, une accoutumance au sommeil. Chez les neurasthéniques — on sait à quel point l'insomnie est fréquente et pénible dans la maladie de Beard — je ne prescris plus de médicaments hypnotiques, même bénins. A l'aide de frictions sèches et d'injections de sérum, je me contente de mettre au point l'attention de mes malades, après quoi je leur fais prendre méthodiquement l'habitude du sommeil. Ceux d'entre mes confrères qui voudront faire l'essai des moyens que je préconise seront, je crois, bientôt convaincus, comme moi, que le traitement de l'insomnie est du ressort de l'hygiène guérissante et non plus de la thérapeutique médicamenteuse.

Pathogénie et traitement de la diphthérie.

M. Guelpa (Paris) déduit de son travail les conclusions suivantes. La diphthérie est une affection contagieuse et inoculable, déterminée par le bacille de Klebs, plus ou moins associé à d'autres micro-organismes pathogènes, en particulier les streptocoques. Les mucosités de la bouche et des voies aériennes sont les vrais bouillons où pullulent ces microbes et où ils sécrètent leurs poisons. La fausse membrane, au lieu d'être le terrain de culture des éléments pathogènes spécifiques, comme on l'a cru jusqu'à aujourd'hui, en est au contraire le piège, la barrière, qui s'opposent à leur invasion dans l'organisme. Dans le traitement de la diphthérie, il faut renoncer aux moyens plus ou moins barbares de destruction de la fausse membrane; nous devons, par contre, avoir soin d'en respecter l'intégrité, et diriger l'énergie du traitement contre l'élément pathogène là où il pullule, à savoir : la salive et les mucosités des voies aériennes. Lorsque la diphthérie est simple, c'est-à-dire presque exclusivement à bacilles de Klebs, les lavages abondants, avec des solutions antiseptiques très diluées et chaudes, forment la base de l'action thérapeutique et sont presque toujours suffisants. Quand la diphthérie par le fait de l'association microbienne, surtout streptococcique, prend la forme grave, les mêmes lavages sont encore indispensables; mais il est nécessaire d'ajouter l'administration interne de l'iodure de potassium et les injections endo-amygdaliennes de liqueur de van Swieten, dans le but de modifier l'état osmotique des muqueuses, et de s'opposer autant que possible à la septicémie. La sérothérapie, comme elle est conseillée jusqu'à ce jour, manque son but et ne peut exercer une action réellement efficace contre la diphthérie. Dans le croup, dès que le diagnostic est certain, il faut pratiquer immédiatement la trachéotomie, ou bien placer, au moyen d'un petit trocart, un drain résistant dans la trachée, dans le but de diluer et d'évacuer les mucosités contenant l'élément pathogène par l'irrigation des voies aériennes. Pour que ces lavages soient vraiment utiles et sans danger, nous devons les faire le malade étant renversé avec la tête en bas. La broncho-pneumonie croupale a certainement pour cause importante l'accumulation dans le conduit respiratoire des mucosités chargées des agents spécifiques, consécutivement à la parésie des fibres lisses et des cils vibratiles de la muqueuse. Pour diminuer les dangers de cette complication redoutable, on gardera le malade constamment couché en position très déclive et la tête en bas.

M. Hallopeau. — La diphthérie est pourtant en rapport évident avec l'abondance des fausses membranes. Le traitement le plus actif est l'action du sublimé au vingtième en badigeonnages.

Sur un moyen pratique d'exagérer le tremblement.

MM. Azoulay et **Regnault**. — Il est important en clinique d'exagérer un tremblement faible pour le mieux déceler. Sans doute on sait que l'effort a pour effet d'exagérer le tremblement et on dit aux alcooliques de faire le signe du serment en écartant les doigts pour voir si ceux-ci tremblent. Mais on n'a pas étudié d'une façon didactique l'influence de l'effort sur les diverses espèces de tremblements. Nous avons pris de nombreux tracés de tremblements et examiné leurs variations suivant les attitudes et l'effort donné.

Prenons comme type la sclérose en plaques. Le tremblement s'exagère par le mouvement. L'effort en tant qu'il détermine une fatigue exagère le tremblement. On le constate en prenant des tracés dans les positions suivantes :

1° Le membre repose sans effort, le trembleur tenu dans la main; à un moment donné, on ordonne de serrer le trembleur, le tremblement se produit;

2° Le bras, maintenu en extension, tremble si on dit de faire effort ou de serrer le poing; le tremblement s'exagère quand on ordonne à un sclérosé en plaques de serrer le nez avec sa main, le tremblement est moins intense que lorsqu'il touche simplement son nez avec l'index. En réel effet, l'action de serrer est moins fatigante, le malade ayant un point d'appui; s'il touche le nez avec l'auriculaire au lieu de l'index, le tremblement sera beaucoup exagéré. Ce doigt étant moins habitué à des actes précis, il se produit un effort et une tension d'esprit plus grands de la part du malade;

3° L'effort synergique exagère le tremblement. On sait, depuis Yendrassik, que le réflexe rotulien est exagéré, si on prescrit au sujet de serrer ses deux mains l'une contre l'autre. Ce signe est susceptible de généralisation et est applicable aux tremblements. Si on étend d'abord un bras, puis le second, le tremblement s'exagère dans le premier bras. Si, un bras étant étendu, le malade fait avec l'autre qui repose une série d'efforts successifs, à chaque effort du bras au repos correspondra une exagération du tremblement du bras étendu. Les mêmes faits s'observent dans les tremblements hystériques, par intoxication, etc. Le tremblement de la paralysie agitante n'échappe pas à cette loi. Le tremblement, il est vrai, existe au repos et cesse au début de l'effort. Mais si l'effet est prolongé, la fatigue survient et le tremblement augmente. L'action synergique n'y est pas moins évidente. Le tremblement prend plus d'amplitude dans un membre au bout de quelque temps, si le membre opposé fait un effort. Ainsi, chez un sujet, le pied droit ne tremblait pas au repos,

mais se mettait à trembler quand la main gauche faisait effort.

Des capillaires sanguins et lymphatiques.

M. Nepveu. — L'auteur a déjà signalé les lésions des capillaires sanguins dans le cancer épithélial. M. Nepveu décrit les lésions des capillaires dans la zone suspecte à grande distance dans le cancer du sein ; l'endothélium hypertrophié d'abord, puis hyperplasié, empêche les globules rouges de passer dans les capillaires; la prolifération est telle que la cavité vasculaire est remplie de cellules endothéliales. Eberth a déjà décrit l'hyperplasie de l'endothélium péricapillaire Il faut distinguer l'une de l'autre ces deux formations sous le nom d'endothélium intra et péricapillaire.

Nature et pathologie du béribéri.

M. Nepveu (Marseille) a étudié les pièces d'un cas de béribéri qui lui avaient été fournies par le Dr Clouard. Au point de vue anatomique, le béribéri est une lésion infectieuse, comme en témoignent la dégénérescence granulo-graisseuse des cellules du foie, du rein, des fibres musculaires du cœur, de la myéline de certains nerfs. Le poison agit en produisant une masse énorme de jeunes cellules dans le tissu conjonctif des principaux organes, foie et moelle épinière surtout. Le poison produit aussi une karyokinèse leucocitique. Au point de vue pathogénique, le béribéri semble dû au *bacillus beribericus* dont l'existence paraît de plus en plus certaine. L'inoculation a donné des résultats positifs qui rapprochent cette maladie des maladies infectieuses. C'est donc une affection générale, à type hydropique ou spinal, suivant que le foie, le cœur ou la moelle épinière sont plus ou moins touchés.

Sur les grossesses prolongées.

M. Noury (Caen). — Peu d'auteurs admettent la réalité des grossesses physiologiques prolongées au delà du terme considéré comme normal. La plupart des accoucheurs se rangent à l'avis du Pr Tarnier, qui soutient que la grossesse prolongée est toujours l'indice d'un des trois états suivants : 1° rétention du fœtus mort *in utero*; 2° tumeur utérine faisant obstacle à l'accouchement ; 3° grossesse extra-utérine. La grossesse prolongée peut présenter des degrés bien divers. Rien n'autorise à la rejeter *a priori*. L'auteur cite cinq observations, dont trois personnelles, de grossesse prolongée. Les faits observés dans l'espèce humaine sont corroborés par l'observation des vétérinaires sur l'espèce bovine. Comme conclusion, la grossesse prolongée physiologique, c'est-à-dire en dehors de tout état pathologique, toute malformation maternelle et fœtale, s'observe dans l'espèce humaine aussi bien que dans d'autres espèces animales. Il y a des degrés divers dans la grossesse prolongée. Il est impossible de les évaluer rigoureusement. En tout état de cause, les faits de cet ordre sont en concordance avec les dispositions du Code civil et justifient la prudence du législateur quand il dit que « la légitimité des enfants nés 300 jours après la dissolution du mariage pourra être contestée. »

Observations ssr les courants induits.

M. Dayrène (Tournon-sur-Rhône) trouve que l'on a à tort négligé en médecine l'emploi des machines magnéto-électriques. Il cite trois observations de myélite ou méningo-myélite diffuse, de paralysie saturnine et d'hémiplégie faciale dans lesquelles le courant magnéto-électrique a produit des contractions que ni la pile ni les courants volta-électriques ne produisaient. Le premier et le troisième cas ont été suivis de guérison.

Sur la virulence du vaccin de génisse.

M. Chaumier (Tours). — La vaccination directe de génisse à bras doit être écartée comme dangereuse. La virulence peut se trouver atténuée sur certains animaux. La pulpe glycérinée doit être seule employée. Elle conserve longtemps sa virulence. On n'expédiera cette pulpe qu'après s'être assuré chez un enfant qu'elle a un haut degré de virulence. Dans la vaccination des génisses on ne devra employer que la pulpe vieillie, très virulente.

Traitement des tumeurs cancéreuses par l'électrolyse.

M. G. Darin. — Un homme de 65 ans était atteint d'épithélioma de la joue à marche lente, ayant ulcéré toute la joue droite depuis la commissure labiale jusqu'à l'oreille, et étendu en hauteur depuis le niveau du sourcil jusqu'à celui de la lèvre inférieure, causant des souffrances intolérables.

Le malade fut soumis à un traitement électrolytique; on dut employer la cocaïne pour diminuer la sensibilité très vive. Au bout de quelques mois j'obtins la cicatrisation complète de l'ulcération.

Fibrome guéri par l'électrolyse. Récidive pendant une grossesse.

M. Rouveix. — Une jeune femme de 22 ans, névropathe, souffrait au moment de ses règles depuis sa puberté; s'étant mariée, elle eut après un mois de mariage un retard des règles suivi, quinze jours après, d'une perte abondante avec gros caillots. Il s'agissait vraisemblablement d'une fausse couche de quinze jours. Quelques mois après elle devint de nouveau enceinte; mais après six semaines elle expulsa un embryon. Je la vois à ce moment, je trouve l'utérus très gros avec une tumeur fibreuse du volume d'une orange dans la paroi utérine. Sous l'influence de séances répétées de courants continus, la tumeur disparut complètement.

La femme étant devenue enceinte de nouveau put, cette fois, mener sa grossesse à terme ; au moment de l'accouchement la tête ne s'engageait pas; je dus faire la version. Je retrouvai alors sur la paroi droite de l'utérus une tumeur fibreuse qui, toutefois, diminua peu à peu spontanément à mesure que l'utérus se rétractait et avait disparu au bout de deux mois.

Je crois que le fibrome, guéri par l'électrolyse, s'est réveillé sous l'influence de l'activité nutritive de la grossesse, puis a suivi la régression utérine.

M. Massard (Honfleur). — J'ai traité aussi une jeune fille par l'électrolyse pour un fibrome très douloureux. Je n'ai obtenu aucune diminution de la tumeur. Mais, soit suggestion, soit effet réel, la jeune fille ne souffre plus du tout de son fibrome; elle est enchantée du traitement que je lui ai fait suivre et elle s'estime guérie.

Sur la cicatrisation des brûlures.

M. Alphonse Guérin. — J'ai cherché les conditions qui président à la formation des cicatrices vicieuses qui succèdent aux brûlures, afin d'être à même de prévenir les difformités qui en résultent.

Ces cicatrices vicieuses ne s'observent que si la brûlure est profonde. Tandis qu'une plaie produite par un instrument tranchant ou contondant se guérit par formation de bourgeons charnus qui engendrent sur place une peau peu différente de la peau normale, la peau qui succède à une plaie produite par une brûlure profonde est douée d'une rétractilité contre laquelle tous les efforts sont impuissants. C'est un vrai tissu morbide, semblable à celui des kéloïdes. Il y a une inflammation du tissu sous-jacent aux parties mortifiées; aussi la cicatrisation se fait en tissu pathologique.

Les éléments anatomiques qui ont subi l'influence d'une température élevée ont perdu une partie de leurs propriétés vitales, ou les ont altérées : on peut supposer aussi que la graisse entrant en fusion imbibe les éléments des nerfs, artères, veines et lymphatiques et leur porte une atteinte profonde. Les bourgeons charnus engendrés dans de telles conditions ne peuvent former que des tissus rétractiles, ressemblant à des tissus fibreux englobés dans un foyer inflammatoire.

Les cicatrices fibreuses rétractiles des brûlures sont constituées presque exclusivement par des fibres longitudinales et obliques, avec des corps fusiformes; c'est donc un vrai tissu de sclérose, rétractile comme toutes les scléroses d'origine inflammatoire.

Ces propriétés toutes spéciales du tissu cicatriciel succédant aux brûlures expliquent la difficulté que l'on a à lutter contre les cicatrices vicieuses. On avait espéré que l'antisepsie permettrait d'obtenir des cicatrices irréprochables; mais si les antiseptiques luttent avec succès contre l'inflammation d'origine microbienne, ils sont absolument impuissants à lutter

contre l'inflammation d'origine physique qui succède aux brûlures.

Puisque les antiseptiques ne peuvent lutter contre cette inflammation spéciale, nous avons cherché à la limiter par l'emploi d'un agent physique. En comprimant le tissu brûlé par une compression élastique, telle que celle que l'on obtient par un pansement ouaté, on rend le tissu exsangue et on enraye l'inflammation.

Ce traitement par la compression a été employé depuis longtemps par Bretonneau, Velpeau, Laugier. Mais leurs tentatives ont été vaines à cause des douleurs intenses qu'elles provoquaient. Les réfrigérants, les solutions calmantes, les applications de baudruche et de sparadrap ne peuvent diminuer ces souffrances. De ma longue expérience, il résulte que la compression élastique est la seule supportable par le malade; grâce à la ouate, on peut maintenir pendant un temps très long la compression qui amène la chute de l'inflammation de la cicatrice. Elle fait perdre aux tissus cicatriciels leur rétractilité, tandis que toutes les autres méthodes connues n'empêchent pas, une fois le pansement levé, la rétraction de la cicatrice, et, par suite, des positions vicieuses.

Sur la pigmentation du sérum sanguin.

M. Maragliano (Gênes). — Pour étudier la pigmentation du sérum on peut préparer celui-ci soit par coagulation lente, soit en utilisant la force centrifuge (centrifugation).

Le sérum préparé par coagulation, exposé à la lumière et à la température ambiante devient, peu à peu, foncé avec une tendance toujours plus accentuée au vert; à l'étuve, la pigmentation s'accentue encore.

Au contraire, le sérum centrifugé ne change presque en rien. Cependant, si on ajoute à ce sérum quelques millimètres cubes de sang, le sérum se pigmente comme précédemment, mais au spectroscope on n'y retrouve plus au bout de quelque temps aucune trace d'hémoglobine, mais à mesure que le sérum se fonce, le spectre s'obscurcit du côté du violet, la teinte sombre envahit l'indigo quand le sérum tourne au vert.

Dans les maladies qui s'accompagnent d'une large destruction de globules rouges : scorbut, typhus, pneumonie, scarlatine, érysipèle, etc., le sérum est toujours fort pigmenté, et il devient même vert foncé après vingt-quatre heures, surtout si on le garde à l'étuve. Ces faits confirment que la pigmentation du sérum est due à une dissolution constante de l'hémoglobine des globules, mais elle se transforme immédiatement en produits pigmentaires (hématine, bilirubine, pigments sanguins).

Les phobies neurasthéniques.

M. Bérillon. — Les phobies ou peurs irréfléchies et angoissantes existent à un degré variable chez tous les neurasthéniques. Si l'attention des médecins n'a pas été attirée plus tôt vers ces perturbations psychiques, c'est que les neurasthéniques ont une grande tendance à dissimuler leurs troubles cérébraux; alors qu'ils décrivent avec une grande complaisance leurs symptômes somatiques, tels que céphalalgie, rachialgie, insomnie, dyspepsie, fatigue musculaire et intellectuelle.

Aussi le médecin a une grande difficulté à obtenir une description suffisante d'une peur morbide; le malade se rend compte lui-même de l'absurdité de sa peur, et hésite à la raconter; et pourtant il ne peut pas en éviter le retour, et il n'y a même pas besoin pour cela d'une cause réelle; une idée, un souvenir suffit à amener le retour de la crise.

Il est rare que les phobies ne se rattachent pas à des préoccupations professionnelles. C'est à ce point de vue spécial que nous voulons surtout les étudier.

Celles qui nous intéressent le plus sont les phobies professionnelles des médecins. Je connais un médecin des plus distingués dont l'anxiété commence dès qu'un malade quitte son cabinet avec une ordonnance signée de lui. Il se demande avec angoisse s'il n'a pas prescrit des centigrammes au lieu de milligrammes, et n'est rassuré qu'après avoir revu de nouveau son malade.

De même nature est l'anxiété du prêtre montant en chaire, ou de l'acteur entrant en scène. Il est remarquable que ces phobies n'apparaissent qu'après une période de surmenage, alors que le malade a pu pendant longtemps exercer normalement sa profession, et alors qu'il n'a aucune timidité pour les choses en dehors de sa profession.

La plupart de mes malades ont guéri par le traitement hypnotique; la suggestibilité des neurasthéniques, contrairement à ce qui se passe pour les hystériques, est beaucoup plus influencée par la persuasion que par le commandement. Mais le point principal est la suppression du surmenage.

M. W. Dekterew (Saint-Pétersbourg). — Il y a plusieurs catégories de faits bien différents dans ceux que rapporte M. Bérillon. Il est vrai qu'il y a des phobies chez des dégénérés mentaux; celles ci relèvent de l'hypnotisme; au contraire, les phobies suite de surmenage ne peuvent qu'être augmentées par les essais d'hypnose, et doivent être traitées par le seul repos et l'alimentation forcée.

M. Tissié (Bordeaux). — Je ferai observer en outre qu'il est souvent bien délicat d'endormir des neurasthéniques, quoiqu'ils soient parfaitement hypnotisables comme les hystériques, contrairement à ce qu'on croyait il y a encore peu de temps. J'emploie surtout le calme, le séjour à la campagne, l'absence absolue de travail intellectuel. Des suggestions trop actives peuvent donner lieu à des accidents. Pourtant j'ai obtenu par l'hypnotisme des guérisons de neurasthéniques; mais le maniement de la suggestion est très délicat et nécessite des connaissances, des études et une expérience toutes spéciales.

Sur la coexistence du goître exophthalmique et de la sclérodermie.

M. E. Jeanselme. — L'étiologie de la sclérodermie est encore très obscure. Aussi il importe de ne laisser passer aucun fait clinique qui peut l'éclaircir; c'est ce qui nous a engagé à publier l'observation suivante :

Il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans, née à Strasbourg; dès l'âge de vingt ans, elle remarqua une nodosité au devant du cou, dans la région thyroïdienne; mais cette grosseur n'a pris d'extension qu'il y a sept ou huit ans, au moment d'un séjour que cette femme fit au Brésil, pendant lequel elle fut atteinte de dysenterie intense et rebelle qui nécessita son retour en France. Pendant le cours de cette maladie le goître augmenta rapidement de volume et n'a pas rétrocédé depuis. C'est une tumeur du volume d'une orange, de consistance ferme, ni réductible, ni pulsatile ; la peau qui la recouvre est couverte de veines dilatées.

Elle occupe le lobe droit du corps thyroïde, et descend jusqu'à la fourchette sternale, remonte jusqu'à l'os hyoïde, dépasse un peu à gauche la ligne médiane et à droite s'insinue sous le sterno-mastoïdien. Néanmoins on n'observe aucun symptôme de compression.

L'exophthalmie, quoique peu marquée, est manifeste; il existe aussi d'autres troubles visuels, consistant en crises subites et très courtes d'amaurose pendant lesquelles elle voit des flammèches et des éclairs; ces crises s'accompagnent de lipothymies, mais jamais elle n'a eu de pertes de connaissance complètes. Le signe de de Græfe n'existe pas.

Le cœur bat rapidement 90 à 96 pulsations par minute, la malade ne souffre pas de cette tachycardie.

On note aussi du tremblement, mais inconstant et surtout à propos des émotions.

En somme, symptômes très nets de goître exophthalmique.

Il y a deux ans commencèrent d'autres symptômes relevant, ceux-ci, de la sclérodermie. Ce fut d'abord une asphyxie locale des doigts s'accompagnant, peu après, de sclérodactylie marquée. Actuellement, les mains et les doigts sont comme engainés par une cuirasse sclérodermique. La pulpe qui recouvre la face palmaire de la phalangette est épaissie, dure, renflée. L'aspect du doigt est celui d'un doigt de gallinacé.

La face est atteinte; la peau y est parcheminée, collée aux os, le nez effilé, les lèvres amincies, la langue en parrie immobilisée.

La sensibilité est obscure sur les bras et la face. La peau de la face dorsale des mains, du haut du tronc et du bas-ventre est fortement pigmentée. Les extrémités sont froides et exsangues. On note, enfin, à la face dorsale des poignets, des tumeurs avec ténosité crépitante.

En somme, sclérodermie coexistant avec un goître exophthalmique.

Pour expliquer ce fait complexe, il faut nécessairement adopter l'une des deux opinions suivantes : ou bien les deux affections dérivent d'une même cause sans qu'il existe entre elles aucune subordination, ou bien il y a une relation de cause à effet entre l'altération thyroïdienne et la sclérose cutanée.

La première hypothèse est fort soutenable. Le goître exophthalmique et la sclérodermie sont deux affections qui germent volontiers sur le terrain névropathique. Toutes deux sont plus fréquentes dans le sexe féminin; toutes deux aussi coïncident souvent avec les différentes étapes de la vie sexuelle de la femme. Cependant l'opinion inverse ne peut pas être rejetée sans examen et rien ne s'oppose à ce que l'on recherche l'origine de la sclérodermie — ou tout au moins de certaines variétés de dermato-scléroses — dans un trouble de la nutrition cutanée relevant d'une perturbation fonctionnelle de la glande thyroïde. Si cette manière de voir est exacte, les connexions qui unissent le goître exophthalmique, le myxœdème et la sclérodermie sont fort étroites.

Quoi qu'il advienne de cette hypothèse qui, l'auteur le reconnait, doit être confirmée par de nouvelles observations avant d'être acceptée, il faut retenir ce fait intéressant par lui-même en dehors de toute préoccupation doctrinale, à savoir que la sclérodermie peut s'associer au goître exophthalmique.

Sur la présence d'alcaloïdes phlogogènes dans l'urine pendant une poussée aiguë de dermatite herpétiforme.

MM. H. Hallopeau et **N. Tète** (Paris). — Le fait que nous rapportons est relatif à un malade atteint d'une dermatite herpétiforme procédant par poussées aiguës généralisées avec réaction fébrile intense. Or, si, dans l'intervalle des crises, les urines conservent, comme nous nous en sommes assurés plusieurs fois, leurs caractères physiologiques, et en particulier ne renferment pas traces d'alcaloïdes, il n'en est plus de même pendant le cours de ces poussées : leur quantité diminue beaucoup; elles se troublent et deviennent comme chyleuses; il s'y fait un dépôt très abondant constitué presque exclusivement par des urates. Les éléments normaux, c'est-à-dire l'urée, l'acide urique, les phosphates et les chlorures y restent en proportions à peu près normales, mais l'analyse y révèle la présence d'un produit nouveau qui a tous les caractères d'une toxine. Il a été trouvé par l'un de nous à l'aide de la méthode de Griffiths.

Pour obtenir ce produit, nous avons alcalinisé une quantité assez grande d'urine par addition d'un peu de carbonate de soude et nous l'avons agitée ensuite avec la moitié de son volume d'éther. Après dépôt et filtration, cet éther a été agité avec une solution d'acide tartrique qui a la propriété de s'emparer des ptomaïnes pour former avec elles des tartrates solubles. Après évaporation de l'éther dissous, la solution tartrique a été de nouveau alcalinisée avec du carbonate sodique, puis agitée avec un demi-volume d'éther. La solution éthérée a été alors abandonnée à l'évaporation spontanée.

Nous avons obtenu ainsi, comme résidu, quelques centigrammes d'une substance blanche, cristallisée en aiguilles arborescentes, soluble dans l'eau, à réaction alcaline faible, qui donne un précipité blanc avec une solution de tannin; elle précipite par l'acide picrique et par les réactifs généraux des alcaloïdes.

Si, par suite de la très faible quantité du produit, nous n'avons pu faire aucune recherche clinique, par contre, nous avons pu nous assurer que ce produit possède une action phlogogène des plus remarquables.

Deux cobayes ont reçu, avec les précautions antiseptiques, dans le tissu cellulaire de la région abdominale préalablement rasée, une injection d'un centimètre cube et demi d'eau bouillie contenant environ 15 milligrammes du produit cristallin : quatre jours après un soulèvement bulleux s'est produit chez l'un d'eux au niveau de l'inoculation; le lendemain, la bulle s'est ouverte spontanément et a laissé à nu une ulcération qui mesure environ 1 centimètre de diamètre; la peau était détruite dans toute son épaisseur; les bords étaient taillés à pic et légèrement indurés; le fond était constitué par le tissu graisseux de la région.

Deux jours après, l'ulcération s'est étendue en profondeur; elle a atteint l'aponévrose ; ses bords se sont décollés; il s'en écoulait une quantité notable de liquide trouble; la forme de l'ulcération est devenue ovalaire, elle a atteint 18 millimètres verticalement sur 12 transversalement.

Il n'est pas survenu d'autres altérations de la surface tégumentaire : la santé générale de l'animal ne semble pas avoir été altérée. Les jours suivants, l'ulcération a diminué rapidement d'étendue, son fond a bourgeonné et s'est relevé ; treize jours après l'inoculation, elle n'avait plus que les dimensions d'une pièce de 20 centimes.

Chez l'autre cobaye, les lésions ont été moins prononcées, sans doute parce que, par suite d'un défaut de la seringue de Pravaz, une partie du liquide est restée dans le corps de la pompe; il ne s'est pas produit d'ulcération, mais seulement une induration du volume d'une petite aveline; elle s'est d'ailleurs développée en même temps que l'ulcération et a suivi la même évolution; treize jours après l'inoculation elle était encore très appréciable.

Les observations et les expériences que nous venons de relater ont ainsi, d'une part, dénoté la présence, dans l'urine émise pendant une poussée aiguë de dermatite herpétiforme, d'alcaloïdes cristallisés, en quantité pondérable; elles ont, d'autre part, établi que ces alcaloïdes exercent une action phlogogène des plus énergiques.

De l'emploi des agents physiques et en particulier du massage dans le traitement des dyspepsies.

M. Cautru (Paris). — Je ne veux pas rappeler ici les grands services que l'étude du chimisme stomacal a rendus dans le traitement des dyspepsies, ni insister longuement sur leur classification que les recherches de M. Hayem ont rendue pour ainsi dire classique.

Je me contenterai de rappeler que les dyspepsies peuvent se diviser en deux types cliniques principaux :

1° L'hypopepsie, qui peut aboutir à l'asepsie ;

2° L'hyperpepsie, qui présente deux variétés : *a.* l'hyperpepsie *générale et chlorhydrique*, selon que H seul ou H + C sont exagérés.

b. L'hyperpepsie *chloro-organique* quand C est seul exagéré.

Ces chiffres chimiques peuvent se compliquer de fermentations acides anormales révélées par l'élévation, au-dessus de l'unité, de la valeur α.

Outre la détermination du type chimique, la chlorurie T, le rapport T : F et la valeur α serviront de guide pour l'application du traitement par les agents physiques.

Pour ce qui concerne le traitement de ces diverses variétés de dyspepsie par les agents physiques, il varie suivant qu'il s'agit de l'hypopepsie ou de l'hyperpepsie.

L'hypopepsie doit être divisée en deux variétés importantes à connaître, même au point de vue thérapeutique : l'*hypopepsie primitive*, l'*hypopepsie secondaire*.

L'hypopepsie primitive serait liée à un état d'atonie générale décrit par M. Mathieu sous le nom de dyspepsie nervomotrice ou asthénique. Les malades atteints de cette affection, que ce soit par tare héréditaire (neuro-arthritisme) ou à la suite de fatigues intellectuelles ou physiques au-dessus de leurs forces, n'ont plus en quelque sorte la résistance nécessaire pour les luttes de la vie. Ce sont des oisifs, des irrésolus, de perpétuels découragés, des déséquilibrés en un mot. Ils ont autant de difficulté à digérer qu'à penser, qu'à faire un travail quelconque, et, si l'on peut s'exprimer ainsi, ce sont aussi bien des hypocérébraux, des hypogénitaux que des hypopeptiques.

Leur gastrite, souvent peu accusée, le chimisme étant quelquefois à peine dévié vers l'hypopepsie, se révèle par des troubles variables de la digestion. Ces troubles sont dans certains cas très accusés, de sorte que si l'on ne s'occupe que de leurs symptômes gastriques ils paraissent avoir une dyspepsie bien plus grave que certains hyperchlorhydriques ou apeptiques à lésions avancées de la muqueuse, mais dont les signes fonctionnels de la muqueuse sont presque nuls. Un certain nombre de ces malades hypopeptiques pourraient être appelés de *faux dyspeptiques*.

Le traitement par les agents physiques est ici très complexe et le massage abdominal ne réussira pas plus s'il est employé seul que l'électrisation, l'hygiène, le régime ou la station thermale. Il faut combiner l'emploi de tous ces agents pour arriver à rétablir l'équilibre rompu de tout l'organisme.

Le massage sera fait soit avant le repas, pour réveiller l'appétit, soit après le repas pendant la digestion, pour aider celle ci. Il sera, pendant les premières minutes, calmant s'il y a douleur, et se composera alors de frictions douces de la région épigastrique, puis sera excitant, c'est-à-dire composé d'une série de percussions plus ou moins vives de la région stomaco-intestinale, l'intestin ne devant jamais être dans les dyspepsies isolé de l'estomac.

Le massage dans l'hypopepsie secondaire sera fait comme dans l'hyperpepsie chloro-organique, le but à atteindre étant alors le même.

On sera très sobre de massage dans l'*hyperpepsie générale et chlorhydrique*, mais il faudra toujours y avoir recours dans l'*hyperpepsie chloro-organique*. C'est dans cette classe de dyspepsies que nous avons toujours obtenu les plus beaux résultats : cessation des crises gastriques si fréquentes dans cette forme, retour de l'appétit, digestions moins pénibles et disparition de la constipation.

Les bons effets du massage s'expliquent ici par ce fait que le massage active la digestion, élevant le rapport T : F; or, précisément M. Hayem a remarqué que dans la plupart des cas l'hyperpepsie chloro-organique n'était qu'une hyperchlorhydrie avec ralentissement de la digestion.

Le massage devra être fait aussi éloigné que possible des repas. Il aura pour but de tonifier le muscle, d'activer la circulation stomacale et se composera de pressions plus ou moins fortes, de malaxations, etc. S'il y a douleur, on commencera toujours par un massage sédatif.

Ces divers procédés de massage ne sont, du reste, pas exclusifs d'autres méthodes de traitement ; bien au contraire, ils demandent à être employés concurremment avec l'hygiène alimentaire, l'hydrothérapie, etc.

Névrite périphérique secondaire chez un homme habitué à marcher avec des échasses.

MM. Bergonié et **H. Bordier** (Bordeaux). — Nous avons eu l'occasion d'observer un jeune homme âgé de dix-neuf ans, grand amateur de courses d'échasses, qui, l'an dernier, a parcouru de cette façon une distance de 440 kilomètres. Pour maintenir son entraînement, il fait, chaque jour, une course à échasses. A la suite d'une de ces courses, le malade s'aperçoit que sa jambe droite n'obéit plus : son pied traîne, il ne peut le relever ni redresser ses orteils. La sensibilité est légèrement émoussée au niveau de la partie antéro-externe de la jambe droite. Il n'existe aucune différence à la mensuration entre les deux jambes. L'excitabilité faradique des muscles est diminuée pour le jambier antérieur, abolie pour l'extenseur commun des orteils et pour l'extenseur propre du gros orteil. Aux courants galvaniques, pas de réaction vraie de dégénérescence. On a recours à un traitement consistant en l'application, répétée tous les deux jours, de courants faradiques rhythmiquement interrompus trente fois par minute. Sous l'influence de ce traitement, l'excitabilité des muscles s'accroît peu à peu; au bout d'un mois, la guérison est complète.

Voici comment s'effectue le processus mécanique de cette névrite : pendant la marche sur échasses on constate que l'appareil fait un mouvement autour du pied, en sorte que la partie inférieure de l'échasse décrit un pas, tandis que le haut du montant décrit un petit arc de cercle sur la partie externe de chaque jambe. Il y a donc de la part du montant de l'échasse un frottement plus ou moins énergique qui se produit à chaque pas; la compression se fait d'autant mieux qu'elle a lieu entre deux plans résistants : d'un côté le bois de l'échasse, de l'autre le péroné et surtout la tête de cet os. C'est entre ces deux plans que passe le nerf sciatique poplité externe.

Un seul côté a été atteint chez notre homme et ceci s'explique par la construction de l'échasse droite dont le montant est plus court qu'à gauche. Bien que ce cas soit de même ordre que les névrites périphériques ordinaires par compression, comme celle du nerf radial dans la gouttière de torsion, par exemple, il nous a paru intéressant de le relater, d'abord parce que la cause qui lui a donné naissance est peu commune, et ensuite, en raison du bon résultat produit par le courant faradique rhythmé, appliqué comme nous venons de l'indiquer.

M. Hallopeau. — L'observation de MM. Bergonié et Bordier me confirme dans l'opinion que plusieurs des appareils mécaniques en usage pour la locomotion et autres mouvements coordonnés peuvent donner lieu à des compressions nerveuses. J'en ai eu récemment un exemple chez un sujet qui fait usage de la machine à écrire : il éprouvait, depuis plusieurs mois, des sensations d'engourdissement dans les gros orteils, sans anesthésie ni paralysies; il ne présentait d'ailleurs aucun signe de lésions médullaires. L'interprétation de ces phénomènes me paraissait des plus difficiles, et je suis resté dans l'incertitude à cet égard jusqu'au jour où cet homme s'aperçut que ces sensations augmentaient très notablement chaque fois qu'il se servait de sa machine à écrire. J'avais dès lors la solution du problème : les troubles nerveux étaient dus à ce que le malade, assis sur un tabouret dur et incliné en avant pour la percussion des touches, comprimait dans cette attitude un rameau du sciatique.

Traitement chirurgical de la coxalgie.

M. Bilhaut (Paris) estime que les indications de ce traitement sont les suivantes :

Au début, employer l'extension cutanée avec l'appareil de Lannelongue en évitant le renversement du pied en dedans ou en dehors par le moyen de sachets de sable latéralement placés le long du membre.

A la seconde période, on corrigera la déviation et on maintiendra la réduction par l'extension au moyen des poids. Si cette méthode échoue, redressement sous le chloroforme, fixation avec les appareils plâtrés, et en cas d'abcès, incision, drainage et, comme ressource ultime, la résection sous-périostée.

Dans la troisième période, intervention chirurgicale, résection avec abrasion des fongosités et enlevement des séquestres.

M. Bilhaut estime que cette méthode sanglante est, dans ces cas graves, le seul moyen d'éviter les fistules, les auto-inoculations et la formation de foyers d'infection.

De l'orchite pneumonique.

M. Prioleau (Brive). — Les manifestations connues extra-pulmonaires relevant du pneumocoque sont déjà nombreuses. Il est probable que, vu la possibilité de la généralisation de l'élément infectant, le nombre de ces manifestations peut être aussi grand que celui de nos tissus. Certaines conditions seules de résistance peuvent en fixer les déterminations. Citer une nouvelle localisation n'est qu'ajouter un fait particulier corroborant l'idée générale de diffusion possible de pneumocoques; c'est aussi faire œuvre clinique, ce qui légitime la présente communication.

J'ai observé chez un vieillard, n'ayant absolument aucun antécédent génital récent ou ancien, une orchite suppurée survenue entre deux atteintes de pneumonie. La première pneumonie a duré du 2 au 14 mars et a présenté une forme serpigineuse. Le 17 mars, le malade est pris de douleurs dans le testicule gauche avec frisson et fièvre; il se forme un abcès testiculaire que j'ouvre et dont je prélève du pus pour l'examen bactériologique. Le malade allait très bien lorsque, le 15 avril, il est pris d'une nouvelle pneumonie du même côté que la première fois, pneumonie qui entraîne rapidement la mort.

L'examen bactériologique pratiqué à l'hôpital de la Pitié a décelé l'existence de diplocoques dont la forme allongée semblait se rapprocher de celle du pneumocoque de Talamon-Frænkel; il était difficile de faire apparaître le halo caractéristique. Les cultures sur bouillon se sont développées au bout de deux à trois jours avec une température constante de 20°. Sur gélose inclinée, au bout de vingt-quatre heures se sont montrées des traînées très pâles, sèches, avec colonies séparées, d'aspect légèrement louche en certains points. Sur gélose droite, le développement s'est fait sous forme de gouttelettes légères semblables à des gouttes de rosée. L'examen des cultures nous a montré des micro-organismes rangés en diplocoques facilement colorables par les méthodes ordinaires. Les inoculations à la souris ne nous ont donné que des résultats négatifs. Les inoculations faites avec les cultures ont été aussi négatives.

Il est probable, en somme, que nous nous sommes trouvé en présence du microorganisme de Talamon-Frænkel, mais

nous ne pouvons l'affirmer d'une manière positive. La forme des diplocoques, leur disposition, leur coloration peuvent justifier cette hypothèse, malgré l'absence du halo caractéristique pour les microbes pneumoniques prélevés directement dans le pus, et malgré l'absence de réaction de la souris vis-à-vis de ces micro-organismes.

Sans doute aussi l'époque tardive de nos examens après la prise du pus explique l'atténuation assez marquée des germes que renfermait ce pus, atténuation produite d'autre part par les influences diverses auxquelles a été soumis le paquet envoyé par la poste et contenant le pus à examiner.

M. Cazin. — Il n'est pas sûr qu'on ait eu affaire au microbe de Frænkel, les inoculations à la souris étant restées négatives.

Manie aiguë avec hyperthermie liée à des crises d'oligurie.

M. Le Gendre. — Au dix-neuvième jour d'une scarlatine qui paraissait tout à fait guérie, une jeune femme de 22 ans fut prise subitement de manie aiguë consistant en accès de délire violent avec hallucinations, interrompu par des périodes de stupeur. La scarlatine n'avait pas été complètement régulière. Elle avait présenté dès complications pleuro-pulmonaires et péricardiques légères et de l'albuminurie transitoire au moment de la période aiguë. Mais tous ces accidents avaient disparu, l'apyrexie était complète et la convalescence semblait assurée quand éclatèrent les accidents en question.

J'observai que la température s'élevait brusquement les jours de crise jusqu'à 30°-40°, et que parallèlement la quantité d'urine diminuait. Les périodes de rémission coïncidaient avec la chute de la température et l'augmentation des urines jusqu'au-dessus du taux normal.

Quelle explication trouver de ce fait? J'ai cherché si la malade présentait des stigmates d'hystérie; le résultat a été négatif. Du reste l'hyperthermie n'est pas le fait de l'hystérie.

Notre malade présentait quelques traces d'arthritisme, il faut, sans doute, chercher plutôt dans cette voie.

Quant à la pathogénie directe du délire et l'hyperthermie, elle n'est pour moi pas douteuse; le rein avait été touché, bien que l'albuminurie ait été trop passagère et trop peu intense pour qu'on puisse dire qu'il y ait jamais eu néphrites. Il y a eu consécutivement rétention de certains poisons dont M. Bouchard a démontré l'existence dans l'urine, les uns hyperthermisants, les autres hypothermisants. Les premiers étaient seuls formés, ou seuls retenus chez notre malade. Elle retenait aussi, sans doute, des poisons somatiques et microbiens, capables de provoquer le délire.

J'ai traité la malade par des moyens diurétiques. Les lavements froids m'ont toujours donné d'excellents résultats à ce point de vue; j'ai employé aussi les bains tièdes, beaucoup plus diurétiques que les bains froids, suivant mon expérience.

Néphrite aiguë traitée par les enveloppements froids.

M. Le Gendre. — Un enfant, atteint de broncho-pneumonie grippale, fit consécutivement une néphrite aiguë, avec oligurie intense (à peine 100 grammes d'urine par vingt-quatre heures) et avec albuminurie considérable. La température était très élevée. Les enveloppements dans un drap mouillé d'eau froide donnèrent des résultats merveilleux. Comment agissent-ils dans ces cas? La soustraction de calorique est insignifiante ou nulle; ils agissent, il me semble, d'une façon plus complexe, en provoquant la diurèse par excitation réflexe du système nerveux à point de départ cutané; accessoirement, ils agissent aussi en provoquant une rubéfaction révulsive des téguments. J'ai aussi dans ce cas employé comme adjuvants les lavements froids; le résultat a été très bon.

Traitement du psoriasis. Sa nature.

M. Bouffé rapporte onze observations de psoriasis guéri par sa méthode.

Pour lui le psoriasis est une maladie éosinophilique, c'est-à-dire que l'on peut classer à côté des affections arthritiques. Toujours dans cette maladie j'ai trouvé, comme dans la goutte, une augmentation considérable des cellules éosinophiles du sang, qui s'élève de 5 à 18 0/0 au-dessus du chiffre normal.

Quant au traitement, il consiste en injections de liquides organiques et particulièrement de liquide testiculaire.

M. Hallopeau. — Je dois faire quelques réserves relativement à la proposition que vient de formuler M. Bouffé.

La nature trophonévrotique du psoriasis ne me paraît nullement démontrée. La valeur de l'augmentation du nombre des cellules éosinophiles ne me paraît pas suffisamment établie. D'autre part on n'observe chez les psoriasiques aucun trouble appréciable de l'innervation cutanée. Ce sont pour la plupart des gens robustes n'ayant aucune tendance à la névropathie.

Pour ce qui est de l'arthritisme, il faut distinguer : la plupart des sporiasiques ont des arthropathies; mais s'agit-il de manifestations concomitantes d'arthritisme? S'agit-il d'altération d'origine infectieuse comme le sont, pour la plupart des auteurs, les éruptions psoriasiques? s'agit-il de troubles trophiques réflexes? il n'est guère possible actuellement de se prononcer entre ces différentes hypothèses.

Il y a aussi des psoriasiques qui sont en même temps séborrhéiques et l'on trouve les intermédiaires entre les deux éruptions, c'est surtout dans ces cas que l'origine arthritique est plus soutenable; il est probable qu'il y a des psoriasis de nature essentiellement différente.

Le psoriasis a déjà été traité par des médications purement internes; c'est ainsi que M. Hutinel a préconisé le traitement par l'iodure de potassium; nous avons nous-même employé à différentes reprises les liquides thyroïdiens et testiculaires, mais nous les avons administrés par les voies digestives, ayant vu des injections sous-cutanées, même pratiquées par les plus habiles praticiens, provoquer des abcès volumineux. Nous avons eu des résultats très divers, plusieurs de nos malades ont été améliorés d'une manière frappante, d'autres n'ont pas été modifiés.

Antérieurement nous avions essayé à l'intérieur l'usage de l'huile de Chaulmagra aux mêmes doses que dans la lèpre; chez plusieurs malades l'éruption a presque disparu en quelques semaines sans traitement local, d'autres n'ont pas été sensiblement modifiés.

Il faut donc être très sceptique relativement à l'action des médications sur le psoriasis et tenir grand compte des rémissions spontanées qui se produisent souvent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre 1894.

Présidence de M. A. Guérin.

M. Charpentier lit un rapport sur le travail de **M. Ledé** (voy. p. 416). Il croit inutile, contrairement à l'auteur, de créer un bureau spécial de nourrices.

Sur trois cas de mort subite en vélocipède.

M. L. H. Petit. — Ces trois cas sont survenus chez des sujets atteint d'affection cardiaque. L'exercice du vélocipède demande des efforts physiques et détermine des émotions morales violentes par suite de la crainte de tomber, de se rencontrer avec les voitures, les passants; d'où retentissement considérable dans le cœur. Si celui-ci est déjà malade, comme dans les trois cas cités, la mort peut survenir pendant ces exercices, même sans qu'il y ait surmenage à proprement parler.

Donc,

1° Les maladies du cœur constituent une contre-indication formelle à l'usage de la bicyclette.

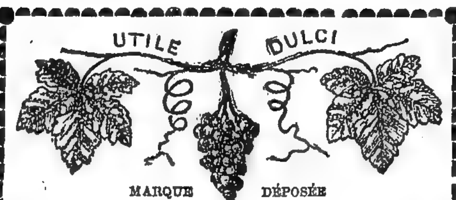
2° Il en est de même de la vieillesse.

3° Les cardiaques, les vieillards qui s'y adonnent doivent s'attendre à des accidents graves, pouvant être mortels.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.





ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés et très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-aliment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhieule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

N° 37 — 12 SEPTEMBRE 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal



ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

LYON

Thèses de juin et juillet 1894.

M. Dodero. Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose pulmonaire et de la fièvre typhoïde. — M. Bricage. Contribution à l'étude du traitement de l'antéflexion utérine.

M. Légerot. Contribution à l'étude de l'hydronéphrose intermittente. — M. Gaillard. De l'intervention sanglante dans le traitement des corps étrangers de l'œsophage (portion thoracique).

M. Masson. Contribution à l'étude du mode d'action de la crâniectomie. — M. Oblette. Des injections hypodermiques de gaïacol à doses élevées et progressives dans la tuberculose pulmonaire.

M. Lestra. Contribution à l'étude clinique de la grippe. Grippe à déterminations méningées. — M. Ferroud. L'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte; ses indications, sa valeur thérapeutique, simplifications des instruments d'O-Dwyer.

M. Tiollier. De la création d'un urèthre contre nature sus-pubien après fermeture de la vulve dans les fistules vésico-vaginales incurables.

M. Laurençon. De la griffe cubitale chez les tailleurs de cristaux.

M. Maleval. Etude clinique sur la péritonite tuberculeuse chez les enfants; symptomatologie et anatomie pathologique d'après 91 observations recueillies à la clinique des enfants à la Charité. — M. Dovars. De la dégénérescence cancroïdale des anciens foyers ostéomyélitiques.

M. Bardonnet. De l'hémiplégie hystérique. — M. Genoud. Etude critique sur la présence des staphylocoques dans le lait des accouchées bien portantes.

M. Duber. Contribution à l'étude clinique de la pseudo-tuberculose d'origine paludéenne. — M. Boimond. Un nouvel appareil pour l'extraction des corps étrangers de l'urèthre.

M. Coronat. Du mécanisme de l'accommodation de l'œil. — M. Grandclément. Essai sur la neurasthénie; quelques considérations sur les symptômes oculaires et sa pathogénie.

M. Collet. Les troubles auditifs du tabes et la réaction électrique du nerf auditif. — M. Cotsos. Traitement des varices par l'excision de la veine saphène interne.

M. Mainguy. Contribution à l'étude des tumeurs sanguines de l'épididyme. — De Lauwereyns de Roosendæle. Les lésions traumatiques de la colonne vertébrale; leur traitement par la laminectomie et la trépanation.

M. Batault. De la déclaration des maladies épidémiques faite par les médecins. — M. Geley. Des applications périphériques de certains alcaloïdes ou glycosides; nouveau procédé de régulation de la thermogénèse; nouveau traitement des maladies aiguës à détermination cutanée; nouvel agent d'anesthésie locale.

M. Durand. L'extrophie vésicale et l'épispadias; étude pathogénique. — M. Bonnet. Des salpingo-ovarites enkystées dans un foyer de pelvi-péritonite et de leur traitement par la voie vaginale.

M. Lacomme. Vésication; cantharidine et cantharidate. — M. Jeannin. De l'entérorrhaphie circulaire appliquée au traitement des anus contre nature d'origine herniaire.

M. Truchon. De la nécessité de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels. — M. Mauviez. Contribution à l'étude des résultats éloignés de la cure radicale des hernies.

M. Beaugeois. Essai sur un mode particulier de saturnisme; intoxication chronique par le chromate de plomb. — M. Caziot. Etude de quelques phénomènes vaso-moteurs chez les tuberculeux pulmonaires; cyanose, cryasthésie ; doigt mort. — Lhomme. Essais sur l'automatisme.

Belgique. — La Société médicale de Charleroi a mis au concours, sur la proposition de M. le Dr Moreau, la question suivante : *Faire l'étude des inconvénients des annonces des médecins dans les journaux politiques, et ce, au double point de vue de l'intérêt des malades et de la correction professionnelle.*

Le concours est national. Les travaux doivent être écrits en français.

Un prix de cent francs sera attribué à l'auteur du mémoire couronné.

La clôture du concours est fixée au 1er novembre 1894.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Contribution à l'étude de la sérum-thérapie dans la diphthérie. Communication au *Congrès d'hygiène* tenu à Budapesth, par M. Roux.

Travail fait à l'institut Pasteur avec la collaboration de M. Martin pour la partie expérimentale, de MM. Martin et Chaillou pour la partie clinique.

Ce mémoire, de la plus haute importance, est trop étendu pour pouvoir être reproduit ici *in extenso;* nos nous contenterons d'en résumer la partie expérimentale, mais nous en donnerons tout entière la partie clinique.

Les recherches de M. Roux remontent à 1891, et actuellement les résultats confirment, dans ce qu'ils ont d'essentiel, ceux qui ont été publiés par Behring et ses collaborateurs.

La méthode consiste à injecter aux malades diphthériques du sérum antitoxique fourni par des animaux immunisés par inoculation de la toxine diphthérique. De tous les animaux capables de fournir en abondance le sérum antitoxique, le cheval est le plus facile à immuniser et c'est à lui qu'a eu recours M. Roux. L'injection d'antitoxine confère aux animaux sains une immunité passagère, tandis qu'avec les injections répétées de toxine, on confère une immunité péniblement acquise, mais durable.

La démonstration expérimentale a été faite avec des animaux auxquels on a inoculé la diphthérie à des muqueuses (vulve, trachée) et que l'on soumettait à des injections de sérum préalables ou ultérieures. Les effets immunisants d'une part, curatifs d'autre part, ont été remarquables. En outre, M. Roux a constaté expérimentalement que l'efficacité est bien moindre pour les diphthéries avec association de streptocoques.

RÉSULTATS OBTENUS CHEZ LES ENFANTS

Après tous ces essais sur la préparation du sérum antidiphthérique et sur son action chez les animaux inoculés, nous étions préparés à entreprendre le traitement de la diphthérie chez les enfants. Grâce à l'obligeance des chefs de service de l'hôpital des Enfants-Malades qui, tous, ont mis la pavillon de la diphthérie à notre disposition, nous avons pu mener à bien la tâche que nous avions entreprise.

C'est le 1er février 1894 que nous avons commencé à traiter les enfants diphthériques. Chaque jour, nous avons fait notre visite au pavillon et nous avons traité tous les enfants que nous y trouvions, quel que soit leur état. Il n'a été fait aucun choix, de sorte que si les résultats bruts des mois de traitement peuvent être mis en regard de ceux que l'on avait avant, ils sont comparables. Rien n'a été changé aux soins donnés aux malades, le traitement local est resté le même (glycérine et acide salicylique, lavages à l'eau boriquée, etc.); le sérum est le seul élément nouveau introduit, c'est donc à lui qu'il faut attribuer les changements survenus.

La statistique du service de la diphthérie est établie, pour les années antérieures, par la surveillante d'une part, et par M. le directeur de l'hôpital, elle nous donnera tous les éléments nécessaires à une comparaison. Enfin, les expériences ont été faites du 1er février au 24 juillet, pendant les mois d'hiver où la diphthérie est fréquente et grave, et pendant les mois d'été où elle est notablement plus rare. D'ailleurs il existe à Paris un autre hôpital d'enfants, avec un service de diphthériques, c'est l'hôpital Trousseau; le sérum n'y a pas été employé, il sera pour nous un terme précieux de comparaison.

Pendant les années 1890, 1891, 1892 et 1893, 3,971 enfants sont entrés au pavillon de la diphthérie, ils ont fourni 2,029 décès. Le pourcentage de la mortalité totale est le suivant :

1890 : 55,88 0/0; 1891 : 52,45; 1892 : 47,64; 1893 : 48,47. *Soit une moyenne de* 51,71 0/0.

Du 1er février au 24 juillet 1894, le traitement par le sérum a été appliqué. Sur 448 enfants entrés au pavillon, il y a eu 109 décès. *Soit* 24,5 0/0.

Toutes les conditions étant restées les mêmes, la différence entre 51,71 0/0 et 24,5 0/0 mesure le bénéfice procuré par le traitement.

Pendant les mêmes mois de février, mars, avril, mai et juin 1894, il entrait à l'hôpital Trousseau 520 enfants qui n'ont pas reçu de sérum, il en est mort 316, *soit une mortalité de* 60 0/0.

On ne dira donc pas que l'épidémie pendant laquelle nous avons opéré était une épidémie bénigne.

Mais il convient de distinguer entre les angines et les croups trachéotomisés qui sont infiniment plus graves.

A l'hôpital des Enfants-Malades les angines ont donné en 1890, 1891, 1892 et 1893 une mortalité moyenne de 33,94 0/0.

Pendant les mois de traitement de février à juillet 1894, la mortalité totale a été de 12 0/0.

Pendant le même temps, à l'hôpital Trousseau elle a été, sans l'emploi du sérum, de 32 0/0.

Les croups opérés ont donné une mortalité moyenne de 73,19 0/0.

Pendant les mois de traitement de février à juillet 1894, la mortalité totale a été de 49,0 0/0.

Pendant le même temps, à l'hôpital Trousseau, elle était sans l'emploi du sérum de 86,0 0/0.

Les chiffres ci-dessus sont absolument comparables entre eux; ce sont des nombres bruts qui ont leur éloquence, ils proclament la supériorité du traitement par le sérum antidiphthérique.

Tels que nous venons de les donner, ces chiffres ne tiennent pas compte du fait qu'au pavillon de la diphthérie entrent des enfants qui ne sont pas diphthériques. Ils ont bien des angines à fausses membranes et même parfois du croup, mais sans bacilles de Klebs-Lœffler. Ces affections, déterminées par d'autres bactéries, sont bien moins dangereuses que la diphthérie vraie, leur mortalité est très peu élevée, puisque MM. Martin et Chaillou en ont observé 79 cas avec un seul décès, dans ce même pavillon de l'hôpital des Enfants, et que M. Tezenas, à Lyon, en a décrit 146 cas avec trois décès. Ces fausses diphthéries ne sont pas rares; MM. Roux et Yersin ont signalé qu'un quart des enfants qui entrent au pavillon n'ont pas la diphthérie; MM. Martin et Chaillou trouvent une proportion encore plus forte. Il convient donc de déduire tous ces cas, ils mettent au profit du sérum des succès qui ne lui sont pas dus. Dans une statistique rigoureuse, ne doivent figurer que les angines et les laryngites reconnues diphthériques à l'examen bactériologique.

En conséquence, de nos 448 enfants traités, il faut en retrancher 128 qui n'avaient pas la diphthérie, il en reste 320, parmi lesquels 20 ont succombé dès leur entrée à l'hôpital; ils n'ont point reçu de sérum, ils ne peuvent être maintenus parmi les traités. En réalité, du 1er février au 24 juillet 1894, il est entré au pavillon seulement 300 enfants diphthériques, c'est sur ceux-là qu'il faut apprécier l'action du sérum.

Ces 300 enfants diphthériques, traités par le sérum, ont donné 78 décès; soit une mortalité de 26 0/0.

Les travaux antérieurs de MM. Roux et Yersin, de MM. Martin et Chaillou ont établi que, dans le même hôpital, la mortalité des enfants atteints de diphthérie, constatée par l'examen bactériologique, était de 50 0/0.

De la comparaison de ces chiffres rectifiés, ne comprenant que des diphthéries authentiques, on peut conclure combien le sérum a sauvé d'existences.

A tous les entrants, nous donnions systématiquement 20 c. c. de sérum, en une seule piqûre, sous la peau du flanc. Si l'examen bactériologique établissait que le malade n'était pas diphthérique, l'injection n'était pas renouvelée. Cent vingt-huit enfants atteints d'angines diverses ont été ainsi traités sans le moindre inconvé-

nient; il nous a même semblé que, dans bien des cas, leur angine était améliorée. Ils sont restés quelques jours dans le pavillon exposés à la contagion sans être contaminés. C'est là une expérience qui démontre la valeur prophylactique du sérum.

Chez les diphthériques, vingt-quatre heures après la première injection, nous en faisions encore une autre de 20 ou de 10 c. c. qui était en général suffisante pour conduire à bien la guérison. C'est le pouls et la température qui nous servaient de guide; si celle-ci se maintenait élevée, nous injections encore 20 ou 10 c. c. La quantité minima employée pour le traitement d'une diphthérie a été de 20 c. c. et la quantité maxima de 125 c. c. (1). Les enfants ont en général reçu plus du millième de leur poids de sérum, et dans quelques cas exceptionnels presque le centième. Pendant la convalescence, quelques jours après l'injection du sérum, il survient des éruptions, quelquefois mal définies, mais le plus souvent semblables à l'urticaire. Ces éruptions, qui ne s'accompagnent d'aucune fièvre, sont dues au sérum. A côté de celles-ci il en est d'autres qui provoquent un mouvement fébrile, elles se remarquent surtout dans les diphthéries avec association, elles nous paraissent devoir être rangées parmi les érythèmes infectieux, fréquents après les angines.

Les accidents consécutifs à la diphthérie sont beaucoup plus rares chez les traités par le sérum. Nous avons eu quelques paralysies du voile du palais, de peu de durée, un cas de paralysie d'un membre inférieur, et un autre de paralysie généralisée chez un enfant de neuf ans, entré au sixième jour de la maladie avec angine, jetage et pâleur de la face. La paralysie est survenue trois semaines après la guérison et l'enfant est mort en mangeant un biscuit : des parcelles ayant pénétré dans la trachée ont causé l'asphyxie. Trois enfants sont morts de syncope, l'un, moins de vingt-quatre heures et l'autre moins de vingt-six heures après l'entrée; le dernier, qui avait eu la rougeole, a succombé cinq jours après le début du traitement.

Il convient maintenant d'envisager les modifications apportées par le sérum dans la marche de la maladie, en considérant séparément les angines et les croups.

A. ANGINES. — a. *Angines pures.* — Les angines pures sont celles dont les fausses membranes, ensemencées sur sérum, donnent des colonies diphthériques, et peu ou même pas du tout de colonies de bactéries étrangères.

Les quantités de sérum injectées ont varié entre 20 c. c. et 85 c. c.

L'*état général* des enfants traités par le sérum s'améliore très vite, à moins qu'ils ne soient venus à une période trop avancée de l'affection. On peut dire que l'aspect de la plupart des malades est tout à fait différent de ce qu'il était autrefois; on ne voit presque plus dans les salles de ces figures pâles et plombées, elles restent au contraire rosées et l'attitude des enfants est plus vive et plus gaie. L'appétit revient vite et l'amaigrissement est peu prononcé. La durée du séjour à l'hôpital est notablement diminuée.

L'effet du sérum sur la lésion locale est des plus manifestes, les *fausses membranes* cessent d'augmenter dans les vingt-quatre heures qui suivent la première injection, elles se détachent, en général, après trente-six à quarante-huit heures, au plus tard le troisième jour. Le bacille diphthérique disparaît de la gorge en même temps que les fausses membranes; les ensemencements ont cessé de donner des colonies diphthériques (sauf quelques exceptions) du 3e au 5e jour.

(1) Dans un cas vraiment exceptionnel nous avons injecté, en trente jours, 205 c. c.

Les *ganglions cervicaux* sont toujours engorgés, mais le tissu cellulaire n'est presque jamais empâté autour d'eux. Ils resteront appréciables au toucher pendant longtemps.

La *température* s'abaisse promptement sous l'action du sérum. Dans les angines les moins graves, la chute se produit souvent dès le lendemain de la première injection; elle ne se fait guère attendre au delà du second jour. Cette défervescence est brusque et sur les tracés elle est indiquée par une ligne descendante presque verticale, comme si la maladie avait été arrêtée tout d'un coup. Jamais, avant le traitement, nous n'avions observé de ces chutes soudaines de température qui sont d'un excellent pronostic (1). Une première injection de sérum ne suffit pas à abaisser la température des malades atteints d'angines graves, la défervescence ne commence qu'après la deuxième ou troisième dose et se fait en lysis. Tant que la courbe de température n'est pas au-dessous de 38° on ne peut pas considérer la guérison comme complète, il est prudent de la précipiter par des injections supplémentaires.

Le *pouls* bat environ 120 fois par minute dans les cas graves. Le sérum agit sur le pouls plus tardivement que sur la température. Celle-ci a déjà baissé que le pouls reste fréquent encore pendant deux ou trois jours.

Jamais le pouls ne redevient normal avant la température. Depuis l'usage du sérum nous n'observons plus, pendant la convalescence, ces irrégularités du pouls qui étaient la règle autrefois.

Au début de l'angine diphthérique le *rhythme respiratoire* n'est guère modifié, excepté chez les très jeunes enfants, où il était accéléré. 56 de nos malades ont eu des troubles laryngés qui faisaient craindre le croup; 31 avaient de la toux rauque, 25 avaient en outre la voix éteinte et du tirage. Beaucoup d'entre eux ont évité la trachéotomie grâce au sérum.

MM. Martin et Chaillou ont trouvé qu'un tiers seulement des enfants atteints d'angine diphthérique n'étaient pas albuminuriques, les deux tiers avaient de l'*albuminurie* précoce ou tardive. Sur 120 enfants traités par le sérum, 54 n'ont pas eu d'albuminurie, 12 ont été albuminuriques un seul jour; 54 avaient les urines albumineuses.

Complications. — Huit enfants ont eu de la diphthérie nasale avec jetage. Ils étaient entrés tardivement, deux sont morts.

La rougeole accompagnait l'angine diphthérique chez huit malades: nous n'avons eu qu'un seul décès.

Un enfant, âgé de cinq ans, a eu d'abord, chez ses parents, la rougeole, puis de la bronchopneumonie et est entré à l'hôpital avec la scarlatine accompagnée de diphthérie. Il a guéri malgré toutes ces maladies superposées.

La diphthérie a été compliquée de scarlatine dans cinq cas, tous ont guéri.

Mortalité. — Les statistiques de MM. Martin et Chaillou permettent d'établir avec exactitude la mortalité des angines diphthériques pures; sur 96 enfants observés par eux en 1891 et 1892, il y a eu 38 décès, soit une mortalité de 41 0/0. Sur 120 angines diphthériques pures traitées par le sérum, il y a eu 9 décès. Mortalité 7,50 0/0.

Parmi les 9 enfants qui ont succombé, 7 ont séjourné moins de vingt-quatre heures à l'hôpital, ils ne peuvent être comptés comme des insuccès pour la méthode, puisqu'ils n'ont vécu que quelques heures après l'injection; si nous les défalquons des chiffres précédents, nous obte-

(1) Si l'angine diphthérique était reconnue dès son origine, et traitée aussitôt avec le sérum, on éviterait même toute élévation de température au-dessus de 38°.

nons les résultats suivants : 113 angines, 2 morts. Mortalité 1,7 0/0.

L'un de ces deux malades, morts malgré le sérum, entré au quatrième jour de la maladie, avec teint plombé, jetage, épistaxis, hémorrhagies de la conjonctive et purpura. Il est resté six jours dans la salle, a reçu 70 c. c. de sérum et s'est éteint après un abaissement de la température et une chute brusque du pouls de 170 à 80. A l'autopsie, on a trouvé de la péritonite tuberculeuse, de la dégénérescence amyloïde des reins et du foie, un mal de Pott avec abcès dans la gaine du psoas gauche. Les poumons étaient sains.

L'autre enfant avait une angine bénigne; le deuxième jour de son entrée la rougeole s'est déclarée, sa température s'est maintenue entre 39° et 40°. Le huitième jour il s'est formé un abcès du cou avec sphacèle. L'enfant mourut avec des saignements de nez, de la diarrhée sanguinolente et de la broncho-pneumonie.

De tout ce qui précède nous croyons que l'on peut conclure : que toute angine diphthérique pure guérira si elle est traitée à temps par le sérum.

b) *Angines diphthériques à associations.* — Les angines diphthériques sont dites à associations, lorsque l'ensemencement des fausses membranes sur sérum donne avec les colonies du bacille spécifique des colonies assez nombreuses d'autres bactéries.

Nous distinguerons : 1° les associations avec un petit coccus, assez fréquent dans les angines ; 2° les associations avec les staphylocoques pyogènes ; 3° les associations avec les streptocoques. Ces trois divisions correspondent à des types cliniques bien tranchés.

1° *Association avec le petit coccus.* — Neuf cas, pas de décès. Les associations de ce coccus avec la diphthérie sont toujours bénignes, le sérum n'a fait que hâter la guérison, il a été injecté à la dose de 20 c. c. à 40 c. c. ; une seule fois on en a donné 60 c. c., six fois les petits malades avaient de la toux rauque avec du tirage, car les angines où se trouve ce petit coccus ont une tendance à s'étendre au larynx.

L'albuminurie n'a existé que deux fois. Comme complications notons une rougeole survenue le seizième jour du séjour à l'hôpital et deux éruptions scarlatiniformes, sans fièvre, apparues pendant la convalescence.

2° *Association avec les staphylocoques pyogènes.* — Ces angines sont plus graves que les précédentes. Nous en avons observé cinq, toutes ont guéri. Leur durée est plus longue que celle des angines pures, les quantités de sérum employées ont varié de 30 c. c. à 50 c. c.

La température est toujours élevée ; trois fois elle dépassait 39°5 ; le sérum a amené une chute rapide. Le nombre des pulsations d'abord très augmenté revient assez vite au chiffre ordinaire.

Quand il y a des staphylocoques dans les fausses membranes diphthériques, les troubles respiratoires sont fréquents, avec tendance à la broncho-pneumonie ; chez nos malades, ils ont disparu rapidement. Trois enfants ont eu de la toux rauque, deux du tirage. L'albuminurie a été notée dans quatre cas sur cinq.

Comme complications, citons une scarlatine concomitante à la diphthérie ; une rhinite rebelle qui durait depuis un mois lorsque l'enfant est entré dans les salles.

3° *Association avec les streptocoques.* — De toutes ce sont les plus graves. MM. Martin et Chaillou en ont étudié vingt-quatre cas qui leur ont donné vingt et un morts, soit 87 0/0. Nous en avons traité trente-cinq par le sérum, douze ont succombé, soit une mortalité de 34,2 0/0. Quatre enfants sont morts moins de vingt-quatre heures après leur entrée ; si on les retranche, il reste trente et un cas avec huit morts, soit 25,8 0/0. Dans ces diphthéries compliquées par les streptocoques, il faut donner davantage de sérum, surtout au début, et prolonger les injections ; les quantités employées ont varié de 20 c. c. à 75 c. c.

La durée de la maladie est plus longue, les enfants qui guérissent restent au moins quinze jours à l'hôpital. Avec l'emploi du sérum, les symptômes généraux, toujours si graves dans ces formes, ont été notablement atténués, la pâleur de la face était moins fréquente et moins prononcée.

Les fausses membranes, constamment abondantes et grisâtres, se détachent plus facilement, les ganglions, presque toujours gros, cessent d'augmenter de volume si les injections sont suffisantes ; neuf fois ils étaient empâtés et énormes.

La température est élevée, vingt-six fois au-dessus de 39°, neuf fois au-dessus de 38°. Le sérum n'amène pas ici de ces chutes brusques que nous signalions dans les angines pures, les défervescences rapides sont très rares (trois fois). Lorsque la guérison survient, la décroissance de la température se fait en lysis.

Le pouls bat entre cent vingt et cent quarante fois à la minute, quatre fois seulement le nombre des pulsations était inférieur à cent vingt. Dans les deux premiers jours du traitement, si la maladie doit se terminer favorablement, le pouls tombe à 120 et se maintient à cette fréquence pendant assez longtemps.

L'albuminurie était notable chez dix-huit malades, elle manquait chez sept autres et n'a pu être constatée chez dix enfants trop jeunes pour qu'on ait pu recueillir de leurs urines.

La respiration a été fréquente dans 7 cas (au-dessus de 40) et deux fois où elle dépassait 50 à la minute, on a craint de la broncho-pneumonie.

Parmi les complications nous devons signaler : anasarque 1 fois ; jetage 5 fois ; adénite suppurée 2 fois ; conjonctivite 2 fois ; éruptions polymorphes 4 fois ; rougeole 7 fois ; scarlatine 2 fois.

L'autopsie de dix des enfants qui ont succombé a pu être faite ; elle a montré : 4 fois de la broncho-pneumonie ; 1 fois de la bronchite pseudo-membraneuse ; 1 fois des suppurations multiples, suites de scarlatine ; 1 fois une infection généralisée avec streptocoques dans la rate ; 2 fois l'angine infectieuse a amené la mort en moins de vingt-quatre heures ; 1 fois elle a déterminé la mort subite.

En résumé : sur 169 angines diphthériques, traitées par le sérum, la mortalité a été de 21 ; soit 12,4 0/0.

		Morts	Mortalité
Angines diphthériques pures...........	120	9	7.5 0/0
Déduction de 7 enfants ayant séjourné moins de 24 heures à l'hôpital........	113	2	1.7 0/0
Angines avec associations..............	49	12	24.2 0/0
Déduction de 4 enfants ayant séjourné moins de 24 heures à l'hôpital........	45	8	17.7 0/0
Associations avec le petit coccus.......	9	0	
Associations avec les staphylocoques....	5	0	
Associations avec les streptocoques.....	35	12	34.2 0/0
Déduction faite de 4 enfants ayant séjourné moins de 24 heures à l'hôpital.	31	8	25.8 0/0

B. Croups. — Nous les distinguons en croups opérés et croups non opérés.

1° *Croups non opérés.* — Des enfants sont parfois conduits au service de la diphthérie, parce qu'ils ont la toux rauque, la voix éteinte et même du tirage, point de fausse membrane dans la gorge ; cependant, leur mucus pharyngien, ensemencé sur sérum, donne de nombreuses colonies du bacille de Klebs-Lœffler. Ces enfants ont un croup diphthérique d'emblée. Les troubles laryngés peuvent ne pas s'aggraver et ils échappent à la tracheotomie.

Dix enfants rentrent dans cette catégorie, un seul est mort.

L'ensemencement du mucus pharyngien a donné quatre fois du bacille diphthérique pur, huit fois du bacille diphthérique et du petit coccus, trois fois du bacille diphthérique et des streptocoques. L'enfant qui a succombé était parmi ces derniers, il venait d'avoir la rougeole et il est mort avec de la broncho-pneumonie et une pleurésie purulente à streptocoques. Deux autres enfants de ce groupe sont les seuls qui aient eu de l'albumine.

Il n'y a rien à dire de particulier sur les croups non opérés, si ce n'est qu'ils guérissent facilement avec le sérum qui, donné à dose suffisante, arrête les troubles laryngés d'ordinaire en moins de trois jours. Plusieurs de ces enfants ont rejeté des fausses-membranes considérables. La dose moyenne de sérum employée a été de 35 c. c.

2° *Croups opérés.* — 121 cas, 56 décès, mortalité 46 0/0. Les statistiques antérieures de M. Martin et de MM. Martin et Chaillou établies dans le même service, sur des croups reconnus diphthériques à l'examen bactériologique, donnent une mortalité de 68 0/0 et de 67 0/0.

Pour l'étude, il faut distinguer les croups diphthériques purs des croups à associations. Leur gravité est bien différente.

Croups opérés diphthériques purs. — 49 cas, 15 décès, mortalité 30,9 0/0.

La presque totalité de ces malades étaient gravement atteints, aussi tous les symptômes que nous avons décrits dans les angines se retrouvent-ils ici aggravés. La quantité de sérum nécessaire au traitement est naturellement plus forte, nous en avons injecté 60 c. c. en moyenne, 1 fois nous avons été jusqu'à 205 c. c. chez un enfant du poids de 15 kilogrammes, pris de rougeole après sa diphthérie et qui, véritablement, a lutté avec ténacité pendant trente jours contre la mort.

Les bacilles diphthériques persistent plus longtemps dans la trachée que dans la bouche; on en trouve dans les mucosités trachéales chez les enfants qui succombent même après plusieurs jours de traitement, surtout au niveau de l'ulcération que produit trop souvent le frottement du bec de la canule.

La température est presque toujours au-dessus de 39° après l'opération (45 fois), et les injections de sérum produisent rarement une chute brusque (4 fois), mais une descente en lysis avec des irrégularités.

Le pouls reste au-dessus de 140 dans quelques cas (8 fois) et le plus souvent entre 120 et 140. Il ne revient à la normale que beaucoup après la température.

La respiration est surtout importante à observer, car après la trachéotomie les complications pulmonaires ne sont malheureusement pas rares. Quand les mouvements respiratoires dépassent 50 par minute, la situation devient très grave; 11 malades ont atteint ce chiffre, 8 sont morts.

Il est de règle que l'albuminurie soit notable et prolongée.

Un avantage du traitement par le sérum, c'est qu'il fait détacher promptement les fausses membranes trachéales. Celles-ci sont rejetées plus facilement et quelquefois par grands lambeaux. La trachée et le larynx devenant libres beaucoup plus tôt, on peut enlever la canule après peu de jours; souvent nous l'avons supprimée le troisième jour. Il ne faut pas hésiter à tenter l'enlèvement précoce du tube, quitte à le remettre si l'enfant ne peut s'en passer. Pour nous, depuis l'usage du sérum, enlever la canule aussitôt que possible est une règle, on ferme ainsi une porte ouverte à l'infection pulmonaire.

Parmi les complications nous avons eu : 3 scarlatines; 8 rougeoles souvent prises dans le service, car elles se déclarent du 14° au 16° jour après l'entrée dans les salles; un des enfants a eu la scarlatine d'abord, la rougeole ensuite, il a guéri. Nous avons noté 11 éruptions polymorphes.

Les 15 décès que nous avons signalés sont dus : 4 à des diphthéries toxiques (vingt-quatre heures et vingt-six heures après l'entrée dans les salles); 2 à la bronchite pseudo-membraneuse, contre laquelle le sérum restera impuissant, car il ne peut empêcher les fausses membranes d'obturer les bronches; 2 décès ont été causés par les suites opératoires, syncope pendant l'opération et hémorrhagie post-opératoire. La tuberculose a été rencontrée deux fois (adénopathie trachéo-bronchique et méningite). Une mort est survenue à la suite d'une scarlatine; une autre après une rougeole, alors que la diphthérie était guérie. Un abcès développé au devant de la trachée a été suivi, chez un enfant, de médiastinite suppurée. Enfin, une bronchite capillaire a emporté un de nos malades et la gangrène pulmonaire en a fait périr un autre.

Si nous retranchons les quatre cas où la mort est survenue, moins de vingt-quatre heures après le début du traitement, il nous reste pour les croups diphthériques purs opérés 45 cas avec 11 morts, soit 24,4 0/0.

Croups diphthériques opérés à associations.

1° *Association avec le petit coccus.* — 9 cas, 1 mort. Même bénignité que pour les angines. Le seul décès que nous enregistrons sur neuf cas est dû à une broncho-pneumonie consécutive à la trachéotomie et jointe à une diarrhée verte.

La durée de la maladie est assez longue (quinze à dix-huit jours). La température et le pouls sont souvent très élevés au début; température au-dessus de 39°; pouls 140 à 160; mais, sous l'influence du sérum, la défervescence se fait d'ordinaire en lysis et le pouls se rapproche de la normale. La quantité de sérum employée est, en moyenne, un peu supérieure à 50 c. c.

Complications, deux rougeoles, une adénite suppurée.

2° *Associations à staphylocoques.* — 11 cas, 7 morts, mortalité 63 0/0.

Cette association bénigne dans les cas d'angine se montre très meurtrière dans les cas de croup, à cause des complications pulmonaires qu'elle cause et contre lesquelles le sérum est impuissant.

La respiration est surtout à surveiller dans tous les cas mortels. Sauf dans un cas, elle dépassait soixante à la minute, manifestant ainsi l'invasion du poumon.

La quantité de sérum employée a été en moyenne de 60 c. c.

Comme complications, relevons trois rougeoles. Les décès ont été causés trois fois par la bronchite pseudo-membraneuse; quatre fois par la broncho-pneumonie. En outre, deux de ces enfants étaient tuberculeux.

Si nous faisons la correction des chiffres en retranchant trois enfants morts en moins de vingt-quatre heures après leur entrée, nous avons : huit cas, quatre morts, soit 50 0/0.

3° *Associations à streptocoques.* — 52 cas, morts 33, mortalité 63 0/0.

Ces associations à streptocoques sont les plus redoutables de toutes. L'expérience nous a montré que les lapins inoculés dans la trachée, avec un mélange de diphthérie et de streptocoque, mouraient, malgré le sérum, à moins que celui-ci ne soit injecté à hautes doses et peu de temps après l'inoculation. On voit combien la clinique est d'accord avec l'expérimentation.

L'ensemencement sur sérum fournit un premier élément de pronostic; moins les colonies diphthériques sont nombreuses, plus la maladie sera bénigne. Elle dure toujours longtemps (plus de vingt jours en moyenne), même quand l'issue est favorable. La quantité de sérum employée est considérable, elle a varié entre 70 c. c. et 100 c. c. Dans ces croups associés, la température (audessus de 39°) et le pouls (140 à 160) reviennent plus lentement à la normale. Tous nos malades respiraient plus de 35 fois par minute, ceux qui ont succombé avaient 70 respirations et davantage encore. L'albuminurie n'a manqué que deux fois, huit fois il y a eu des éruptions mal définies.

A la maladie déjà si grave par elle-même, sont venues s'ajouter la rougeole (quatre fois) et la scarlatine (trois fois).

La bronchite pseudo-membraneuse est particulièrement fréquente dans les croups diphthériques associés, surtout chez les enfants un peu âgés. Sur nos 300 malades, nous n'avons observé que huit cas de bronchite pseudomembraneuse, trois appartiennent au groupe des croups diphthériques à streptocoques, trois à celui des croups diphthériques à staphylocoques. Tous les autres décès sont dus à la broncho-pneumonie. Sur les coupes des poumons on voit en abondance des bacilles diphthériques et des streptocoques.

La gravité extrême de ces croups est encore affirmée par ce fait que sept enfants ont succombé en moins de vingt-quatre heures après leur entrée à l'hôpital. Si nous les déduisons des chiffres que nous avons donnés, il reste 45 cas de croups diphthériques associés aux streptocoques et opérés, avec 26 morts, soit une mortalité de 57 0/0.

Malgré ce chiffre élevé, le bénéfice de l'intervention du sérum est manifeste; car MM. Chaillou et Martin ont constaté, avant le traitement, une mortalité de 80 0/0.

Un certain nombre d'enfants ayant des croups non diphthériques ont été trachéotomisés; bien entendu, ils ne font pas partie des 300 cas dont nous venons de donner le détail. Comme tous les entrants au pavillon, ils ont reçu une injection de 20 c. c. de sérum, aucun d'eux n'a pris la diphthérie, auparavant la contamination de ces croups n'était pas rare, MM. Chaillou et Martin en ont rapporté des exemples.

Chez les enfants tuberculeux la diphthérie donne un coup de fouet à la tuberculose. La convalescence paraît bien s'établir à la suite des injections de sérum, puis l'état général devient mauvais, la température s'élève chaque soir et, après une lutte plus ou moins prolongée, les enfant succombent.

En résumé, sur 121 croups opérés, 56 décès, soit une mortalité totale de 46 0/0 (1).

Déduction faite de 14 enfants morts moins de vingt-quatre heures après leur entrée, nous avons 107 opérés, 42 morts, mortalité 39,2 0/0.

		Morts.	Mortalité.
Croups diphthériques purs	49	15	39.9 0/0
Déduction faite de 4 enfants morts moins de 24 heures après leur entrée, reste.	45	11	24.4 0/0
Croups diphthériques avec le petit coccus.	9	1	11.0 0/0
Croups diphthériques avec staphylocoque	11	7	63.0 0/0
Déduction de 3 enfants morts moins de 24 heures après leur entrée, reste...	8	4	50.0 0/0
Croups diphthériques avec streptocoque.	52	33	63.0 0/0
Déduction de 7 enfants morts moins de 24 heures après leur entrée, reste....	47	26	57.7 0/0

Parmi les croups diphthériques associés aux streptocoques et opérés, douze cas méritent une mention spéciale. Il s'agit d'enfants, entrés pour des croups diphthériques purs, contaminés dans les salles. Avant la trachéotomie et immédiatement après, les ensemencements sur sérum ne donnent que des colonies diphthériques. Dès les premières injections les enfants paraissaient devoir guérir, lorsque brusquement leur état devient mauvais, la température augmente, le pouls et la respiration deviennent fréquents, l'infection est accomplie. L'ensemencement montre à côté des colonies du bacille de Klebs-Lœffler de nombreuses colonies de streptocoques. Sur ces douze enfants, onze ont succombé à la broncho-pneumonie, annoncée tout d'abord par l'accélération des mouvements respiratoires.

L'histoire de ces contagions est instructive. Il faut d'abord savoir qu'au pavillon, les enfants trachéotomisés sont dans les salles communes. A la fin de janvier 1894, un si grand nombre de cas de broncho-pneumonie s'était produit chez les opérés, qu'il fut procédé à une désinfection; de sorte qu'au moment où nous avons commencé le traitement (1er février 1894), les conditions hygiéniques étaient relativement favorables. Aussi la mortalité des croups opérés a été de deux sur douze dans ce premier mois. Mais le 23 février, un enfant est admis qui a du croup diphthérique avec streptocoques associés. Il contamine un petit malade qui en contamine un autre. Les trachéotomies étant alors peu nombreuses, on pratique un isolement relatif en séparant les opérés par des enfants atteints d'angines bénignes. Il y eut un arrêt dans la contagion de la broncho-pneumonie. Mais dans le courant de mars, il entre successivement trois enfants ayant des croups non diphthériques causés par des streptocoques et atteints aussi de broncho-pneumonie. Le pavillon était encombré de malades, aucun isolement n'était possible, nous voyons, successivement, huit enfants opérés prendre la broncho-pneumonie. Devant pareil désastre, pour opposer quelque obstacle à l'infection du poumon, nous avons commencé à injecter, immédiatement après la trachéotomie, 2 à 4 cent. cubes d'huile d'amandes douces contenant 5 grammes de menthol et 1 gramme de gaïacol pour 100 (1). Au moyen d'un petit tube de caoutchouc, qui passe dans la canule interne, on fait tomber l'huile dans la trachée. Cette petite manipulation très simple était renouvelée chaque jour tant que la canule restait en place. Elle provoquait un peu d'expectoration immédiate, et pendant plusieurs heures, l'haleine de l'enfant sentait le menthol. Cette pratique a certainement évité la broncho-pneumonie à plusieurs de nos opérés; elle a contribué à guérir quelques-uns qui étaient déjà atteints et prolongé quelques autres au delà de tout espoir. Après une désinfection du pavillon, faite en avril, la broncho-pneumonie a disparu jusqu'en juin, où un enfant arrivé avec croup diphthérique, associé aux streptocoques, en a contaminé deux autres qui avaient des croups diphthériques purs; tous trois sont morts de broncho-pneumonie. Tout cela prouve, jusqu'à l'évidence, qu'il faut isoler les angines et les croups à association. L'huile mentholée n'est qu'un palliatif, on ne

(1) Voici la statistique la plus importante publiée en Allemagne par les collaborateurs de M. Behring, l'inventeur de la sérum-thérapie.
Statistique de MM. Ehrlich, Kossel et Wassermann.
Traités 220. Guéris 168. Morts 52. Mortalité 26,6 0/0.
Parmi ces 220 malades, 67 furent trachéotomisés, ils ont fourni 30 morts, soit une mortalité de 44,9 0/0.
Dans une autre publication, MM. Ehrlich et Kossel en font connaître 55 traités nouveaux, dont 25 trachéotomisés, avec 8 morts seulement, tous parmi les opérés. On ne dit pas si l'examen bactériologique a été fait dans tous les cas.

(1) Quelquefois, nous avons enduit la paroi interne de la canule avec un collodion dans lequel on avait dissous du menthol et du gaïacol. L'air entrant dans les poumons y apportait des vapeurs antiseptiques.

doit jamais introduire un malade atteint de broncho-pneumonie dans une salle où il y a des enfants trachéotomisés.

Quand nous avons parlé des croups diphthériques, sans angine et non opérés, nous avons fait remarquer que les injections de sérum, en arrêtant la production des membranes et en faisant détacher celles qui étaient formées, avaient évité la trachéotomie à plusieurs de ces enfants. C'est là un point qui nous paraît tout à fait digne d'attention. Sur les 169 enfants, entrés dans le service, pour angines diphthériques, 56 présentaient des troubles laryngés ; 31 avaient la toux rauque, 25 la voix éteinte et un tirage marqué. Si bien que l'on pouvait croire que ces derniers seraient opérés. Sous l'influence du sérum (et dans ces cas il ne faut pas craindre de faire une injection toutes les douze heures), le tirage diminuait, puis ne revenait que par accès, l'enfant rejetait des fausses membranes et au bout de deux à trois jours la respiration était normale, au grand étonnement de MM. les internes et du personnel du pavillon qui, avec leur grande habitude des enfants atteints de croup, pensaient bien que l'opération ne serait pas évitée. Cela est tout à fait d'accord avec ce que nous avons dit du prompt détachement des fausses membranes, dans les angines traitées avec le sérum.

Aujourd'hui, en présence d'un enfant qui a du tirage, il ne faut pas se presser d'opérer, il faut injecter du sérum et attendre autant que possible. Il est facile de montrer que, depuis l'usage du sérum, le nombre des trachéotomies a beaucoup diminué au pavillon. Les relevés de MM. Martin et Chaillou montrent qu'en 1891 et 1892, sur cent enfants atteints de diphthérie entrés dans le service, cinquante au moins sont trachéotomisés, tandis que sur les 300 enfants traités par le sérum, 121, soit seulement 40 0/0, ont subi l'opération. Il faut encore remarquer que 102 ont été opérés avant l'injection du sérum ou dans les 12 heures qui ont suivi la première injection ; 14 entre la douzième et la trente-sixième heure après le début du traitement, et cinq seulement ont été trachéotomisés plus de 36 heures après qu'ils ont reçu l'antitoxine. A combien d'enfants n'éviterait-on pas la trachéotomie si le sérum était administré plus tôt? Nous dirons même qu'avec le sérum la trachéotomie doit être, dans la grande majorité des cas, remplacée par le tubage. En effet, il ne s'agit plus maintenant de laisser un tube à demeure, dans le larynx, pendant des journées ; il suffira, le plus souvent, de le maintenir en place, pendant un jour ou deux, pour prévenir l'asphyxie imminente et gagner du temps jusqu'à ce que les fausses membranes se détachent. Notre conviction à ce sujet est si forte que nous espérons bientôt montrer par des faits que le tubage est le complément de la sérum-thérapie. Dans l'avenir la trachéotomie sera l'exception, au grand bénéfice des enfants.

Quel est le traitement local à recommander pour venir en aide au sérum? Nous proscrivons d'une façon absolue tous les badigeonnages avec des substances caustiques ou toxiques. On se contentera de faire deux ou trois lavages par jour avec de l'eau boriquée, ou mieux avec de l'eau additionnée de 50 grammes de liqueur de Labarraque par litre. Pas d'acide phénique, pas de sublimé, nous préférons l'eau bouillie aux liquides antiseptiques qui ne peuvent être avalés par l'enfant sans danger. Il y a bien assez de la toxine diphthérique dans le corps, n'en introduisons pas d'autres.

Le lecteur de ce travail aura sans doute été frappé du grand nombre des complications signalées chez nos enfants diphthériques. Il a été si souvent question ici de rougeole, de scarlatine, de broncho-pneumonie, qu'il a pu légitimement croire que nous opérions, non pas dans un service spécial aux diphthériques, mais bien dans des salles communes à toutes les affections contagieuses. Il est malheureusement vrai que notre pavillon de diphthérie est un peu le rendez-vous de toutes les affections de l'enfant, et ce n'est pas là, on l'avouera, une condition pour favoriser le traitement. Malgré tout, les résultats que nous avons obtenus sont si différents de ceux qu'on avait auparavant que la meilleure façon de conclure est de les mettre encore une fois sous les yeux du lecteur.

Trois cents enfants atteints de diphthérie certaine et traités par le sérum antidiphthérique, ont donné une mortalité de 26 0/0, au lieu de 50 0/0 qui était la mortalité ordinaire.

Peut-on avoir mieux encore? Nous sommes convaincu que cela est possible. Mais cette amélioration nouvelle, aucun médicament ne la donnera, elle sera la conséquence d'une meilleure organisation des services. Nous craignons beaucoup qu'on ne mette plus de temps à la réaliser qu'on en a mis à découvrir la sérumthérapie (1).

REVUE DES CONGRÈS

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

Tenu à Budapest du 2 au 8 septembre 1894.

Sérum-thérapie dans la diphthérie.

M. Roux (Paris). — Voy. p. 441.

M. Behring pense que les antitoxines qu'il a introduites dans la thérapeutique de la diphthérie sont des substances chimiquement indéterminées, qui se trouvent en proportions définies et constantes dans le sérum des animaux immunisés contre le bacille de Lœffler.

De nombreuses expériences faites par M. Behring ont démontré la parfaite innocuité de ces antitoxines, qui ne produisent pas de réaction, ni locale ni générale.

L'action spécifique du sérum antidiphthérique est d'autant plus sûre et plus rapide que le traitement est plus précoce. Comme ce sérum ne présente aucun danger, on peut y avoir recours, même dans les cas simplement suspects.

Les injections doivent être aseptiques et on peut se servir de la seringue de Koch à ballon préalablement stérilisée. On injecte à la fois toute la dose contenue dans un flacon (10 à

(1) Je croirais manquer à mon devoir en ne signalant pas ici la mauvaise organisation des services de diphthérie à Paris. Grâce à un déplorable système de roulement, le pavillon de la diphthérie change de médecin tous les trois mois, les divers chefs de service de l'hôpital en sont titulaires à tour de rôle. Pour être bien conduit, un service de diphthérie doit rester entre les mains du même médecin qui a l'obligation de se faire une spécialité de l'étude de cette maladie, il aura sous ses ordres des aides et un personnel fixes qui seront ses véritables collaborateurs.

L'organisation matérielle ne correspond en rien à ce qu'exige l'hygiène la plus élémentaire. A l'hôpital des enfants, il y a une salle de garçons et une salle de filles avec un cabinet d'isolement à une des extrémités. On est obligé de garder les rougeoleux, les scarlatineux dans les salles communes. La broncho-pneumonie, si redoutable pour les opérés, y règne presque en permanence, malgré les efforts des chefs, des internes et du personnel. Le directeur de l'hôpital apporte la meilleure volonté à faire opérer la désinfection, mais il suffit de l'entrée d'un enfant contaminé pour tout souiller à nouveau. C'est surtout en hiver, quand le pavillon est rempli, que les fenêtres restent closes, que la broncho-pneumonie devient terrible. Il faut, de toute nécessité, isoler non seulement les diphthéries accompagnées de rougeole et de scarlatine, mais les angines et les croups à association. D'ailleurs, un pavillon de diphthérie bien construit ne devrait réunir dans les salles communes que les enfants convalescents ayant déjà séjourné plus de quinze jours à l'hôpital. Tout entrant est suspect et doit être isolé dans des sortes de boxes, clos, faciles à désinfecter et disposés de telle sorte que le personnel ne puisse transporter les infections de malade à malade. — E. Roux.

12 c. c.). Il ne faut pas faire de massage après l'injection, l'absorption du liquide étant plus rapide et les douleurs moindres lorsqu'on s'abstient de cette pratique. Quelques jours après l'injection on observe de l'urticaire, qui disparaît peu après et qui n'est pas produite par l'antitoxine, mais par le sérum animal.

C'est dans l'albumine de l'organisme vivant qu'il faut chercher la source de l'antitoxine, et ce n'est pas seulement sous l'influence d'une toxine spécifique que la réaction de cette albumine se produit. Il ne s'agit pas d'une neutralisation directe du virus pathogène, mais plutôt de réactions provoquées dans l'animal sous l'influence du virus diphthérique, réactions qui produisent l'antitoxine.

Ce traitement indirect a donné à M. Behring de bons résultats dans les maladies post-diphthériques des animaux.

M. Aronson (Berlin). — Comme M. Roux, c'est le sérum de cheval que j'emploie, parce que je considère comme le plus efficace le sérum obtenu par l'immunisation de chevaux avec des cultures à travers lesquelles on a fait passer un courant d'oxygène. Le sérum de ces animaux est trois fois plus fort que celui de M. Behring. Depuis le mois de mars dernier jusqu'à la fin de juillet, j'ai traité avec le sérum dont je viens de parler 192 malades atteints de diphthérie (dont le diagnostic a été contrôlé par l'examen bactériologique), sur lesquels 14 0/0 sont morts; si l'on retranche de cette statistique les enfants amenés à l'hôpital tout à fait moribonds, il reste 169 cas avec 19 décès, soit une mortalité de 11.2 0/0. Dans le même hôpital, la mortalité était :

En 1891, pour 203 cas de 32.5 0/0
En 1892 — 341 — de 35.4 0/0
En 1893 — 426 — de 41.7 0/0
et de janvier jusqu'en mars 1894 de 41.8 0/0

Pendant les quatre mois et demi qu'on a pratiqué ces expériences, on n'a pas fait une seule trachéotomie, sauf sur les malades qui, à leur entrée à l'hôpital, avaient déjà du tirage.

Ce traitement a été employé aussi dans 82 cas traités dans d'autres hôpitaux, ce qui donne un total de 274 cas avec une mortalité de 15.3 0/0.

L'évolution de la maladie, sous l'influence de ce traitement, concorde parfaitement avec ce que vient de dire M. Roux.

J'ai employé aussi le sérum antidiphthérique pour immuniser les enfants des familles où il y avait des cas de diphthérie (1 c. c. du sérum que je prépare suffit pour l'immunisation de ces enfants). Sur 130 enfants ainsi traités préventivement, 2 seulement ont été atteints d'une diphthérie très légère.

M. Lœffler. — Sans vouloir en rien diminuer l'importance thérapeutique de la sérothérapie, je crois devoir vous faire connaître les résultats de mes expériences sur le traitement local de la diphthérie.

J'ai constaté que le sublimé, l'eau chlorée, l'acide phénique en solution alcoolique, une solution composée de : alcool 60: alcool 60, terpentine 60, acide phénique 3, peuvent tuer le bacille diphthérique en vingt secondes.

Mais les topiques ne pouvant pas rester appliqués aussi longtemps en contact avec la membrane diphthérique, j'ai dû chercher d'autres substances capables de tuer plus vite le bacille diphthérique. J'ai trouvé que le sesquichlorure de fer en solution à parties égales ou à 1 : 2, ainsi que d'autres préparations ferrugineuses, peuvent tuer le bacille en dix secondes. Ayant observé que certaines essences, telles que le benzol, le toluol, entravent le développement du bacille diphthérique, j'ai étudié leur action sur les animaux et ensuite sur l'homme; je me suis servi chez ce dernier d'une solution composée de : alcool 64, toluol 30, créoline ou métacrésol 1 à 2. Comme cette solution produit chez les enfants une cuisson très vive, j'y ajoute 10 0/0 de menthol.

Voici comment il faut préparer cette solution :

On verse dans un cylindre gradué 10 grammes de menthol, puis on ajoute du toluol jusqu'à ce que le liquide ait atteint le niveau de 36 c. c. Le menthol se dissout rapidement dans le toluol, puis on verse 2 c. c. de créoline ou 1 c. c. 5 de métacrésol ou 4 c. c. de sesqui-chlorure de fer ; enfin, on ajoute de l'alcool jusqu'à ce qu'on obtienne un volume de 100 c. c.

On touche deux fois de suite les parties malades pendant dix secondes avec un tampon d'ouate trempé dans cette solution et on répète ces attouchements toutes les trois heures jusqu'à complète disparition de tous les symptômes locaux, ce qui a lieu d'ordinaire au bout de quatre à cinq jours.

Quand l'affection est encore locale, on peut, avec ce traitement, l'arrêter dans sa marche; on peut s'assurer par l'examen bactériologique que les bacilles sont tués dans les membranes.

Sur 96 cas ainsi traités, dont les trois quarts furent reconnus comme relevant de la diphthérie par l'examen bactériologique, il n'y a pas une seule mort.

M. Hermann Cohn (Breslau) dit avoir employé contre la diphthérie oculaire des attouchements avec une solution de benzoate de soude à 5 0/0. Depuis qu'il pratique ces attouchements toutes les heures, il n'a jamais perdu un œil par diphthérie.

Prophylaxie de la diphthérie à l'hospice des Enfants assistés.

M. Hutinel. — L'hospice des Enfants assistés a été de 1875 à 1891 un foyer permanent d'une diphthérie qui présentait un caractère de malignité spéciale. Le plus grand nombre des enfants atteints succombaient et dans ces années un pour cent de la population hospitalière mourait de cette maladie.

En 1882, pour lutter contre la propagation de la diphthérie, on construisit un pavillon d'isolement; mais l'isolement seul fut incapable d'arrêter les progrès du mal. Il nous est facile maintenant d'expliquer cet échec.

1° Les enfants n'étaient conduits au pavillon qu'au moment où l'on découvrait les signes cliniques bien caractérisés de la diphthérie; depuis longtemps déjà ces enfants étaient contagieux;

2° Ces enfants quittaient le pavillon d'isolement après la disparition des fausses membranes, ils portaient encore très souvent le germe de la maladie sur leurs muqueuses et pouvaient le transmettre aux enfants sains;

3° Les linges n'étaient pas suffisamment désinfectés. L'installation et le bon fonctionnement d'une étuve à désinfection firent disparaître cette dernière cause de contagion, la mortalité diminua mais resta néanmoins considérable.

Il ne suffit pas, en effet, de protéger la population infantile contre les infections autochtones, il faut encore empêcher les infections venues du dehors de se répandre et de provoquer des épidémies successives.

Voici le résumé des moyens prophylactiques que nous avons appliqués et que nous recommandons :

Isolement. — Il faut isoler :

1° Les enfants atteints de diphthérie confirmée;

2° Les enfants qui, sans avoir de fausses membranes, ont dans leurs sécrétions bucco-pharyngiennes des bacilles de Klebs-Lœffler virulents;

3° Les enfants suspects, tant que la nature de leur mal n'est pas déterminée;

4° Les convalescents, tant que les bacilles diphthériques subsistent dans les sécrétions buccales et pharyngiennes;

5° Les infirmiers et employés qui soignent les diphthéritiques. Ces employés ne doivent quitter le pavillon qu'après avoir pris des précautions antiseptiques minutieuses.

Désinfection. — Il faut désinfecter :

1° Les linges de corps ou de literie, les vêtements et tous les objets touchés par les malades ; cette désinfection sera opérée par l'étuve à vapeur sous pression à une température de 120° et pendant un temps suffisant (20 minutes), ou bien par l'immersion prolongée dans l'eau bouillante ;

2° Les lits et les salles occupés, même très peu de temps, par les malades ; celles-ci doivent être évacuées et remises à neuf fréquemment ;

3° Il faut surveiller les salles d'autopsie.

Examen bactériologique. — Il faut examiner méthodiquement :

1° Toutes les angines suspectes, particulièrement dans les cas où il existe un exsudat ;

2° Les sécrétions bucco-pharyngiennes des enfants qui ont été en contact avec un diphtéritique et isolés comme suspects, alors même qu'ils n'ont pas d'angine ;

3° La pituitaire, les conjonctives, etc., quand ces muqueuses présentent un enduit suspect. Ces examens devront, dans certains cas, être répétés plusieurs fois.

Précautions hygiéniques. — Chez les enfants atteints d'angines légères mais suspectes et chez ceux qui ont été en contact avec les diphthéritiques, il suffit généralement de faire de larges irrigations de la bouche et du pharynx avec une solution très légèrement antiseptique comme l'eau boriquée, la solution de borate de soude, etc., pour empêcher l'implantation du bacille diphtérique et aussi pour diminuer la fréquence des infections secondaires.

Comme ces irrigations ne présentent ni danger ni inconvénients sérieux, il faut les prescrire aux enfants qu'on soupçonne d'avoir été en contact avec des diphthéritiques alors même qu'on ne peut pas avoir la démonstration absolue du fait.

Etiologie et prophylaxie de la diphthérie.

M. Lœffler (Greifswald), *président du comité allemand.* — La diphthérie est provoquée par le bacille diphthérique, dont l'importance étiologique n'est plus mise en doute par personne. Il s'ensuit qu'il ne faut désigner sous le nom de diphthérie que les affections qui sont produites par ce bacille et qu'on doit exclure de ce groupe les maladies dues à d'autres microbes. En effet, il existe des affections des voies respiratoires supérieures qui présentent le même tableau clinique que la diphthérie vraie, mais qui sont causées par des streptocoques, des staphylocoques ou des pneumocoques et qui peuvent avoir une évolution grave ou bénigne, comme les diphthéries vraies. Seul, l'examen bactériologique permet de faire le diagnostic différentiel, et les statistiques sur l'extension épidémique de la diphthérie et sur le caractère de ces épidémies n'auront aucune valeur décisive tant qu'on n'aura pas fait la distinction dont je viens de parler.

De même que toutes les autres maladies infectieuses, la diphthérie se présente tantôt sous une forme légère, tantôt sous une forme grave. La marche de l'épidémie diphthérique dépend de plusieurs facteurs :

1° De la quantité et de la virulence des bacilles diphthériques ;

2° Des bactéries (pathogènes ou non) associées au bacille diphthérique, qui augmentent la virulence de ce bacille ou débilitent l'organisme par leurs produits ;

3° De la prédisposition individuelle.

Le bacille de la diphthérie peut se trouver dans la gorge ou le nez d'individus sains, sans y déterminer de lésion quelconque ; il ne produit la maladie que lorsqu'il y est fixé. Cette fixation du bacille sur la muqueuse est favorisée par des lésions de la muqueuse. Les variations atmosphériques, surtout le temps humide, qui déterminent des inflammations des premières voies respiratoires, paraissent favoriser l'apparition de la diphthérie. Le plus souvent la diphthérie est transmise par contact direct, par la toux, par les baisers, par les mains qui ont touché la sécrétion fraîche, souvent par l'intermédiaire des produits alimentaires, des linges, longtemps même après l'infection.

Le malade doit être regardé comme infectieux tant qu'il porte des bacilles sur sa muqueuse. Ceux-ci disparaissent ordinairement peu après la cessation des symptômes locaux, mais ils peuvent rester parfois pendant des semaines et même des mois vivants et virulents dans la gorge ou dans le nez. Englobés dans des matières organiques et à l'abri de la lumière, les bacilles peuvent se conserver plusieurs mois à l'état vivant en dehors de l'organisme. La malpropreté, les logements sombres et humides favorisent donc la conservation des bacilles et l'extension de la maladie. Ce qui contribue le plus à la propagation de la diphthérie, c'est le rassemblement d'individus prédisposés, surtout d'enfants (crèches, écoles, etc.).

Le bacille de la diphthérie n'a jamais été trouvé comme agent d'une autre affection analogue ou d'une maladie spontanée des animaux. La possibilité de la transmission de la vraie diphthérie d'un animal malade à l'homme doit donc être absolument écartée.

Voici maintenant les moyens prophylactiques à recommander :

a) Propreté, sécheresse, aération et éclairage des logements ;

b) Propreté de la bouche et du nez, gargarisme avec des solutions faibles de chlorure de sodium et de bicarbonate de soude, nettoyage des dents, extraction des mauvaises dents, ablation des amygdales hypertrophiées ;

c) Lavages froids du cou.

Chaque cas suspect doit être soumis à un examen bactériologique ; pour la pratique journalière, il devrait y avoir, dans les pharmacies, des milieux nutritifs que le médecin n'aurait qu'à ensemencer et à envoyer ensuite dans une station bactériologique. Tous les cas de diphthérie vraie, de même que les cas suspects, doivent être soumis à la déclaration obligatoire et tous les malades atteints de diphthérie constatée doivent être isolés.

Pour empêcher autant que possible la dispersion des bacilles par l'individu malade, il faut instituer dès le début un traitement local antibacillaire, lorsque le siège de l'affection le permet. Le moyen le plus efficace contre l'extension de la diphthérie, c'est la vaccination de l'entourage du malade, surtout des enfants. De nombreuses expériences ayant démontré la parfaite innocuité du sérum antidiphthérique de Behring, il est à désirer qu'on étudie l'application préventive de ce sérum dans les familles, les écoles, etc.

La désinfection de la chambre du malade et des objets doit être obligatoire pour tout cas de diphthérie.

En outre, il faut s'abstenir de mettre des convalescents de diphthérie en contact avec des individus sains, sans s'être préalablement assuré par l'examen bactériologique de la disparition du bacille.

Enfin, en temps d'épidémie de diphthérie, il faut publier dans les journaux des instructions populaires, comme cela a été fait pour le choléra, où elles ont rendu de réels services.

M. Billings (New-York), *président du comité américain.* — Le département sanitaire de New-York a fait, dans le cours d'une année, 5,611 examens bactériologiques de cas suspects de diphthérie. Sur 6,156 cas suspects observés à New-York et à Boston, l'examen bactériologique a démontré que dans 58.5 0/0 il s'agissait de vraies diphthéries. Plus de 80 0/0 des cas de croup observés à New-York sont de la vraie diphthérie. Dans 15 cas de rhinite fibrineuse et dans 4 cas de diphthérie primitive du nez, on a trouvé le bacille de Lœffler comme agent pathogène.

L'examen bactériologique a fait découvrir plusieurs formes de diphthérie atypique, parfois même sans membranes et présentant le caractère d'angine catarrhale simple et de tonsillite folliculaire. Parmi les localisations atypiques du bacille diphthérique, il faut citer l'oreille moyenne, les plaies, les ulcères, la conjonctivite, les poumons et les valvules du cœur.

Comme associations bactériennes les plus fréquentes de la diphthérie on trouve le staphylocoque doré, le streptocoque pyogène et le diplocoque lancéolé.

La plupart des cas d'angine pseudo-membraneuse dans la scarlatine sont produits par des streptocoques. A mon avis, il faudrait réserver le nom de pseudo-diphthérie aux inflammations pseudo-membraneuses des voies respiratoires supérieures, qui ne sont pas produites par le bacille de la diphthérie, mais par le streptocoque et d'autres bactéries. La mortalité de ces cas est minime : elle n'atteint dans la clientèle privée que 1.7 0/0, tandis que dans les hôpitaux elle peut s'élever à 25 0/0.

Comme cette forme est rarement contagieuse et qu'elle ne donne lieu qu'à une faible mortalité dans les cas non compliqués, elle n'est pas soumise à la surveillance du département sanitaire de New-York.

En ce qui concerne la disparition des bacilles, on a trouvé que dans 325 cas sur 752, les bacilles ont disparu trois jours après la disparition de l'exsudat ; dans 427 cas, ils sont restés encore de cinq jours à cinq semaines. Dans 14 familles avec un ensemble de 48 enfants, chez lesquels l'isolement était soit défectueux, soit nul, on a trouvé des bacilles diphthériques chez la moitié des sujets, dont 40 0/0 ont été atteints plus tard de diphthérie. Dans les familles où l'on a isolé les malades, on n'a pu trouver les bacilles que chez 10 0/0 des sujets. Les habitants d'une maison infectée doivent donc être regardés comme suspects et par suite il faut, sinon les isoler, du moins les examiner souvent. Il est bon aussi de leur recommander de faire des lavages antiseptiques de la bouche et du nez pour diminuer leur réceptivité à l'égard du bacille.

Il est des cas où, bien que les individus soient porteurs du bacille de la diphthérie, ils restent indemnes : ainsi sur 330 personnes qui n'étaient pas en contact direct avec des diphthériques, 8 avaient le microbe spécifique, et 2 d'entre elles seulement ont été atteintes ultérieurement de diphthérie.

M. Edward Seaton (Londres), *président du comité anglais*, fait remarquer que, tandis qu'en Angleterre, dans la dernière période décennale, la mortalité par maladies infectieuses a diminué au fur et à mesure que le travail d'assainissement progressait, la mortalité par diphthérie, au contraire, a augmenté dans le même laps de temps. Il ne faut pas oublier, en outre, que la diphthérie, qui jadis n'était qu'une maladie des campagnes, est devenue une maladie des villes et que l'école est un facteur important pour l'extension et la propagation de la diphthérie. Les enquêtes faites par le *Medical Department Board* ont montré que l'âge a une grande influence sur l'apparition de la diphthérie : c'est chez les enfants de trois à douze ans qu'on trouve le plus grand nombre de cas et que la diphthérie est souvent associée au début à des affections des voies aériennes supérieures.

En terminant, M. E. Seaton insiste sur la déclaration obligatoire de tous les cas de diphthérie et sur les difficultés du diagnostic au début de la maladie.

M. Filatow (Moscou), *président du comité russe*, fait remarquer que, bien que la contagiosité de la diphthérie soit indubitable, il y a un nombre de faits épidémiologiques qui ne s'expliquent pas par la contagiosité seule. On voit ordinairement des cas sporadiques longtemps avant l'apparition d'une épidémie. On observe dans certaines contrées des épidémies diphthériques à la suite de maladies de gorge mortelles des porcs et d'autres animaux. Les épidémies diphthériques sont influencées par la saison et les conditions locales : elles augmentent généralement en automne et diminuent en été. Les mesures prises contre l'extension de la diphthérie doivent être basées sur la contagiosité de la maladie.

M. Adams Matthew (Mardstone) présente des courbes graphiques qui prouvent que la gravité des épidémies de diphthérie dépend des mouvements de la nappe souterraine.

M. Roux (Paris), *président du comité français*; dépose les propositions et vœux suivants :

1° La diphthérie est une maladie contagieuse; sa déclaration doit être obligatoire;

2° Les malades qui en sont atteints doivent être isolés;

3° Le service sanitaire fera désinfecter les locaux où ont séjourné les diphthériques et surtout les linges, vêtements, objets de literie, sans omettre les jouets et tous les ustensiles qui auront servi aux malades.

Pendant le cours de la maladie, il fera désinfecter tous les linges souillés avant qu'ils soient remis au blanchissage;

4° Les voitures utilisées pour le transport des diphthériques seront soumises à la désinfection après chaque transport;

5° Les enfants qui ont eu la diphthérie seront tenus éloignés de l'école, après leur guérison, jusqu'à ce que le médecin ait autorisé leur rentrée;

6° Lorsqu'un cas de diphthérie se produit dans une école, les enfants qui la fréquentent doivent être, pendant quelque temps, soumis à la surveillance du médecin. Seront éloignés de l'école tous ceux qui paraîtront atteints d'angine. Cette surveillance sera surtout rigoureuse pour les frères et sœurs du malade.

En outre de ces mesures, qui peuvent faire l'objet d'une réglementation administrative, il conviendrait de répandre les notions suivantes :

a) Pour être traitée avec succès, la diphthérie doit être reconnue dès son début. Ce début est souvent insidieux, il échapperait moins souvent si la gorge des enfants était fréquemment examinée. Il appartient aux mères de famille de pratiquer journellement cet examen et d'habituer, dès le bas âge, les enfants à s'y soumettre.

Cette notion d'hygiène pourrait être répandue par des notices, par la voie de la presse, et surtout par l'intermédiaire des instituteurs et des institutrices;

b) Le diagnostic précoce et certain de la diphthérie ne peut être établi que par l'emploi des méthodes bactériologiques; on doit insister auprès des médecins pour qu'ils aient toujours recours à ces procédés;

c) Les effets du sérum antidiphthérique étant aujourd'hui suffisamment constatés, on doit recommander comme moyen prophylactique l'injection de ce sérum aux enfants d'une famille dans laquelle se produit un cas de diphthérie.

M. Oertel (Munich) se proposait de traiter cette question en présence du Congrès, mais, n'ayant pu y prendre part, il a publié dans les journaux le rapport qu'il avait rédigé en commun avec MM. Ranke, Buchner, Emmerich et Aub.

Ce rapport établit tout d'abord que ni les savants, ni les communes, ni même les Etats agissant isolément ne peuvent se procurer en peu de temps des documents assez nombreux et assez variés pour pouvoir déterminer l'influence des divers facteurs sur l'apparition, l'extension et la gravité des épidémies de diphthérie. Une entente internationale peut être faite aussi bien pour l'étude de cette grave question que pour celle de problèmes astronomiques ou géographiques. Mais il s'agit d'en établir le programme. L'étude étiologique de la diphthérie comprend deux parties : sa bactériologie et son épidémiologie.

A. *Bactériologie.* — Il ne s'agit plus de chercher l'agent pathogène de la diphthérie : cet agent est le bacille de Lœffler bien connu. Mais bien des questions à son sujet sont encore à l'étude, sans parler de celles que soulèveront les progrès incessants de la science. Les principales questions à examiner actuellement sont les suivantes.

1° Biologie du bacille de la diphthérie ; conditions de son développement et de sa multiplication (symbiose avec d'autres organismes végétaux), de l'accroissement de son activité végétative et de sa virulence ;

2° Etude de sa présence dans l'organisme humain, et démonstration de son existence possible à l'état inoffensif et conditions dans lesquelles il peut alors devenir pathogène (diphthérie spontanée);

3° Conditions d'existence et de multiplication du bacille en dehors de l'organisme;

4° Adhésion plus ou moins grande du bacille aux divers objets, et durée pendant laquelle il reste cultivable suivant les circonstances ; étude de sa présence dans les aliments : pain, viande, fruits, beurre, fromage, lait, eau, etc. ;

5° Etude des voies de dissémination, air ou contact.

Ces diverses questions peuvent être étudiées par des travailleurs isolés; mais les suivantes ne peuvent l'être qu'avec l'assistance des Etats.

B. *Epidémiologie.* — α. Etude de la diphthérie au point de vue de l'influence des *causes climatériques générales* :

1° Etablissement de statistiques et de graphiques indiquant la mortalité et la morbidité par la diphthérie, d'après l'observation des grandes villes, dans le but de reconnaître s'il y a des différences constantes et importantes à ce point de vue suivant les mois et les semaines;

2° Comparaison de ces graphiques avec ceux de la température, des vents, de la sécheresse ou de la pluie, de l'humidité atmosphérique, etc.

3° Comparaison des graphiques de morbidité et de mortalité de la diphthérie avec ceux des autres maladies des voies respiratoires : angine, coqueluche, pneumonie, etc.

β Etude des cas *particuliers* et des *causes locales* suivant un questionnaire uniforme qui pourrait être fait d'après le type ci-dessous :

1° Age, sexe ; 2° mode d'alimentation (enfants) ; 3° état de fortune des parents ; 4° le malade avait-il déjà eu la diphthérie ? quand et de quelle gravité ; 5° quelle est la forme actuelle de la maladie (laryngite ou angine) ; 6° marche et terminaison ; 7° contagion démontrable ou non ; causes accidentelles ; 8° maladies inflammatoires ou zymotiques récentes dans la famille ; 9° habitation ; possibilité de l'isolement ; nombre d'habitants ; caractère de la maison au point de vue de son âge, des matériaux de construction, de la ventilation, de l'humidité, des dimensions, etc. ; 10° le malade fréquente-t-il des établissements publics, écoles, jardins d'enfants ; 11° état sanitaire de la localité au moment de la maladie ; 12° remarques particulières.

Le rapport de M. Oertel qui, comme on le voit, est plutôt un programme d'études qu'un exposé de doctrines, se termine par l'énumération des mesures hygiénique à prendre contre la diphthérie tant pour combattre les influences climatériques fâcheuses, que pour assurer la salubrité des rues, des écoles et établissements publics et enfin des habitations particulières. Elles peuvent se résumer ainsi : isolement des malades et des cadavres, désinfection des locaux et des meubles.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Caen, 9-16 *août* 1894.

De l'entérite pseudo-membraneuse.

M. Charrin. — La fréquence de cette maladie dépasse de beaucoup, d'après mon observation, ce qu'en disent les auteurs.

On observe des malades qui, atteints de ce mal depuis des années, présentent l'aspect de cancéreux ou de tuberculeux. L'appétit est généralement médiocre; les aliments mal supportés, les selles ressemblent à de la lavure de chair. La maladie évolue par crises provoquées par des écarts de régime. Le foie était hypertrophié dans la majorité des cas.

Dans deux cas sur huit j'ai isolé des selles un bacterium coli dont les facultés anaérobies étaient singulièrement développées; les autres espèces étaient discrètes.

Les antiseptiques intestinaux m'ont semblé donner des résultats médiocres. L'acide lactique, les irrigations larges au nitrate d'argent m'ont semblé, avec les soins de régime, donner les meilleurs résultats.

Sur l'épidémie cholérique à Sivas en 1893.

M. Galliard (Paris). — Sivas est une ville d'Arménie située à 1250 mètres d'altitude, ce qui est important, car il est rare de voir le choléra monter si haut. Sivas avait été épargné jusqu'à présent, quoique l'hygiène y soit déplorable. Les fosses d'aisances se déversent dans le ruisseau qui fournit l'eau de boisson. Le 15 avril 1893, le choléra a éclaté après quelques cas sporadiques; en l'espace de deux mois on observa 5,000 cas sur 35,000 habitants avec 1500 décès. La morbidité a donc été très élevée, mais la mortalité relative a été plus faible que d'habitude (33 0/0 de décès à Sivas, 44 0/0 à Hambourg). La maladie s'est éteinte au commencement de juin, bien qu'aucune mesure hygiénique n'ait pu être imposée à la population; l'administration turque a seulement isolé quelques malades et brûlé quelques maisons. Il est très remarquable de voir que cette épidémie, dans un milieu si favorable à son extension, s'est éteinte d'elle-même; il est probable que la haute altitude de Sivas a contribué à cette bénignité. On a, en outre, fréquemment observé des cas isolés dans des familles dont tous les membres pourtant partageaient le même lit et continuaient à le partager avec le malade. Ces faits prouvent la bénignité relative de cette épidémie.

La dissémination des maladies contagieuses par les vagabonds.

Cette question, rendue actuelle par l'épidémie de typhus de l'année dernière, avait été mise à l'ordre du jour par **M. Tison**, président de la section d'hygiène et de médecine publique du Congrès.

Le rôle des roulottiers, vagabonds et autres ambulants dans le transport et la dissémination des maladies épidémiques, est universellement admis. L'objectif de M. Tison en proposant la question aux délibérations du Congrès était de solliciter l'attention des pouvoirs publics et d'obtenir des dispositions légales, efficaces pour assurer la surveillance du vagabondage sous ses formes diverses. Intentions excellentes et louables, mais dont l'efficacité pratique dépend d'une autre bonne volonté que celle de congressistes animés tous des meilleurs sentiments.

M. Deschamps (Paris) cite l'exemple de la propagation de la dernière épidémie parisienne de typhus par des vagabonds et rappelle que la contagion de cette affection existe dès la période d'incubation et se continue à toutes les périodes. Ce fait explique la facilité de propagation du typhus.

Un foyer typhique que **M. Drouineau** dénonce est celui du département de la Somme. Il est permanent comme celui de Bretagne.

M. Tison rappelle aussi l'épidémie de typhus de l'hôpital de Soissons en 1893 et 1894, débutant après l'hospitalisation d'un vagabond.

Il en est de même de la propagation de la variole, à preuve l'épidémie de Château-Landon, étudiée par M. Denizet, et causée par les bateliers employés au transport des pierres de l'église du Sacré-Cœur en construction à Paris.

La variole et la diphthérie sont ainsi propagées le long du canal du Loing et sur les rives de la Seine.

M. Lange a signalé la propagation de la variole d'Espagne en France et à Bordeaux.

M. Tison explique la fréquence actuelle de la variole à Paris, par une importation d'origine anglaise, qui s'explique, d'après M. Hervieu, comme conséquences des efforts de la ligue anti-vaccinale.

Il demande que les étrangers arrivant en France soient soumis à une visite sanitaire destinée à vérifier s'ils ont été vaccinés ou revaccinés.

M. Tison fait le procès des asiles-abris où les communes rurales hébergent les vagabonds durant la nuit. Il se plaint de leur insalubrité, de la souillure des locaux par les déjections, du défaut d'assainissement.

La suppression de ces abris aggraverait cependant le mal parce que les vagabonds dissémineraient encore plus les maladies en allant coucher dans les granges, les écuries ou les hangars. Il demande que ces vagabonds soient astreints, dans les localités où il existe des ressources sanitaires, à y subir la désinfection par le bain-douche, et par le passage de leurs vêtements à l'étuve, enfin que, par des dispositions spéciales, les abris qui les reçoivent soient susceptibles d'être désinfectés par le flambage.

C'est aussi l'avis des vétérinaires. **M. Brun** (Caen) a vu les animaux des roulottiers propager et disséminer la morve et la rage. **M. Weber** déclare que le flambage est le meilleur moyen d'assainissement.

Conclusions : La section d'hygiène et de médecine publique du Congrès adopte le vœu d'armer, en tout temps, les médecins et les vétérinaires sanitaires, de pouvoirs suffisants pour prévenir la propagation des maladies contagieuses par les vagabonds et les roulottiers ou les animaux qui accompagnent ces derniers.

Otite moyenne scléreuse syphilitique.

M. Chambellan (Paris) fait une communication sur deux observations de syphilis héréditaire de l'oreille, se manifestant sous forme d'otite moyenne scléreuse.

Dans ses deux observations, l'oreille interne est indemne, l'oreille moyenne n'a pas suppuré. Dans les deux cas qu'il rapporte, dit-il, le premier, l'oreille moyenne a subi une inflammation chronique, scléreuse, sous l'influence de la syphilis héréditaire.

Ces formes d'otite moyenne scléreuse sont d'autant plus intéressantes à connaître qu'elles n'ont pas de tendance spontanée vers la guérison et qu'elles sont curables par le traitement spécifique.

Diverticulum de l'œsophage.

M. Vigot. — J'ai trouvé à l'autopsie d'un supplicié de vingt-deux ans un diverticulum siégeant à la partie antérieure de l'œsophage, vers le milieu de sa longueur. Ce diverticulum a la forme d'un cône, qui se dirige en bas et en avant; sa pointe va s'insinuer sous l'extrémité inférieure de la trachée entre l'origine des deux grosses bronches. Le diverticule se tend lorsqu'on attire la trachée en avant. Le diverticulum est embrassé par l'artère pulmonaire et l'artère bronchique droite, ainsi que par la veine azygos qui se jetait beaucoup plus bas que d'habitude dans la veine cave inférieure.

A la section, la lumière est circulaire.

Ce diverticulum est certainement d'origine congénitale. Il n'y avait en effet aucune cause de compression de l'œsophage, aucun rétrécissement expliquant une dilatation mécanique. Ces dilatations mécaniques siègent, du reste, ordinairement à la face postérieure. On ne saurait non plus penser à un diverticule par traction extérieure, il n'y avait ni traces d'inflammation, ni ganglions hypertrophiés. Au contraire, cette malformation s'explique très bien par une évolution embryonnaire vicieuse.

Démographie de la Normandie.

M. Chervin. — J'ai étudié les conditions démographiques des départements normands. D'une façon générale la natalité est très basse dans ces départements et la mortalité a son taux normal. Il en résulte une diminution rapide de la population, marquée surtout dans le Calvados et dans l'Orne.

J'ai étudié aussi dans l'Orne la répartition géographique des différentes infirmités exemptant du service militaire (carie dentaire très étendue, varicocèle, pieds-bots). Il résulte de cette étude que chaque infirmité a dans le département son aire de prédilection limitée à deux ou trois cantons. La plus ou moins grande fréquence des infirmités semble donc en rapport avec des causes locales ; je me contente de signaler ce fait à nos collègues de ces régions. C'est sur les lieux qu'il faut rechercher les causes et le remède.

Sur le purpura infectieux.

M. Tison (Paris).— L'observation de purpura infectieux que je vous soumets est surtout intéressante à cause de la difficulté du diagnostic avec le typhus exanthématique. Il s'agit d'un charbonnier, logé dans un logement obscur et humide, qui eut une angine pultacée simple, avec ganglions sous-maxillaires. Deux jours après, ses gencives deviennent saignantes ; puis il y a des épistaxis répétées ; enfin, quatre ou cinq jours après le début de l'angine, taches de purpura sur la peau. L'état général devint grave, le malade avait l'aspect typhique, mais la rate ni le foie n'étaient gros. Les hémorrhagies nasales et intestinales se répétèrent. Le malade mourut au bout de quinze jours.

M. Sée, interne des hôpitaux de Paris, a fait l'examen bactériologique et la culture du sang. Les cultures sont restées stériles, l'examen direct n'a rien donné.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 *septembre* 1894.

Présidence de M. A. Guérin.

Saturnisme.

M. A. Riche lit un rapport sur un travail dans lequel M. le docteur **Foveau de Commeilles** a signalé l'existence de huit cas d'intoxication saturnine provoquée par l'usage de cidre mesuré dans des vases d'étain renfermant 80 0/0 de plomb. L'ingestion de la boisson incriminée avait eu lieu pendant plusieurs mois et le séjour du cidre dans les vases avait duré une heure ou deux au plus chaque jour. L'un des intoxiqués succomba.

Ces faits ne sont pas nouveaux, mais ils montrent que, malgré la réglementation édictée par l'autorité publique à l'instigation des conseils d'hygiène, on continue à ne pas faire usage, comme le voudrait l'article 12 de l'ordonnance du 28 février 1853, « d'étamages à l'étain fin et maintenu constamment en bon état ». Le conseil d'hygiène de la Seine a spécifié que l'étain fin était celui qui renferme au moins 995 millièmes d'étain pur, mais, en raison du prix du plomb, (0 fr. 25 le kilog, contre 1 fr. 80, prix du kilog d'étain), les industriels résistent à cette mesure, sous prétexte que les soudures deviennent alors impossibles. Cependant, le ministère de la guerre est parvenu à obtenir que les objets et ustensiles destinés, dans l'armée, à contenir des aliments solides et liquides soient composés de 95 0/0 d'étain contre 5 0/0 de plomb.

Il est regrettable que l'administration civile n'ait pas adopté cette dernière formule qui satisfait tout à la fois aux exigences de la pratique et de l'hygiène. On espère, il est vrai, arriver à trouver un alliage d'étain non plombifère ; ces alliages, qui résistent assez bien aux liqueurs acidulées, sont rapidement attaqués par les eaux additionnées de 10 gr. de bicarbonate de soude par litre, même par l'eau salée, et à la longue ils deviennent cassants à l'air. M. Riche poursuit des expériences à ce sujet, avec de l'étain durci par de petites quantités d'autres métaux.

Il importe donc d'appeler de nouveau l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'exiger l'application de la réglementation qui prescrit l'usage de plomb en trop grande quantité dans le vase destiné à recevoir des liquides alimentaires.

Vélocipédisme.

M. Hallopeau lit, sur le mémoire communiqué à la dernière séance par M. le Dr L. H. Petit, concernant trois cas de mort subite en vélocipède, un rapport dont les conclusions, vivement discutées par plusieurs membres de l'Académie, sont adoptées comme il suit :

1° Chez un sujet expérimenté, l'usage modéré de la bicyclette ne trouble en aucune mesure les fonctions cardiaques.

2° Son rôle dans la production de morts subites chez des cardiaques ne peut être que celui d'une cause occasionnelle d'importance secondaire.

3° L'expérience seule pourra démontrer l'influence de la bicyclette dans les cas de mort subite chez les cardiaques.

4° C'est surtout chez les malades atteints d'insuffisance aortique ou d'affection mitrale non compensée que l'interdiction doit être absolue.

5° Les efforts liés, soit à l'apprentissage, soit à la course trop rapide, soit à l'ascension des côtes, doivent être seuls considérés comme dangereux.

6° L'Académie accueillerait avec grande faveur tous les documents qui pourraient servir à éclairer cette question.

7° Il y a lieu de demander que la statistique municipale indique les conditions dans lesquelles ont eu lieu les morts subites observées dans Paris.

M. L. Gaillard lit un mémoire sur les indications chirurgicales dans la lithiase biliaire. (*Sera publié.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

1er *semestre* 1894.

Tuberculose cutanée.

M Prautois présente *plusieurs pièces anatomiques* qu'il a recueillies dans le service de M. le professeur Spillmann et qui proviennent d'un ouvrier verrier, âgé de 40 ans, mort de tuberculose pulmonaire.

Entourant les poignets en bracelet et sur les éminences thénar, on remarque des plaques cornées, papillomateuses, bordées d'une zone érythémateuse (tuberculose verruqueuse de Riehl). A diverses reprises depuis 1885, on a pratiqué le raclage de la lésion, toujours suivi de récidive ; le dernier fut fait au mois d'août 1892 par M. Prautois qui, avec le concours de M. Etienne, introduisit les parcelles provenant du curettage dans le péritoine de deux cobayes. Les deux cobayes, à six mois de là, moururent de granulie.

Sur prise d'autopsie, il existait chez le malade de la pyélonéphrite, de l'urétérite et de la cystite tuberculeuses. Le rein droit seul est bourré de tubercules dont quelques-uns sont ramollis ; les parois de l'uretère et de la vessie sont épaissies et présentent des végétations de même nature. La prostate et les vésicules séminales sont indemnes.

M. Prautois se demande comment de telles lésions ont pu ne pas occasionner de symptômes fonctionnels et subjectifs. D'autre part, la lésion pulmonaire a-t-elle précédé la tuberculose cornée ; et quel fut du rein ou de la vessie le premier organe atteint ? Ce sont deux problèmes que l'auteur pose sans les résoudre.

M. Spillmann attire tout spécialement l'attention sur la symétrie des lésions des deux mains et croit que le malade était tuberculeux avant l'apparition de la tuberculose cutanée. — Il fait remarquer, de plus, l'importance des lésions du rein gauche, de l'uretère et de la vessie, et considère comme phénomène à noter que le malade ne s'est jamais plaint de douleurs à la région vésicale, fait extraordinaire eu égard à l'étendue des lésions de cet organe.

De la thyrotomie.

M. Weiss. — Un garçon de 10 ans, qui souffrait depuis six mois de troubles toujours croissants de la respiration et de la phonation, dus à un polype du larynx, eut, à la suite d'une tentative d'extraction de ce polype, un accès de suffocation tel qu'il fallut faire la trachéotomie d'urgence. M. Weiss sectionna ensuite, après chloroformisation préalable par la canule, le corps thyroïde sur la ligne médiane et put enlever le polype, dont il cautérisa le point d'implantation avec le galvano-cautère. L'enfant guérit de la façon la plus

satisfaisante et recouvra la voix au bout de quelque temps.

M. Weiss profite de cette occasion pour affirmer l'utilité et l'innocuité de la thyrotomie comme opération préliminaire de l'ablation des tumeurs laryngées. Il pense qu'elle peut même être employée avantageusement comme opération exploratrice dans certains cas douteux, comme il l'a vu faire par M. Vautrin.

M. Rohmer a eu l'occasion de pratiquer une opération du même genre chez un enfant de 7 ans atteint de cornage qu'il vit il y a environ quatre ans. A l'examen laryngoscopique, il trouva un papillome du larynx avec large base d'implantation qui empêchait l'extraction par les voies naturelles. M. Rohmer pratiqua la cricotomie, puis la thyrotomie, enleva la tumeur qui occupait tout le ventricule droit, et, après cautérisation de la base d'implantation, sutura le cartilage thyroïde en laissant une canule à demeure au niveau du cricoïde. Cette canule ne put être enlevée qu'au bout de 3 ans. La fistule laryngée s'est fermée depuis et actuellement le sujet se porte parfaitement bien sans récidive. L'opération donna très peu de sang.

M. Vautrin a opéré de thyrotomie, sans trachéotomie préalable et sans placer de canule, un homme de 65 ans atteint d'une tumeur au niveau d'un des cartilages aryténoïdes. L'opération fut très facile et les suites très simples. La force et le timbre de la voix sont peu à peu revenus à la normale. M. Vautrin insiste sur l'inutilité de la trachéotomie et de l'emploi préalable de la canule de Trendelenburg dans tous les cas où une hémorrhagie n'est pas à craindre au cours de l'opération.

M. Rohmer croit la canule indispensable toutes les fois qu'on s'attend à une hémorrhagie.

M. Th. Weiss fait remarquer que dans certains cas, tels que celui dont il a présenté l'observation, la trachéotomie préalable peut être indiquée à titre d'opération d'urgence.

Molluscum simplex.

M. Spillmann. — Femme de 28 ans, sans antécédent héréditaire, d'une constitution lymphatique; a observé pour la première fois, il y a six ans, au bras gauche, une tumeur qui a aujourd'hui le volume d'une noisette. Cette tumeur a une teinte violacée; elle est molle et semble sortir d'une éraillure faite dans la peau. D'autres tumeurs se sont développées successivement. Quelques-unes sont pédiculées et ressemblent à une bourse vide. Elles ont la coloration de la peau. On en compte 320 sur la poitrine et l'abdomen, dont 12 du volume d'une noisette, 50 moyennes et 258 petites. Au dos il y en a 524, dont 5 grosses, 90 moyennes et 429 petites. Il existe une tumeur du volume d'une noisette à la grande lèvre droite, et une autre à la face dorsale du pied droit. Rien à la face ni au cuir chevelu. On n'observe en aucun point de trace de nævus.

La santé de cette femme est très bonne.

Cette observation est intéressante par la multiplicité des tumeurs et par l'absence de nævi datant de la naissance.

Foie hérédo-syphilitique.

M. Haushalter présente le foie d'un enfant hérédo-syphilitique, mort à quatre mois d'une broncho-pneumonie aiguë et chez lequel les premiers symptômes de la syphilis s'étaient manifestés six semaines après la naissance, sous forme d'une éruption papuleuse, de fissures labiales, de coryza. A la surface de ce foie, on voit deux gommes aplaties, distantes l'une de l'autre de quelques millimètres, et dont la plus grande a le diamètre d'une pièce de deux francs; la portion du tissu hépatique sur laquelle reposent ces gommes montre, sur une épaisseur de deux centim. environ, les altérations de syphilis hépatique héréditaire rappelant l'aspect de la *pierre à fusil* et connues depuis Gubler sous le nom de *foie silex*.

Rechute vraie dans la scarlatine.

M. Hecht. — Un enfant de 7 ans, après des prodromes peu accentués, fut atteint d'une scarlatine remarquable par la généralisation rapide et l'intensité de l'éruption, avec fièvre modérée et chute thermique dès le 3e jour. L'éruption scarlatineuse était accompagnée d'une angine pultacée qui céda facilement à une médication locale boriquée. Dès le 5e jour, toute trace d'éruption avait disparu et la desquamation commença peu après. Apyrexie complète pendant les 7 jours suivants, mais avec quelques symptômes d'abattement. A partir du 12e jour survint une nouvelle poussée fébrile, et, le 17e jour, apparut une seconde éruption scarlatineuse qui débuta à la région sternale pour s'étendre ensuite à la poitrine, au dos, à l'abdomen, aux cuisses et aux bras, aux jambes et au dos des mains, avec élévation thermique oscillant entre 38°4 et 39°3. Cette nouvelle éruption disparut au bout de 6 jours et, 2 jours après, la température retomba à la normale pour rester ensuite hyponormale à 36°5 pendant quelque temps. La convalescence définitive s'établit alors sans albuminurie ni autre incident qu'une tuméfaction des ganglions des deux régions mastoïdiennes qui céda à une médication locale iodurée. M. Hecht fait ressortir l'égale intensité des deux éruptions successives, la faible réaction fébrile qui les accompagna, l'hyperthermie prodromale qui précéda la rechute pendant 5 jours, l'absence de complications, enfin l'âge de l'enfant et la date d'apparition de la rechute, ces deux derniers éléments concordant avec les observations déjà publiées, tandis que les précédents en diffèrent plus ou moins notablement. M. Hecht émet en terminant l'hypothèse que la rechute pourrait trouver son explication dans une génération nouvelle des éléments infectieux, cause de la maladie, comme M. Bernheim propose de l'admettre au sujet des fièvres typhoïdes à rechute.

Cancer pulmonaire avec hématome pleural.

M. Spillmann relate l'histoire d'un mineur, âgé de 49 ans. Pas d'antécédents : fort et robuste, commence à tousser au mois de mars 1893 et ne peut continuer à travailler qu'à partir de la fin de novembre seulement. A ce moment a de la fièvre et présente des symptômes de pleurite gauche qui en imposent pour une pleurite d'origine tuberculeuse.

A son entrée à l'hôpital, le 9 janvier 1894, le malade était très pâle, cachectique. Il présentait une matité compacte en avant et en arrière du côté gauche. Les crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch. Il existait au-dessus de la clavicule gauche un ganglion dur, roulant sous le doigt.

Une ponction exploratrice donna issue à du sang pur.

Le diagnostic porté à ce moment fut celui de cancer du poumon.

Le malade se plaignant d'une dyspnée intense, on retira un litre d'un liquide couleur chocolat. Cette ponction soulagea beaucoup le malade.

Quelques jours après, nouvelle ponction donnant issue à 500 gr. de liquide.

Le 22 janvier, le malade avait passé une très bonne journée, quand, vers minuit, il fut pris de dyspnée et succomba deux heures après dans une syncope.

A l'autopsie, la plèvre gauche contenait trois litres environ d'un liquide sanglant mélangé de caillots. La plèvre était très épaissie. Le poumon gauche, réduit au volume d'une orange, était noir, très dur (pneumonie chronique). Nombreux ganglions bronchiques. Le poumon droit présentait des symptômes de congestion et de pneumoconiose.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Baraban, a permis de reconnaître un cancer du poumon avec propagation à la lèvre.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre.

Le diagnostic de cancer du poumon a pu être porté pendant la vie en se basant sur l'existence de la cachexie, de la pleurite hémorrhagique et surtout de l'adénopathie sus-claviculaire. Ce signe a une réelle valeur. Il se rencontre rarement, mais sa présence n'en a que plus d'importance.

La coïncidence de la pneumoconiose avec le cancer du poumon a déjà été signalée par Haerting et Hesse et s'est trouvée confirmée ici.

Comme conclusion M. Spillmann pense que, si la ponction répétée peut donner dans certains cas de pleurite hémorrhagique d'excellents résultats et amener rapidement la guérison, elle est absolument contre-indiquée dans la pleurésie hémorrhagique liée à une néoplasie pulmonaire. L'épanchement se reproduit en effet toujours avec les mêmes caractères et rien ne peut arrêter la marche fatale de la maladie.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 36 — 19 SEPTEMBRE 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Monument Villemin. — Le président du Comité pour l'érection d'un monument à la mémoire de Villemin annonce que l'inauguration aura lieu dans la ville de Bruyères (Vosges), le 30 septembre courant.

☞ **G. MASSON, éditeur**
120, Boulevard Saint-Germain.

VIENT DE PARAITRE :

Traité théorique et pratique d'hydrothérapie médicale, par le Dr F. BOTTEY, ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Salpêtrière, médecin de l'établissement de Divonne. 1 volume in-8°. 10 fr.

Après avoir fait ses débuts sans règles et sans doctrines rationnelles, d'une façon purement empirique, l'*hydrothérapie* est définitivement entrée, depuis bientôt cinquante ans, dans une voie positive et expérimentale qui l'élève désormais à la hauteur d'une véritable science. On peut affirmer maintenant, sans crainte d'exagérer la comparaison, que cette branche de l'art de guérir possède, au même titre que la thérapeutique pharmaceutique et médicamenteuse, des formules variées permettant au médecin de remplir les indications qui lui sont fournies par la maladie.

C'est a bien connaître les actions thérapeutiques diverses de la méthode, les moyens mis en œuvre pour les obtenir, ainsi que les indications spéciales auxquelles les actions thérapeutiques répondent, que doit s'appliquer l'étude de l'hydrothérapie. C'est dans ce but que M. le docteur Bottey a écrit son *Traité*.

Ce livre, résultat de l'observation de tous les jours, a été conçu dans un sens à la fois scientifique et pratique. La première partie, physiologique et technique, est consacrée à l'historique; à l'étude des agents physiques (la chaleur et le froid) et à leur action physiologique; à la réaction, ce phénomène si important en hydrothérapie; à la description des procédés et appareils (hydrothérapie générale, locale, sudation, *hydrothérapie à domicile*, etc.); aux effets thérapeutiques et aux médications hydrothérapiques; au traitement en général et aux conditions adjuvantes; aux indications et aux contre-indications.

Dans la seconde partie, essentiellement clinique, l'auteur a passé en revue toutes les affections aiguës et chroniques qui sont du ressort de l'hydrothérapie, et les procédés thérapeutiques qui leur sont applicables. Un chapitre sur l'hydrothérapie au point de vue hygiénique et thérapeutique termine cet important ouvrage, qui sera consulté avec fruit à la fois par l'élève, le praticien et le médecin qui désire être au courant des travaux bibliographiques écrits sur cette branche si importante de la thérapeutique.

La Faune des cadavres (Application de l'Entomologie à la Médecine légale), par M. P. MÉGNIN, membre de l'Académie de médecine. 1 volume petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. 2 fr. 50.

Ce livre est la démonstration d'une loi découverte par l'auteur, d'après laquelle les insectes des cadavres, les *Travailleurs de la mort*, n'arrivent à table que successivement, par escouades, et dans un ordre constant. La connaissance de cette loi permet de déterminer assez exactement l'époque de la mort, pourvu qu'elle ne dépasse pas trois ans; nombreux exemples cités.

Pus et suppuration, par le Dr MAURICE LETULLE, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. petit in-8° de l'*Encyclopédie des Aide-Mémoire*. 2 f. 50

Dans cette étude pratique et théorique de la suppuration, l'auteur a groupé successivement les caractères macroscopiques, histologiques et chimiques du pus, nécessaires à l'élève aussi bien qu'au praticien.

La seconde partie du volume, consacrée à la suppuration, aborde l'anatomie pathologique des lésions, leur étiologie (microbes pyogènes) et leur pathogénie (substances pyogènes). Un dernier chapitre expose la pathologie générale de la pyogénie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des paralysies para-infectieuses. Leur traitement par les eaux de la Malou, par le Dr Charles Ménard, ancien interne des hôpitaux de Montpellier. Montpellier, C. Coulet, et Paris, G. Masson, éditeurs. 1 brochure in-8°. 3 fr. 50

Epithéliome et Lupus, par le docteur Victor Desbonnets, ancien interne des hôpitaux de Lille. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1894, gr. in-8° de 130 pages avec tableau. 3 fr. 50

L'intubation du larynx chez l'enfant et chez l'adulte, ses indications, sa valeur thérapeutique, simplifications des instruments d'O' Droyer, par Paul Ferroud, docteur en médecine. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, gr. in-8°, 150 pages. 3 fr. 50

Des traumatismes crâniens et du mode d'action de la crâniectomie, par le docteur Louis Masson. Paris, librairie de J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1894, gr. in-8°, 282 pages. 6 fr.

Les Eaux d'alimentation, épuration, filtration, stérilisation, par le Dr E. Guinochet, pharmacien en chef de la Charité. 1 vol. in-18 jésus de 369 pages, avec 52 figures, cartonné. (*Encyclopédie de chimie industrielle.*) 5 fr.

M. Guinochet étudie d'abord la filtration centrale (galeries filtrantes latérales aux fleuves, filtres à sable. puits Lefort, procédés industriels divers, épuration par l'électricité).

Vient ensuite l'étude de la filtration domestique, comprenant :

1° Les procédés d'épuration par les substances chimiques ;

2° Les divers types de filtres domestiques, français et étrangers ;

3° Le nettoyage et la stérilisation des filtres.

La dernière partie est consacrée à la stérilisation par la chaleur et comprend l'action de la chaleur sur les eaux et l'étude des divers appareils stérilisateurs.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Les indications de la cure chirurgicale dans la lithiase biliaire, par L. Galliard, médecin des hôpitaux.

Depuis l'époque où les progrès de l'autopsie ont permis aux chirurgiens de mettre à profit les enseignements de J.-L. Petit et d'attaquer hardiment les voies biliaires, les opérations se sont multipliées de telle sorte que nous avons aujourd'hui le devoir de chercher dans les résultats obtenus des indications précises pour l'avenir.

Pour ce qui concerne la lithiase biliaire, il y a, bien heureusement, un nombre considérable de cas où la thérapeutique médicale proprement dite possède une efficacité suffisante. Lorsque la lithiase est *rebelle* à cette thérapeutique ou lorsqu'elle devient *compliquée*, c'est à nous, médecins, qu'il appartient de discipliner, au profit des malades, l'initiative chirurgicale.

Ce n'est pas devant une assemblée qui entendait naguère la voix autorisée des Terrier et des Dujardin-Beaumetz qu'il convient de reprendre en détail l'historique de la question. Citer ici tous les faits publiés, rappeler le nom des auteurs, produire les chiffres et les statistiques, ce serait détacher quelques feuillets des Revues qui ont paru ou qui vont paraître.

J'ai l'ambition d'apporter à cette étude la contribution personnelle du critique et surtout du praticien.

Je veux aller droit au but. Je craindrais de m'égarer si j'insistais sur les difficultés du diagnostic et sur la fréquence des surprises réservées à l'opérateur. Je me bornerai donc à envisager les cas où la lithiase biliaire s'est manifestée d'une façon assez nette pour que nous soyons autorisés à voir en elle, au lit du malade, le point de départ des accidents observés.

Les cholélithiasiques *à opérer* ne sont pas toujours des sujets atteints d'ictère. Si l'appareil cystique est seul en cause, la jaunisse fait défaut. A côté des malades non ictériques on placera ceux qui n'ont qu'une rétention biliaire incomplète. En regard, on mettra ceux qui ont de l'ictère avec décoloration des matières fécales, c'est-à-dire obstruction du cholédoque, rétention biliaire complète et gravité spéciale du pronostic.

Cela posé, je divise les cholélithiasiques opérables en deux catégories :

1° Celle des fébricitants ;

2° Celle des apyrétiques.

Je ne parle pas ici des *hypothermiques*, car je me réserve de dénoncer l'hypothermie comme une contre-indication de l'action chirurgicale.

1° Les fébricitants.

Il ne suffit pas de constater dans la cholélithiase un accès fébrile ou une série d'accès fébriles pour armer la main du chirurgien. On sait que la colique hépatique s'accompagne souvent de fièvre et que nous guérissons cette fièvre comme nous calmons la douleur. Il s'agit là d'une infection atténuée contre laquelle l'acide salicylique constitue jusqu'à nouvel ordre l'antiseptique interne le plus rationnel. Administré par la voie gastrique ou rectale, il passe dans les voies biliaires.

Pour indiquer l'opération, il faut, avec la fièvre, l'ensemble des phénomènes généraux qui caractérisent sérieusement l'infection.

Dès lors, deux cas à considérer :

A. *Il y a tumeur avec ou sans ictère.* — La constatation d'une tumeur douloureuse de la région cystique conduit, chez les malades que j'ai en vue, au diagnostic : cholécystite suppurée.

Souvent cette cholécystite se complique, à son tour, de péricystite suppurée, de péritonite sous-hépatique ou généralisée, d'abcès du foie.

Il n'y a pas de temps à perdre. L'intervention rapide s'impose.

Que si, au lieu de la cholécystite suppurée d'origine calculeuse qu'on a diagnostiquée, on rencontrait soit une cholécystite streptococcique ou coli-bacillaire, soit un abcès sous-hépatique, soit un abcès de la région inférieure du foie, soit même un kyste hydatique antéro-inférieur suppuré, il n'y aurait pas lieu de regretter l'erreur commise, chacune de ces affections étant justiciable de l'intervention chirurgicale hâtive.

Quelques contre-indications opératoires à signaler : la péritonite aiguë généralisée, la pyléphlébite (se traduisant par l'ascite), les déterminations multiples de la septicémie (endocardite, péricardite, broncho-pneumonie, pleurésie, arthrite), etc.

Quel sera le mode d'intervention?

Tout d'abord il faut condamner la ponction exploratrice comme une opération aveugle et dangereuse.

La laparotomie étant faite, on ouvrira la vésicule pour donner issue au pus et aux concrétions et on la maintiendra ouverte (cholécystostomie), accessible aux irrigations antiseptiques. A côté d'elle, on drainera, si c'est nécessaire, les cavités suppurantes. La cholécystectomie ne sera pratiquée que si l'on est assuré de la perméabilité absolue du canal cholédoque.

B. *Il y a ictère infectieux sans tumeur.* — Ici la situation est particulièrement délicate. Contre l'angiocholite infectieuse la chirurgie ne peut rien. On ne serait autorisé à opérer que si l'obstruction du cholédoque était certaine et alors on agirait d'après les procédés que j'énumérerai plus loin, mais en faisant sur le pronostic d'extrêmes réserves.

2° Les apyrétiques.

Ici nous n'avons plus la main forcée. Il n'y a plus urgence. Nous pouvons choisir notre temps et notre heure.

Nous sommes conduits à l'opération par l'une de ces deux choses : l'intolérable douleur ou la cachexie menaçante.

Deux cas à considérer :

A. *Il n'y a pas obstruction du cholédoque.* — Je résume :

Vésicule irritable, intolérante chez une femme nerveuse, sans lésions anatomiques appréciables : incision de la vésicule, extraction des calculs, suture (cholécystotomie idéale).

Même vésicule, mais avec parois altérées : cholécystectomie.

Vésicule dilatée, hydropique, avec ou sans calculs : cholécystectomie.

Calculs enchatonnés dans le canal cystique ou sténose cicatricielle du canal cystique : cholécystectomie avec excision du canal cystique.

Si la cholécystectomie est impossible, on se contentera de la cholécystostomie.

B. *Il y a obstruction du cholédoque.* — Le danger vient ici de la cholémie plus encore que de la dénutrition par défaut de digestion intestinale.

Ce qu'il faut viser, c'est le cholédoque.

Est-il obturé par un ou plusieurs calculs enchatonnés? on réussit parfois à écraser ces concrétions sans les mettre à nu, mais alors on risque de contusionner gravement les parois canaliculaires.

Il est donc préférable d'inciser le cholédoque et d'en extraire les calculs (cholédolithectomie), puis de suturer

la plaie cholédocienne. Cette opération est délicate entre toutes. La cholédocotomie a été pratiquée cependant, d'après le relevé récent de Martig, 27 fois avec 21 succès.

La chose étant effectuée, il faut s'assurer sans violence de la perméabilité du canal.

Supposons un rétrécissement infranchissable au-dessus duquel le cholédoque serait dilaté, on pourrait faire la cholédoco-duodénostomie, opération très difficile, et qui amènerait peut-être des accidents secondaires.

Plus aisément on s'adressera à la vésicule, bien qu'elle soit en général atrophiée et ratatinée (d'après Courvoisier et Terrier), dans l'obstruction calculeuse du cholédoque. Ici, il ne peut être question de la cholécystectomie qui aurait pour conséquence inévitable l'intoxication cholémique rapide. Deux opérations sont en présence : la cholécystostomie et la cholécystentérostomie.

Si l'on compare les résultats physiologico-pathologiques de ces deux opérations, on voit que la première affaiblit les malades en privant l'intestin du flux biliaire intra-intestinal; la seconde expose les voies biliaires des opérés à l'infection putride, d'origine intestinale.

Je n'hésite pas, pour ma part, à donner la préférence, chez les cholélithiasiques, à la cholécystostomie. Cette opération permet, en effet, de conserver longtemps le *tube de sûreté* dont parlait M. Terrier, qui livre passage aux calculs attardés ainsi qu'aux matières excrémentitielles éliminées par le foie. Elle donne au cholédoque, s'il n'est pas définitivement obstrué, le temps de guérir l'inflammation qui a pu faire croire à une sténose irrémédiable.

Pour conjurer les effets fâcheux de la suppression du flux biliaire intra-intestinal, je conseille d'administrer aux opérés des doses suffisantes d'extrait de fiel de bœuf, en prenant la précaution de faire enrober cette substance dans le salol. Les bols de fiel de bœuf enrobés dans le salol sont ainsi protégés contre l'action du contenu gastrique, traversent sans dommage l'estomac et se dissolvent dans le duodénum au contact du suc pancréatique.

D'ailleurs, dans les cas où la déperdition de bile a de trop graves inconvénients, rien n'empêche de pratiquer secondairement la cholécystentérostomie.

Les injections d'éther (on pourrait choisir d'autres agents lithotriptiques) ont réussi dans un cas à M. Fontan. Il ne faut pas trop compter sur leur efficacité.

Les contre-indications opératoires sont la grossesse, l'hypertrophie énorme du foie et de la tête, l'hypothermie qui révèle la déchéance profonde du foie et qui s'associe à l'ictère grave, les cachexies tuberculeuse, cardiaque, diabétique, brighthique, cancéreuse.

Lorsqu'à la rétention biliaire s'unit l'ascite, on diagnostiquera le cancer de la tête du pancréas. L'analyse des matières fécales fournira, au point de vue de l'état du pancréas, de précieux renseignements.

Je ne donne pas comme contre-indication l'âge avancé des malades : certains cholélithiasiques très âgés ont bénéficié de la cure chirurgicale.

REVUE DES CONGRÈS

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

Tenu à Budapest du 2 au 8 septembre 1894.

De l'immunité dans les maladies infectieuses.

M. El. Metchnikoff (Paris), *rapporteur*. — Dans la théorie humorale soutenue par M. Buchner, on se figurait que les microbes arrivés dans l'organisme y subissaient une influence plus ou moins nuisible des humeurs préparées d'avance, telles que le plasma sanguin, le liquide des exsudats, l'humeur aqueuse, etc. Si ces humeurs détruisaient les microbes, l'organisme restait indemne et les cadavres des microbes étaient simplement balayés et emportés par les leucocytes. Si, au contraire, les humeurs étaient incapables de détruire les microbes, ceux-ci se développaient librement dans l'organisme dépourvu de toute immunité.

Ni avant le Congrès de Londres, ni dans ces trois dernières années, on n'a jamais pu fournir un seul exemple concret de cette action humorale dans l'organisme animal. Mais un grand nombre des faits recueillis s'opposent à l'admission de la théorie bactéricide. Je ne citerai que l'exemple fourni par M. Stern de l'action bactéricide du sang humain vis-à-vis du bacille de la fièvre typhoïde. Assez marquée dans le sang des personnes normales, cette action diminue notablement chez les individus guéris. La propriété bactéricide du sang dans ce cas est donc diamétralement opposée à l'immunité.

Probablement sous l'influence de tous ces faits, M. Buchner a modifié sa théorie et il admet aujourd'hui que la propriété bactéricide du sang est surtout due aux leucocytes qui dégagent les alexines capables de détruire les microbes; lorsque, dans un processus infectieux, il s'établit une inflammation avec une accumulation considérable de leucocytes, ces cellules interviennent non plus seulement pour englober les microbes morts, mais bien pour dégager d'abord le fluide microbicide. La nouvelle conception de M. Buchner n'est donc plus une théorie purement humorale, mais une théorie cellulaire, créée dans le but de concilier les anciennes théories de l'immunité.

MM. Hankin, Kanthack et Hardy avaient déjà formulé une opinion qui devait concilier les théories opposées de l'immunité. Ces auteurs ont admis que les alexines bactéricides étaient un produit de sécrétion des leucocytes éosinophiles. D'après leur conception, les granulations éosinophiles dégagées par les cellules tueraient les microbes qui sont ensuite englobés et dissous par les leucocytes non éosinophiles. Cette théorie est définitivement réfutée par M. Mesnil qui, dans un travail inédit exécuté dans mon laboratoire, a prouvé que, chez certains poissons osseux, et notamment chez la perche, il n'existe pas du tout de granulations éosinophiles ou pseudo-éosinophiles et que, malgré cela, la destruction des microbes s'opère tout aussi bien par les phagocytes que chez les animaux doués de la plus grande quantité d'éléments éosinophiles.

Parmi les savants qui ont devancé M. Buchner dans la voie de conciliation, je dois encore citer M. Denys et ses collaborateurs, qui ont tâché de démontrer le rôle des leucocytes dans la manifestation bactéricide du sang.

Voilà donc une série de tentatives qui prouvent l'impossibilité de persister dans la voie de la conception purement humorale de l'immunité.

Certains savants, voyant que les microbes n'étaient pas détruits par les humeurs des animaux réfractaires, admettaient que les liquides de l'organisme suffisaient seulement à atténuer les bactéries. Il naquit ainsi la *théorie de la propriété atténuante des humeurs*. Les recherches de M. Sanarelli ont montré que la prétendue atténuation n'existait pas en réalité, et que les phénomènes qui pouvaient suggérer cette idée s'expliquent par l'intervention d'un pouvoir préventif du sérum des animaux vaccinés.

Je n'ai pas besoin d'insister longtemps sur l'impossibilité de soutenir la théorie du rôle des antitoxines dans l'immunité. Comme l'avait déjà prévu M. Roux, dans sa communication au Congrès de Londres, la découverte par M. Behring de la propriété antitoxique du sérum des animaux vaccinés contre le tétanos et la diphthérie ne pouvait nullement servir comme base d'une théorie générale de l'immunité; des faits nombreux ont confirmé cette opinion.

Même pour le tétanos et la diphthérie, qui ont servi de première base à la théorie antitoxique, celle-ci n'a pu suffire à expliquer l'immunité. Je dois surtout mentionner ici une longue série de recherches de MM. Roux et Vaillard, qui ont constaté à maintes reprises que chez les animaux et l'homme, lesquels sont loin d'être réfractaires au tétanos, les humeurs peuvent acquérir un fort degré de propriété antitoxique.

M. Behring lui-même a été amené à cette conclusion que l'immunité dans le tétanos réside dans les propriétés cellulaires de l'organisme. M. Behring distingue la vraie immu-

nité acquise ou l'*immunité active*, suivant la terminologie de M. Ehrlich, d'avec l'immunité passagère ou *passive*. La première est attribuée maintenant par M. Behring à une fonction cellulaire, l'immunité passive étant seule considérée par lui comme purement humorale.

Les partisans des théories humorales ont donc en général abandonné leur point de vue primitif et ont dû s'approcher d'une façon plus ou moins complète de la conception cellulaire de l'immunité.

L'extension générale de la phagocytose a été établie par de nombreuses recherches sur les animaux les plus différents et vis-à-vis des microbes les plus variés. Les bactéries récemment découvertes n'échappent pas à la règle. Le coccobacille de la peste orientale, qui vient d'être découvert, se trouve, dans les cas les moins graves, en grande quantité à l'intérieur des phagocytes, comme l'a constaté M. E. Roux. Le petit bacille de l'influenza, découvert par M. R. Pfeiffer, présente des rapports constants et très intéressants avec les leucocytes; au début de la maladie, la plupart de ces microbes sont libres, tandis que pendant la convalescence leur englobement par les leucocytes devient de plus en plus considérable. M. Issaeff a pu se convaincre de la grande extension et de l'importance des phénomènes phagocytaires dans la péritonite cholérique des cobayes; la résistance remarquable des animaux, qui est provoquée par une simple injection du bouillon, de la tuberculine, ou de toute une série d'autres substances, s'explique d'après M. Issaeff par la stimulation des phagocytes qui s'incorporent les vibrions et débarrassent ainsi l'organisme de ces producteurs de poisons. M. R. Pfeiffer a accepté cette interprétation, qui attribue un rôle considérable aux phagocytes, mais il fait une distinction entre la résistance passagère due à l'injection du bouillon et d'autres substances, et la vraie immunité provoquée par la vaccination avec le vibrion ou ses produits toxiques. Dans la première, ce sont les leucocytes qui préservent l'organisme, tandis que dans la vraie immunité, la destruction des vibrions est due à d'autres facteurs.

Dans un tout récent travail, M. Pfeiffer insiste sur l'action bactéricide du liquide de l'exsudat péritonéal des cobayes *hypervaccinés* contre le vibrion cholérique. Voici les faits qu'il a constatés : lorsqu'on injecte dans le péritoine de ces cobayes hypervaccinés des vibrions cholériques vivants, on trouve dans le liquide péritonéal extrait dix à vingt minutes après très peu de leucocytes et une quantité de vibrions devenus immobiles et transformés en petits globules sphériques. Au fur et à mesure que le nombre de ces globules diminue, celui des leucocytes augmente.

Se basant sur ces faits, M. Pfeiffer se fait de l'immunité la conception suivante : à la suite de l'injection des vibrions cholériques dans le péritoine des cobayes hypervaccinés, les cellules vivantes, c'est-à-dire probablement les cellules endothéliales, sécrètent un liquide qui tue les vibrions et les dissout au bout de peu de temps. Les leucocytes n'interviennent que tardivement et ne jouent qu'un rôle secondaire. M. Pfeiffer en conclut que, pour la péritonite cholérique des cobayes, la théorie des phagocytes doit être considérée comme définitivement erronée. Je dois avant tout faire observer que la conception de l'immunité de M. Pfeiffer rentre dans le cadre des théories cellulaires, la destruction des vibrions étant due à un liquide sécrété par des cellules irritées par l'invasion des microbes.

J'ai vérifié moi-même l'exactitude des faits constatés par M. Pfeiffer. Les vibrions injectés dans le péritoine des cobayes hypervaccinés sont rapidement transformés en grande partie en globules immobiles et ronds, dont le nombre diminue à chaque prise nouvelle de l'exsudat, alors que les leucocytes deviennent au contraire plus nombreux. Mais ce liquide péritonéal, conservé en goutte suspendue à l'étuve, donnait toujours des cultures abondantes de vibrions. L'observation directe a démontré que la grande majorité de ces globules se transforment dans ces conditions en vibrions immobiles, revêtant souvent des formes de spirilles. Par contre, je n'ai jamais observé de dissolution de globules dans le liquide péritonéal.

En suivant rigoureusement les sègles prescrites par M. Pfeiffer, j'ai pu m'assurer que les vibrions cholériques dans le péritoine des cobayes hypervaccinés ou dans celui des cobayes neufs qui ont reçu le sérum hypervacciné restent vivants pendant plusieurs heures. Le liquide péritonéal, dans lequel on ne trouve que de rares vibrions englobés par les leucocytes, donne encore des cultures abondantes. Le plasma de l'exsudat était donc incapable de tuer les microbes.

L'observation directe nous prouve que, contrairement à l'opinion de M. Pfeiffer, le rôle des leucocytes de la lymphe péritonéale ne doit nullement être exclu dans la transformation des vibrions en globules immobiles. Lorsqu'on retire le liquide péritonéal, cinq minutes seulement après l'injection des vibrions mélangés avec le sérum préparé par M. Pfeiffer, on est frappé par le phénomène suivant : les leucocytes se montrent entourés d'une couche de vibrions, en grande partie déjà transformés en globules. Tandis que les leucocytes polynucléaires, les grands mononucléaires et même les éosinophiles sont enveloppés d'une masse épaisse de ces microbes, les lymphocytes et les globules rouges restent complètement nus et ne sont entourés d'aucun microbe. Ce fait démontre l'existence d'une action chimiotactique des leucocytes dénommés vis-à-vis des vibrions cholériques. L'action de ces cellules sur les vibrions est donc incontestable.

Je dois insister surtout sur ce fait, que j'ai constaté un grand nombre de fois et aussi chez des cobayes hypervaccinés contre le vibrion cholérique, que le liquide ne renfermant que des microbes englobés dans des phagocytes donne des cultures pures. Introduit à l'étuve sous forme de goutte suspendue, ce liquide présente le phénomène que j'ai déjà décrit plusieurs fois. Les leucocytes, morts dans ces conditions, se gonflent et se transforment en des sacs remplis de vibrions qui finissent par envahir toute la goutte. Cette expérience montre que les microbes ont été englobés à l'état vivant et que les forces bactéricides extra-cellulaires étaient impuissantes à tuer toutes les bactéries. J'insiste sur ce fait qui constitue une objection capitale à la nouvelle interprétation de M. R. Pfeiffer ainsi qu'à toutes les autres théories humorales.

La théorie des phagocytes, malgré l'affirmation de M. Pfeiffer, s'applique très bien à la péritonite cholérique des cobayes, comme elle s'applique à un très grand nombre de phénomènes de résistance de l'organisme contre l'invasion du microbe en général.

Des recherches nombreuses faites dans ces dernières années résulte l'extension du rôle des phagocytes en dehors de l'englobement des corps solides. La grande sensibilité de ces cellules vis-à-vis des produits solubles des microbes faisait supposer une action des phagocytes sur les toxines. M. Chatenay a fait dans mon laboratoire une étude sur la réaction phagocytaire des animaux empoisonnés par les toxines bactériennes (diphthérine et tétanine), phanérogamiques (ricine et abrine) et animales (venin des serpents). Il a pu constater une grande analogie avec les phénomènes connus dans les infections bactériennes. Lorsque la mort survient au bout de très peu de temps, le nombre des leucocytes diminue ; s'il y a une survie au delà de vingt-quatre heures ou une résistance définitive, il se produit une hyperleucocytose plus ou moins prononcée.

J'ai étudié la leucocytose des lapins empoisonnés par l'acide arsénieux, et j'ai pu également constater une hypoleucocytose prononcée dans les cas mortels. Mais chez les animaux accoutumés à l'arsenic, les mêmes doses qui amenaient l'hypoleucocytose et la mort des lapins témoins produisaient une augmentation considérable du nombre des leucocytes. Ces expériences prouvent, d'un côté, la réaction leucocytaire contre les poisons, et démontrent, d'un autre côté, que l'hyperleucocytose peut être produite non seulement par les protéines, mais aussi par des substances sûrement toxiques.

Les phénomènes leucocytaires dans les empoisonnements par les toxines organiques, dans l'accoutumance de l'organisme vis-à-vis de l'arsenic montrent l'importance des éléments phagocytaires. D'autre part, la façon dont agissent les sérums dans la thérapeutique et le traitement préventif des infections, en stimulant la résistance cellulaire, montre une fois de plus la vaste part qu'occupent dans les phénomènes de guérison et d'immunité les fonctions réactionnelles des cellules en général et des phagocytes en particulier.

En résumé, nous pouvons constater le triomphe de la théorie cellulaire de l'immunité et l'échec des théories purement humorales, et nous devons insister sur ce résultat

général que l'immunité dans les maladies infectieuses est due à l'activité des cellules vivantes de l'organisme; or, parmi ces éléments, le premier rôle doit être certainement attribué aux phagocytes.

M. H. Buchner (Munich). — Depuis le dernier Congrès international d'hygiène réuni à Londres en 1891, la question de l'immunité a été éclairée par un grand nombre de faits et d'aperçus nouveaux. Si nos connaissances sur ce point se sont étendues, le problème d'autre part est devenu singulièrement plus complexe qu'il ne l'était. Il y a trois ans, Behring et Kitasato commençaient à peine l'étude de l'immunité spécifique acquise et de son transfert d'un individu, d'une espèce, à l'autre. Jusque-là on pensait que l'immunité spécifique était une propriété inhérente aux éléments organisés; le progrès fondamental fut de démontrer qu'il n'en était au moins pas toujours ainsi, et qu'elle appartenait à des substances en dissolution dans le sérum, les *antitoxines*. Mais on découvrit que déjà chez les animaux normaux il existait congénitalement une action bactéricide due aussi à des produits solubles, les *alexines*.

L'immunité acquise artificiellement et l'immunité naturelle tout d'abord confondues doivent être aujourd'hui nettement distinguées; les antitoxines et les alexines sont choses absolument distinctes, bien qu'elles existent et agissent simultanément chez les animaux infectés ou vaccinés.

Parmi les travaux nouveaux au sujet de l'immunité dite naturelle, il faut mentionner ceux par lesquels Denys et Kaisin ont mis hors de doute l'action bactéricide du sang et du sérum, action qui n'est jamais primitivement aussi intense qu'elle peut le devenir à la suite d'une infection.

Les travaux de Daremberg sur l'action globulicide du sérum jetèrent une nouvelle lumière sur le pouvoir bactéricide du sang et du sérum; il montra que ces propriétés sont détruites par le simple chauffage à 55° ou 60°. Mes recherches ont montré depuis que l'action bactéricide et globulicide du sérum est diminuée et même détruite par la lumière, la chaleur et la présence d'oxygène; le contact du sérum de chien avec celui de lapin leur fait perdre également cette double propriété.

Quant à la nature des substances bactéricides du sérum, des alexines, tout ce qu'on sait, c'est qu'elles semblent appartenir au groupe des albuminoïdes.

Hankin, Vaughan, Kossel, avaient considéré les leucocytes comme les producteurs des alexines; la démonstration de cette idée a été donnée par de récentes expériences faites par moi et mes collaborateurs : en injectant dans la cavité pleurale de lapins une émulsion stérilisée de colle de farine, nous avons pu produire des exsudats dépourvus de bactéries et riches en leucocytes qui se sont montrés plus énergiquement bactéricides que le sang et le sérum des mêmes animaux.

Cette activité plus grande est causée par la présence des leucocytes; mais on peut se demander si elle est explicable ou non par la phagocytose, qui était là très active. Si les exsudats sont congelés, puis dégelés, les alexines bactéricides persistent, tandis que les leucocytes sont tués. Cela montre bien que la phagocytose est un acte secondaire dans la lutte contre les infections, tandis que l'action bactéricide essentielle appartient en propre à des produits solubles, lesquels proviennent, à la vérité, des leucocytes. Ces alexines, qui avaient résisté à la congélation, perdirent leur propriété par le chauffage à 55°.

Ces expériences modifient les idées généralement reçues au sujet de la phagocytose décrite par Metchnikoff, mais elles laissent debout et la théorie elle-même et l'importance du rôle des leucocytes; ce n'est que de leur mode d'action dont il s'agit. Elles permettent aussi de répondre à quelques objections faites à la phagocytose; c'est ainsi que les vibrions cholériques introduits dans la cavité péritonéale de cobayes immunisés sont rapidement tués sans phagocytose, ce que l'on conçoit bien quand on connaît l'action bactéricide provenant des leucocytes et indépendante de la digestion des bactéries.

Les acquisitions nouvelles de la science au sujet de l'immunité spécifique acquise ou artificiellement créée sont encore plus difficiles à exposer.

Behring et Kitasato pour le tétanos, Behring pour la diphthérie, ont découvert qu'il était possible de transférer d'un animal à l'autre l'immunité spécifique par le sérum. Bien des travaux ont été faits ensuite sur le même sujet. Il faut d'abord citer ceux d'Ehrlich sur l'immunisation vis-à-vis des phytalbumoses toxiques, sur la mensuration du degré d'immunité, et enfin sur l'hérédité de l'immunité; ces derniers lui ont fait découvrir le passage des antitoxines dans le lait. Puis Behring a reconnu que pour guérir une infection déjà faite, il faut des quantités de sérum antitoxique plus grandes ou un sérum de degré plus élevé que pour prévenir cette infection.

L'étude de la nature des antitoxines a montré qu'elles étaient très résistantes aux divers agents physiques, lumière, chaleur et même putréfaction; cela nous amène à penser qu'elles ne sont pas des produits de l'organisme animal, mais qu'elles dérivent vraisemblablement des cellules bactériennes elles-mêmes. Il n'est pas démontré encore que les antitoxines proviennent des toxines modifiées.

Behring et Kitasato avaient pensé que l'antitoxine détruisait les toxines bactériennes correspondantes. Cette théorie ne paraît pas exacte. Ainsi, j'ai mis pendant assez longtemps des toxines et des antitoxines tétaniques en contact en quantité suffisante pour avoir un mélange en apparence indifférent pour la souris; les toxines n'étaient pas détruites, car le mélange a provoqué un tétanos violent chez le cobaye. Il faut penser que l'antitoxine n'agit qu'indirectement et par l'intermédiaire de l'organisme vivant.

De tout ce qui précède, il résulte qu'il faut distinguer nettement l'immunité naturelle de l'immunité artificiellement obtenue. La première est due aux alexines qui sont bactéricides et globulicides et qui sont instables; la seconde est l'effet des antitoxines qui ne sont ni bactéricides ni globulicides, et qui se distinguent des premières par leur grande résistance et par leur étroite spécificité. Les alexines sont un produit de l'organisme animal. Les antitoxines paraissent dériver des bactéries elles-mêmes; introduites dans l'organisme, elles semblent non seulement être contenues dans le sérum, mais adhérer en quelque sorte aux éléments des tissus.

L'immunité naturelle, différant de l'immunité acquise, doit être distinguée par un terme spécial. Le mot d'*immunité* devrait être réservé à celle qui est artificiellement obtenue; l'immunité naturelle serait alors désignée sous le nom de *résistance naturelle*. Les deux choses coexistent chez l'animal immunisé; la seconde seule se trouve chez celui qui ne l'a pas été. Les deux propriétés sont susceptibles d'accroissement, mais conservent toujours leurs caractères et ne peuvent être transformées l'une en l'autre.

Conclusions : 1° La *résistance naturelle* contre les infections ou immunité naturelle résulte de conditions et de facteurs distincts de ceux de l'*immunité* artificielle ou acquise. Ce sont là deux choses différentes par leur principe, qui doivent être étudiées à part, bien que pratiquement elles puissent exister simultanément dans le même individu.

2° La *résistance naturelle* consiste d'une part dans l'action bactéricide de certaines parties solubles de l'organisme, les *alexines*, et d'autre part dans l'insensibilité congénitale des tissus et des cellules à certains poisons bactériens. En règle générale, la résistance naturelle ne peut être transférée à d'autres organismes au moyen du sang.

3° Les leucocytes ont une fonction importante qui consiste dans la défense naturelle de l'organisme; ils la remplissent non comme phagocytes, mais par les produits solubles qu'ils sécrètent. La phagocytose n'est qu'un phénomène secondaire.

5° L'*immunité* acquise ou artificiellement produite consiste dans la présence soit dans le sang, soit dans les deux produits bactériens spécifiques modifiés, devenus non toxiques, appelés *antitoxines*. Généralement, les antitoxines, et par suite l'immunité artificiellement produite, peuvent être transférées par le sang et par le lait.

5° L'action des antitoxines ne consiste pas dans une destruction directe des poisons bactériens par leur contact avec eux, mais elle se produit dans l'organisme qui y participe pour amener une diminution de la sensibilité des parties voisines à certains poisons et pour devenir ainsi capables d'y résister.

M. Denys (Louvain). — Nous avons recherché avec MM. Van der Velde et Leclef si les leucocytes sécrétaient des substances bactéricides. Nous prenons une série de lapins auxquels on injecte des staphylocoques virulents ou atténués. Cet exsudat d'abord très clair ne renferme pas de leucocytes,

puis louchit bientôt et a l'aspect de pus. Si on centrifuge cet exsudat on obtient du sérum d'une part, de la sérosité de l'autre.

On a pour le sérum un pouvoir bactéricide très faible, le cinquième, par exemple, du sérum normal. Quant à la sérosité, celle que l'on prend deux et quatre heures après l'injection est analogue à la normale, mais au bout de 12 à 24 heures, la sérosité est plus virulente. Les microbes s'altèrent, se déforment dans cette sérosité, puis sont tués. Ce pouvoir bactéricide devient si considérable que si on ajoute jusqu'à trois reprises des microbes dans la sérosité ils sont tués. M. Handel a pensé que cette substance se fabriquait en plus grande quantité dans le sang, nous avons fait cette recherche, mais en réalité la quantité y restait normale. Pour prouver que cette sérosité était due aux leucocytes, nous avons centrifugé l'exsudat, chauffé la sérosité à 60 degrés, puis remis dans ce milieu des leucocytes : ceux-ci gonflent puis meurent. Dans un premier nombre de cas le liquide a récupéré son pouvoir bactéricide, dans le second nous n'avons pas obtenu de résultat. En ce dernier cas il est possible que les leucocytes soient altérés.

En tout cas il m'a paru important de signaler le pouvoir bactéricide de la sérosité cueillie au point d'injection des microbes. Je ne suis pas l'adversaire du pouvoir bactéricide des leucocytes.

J'ai opéré avec les spores de bacillus subtilis de préférence aux spores de la bactérie du charbon qui sont très pathogènes. Si on met dans le sérum des spores de bacillus subtilis, on constate qu'au bout de deux ou trois heures les spores sont détruites. MM. Van de Veld et Leclef ont pu constater qu'il existait un rapport parfait entre le pouvoir pathogène des microbes et défensif des humeurs : les variétés virulentes résistent fortement aux humeurs, les autres sont détruites.

M. Udransky (Clausembourg) a étudié la question de savoir s'il est possible de comprendre les bactéries connues jusqu'à présent dans des groupes chimiques suffisamment caractérisés. A côté des poisons bactériques de la nature des alcaloïdes que l'on a appelés jusqu'à présent toxines et à côté des poisons diphthériques de nature albuminoïde, on doit décrire certaines toxines bactériennes qu'on ne peut ranger dans aucune de ces deux classes. En ce qui concerne la nature chimique de ces dernières, les recherches n'ont pas jusqu'à présent été suffisantes, et il est impossible même de faire des conjectures. Il faut attendre pour éclaircir la nature chimique.

Parmi les travaux sur cet ordre d'idées il faut citer ceux de M. Duclaux qui pense que les toxalbumines sont des poisons encore inconnus qui se rapprochent plus ou moins des corps albumineux. On a voulu ranger dans cette catégorie tous les poisons bactériens, d'où s'est élevé le débat sur la nature des ferments. Les recherches sur les propriétés physiques et chimiques des poisons bactériens de nature albumineuse n'ont conduit jusqu'à présent à aucun résultat théorique, seules les recherches médicales pratiques (immunité) en ont profité.

Les poisons bactériens constituent la meilleure explication des symptômes d'intoxication qui constituent le tableau clinique des maladies.

M. Joseph de Fodor (Buda-Pesth). — Des observations nombreuses, que j'ai publiées en partie, m'ont déjà démontré que l'injection d'un alcali dans l'organisme du lapin rend le sang de cet animal remarquablement plus microbicide qu'il ne l'était avant l'injection, et même que lesdites injections rendent l'animal beaucoup plus résistant au virus de la maladie charbonneuse. — En poursuivant cette idée, j'ai examiné le sang des lapins infectés par différentes cultures des bactéries pathogéniques, en vue d'arriver à en déterminer l'état chimique, spécialement l'alcalinité, avant et après l'infection.

Voici une partie des résultats de mes observations :

1° L'alcalinité du sérum du sang de lapins, recueilli par l'appareil centrifuge, était avant l'infection en moyenne (pour 76 lapins), par centimètre cube de 3,230 centimètres cubes d'acide tartrique, 1 0/0 normal. L'alcalinité augmente, mais très faiblement, avec le poids (l'âge) de l'animal ; pourtant les sujets les plus lourds (les plus âgés) perdent de nouveau de leur alcalinité. Elle est un peu plus supérieure chez les mâles que chez les femelles, et peut différer de beaucoup d'un individu à l'autre. (Sur 84 lapins, maximum 4,453, minimum 1,244.)

D'un jour, d'une semaine à l'autre, l'alcalinité d'un lapin sain ne varie pas de beaucoup. Pourtant dans quelques cas il y a de grands sauts, ascendants ou descendants.

2° Après une infection par la *bactérie du charbon*, l'alcalinité s'élève, en cinq heures, de 11,3 0/0; en dix heures, de 21,5; mais en vingt-quatre heures il y a forte et rapide diminution. La moyenne de cette dernière, comparativement au degré d'alcalinité initiale, est de 16 0/0 (sur 39 lapins). Même, lorsque nous avons pu nous procurer du sang au moment le plus rapproché de la mort, cette diminution a été (sur 10 sujets) de 26,3 0/0.

Sur 39 lapins infectés avec succès, l'alcalinité a diminué chez 34 et augmenté chez 5. Dans ces derniers l'augmentation n'était en réalité qu'apparente. Parmi les lapins infectés en même temps, ceux dont le sang avait plus d'alcalinité moururent plus tard (15 sur 21), tandis que ceux dont le degré d'alcalinité était moindre résistèrent moins longtemps. L'alcalinité moyenne du sérum du sang était : chez les plus résistants de 3,127, chez les moins résistants 2,869.

Quand un lapin, dont l'alcalinité était moindre, mourut exceptionnellement plus tard que celui où elle était supérieure, on put observer que chez le premier l'alcalinité augmentait excessivement après l'inoculation, ou bien que chez le second l'augmentation n'était qu'irrégulièrement faible.

Les lapins qui avaient été partiellement *immunisés contre le charbon* montraient (sur 5 sujets) une diminution d'alcalinité peu perceptible, même au bout de 30 à 48 heures après une inoculation virulente (la moyenne de la diminution 0,84 0/0), tandis que chez les lapins non immunisés, inoculés en même temps (4 sujets) la diminution de l'alcalinité était — déjà en vingt-quatre heures — très saillante (12 0/0).

3° Les lapins inoculés à la veine jugulaire avec du *bouillon cholérique* (8 sujets) ont perdu en 7 heures 12,7 0/0, en vingt-quatre heures 18,4, et ont ensuite gagné en 48 heures 7,4 0/0, en 75 heures 9,4 et en 12 jours 13,9 d'alcalinité. — Deux lapins morts après l'inoculation (en 24 heures) avaient l'un perdu 25,3, l'autre 56,2 0/0 d'alcalinité.

4° Les lapins injectés à la veine jugulaire ou sous la peau avec une culture de *bacilles de la fièvre typhoïde* (8 sujets) montrèrent pendant plusieurs jours (19 jours) une faible diminution d'alcalinité; mais tandis que trois de ces lapins, qui ont succombé à l'inoculation, ont donné une diminution de 24,2 0/0, les autres restés vivants n'en ont indiqué que 1,7 0/0.

5° Les lapins qui ont reçu une injection sous-cutanée ou intra-péritonéale d'une culture sur gélose de *bacilles de tuberculose* (12 sujets) ont montré, en 7, 14, 21, 30, 40 et 50 jours après l'inoculation, une diminution faible et progressive de l'alcalinité. Au bout de 110 à 120 jours tous semblaient être en état de santé; ils avaient même augmenté de poids : mais en les sacrifiant nous avons constaté la tuberculose (sur le péritoine ou dans les poumons, etc.). L'alcalinité du sérum du sang se trouve à cette heure fortement augmentée (de 33,2 0/0).

6° Dans les lapins inoculés avec l'*érysipèle de porc* (8 sujets) l'alcalinité s'était élevée faiblement en 24 et 48 heures; au delà de ce degré l'alcalinité était chez quelques-uns en augmentation, chez les autres en diminution. Aucun de ces 8 ne succomba.

M. Székely (Budapest). — Je pense que la diminution du nombre des microbes dans le sang défibriné ou dans le sérum n'est pas due à une action microbicide du sang, mais au changement subit du milieu, qui devient relativement défavorable à la vie des microbes. J'ai déjà prouvé que le sang défibriné ou le sérum sanguin dans lequel des staphylocoques provenant d'une culture sur gélose ont été détruits en grand nombre, est sans aucune action sur les staphylocoques qui se sont développés dans ce sang ou dans ce sérum. D'autres expériences ont montré que, dans un sérum où les microbes se sont déjà développés et qui, par conséquent, ne devrait plus exercer aucune action microbicide, on voit le nombre des microbes introduits après la filtration du sérum diminuer considérablement. Sans nier le rôle important du sang dans la lutte de l'organisme contre les microbes, je crois pouvoir dire que ce rôle ne repose pas sur l'action microbicide du sang.

M. Aronson fait remarquer que les cellules de l'organisme

ouent un rôle important dans la production des antitoxines. Les antitoxines exercent leur action principalement sur les cellules, mais on ne saurait nier qu'elles exercent aussi une action directe sur les toxines. C'est ce qui ressort de l'expérience suivante : si l'on injecte en même temps à un animal un mélange d'antitoxine diphthérique et de bacilles de la diphthérie, l'animal reste en vie et ne présente aucune réaction locale, tandis qu'il faut cinq fois autant d'antitoxine pour sauver l'animal si l'on injecte l'antitoxine et les bacilles séparément et en des points différents.

M. Nutall relate des expériences qu'il a faites dans le laboratoire de M. Flügge, au cours desquelles il a trouvé que l'humeur aqueuse des animaux réfractaires au charbon tue le bacille spécifique de cette maladie.

M. Metchnikoff fait remarquer que les spores du bacille charbonneux persistent dans l'humeur aqueuse et s'y développent, bien que cette humeur possède des propriétés bactéricides ; mais cela n'a rien à voir avec l'immunité.

On commet généralement l'erreur d'étudier les phénomènes bactéricides en dehors de l'organisme. Si l'on injecte un microbe dans le sang d'un animal réfractaire, dont le sérum posséderait par conséquent de grandes propriétés bactéricides, au bout d'une minute on trouve ces microbes englobés dans des cellules, et cela se produit si rapidement que l'action du sérum n'a pas le temps de s'exercer. Comme ils sont soustraits à l'action du sérum immédiatement après leur introduction dans l'organisme, il ne peut s'agir ici d'une action bactéricide.

M. Buchner estime que le temps ne joue aucun rôle dans ce phénomène, car l'action bactéricide peut se produire tout de suite. La question de la phagocytose ne saurait être résolue avec le microscope, elle doit l'être par l'expérimentation.

M. Denys réplique à M. Metchnikoff que dans les cas cité les spores sont englobées dans les cellules ; elles peuvent donc ne pas être détruites par le sérum à l'action duquel elles sont soutraites.

M. Roux fait remarquer que, dans les expériences de M. Denys, il y avait des staphylocoques vivants dans l'exsudat. Or, pourquoi n'ont-ils pas été détruits par le plasma ?

M. Buchner. — Parce que les staphylocoques neutralisent les produits bactériens.

M. Metchnikoff. — Cela prouve précisément que dans l'organisme vivant les choses se passent autrement qu'*in vitro*.

Sur les sérums antitoxiques.

M. Roux (Paris). — Il n'est pas actuellement de question plus intéressante pour le biologiste et le médecin que celle des sérums préventifs et thérapeutiques. Elle est née avec les expériences de Maurice Raynaud sur le sang des génisses inoculées du cow-pox et avec celles de MM. Richet et Héricourt sur le sérum des chiens et des lapins vaccinés contre une septicémie spéciale. Mais son importance n'a été comprise qu'après les travaux de MM. Behring et Kitasato sur le tétanos et la diphthérie. La sérothérapie vient de nous donner un traitement efficace de cette dernière maladie : elle a donc un intérêt pratique d'une importance considérable.

Depuis la découverte de M. Behring, on a constaté que le sérum des animaux immunisés contre diverses maladies contagieuses est préventif et thérapeutique. Il en est ainsi pour le sérum des animaux vaccinés contre la pneumonie, le choléra, le vibrion avicide, le hog-choléra, etc. C'est donc là une propriété assez générale. Ces qualités des sérums ont été expliquées par l'action neutralisante qu'ils exercent sur les poisons microbiens. Qui ne connaît la belle expérience consistant à faire voir que la toxine tétanique et la toxine diphthérique cessent d'être nocives quand elles sont mélangées avec un peu de sérum d'un animal vacciné contre le tétanos ou la diphthérie ? Mais ce pouvoir antitoxique, si marqué dans les sérums antitétanique et antidiphthérique, ne se retrouve plus dans le sang des animaux vaccinés contre les autres maladies que nous avons énumérées. Le sérum des lapins rendus réfractaires au hog-choléra ou à l'infection pneumonique, pas plus que celui des cobayes vaccinés contre le choléra ou le vibrion avicide, ne manifeste aucun pouvoir antitoxique ni *in vitro*, ni dans l'organisme. Ce fait est bien acquis depuis les recherches de M. Metchnikoff sur le hog-choléra, de M. Issaeff sur la pneumonie, de M. Pfeiffer sur le choléra, de M. Sanarelli sur le vibrion avicide et la fièvre typhoïde. Les animaux immunisés sont tout aussi sensibles au poison de ces maladies que les animaux neufs. Leur sérum ne protège pas contre la toxine, mais contre le microbe. M. Metchnikoff en a trouvé la raison dans ce fait que ces sérums sont des stimulants des cellules phagocytaires qui englobent alors les microbes introduits et les empêchent de pulluler en les détruisant par une véritable digestion. La maladie est réduite à une lutte locale.

Puisque ces sérums préventifs agissent comme des stimulants cellulaires, on comprend que le sérum d'un animal vacciné contre une maladie puisse être efficace contre une autre. Dans ces derniers temps, M. Deutschman a constaté que le sérum des animaux immunisés contre le charbon symptomatique agit sur le bacille de la septicémie aiguë ; d'autre part, le sérum de l'homme sain, et parfois aussi celui du cheval, comme l'a montré M. Pfeiffer, ont des propriétés immunisantes très marquées contre l'infection cholérique intra-péritonéale. Il semble donc que ce pouvoir préventif du sérum contre les virus vivants ne soit pas toujours spécifique, puisqu'il se rencontre chez des animaux qui n'ont jamais éprouvé l'action du microbe contre lequel leur sang protège. Il n'y a rien là de bien surprenant, car, suivant l'expression de M. Metchnikoff, il s'agit non pas d' « antitoxines », mais de « stimulines », dont plusieurs seraient capables d'un même effet.

Mais, préserver contre un microbe vivant qui doit se développer avant d'agir est tout autre chose que de préserver contre une toxine. Jusqu'ici, nous ne connaissons que le sérum des animaux immunisés contre le tétanos, la diphthérie, l'abrine, la ricine et le venin des serpents qui soient antitoxiques. Ce pouvoir antitoxique s'affirme alors avec une telle puissance que, pour le tétanos, par exemple, il dépasse l'imagination.

Comment se forment ces antitoxines ? Elles sont d'autant plus abondantes dans le sang des animaux que ceux-ci ont reçu plus de toxine, d'où l'idée très naturelle qui nous était venue tout d'abord et qui est soutenue maintenant par M. Buchner, à savoir que l'antitoxine dérive de la toxine par une transformation qui se produit dans le corps. Les propriétés si semblables de la toxine et de l'antitoxine venaient à l'appui de cette supposition. De plus, quand on cesse d'injecter de la toxine aux animaux, l'antitoxine diminue peu à peu dans le sang, comme si la matière d'où elle provient n'était plus renouvelée. Une conséquence de cette hypothèse, c'est que la quantité d'antitoxine dans le sang doit être en proportion de la toxine introduite. Si l'on saigne fréquemment les animaux immunisés sans leur injecter de nouvelle toxine, la provision d'antitoxine devra s'épuiser rapidement.

Avec M. Vaillard, nous avons vu qu'il n'en est rien ; on peut retirer en très peu de temps, à un lapin vacciné contre le tétanos, un volume de sang égal au volume total de celui qui circule dans son corps, sans que le pouvoir antitoxique de son sérum baisse sensiblement. L'antitoxine se reproduit donc au fur et à mesure qu'on la puise. Et, d'ailleurs, une autre expérience que nous avons faite avec M. Vaillard prouve qu'il n'y a pas proportionnalité entre la toxine injectée et l'antitoxine produite. Avec la même dose de toxine donnée aux animaux, on peut obtenir un sérum plus ou moins actif, suivant la façon dont on l'administre. Prenons deux lapins de même poids et immunisons-les contre le tétanos ; quand leur résistance est déjà notable, injectons-leur la même quantité de toxine (103 c. c.) dans l'espace de deux mois, en donnant à l'un, tous les jours, une faible quantité, et à l'autre, de temps en temps, des doses plus fortes. Dans le même temps, nos deux animaux ont reçu le même volume de poison ; le premier en 33 petites injections, le second en 9 grandes. Le sérum de celui aux faibles doses neutralise *in vitro* 150 parties de toxine et a un pouvoir préventif de cent milliards ; le sérum de celui aux doses massives ne neutralise pas 25 parties de toxine et a un pouvoir préventif de cinq cent mille. La manière de donner la toxine n'est pas indifférente, et la quantité de l'antitoxine dans le sang n'est pas proportionnelle à la dose introduite. Avec de petites doses répétées, nous avons obtenu des sérums antitétaniques dont l'activité dépasse un trillion, et cela dans un

temps relativement court. Il semble que la toxine agisse comme un excitant sur les cellules qui sécrètent l'antitoxine.

Cette idée que l'antitoxine est un produit cellulaire trouve un appui dans l'intéressante constatation de M. F. Klemperer, qui a vu que le jaune de l'œuf de la poule immunisée est antitoxique, tandis que le blanc ne l'est pas. Quelles sont les cellules du corps qui préparent ces antitoxines? C'est une question trop peu avancée pour être abordée ici.

L'expérience dans laquelle le pouvoir antitoxique se manifeste avec le plus de netteté est celle où l'on mélange le sérum antitétanique avec la toxine. Versons dans une série de verres un volume connu d'une toxine très active (qui tue une souris à la dose de 1/1000e de c. c.) et ajoutons dans chacun de ces verres des quantités variables du sérum antitoxique dont nous parlions tout à l'heure, et dont le pouvoir préventif égale un trillion. Une partie de ce sérum suffit à rendre inoffensives 900 parties de toxine ; un demi-centimètre cube du mélange injecté à un cobaye ne lui donne pas le tétanos, bien qu'il ne renferme qu'un dix-huit centième de centimètre cube de sérum. Le poison paraît donc neutralisé comme dans une réaction chimique, où une quantité donnée d'un corps sature une quantité donnée d'un autre. Les choses ne se passent pas avec cette simplicité. D'abord, rien n'est plus difficile que de saisir le point exact de la saturation ; M. Buchner a déjà vu qu'un mélange qui n'agit pas sur la souris est actif sur le cobaye. Un mélange de 900 parties de toxine et de 1 de sérum est inoffensif à la dose d'un demi-centimètre cube, pour 8 cobayes sur 10, mais il en est deux dans le lot qui prendront un tétanos plus ou moins sévère et se comporteront comme des réactifs plus sensibles, en montrant qu'il y a encore du poison libre dans le mélange. Diminuons la proportion de toxine et mêlons 500 parties de toxine avec une de sérum. Un demi-centimètre cube de ce nouveau mélange ne produit aucun effet, mais 3 c. c. donneront le tétanos. Il n'y a pas là la netteté d'une réaction chimique, soit que nous manquions d'un réactif suffisant pour nous indiquer le point exact de saturation, soit peut-être qu'il n'y ait pas de saturation du tout et que toxine et antitoxine continuent à exister côte à côte dans le liquide.

Les expériences suivantes, que nous avons faites avec M. Vaillard, tendent à prouver qu'il en est ainsi. Nous injectons à 5 cobayes neufs un demi-centimètre cube du mélange : toxine 900 parties, sérum une partie ; aucun ne prend le tétanos. A cinq autres cobayes, de même poids, ayant les meilleures apparences de santé, mais qui ont été immunisés quelque temps auparavant contre le vibrion de Massaouah, nous donnons le même mélange, à la même dose ; ils auront le tétanos. Bien plus, de semblables cobayes pourront être rendus tétaniques avec un tiers de centimètre cube d'un mélange de 500 parties de toxine pour une de sérum. Des cochons d'Inde qui reçoivent d'abord 1 c. c. de sérum préventif, actif au trillionième, c'est-à-dire une quantité capable de les immuniser des milliers de fois, puis une dose mortelle de toxine tétanique, restent bien portants dans les conditions ordinaires. Plusieurs d'entre eux prendront le tétanos, si on leur injecte ensuite des produits microbiens tels que ceux du bacille de Kiel, du bacterium coli et d'autres bactéries. La toxine n'est donc pas détruite, puisqu'elle donne le tétanos, même après plusieurs jours, aux cobayes dont on modifie la résistance.

De même, une quantité de sérum antidiphthérique, amplement suffisante à préserver contre une dose mortelle de virus ou de toxine des cobayes neufs, ne retarde pas la mort des cobayes de même poids qui ont subi des inoculations antérieures dont ils sont parfaitement rétablis. Et cependant si l'antitoxine détruisait la toxine, la même quantité de sérum serait efficace chez tous les cobayes de même poids.

Ces faits montrent l'influence que peut avoir une maladie antérieure qui ne laisse pas de traces apparentes sur la réceptivité à l'égard des virus et sur la sensibilité vis-à-vis des substances toxiques. Leur explication naturelle n'est-elle pas dans l'action du sérum sur les cellules plutôt que sur la toxine? Les cellules bien vivaces des cobayes neufs répondent à la stimulation du sérum et sont comme indifférentes à l'empoisonnement, tandis que celles des cobayes déjà impressionnés par les produits microbiens ne résissent pas à la toxine.

Notre démonstration serait plus persuasive, si nous arrivions à séparer la toxine de son mélange avec l'antitoxine. Les propriétés très voisines de ces deux substances rendent le problème difficile à résoudre. Les toxines et les antitoxines du tétanos et de la diphthérie se comportent de la même façon en présence des divers agents et des réactifs. Mais la séparation peut être faite pour d'autres toxines et antitoxines.

M. Calmette, MM. Phisalix et Bertrand ont montré que le sérum des animaux immunisés contre le venin des serpents est antitoxique ; il agit sur le venin comme le sérum antitétanique sur le poison du tétanos. Le mélange de sérum antivenimeux et de venin est inoffensif, quand il est fait en proportions convenables ; on lui rend toute sa toxicité en le chauffant à 70°. A cette température, l'antitoxine est altérée et le venin ne l'est pas. La chaleur agit sur le mélange des deux substances comme si chacune était seule. Il paraît donc que le venin était resté intact à côté de l'antitoxine, ou, tout au moins, qu'il avait contracté avec elle une union bien instable.

De tout ce qui précède, nous sommes portés à conclure que les antitoxines agissent sur les cellules. Un sérum préventif contre une toxine met en jeu des actions cellulaires tout comme le sérum préventif contre un virus vivant. Peut-être même les cellules qui détruisent les microbes sont-elles aussi celles qui élaborent les antitoxines?

Nous avons rappelé au commencement de cette communication que le sérum d'un animal vacciné contre un microbe protège quelquefois contre un autre, et que les sérums préventifs contre un virus vivant n'étaient pas toujours spécifiques. Jusqu'ici, au contraire, les sérums antitoxiques ont été envisagés comme spécifiques, chacun d'eux n'agissant que sur une toxine déterminée. Le fait que l'antitoxine tétanique n'a aucune influence sur le poison diphthérique, et réciproquement, a toujours été mis en avant pour prouver cette spécificité. La découverte de nouvelles antitoxines a élargi le champ de l'expérimentation. J'ai constaté que le sérum antitétanique n'était pas sans action sur le venin des serpents, et j'ai confié le soin d'examiner cette question à M. le docteur Calmette qui étudie, dans mon laboratoire, la sérothérapie des venins. Les résultats obtenus sont intéressants au point de vue général qui nous occupe.

Le sérum d'un cheval sain, mélangé à du venin de cobra, n'empêche nullement celui-ci d'agir, tandis que le sérum d'un cheval immunisé contre le tétanos rend inoffensif le venin auquel on l'ajoute. Ce sérum antitétanique, injecté avant le venin, retarde beaucoup la mort et l'empêche même, s'il est donné à doses répétées. Il y a cependant bien peu de ressemblance entre le venin des serpents, qui tue par asphyxie en un temps très court, et le poison tétanique, qui ne manifeste son action qu'après une période d'incubation.

Le sérum antitétanique est antitoxique vis-à-vis du venin, mais le sérum antivenimeux ne l'est pas à l'égard de la toxine tétanique. Un lapin vacciné contre le venin prend le tétanos et, fait plus surprenant, un lapin immunisé contre le tétanos succombera si on lui donne une dose de venin très peu supérieure à celle qui tue un lapin neuf.

Le sérum des lapins neufs n'a aucune action sur le venin, celui des lapins vaccinés contre la rage est antivenimeux à un haut degré. Mélangé au venin *in vitro*, il le rend inoffensif ; injecté préventivement, il protège contre l'envenimation. Des lapins vaccinés contre la rage supportent des doses quatre et cinq fois mortelles de venin. N'est-il pas surprenant de voir qu'en rendant un lapin réfractaire à la rage, on lui donne du même coup l'immunité contre les morsures du serpent?

Le sérum antivenimeux rend les lapins plus résistants à l'abrine et le sérum antiabrique a aussi une action sur les venins. Le sérum antidiphthérique mélangé à l'abrine ne tue plus les lapins qu'avec un long retard.

Assurément, le sérum antitétanique est beaucoup plus efficace contre le poison du tétanos que contre les venins ; mais ce ne sont là que des questions de plus ou de moins. Il ne paraît pas probable que ces sérums, d'origine si diverse, exercent sur le venin de cobra une même action chimique ; nous admettons plus volontiers qu'ils agissent tous sur les cellules, qu'ils rendent insensibles pour un temps à l'envenimation.

Je pourrais donner encore d'autres exemples de l'action d'une antitoxine sur plusieurs poisons. Ceux dont je viens

de parler nous montrent sous un aspect nouveau cette question déjà si attrayante de la sérothérapie.

6e CONGRÈS DES CHIRURGIENS ET MÉDECINS AMÉRICAINS

Tenu à Washington du 29 mai au 1er juin 1894.

Influence de la congestion veineuse sur les centres réflexes de la moelle.

M. Rachford. — Trois altérations du sang jouent un rôle dans l'étiologie des névroses de l'enfance, ce sont : 1° la présence de toxines ; 2° l'anémie simple aiguë ou chronique ; 3° la congestion veineuse aiguë on chronique. La présence des toxines peut produire des symptômes nerveux et joue par conséquent un rôle dans l'étiologie des névroses de l'enfance. Toutes les toxines ne sont pas d'origine bactérienne. La paraxanthine est une leucomaïne toxique du groupe de l'acide urique et elle produit certains symptômes nerveux. Des expériences que j'ai faites sur des lapins me permettent de conclure que les altérations du sang dans la scrofule, la malaria, le rhumatisme, ne sont pas seulement dues à de l'anémie, mais que le sang peut aussi contenir des produits toxiques qui contribuent à affaiblir le système nerveux. Cette conclusion est confirmée par la ligature de la veine cave abdominale chez le lapin. Cette opération produit une exagération considérable de l'irritabilité réflexe de la moelle ; mais cette irritabilité ne s'établit que dans le 2e septenaire après l'opération et elle continue à augmenter pendant une période de 6 à 8 semaines. On obtient le même résultat par la ligature de l'aorte abdominale. Les phénomènes réflexes produits par l'inanition sont tout à fait insignifiants quand on les compare à ceux que produisent la congestion veineuse et l'anémie artérielle. On peut donc dire que la congestion veineuse et l'anémie artérielle n'agissent pas seulement en troublant la nutrition, mais qu'il y a d'autres facteurs dont le principal est la stagnation au niveau du système nerveux de produits toxiques qui devraient être éliminés. C'est ainsi qu'on doit probablement expliquer l'apparition de la chorée et autres affections nerveuses consécutives à l'endocardite et à la péricardite.

Diphthérie consécutive à la tonsillotomie.

M. Caillé. — J'ai opéré de tonsillotomie un enfant atteint d'hypertrophie des amygdales et de végétations adénoïdes. Le lendemain l'emplacement des amygdales se couvrit de fausses membranes ; il y eut des vomissements et des symptômes cérébraux. L'enfant avait des dents cariées. On fit avec la carie dentaire et les fausses membranes des cultures qui donnèrent des streptocoques et des bacilles de Lœffler. On fit faire dans la gorge de l'enfant des pulvérisations de trichlorure de mercure. Bientôt la voix se voila et il y eut de la toux croupale ; l'épiglotte fut envahie. L'enfant finit par guérir.

Constipation congénitale.

M. Huber. — Il y a une constipation congénitale qui dépend de l'anatomie du côlon. Les évacuations sont sèches et insuffisantes, l'eau ayant été absorbée par les replis que forme le côlon. J'ai vu un enfant de cinq semaines qui, depuis sa naissance, souffrait de constipation et de crampes ; il faisait de grands efforts et ne cessait de crier. Il vomit pendant deux jours ; son ventre se ballonna. On fit le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë par des matières fécales retenues dans des replis de l'S iliaque. Le traitement consista à dilater l'intestin par des lavements gazeux.

Stérilisation du lait servant à l'allaitement artificiel des nouveau-nés.

M. Seibert. — En filtrant le lait à travers du coton, on lui enlève déjà les 7/8es de ses bactéries. Du reste, cette filtration ne modifie en rien la composition du lait. Des expériences ont montré qu'un lait ainsi filtré a perdu la plupart de ses agents infectieux. L'action de purification du coton est augmentée si, avant de filtrer le lait, on a soin de mouiller ce coton. J'ai pu ainsi enlever les 19/20es des bactéries contenues dans le lait. Le seul appareil nécessaire consiste dans un entonnoir ordinaire, au fond duquel on place un tampon de coton.

Scorbut infantile.

M. Fruitnight. — Depuis les travaux de Barlow et Northrup, on diagnostique bien plus souvent le scorbut infantile. Le scorbut résulte d'un vice de nutrition et est favorisé par l'allaitement artificiel. J'ai observé un enfant atteint de cette affection et arrivé à un état déplorable. Il y avait un gonflement fusiforme de la cheville gauche et de la cuisse du même côté ; ces gonflements étaient douloureux. Il y avait de la fièvre ; le pouls était faible et rapide ; les gencives étaient pourpres ; la langue et les joues étaient ulcérées ; toute la bouche était enflammée et émettait une odeur fétide. Le plus petit attouchement provoquait une hémorrhagie des gencives. Il y avait des pétéchies sur le dos et les membres. L'œil droit était fermé par une forte ecchymose qui avait envahi aussi la conjonctive et même la joue. Il n'y avait pas de diarrhée, mais les selles contenaient beaucoup de sang. L'anémie était profonde. L'enfant guérit complètement en 6 ou 7 semaines, sous l'influence du traitement. On donna à l'enfant du lait stérilisé, des jus d'orange et du citrate de fer. Ce serait une erreur de croire que le scorbut ne survient jamais chez des enfants élevés au sein. Les principaux symptômes qui ont permis d'établir le diagnostic sont : le gonflement et la douleur des extrémités fémorales, l'état tuméfié et spongieux des gencives, la guérison rapide par un traitement antiscorbutique. On aurait pu croire à du rhumatisme. Mais, dans le scorbut, les articulations sont blanches et tendues et non gonflées ; dans le rhumatisme, elles sont rouges et gonflées et la douleur est localisée en certains points. Le scorbut infantile entraîne des pseudo-paralysies. Le scorbut doit être considéré comme dû à un vice de nutrition troublant la composition normale du sang et se traduisant par une diminution de son alcalinité. Il y a aussi des lésions des vaisseaux. Les 3 symptômes importants sont : les lésions osseuses, l'état spongieux des gencives, les pétéchies. Les premiers signes de la maladie apparaissent dans les membres inférieurs, puis dans les gencives ; enfin, les extravasations sanguines apparaissent les dernières. La maladie se termine en général par la guérison, sous l'influence d'un régime convenable.

Du rôle de la nutrition dans la production des névroses.

M. Christopher. — Dans toute névrose interviennent les facteurs suivants : 1° l'hérédité ; 2° l'anémie ; 3° quelque condition locale produisant par voie réflexe la cause immédiate de l'excitation. Cliniquement, on ne peut déterminer la valeur nutritive du sang que par l'évaluation de l'hémoglobine et du nombre des globules. Cependant c'est insuffisant. Une névrose doit, en effet, être considérée comme résultant du fonctionnement anormal d'un ou plusieurs tissus sous l'influence des conditions suivantes : 1° constitution chimique anormale des tissus ; 2° composition chimique anormale des éléments nutritifs destinés aux tissus ; 3° trouble du système nerveux. Tout individu a besoin non seulement d'une certaine quantité de nourriture, mais encore d'une certaine sorte de nourriture. Les matières protéiques, les hydrates de carbone et les graisses ne sauraient suffire. Outre les sels et l'eau, certaines autres substances doivent encore agir comme aliments. L'élément nutritif qui empêche la production du scorbut a jusqu'ici échappé aux investigations des chimistes. Il est évident qu'il n'est utile qu'en très faibles proportions et qu'il peut manquer pendant un certain temps, sans qu'il en résulte d'inconvénient. Si l'alimentation est bonne au point de vue de sa nature, mais insuffisante en quantité, il en résulte une inanition. Quand l'alimentation manque de certains éléments utiles, il y a une inanition incomplète ou partielle. Cette inanition partielle est un facteur important dans la production des névroses. Ce sont surtout les graisses qui manquent le plus souvent dans l'alimentation des enfants. D'autres facteurs entrent en ligne dans l'altération des tissus : ce sont la dépression nerveuse, une action toxique directe, des états pathologiques divers comme la syphilis, les maladies infectieuses. En un mot, les névroses dépendent toujours d'un trouble chimique survenu dans la constitution des tissus.

Cyanose.

M. Northrup. — Un enfant de 4 ans 1/2 qui, du reste, ne paraissait pas souffrir au point de vue de sa nutrition, avait les joues pâles, les lèvres et les doigts noirâtres. Les doigts, en outre, étaient noueux et le ventre était proéminent. Trois ou quatre fois par semaine, cet enfant avait des attaques de dyspnée intense après les repas. La palpation fit sentir une ondulation au niveau du 3e espace intercostal gauche; il y avait un thrill doux à la base du cœur; la pointe battait à 12 millimètres en dehors du mamelon; la matité cardiaque s'étendait du bord droit du sternum au mamelon gauche; pas de matité à droite du sternum. On entendait un souffle systolique fort et rude le long du bord gauche du sternum, au niveau du 2e espace intercostal sur le bord supérieur de la 3e côte. Ce souffle ne se propageait ni du côté gauche, ni du côté de l'aorte. Le 2e bruit du cœur était à peine perceptible. A l'autopsie, le ventricule droit fut trouvé très hypertrophié. La pointe du cœur était à gauche du mamelon. L'aorte était dilatée; l'artère pulmonaire était très petite; le canal artériel était oblitéré; le foramen ovale était fermé; le ventricule gauche était normal; les parois du ventricule gauche étaient moins épaisses que celles du ventricule droit. Le septum interventriculaire était incomplet au voisinage des oreillettes. L'orifice d'entrée de l'artère pulmonaire était très petit; son plan faisait un angle droit avec l'axe de l'artère. Il s'agissait là d'un cas d'endocardite fœtale. L'aorte était dilatée, parce qu'elle recevait un double courant sanguin provenant des deux ventricules. L'artère pulmonaire, au contraire, ne recevant que peu de sang, était restée petite.

Myxœdème infantile.

M. Northrup. — J'ai observé deux cas de myxœdème infantile. Le premier est celui d'une fille de 9 ans ayant quatre frères ou sœurs plus âgés et bien portants. Les parents avaient une bonne santé. Son développement s'était à peu près arrêté vers l'âge de 9 mois; l'intelligence n'avait nullement progressé depuis. La tête était grosse, le teint jaunâtre; les cheveux étaient rares; les narines étaient rejetées en arrière. Les paupières inférieures étaient gonflées, les joues étaient pendantes; les lèvres étaient épaisses et anémiées; la langue était aussi épaisse et pendante; les gencives étaient purulentes; l'haleine était fétide. La glande thyroïde ne paraissait pas hypertrophiée. L'enfant restait pendant des heures assise sur une chaise, ne prononçant que le mot suivant : « dada ». Il y avait aussi des symptômes de rachitisme. On administra à l'enfant de l'extrait glycériné de corps thyroïde de mouton. Le 4e jour il y eut un peu de fièvre et on suspendit le remède pendant deux jours. Bientôt l'haleine cessa d'être fétide. Puis l'enfant eut une pneumonie qui interrompit le traitement. Pendant cette suspension du médicament, la langue s'épaissit de nouveau, puis diminua quand on reprit le traitement. Après 80 jours de traitement, l'état général devint meilleur; mais on n'avait encore obtenu aucune augmentation dans la taille de l'enfant, aucune amélioration du langage. Le deuxième cas est celui d'un enfant de 12 ans qui n'a éprouvé encore que très peu d'amélioration sous l'influence du traitement.

M. Osler. — Un enfant de trois ans présentant tous les signes du crétinisme, sans hypertrophie notable du corps thyroïde, fut soumis au traitement par l'extrait thyroïdien; il y eut une amélioration considérable; l'état mental et la parole se développèrent beaucoup. Chez une autre crétin âgé de 19 ans, le traitement n'a donné que des résultats insignifiants.

Pharyngite exsudative.

M. Glasgow. — Un enfant de 10 ans, robuste et bien portant, eut un refroidissement qui amena une otite sans fièvre. Deux jours après s'établit un coryza et la fièvre s'alluma. Cette fièvre fut irrégulière comme les fièvres septiques. Des flots de mucus s'échappaient des narines, ulcérant ces dernières et les régions avoisinantes. Il y avait aussi un exsudat au niveau des amygdales, du voile du palais, du pharynx. Il y avait de l'aphonie, de la dysphagie et de la dyspnée; les aliments liquides passaient par le nez. Il n'y avait pas d'adénopathies; la sécrétion était alcaline. Il y eut une otite purulente. Cette maladie dura trois semaines et me paraît devoir être rapportée à l'influenza.

Nodules de Singer.

M. Knight. — Ces nodules, de la grosseur d'un grain de millet, apparaissent sur les cordes vocales, à la suite d'abus de la voix. La forme diffuse de cette affection ne présente aucune différence au point de vue anatomique, mais elle en doit être soigneusement distinguée au point de vue clinique. Pour le traitement on doit prescrire le repos, les astringents. Les opérations sanglantes sont inutiles.

Importance d'un diagnostic précoce des tumeurs malignes de la gorge.

M. Gleitsman. — Les opérations endolaryngiennes peuvent être utiles quand on les applique assez tôt. C'est Schmitzler qui pour la première fois, en 1867, appliqua cette méthode à un épithélioma des cordes vocales et, 20 ans après, il n'y avait pas de récidive. La méthode de Coley peut aussi rendre des services; elle consiste à traiter ces tumeurs par des inoculations d'érysipèle ou des produits toxiques de cette affection. Chez un malade de Coley, la marche d'un sarcome de l'amygdale fut ainsi arrêtée pendant 2 ans. Le bleu de méthyle a été aussi employé contre les cancers; il agit mieux comme médicament interne que comme topique. Trop souvent, ce n'est qu'à la dernière période que les malades atteints de tumeur maligne de la gorge vont trouver le chirurgien. Sur 13 cas de tumeurs malignes que j'ai observés, le pharynx était envahi 6 fois et le larynx 7 fois. Sur les 6 tumeurs pharyngiennes, il y avait 4 cancers et 2 sarcomes. Sur les 7 tumeurs larygiennes, 6 étaient cancéreuses, la 7e était un sarcome alvéolaire. J'ai opéré, il y a 3 mois, un des cas de cancer du pharynx qui va très bien actuellement; les autres sont morts. Sur les 2 cas de sarcomes des amygdales, l'un était inopérable, l'autre fut opéré, et, pendant 2 ans, il n'y eut pas de récidive; puis le malade s'est tué. Sur les 7 cas de tumeurs laryngées, les 6 atteints de cancer sont morts; le malade atteint de sarcome n'a pas eu de récidive et vit encore.

Kystes du larynx.

M. Ingals. — J'ai observé un cas de kyste du larynx chez un homme de 43 ans; depuis 2 ans, il avait des troubles de la gorge. La voix était voilée; il y avait de la brûlure de la gorge. L'état général était bon; il y avait de la toux et une expectoration muco-purulente. L'examen de la gorge révéla l'existence d'un gonflement des replis ary-épiglottiques du ventricule gauche. La muqueuse était un peu congestionnée à ce niveau, on injecta dans cette tumeur une solution d'acide lactique. On ouvrit ensuite la tumeur et il en sortit un liquide grisâtre; mais ce kyste ne tarda pas à se remplir. On fit alors des injections d'acide phénique, on obtint ainsi la guérison au bout d'un certain temps.

Etiologie des affections rhumatismales dues à des maladies des amygdales.

M. Wagner. — Les amygdales avec leurs leucocytes servent à protéger l'invasion du corps par les micro-organismes. Si, par suite d'une prédisposition acquise ou héréditaire, l'énergie de ces leucocytes est diminuée, ou si, par suite d'une maladie de l'amygdale, les migrations de leucocytes ne peuvent se faire, des infections comme la diphthérie, la scarlatine, l'amygdalite, etc., peuvent s'établir. Ces affections laissent après elles des suites: la diphthérie entraîne des paralysies, l'amygdalite amène du rhumatisme articulaire. On peut se demander si ces affections rhumatismales sont produites par des germes (staphylocoques, pneumocoques, etc.), partis des amygdales et allant dans toutes les parties du corps, ou bien si ces microbes restent dans les amygdales et envoient de là leurs ptomaïnes dans toute l'économie. Le résultat de mes recherches est que, dans l'amygdalite, il se produit une migration des germes, ce qui prouve que le rhumatisme n'est pas produit directement par des ptomaïnes.

Convalescence de la folie.

M. Stedman. — Il est rare que la folie guérisse brusquement, sans qu'il y ait une période de convalescence. Les intervalles lucides ne diffèrent souvent de la guérison vraie de la folie que par la persistance de l'insomnie. Parmi les signes importants de la convalescence, il faut ajouter la

disparition de la crainte des rechutes. Souvent, lors de la convalescence, tous les signes qui ont marqué les prodromes de l'affection se reproduisent, mais dans un ordre inverse. Aux époques menstruelles il faut interdire tout travail et même la moindre application de l'esprit à quoi que ce soit. Il ne faut pas laisser les malades sortir trop tôt des asiles, surtout quand il s'agit de mélancoliques ayant une tendance au suicide ou de malades atteints de manie aiguë. Dans d'autres cas de mélancolie il est au contraire utile de renvoyer le plus tôt possible les malades chez eux; il en est de même dans certains cas de manie douce. La première année qui s'écoule après la guérison constitue une période très critique. On ne s'occupe pas assez de venir en aide aux convalescents de folie qui sont dans la pauvreté. C'est ainsi qu'on se trouve entraîné à garder trop longtemps ces malades dans les asiles, puisqu'on les sait complètement abandonnés dès qu'ils en sortent. En France on a remédié à cet inconvénient en créant des « Sociétés de patronage ».

Hémiplégie infantile, imbécillité, épilepsie; crâniotomie.

M. Angell. — Un enfant extrait de l'utérus à l'aide d'un forceps présenta du ptosis double, un spasme tonique intermittent du bras droit, de la contracture et de la paralysie de la main droite. L'enfant se développa très lentement tant au point de vue physique que mental; plus tard survinrent des crises d'épilepsie survenant de 3 à 5 fois par jour. L'enfant était presque imbécile. On fit le diagnostic de compression cérébrale au niveau du centre moteur de la main dans l'hémisphère gauche, compression due à une hémorrhagie ou à un kyste. Le 13 mars 1894 on fit la crâniotomie; on enleva une rondelle osseuse à l'aide du trépan et on trouva un kyste hémorrhagique sous-jacent à la dure-mère. La portion du crâne qui recouvrait le kyste était fort amincie; on fit une ponction qui ramena du liquide. A la suite de l'opération, il y eut une amélioration très marquée. Actuellement il n'y a eu aucune récidive des crises épileptiformes; l'état mental est bien supérieur à ce qu'il était avant l'opération.

M. Mills. — Le kyste n'était probablement autre chose qu'une cavité due à une porencéphalie.

M. Hammond. — J'ai opéré de la même façon 2 sujets : le 1er, âgé de 18 ans, était devenu idiot à la suite d'un coup qu'il avait reçu sur la tête; il resta dans cet état durant 4 ans. A la suite de l'opération, il y eut une amélioration au bout de 2 mois. Au bout d'un an l'amélioration était très grande. Dans l'autre cas, tout à fait analogue, j'ai obtenu de même une amélioration.

M. Angell. — Chez mon malade il ne s'agissait aucunement de porencéphalie, mais d'un kyste arachnoïdien dû à une hémorrhagie méningée.

Sclérose latérale amyotrophique infantile à type familial.

M. Brown. — Cette maladie survint chez un garçon de 15 ans; il y avait un amaigrissement prononcé, surtout dans la partie supérieure du corps; il y avait paralysie et atrophie de tous les muscles faciaux, à l'exception de ceux de la mastication. Il y avait des contractions fibrillaires au niveau de tout le corps. Les réflexes superficiels et profonds étaient très marqués. Il y avait une double courbure latérale du rachis. Au point de vue intellectuel, l'enfant était peu développé; il était microcéphale et avait l'intelligence d'un enfant de 10 ans; il y a tous les signes d'un arrêt général de développement. Je considère qu'il s'agit là d'un type familial de paralysie bulbaire progressive infantile présentant en outre les lésions qui viennent se greffer sur la poliomyélite progressive des adultes et qui donne la sclérose latérale amyotrophique.

Dans les myopathies musculaires la respiration n'est pas atteinte; le territoire du facial supérieur n'est pas envahi; l'atrophie est plus irrégulière, plus bilatérale. On ne peut considérer ce cas comme présentant une atrophie musculaire du type scapulo-huméral du facio-scapulo-huméral. Je crois qu'il s'agit là du premier cas de type familial de sclérose latérale amyotrophique infantile qu'on ait diagnostiqué.

Réflexe patellaire croisé.

MM. Hinsdale et **Taylor.** — Nous appelons réflexe patellaire croisé le symptôme suivant : quand on frappe le tendon rotulien, la jambe du côté opposé se rapproche immédiatement de sa congénère. La meilleure attitude à donner au malade pour provoquer ce réflexe est de l'asseoir sur le bord d'une table, les jambes pendant librement. Ce phénomène est rare chez les personnes en bonne santé. On le trouve chez 20 à 30 0/0 des malades venant à une clinique de maladies nerveuses. On l'observe fréquemment chez ceux qui ont des affections spasmodiques. Ce qui prouve bien que ce symptôme n'est pas dû à une simple communication du choc au bassin, c'est qu'il manque dans l'ataxie locomotrice.

M. Walton. — Il est évident qu'après des recherches ultérieures ce symptôme pourra acquérir une valeur diagnostique très importante.

M. Morton. — J'ai vu l'application de courants faradiques au nerf sciatique provoquer une réaction dans les muscles de l'épaule du côté opposé.

Paralysie oculo-motrice à récidives.

M. Knapp. — Un homme de 41 ans, présentant des antécédents héréditaires nerveux, eut une névralgie très vive au-dessus de l'œil gauche, avec ptosis, strabisme externe, engourdissement de la face. Ces troubles durèrent pendant 7 semaines. En décembre 1892, c'est-à-dire un an après, il eut une névralgie intense dans le côté gauche de la tête, avec nausées et vomissements. Il y eut une paralysie complète de la troisième paire du côté gauche avec anesthésie du nez, de la joue du côté gauche et paresthésie de la peau du front; il y avait de la photophobie. Il y avait un écoulement abondant par la narine gauche. Au bout de 2 mois la paralysie commença à diminuer et au bout de 4 mois elle avait presque complètement disparu; cependant, les troubles sensitifs persistaient encore un peu. J'ai réuni une cinquantaine de cas analogues, de nature douteuse. Dans 6 cas seulement il y a eu disparition complète de tous les phénomènes pathologiques dans l'intervalle des attaques; dans 4 autres cas il persista seulement de la dilatation pupillaire dans les intervalles. Sept fois il y eut guérison complète après la première attaque, mais un certain degré de parésie persista dans les intervalles ultérieurs. Dans beaucoup de cas les symptômes font penser à de la migraine; mais ce n'en est pas. Trois autopsies ont montré des lésions du nerf et il est probable que le plus souvent ces lésions existent.

M. Mills. — J'ai observé plusieurs cas de paralysie oculaire à récidives avec envahissement de la 5e paire. J'ai également vu des cas de paralysies faciales à rechutes. Dans la plupart des cas il y a des lésions organiques. Dans les observations de M. Knapp, il y avait probablement des lésions des racines nerveuses.

Ramollissements circonscrits de la protubérance de la capsule interne et des ganglions cérébraux.

MM. Mills et **Zimmer.** — Une femme de 42 ans, alcoolique et ayant eu autrefois un rhumatisme articulaire aigu, présenta quelques troubles cérébraux peu marqués, tels que de la somnolence et une certaine difficulté dans la prononciation. Au repos l'œil droit se déviait vers la droite, l'œil gauche conservait son attitude normale. Les deux yeux ne pouvaient se tourner en même temps du côté gauche; l'œil gauche ne pouvait guère se porter vers le côté droit; il y avait un peu de nystagmus des deux yeux. Les paupières de l'œil gauche ne pouvaient pas se fermer complètement. Il y avait de la parésie faciale droite; la langue n'était pas déviée. Les réflexes étaient exagérés. On ne trouva nulle part aucune trace d'anesthésie. Environ 11 jours après son entrée à l'hôpital cette femme eut une deuxième attaque apoplectiforme. Elle fut alors incapable d'articuler des mots, mais elle comprenait ce qu'on lui disait; elle ne pouvait plus cracher et avait de la dysphagie. Elle mourut et à l'autopsie on trouva un ramollissement circonscrit de la protubérance se prolongeant presque jusqu'au bulbe. On trouva un deuxième foyer de ramollissement intéressant la capsule interne et une petite partie des ganglions caudé et lenticulaire. La lésion de la protubérance intéressait probablement les fibres radiculaires

du moteur oculaire externe et ses fibres d'anastomose avec le facial ou son noyau, car sa situation était telle qu'elle ne pouvait porter directement sur les noyaux de ces nerfs. La lésion de la capsule était absolument limitée à son genou et englobait probablement le faisceau géniculé et le faisceau de la parole.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *septembre* 1894.

Présidence de M. Alphonse Guérin.

Déclarations de vacances.

1° Dans la section d'*hygiène publique et de médecine légale*, en remplacement de M. Ollivier.

2° Dans la section de *médecine opératoire*, en remplacement de M. Cusco.

Usage des éponges en chirurgie.

M. Guermonprez (Lille). — 1° Les éponges réellement aseptiques peuvent être employées sans danger en chirurgie.

2° Le tissu de l'éponge peut être absorbé par l'organisme; il commence par devenir adhérent; il perd ensuite son élasticité; il disparaît enfin sans laisser aucune trace.

3° Dans le traitement des ulcères de jambe du type ordinaire, l'éponge est utile, si on a soin que l'ulcère soit préalablement désinfecté. L'éponge doit être choisie à mailles très larges; elle doit être morcelée en très petits fragments, très minces, presque feuilletés. Si le pansement est renouvelé à de rares intervalles (huit à quinze jours), l'éponge est d'abord adhérente, puis absorbée; les bourgeons acquièrent tous les caractères de ceux d'une plaie régulière; la cicatrisation suit une marche rapide et se termine en quelques semaines.

4° Dans les plaies cavitaires qui succèdent à l'élimination de longs séquestres du tibia, le tissu de l'éponge adhère, puis se résorbe de la même façon; il fait office de tuteur pour les bourgeons charnus qui s'organisent ensuite et comblent la cavité : les plaies se réparent sans laisser subsister de trajet fistuleux définitif, si la désinfection du foyer est sévèrement maintenue pendant toute la durée du traitement.

5° Il ne paraît pas en être de même dans les plaies cavitaires qui succèdent à la pleurésie purulente.

6° Sur les néoplasmes ulcérés, l'éponge est bien tolérée pour supporter la compression hémostatique; mais elle n'y adhère pas et ne s'y résorbe pas.

7° Dans les brûlures de vaste étendue, les applications discrètes de minces couches d'éponge paraissent favoriser le processus de cicatrisation.

De la maladie de Thomsen considérée sous le rapport de l'aptitude au service militaire et de la médecine légale.

M. Le Roy de Méricourt, à propos d'un travail sur ce sujet de M. le Dr S. A. Van der Stok, médecin de l'armée néerlandaise, lit un rapport qui se termine par les conclusions suivantes :

La maladie de Thomsen doit être considérée comme une affection congénitale des muscles qui possèdent une contractilité excessive sous l'influence d'excitations mécaniques, psychiques et atmosphériques.

La maladie de Thomsen, dûment constatée, rend inapte au service militaire. Les militaires qui en sont affectés doivent être mis en réforme. Les engagés volontaires ne doivent pas être admis.

Au point de vue médico-légal, il faut tenir compte des rapports qui peuvent exister entre les crimes ou délits et l'état psychique d'une personne accusée ou coupable.

Usage de la bicyclette.

M. Marey se déclare en principe assez partisan de la bicyclette, à laquelle il reproche surtout l'attitude courbée du sujet; il croit qu'on pourrait l'éviter en grande partie en mettant la sellette juste à l'aplomb des pédales. Il ajoute, d'autre part, que cette question mériterait d'être étudiée scientifiquement. A la suite de quelques observations dues à divers membres de l'Académie, la question est renvoyée à l'étude d'une commission composée de MM. Marey, Gariel et Hallopeau.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 *août* 1894.

Les lésions confèrent aux tissus l'aptitude à fixer les substances dissoutes.

MM. Charrin et **Carnot**. — On connaît très imparfaitement les lois physiologiques qui président à la répartition des principes en solution introduits par la circulation ou la voie digestive dans l'organisme vivant.

Au premier abord, il semble que ces principes doivent, en dehors des localisations dues à quelques affinités chimiques, se distribuer d'une façon sensiblement uniforme; or, l'expérience ne justifie pas toujours cette conception.

Au laboratoire de M. le professeur Bouchard, nous avons poursuivi une série de travaux destinés à rechercher le rôle que pourraient jouer, à cet égard, les altérations anatomiques. D'une part, en effet, il est intéressant de savoir, par exemple, si le mal appelle le remède; d'autre part, il est aisé de constater que, pour des corps solides vivants, en suspension, pour des microbes, le rôle de ces altérations anatomiques est indéniable.

Lésez un rein, cautérisez superficiellement le lobe gauche du foie, puis injectez des bactéries dans le sang; il vous sera aisé de reconnaître, comme nous l'avons fait avec M. Duclert, que, le plus souvent, ce rein lésé, ce lobe cautérisé renferment plus de bactéries que le rein normal, que le lobe sain.

Chez un lapin, nous avons, à l'aide de toxines, déterminé une arthropathie du genou droit, puis nous avons fait ingérer, durant quinze jours, de l'acétate de plomb par la voie gastrique. Le dosage, les réactions à l'hydrogène sulfuré, à l'acide sulfhydrique, au chromate de potasse, à l'iodure nous ont montré que les tissus de cette articulation renfermaient manifestement plus de plomb que ceux du genou gauche non altéré.

Sur des poumons tuberculeux recueillis sur un lapin qui avait absorbé des sels de plomb, on peut voir que ces sels sont surtout abondants au niveau des tubercules.

Sur des fausses membranes de péritonite, on constate facilement que la teinte noire si accentuée, si intense, dans les zones enflammées, est infiniment moins visible en d'autres points moins malades; elle est pour ainsi dire presque nulle là où la séreuse est saine.

La même constatation a été faite pour les muscles d'une cuisse droite énervée, à sciatique coupé, par rapport à la cuisse gauche.

Le caractère de la coloration, la précipitation en milieu acide écartent toute objection qui tendrait à soutenir qu'on est en présence de molécules ferriques du sang; de même, l'action des chromates ou des iodures.

En dehors de leur intérêt physiologique pur, ces expériences permettent de comprendre, ne fût-ce que par analogie, pourquoi la tuberculine va au tubercule, pourquoi les sels de bismuth s'accumulent dans les ulcérations, pourquoi le mercure sort par les point faibles, pourquoi, chez un goutteux, l'urate de soude qui circule va se déposer dans un coude ou un pied qu'un traumatisme est venu frapper, etc.

On pourrait supposer que les leucocytes, si nombreux dans les zones irritées, ont transporté ces corps : cette hypothèse peut être vraie dans certains cas; assurément, en dépit des notions établies, elle ne se réalise pas toujours.

Nous avons vu, en effet, un amas de pus, c'est-à-dire en partie de leucocytes, demeurer incolore après les traitements chimiques des tissus; ces leucocytes ne contenaient donc pas de plomb.

Du reste, l'examen histologique porte à penser que les substances introduites dans l'organisme arrivent à ces foyers lésés à l'état dissous.

La vasodilatation, le néoformation capillaire, une lenteur

plus grande, une activité plus marquée dans la circulation lymphatique, lenteur, activité enregistrées dans quelques-unes de nos recherches, font que les principes mis en jeu pénètrent dans ces points en plus grande quantité; il est possible que, dans ces milieux altérés, la réaction, un produit pathologique quelconque, provoquent la précipitation de ces principes.

Quoi qu'il en soit, il demeure acquis que les lésions confèrent aux tissus une aptitude à fixer les substances en dissolution.

Sur les propriétés antitoxiques du sang de salamandre terrestre vis-à-vis du curare.

MM. C. Phisalix et **Ch. Contejean.** — Nous avons étudié autrefois, au cours de nos recherches sur les glandes cutanées de la *Salamandra maculosa* ou salamandre terrestre, l'action des différents poisons sur la sécrétion spécifique de ce batracien. Nous avions trouvé notamment que la salamandre résiste d'une façon remarquable à l'action du curare, et qu'elle n'est complètement curarisée qu'après avoir reçu une dose de substance capable d'empoisonner plus de 80 grenouilles. Dans de nouvelles recherches ayant pour but d'étudier le mécanisme de cette immunité, nous nous sommes demandé s'il n'y aurait pas, comme pour le venin, une relation entre cette immunité et la présence de glandes venimeuses, d'autant plus que, chez le crapaud, la résistance au curare est également beaucoup plus grande que chez la grenouille. Dans ce cas, l'immunité de la salamandre pour le curare serait due à la présence, dans le sang, d'une substance qui aurait pour résultat d'empêcher ou de neutraliser les effets de ce poison.

Or, nous avons constaté, d'une part, que le mélange du sang de salamandre et de curare, en proportions convenables, n'agit pas sur la grenouille, et, d'autre part, que le sang de salamandre provoque une réaction physiologique antagoniste du curare. Ces expériences démontrent, en somme, que le sang de salamandre terrestre détermine, dans l'organisme de la grenouille, une réaction physiologique d'où résulte une forte immunité pour le curare. Pour nous assurer que cette propriété est particulière au sang de salamandre, nous avons répété les mêmes expériences avec du sang de chien et du sang de grenouille, mais elles ont constamment échoué.

Nous pouvons donc conclure de ces faits que le sang de salamandre terrestre renferme une substance antitoxique vis-à-vis du curare, substance dont l'action protectrice s'exerce non seulement sur l'animal qui la sécrète, mais encore sur la grenouille, qui peut être considérée comme le véritable réactif physiologique du curare.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN

Séance du 16 juin 1894.

Traitement de l'épilepsie.

M. Moeli, qui a eu l'occasion de traiter un grand nombre d'épileptiques, a constaté que le bromure n'est pas toujours efficace. Avec des doses de 5 à 6 grammes par jour, on parvient ordinairement à diminuer le nombre d'accès, mais l'effet se perd rapidement; il faut avoir recours à des doses de plus en plus élevées. En France on s'arrête à 12 ou 16 grammes de bromure. En Italie on va jusqu'à 20 grammes sans obtenir pour cela des résultats bien meilleurs. Un autre inconvénient du traitement par le bromure, est l'apparition des accidents de bromisme qu'on a essayé de combattre de diverses façons sans trop y parvenir. Le traitement de l'épilepsie par d'autres médicaments par la nitro-glycérine, l'antipyrine, l'antifébrine, le borax, etc., n'a donné aucun résultat.

Le traitement adopté par M. Moeli consiste à alterner le bromure de potassium à la dose de 3 à 4 grammes avec la belladone. Les résultats de ce traitement essayé chez trente-sept épileptiques, ont donné les résultats suivants : chez deux hommes et trois femmes les accès furent complètement supprimés. Chez huit épileptiques l'effet fut nul, en ce sens que pendant la période d'atropinisation le nombre d'accès fut plus considérable qu'avant le traitement. Chez six individus le nombre d'accès a diminué pendant la période d'atropinisation. En somme, le traitement par le bromure et l'atropine ne donne pas de résultats bien brillants.

M. Fraenkel a essayé dans dix cas le traitement de Flechsig qui consiste à donner du bromure et de l'opium. Sur ces dix cas, le succès fut éclatant chez une jeune fille de vingt ans qui avait cent à cent trente accès par mois.

Tabes et paralysie générale.

M. Cramer. — On sait que Biernacki a récemment constaté que chez les tabétiques la compression du cubital contre le condyle interne de l'humérus ne provoque aucune douleur, tandis que cette analgésie fait défaut chez les individus bien portants et dans un grand nombre d'autres affections du systeme nerveux central. M. Cramer eut donc l'idée d'examiner l'état du cubital chez 51 paralytiques généraux, et constata que chez 39, c'est-à-dire dans 76 pour 100 des cas de paralysie générale, le nerf cubital était complètement analgésique, c'est-à-dire insensible à la douleur par compression. Chez sept autres, l'analgésie était unilatérale. D'un autre côté, les mêmes recherches faites sur 63 aliénés non-paralytiques généraux, ont montré que chez 50 la compression du nerf cubital provoquait les signes d'une douleur vive. On voit donc qu'au point de vue de l'analgésie du nerf cubital les paralytiques généraux se comportent d'une façon opposée à celle des aliénés non paralytiques. L'existence d'une analgésie du nerf cubital peut donc servir de signe différentiel dans les cas difficiles.

SOCIÉTÉ DERMATOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 12 juillet 1894.

Injections intra-veineuses de sublimé.

M. G. Lewin traite depuis quelques mois les syphilitiques par les injections intra-veineuses de sublimé à la dose de 0,001 à 0,006 milligr., d'après la méthode de Baccelli. La technique n'est pas simple et souvent on ne parvient pas à introduire l'aiguille dans la veine. Comme on a pris toutes les précautions pour éviter l'entrée de l'air dans les veines, on n'a pas eu d'accidents sérieux à déplorer. Mais souvent les injections étaient suivies de thromboses et de péri-phlébite non suppurée. Quant à l'influence de ces injections, elles paraissent agir très promptement dans la syphilis tertiaire.

Pseudo-leucémie de la peau.

M. Wassermann. — Il s'agit d'un vésanique de 30 ans, soigné à l'hôpital de la Charité, qui un jour fut pris de fièvre avec diarrhée, somnolence, etc., faisant penser à une maladie infectieuse. La peau de la face et des membres devint d'une couleur jaune et se mit à desquamer; des fissures se formèrent sur la face de flexion de la plupart des articulations. L'état général devint mauvais, la fièvre prit les caractères d'une fièvre des infections streptococciques; dans les selles, au nombre de 10 à 12 par jour, on ne trouva pourtant pas de streptocoques. L'examen du sang montra qu'il s'agissait très probablement d'un lymphome malin. En effet, à l'autopsie on trouva les ganglions rétro-péritonéaux transformés en véritables tumeurs qui, à la coupe, présentaient un aspect blanchâtre, myélique. L'examen microscopique de la peau montra l'existence d'une lymphadénie.

M. Joseph a observé chez les pseudo-leucémiques l'apparition sur la peau de nodules qui étaient le siège de démangeaisons très vives. Il a même décrit ces éruptions sous le nom de pseudo-leucémie de la peau.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.



LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — M. Lœderich (armée) est promu officier. M. Carivene (armée) est nommé chevalier.

Une médaille d'or, pour dévouement à l'occasion d'épidémies, est décernée à Madame Fontaine (sœur Vincent), à l'hospice mixte de Béthune.

Syndicat de la presse allemande. — La *Deutsche mediz. Wochenschrift* propose de fonder une Association de la presse médicale d'Allemagne, d'Autriche et de la Suisse allemande, sur le modèle du Syndicat de la presse médicale française. Ce projet paraît destiné à se réaliser dans un bref délai.

Tarif de désinfection à Paris. — Un arrêté du préfet de la Seine, rendu en exécution d'une délibération du Conseil municipal de Paris, fixe le tarif suivant pour les désinfections effectuées par les soins des étuves municipales :

Pour un loyer matriciel inférieur à 800 francs, néant; pour un loyer matriciel de 800 à 999 fr., 5 fr.; de 1,000 à 1,999 fr., 10 fr.; de 2,000 à 2,999 fr., 15 fr.; de 3,000 à 3,999 fr., 20 fr.; de 4,000 à 4,999 fr., 30 fr.; de 5,000 à 5,999 fr., 40 fr.; de 6,000 à 6,999 fr., 50 fr.; de 7,000 à 7,999 fr., 80 fr.; de 8,000 à 8,999 fr., 90 fr.; de 10,000 à 14,000 fr., 100 fr.; de 15,000 à 19 999 fr., 150 fr.; de 20,000 et au-dessus, 200 francs.

Cette part contributive comprendra le passage à l'étuve des objets contaminés et la désinfection des locaux.

Elle ne sera due qu'une seule fois pour une même maladie, quel que soit le nombre des opérations auxquelles cette maladie aura donné lieu.

Médecins de couleur et médecins de race blanche. — A l'internat de l'hôpital municipal d'Indianopolis, le premier candidat reçu dans le dernier concours est de race noire. De là une grève des malades payants ou non de cet établissement. Ils considèrent comme injurieux d'être soignés par un nègre; les femmes se préparent à ne point se laisser assister par lui dans les accouchements; bref, c'est une grève. Voilà un préjugé ignoré même dans ce continent que les admirateurs des Américains appellent à la vieille Europe.

École de médecine de Reims. — Le docteur Hache est nommé professeur d'histologie (nouvelle chaire).

Mission. — Le ministre de l'intérieur a confié à M. le docteur Ledé, secrétaire rapporteur au comité supérieur des enfants du premier âge, la mission d'étudier l'organisation et le fonctionnement des bureaux de nourrices, spécialement à Paris.

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 29 octobre 1894.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 20 octobre, à quatre heures.

Quarantaine agréable. — Il paraît que ça n'est pas fréquent, en Europe au moins. Signalons donc celle qui, à Kobé, a été subie par l'*Oxus*, courrier d'Extrême-Orient, arrivé le 23 juin à Marseille.

A Kobé, les autorités sanitaires japonaises ont exigé que tous les passagers et l'équipage au complet prissent un bain hygiénique spécial, sous prétexte que l'*Oxus* avait, non pas communiqué avec Hong-Kong où la peste fait encore quelques victimes, mais simplement traversé la rade de ce port. On communiqua la décision à bord, où les passagers et surtout les passagères protestèrent hautement; plusieurs dames déclarèrent qu'elles ne prendraient le bain que si on les portait dans des baignoires; cependant il fallut céder et des chaloupes transportèrent tous les passagers par groupes jusque sous des hangars où étaient les baignoires, les cuves et les piscines. Les dames eurent les baignoires, les hommes des cuves dans lesquelles il fallait s'asseoir, et les marins et chauffeurs les piscines; puis, au sortir du bain, on donna à tout le monde des vêtements japonais et on servit du thé et des cigares à discrétion. Cela finit en somme comme une partie de plaisir, les passagers et passagères riant aux éclats de se voir transformés en Japonais. Cela les remis de s'être plongés dans un liquide aux effets douteux et au parfum inconnu. Bref, tout le monde rentra content à bord et le paquebot obtint la libre pratique.

Les passagers qui m'ont donné ces détails disaient qu'à l'inverse de ce qui se passait ailleurs, on s'amusait dans ces quarantaines au Japon.

Ecole du service de santé de la marine. — Liste des candidats admis, après concours.

1. Le Moal, Auffret, Mielvacque, Chabaneix, Lassignardie, Barbe, Gachet, Pujol, Lemasle, Imbert.

11. Mias, Cannac, Chauvin, Lamarque, Thomas-Derevoge, Brouillard, Joly, Béraud, Ricaud Letonturier.

21. Guilmet, Builles, Cadet, Abadie-Bayro, Chabal, Dardenne, Roubaud, Delaune, Barot, Michel.

31. Briaud, Pelofi, Maille, Vallet, Chaumanet, Lepinte, Lemerle, L'Herminier, Sautarel, Grandmaire.

41. Margain, Perrot, Robert, Bellet, Colin, Le Groignec, Fargier, Westermann, Creignou, Savignac.

51. Damond, Gaimard, Le Corre, Petit, Jouvenceau.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

De l'étiologie du cancer. Rapport au Congrès de Budapesth, par M. S. Duplay (Paris).

L'étiologie du cancer a donné lieu à un nombre considérable de travaux, dont les plus anciens ont été si souvent discutés et appréciés qu'il nous paraît inutile de nous y arrêter. Depuis que l'idée parasitaire a réussi à éclairer tant de grands problèmes de la pathologie générale, tout l'intérêt de la question s'est d'ailleurs presque exclusivement concentré sur l'application de cette idée à l'étiologie des tumeurs cancéreuses, et ce sont, par conséquent, les travaux récents se rattachant plus ou moins directement au parasitisme dans le cancer qu'il convient d'apprécier aujourd'hui, en cherchant à se rendre compte des progrès réalisés dans l'étude des néoplasmes malins.

C'est à Londres, au dernier Congrès international d'hygiène, que la question des parasites du cancer a donné lieu à la première discussion importante. Les observateurs s'accordaient alors à n'attribuer qu'un rôle secondaire et nullement étiologique aux bactéries signalées à diverses reprises dans le cancer par Rappin, Scheuerlen, Schill, etc.; de même les « corps à fuchsine » de Russell (Voir *Mercredi médical*, 1890, p. 588), que cet auteur avait décrits comme des champignons caractéristiques du cancer, ne trouvaient aucun défenseur, et nous pouvions facilement démontrer, dans une communication faite en commun avec M. Cazin, que ces corps n'étaient point des parasites et se rencontraient d'ailleurs dans des tissus non cancéreux, correspondant simplement à une forme de dégénérescence cellulaire hyaline (Voir *Mercredi médical*, 1891, p. 414). Mais des parasites d'un autre ordre venaient d'être décrits dans les cancers épithéliaux, et la théorie psorospermique, basée sur les travaux d'observateurs éminents, tendait à remplacer la théorie microbienne, abandonnée de tous. Déjà, à ce moment, nous avons cru devoir émettre des doutes sur la nature des éléments décrits par MM. Albarran, Malassez, Vincent, Thomas, etc., etc. Depuis, de nombreux travaux ont donné de nouvelles descriptions des parasites du cancer, et, dans la discussion importante qui a eu lieu à ce sujet au Congrès de Rome (Voir *Mercredi médical*, 1894, p. 180), l'accord ne s'est point fait sur la valeur qu'il convient d'attribuer à ces constatations, sans que d'ailleurs aucune opinion se soit nettement élevée contre l'hypothèse parasitaire elle-même. C'est là un point qu'il convient tout d'abord de formuler nettement, car il ne serait pas exact de considérer comme des adversaires de l'hypothèse de la nature parasitaire du cancer les nombreux observateurs qui ont simplement déclaré ne pas être convaincus de la démonstration de cette hypothèse en faveur des sporozoaires; c'est qu'en effet, indépendamment des raisons cliniques qui rendent si vraisemblable l'origine parasitaire des néoplasmes malins, il serait tout à fait irrationnel, dans une question aussi importante et aussi obscure, de rejeter *à priori* une théorie, même peu justifiée par les faits.

Après la publication des premiers travaux relatifs aux coccidies du cancer, nous avons montré, avec MM. Cornil, Schütz, Ribbert, Unna, Borrel, Fabre-Domergue, etc., que parmi les diverses formations considérées comme étant des parasites, on avait confondu soit de simples produits de dégénérescence cellulaire, soit des produits de fragmentation irrégulière des noyaux et des nucléoles, soit des inclusions cellulaires. Cette opinion s'est trouvée confirmée par les partisans les plus convaincus de la théorie psorospermique du cancer et notamment par M. Ruffer, qui admet avec nous que « les coccidies de Wickham, de Korotnew, de Podvyssotzki et d'autres observateurs ne sont que des cellules pathologiques invaginées et dégénérées ».

Si nous laissons de côté les corps pseudo-parasitaires décrits par les auteurs que nous venons de citer, il nous reste à discuter la signification des éléments décrits par MM. Foà, Soudakévitch, Ruffer, Walker et Plimmer.

En ce qui concerne les formations étudiées par M. Soudakévitch, dès la publication de son premier mémoire, il a été facile de se rendre compte qu'un grand nombre des éléments considérés par lui comme des parasites, et représentés comme tels dans les planches qui accompagnent son travail, se trouvent dans les dessins publiés par M. Cornil en 1891, à la suite d'un mémoire dans lequel celui-ci a étudié les formes irrégulières des divisions cellulaires indirectes des cancers épithéliaux, et a considéré simplement ces formations pseudo-parasitaires comme des modifications des noyaux. Quelques-unes des figures de M. Soudakévitch offraient toutefois une apparence un peu spéciale, et certains corps inclus, notamment, présentaient à leur périphérie des rayons uniformes ou renflés à leur extrémité, auxquels on attachait une grande importance dans la description des pseudo-parasites, cet aspect rayonné paraissant tout à fait caractéristique et capable à lui seul de différencier ceux-ci des cellules mêmes du cancer. Or, si l'on se reporte aux recherches de M. Brault sur les modifications cellulaires dans les épithéliomas d'origine ectodermique, il est facile de se convaincre que de simples modifications de l'appareil filamenteux des cellules malpighiennes peuvent donner lieu à des figures tout à fait semblables aux corps rayonnés de M. Soudakévitch. En multipliant les examens minutieux des modifications cellulaires dont on peut suivre l'évolution dans les cancers épithéliaux, il paraît probable que l'on arriverait facilement à fournir la véritable interprétation anatomo-pathologique de toutes les formations diverses qui ont été considérées comme des coccidies. Ainsi que M. Brault le fait observer avec raison dans le travail récent que nous venons de citer, on peut, à ce point de vue, reprocher aux défenseurs de l'origine psorospermique des cancers de s'être pour ainsi dire uniquement préoccupés de rechercher dans les tissus cancéreux des éléments isolés susceptibles de présenter les attributs de parasites étrangers à l'organisme, sans s'attacher à suivre dans chaque tumeur l'évolution même de la totalité des éléments constitutifs, négligeant souvent complètement l'histologie pathologique des cancers, pour ne songer qu'à la démonstration d'un parasitisme encore hypothétique.

En 1891, nous avons, pour notre part, insisté surtout, M. Cazin et moi, sur l'absence de formes de reproduction absolument indiscutables dans les descriptions publiées à l'appui de l'existence de sporozoaires dans les cancers épithéliaux. Les recherches de MM. Foà, Soudakévitch, Ruffer et Plimmer, considérées isolément, ont pu paraître combler cette lacune, qui suffisait à justifier nos réserves relatives à la nature psoro-spermique des parasites du cancer; malheureusement, si l'on compare les descriptions de ces éminents observateurs, on est immédiatement frappé du désaccord absolu qui existe entre elles, précisément pour ce qui a trait au mode de reproduction des parasites, de sorte que, loin de trouver là une réponse satisfaisante au desideratum que nous avions formulé, nous pourrions y voir une raison d'accentuer nos doutes à cet égard. Comment pouvons-nous, comme l'a fait M. Pio Foà dans le rapport qu'il a présenté au Congrès de Rome sur le parasitisme dans le cancer (Voir *Mercredi médical*, 1894, p. 178), admettre l'identité d'ailleurs

indispensable des parasites décrits par MM. Foà, Ruffer et Soudakévitch, lorsque l'on voit ces parasites se multiplier par *scissiparité* sur les préparations de MM. Ruffer et Plimmer, et par *formation de spores* sur celles de MM. Foà et Soudakévitch, lesquels sont eux-mêmes en désaccord complet au point de vue du mode de formation des spores? Nous avouons que, tout disposés que nous soyons à nous laisser convaincre par une entente parfaite entre les partisans d'une même opinion et à voir dans l'identité des parasites décrits par chacun d'eux une preuve de l'existence réelle de ces parasites, nous ne pouvons nous empêcher, devant une divergence d'observation aussi marquée, de constater que l'on n'a pas établi irréfutablement le mode de reproduction des parasites du cancer, point dont la connaissance est nécessaire pour la démonstration de leur existence, et surtout pour que l'on soit autorisé à les ranger parmi les sporozoaires.

Il importe d'insister sur ces divergences d'opinion, dont M. Foà fait trop facilement abstraction lorsqu'il admet l'identité des corps décrits par MM. Ruffer, Soudakévitch et par lui-même. Ces divergences montrent en effet que, contrairement à une opinion qui tend à se généraliser un peu prématurément, l'existence des sporozoaires du cancer devient de plus en plus problématique, à mesure que l'on multiplie les travaux exclusivement consacrés à leur recherche.

Si nous continuons à comparer les descriptions de MM. Foà, Soudakévitch, Ruffer et Plimmer, nous voyons que ces observateurs ne sont même pas d'accord sur le siège exact de leurs corps pseudo-parasitaires, puisque ceux de M. Foà sont toujours *paranucléaires*, et ne sont, à aucun moment de leur développement, situés dans le noyau des cellules cancéreuses, tandis que les parasites de M. Soudakévitch sont parfois intranucléaires et que ceux de MM. Ruffer et Plimmer passent d'abord par une période de développement *intranucléaire* et quittent ensuite le noyau de la cellule cancéreuse, après s'être entourés d'une capsule; ils continuent alors leur accroissement dans le protoplasme de la cellule, refoulant vers la périphérie le noyau qui s'atrophie peu à peu. Il est impossible d'être en désaccord plus absolu, et devant ces faits contradictoires on ne saurait admettre comme démontrée l'existence de parasites qui pour les uns se développent *dans le noyau* de cellules cancéreuses, alors que pour les autres ils sont toujours *en dehors du noyau* de ces cellules, et qui se multiplient par scissiparité pour les uns, par *sporulation* pour les autres, et cela d'une façon bien différente suivant que l'on s'en rapporte à M. Foà ou à M. Soudakévitch.

Dans l'état actuel des choses, la conclusion la plus modérée qui nous paraisse résulter d'une pareille confusion d'idées est que, sans que la valeur de l'hypothèse parasitaire en soit diminuée pour cela, la démonstration de cette hypothèse est loin d'être faite et ne semble guère devoir jamais être faite en faveur des sporozoaires.

Parallèlement aux recherches micrographiques qui ont été multipliées dans ces dernières années au sujet de la discussion du parasitisme cancéreux, des tentatives non moins nombreuses ont été faites au point de vue de la transmission des cancers; la question de l'origine des néoplasies malignes et celle de la contagion de ces affections sont, en effet, étroitement liées l'une à l'autre, la démonstration de la contagiosité directe des cancers pouvant venir en aide à la théorie parasitaire. On ne peut donc chercher à résumer l'état actuel de la question de l'étiologie du cancer sans formuler d'une façon précise les conclusions qu'on peut tirer des faits expérimentaux qui ont été le résultat des travaux les plus récents.

Nous avons suffisamment démontré, par une longue série d'expériences, que le cancer n'est pas transmissible de l'homme aux animaux, ni, en général, d'une espèce animale à une espèce différente, et nos résultats concordent entièrement sur ce point avec ceux de la plupart des expérimentateurs. Dans des recherches déjà anciennes, quelques auteurs avaient cru obtenir par ces inoculations le développement d'un cancer expérimental, mais lorsqu'on peut trouver dans ces observations les éléments d'une analyse rigoureuse, qui font parfois défaut, aucune d'elles ne paraît suffisamment probante pour qu'on doive en tenir compte.

Dans une période de temps plus rapprochée de nous, quelques faits ont été publiés comme représentant des résultats positifs d'inoculation du cancer de l'homme aux animaux; mais, d'après les résultats de l'examen des préparations qui nous ont été communiquées, ces faits ne sont nullement probants et exigent une démonstration plus rigoureuse. Nous sommes donc en mesure d'affirmer qu'il n'existe actuellement aucune observation indiscutable de transmission expérimentale d'un cancer de l'homme aux animaux, et, jusqu'à ce qu'un seul fait bien établi nous ait démontré le contraire, nous persisterons à penser que le cancer n'est pas transmissible par inoculation directe de l'homme aux animaux.

Nous devons insister davantage sur les résultats qu'ont donnés les essais de transmission d'un individu cancéreux d'une espèce animale à des individus sains appartenant à la même espèce, car ces résultats se rattachent directement à la question si discutée de la contagion directe interhumaine.

Dans des travaux récents, plusieurs auteurs n'ont pas hésité à considérer comme démontrée la contagion directe de l'homme par l'homme, s'appuyant pour cela sur des faits d'observation clinique, car les faits expérimentaux, contrairement à une idée aujourd'hui assez répandue, ne justifient pas cette opinion. Les auteurs auxquels nous faisons allusion atténuent d'ailleurs considérablement la gravité de leur assertion en admettant toutefois que la contagion directe du cancer exige des conditions de réceptivité peu fréquemment réalisées, et que la transmission du cancer d'homme à homme doit être en réalité exceptionnelle. Quelle que soit la valeur de quelques faits que l'on retrouve disséminés çà et là dans la littérature médicale et qui sont cités comme des exemples de contagion interhumaine, il nous suffira, pour ne pas nous étendre trop longuement sur cette partie de la discussion, de rappeler combien la fréquence du cancer utérin est en disproportion avec celle du cancer de la verge, et combien, d'autre part, on a de peine, pour les malades atteints d'un cancer du pénis, à constater la coexistence d'un cancer utérin qui pourrait être incriminé en faveur de la contagion, puisque Demarquay, sur 134 cas cas de cancer de la verge, a pu signaler une fois seulement l'existence d'un cancer de l'utérus chez la femme du malade. Aucun fait clinique n'autorise à considérer les cancers comme des affections contagieuses par inoculation directe, au même titre que la tuberculose, qu'on a le tort de comparer sans cesse au cancer lorsqu'on défend la théorie de la contagion cancéreuse.

Voyons maintenant ce que les recherches expérimentales nous autorisent à penser à ce point de vue, sans nous occuper des résultats qu'on a pu obtenir en greffant sur un individu cancéreux des fragments de son propre cancer, comme l'a fait Hahn (Berlin) et comme l'a fait également le chirurgien dont M. Cornil a rapporté les expériences. Ces faits, qui ne nous ont d'ailleurs rien appris de nouveau, puisqu'on voit souvent la greffe cancéreuse sur le cancéreux se réaliser spontanément en clinique, ont été fréquemment confondus avec les résultats d'inoculations d'un individu cancéreux à un

ndividu sain et cités, par suite, à l'appui de la contagion directe du cancer ; ils n'apportent pourtant aucun éclaircissement nouveau dans la discussion et peuvent seulement fournir un argument aux adversaires de la théorie psorospermique. Pour expliquer les nombreux insuccès qu'ont donnés, comme nous allons le voir, les inoculations de cancer à des individus sains, les partisans des sporozoaires du cancer ont pu dire, en effet, que la transmission devait s'effectuer d'une façon indirecte, par l'intermédiaire de ces parasites, après que ceux-ci avaient accompli en dehors de l'organisme humain un stade encore entièrement inconnu. Mais cette hypothèse tombe d'elle-même devant les succès obtenus en greffant chez les cancéreux des fragments de leur propre cancer, sans que les pseudo-parasites incriminés aient pu accomplir, en dehors de l'organisme malade, aucun stade intermédiaire.

En ce qui concerne la contagion du cancer, nous n'avons donc à nous occuper que des expériences d'inoculation faites d'un individu malade à un individu sain, dans une même espèce animale.

Chez les animaux, on a fait un nombre considérable d'inoculations d'un individu cancéreux à des individus sains appartenant à la même espèce, et l'immense majorité des expérimentateurs a constamment obtenu des résultats négatifs. Quelques auteurs anciens ont cru observer des faits positifs, mais les détails qu'ils nous ont laissés au sujet de leurs expériences ne permettent pas de les considérer comme concluantes. Plus récemment, nous devons citer un fait de Wehr, publié en 1889, et dans lequel un chien, inoculé avec des fragments de carcinome provenant d'un animal de la même espèce, serait mort de carcinome généralisé. M. Hanau (Saint-Gall) a obtenu chez le rat trois résultats positifs, dont nous avons pu contrôler la valeur, et qui constituent sans aucun doute le seul document précis que nous possédions au sujet de la transmission directe du cancer dans une même espèce ; tout au plus est-il permis de se demander, à propos de ces faits, si la communauté d'origine des animaux inoculés ne créait pas chez eux un terrain héréditaire apte à favoriser le développement des greffes. Il existe enfin quelques autres observations de cancer expérimental obtenu chez le rat ou la souris, mais nous n'avons pas, au sujet de ces observations, des renseignements suffisants pour pouvoir les apprécier.

Les inoculations que nous avons faites nous-même pendant trois années consécutives, et dont nous avons publié les derniers résultats au Congrès de Rome (Voir *Mercredi médical*, 1894, p. 180), ont été suivies d'insuccès dans plus de soixante expériences où nous avons inoculé de véritables cancers du chien à des animaux de la même espèce, et les seuls résultats positifs que nous ayons obtenus sont relatifs à des tumeurs expérimentales dont le développement s'est effectué consécutivement à des inoculations de néoplasmes bénins.

En présence des nombreux résultats négatifs obtenus jusqu'à ce jour, nous pensons que, si le cancer peut être transmis d'un individu malade à un individu sain, dans une même espèce animale, cette transmission s'effectue seulement dans des conditions qui ne se trouvent réalisées que très exceptionnellement, et parmi lesquelles la prédisposition héréditaire joue peut-être un certain rôle ; on n'est donc pas, à notre avis, autorisé à considérer, ainsi qu'on l'a fait prématurément, la contagion directe du cancer comme un fait expérimentalement démontré au même titre que la contagion de la tuberculose, et l'on doit, par conséquent, s'opposer à la généralisation de cette notion de la contagion directe du cancer, en raison des graves conséquences qui pourraient en résulter, au point de vue des cancéreux eux-mêmes.

En résumé, lorsque l'on ramène à de justes proportions les résultats obtenus soit par le microscope, soit par l'expérience d'inoculation, on peut dire que la question de l'étiologie des cancers est encore à résoudre entièrement, et, en ce qui concerne particulièrement la théorie parasitaire, la plus stricte impartialité force à reconnaître que, malgré sa vraisemblance, elle pourra rester longtemps à l'état d'hypothèse, si l'on continue, comme on le fait depuis quatre ans, à s'attarder dans des discussions stériles sur l'interprétation morphologique d'éléments dont nous reconnaissons tous l'existence sans que le microscope puisse nous mettre d'accord sur leur signification. Comme l'a dit fort justement M. A Ruffer au Congrès de Rome, les méthodes usuelles de fixation et de coloration des tissus cancéreux n'ayant pas donné de résultats satisfaisants, il faut recourir à de nouvelles méthodes, et, à ce point de vue, il est permis peut-être d'espérer que la discussion actuelle prendra fin lorsqu'on se sera spécialement attaché à l'étude des tissus frais, que l'on a le tort de trop négliger aujourd'hui. Pour ce qui est de l'expérimentation, il faut continuer à multiplier les tentatives d'inoculation, dans une même espèce, d'un individu cancéreux à des individus sains, en s'attachant à modifier les conditions dans lesquelles on a cherché jusqu'à présent à réaliser ces expériences.

M. L. Torœk (Buda-Pest). — Pour l'*épithelioma contagiosum*, il n'existe aucune raison permettant d'admettre la nature parasitaire des corps homogènes contenus dans les cellules. On a considéré comme des spores les petites granulations que renferment les cellules profondes de la couche de Malpighi, mais ces pseudo-spores, au lieu de se développer et de former des individus distincts, deviennent coalescentes dans les couches superficielles et se transforment en une seule masse contenue dans la cellule, ce qui répond plutôt à un processus de dégénération. D'ailleurs M. Kromayer a tout récemment prouvé par une coloration spéciale que ce sont les fibres épithéliales des cellules épineuses qui, par leur dégénération, produisent les globules en question.

Je n'entrerai pas ici dans d'autres détails pour montrer que ces corpuscules n'ont, à aucune période de leur développement, une membrane nette, que l'état de grégarine qu'on leur a attribué ne présente pas de noyau distinct, etc. Je veux seulement mentionner les recherches chimiques qui nous ont démontré une résistance énorme de ces corpuscules contre tous les réactifs, résistance semblable à celle que présentent les substances colloïdes. Chez les sporozoaires on a constaté une pareille résistance dans l'état enkysté, mais cet état n'est nullement comparable à l'état des corpuscules dont nous nous occupons, puisque ceux-ci sont toujours dépourvus de membrane propre.

En ce qui concerne la psorospermose de Darier, plusieurs auteurs ont démontré que les éléments auxquels on a attribué une nature parasitaire sont toujours extra-cellulaires et qu'ils contiennent de la kératohyaline, comme les autres cellules de l'épiderme. J'ai trouvé des cellules tout à fait semblables aux corps de Darier dans d'autres lésions de la peau et même, quoique rarement, dans la peau normale. Ces éléments ne sont donc pas des psorospermies, mais seulement les produits d'une kératinisation anormale.

Dans la maladie de Paget, on rencontre des éléments pseudo-psorospermiques de deux ordres : les uns sont semblables à ceux du cancer ; les autres sont des cellules gonflées à noyaux géants et contenant beaucoup de chromatine. Or, on peut constater facilement des figures karyomitotiques géantes et polypolaires dans ces grandes cellules à protoplasma clair ; et, en outre, on voit très souvent ces cellules subir la dégénérescence colloïde. Il ne s'agit donc pas non plus de parasites.

Pour ce qui est du cancer, je ne veux rien ajouter à ce qui vient d'être dit dans le rapport de M. Duplay. Je me borne à rappeler les études que j'ai faites sur les figures psorospermiformes du cancer et qui m'ont démontré que ces figures n'étaient pas autre chose que des noyaux, nucléoles, cellules épithéliales ou migratrices, des globules rouges du sang ou bien des produits de la dégénération de ces différents éléments morphologiques.

M. Arloing (Lyon) a fait de nombreuses tentatives d'inoculation de cancer de l'homme aux animaux, sans aucun résultat, et partage entièrement l'opinion soutenue par MM. Duplay et Cazin, relativement à la non-transmissibilité du cancer d'un individu d'une espèce à un autre individu d'une espèce différente. Pour ce qui a trait à la transmissibilité du cancer d'un individu d'une espèce à un autre individu de la même espèce, il a eu l'occasion d'observer, chez le chien, un fait expérimental indiscutable, qui peut être ajouté à ceux que M. Duplay a cités dans son rapport : il s'agissait, dans ce cas, d'une greffe d'un fragment de cancer mammaire de chienne, transplanté sous la peau d'un animal de la même espèce.

REVUE DES CONGRÈS

VIII° CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

Tenu à Budapest du 2 au 8 septembre 1894.

Bactériologie du choléra.

M. Max Gruber (Vienne). — Tous les observateurs modernes ont confirmé le rôle pathogène du bacille virgule de Koch. Mais, pour que le choléra puisse se développer, il faut l'intervention d'un autre facteur encore inconnu, lequel favorise peut-être la production ou l'absorption des poisons cholériques. On ignore la nature de ce facteur ; en tout cas, s'il s'agit d'un autre germe, il ne saurait être classé parmi les bactéries.

En outre, dans ces dernières années on a constaté que le vibrion cholérique possède des qualités très variables et qu'il y a dans notre entourage un grand nombre de micro-organismes qui ont la plus grande ressemblance avec le bacille virgule, dont il est très difficile de les différencier. J'estime qu'avec les moyens dont la science dispose à l'heure actuelle, il nous est impossible de distinguer avec certitude les différents vibrions les uns des autres.

Les observations faites pendant les dernières épidémies ont prouvé que lorsque toutes les conditions nécessaires sont remplies, ces vibrions peuvent produire la maladie avec tous ses symptômes ; l'expérience sur les animaux nous démontre également que les vibrions sont la cause de la maladie, non seulement lorsqu'on les introduit par la voie gastrique ou veineuse, mais aussi après l'infection intra-péritonéale. Il s'agit dans ce dernier cas d'une infection, et non pas d'une intoxication, comme le veut Pfeiffer. L'infection intra-péritonéale des cobayes a été préconisée par Koch comme un excellent moyen de diagnostic pour distinguer le vibrion cholérique d'avec les autres vibrions, car de jeunes générations du bacille virgule peuvent tuer des cobayes de 300 à 350 grammes à la dose de 1 milligr. 1/2 de culture, tandis que les micro-organismes analogues au vibrion cholérique ne se comportent pas de la même façon lorsqu'on les introduit dans le péritoine.

Je ne saurais me ranger à cette opinion, car j'ai observé, d'une part, que la virulence des jeunes générations de vibrions cholériques est extrêmement variable, et, d'autre part, les recherches des dernières années nous ont fait connaître un grand nombre de vibrions qui, en injections intra-péritonéales, déterminent absolument les mêmes symptômes que le vrai bacille virgule ; d'autres vibrions peuvent produire — même dans des milieux morts — les mêmes poisons que ce dernier. Il n'y a donc pas de poison spécifique du choléra, et j'estime que l'existence d'un pareil poison n'est même pas nécessaire, de sorte que, à mon avis, le caractère essentiel du vibrion cholérique ne serait pas la production d'un poison spécifique, mais bien l'aptitude spécifique qu'il a de se fixer et de pulluler dans l'intestin.

En résumé, quoique nous sachions avec certitude que les vibrions qu'on trouve dans le choléra sont la cause de la maladie, nous ne pouvons pas diagnostiquer ces vibrions comme espèce bien définie et, par conséquent, nous ne pouvons pas dire s'ils appartiennent dans tous les cas de choléra à une seule et même espèce et s'ils sont identiques ou non à nos vibrions indigènes.

M. Pertik (Budapest). — Pendant la dernière épidémie cholérique qui a sévi en Hongrie, j'ai examiné les déjections de 1,200 malades, et surtout 370 cas. Sur ce nombre, 223 ont présenté des bacilles virgule et ont donné une mortalité de 61 0/0 ; les 147 cas dans lesquels on n'a pas trouvé de bacilles virgule ont fourni une mortalité de 53 0/0. Chez trois individus qui, sauf une légère diarrhée, ont été tout à fait bien portants, on a trouvé des bacilles virgule en culture pure.

C'est la culture sur plaques de gélatine qui donne les meilleurs résultats pour le diagnostic des vibrions cholériques.

J'ai fait une observation assez importante au point de vue des spores des vibrions cholériques : dans des cultures anciennes de bacille virgule sur gélatine peptonisée, on ne trouve jamais de bacilles, et pourtant le sédiment de ces cultures donne les meilleures cultures pures du vibrion sur plaques de gélatine. On y trouve des corps sphériques très réfringents, ayant l'aspect de spores, quoiqu'on n'ait jamais observé la transformation de ces spores en bacilles.

D'après mes recherches, il est évident que l'eau est l'agent le plus efficace de la propagation de l'épidémie.

M. Elsner (Berlin). — La culture sur plaque de gélatine a le désavantage d'exiger trop de temps : il faut attendre dix-huit à vingt-quatre heures pour obtenir des cultures, mais avec des plaques à 25 0/0 de gélatine, les cultures poussent au bout de huit heures.

M. Pertik a également employé avec succès la gélatine à 20 0/0 pour la culture des vibrions cholériques.

M. Hueppe (Prague) fait ressortir l'importance de l'augmentation et de la diminution de la virulence des bacilles relativement à la production du choléra, et dit qu'au point de vue botanique il est toujours possible de faire le diagnostic du bacille cholérique.

M. Metchnikoff (Paris). — Depuis longtemps, on a constaté l'immunité remarquable dont jouissent, vis-à-vis du choléra, certaines localités et certains individus ; en outre, on sait que les animaux sont fort réfractaires.

Or, j'ai d'abord constaté que dans les villes indemnes — à Versailles en particulier — et en dehors de l'épidémie, on peut trouver le bacille virgule.

Quant à l'immunité individuelle, elle n'est pas due à un état de vaccination inconscient et permanent, et j'ai constaté sur l'homme, par plusieurs tentatives de vaccination intestinale, que l'injection de cultures cholériques ne protège pas sûrement contre l'effet pathogène du vibrion de Koch.

Mais, par des expériences *in vitro*, j'ai constaté qu'avec beaucoup de microbes le bacille virgule vit difficilement en symbiose, et je pense que l'immunité est due en grande partie à l'influence de la flore du canal digestif sur le vibrion cholérique.

En partant de là, j'ai entrepris des recherches pour empêcher le choléra à l'aide de certains microbes, mais je n'ai pas encore obtenu de résultats définitifs.

M. Chantemesse a étudié le bacille trouvé dans les déjections cholériques lors de la dernière épidémie de Lisbonne (avril 1894), épidémie ayant frappé en quelques semaines 10,000 personnes, mais n'ayant causé que 3 ou 4 décès. D'après une culture faite par M. Camara Pestana, M. Chantemesse a conclu que ce microbe différait nettement du bacille virgule du choléra indien. Mais était-ce un germe autochtone, celui du choléra nostras, ou était-ce un bacille indien dégénéré? Cette seconde opinion est la bonne. En effet, si le vibrion de Lisbonne avait perdu une série de ses propriétés, si en particulier il ne tuait plus les cobayes par injection intra-péritonéale, s'il ne donnait plus dans les cultures d'eau peptonisée les réactions de l'indol et du rouge de choléra, il ne tarde pas à récupérer ces propriétés et sa virulence après des passages successifs dans le péritoine des animaux ; en même temps, sa forme se modifie et redevient celle du bacille indien. Il reste cependant assez spécial en ce que les propriétés acquises sont plus stables, se perdent à nouveau avec la même facilité.

Ce fait est important en ce qu'il nous fait saisir les modifications du choléra indien, maladie longtemps crue immuable.

M. Leduc (Nantes) conclut de ses recherches qu'à Nantes les pluies, particulièrement celles qui suivent les jours de sécheresse, déterminent des poussées cholériques.

M. Kuborn (Seraing) a étudié l'origine, la marche, les caractères et la prophylaxie de l'épidémie belge de 1892 et 1893. Il s'agissait bien du choléra à bacille virgule, mais la diffusion a été lente. Le batelage a joué un grand rôle dans sa transmission. Les quartiers et maisons insalubres ont été plus particulièrement frappés, et il faut, en outre, noter que la maladie a sévi de préférence aux mêmes places que dans les épidémies antérieures.

Les mesures d'hygiène, de prophylaxie, de désinfection ont été prises avec grand soin, et en 1892, l'épidémie n'a tué que 1,400 à 1,500 individus, alors que celles de 1849, 1853-1854, 1866-67 avaient causé plus de 86,000 victimes.

Inoculations préventives contre le rouget du porc.

M. Piana (Milan). — Quelquefois, il est difficile de se procurer des vaccins purs et bien préparés. Dans ces conditions, on se trouvera peut-être bien d'employer le procédé suivant :

En 1890 et 1892, deux vétérinaires me demandèrent du vaccin pour vacciner des cochons, presque adultes, faisant partie de porcheries dans lesquelles sévissait le rouget. Connaissant les difficultés qu'on éprouve à provoquer le rouget chez les cochons au moyen d'injections sous-cutanées, je décidai avec l'un de ces vétérinaires d'employer, comme matériel de vaccination, des cultures pures du bacille du rouget provenant de pigeons qui avaient été préalablement inoculés avec des cultures de ce bacille et des cultures obtenues directement de cochons morts de rouget. L'autre vétérinaire employa le suc de la rate de cochons morts de rouget et de lapins artificiellement infectés.

Cent quarante-huit porcs furent inoculés avec 1 c. c. de cultures sur gélatine, à 17°-20°, additionné de deux parties d'eau stérilisée et chauffée pendant quelques minutes à 35°-40°; 120 de ces animaux étaient sains auparavant et 1 seul périt; 28 venaient d'une porcherie infectée et 8 tombèrent malades, mais un seul mourut.

Soixante-dix-huit porcs furent inoculés avec le suc de la pulpe splénique d'un porc, délayé avec 1 fois son volume d'eau; 3 déjà malades moururent; 35 porcs furent inoculés avec la pulpe splénique de lapin et 2 moururent, une portée de petits tomba malade, mais guérit.

Des parasites intestinaux dans le béribéri.

M. James H. Walker (Longside). — Sur 927 cas de béribéri traités pendant les cinq dernières années à Sandakaw (British North Borneo), 887 malades furent examinés au point de vue de la présence de parasites intestinaux dans les selles. On trouva :

L'ankylostome duodénal dans 756 cas, soit 85.5 0/0; le trichocéphale dans 284, soit 31.5 0/0; l'ascaride lombricoïde dans 155, soit 17.4 0/0; l'oxyure vermiculaire dans 123, soit 13.8 0/0; le distome dans 2, soit 0.2 0/0; des parasites divers dans 24, soit 2.6 0/0; l'acare dans 3, soit 0.3 0/0.

L'ankylostome n'est généralement pas très fréquent parmi la population indigène; sa prédominance dans le béribéri doit donc avoir une certaine valeur. Certes, ce parasite ne peut pas être considéré comme étant l'agent pathogène essentiel du béribéri, mais il pourrait être une cause prédisposante de cette maladie, dont il constitue, en tout cas, un facteur d'aggravation. La cause des deux maladies — béribéri et ankylostomie — se produirait simultanément en dehors de l'organisme, les conditions qui favorisent le développement de l'ankylostome (malpropreté et eau stagnante) étant éminemment favorables au développement du germe du béribéri.

Des recherches minutieuses faites au point de vue de l'étiologie du béribéri ne laissent aucun doute sur la propagation de cette maladie par l'eau, ce qui amène à recommander de faire bouillir et de filtrer l'eau potable dans les régions infectées par le béribéri. Quant au traitement, il faut avant tout procéder à l'examen des selles de tous les individus atteints de béribéri pour s'assurer de la présence d'entozoaires, dont l'expulsion constitue la première indication à remplir dans la thérapeutique de cette affection.

Du lait de vache comme aliment.

M. Heubner, *rapporteur*. — Le lait de vache est le seul aliment qu'on puisse employer comme succédané du lait de la mère pour les nourrissons. C'est le seul qui contienne les substances nutritives nécessaires pour l'accomplissement des échanges et pour la production des calories dont le tout petit enfant a besoin. En outre, ces substances s'y trouvent en quantité suffisante et dans un état de concentration qui exclut toute surcharge pour l'estomac du nouveau-né. Il est établi par de nombreuses expériences qu'on peut fort bien élever des enfants exclusivement avec du lait de vache; mais, d'un autre côté, on échoue souvent avec ce moyen et c'est surtout dans les grandes villes qu'on éprouve les plus grandes difficultés. Il survient ordinairement des troubles de la digestion (diarrhées, coloration verte des selles), suivis de catarrhes intestinaux, qui mènent à la cachexie ou à la mort par intoxication intestinale.

Nous ne connaissons pas encore bien les causes de ces troubles : on a dit que les substances albumineuses du lait de vache sont difficiles à digérer, mais le fait est loin d'être prouvé. Avec les progrès qu'a faits la chimie du lait, on est arrivé à admettre que c'est à la différence qui existe entre les proportions des substances nutritives dans ces deux sortes de lait, surtout à la moindre teneur du lait de vache en matières azotées, qu'il faut attribuer les échecs de ce mode d'alimentation; mais cette opinion est en contradiction avec le fait que de nombreux enfants sont élevés avec succès au moyen du lait de vache. Dans ces derniers temps on a incriminé les bactéries qui se trouvent dans le lait de vache : plus ces bactéries restent dans le lait, plus elles ont le temps d'y exercer leur action nocive, et cela explique pourquoi dans les villes, où le lait n'arrive qu'après un délai de transport plus ou moins long, les échecs sont plus nombreux qu'à la campagne; de là les nombreuses tentatives de stérilisation du lait. Toutefois, si ce procédé, bien appliqué, facilite beaucoup l'alimentation des nourrissons avec du lait de vache, en somme il n'a pas jusqu'ici influencé la mortalité des enfants du premier âge, soit parce que le peuple y a peu recours, soit plutôt, suivant les recherches très récentes de M. Flügge, parce que la méthode généralement suivie est insuffisante pour stériliser complètement le lait.

En somme, au point de vue bactériologique, la question de l'alimentation du nourrisson avec le lait de vache ne peut pas être définitivement résolue avant que de longues expériences aient été faites à l'aide d'un lait parfaitement stérile dans un établissement spécial pour les nouveau-nés. Jusque-là il faut prendre les mesures nécessaires pour que les grandes villes soient pourvues d'un lait recueilli aseptiquement, enfermé dans des récipients aseptiques et pour lequel le délai de transport à destination soit aussi court que possible.

M. Biedert (Haguenau), *co-rapporteur*. — Les propriétés générales du lait de vache sont tellement influencées par la manière dont ce liquide est produit et par le traitement qu'on lui fait subir, que la connaissance de ces deux points est indispensable pour permettre d'apprécier en partie l'utilité d'un lait donné.

On admet ordinairement que la qualité du lait dépend de la race des vaches; cela est vrai, mais la pâture joue un rôle plus considérable : sèche, elle est exempte de grands inconvénients; mixte, elle donne aussi de bons résultats. Les vacheries doivent être propres et bien aérées, et avant la traite du lait il faut avoir soin de faire laver les tétines de la vache et de faire nettoyer soigneusement les mains de la personne qui trait.

En observant ces précautions, le rapporteur a pu obtenir dans une grande ferme un lait de meilleure qualité qui, sans être préalablement bouilli ni tenu au froid, ne s'est pas altéré à une température notablement élevée. Ce fait prouve qu'un certain degré de pullulation microbienne n'a pas grande influence sur le lait.

Le traitement idéal du lait consisterait à soumettre immédiatement ce liquide à l'action de la centrifugation; en tout cas, il faudrait prescrire de le conserver dans la glace. Une fois rendu à domicile, le lait doit être bouilli pendant dix minutes, puis conservé dans un vase clos à une basse température.

Il ne faudrait pas permettre d'apporter sur le marché du

ait qui, au moment où on le vend, a une température de 20° et qui dépose un sédiment d'impuretés au bout de deux heures. La pasteurisation ou la stérilisation du lait sans refroidissement ultérieur sont de mauvais procédés, parce qu'on vend le lait à une température a laquelle se développent facilement certaines bactéries qui ont pu échapper à l'action de la chaleur.

Etiologie de l'influenza.

M. Teissier (Lyon). — Au début, on a été tenté de croire que la grippe était seulement une sorte de tournure pathologique imprimée, sous des conditions météorologiques et cosmiques mal connues, à des infections par des microbes pathogènes vulgaires (streptocoque, pneumocoque). Mais on n'a pas tardé à démontrer qu'il s'agit d'une maladie spécifique, due à un microbe spécial, étudié par M. Arloing un des premiers. D'abord, les recherches furent contradictoires : MM. Teissier, Roux et Pittion firent voir qu'il tenait au polymorphisme remarquable de ce bacille. Depuis, ces faits ont été confirmés, en particulier par M. Jarron (d'Alger).

Le diplobacille de la grippe se trouve dans le sang au moment de l'acmé fébrile; et surtout dans l'urine, le jour de la défervescence. Il se cultive sur bouillon de bœuf et produit chez le lapin des accidents identiques à ceux de la grippe.

En outre, M. Jarron a prouvé — opinion que depuis le début soutenait M. Teissier — que les accidents sont provoqués par les toxines que sécrète ce microbe. On les reproduit, en effet, avec les cultures stérilisées par le naphtol et la filtration; mais les cultures perdent par le chauffage toutes leurs propriétés.

M. Teissier termine en relevant les faits déjà connus, relatifs au rôle de l'humidité de l'air, de l'ozone, de la pression barométrique, etc., dans les reviviscences brusques qui créent les épidémies subites et extraordinairement étendues qui caractérisent la grippe.

Emploi de la tuberculine.

M. Nocard. — On sait aujourd'hui ce qu'il faut penser de l'hérédité de la tuberculose : elle doit céder le pas à l'infection après la naissance. Chez les bovidés, M. Nocard l'a vérifié récemment d'une manière très nette : dans une exploitation gravement infectée, sur 42 jeunes animaux (6 à 18 mois), 33 étaient sains ; à partir de ce moment les malades furent rigoureusement isolés, et des animaux indemnes aucun ne fut frappé, les dernières constatations datant de juillet 1894. Or 24 de ces animaux étaient nés de mères tuberculeuses.

Ce diagnostic a été établi par des injections de tuberculine, qui deviennent ainsi un précieux moyen de prophylaxie de la tuberculose dans les moyens de prophylaxie de la tuberculose dans les étables, et par conséquent chez l'homme.

M. Bang (Copenhague) pense que la tuberculine donne des résultats positifs dans 90 0/0 des cas et est souvent précieuse pour déceler des lésions insignifiantes, ganglionnaires surtout. Mais il faut savoir que quelquefois des animaux non tuberculeux présentent la réaction caractéristique. Néanmoins M. Bang pense qu'en police sanitaire la tuberculine peut jouer un rôle important.

M. Hess (Berne) est de cet avis, mais fait des réserves dues à ce que les injections provoquent assez souvent une tuberculose aiguë.

Les lésions légères peuvent guérir ajoute **M. Bang**, en sorte qu'il ne faut pas sacrifier des vaches de bonne apparence et qui ont la réaction caractéristique ; il faut les isoler, les soigner, et les utiliser pour la reproduction, puisqu'on sait aujourd'hui que la tuberculose ne passe de la mère au fœtus que dans les cas très avancés.

M. Nocard confirme cette opinion, en ajoutant que dans l'exploitation dont il a parlé il a traité 15 animaux par des injections hebdomadaires d'huile créosotée ; 9 sont guéris, et sur l'un d'eux, livré à la boucherie, on ne trouva que quelques tubercules crétacés, dont l'inoculation au cobaye resta infructueuse. D'autre part, deux vaches non traitées, mais mises au pâturage et bien nourries, ont guéri, si bien qu'elles ne réagissent plus aujourd'hui à la tuberculine. Il y a là des faits importants pour le diagnostic précoce et le traitement de la tuberculose des bovidés.

Les causes de la céphalalgie des écoliers.

M. M. Bresgen (de Francfort). — On sait combien la céphalalgie est commune chez les enfants à l'âge où ils fréquentent les écoles et quels troubles ce symptôme peut apporter dans leurs études. On ne saurait cependant, faute de données, préciser dans quelles proportions elle s'observe. M. Hakonson-Hanser prétend avoir trouvé en Norwège au moins 40 0/0 des écolières avancées dans leurs études se plaignant de maux de tête. Les recherches de M. Bresgen lui font penser que ce chiffre doit exprimer à peu près la réalité.

Pour pouvoir combattre la céphalalgie des écoliers, il faut en connaître les causes, qui sont multiples et que l'on peut classer en quatre groupes :

1° *Maladies du cerveau et des méninges:* Il n'est pas nécessaire d'insister sur ce groupe. Il faut cependant signaler l'épuisement nerveux, héréditaire, grâce auquel il suffit de causes légères pour provoquer la céphalalgie ; les effets de cette prédisposition héréditaire se remarquent surtout au moment de la puberté ;

2° *Affaiblissement général* dû à une maladie grave ou à une alimentation vicieuse, insuffisante ou irrégulière. A ce groupe appartiennent les céphalées dues à des fautes contre l'hygiène qui, altérant la crase sanguine, retentissent sur la nutrition cérébrale (selles irrégulières, mastication hâtive et insuffisante, boissons trop abondantes, ingestion d'aliments en dehors des repas, etc.) ;

3° *Fatigue et surmenage du cerveau :* quand la classe a lieu à une heure trop matinale, l'enfant n'a pas le temps de prendre des soins de toilette suffisants, de déjeuner et d'aller à la garde-robe ; aussi ne faut-il pas faire commencer les classes avant huit heures du matin, ce qui est déjà trop tôt en hiver. La mauvaise répartition des matières à étudier entraine du surmenage ; aussi le médecin devrait-il être consulté au sujet de cette répartition. Le travail intellectuel du matin est exagéré s'il atteint une durée de quatre heures, et à plus forte raison s'il la dépasse. A l'école, il faut surveiller de très près l'hygiène, le chauffage, l'éclairage (foyers lumineux masqués par des verres dépolis). Enfin, comme cause de surmenage et de neurasthénie, il faut signaler les compléments d'études faits à la maison. C'est ainsi que, dans la classe aisée, on fait généralement apprendre la musique aux jeunes filles beaucoup trop tôt et avec beaucoup trop d'assiduité.

4° *Affections et malformation du nez* (atrésie ou obstruction des fosses nasales), *des oreilles, des yeux, des dents* (éruption des molaires, seconde dentition), *de la gorge* qu'il suffit de rappeler à l'examen du médecin.

Contribution à la pathogénie de l'ictère grave.

M. Hanot (Paris). — L'histoire de l'ictère grave est liée de très près à la science de l'hygiène publique, puisque c'est une maladie des agglomérations, qui se développe surtout dans les camps, les casernes, les prisons et parmi les égoutiers et les vidangeurs.

La cause en est restée longtemps absolument inconnue, mais, dès l'origine de la question, beaucoup d'auteurs ont fait intervenir le génie épidémique, ainsi qu'on l'a fait pour beaucoup de maladies infectieuses, avant la découverte de leur microbe pathogène.

D'abord les recherches de Klebs, d'Epinger, de Hlava, de Balzer ont montré qu'on trouve, dans le sang des individus qui meurent d'ictère grave, divers microbes qu'ils ont imparfaitement déterminés.

Restait à savoir si ces microbes sont en rapport avec des complications intercurrentes, si ce sont simplement des microbes accidentels, ou bien s'ils ont quelque part directe dans la production de l'ictère grave.

C'est cette dernière opinion qui semble prévaloir aujourd'hui, et à laquelle je me range moi-même.

Dans une observation de Girode, où il s'agit d'une femme ayant succombé à l'ictère grave après avortement, le foie, comme les artères, contenait le staphylococcus aureus, auquel il était légitime de rattacher la lésion utérine, comme la lésion hépatique.

Dans un cas de grippe terminée par ictère grave, j'ai trouvé le streptocoque dans le foie, dans les cellules hépa-

ques elles-mêmes, et on sait qu'il a été démontré que le streptocoque se développe souvent au cours de la grippe, y produisant diverses autres complications : phlegmons, abcès, pleurésies, méningites suppurées, etc., etc.

Dans un cas de pneumonie terminée également par ictère grave, j'ai trouvé le pneumocoque dans le foie, dans les capillaires, ainsi que dans l'intérieur des cellules.

Récemment, M. Babes a publié une note sur la dégénérescence hépatique aiguë streptococcique, comprenant trois cas, où il n'hésite pas à rattacher une forme clinique d'ictère grave primitif, qu'il appelle *hépatite foudroyante hémorrhagique*, à une affection streptococcique, caractérisée par des streptocoques formant de courtes chaînettes, troublant le bouillon en y formant un sédiment grossier, floconneux, et s'y accroissant difficilement et même pas du tout à la température de la chambre. Ce qui caractérise tout spécialement les streptocoques trouvés dans les deux premiers cas, c'est tout d'abord leur propriété de pulluler avec une incroyable rapidité dans le corps humain ; ensuite, de détruire le parenchyme hépatique en quelques heures et de provoquer des hémorrhagies étendues, probablement consécutives à la rapide destruction du foie.

J'ai fait quelques recherches personnelles, qui permettent de démontrer le rôle direct du microbe dans la pathogénie de l'ictère grave. En 1893, j'ai communiqué à la Société des hôpitaux de Paris trois observations d'ictère grave terminé par la mort dans l'hypothermie, et où j'ai constaté à l'autopsie la présence presque exclusive du coli-bacille dans le foie et dans les cellules hépatiques elles-mêmes. Or, le coli-bacille est un microbe hypothermisant : sa culture, injectée dans la veine de l'oreille du lapin, le tue avec abaissement notable de la température.

On pouvait m'objecter que le coli-bacille diffuse vite et loin après la mort, comme M. Wurtz l'a établi.

Une autre observation d'ictère grave hypothermique répond victorieusement à cette objection. Dans ce cas, j'ai constaté la présence du coli-bacille, du seul coli-bacille, pendant la vie, dans le sang du foie et des veines du pli du coude et, après la mort, dans les cellules hépatiques. Presque en même temps, j'observai un cas d'ictère grave hyperthermique où je ne retrouvai plus le coli-bacille, mais le staphylococcus albus dans le sang du foie et des veines du pli du coude, pendant la vie.

Il existe donc un ictère grave hypothermique où l'examen microbiologique fait reconnaître, pendant vie, le coli-bacille dans le sang du foie et des veines du pli du coude et, après la mort, dans les cellules hépatiques, tandis que les autres ictères graves, ictères graves hyperthermiques, sont caractérisés par la présence dans le foie et dans le sang de microbes pyogènes. C'est là une preuve du rôle que jouent les micro-organismes dans la genèse des lésions et des symptômes de l'ictère grave.

Rarement l'influence pathogène des microbes, rarement leur virulence est assez forte pour provoquer à elle seule la destruction de la cellule hépatique, qui est la lésion fondamentale de l'ictère grave; mais elle devient suffisante, si elle s'exerce sur un foie en état de moindre résistance, soit congénitalement, soit consécutivement à une évolution morbide antérieure. L'ictère grave est le plus souvent dû à une infection intercurrente frappant un foie déjà moins résistant.

Il résulte de ces considérations que la thérapeutique de l'ictère grave est double : elle doit tenir compte de la lésion protopathique du foie et de l'agent microbien actuel qui fait l'appoint. Sur ce dernier élément surtout, la prophylaxie, les lois de l'hygiène pourront intervenir favorablement.

Des hépatites des pays chauds.

M. Kartulis (Alexandrie). — La fréquence des hépatites dans les pays tropicaux s'explique par l'existence d'agents spécifiques agissant d'une façon particulièrement intense sur les fonctions du foie, à la suite de troubles digestifs. Outre la haute température du climat, les facteurs qui prédisposent aux hépatites dans les pays chauds sont beaucoup plus fréquents que dans les zones tempérées. C'est ainsi que la malaria, la dysenterie, les divers parasites, le régime alimentaire et l'abus de l'alcool viennent sans cesse troubler les fonctions digestives.

Les hépatites que j'ai observées en Egypte peuvent être divisées en hépatites aiguës et hépatites chroniques.

L'hépatite aiguë est habituellement produite par des écarts de régime, l'alcoolisme, la malaria, le refroidissement, la dysenterie ou bien par des parasites (échinocoques, ascarides, grégarines, distomes). L'hépatite causée par des écarts de régime ou par l'alcoolisme aboutit souvent à la formation d'un abcès du foie. L'hépatite aiguë malarique se présente sous deux formes : l'une affecte la marche d'une fièvre quotidienne tierce ou quarte, et guérit sous l'influence de la quinine; l'autre s'observe chez des individus atteints autrefois de malaria et se termine souvent par la production d'un abcès. Dans la première variété, on trouve dans le sang du foie les parasites de la malaria; dans la seconde, le pus de l'abcès contient les agents de la suppuration. Les hépatites aiguës sont souvent accompagnées d'ictère catarrhal; par contre, je n'ai jamais observé en Egypte l'ictère grave, l'atrophie jaune aiguë du foie ou la fièvre bilieuse hémoglobinurique.

Les hépatites chroniques observées en Egypte comprennent, outre les formes ordinaires d'hépatite chronique (cirrhose, syphilis, tuberculose, tumeurs du foie), trois formes spéciales, qui sont :

1° L'*hépatalgie chronique*, se manifestant par une extrême sensibilité et l'augmentation de volume du foie. Elle est ordinairement due à l'abus de boissons alcooliques ;

1° L'*hépatite chronique malarique*, caractérisée par une augmentation énorme du foie et de la rate, l'absence de douleurs et de fièvre et une anémie très prononcée. La quinine n'a aucune action sur cette maladie ;

3° L'*hépatite bilharzique*, due à la présence des œufs de la douve hématobie dans le foie, et ne déterminant aucun symptôme du côté de la glande hépatique tant que les œufs ne sont pas nombreux. Lorsqu'ils se multiplient, ils produisent une hépatite, dont les lésions anatomiques sont analogues à celles de la cirrhose hypertrophique du foie, rarement de la cirrhose atrophique.

M. Henry Cayley (Southampton). — On observe fréquemment chez les Européens de l'Inde l'hépatite aiguë et l'abcès du foie, la congestion chronique, l'engorgement et les abcès hépatiques dysentériques dus aux amibes. Chez les indigènes, ces affections sont extrêmement rares. Cette prédilection pour les Européens s'explique par leur manière de vivre, qui n'est pas appropriée au climat (beaucoup de nourriture animale et trop de boissons alcooliques). Dans l'Inde, les femmes et les enfants européens sont moins exposés aux maladies du foie que les hommes. Les hépatites aiguës surviennent dans la première ou la seconde année de séjour dans l'Inde. Elles sont caractérisées par le gonflement rapide du foie, avec douleurs, fièvre, souvent aussi par des troubles respiratoires et une toux sèche. Le traitement consiste dans le repos au lit, la saignée ou l'application de sangsues au niveau du foie, l'administration d'ipéca, de calomel ou d'un purgatif salin, la suppression totale de l'alcool et l'application de compresses froides sur la région hépatique. La congestion chronique peut suivre une attaque aiguë et est souvent causée par la malaria.

L'abcès du foie est déterminé par une hépatite aiguë. Il s'accuse dans ce cas par le gonflement douloureux du foie, par des douleurs dans l'épaule droite, souvent par de la toux et des crachats hémorrhagiques, de la fièvre et des sueurs nocturnes. L'abcès chronique a un début insidieux et ne se manifeste que quelque temps après. Rarement il s'enkyste ou est résorbé; le plus souvent, il s'ouvre dans une des cavités du corps. Une autre variété d'abcès du foie reconnaît pour cause l'absorption de produits septiques ou pyémiques, provenant d'un ulcère intestinal dysentérique : ces abcès sont souvent multiples. Enfin, une autre forme d'abcès, souvent associée à la dysenterie, est produite par l'amœba coli.

L'incision de l'abcès est le seul traitement rationnel ; dans les cas douteux, il faut faire une ponction exploratrice. Après l'ouverture large et le drainage, on note souvent une guérison complète.

Pour atténuer leur prédisposition aux affections tropicales du foie, les Européens doivent adopter un régime alimentaire plutôt végétarien et s'abstenir de boissons alcooliques.

Sur la biologie des amibes.

M. Celli (Rome). — Dans la recherche des amibes, l'examen direct, qui a été jusqu'ici employé le plus souvent, est tellement douteux qu'il est bien difficile d'arriver par ce moyen à distinguer les amibes immobiles ou peu mobiles des éléments cellulaires tels que les leuco ytes et les globules du pus, ou à différencier entre elles plusieurs espèces d'amibes. C'est pourquoi l'examen direct n'a fait découvrir dans l'intestin qu'une ou deux espèces d'amibes, bien qu'il en existe davantage, et c'est seulement à l'une d'elles, l'*Amœba coli*, qu'on a accordé une certaine importance.

De même, les colorations, qui réussissent si bien pour les bactéries, ne sont d'aucune utilité pour les amibes, et il est préférable de ne pas y avoir recours.

Les cultures, au contraire, rendent de grands services, surtout les cultures en goutte pendante, au moyen desquelles nous pouvons suivre tout le développement des amibes et, par des sélections successives, arriver facilement à obtenir des cultures pures pour chaque espèce et chaque variété.

On doit éviter d'employer comme terrains de culture ceux dont les bactériologistes se servent couramment; on choisira, au contraire, un terrain qui, comme je vais l'exposer, soit favorable au développement des amibes tout en limitant celui des bactéries. Il n'a pas été possible jusqu'ici d'éliminer complètement la symbiose des amibes et des bactéries, mais les essais continuent dans ce sens. Les amibes résistent bien aux alcalins, et c'est grâce à cela que, dans des milieux très alcalins, on peut obtenir des cultures presque exemptes de bactéries.

On peut actuellement tenter d'établir une classification rationnelle des amibes, grâce à l'étude successive des caractères de leur phase amiboïde, de leur phase de reproduction, de l'état de repos et du stade cystique. Les caractères de la phase amiboïde et de la phase cystique sont ceux qui ont la plus grande importance, et ils nous permettent déjà de nous orienter suffisamment.

La reproduction a toujours lieu par scissiparité, jamais par sporulation, et sans être précédée de conjugation. Or, comme la sporulation des plasmodes de la malaria est constante, on peut affirmer que ce ne sont pas des amibes, mais des sporozoaires.

Le temps pendant lequel le cycle du développement s'accomplit peut fournir d'excellentes données pour le diagnostic différentiel des amibes, attendu qu'il est assez constant pour chaque espèce et pour chaque variété, dans le même terrain de culture et à température égale.

La phase de repos offre des caractères différentiels moins importants, parce qu'ils sont transitoires; on doit néanmoins en tenir compte, car, pendant cette phase, les amibes peuvent se rencontrer dans les selles et fournir ainsi un indice que la culture mettra ensuite en évidence.

Les amibes cultivées jusqu'à présent et classées d'après ces données sont les suivantes : 1° *Amœba lobosa*, avec ses variétés *guttula*, *oblonga*, *ondulans*, *coli*; 2° *A. spinosa*; 3° *A. diaphana*; 4° A. *vermicularis*; 5° *A. reticularis*; 6° *A. arborescens*.

Dans un même intestin, on peut rencontrer plusieurs espèces, et la plus fréquente, l'*A. spinosa*, s'y trouve dans les conditions les plus différentes, c'est-à-dire chez des individus sains, comme chez d'autres individus atteints de catarrhes intestinaux ou de dysenterie.

Sur 34 cas de dysenterie étudiés avec soin, j'ai trouvé cinq fois l'*A. diaphana*, quatre fois l'*A. coli*, et une seule fois l'*A. spinosa*, l'*A. vermicularis* et l'*A. reticularis*. Dans les autres cas, je n'ai rencontré aucune espèce d'amibe dans les selles. Cette rareté des amibes et leur variété s'opposent à ce que l'on puisse, dans les cas que nous avons étudiés, considérer l'*A. coli* comme la cause de la dysenterie. Dans des cas identiques, on peut rencontrer des amibes ou n'en pas trouver, ce qui démontre que ces protozoaires ont chez nous une importance secondaire dans l'étiologie de la dysenterie.

En revanche, l'examen microscopique et les cultures des diarrhées dysentériques nous montrent constamment le *bacterium coli*, souvent en culture pure, ou bien associé à un bacille pseudo-typhique. On connaît l'hypothèse d'après laquelle le coli bacille serait la cause de la dysenterie. Mais, pour démontrer le fait, il ne suffit pas qu'on trouve cette bactérie dans les selles où sa présence est constante; il faudrait démontrer comment ce micro-organisme, qu'on peut aujourd'hui considérer comme l'agent de tant d'autres maladies, est susceptible d'acquérir une telle virulence spécifique au point de produire une maladie aussi typique, soit au point de vue clinique, soit au point de vue épidémiologique.

Hygiène de l'eau potable.

M. Chantemesse, *rapporteur*. — L'étude hygiénique de l'eau potable doit viser un triple but : établir le bilan de nos connaissances sur l'étiologie des maladies qui, d'une manière probable ou certaine, ressortit à la contagion hydrique; critiquer les méthodes usitées pour juger la valeur d'une eau potable; enfin discuter le problème de la purification artificielle des eaux.

Suivant les latitudes, les climats, les régions, les habitudes locales, les contaminations accidentelles, l'eau de boisson peut récéler des causes de danger passagères ou permanentes.

Je ne ferai que mentionner la présence du fer, qui offre peu d'inconvénients, parce qu'on l'élimine facilement par la filtration.

La contamination par l'arsenic est plus redoutable. En Suisse, en Allemagne, en Angleterre, des cas d'intoxication ont été provoqués par l'absorption des eaux de pluie qui avaient traversé des terrains à pyrites arsenicales.

L'action toxique du plomb dissous dans l'eau potable s'observe fréquemment, moins cependant qu'on ne serait tenté de le croire, la présence des bicarbonates alcalins ou alcalino-terreux apportant un obstacle efficace à la dissolution du plomb. Le plomb n'est pas seulement en dissolution dans les eaux potables, il y est surtout en suspension; il serait donc téméraire, comme l'a dit M. Gautier, d'affirmer que les branchements en plomb qui conduisent l'eau de la rue à nos demeures doivent nous inspirer une confiance absolue.

Plus importante pour l'hygiène est la connaissance des parasites de l'homme capables de vivre dans l'eau potable, notamment les œufs de certains vers, tels que différents tænias, le distome hépatique, l'ankylostome duodénal, l'ascaride lombricoïde et, dans certaines contrées de l'Afrique, la filaire et la bilharzia.

Plus étendu et, par conséquent, plus grave est le rôle pathogénique de l'eau dans les maladies microbiennes. Je mentionnerai brièvement les maladies dont l'origine hydrique est vraisemblable, pour insister plus longuement sur celles où la contagion aqueuse est définitivement établie. La diarrhée de Cochinchine est attribuée à juste raison à la mauvaise qualité des eaux potables; la fièvre jaune a disparu de la Vera-Cruz, où elle était endémique, depuis que l'eau de source est distribuée dans toutes les maisons.

La dysenterie se transmet souvent par l'usage d'une eau contaminée. Depuis un demi-siècle, l'influence pathogénique de l'eau dans la contagion paludique a été constatée et M. Laveran ne met pas en doute cette influence de l'eau potable.

Moins affirmatives sont les accusations portées contre l'eau d'être parfois le véhicule des germes du cancer ou des bacilles de la tuberculose. Pour la tuberculose, j'ai montré avec Widal que le microbe pouvait rester vivant à une température favorable dans l'eau stérilisée plus de soixante-dix jours.

La contagion hydrique n'est plus contestée par personne pour le choléra et la fièvre typhoïde. Le problème actuel se pose entre ceux qui voient dans l'eau potable le véhicule charriant le germe spécifique et leurs adversaires qui accordent à l'eau une certaine influence banale. Sur le terrain épidémiologique et bactériologique, la lutte s'est engagée entre deux écoles; elle dure encore, parce que partisans et ennemis de la théorie du contage hydrique n'ont eu jusqu'ici entre les mains que des observations insuffisantes pour clore le débat.

La connaissance de l'étiologie cholérique est plus avancée que celle de la fièvre typhoïde, et les preuves de la transmission hydrique du choléra sont aujourd'hui nombreuses. Les adversaires de la théorie hydrique prétendent que le bacille virgule de Koch n'a pas de valeur spécifique, parce qu'on peut le trouver dans l'intestin de gens qui n'ont pas le choléra, et que certaines régions, certaines villes indemnes de choléra boivent de l'eau dans laquelle on a pu trouver le bacille virgule; mais ces arguments ont aujourd'hui perdu de eur importance.

Le choléra est le résultat d'une intoxication intestinale produite par les sécrétions, non de quelques bacilles virgules, mais d'une myriade de ces bacilles. Pour qu'il y ait choléra, il faut le développement d'une énorme quantité de ces vibrions. Tout ce qui favorise la culture intestinale du microbe favorise l'éclosion du choléra. Certaines races des bacilles virgules virulentes, aptes à fabriquer des toxines puissantes, ont plus de facilité que d'autres à se multiplier abondamment dans l'intestin : telles sont les races indiennes de vibrions; d'autres, au contraire, sont douées d'un pouvoir moindre et n'arrivent à faire une culture abondante et à fabriquer beaucoup moins de poison que sous le couvert de circonstances adjuvantes (écart de régime, etc.).

La question de la spécificité du bacille virgule a été résolue par M. Metchnikoff, dont les récentes découvertes jettent une vive lumière sur les conditions étiologiques du choléra. Il a isolé des microbes dont les uns favorisent et les autres empêchent le développement d'une culture intestinale du vibrion cholérique. Il ne m'appartient pas d'insister sur l'importance de ces associations microbiennes qui permettent d'entrevoir les causes, jusqu'ici si obscures, de la réceptivité et de l'immunité individuelles et régionales vis-à-vis du choléra.

Depuis longtemps on a signalé des épidémies où la fièvre typhoïde était bien exactement distribuée dans le parcours d'une canalisation ; il me suffira de citer les observations de Budd, de Hœgler (épidémie de Lausen), de Carpentier (épidémie de Croydon), de Michel (épidémie de Chaumont) et l'enquête de M. Brouardel à Pierrefonds.

En mars 1887 et les années suivantes, nous avons montré, M. Widal et moi (Voir *Mercredi médical*, 1887, qu'il existait d'une manière indubitable un rapport de cause à effet entre la distribution d'eau de rivière et l'éclosion de certaines épidémies typhiques à Paris.

Les controverses commencent quand il faut décider où réside la cause typhogène : les souillures banales de l'eau sont-elles capables de provoquer par leur abondance l'apparition de la fièvre typhoïde chez des individus parfaitement sains, qui n'ont pas été en contact avec des germes typhiques? L'eau est-elle contaminante parce qu'elle renferme un microbe banal (coli bacille) capable de se transformer sous certaines influences en bacille typhique? L'eau pour être typhogène doit-elle charrier le bacille typhique? J'envisagerai séparément ces trois questions :

1° Les souillures banales peuvent créer de toutes pièces la fièvre typhoïde : telle est la conclusion de la doctrine typhogénétique de Murchison, contredite par Budd. Une enquête pour juger cette théorie ne peut être entreprise avec fruit dans les villes où les conditions d'observation sont très complexes; elle est plus facile dans certains villages isolés où la fièvre typhoïde, absente jusqu'alors, éclate tout à coup. Or, l'observation attentive des faits dépouillés de toutes les complications n'est pas en faveur de la théorie de Murchison ; on trouve presque toujours, à l'aurore de ces petites épidémies, l'apport d'un germe étranger et spécifique.

2° L'eau qui contient du coli-bacille est-elle capable de produire la fièvre typhoïde, uniquement parce que ce coli-bacille est susceptible, suivant la théorie lyonnaise, de devenir le bacille typhique? Le principal argument qu'on a fait valoir en faveur de cette hypothèse est la découverte du coli-bacille dans les eaux soupçonnées d'avoir produit la fièvre typhoïde. Or, rien n'est plus facile que de trouver le coli-bacille dans l'immense majorité des eaux potables. Des agglomérations de jeunes gens formant un réactif très sensible de la fièvre typhoïde ont pu boire impunément de l'eau renfermant un grand nombre de coli-bacilles très virulents et cela pendant des mois. Tel est le fait, que j'ai cité, des soldats de la caserne de la Jeune-France, à Ménilmontant.

La théorie du rôle typhogène du coli-bacille ne résiste pas à l'enquête épidémiologique; elle est encore plus fragile devant l'enquête bactériologique, comme le montrent les réactions des cultures de coli-bacille, les maladies qu'il produit chez l'homme ; d'ailleurs la transformation du coli-bacille en bacille typhique, annoncée et espérée, n'a jamais été effectuée par personne ;

3° L'eau accusée d'avoir donné la fièvre typhoïde contient-elle toujours le bacille typhique? Si l'on pouvait mettre en évidence, par nos méthodes bactériologiques, le bacille typhique contenu dans l'eau ou les matières fécales, comme on peut le faire lorsqu'il s'agit du vibrion cholérique, la solution du problème serait proche. Malheureusement cette recherche est malaisée et le plus souvent infructueuse. Un seul exemple suffira pour convaincre. Après les milliers d'autopsies de malades ayant succombé à la fièvre typhoïde dans le monde entier depuis la découverte du bacille d'Eberth, personne ne met en doute le caractère spécifique de ce microbe trouvé toujours égal à lui-même par tous les observateurs, sous toutes les latitudes. Personne, d'autre part, ne met en doute que les matières fécales des typhiques dans la période d'état de la maladie ne recèlent le virus spécifique ; qu'on essaie cependant à ce moment d'isoler des selles des typhiques, par les procédés ordinaires, le bacille d'Eberth, on rencontrera une énorme difficulté à s'acquitter de cette tâche.

C'est que, partout où se trouvent mêlées les cultures du bacille d'Eberth et de coli-bacilles, ces derniers, par leurs produits de sécrétion, mettent un obstacle presque insurmontable au développement des colonies typhiques, d'où la tendance à croire que celles-ci sont absentes parce qu'elles ne se développent pas. Les mêmes difficultés se rencontrent dans l'analyse de l'eau, et c'est dans les eaux relativement pures que le bacille typhique a été le plus facilement découvert.

Le *choix* des eaux potables a toujours reposé successivement sur des examens chimiques, physiques et bactériologiques. L'un ou l'autre de ces procédés, employé isolément, est incapable de donner la solution qu'on lui demande.

Le chiffre des matières organiques, sur lequel on s'est longtemps basé, demanderait, pour être probant, la fixation de nos connaissances sur ces matières organiques ; or, les procédés actuels ne donnent malheureusement aucun renseignement sur ces choses importantes.

L'analyse bactériologique, qui comporte la numération des microbes, est également tout à fait pauvre en procédés d'investigation.

En un mot, pour trancher la question de la pureté d'une eau, le résultat d'une analyse chimique ou microbique unique et isolée est insuffisant. Il n'est parfois, suivant l'expression si juste de M. Duclaux, qu'une « fantasmagorie ».

L'épuration spontanée des eaux comporte un certain nombre de faits intéressants à connaître. L'eau s'épure spontanément sous l'influence d'actions physiques, chimiques et vitales. Il faut tenir compte en premier lieu du mélange avec des eaux de fond et du dépôt de particules flottantes. Ce dépôt n'est pas seulement le résultat de l'action de la pesanteur ; il a sa source principale dans la formation du carbonate de chaux gélatineux, dans la présence de l'alumine, du sesquioxyde de fer, de la silice. Grâce à ces substances, les mailles du réseau qui se forme dans l'eau produisent une sorte de collage qui précipite les corps solides, les germes des microbes et même les éléments en suspension.

Parmi les agents de l'épuration spontanée des eaux de fleuves, de rivières et de lacs, la lumière joue un rôle important. La lumière diffuse, et plus énergiquement la lumière solaire, suffisent pour détruire en quelques heures et parfois en quelques minutes les formes adultes et même les formes sporulaires immergées dans l'eau. A cette action destructive s'ajoute l'atténuation de la virulence des microbes pathogènes contenus dans l'eau.

Certaines eaux sont entièrement purifiées par la filtration naturelle du sol et exigent seulement un captage convenable et une canalisation parfaitement étanche. Mais il en est d'autres qui, par leur composition chimique et bactériologique, ne doivent servir à l'alimentation qu'après une épuration préventive.

La simple ébullition fait périr tous les germes pathogènes connus; industriellement on pratique le chauffage de l'eau dans des appareils où la température s'élève à 125° et 130°. L'eau sort stérilisée et clarifiée, mais chaude et d'un prix de revient élevé.

IVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ALLEMANDE

Tenu à Breslau du 14 *au* 16 *mai* 1894.

Essai de classification moderne en dermatologie.

M. Kaposi, après avoir passé en revue les systèmes de classification proposés par Auspitz, Schwimmer, Tommasoli, Joseph, Jessner, arrive à conclure qu'il n'existe pas

dans les dermatoses de principe pouvant servir de base de classification, pour cette raison que les affections de la peau constituent seulement une manifestation des modifications de nutrition, de fonction et de formation. Dans un très grand nombre de dermatoses, les modifications anatomo-pathologiques constituent le caractère le plus saillant de l'affection. Mais il en existe aussi d'autres où le caractère essentiel n'est pas constitué par la modification anatomo-pathologique. Aussi la classification des dermatoses doit s'appuyer, non pas sur les caractères étiologiques, mais sur les signes cliniques.

Erythème exsudatif multiforme.

M. Caspari (Kœnigsberg) en se basant sur un grand nombre de cas qu'il a eu l'occasion d'observer, arrive à conclure que l'érythème polymorphe d'Hébra est une maladie infectieuse. La localisation de l'érythème à la paume des mains et à la plante des pieds, ainsi que certaines formes particulières d'érythème polymorphe, doivent par conséquent être considérées non pas comme pathognomoniques, mais comme les symptômes d'une infection générale modifiée par des causes internes ou externes. On pourrait donc admettre que l'érythème noueux qui s'observe principalement sur les membres inférieurs n'est qu'un érythème polymorphe modifié par des conditions qui favorisent la stase veineuse.

Le salicylate de soude, efficace dans l'érythème polymorphe, doit être administré à très haute dose, à dose presque toxique.

M. Herxheiner (Francfort-sur-Mein) a observé une petite épidémie d'érythème polymorphe, qui, entre autres, a frappé 14 soldats de la garnison de la ville. Dans 10 cas, on avait donné du salicylate de soude, dans 10 autres un traitement indifférent. Or, l'affection a présenté la même évolution dans les deux groupes.

M. Ehrmann (Vienne) admet, à côté de l'érythème polymorphe infectieux, un érythème polymorphe relevant d'une auto-intoxication d'origine intestinale ou par résorption des produits septiques (rétrécissement de l'urèthre, cancer utérin, etc.). Dans le dernier groupe de cas, le salicylate ne peut agir qu'à titre d'antiseptique intestinal.

M. Neisser (Breslau) ne croit pas aux propriétés désinfectantes du salicylate. Le médicament est utile en débarrassant le tube digestif des substances toxiques. Comme dans ce cas il existe une production abondante d'indol et de scatol, M. Neisser admet que les processus de fermentation intestinale sont exagérés.

M. Finger (Vienne) a constaté une diminution de l'indicanurie dans l'érythème polymorphe, après l'administration de 0,60 à 1 gr. de menthol.

Etat actuel des dermatomycoses.

M. Pick (de Prague) fait observer que, malgré le grand nombre de recherches faites ces temps derniers, l'origine mycotique n'est établie que pour trois dermatoses, le pityriasis versicolore, l'herpès tonsurant et le favus.

C'est Pick qui a montré expérimentalement que le favus scutulaire peut se transformer en favus herpétiforme, et inversement, et que la forme de favus dépend du mode d'inoculation et de la région sur laquelle se développe l'infection. On peut donc admettre qu'il n'existe qu'un seul champignon du favus, et si Unna est arrivé à une conclusion opposée, cela tient aux défauts de nos méthodes de recherche.

Il en est autrement de l'herpès tonsurant. Les différences cliniques dans l'herpès tonsurant de la tête, le sycosis parasitaire et l'eczéma marginé d'un côté, et l'herpès tonsurant maculeux disséminé de l'autre, de même que les différences dans les dimensions des champignons trouvés et les recherches de Sabouraud doivent faire admettre que les différentes formes d'herpès peuvent être produites par des champignons divers. L'érythrasma de Bærensprung est certainement une affection *sui generis*. Quant au pityriasis rosé de Gibert, il doit certainement être séparé de l'herpès tonsurant maculeux. Personnellement, M. Pick n'a eu que des résultats négatifs dans ses recherches sur le pityriasis rosé.

M. Winternitz (Prague) pense que les différences qu'on trouve dans le développement du trichophyton tiennent aux différences du milieu et aux procédés de culture. Personnellement, il a obtenu des cultures caractérisées par le développement des gonidies, par l'incapacité de pénétrer profondément dans le milieu de culture, et par le pouvoir de former une substance colorante rouge ou violet foncé. Il n'a jamais constaté de différence dans les cultures avec l'herpès du tronc et l'herpès de la tête. Dans trois cas, l'inoculation des cultures pures faites chez l'homme a donné des résultats positifs.

M. Krœsing (Breslau) a pu cultiver le trichophyton avec la racine des cheveux arrachés avec une pince flambée. Il croit avoir trouvé des différences dans les dimensions des spores et la longueur du mycelium dans les cultures faites avec l'herpès tonsurant du corps et le sycosis parasitaire.

M. Kaposi (Vienne) admet avec M. Pick que jusqu'à présent c'est l'aspect clinique qui dicte le diagnostic. Si l'on n'a pas trouvé de champignons dans l'eczéma marginé, c'est parce que le micro-organisme siège dans les couches profondes de la peau. Le pityriasis rosé n'est autre chose qu'un herpès tonsurant maculeux, et si l'on n'y a pas encore trouvé de champignons, c'est à cause de l'exfoliation rapide de l'épiderme. Quant à l'alopecia areata, M. Kaposi ne la croit pas contagieuse et si elle frappe, toujours à longs intervalles, les membres d'une même famille, cela tient à une disposition nerveuse.

M. Behrend (Berlin) fait observer que le trichophyton pénètre souvent à l'intérieur du cheveu, de sorte que l'épreuve de chloroforme tient simplement à la dissolution de la graisse suivie de pénétration d'air.

M. Lessar (Berne) a pu suivre le développement du sycosis parasitaire sur de l'herpès tonsurant. L'affection est extrêmement fréquente à Berne, et souvent on a constaté sa transmission des vaches aux garçons de ferme. Dans un cas M. Lessar a vu l'herpès tonsurant affecter la forme d'impetigo contagieux. Le diagnostic est quelquefois rendu difficile par la disparition des champignons des tissus frappés d'inflammation réactionnelle.

M. Neisser (Breslau) et **M. Blaschko** (Berlin) pensent que le pityriasis rosé doit être séparé de l'herpès tonsurant, tandis que **M. Riehl** (Vienne) croit que les deux affections ne font qu'une.

MM. Ehlers (Copenhague) et **Staub** (Posen) ont plusieurs fois constaté la contagiosité de l'alopecia areata. **M. Arning** (Hambourg) a observé plusieurs épidémies de cette affection.

M. Lassar (Berlin) a observé que le pityriasis rosé se développe chez des individus qui portent des chemises de laine sales. Le pityriasis rosé est souvent la cause de l'eczéma chronique.

Anatomie pathologique de la gonorrhée.

M. Finger (Vienne) a injecté des cultures virulentes de gonocoques dans l'urèthre de malades dont la mort était imminente. Cinq fois il survint une fièvre violente, mais sans gonorrhée. Trois fois il se développa une gonorrhée des plus typiques. Sur les préparations faites avec l'urèthre d'un de ces malades qui a succombé trois jours après le développement de la gonorrhée, on constate que le gonocoque a traversé l'épithélium cylindrique et pénétré dans le tissu conjonctif. L'épithélium pavimenteux de la fosse naviculaire résiste davantage à l'invasion des gonocoques qui ici se développent seulement à la surface de l'épithélium. On trouve encore des gonocoques dans les diverticules de Morgagni et les glandes de Littre.

Quant aux métastases que peuvent former les gonocoques, M. Finger rapporte le cas d'un nouveau-né qui, au cours d'une blennorrhée conjonctivale, fut pris d'arthrites multiples et succomba avec des phénomènes de septicémie. A l'autopsie, on trouva des gonocoques dans la plupart des articulations. Dans l'articulation temporo-maxillaire ponctionnée pendant la vie, le gonocoque était associé au streptocoque. Par contre, le streptocoque fut trouvé seul dans les foyers pneumoniques, dans le sang pris au cœur et dans le mediastin. Pour M. Finger, l'infection à streptocoques serait dans ce cas produite par la ponction de l'articulation temporo-maxillaire, laquelle ponction a probablement introduit des streptocoques dans l'articulation.

M. Jadassohn (Breslau) croit que les arthrites blennorrhéiques sont toujours produites par le gonocoque. Si on ne le trouve pas toujours dans l'épanchement articulaire, cela peut tenir à deux causes: ou bien les gonocoques restent dans la séreuse et n'émigrent pas dans le liquide articulaire; ou bien ils passent dans l'épanchement pour y périr très rapidement.

M. Jacobi (Freiburg) rapporte plusieurs observations tendant à montrer que l'achillodynie et la tendovaginite d'Albert ne sont que des métastases d'un processus gonorrhéique. Ces faits montrent encore une fois que la gonorrhée doit être envisagée comme une infection générale, ce qui expliquerait également la cachexie qu'on observe dans certains cas.

M. Wertheim (Vienne) a fréquemment trouvé dans les pyosalpinx une culture pure de gonocoques et avec M. Finger il pense que le gonocoque peut passer dans le tissu conjonctif.

Dans un cas de gonorrhée chronique, M. Wertheim obtint des cultures de gonocoques qu'il injecta dans l'urèthre de cet individu. Le résultat fut négatif. Par contre, le résultat fut positif quand les mêmes cultures furent injectées dans l'urèthre d'un autre individu. Or, les cultures du gonocoque venant de l'urèthre du second individu provoquèrent une blennorrhagie aiguë quand elles furent injectées dans l'urèthre du premier individu, atteint de gonorrhée chronique.

M. Finger a démontré expérimentalement que la gonorrhée chronique ne confère pas l'immunité. Si l'on injecte des gonocoques virulents dans l'urèthre des individus atteints de gonorrhée chronique, on provoque toujours chez eux une blennorrhagie aiguë.

Spermato-cystite.

M. Petersen (de Saint-Pétersbourg) croit que la spermatocystite est loin d'être aussi rare qu'on le dit d'habitude et que cette prétendue rareté tient tout simplement à ce que souvent l'affection reste non diagnostiquée. Depuis qu'il a perdu un malade de péritonite consécutive à la spermatocystite, M. Petersen a pris l'habitude de pratiquer le toucher rectal chez tous les gonorrhéiques aigus ou chroniques, et il est arrivé à la conclusion que la spermatocystite existe dans 4 0/0 des cas.

M. Lang, qui a également constaté la fréquence de la spermatocystite, croit pourtant que la suppuration des vésicules séminales est très rare.

M. v. Sehlen pense que le diagnostic de spermatocystite s'établit par la recherche du gonocoque dans les sécrétions de la vésicule obtenues par une pression exercée sur le réservoir spermatique à travers le rectum.

M. Kollmann ne fait dans ces conditions le diagnostic de spermatocystite que lorsqu'il trouve dans le liquide un réseau fibrillaire de globuline.

Syphilis congénitale et tuberculose.

M. Hochsinger (Vienne), qui a fait un grand nombre de recherches sur des syphilitiques héréditaires atteints de tuberculose, admet que la combinaison de ces deux affections relève d'une infection mixte et peut même être congénitale en ce sens que le fœtus s'infecte de syphilis par le sperme du père, tandis que la mère lui transmet la tuberculose par la voie placentaire.

Pour M. Hochsinger, quand on trouve des foyers caséeux dans les organes des syphilitiques héréditaires, il ne faut les considérer comme des gommes que lorsqu'on n'y trouve pas de bacilles tuberculeux. D'un autre côté, sous le nom de pneumonies hérédo-syphilitiques, il ne faut désigner que les inflammations interstitielles du poumon produites par une vasculite qu'on observe chez des nouveau-nés et des nourrissons hérédo-syphilitiques. La pneumonie blanche n'a rien de commun avec la caséification. Cette dernière est due chez les hérédo-syphilitiques à une infection mixte par la syphilis et la tuberculose.

Tuberculose de la peau.

M. Riehl (Vienne) a observé un malade chez lequel il existait, au niveau de la région anale, une tumeur des dimensions d'un poing et simulant un molluscum fibrosum. A l'examen microscopique de la tumeur on y trouva des tubercules, des cellules géantes, des foyers de caséification, des bacilles tuberculeux et les restes d'un nævus qui était probablement le point de départ de la tumeur. Il s'agissait donc là d'une dégénérescence tuberculeuse d'une tumeur bénigne.

M. Touton a enlevé un fibrome des dimensions d'une noix, développé sur la muqueuse nasale d'un individu. A l'examen microscopique, la tumeur fut reconnue pour une production tuberculeuse.

Urticaire pigmentaire.

M. Fabry (Dortmund) a rapporté l'observation d'un jeune homme de 19 ans sujet depuis son enfance à des poussées d'urticaire qui disparaissaient au bout de quelque temps en laissant aux endroits de l'éruption des taches et des raies pigmentaires jaunâtres et brun-rouge. L'examen microscopique d'une parcelle de la peau montra que la pigmentation était produite par des hémorrhagies.

M. Jadassohn a, dans un cas analogue, trouvé un pigment sous l'épiderme, mais pas d'épanchements sanguins.

M. Touton a remarqué que chez les malades ayant eu une syphilis pigmentaire, les papules d'urticaire se développent de préférence sur les endroits pigmentés.

Affection bizarre de la peau.

M. Jadassohn a montré un homme de 30 ans atteint depuis l'âge de 6 ans d'une affection cutanée. Par moments il est pris brusquement d'une desquamation totale de la peau, accompagnée de troubles moteurs du côté des mains et des pieds. Actuellement, sous la peau considérablement rétractée on trouve une tuméfaction de tous les ganglions périphériques. L'examen microscopique de la peau n'a relevé rien de particulier. Le diagnostic précis n'a pas été fait, car on peut hésiter entre l'ichthyose, le pityriasis rubra, la sclérodermie et l'atrophie idiopathique diffuse de la peau.

M. Kaposi croit qu'il s'agit là d'un cas d'ichthyose.

M. Behrend fait observer qu'après l'eczéma chronique la peau se rétracte quelquefois à tel point qu'elle simule la sclérodermie.

M. Ehlers a observé la même dermatose au stade terminal du psoriasis.

Lèpre viscérale.

M. Arning (Hamburg) a présenté les préparations microscopiques provenant de 11 cas de lèpre viscérale.

On sait que Danielsen considère comme des tubercules les nodules qu'on trouve dans les viscères des lépreux et comme bacilles tuberculeux les bacilles qu'on trouve dans les foyers, Or, sur les préparations que montre M. Arning on ne trouve pas de nodules miliaires, grisâtres, transparents, caractéristiques de la tuberculose, mais des nodules volumineux, véritables foyers des dimensions d'un noyau de cerise et même plus grands encore.

Quant à la présence des cellules géantes qui pour Leloir sont pathognomoniques de la tuberculose, on la rencontre dans un grand nombre d'affections. En somme, ce qui peut décider de la nature tuberculeuse ou lépreuse des foyers, ce sont les inoculations à des animaux.

M. Schæffer, qui a examiné les préparations de M. Arning, trouve que certaines ont tout à fait les caractères des préparations tuberculeuses; sur d'autres on est frappé par un nombre considérable de bacilles, ordinairement bien moins nombreux dans la tuberculose.

M. Hochsinger pense que les dimensions des foyers et le nombre considérable de bacilles vont contre l'idée de la tuberculose.

Traitement des ulcères du membre inférieur.

M. Mikulicz (Breslau) recommande, pour les ulcères de jambes, la transplantation de lambeaux cutanés larges de trois travers de doigt et soigneusement débarrassés de tissu adipeux sous-cutané. Les lambeaux prennent ordinairement, bien qu'au début il survienne des troubles de nutrition se manifestant par une éruption de vésicules. Avant de faire la greffe, la surface de l'ulcère doit être modifiée par l'emploi

prolongé de compresses de sublimé. On commence ensuite par circonscrire l'ulcération par une incision et on enlève les masses cicatricielles. L'opération est faite aseptiquement et, au besoin, on peut faire la suture du lambeau. Quand les sutures sont enlevées, on panse la plaie avec des compresses boriquées. On arrive ainsi à amener la cicatrisation d'ulcères pour lesquels on voulait déjà faire l'amputation de la jambe.

Traitement chirurgical des angiomes de la peau.

M. Mikulicz a recours, dans les angiomes de la face où la greffe est impossible et où les autres méthodes thérapeutiques ont échoué, à un procédé qui consiste à enlever avec un fin bistouri tout l'épiderme jusqu'au sommet des papilles inclusivement. L'hémorrhagie est facilement arrêtée par la compression. Les résultats de ce traitement, au point de vue plastique, sont des plus satisfaisants, à moins qu'il ne survienne de la suppuration qui aboutit alors à la formation d'une cicatrice disgracieuse.

1500 cas de syphilis tertiaire.

M. Ehlers (Copenhague) a observé des accidents tertiaires chez 12.4 à 22 0/0 des syphilitiques entrés de 1861 à 1881 à l'hôpital communal de Copenhague. La syphilis secondaire et tertiaire est de 10 0/0 plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. La peau est, plus souvent que les autres organes, frappée de syphilis tertiaire ; viennent ensuite par ordre de fréquence les processus ulcératifs et destructifs de la langue, de la voûte palatine, du voile du palais, du nez, du larynx, du pharynx et de la trachée, en tout 390 cas. En troisième lieu viennent les affections du système nerveux, en tout 261 cas qui montent à 463 si l'on y ajoute le tabes, la paralysie générale, l'encéphalopathie syphilitiques. Les affections du tissu conjonctif figurent pour 180 cas.

La cause la plus fréquente des accidents tertiaires est l'insuffisance du traitement spécifique. On a notamment constaté que 43,69 0/0 n'ont jamais suivi le traitement spécifique ; que 40,38 0/0 ont subi une cure mercurielle tout à fait au début, que 8,86 0/0 ont suivi un traitement régulier.

La syphilis tertiaire est surtout fréquente pendant les quatre premières années après l'infection. Elle est extrêmement rare 20 ans après l'infection.

M. Petersen ne considère pas les accidents tertiaires comme infectieux. Ils apparaissent ordinairement cinq ans après l'infection.

M. Caspari fait observer que les accidents tertiaires éclatent quelquefois en même temps que les accidents secondaires, ce qui expliquerait pourquoi certains auteurs admettent la contagiosité des lésions tertiaires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 *septembre* 1894.

Présidence de M. Alphonse Guérin.

Consanguinité et hérédité morbide.

M. G. Lagneau. — On a souvent dit que les unions consanguines sont des causes de surdi-mutité, de débilité, etc., dans la descendance. M. Bourgeois a soutenu récemment à la Société d'anthropologie, qu'il n'en est souvent rien, et il se donnait lui-même comme exemple, car dans sa famille il y a 17 unions consanguines. On sait d'ailleurs que le *croisement en dedans* est le principe de la sélection en élevage; que dans l'antiquité la race des Ptolémées était fondée sur les unions entre frère et sœur. En réalité, l'union consanguine exagère dans la descendance les défauts des parents, mais elle n'est nullement nuisible si les parents sont sains.

M. Guéniot confirme cette manière de voir d'après plusieurs faits qu'il a observés dans sa clientèle.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

1[er] *semestre* 1894.

Étranglement interne.

M. Bernheim communique une observation d'étranglement interne et présente les pièces provenant de l'autopsie.

Il s'agit d'un homme de 35 ans qui, en parfait état de santé, fut pris brusquement, après avoir pioché la terre, de coliques diffuses dans tout l'abdomen pendant deux jours. Un lavement procura au patient trois petites selles le deuxième jour, mais, les quatre jours suivants, le malade n'eût aucune garde-robe et fut pris de vomissements fécaloïdes à l'occasion desquels il entra à l'hôpital, au 6e jour des accidents.

A son entrée on ne constata pas de fièvre. Le pouls était à 96, assez ample, le facies n'était pas grippé et, comme symptômes abdominaux, on ne put noter qu'un ballonnement considérable. Le ventre était partout sonore et la sonorité remontait jusqu'au quatrième espace intercostal. Clapotement stomacal. — En l'absence de toute hernie, de toute constipation habituelle et de tout signe de typhlite, on pensa à une invagination intestinale ou à un étranglement sur une bride épiploïque ancienne, et l'on commença par vider l'estomac d'où l'on retira une grande quantité de liquide fécaloïde. On poussa ensuite dans l'intestin, avec une grande sonde profondément introduite dans le rectum, une injection de 600 gr. d'huile d'olive pure qui procura au bout d'une demi-heure une selle assez abondante. Mais, dans l'après-midi, le malade fut pris de collapsus, et M. Frœlich, appelé à lui donner ses soins, se décida à pratiquer d'urgence un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche. Malgré l'opération, l'état grave se maintint et la mort survint le lendemain à quatre heures du matin. — A l'autopsie, on trouva le grand épiploon soudé à sa partie inférieure et sur une surface d'un centimètre environ avec la fosse iliaque droite, en bas et en dedans du cæcum. L'épiploon présentait de plus, à 2 centimètres du côlon, un orifice de 4 centimètres 1/2 de diamètre à travers lequel s'étaient herniées 1 m. 50 d'anses intestinales formant peloton, de coloration rouge foncé, agglutinées les unes aux autres par un liquide visqueux et présentant tous les signes de la péritonite. — La suite des accidents devint facile à reconstituer. Il est probable que le grand épiploon, maintenu tendu au devant de la masse intestinale par ses adhérences à la fosse iliaque droite, se rompit sous l'influence des efforts du malade en piochant la terre. Par cette ouverture se précipitèrent les intestins comprimés dans l'abdomen, et, ultérieurement, le cinquième ou sixième jour seulement, se developpa la péritonite qui a entraîné la mort. Il n'est pas douteux pour M. Bernheim qu'en pratiquant dès les premiers jours une laparotomie exploratrice, on eût pu sauver le malade, mais cette intervention n'était plus possible le sixième jour à cause de la péritonite.

M. Frœlich. — Quand j'ai été appelé à intervenir, l'état de collapsus du malade ne permettait pas de songer un instant à faire une laparotomie et la seule ressource était de recourir à l'anus artificiel, ce que j'ai fait. L'ouverture de l'intestin a porté au-dessous de l'obstacle et a donné lieu à un abondant écoulement de matières fécales qui n'a d'ailleurs pas suffi à débarrasser la partie inférieure du tube digestif, car le lendemain, à l'autopsie, le rectum a été trouvé complètement rempli de matières.

M. Vautrin. — En opérant dans le collapsus, on s'expose à obtenir un anus qui ne sert à rien à cause de la paralysie intestinale. L'intervention la plus efficace est la laparotomie qui, le plus souvent, permettra de lever l'obstacle, et, dans le cas contraire, facilitera singulièrement l'établissement d'un anus artificiel dans les conditions les plus favorables, ainsi que j'ai eu l'occasion de le faire dans une de mes interventions. L'important est d'opérer de bonne heure, dès que le diagnostic général d'obstruction intestinale est posé, sans attendre la fièvre, il n'y en a jamais. et avant que le ventre soit ballonné et que les vomissements fécaloïdes apparaissent. Plus tard, l'opération est plus chanceuse et ne donne pas tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre. C'est ainsi que sur vingt-cinq laparotomies que j'ai pratiquées sur des sujets en état de collapsus, je n'ai compté que cinq succès, proportion qui s'accroîtrait en opérant de bonne heure.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.



COALTAR SAPONINÉ LEBEUF ANTISEPTIQUE

nullement irritant antidiphthérique, cicatrisant les plaies, admis dans les *Hôpitaux de Paris* et les *hôpitaux de la Marine militaire*. — Dans toutes les PHARMACIES

Le SACCHAROLÉ de QUINQUINA CHARLARD-VIGIER

Renferme les principes toniques et tous les alcaloïdes de l'écorce et remplace avantageusement les autres préparations de ce médicament. — **VIGIER**, Pharmacien, **12, Boulᵈ Bonne-Nouvelle, PARIS.**

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés et très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-aliment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

Dragées Demazière

CASCARA SAGRADA	IODURE de FER et CASCARA
Dosées à 0 gr. 125 de Poudre.	0 gr. 10 d'Iodure — 0 gr. 03 de Cascara.
Véritable Spécifique de la Constipation habituelle.	*Le plus actif des Ferrugineux n'entraînant pas de Constipation.*

Dépôt général : Pharmacie **G. DEMAZIÈRE**, 71, Avenue de Villiers, Paris

Echantillons franco aux Médecins.

LYSOL

Le *Lysol* est l'antiseptique le plus énergique, le plus sûr des désinfectants dérivés du Goudron, Il est le *seul* des antiseptiques entièrement soluble dans l'eau.

Les travaux du laboratoire de l'*Institut Pasteur*, de M. le professeur *Schmitt* de la Faculté de médecine de Nancy, de MM. CADÉAC et GUINARD, professeurs à l'*Ecole vétérinaire de Lyon*, etc. etc.. établissent la grande supériorité du *Lysol* sur les phénols, l'acide phénique et autres produits similaires.

Le *Lysol* est fabriqué à l'usine de Puteaux (Seine).

Prix des différents flacons.

Le litre, 5 francs ; le demi-litre, 3 francs ; le quart de litre, 2 francs ; le huitième, 1 fr. 25

Société Française du LYSOL, 24, Place Vendôme, Paris.

Envoi d'échantillon postal et brochure à MM. les médecins sur leur demande.

N° 40 — 3 OCTOBRE 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Le monument de Villemin a été inauguré dimanche dernier. La *Gazette* rendra compte de cette cérémonie.

Congrès français de médecine interne (1re session. — Lyon, 1894). — M. le professeur Potain a accepté de présider la première séance et de prononcer le discours d'ouverture du Congrès.

Deux rapports seront présentés au Congrès sur chacune des trois questions mises en discussion :

Etiologie et pathogénie du diabète. — Rapporteurs : M. le docteur Lancereaux (Paris), et M. le professeur Lépine (Lyon).

De la valeur clinique du chimisme stomacal. — Rapporteurs : MM. les professeurs Hayem (Paris) et Bourget (Lausanne).

Des aphasies. — Rapporteurs : MM. les professeurs Bernheim (Nancy) et Pitres (Bordeaux).

Le Conseil de l'Association française pour l'avancement des sciences a décidé de faire représenter l'Association au Congrès et a délégué à cet effet M. le professeur Bouchard.

Nous rappelons que le Congrès aura lieu du 25 au 29 octobre.

Le titre des communications doit être adressé à M. le docteur L. Bard, secrétaire général, rue de la République, 30, avant le 10 octobre. Les adhésions et les cotisations (20 francs) doivent être adressées à M. le docteur Lannois, trésorier, rue Saint-Dominique, 14.

Inscriptions, consignations et travaux pratiques. — 1° *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 10 octobre. Il sera clos le samedi 10 novembre, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi :

Inscriptions de deuxième, de troisième et de quatrième années de doctorat, — de deuxième, de troisième et de quatrième années d'officiat, les 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 26 et 27 octobre, et les 3, 7, 8, 9 et 10 novembre 1894.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

2° *Consignations pour examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 8 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 8 et le mardi 9 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1894.

3° *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs.

Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirants au doctorat ou à l'officiat.

Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite :

1° Les étudiants ayant 16 inscriptions ;
2° Les étudiants en cours irrégulier d'études;
3° Les docteurs français ;
4° Les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payable en une fois.

(Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

4° *Cartes d'étudiants.* — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1894-95, seront délivrées au secrétariat de la Faculté : 1° au moment de la prise de l'inscription pour les étudiants entrant en 2e, 3e ou 4e années; 2° les lundis et mardis pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

A qui la dent! — Une dent qui vient d'être arrachée a-t-elle un propriétaire, et quel est-il? Telle est la question bizarre qui se trouve actuellement soumise au tribunal de Gera.

Un individu souffrait depuis longtemps de violentes rages de dents. Il consulta un dentiste qui enleva la dent douloureuse. Mais cette dent était, paraît-il un phénomène. Le dentiste la conserva pour la placer dans sa collection au nombre des pièces les plus curieuses. L'opéré réclama sa dent comme étant sa propriété ; un accord amiable n'ayant pu se faire entre l'opérateur et l'opéré, celui-ci déposa une plainte en détournement contre le premier. Le prévenu revendiqua la dent en s'appuyant sur les usages anciens en pareille matière. Il soutint que lorsque la dent est extraite, elle devient un objet sans maître et qu'elle tombe ainsi dans la possession de l'opérateur; par conséquent il ne saurait y avoir détournement ni acte punissable.

Sir Joseph Lister quitte définitivement son service hospitalier et descend de sa chaire. Ses admirateurs, ses collègues et ses anciens élèves ont formé à Glascow, à Edimbourg et à Londres des comités pour réunir les fonds nécessaires à une grande manifestation dans laquelle on lui fera présent de son portrait.

Les souscriptions ne doivent pas excéder deux guinées, soit 52 francs. On espère que le montant de la souscription permettra d'offrir à chacun des souscripteurs un souvenir de cette manifestation.

On peut adresser sa souscription à M. le docteur Silk, 29, Weymouth str., Portland place (London W.); au docteur James Finlayson, 2, Woodside place (Glascow); au professeur Chiene, 26, Charlotte square (Edimbourg); au professeur William Rose, 17, Harley street (London W.).

CLINIQUE MÉDICALE

Surdi-mutité hystérique guérie par suggestion à l'état de veille, communication à la Société médico-chirurgicale de Liège, par le professeur Xavier Francotte.

Depuis les travaux de Charcot et de ses élèves, le mutisme hystérique est bien connu et la littérature en renferme de nombreuxexemples.

Ce mutisme peut se compliquer de surdité : sous cette forme, il n'a pas été souvent observé. Je crois donc qu'il y a quelque intérêt à faire connaître le cas que je viens de rencontrer.

Un ouvrier fondeur, âgé de 35 ans, se présente à mon cabinet, le 9 juin dernier, accompagné de sa femme.

Le malade me fait signe qu'il n'entend pas, qu'il est incapable de parler et me tend une lettre dont voici la reproduction :

« Cette lettre, c'est pour vous faire connaître le commencement de ma maladie. L'an dernier, j'ai été malade par un enlèvement de sang au cerveau ; j'étais vraiment devenu fou. Cette année, c'était encore le même. J'étais guéri, mais en allant chez le Dr Wal, à Herstal, en m'en allant, un chien m'a mordu à la jambe : je m'ai saisi : au lieu d'aller chez le Docteur, j'ai monté sur Liége et là, on m'a pris comme fou ; on m'a conduit chez le commissaire, à la maison de ville et là, on m'a interrogé ; mais, pas de réponse. Seulement, j'ai pu écrire encore pour pouvoir donner mon adresse ; on m'a reconduit en voiture à Vottem par la police. Depuis cela, je n'entends plus, ni parler. »

J'interroge sa femme pour confirmer et compléter les renseignements du malade.

Sauf une fièvre typhoïde dont il a été atteint à l'âge de neuf ans et qui n'a pas laissé de traces, le sujet n'aurait jamais été malade antérieurement et ne présente aucun antécédent pathologique héréditaire.

Il est très sobre, très rangé, ce qu'atteste également le patron chez lequel il travaille.

Au mois de juillet 1893, sans cause connue, il a été pris à son travail « de fièvre chaude », de délire : il était tout perdu, parlait à tort et à travers, ne savait plus ce qu'il faisait. Au bout de deux ou trois jours, il se trouva guéri et put reprendre son métier comme d'ordinaire.

Le 22 mai dernier, vers deux heures de l'après-dînée, étant sorti un moment de l'atelier, échauffé et en transpiration, il se serait refroidi : il s'est mis à frissonner et a présenté de nouveau du délire.

Lorsqu'on le ramena le soir chez lui, il était calme, mais ne paraissait pourtant pas complètement présent : il se plaignait de violentes douleurs d'estomac.

Après huit jours, bien que toujours assez faible, il voulut reprendre son travail : il se rendit, à cet effet, chez le médecin, à Herstal.

Mais, en route, il fut assailli par un chien qui le mordit à la jambe. Il éprouva une vive frayeur et, tout égaré, au lieu de se diriger vers la demeure du médecin, il prit le chemin de Liége. Son air singulier attira l'attention de la police, qui le conduisit à la permanence. Là, le malade se trouva incapable d'entendre et de parler. Comme il nous l'a raconté après, il se souvient, mais très vaguement, de ce qui s'est passé alors.

On le ramena à son domicile et vers minuit il recouvra la parole et l'ouïe. Il n'en a pourtant pas conservé le souvenir, parce qu'il était toujours fort égaré.

Le vendredi 1er juin, la surdité et le mutisme se reproduisirent et le même jour le malade revint complètement à lui.

Depuis lors, — il y avait 9 jours au moment de sa première visite chez moi, — il n'a pas proféré une seule parole, émis le moindre son et n'a plus rien entendu. Pour s'expliquer, il a recours à l'écriture. Sa conduite ne présente plus rien d'anormal, il boit bien, mange bien et n'accuse aucun malaise.

Examen du malade. — Le teint de la peau est pâle : la physionomie a une expression peu intelligente, le front est un peu fuyant.

Les pupilles sont égales, sensibles à la lumière et à l'accommodation.

Pas de troubles du côté des nerfs crâniens : la langue, les lèvres présentent leur motilité normale.

La musculature est assez bien développée ; la sensibilité est partout intacte.

L'examen des oreilles ne révèle aucune anomalie : le malade fait signe qu'il n'entend pas la montre appliquée sur le front ou sur les oreilles.

On invite le malade à parler : il fait quelques mouvements irréguliers des lèvres, n'émet aucun son.

Je lui demande par écrit pourquoi il ne parle pas. « J'ouvre bien ma bouche, répond-il, également par écrit, mais je ne puis rien faire sortir. »

Il reconnaît tous les objets et écrit successivement le nom de ceux qu'on lui présente.

A la seconde visite chez moi, le 13 juin, le malade présente toujours le même état : la surdi-mutité persiste absolument complète.

Je lui annonce par écrit que je vais le magnétiser, mais il fait signe qu'il ne comprend pas.

« Je vais vous endormir pour vous rendre l'ouïe et la parole. » Le malade ne fait pas de résistance.

J'essaye d'abord de l'hypnotiser par le regard : comme l'effet tarde à se produire, je l'invite à fixer l'extrémité brillante d'un esthésiomètre de Brown-Sequard. Le sommeil n'arrive toujours pas.

Mais, je remarque que le malade est fort ému : il tremble ; sa face est pâle, couverte de sueur. J'introduis alors, à deux reprises, l'esthésiomètre au fond de la cavité buccale, je l'applique sur les deux oreilles et d'un ton impératif, je dis au malade en le fixant : « Vous entendez : dites *a*. » En effet, il émet le son indiqué, avec une certaine hésitation. Je lui fais dire alors : « Je parle » ; il répète, toujours un peu hésitant et avec ce timbre guttural propre aux sourds de naissance auxquels on a appris à parler par la vue des mouvements d'articulation.

« Vous entendez maintenant », lui dis-je. « Oui, reprit-il, j'entends un peu parler. » — « Vous allez entendre complètement et parler comme auparavant. » Peu à peu, le malade se remet de son émotion et finit par parler avec la plus grande aisance.

Il me répète toute son histoire. Il assure que l'ouïe était tout à fait perdue : « Je n'entendais pas plus qu'un morceau de bois. Les jours derniers, mes camarades m'ont éprouvé de toutes façons, mais je n'ai jamais rien entendu. »

L'abolition de la parole observée chez notre malade présente tous les caractères du mutisme hystérique.

Il ne s'agit pas d'aphonie, car l'aphonique reste capable de parler à voix chuchotée (1). Il ne s'agit pas non plus d'aphasie, attendu que, dans ce cas, le sujet fait des efforts pour parler et réussit presque toujours à émettre au moins certains sons, à prononcer certaines syllabes.

L'apparition brusque du mutisme, le fait qu'il a cessé quelques jours pour reparaître ensuite, sa disparition

(1) C'est en se fondant sur la disparition de la voix chuchotée dans le mutisme hystérique que *Solis Cohen* a proposé le terme de *Apsithyria* (*a* privatif, *psithuros* chuchotement) pour désigner ce dernier.

sous l'influence de la suggestion, démontrent suffisamment sa nature purement dynamique.

La cause occasionnelle du mutisme, dans notre observation, a été une vive frayeur : c'est le facteur étiologique le plus communément noté.

La cause prédisposante réside sans doute dans l'hystérie.

A vrai dire, c'est une hystérie latente, puisque le malade n'a offert aucun stigmate et que, sauf deux accès de délire passager, il n'a jamais été atteint d'aucun accident nerveux.

De pareils cas ne sont pas absolument exceptionnels : *Lœwenfeld* (1) en reconnaît l'existence et *Pitres* (2) déclare que le mutisme est souvent un accident isolé, qu'on peut l'observer chez des sujets qui n'ont jamais eu d'autres symptômes névropathiques et qui ne présentent aucun des stigmates révélateurs de l'hystérie.

Il nous serait assez difficile d'interpréter le délire transitoire que le malade a présenté à deux reprises différentes : les renseignements que le malade et sa femme nous ont fournis, sont en effet des plus incomplets et des plus vagues. On peut en chercher la cause dans l'état neuropathique dont le mutisme a été la manifestation.

Quant à la surdité, elle paraît constituer une complication assez rare du mutisme hystérique. En 1887, *Mendel* (3), qui en a publié un exemple, n'avait trouvé que deux cas consignés dans la littérature.

L'un, publié par *Ball* (4), concernait un homme de 26 ans qui, à la suite d'une dispute avec sa belle-mère, devint subitement sourd-muet et présenta de l'anesthésie du côté gauche. La guérison se produisit au bout de 19 jours, par application du courant galvanique. Après 14 mois, sans cause appréciable, il se produisit une récidive de courte durée. Huit semaines après, nouvelle rechute plus longue.

L'autre cas a été relaté par *Delie* (5) : un garçon de 13 ans devient sourd à la suite d'un coup de bâton sur la face postérieure du crâne. L'examen ne révèle aucun symptôme objectif. Après 8 jours, retour de l'ouïe ; deux mois plus tard, à la suite d'une chute dans l'eau, la parole se rétablit également.

Dans l'observation de *Mendel*, un homme de 51 ans, sujet à toutes sortes d'accidents hystériques, présente une surdi-mutite qui existe depuis 15 mois, interrompue chaque jour par un retour à l'état normal persistant pendant trois heures de la matinée.

Cartaz reconnaît également la rareté de la surdimutité hystérique : il signale cependant une quinzaine de cas publiés par *Gradenigo* : lui-même en a relaté deux exemples en 1886 et il en rapporte un troisième tout récent (6).

Dans ce cas, il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'une vive discussion avec une camarade d'atelier, reçut sur la joue gauche un vigoureux soufflet et qui, à partir de ce moment, cessa de parler et d'entendre. La guérison s'est faite rapidement sous l'influence de l'application d'un courant galvanique sur la paroi pharyngée et sur le cou.

(1) Lœwenfeld. *Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie.* Wiesbaden, 1894, p. 470.
(2) Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.* Paris, 1891, p. 369.
(3) *Ein Fall von Taubstummheit bei einem Hystero-Epileptiker. Neurolog. Centralbl.* 1887, p. 409.
(4) *L'Encéphale*, 1881, p. 15.
(5) *Revue mensuelle de laryngologie*, etc., 1886, n° 10.
(6) *Deux cas de surdité hystérique. Revue de laryngologie de Moure*, 1er juin 1894.

REVUE DES CONGRÈS

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

Tenu à Budapest du 2 au 8 septembre 1894.

Influence de la durée du travail sur la santé des ouvriers.

M. Roth (Kœslin). — 1° La durée du travail doit être d'autant plus courte que le travail physique ou intellectuel est plus fatigant et que le métier est moins hygiénique. 2° La durée du travail doit être d'autant plus courte que l'organisme de l'ouvrier est plus jeune et moins résistant. 3° Les métiers malsains, dangereux pour la santé, exposant à l'inhalation des poussières, doivent être défendus aux femmes et aux enfants. 4° La loi de la protection de l'enfance doit être étendue, doit s'appliquer jusqu'à l'âge de 19 ans. 5° La durée du travail ne doit pas dépasser une certaine heure, même dans les fabriques ou les métiers qui n'exigent pas une dépense considérable de travail physique ou intellectuel. En tous les cas cette durée ne doit pas dépasser 10 heures, aussi bien dans l'intérêt de l'ouvrier que dans celui du patron.

Contrôle des comestibles.

M. Kœnig. — Le contrôle des objets d'alimentation doit porter non seulement sur la pureté des produits et les falsifications possibles, mais encore sur le prix des aliments, afin que les classes non aisées puissent trouver une alimentation saine et à bon marché. Ce contrôle, pour être efficace, doit être exercé par l'Etat, par l'intermédiaire de fonctionnaires ayant des connaissances spéciales pour tout ce qui touche à la micrographie, la bactériologie. Il serait également à désirer que des mesures internationales fussent prises à ce sujet.

Les femmes-médecins en Russie.

M. Erismann (Moscou). — 1° L'expérience a montré que les femmes médecins sont très utiles en Russie et que pour certains emplois (lycées de jeunes filles, population musulmane) elles ne peuvent être remplacées par des médecins hommes. 2° L'expérience a encore montré que les femmes médecins sont capables d'exercer leur métier non seulement dans les villes, mais encore à la campagne. Elles se sont montrées à la hauteur de la situation dans des conditions exceptionnelles (guerre, épidémie de choléra, etc.). Il faut reconnaître que les appréhensions relatives à l'impossibilité d'exercer la profession de par le fait de leur organisation physiologique, ne se sont pas réalisées. 3° L'expérience a également montré qu'à la campagne s'adressent aux médecins femmes non seulement les femmes et les enfants mais encore les hommes, et que les malades ont autant de confiance en médecins femmes qu'en médecins hommes. 4° Le caractère de la femme et son talent pour ainsi dire héréditaire de soigner les malades, font que les femmes sont tout désignées pour faire de bons médecins.

Tous ces faits doivent donc faire désirer que les portes de toutes les écoles de médecine soient largement ouvertes aux femmes.

Les conserves comme moyen d'alimentation.

M. Lœbisch (Insbruck) attire l'attention sur le rôle considérable que les conserves alimentaires jouent, dans l'armée, surtout en cas de guerre. Jusqu'à présent on n'est pas arrivé à fabriquer des conserves réunissant tous les principes alimentaires à la fois. En diminuant dans les conserves la proportion de graisses, en employant de la viande desséchée et des légumes cuits à la vapeur, on pourrait s'approcher du desideratum en question.

Les conserves de soupe ont presque toutes le même goût et sont passablement fades. Mais il est certain qu'on pourrait parer à cet inconvénient en variant les légumes qui entrent dans la composition de ces soupes. Les conserves de café doivent être mieux empaquetées afin de ne pas s'éventer trop rapidement.

La peste à Hong-Kong.

M. Yersin (note présentée par M. Treille). — L'épidémie de peste bubonique qui depuis longtemps sévissait sur le

hauts plateaux du Yunnam, a éclaté au commencement du mois de mai dernier à Hong-Kong, après avoir fait des victimes multiples à Canton. M. Yersin, envoyé par le ministère des colonies, arriva à Hong-Kong le 15 juin, quand l'épidémie avait déjà fait près de 300 victimes. La maladie sévissait presque exclusivement sur la population chinoise et présentait le même tableau clinique que dans les épidémies antérieures : début brusque après une incubation de 4 à 6 jours, fièvre élevée souvent accompagnée de délire et, dès le premier jour, apparition d'un bubon généralement unique, soit dans l'aine (75 0/0 des cas), soit dans l'aisselle (10 0/0), soit à la nuque ou dans une autre région. Le ganglion atteint rapidement les dimensions d'un œuf de poule et la mort survient au bout de 48 heures, souvent plus tôt. Quand la vie se prolonge au delà de 5 ou 6 jours, les malades peuvent guérir. Dans quelques cas, on n'arrive même pas jusqu'à la formation de bubons et la mort survient au milieu d'hémorrhagies multiples. La mortalité est en moyenne de 95 0/0.

Il est certain que l'hygiène défectueuse de la ville, le mauvais système de canalisation, la saleté repoussante des logements chinois favorisent beaucoup le développement et la propagation de l'épidémie.

Au point de vue bactériologique, il était tout indiqué de rechercher tout d'abord s'il existe un microbe dans le sang des malades et dans la pulpe des bubons.

La pulpe des bubons est, dans tous les cas, remplie d'une véritable purée d'un bacille court, trapu, à bouts arrondis, assez facile à colorer par les couleurs d'aniline et ne se teignant pas par la méthode de Gram. Les extrémités de ce bacille se colorent plus fortement que le centre, de sorte qu'il présente souvent un espace clair en son milieu. Quelquefois, les bacilles paraissent comme entourés d'une capsule. On le retrouve en très grande quantité dans tous les bubons et les ganglions des malades. Le sang en renferme parfois, mais en beaucoup moins grande abondance : on ne l'y rencontre que dans les cas très graves et rapidement mortels.

La pulpe du bubon, ensemencée sur gélose, donne un développement de colonies blanches, transparentes, présentant des bords irisés lorsqu'on les examine à la lumière réfléchie.

La culture se fait encore mieux sur sérum glycériné. Il croît aussi sur le sérum coagulé.

Dans le bouillon, le bacille offre un aspect très caractéristique, rappelant tout à fait les cultures de l'érysipèle : liquide clair, grumeaux déposés le long des parois et au fond du tube. Le meilleur milieu de culture liquide est la solution de peptone à 2 0/0 additionnée de gélatine à 2 0/0.

Ces cultures examinées au microscope montrent de véritables chaînes de bacilles courts présentant par places de gros renflements en boule. Sur gélose, si l'on examine avec beaucoup de soin et avec un fort grossissement des cultures anciennes, on constate des bacilles tantôt grêles, tantôt de grosses chaînes constituées par des bâtonnets accolés latéralement.

Dans les cultures qui vieillissent, ces formes anormales deviennent de plus en plus nombreuses, on en voit de renflés qui ne prennent plus la matière colorante qu'à leur pourtour et aussi des filaments qui portent comme des bourgeons en certains points.

Les inoculations faites avec la pulpe du bubon à des souris, à des rats, à des cobayes, tuent les animaux, et, à l'autopsie, on retrouve les lésions caractéristiques avec de nombreux bacilles dans les ganglions, la rate et le sang. Les lésions qu'on trouve consistent en une hypertrophie des ganglions voisins de la région inoculée, et en une hyperhémie extrêmement intense de tous les viscères.

En faisant ingérer aux animaux soit des cultures, soit des fragments de rate ou de foie d'animaux morts de la peste, on tue souvent les souris, presque toujours les rats. A l'autopsie, on retrouve le bacille dans le sang, le foie, la rate et les ganglions.

Les souris qui ont résisté à plusieurs repas contaminés meurent quand on les inocule sous la peau.

Pour M. Yersin, les rats crevés qu'on trouve en abondance dans les rues et les mouches interviennent activement dans la propagation de la peste. Les rats notamment renferment un grand nombre de bacilles de la peste dans leurs organes. Ayant placé dans la même cage des souris saines et des souris inoculées, M. Yersin a vu les premières succomber quelque temps après les secondes, et leurs organes renferme les bacilles caractéristiques.

D'un autre côté, M. Yersin avait remarqué que dans le laboratoire où il faisait ses autopsies d'animaux, il y avait beaucoup de mouches crevées. Il prit une de ces mouches, et après lui avoir arraché les pattes, les ailes et la tête, il l'a broyée dans du bouillon et l'a inoculée à un cobaye. Le liquide d'inoculation contenait une grande quantité de bacilles absolument semblables à celui de la peste, et le cobaye est mort en quarante-huit heures avec les lésions spécifiques de la maladie.

Il a pu également isoler le bacille de la peste, de la terre recueillie à quatre à cinq centimètres de profondeur dans le s l d'une maison infectée où on avait fait des tentatives de désinfection. Les colonies obtenues étaient tout à fait semblables à celles retirées des bubons, mais elles n'avaient pas de virulence.

M. Yersin a également isolé des bacilles non virulents d'un malade convalescent depuis 3 semaines, et d'une pétéchie de la cuisse d'un autre malade guéri depuis 15 jours.

Il est intéressant de rapprocher la communication de M. Yersin de la note du professeur **Kitasato**, adressée par M. le ministre à l'Académie de médecine.

M. Kitasato a également recherché le bacille de la peste. Ses premières recherches ont été faites à Hong-Kong, le 14 juin, avec le contenu du bubon et les viscères d'un pestiféré mort depuis 11 ans. Ayant des doutes sur la valeur de ces recherches, il ensemença le sang d'un malade, pris par piqûre au doigt, après avoir constaté au microscope l'existence des bacilles dans le liquide.

Le jour suivant, toutes les cultures préparées dans l'incubateur avec des éléments pris des différents organes du cadavre ainsi qu'avec du sang extrait du bout des doigts du malade, montrèrent un développement complet de micro-organismes qui, au microscope, n'ont pu être distingués de ceux trouvés à la première autopsie dans le sang et dans l'intérieur du bubon.

Les bacilles qui se trouvent dans le sang, dans les bubons, dans la rate et dans tous les autres organes internes du malade, ont la forme de baguettes à extrémités arrondies qui se colorent mieux de teinture d'aniline que la partie du milieu, surtout dans les préparations faites avec le sang; ils présentent, en outre, une capsule parfois bien apparente, parfois peu distincte.

Les bacilles trouvés dans la rate se teignent très bien par une solution de méthyle. Mais il est impossible, pour le moment, d'affirmer si la méthode de double coloration de Gram peut être employée avec succès ou non.

Les bacilles ne paraissent être doués que de très peu de mouvements; ceux qui se sont développés dans le bouillon, dans l'incubateur, troublent quelque peu ce milieu. Le développement des bacilles le plus rapide est celui qui s'opère dans le sérum, à la température normale du corps humain (37 deg. C.); dans ces conditions, ils se développent avec profusion; ils sont d'apparence humide et de couleur gris jaunâtre; ils ne liquéfient pas le sérum. Ils se développent également abondamment dans la gelée d'agar-agar (gigartina tenax), dont la meilleure est la bonne glycérine d'agar. Les différentes colonies sont d'un gris tirant sur le blanc; à la réflexion de la lumière ils produisent un éclat bleuâtre; au microscope, ils paraissent moites, en masses rondes à arêtes inégales; d'abord, ils semblent partout comme empilés par la lame de verre (glass wool); plus tard, ils paraissent former de gros noyaux compacts. Si l'on prépare une culture d'agar-agar et, qu'après l'avoir colorée par l'aniline, on l'examine au microscope, on voit de longs « fils de bacilles » qui pourraient, examinés superficiellement, être pris pour une chaîne de coccus, mais qui, observés attentivement, sont bientôt reconnus avec certitude pour être des « fils de bacilles ».

Sur la gélatine d'agar, on obtient le même développement qu'avec l'agar-agar; dans une culture par piqûre, à la température ordinaire, on voit, au bout de quelques jours, les colonies se développer sous la forme d'une fine poussière, en petits points, le long de la piqûre, mais il n'y a qu'un développement très incomplet à la surface. M. Kitasato ne peut pas affirmer aujourd'hui si ces bacilles peuvent, ou non, liquéfier la gélatine ordinaire parce que la température de Hong-Kong est trop élevée pour permettre l'emploi de la gélatine nutri

tive simple. Il se réserve d'éclaircir ce point par la suite. Sur les pommes de terre à une température de 28 à 30 degrés C., il n'y a pas eu de développement après une observation de dix jours; mais à une température de 37 degrés C., ils se développèrent faiblement quelques jours après; ils étaient de couleur gris-blanchâtre et paraissaient desséchés.

Les expériences sur des animaux inoculés soit sous la peau, soit par le tube digestif, ont donné des résultats positifs comme dans les recherches de M. Yersin.

M. Kitasato termine sa note en disant que dans le sang des êtres humains souffrant de la peste bubonique, nous avons un nouveau bacille possédant les caractères suivants :

1° Ce bacille ne se trouve que dans le sang, les bubons et les organes internes des pestiférés;

2° Ce bacille ne se trouve dans aucune autre maladie contagieuse;

3° Avec ce bacille, il est possible de provoquer chez les animaux les mêmes symptômes que ceux présentés chez l'homme par la maladie.

De ce qui précède, nous devons conclure que ce bacille est la cause de la maladie désignée sous le nom de peste bubonique et que, par conséquent, la peste bubonique est une maladie contagieuse produite par un bacille spécifique.

Comment le bacille s'introduit-il dans le corps humain? On peut supposer trois voies principales d'introduction : par la respiration, par une blessure externe et par le tractus intestinal. Les exemples des deux premières voies sont abondants; quant à l'introduction par le tube digestif, M. Kitasato ne peut pas en produire d'exemples aussi nombreux; mais si l'on considère que le bacille existe dans le canal intestinal et que les expériences faites sur les animaux prouvent que les aliments seuls donnent des résultats bien concluants, on doit accorder que la troisième voie d'introduction du bacille est également possible.

Pneumo-bacille et pneumo-bacilline.

M. Arloing (Lyon). — 1° On peut toujours rencontrer dans les lésions aiguës de la péripneumonie contagieuse du bœuf, à l'aide d'ensemencements nombreux ou abondants, un bacille dont les colonies dissolvent rapidement la gélatine.

Ce micro-organisme se rencontre aussi dans les ganglions médiastinaux, dans la lymphe qui s'échappe de ces derniers, voire même dans le sang et le lait des malades, ainsi que dans les accidents métastatiques consécutifs aux inoculations sous-cutanées de la sérosité virulente du poumon.

Il est sujet à des variations considérables de sa forme et de ses propriétés; il peut perdre et reprendre son pouvoir liquéfiant.

M. Arloing l'a nommé *pneumo-bacillus liquefaciens bovis* et le regarde comme l'agent pathogène de la péripneumonie.

Tel qu'on le trouve habituellement dans les lésions pulmonaires aiguës, sa virulence ne lui permet pas de reproduire intégralement ces lésions par insertion directe dans le poumon du bœuf; mais en sortant des tumeurs de la région coccygienne consécutives à certaines inoculations préventives faites selon le procédé du Dr Willems, il jouit d'une virulence assez grande pour que ses cultures pures de 3e, 4e, 5e..., 10e générations déterminent, par injection dans le poumon, des lésions péripneumoniques absolument caractéristiques.

2° Le pneumobacille retiré du poumon, sous un état moyen de virulence, propagé dans une série de cultures pures, peut être inoculé sous la peau du bœuf, en un point quelconque de l'économie, sans aucun danger sérieux.

A la suite d'une tuméfaction locale et légère et résorbable, et de troubles généraux éphémères, les animaux acquièrent une certaine immunité qui les prémunit contre la contagion au même degré que les inoculations de sérosité pulmonaire virulent préconisées par M Willems.

Des cultures du pneumobacille ont donc le même pouvoir immunisant que la sérosité pulmonaire sans en présenter les dangers, car, après leur emploi, on n'observe ni la mort, ni la mutilation de la région coccygienne.

3° M. Arloing appelle *pneumobacilline* les extraits glycérinés des bouillons forts où a végété le pneumobacille. Introduit sous la peau, le pneumobacille produit des effets phlogogènes locaux plus ou moins marqués, et une série de troubles généraux parmi lesquels il faut citer : l'hyperthermie, l'accélération de la respiration et du pouls, la vaso-dilatation, des phénomènes hypersécrétoires, du tympanisme.

Ces effets se manifestent sur tous les animaux de l'espèce bovine. Mais ils sont plus intenses sur les animaux qui portent des lésions commençantes ou des lésions chroniques de la péripneumonie contagieuse.

Si donc, dans un milieu suspect où l'on aura fait usage des injections de pneumobacilline, quelques animaux présentent les principaux troubles signalés ci-dessus à un degré marqué ou, mieux encore, l'ensemble de ces troubles, il y a beaucoup de chance pour que ces sujets soient atteints de péripneumonie.

La réaction thermique seule ne paraît pas suffisante pour asseoir le diagnostic.

Il en résulte que les animaux soumis aux injections doivent être suivis attentivement pendant l'évolution des effets de la pneumobacilline.

M. Chantemesse. — Ce fait vient absolument démontrer la réalité des faits récemment exposés. Si nous ne pouvons nous fier à la spécificité des maladies, pour l'évolution des maladies, ces faits ont une grande importance.

De la durée du service des employés de chemins de fer.

MM. de Pietra Santa et **R. Régnier** (Paris). — D'une manière générale, la réglementation administrative ne peut que déterminer les principales conditions du travail et surveiller les alternatives du mouvement pour empêcher qu'elles ne dépassent les limites reconnues conciliables avec la sécurité publique, limites qui, d'après la circulaire ministérielle de 1883, ne *doivent pas excéder douze heures*.

Le régime de l'équipe double, généralement appliqué en France, nécessite une augmentation de personnel et accroît par conséquent les charges des Compagnies et celles de l'Etat.

Il présente des avantages considérables : meilleur entretien des machines; facilité d'établir les responsabilités en cas d'accident; primes plus élevées aux agents.

Il demande seulement qu'on n'abaisse pas à une limite trop faible la durée du service, parce qu'on serait fatalement conduit, ou à abandonner ledit système de l'équipe double, ou à multiplier le nombre des *dépôts*, et par cela même accroître encore les charges des Compagnies et de l'Etat.

La lecture des différentes circulaires ministérielles montre que, d'une manière générale, une grande amélioration s'est produite dans la situation des employés réglementés pendant la période 1883-1894, comparée aux périodes antérieures, puisque malgré la complexité plus grande on a pu réduire, pour la décade, de cent vingt heures à cent heures la durée normale du travail des mécaniciens et des chauffeurs.

M. Singer propose le vœu suivant :

La 19e section du 8e Congrès international d'hygiène et de démographie, considérant les conséquences bienfaisantes généralement reconnues du raccourcissement graduel de la durée du travail et la nocuité hygiénique du travail de nuit se prononce en principe pour la suppression du travail de nuit. Elle invite les facteurs législatifs de tous les Etats civilisés à organiser l'introduction pas à pas de la journée de huit heures pour les ouvriers industriels et à défendre le travail de nuit dans toutes les branches industrielles, sauf dans celles où le travail de nuit est indispensable à cause de considérations économiques générales.

Des logements d'ouvriers en France.

M. Emile Cacheux (Paris). — La question des logements d'ouvriers est étudiée en France depuis longtemps. L'Etat, les communes, les corps savants, les sociétés de toutes sortes, les industriels et les particuliers ont chacun dans leur sphère contribué plus ou moins à propager des habitations convenables dans notre pays. En France on construit aujourd'hui, pour loger les ouvriers dans de bonnes conditions, soit des maisons à étages, soit des habitations pour une famille. Le principal obstacle qui s'oppose à la propagation des habitations ouvrières convenables provient du loyer élevé que veulent retirer les capitalistes qui engagent leurs fonds dans ce genre de constructions. Lorsqu'un capitaliste se contente d'un revenu de 3 à 4 0/0, il peut facilement construire de

façon à mettre des logements convenables à la disposition des ouvriers. Bien entendu, il est impossible de construire dans les grandes villes des maisons isolées moyennant un prix abordable pour un ouvrier. Mais, en groupant les habitations pour une famille d'une façon intelligente, on peut arriver à donner à chacun de leurs habitants la jouissance d'un logement avec entrée séparée et même la propriété d'une maison, par le seul fait de payer régulièrement son loyer pendant un certain nombre d'années.

Rôle des cuisines populaires dans l'alimentation de la classe pauvre.

M. Emile Cacheux (Paris). — L'alimentation des travailleurs a une grande influence sur l'état de leur santé. Lorsque la nourriture des ouvriers est insuffisante, falsifiée ou mal préparée, leur constitution se délabre et est bientôt hors d'état de résister aux causes morbides qui sont si nombreuses dans les ateliers industriels. Il serait donc indispensable de chercher à procurer aux ouvriers, partout où le besoin s'en ferait sentir, des aliments sains et à prix aussi réduits que possible, puis à propager les écoles de cuisine où les femmes apprennent à bien préparer la nourriture de leur famille. Lorsqu'un ouvrier est obligé de se nourrir hors de chez lui, il serait désirable qu'il pût trouver soit un réchauffoir, soit une cuisine populaire où il serait à l'abri de l'exploitation des marchands de vin qui sont habiles à s'emparer de la majeure partie du salaire des ouvriers. Dans les cuisines populaires il serait utile, pour vendre les aliments au plus bas prix possible, d'utiliser les viandes gelées arrivant d'Amérique, des poissons expédiés directement du lieu de provenance, les animaux de boucherie tués par des petits bouchers habitant des communes peu importantes et par suite disposés à vendre la viande à bas prix.

Surmenage intellectuel et nervosité.

M. Gustave Lagneau (Paris). — Les mauvaises conditions biologiques imposées par les études scolaires résultent principalement d'une part de la sédentarité, de la vie trop sédentaire, d'autre part du surmenage intellectuel.

La vie trop sédentaire détermine parfois des troubles digestifs et respiratoires, de l'anémie, des affections pulmonaires, des phthisies, amène des déformations rachidiennes et thoraciques, des scolioses, etc. Au travail prolongé, minutieux, sans un éclairage suffisant, souvent est due la myopie, si fréquente dans les écoles supérieures.

Mais la nervosité, les affections nerveuses, qui font l'objet de ce rapport, résultent surtout du surmenage intellectuel. Souvent la contention d'esprit due à un travail exagéré, la crainte des punitions, l'appréhension des examens, déterminent d'abord l'hyperhémie cérébrale, la céphalalgie, puis à la longue, par la fatigue excessive du cerveau, amènent la lenteur intellectuelle et l'hébétude, ou, par la surexcitation constante des fonctions cérébrales, provoquent la neurasthénie et parfois les affections mentales, fréquentes chez la femme par suite du surmenage intellectuel.

Pour prévenir le surmenage, il faut diminuer la durée du travail intellectuel et donner plus de temps aux récréations et aux exercices physiques. Pour diminuer la durée du travail intellectuel, il faut supprimer ou resteindre les devoirs inutiles ou peu utiles, remplacer certaines dictées par des textes autographiés, limiter les leçons apprises par cœur, les copies ou mises au net, diminuer les devoirs à faire à l'étude ou à la maison, enfin réduire les programmes de classes et d'examens, beaucoup trop encyclopédiques, aux études spécialement utiles dans les carrières que les jeunes gens se proposent de suivre.

Pour prévenir les dangers du surmenage intellectuel et de la vie trop sédentaire de nos écoliers, alors qu'actuellement dans nos pays d'Europe la généralisation du service militaire oblige tout homme valide à faire partie de l'armée, il faut que de plus en plus les écoliers et étudiants soient exercés au maniement des armes, aux marches et manœuvres militaires. Dans tous les programmes d'examen, de concours d'admission aux écoles supérieures, les exercices physiques peuvent figurer à côté des travaux intellectuels.

L'école et les maladies épidémiques.

M. Mangenot (Paris). — L'école est un milieu infiniment plus salubre que la plupart des habitations des écoliers et ne peut être la cause directe d'une épidémie que si l'eau de boisson est souillée par des matières fécales. Mais, si elle n'en est pas l'origine, elle contribue quelquefois à sa propagation par la vie en commun d'un grand nombre d'enfants dont la réceptivité, pour la plupart des maladies épidémiques, est en général très grande.

Les maladies contagieuses qui peuvent prendre le caractère épidémique, c'est-à-dire frapper simultanément ou successivement un certain nombre d'enfants, sont transmissibles par imitation, contact ou contage.

Les premières sont des maladies du système nerveux telles que les différents tics, la chorée, quelques manifestations de nature hystérique. Il suffit, pour en empêcher l'extension, d'interdire l'entrée de l'école, jusqu'à leur complète guérison, aux enfants qui en sont atteints.

Les secondes, plus nombreuses et plus fréquentes, sont de nature parasitaire. Elles se transmettent : par l'échange des coiffures pour les teignes ; par les mains pour la gale ; par les doigts et les mouchoirs pour les ophthalmies et conjonctivites contagieuses ; par inoculation pour l'impétigo ; par les gobelets pour la perlèche ; par les sièges des cabinets d'aisances pour la vulvite des jeunes filles. Les suppressions de la cause qui propage ces maladies et l'exclusion des malades sont des moyens d'une efficacité certaine et rapide. Une exception doit être faite en faveur des teigneux dont l'instruction serait sérieusement compromise par l'exclusion de l'école pendant les longs mois qu'exige le traitement de cette affection. Nous croyons qu'on peut, sans danger pour leurs camarades, les autoriser à fréquenter l'école si par un pansement méthodique, bien appliqué, recouvrant toutes les parties malades, on rend impossible toute contamination. On peut exiger en outre qu'ils gardent constamment leur coiffure.

Enfin les maladies transmissibles par un contage sont les plus importantes de toutes par la gravité de leurs manifestations et par le grand nombre d'enfants qu'elles frappent.

Pour éviter l'éclosion et s'opposer à la propagation des maladies contagieuses épidémiques à l'école :

1° L'école doit être tenue dans un état constant de propreté par le lavage fréquent des murs et des parquets, l'enlèvement quotidien des poussières et leur destruction par le feu, la ventilation permanente des locaux, la vidange fréquente des fosses d'aisances ou mieux l'envoi direct des matières à l'égout ;

2° En temps d'épidémie, il faut éloigner immédiatement de l'école tout enfant atteint ou seulement soupçonné de l'être, ainsi que ses frères et sœurs, et ne les admettre de nouveau que quand tout danger de contamination a disparu ;

3° La désinfection de tout ou partie de l'école doit être faite en dehors des heures de classes et le licenciement des élèves n'être demandé que dans des cas tout à fait exceptionnels ;

4° Il faut veiller à la propreté des vêtements et assurer celle des corps par des bains-douches ou autres pris au moins une fois par mois ;

5° Conseiller et même exiger le lavage des mains, de la bouche et des fosses nasales avec un liquide antiseptique répété plusieurs fois par jour, surtout avant les repas ;

6° Mettre à la disposition des élèves, comme eau de boisson, de l'eau de source ou bouillie ;

7° Enseigner, dans les écoles, les éléments de l'hygiène publique et individuelle.

L'hygiène dans les lycées de Paris.

M. R. Régnier (Paris). — Les lycées de construction ancienne laissent pour la plupart beaucoup à désirer à tous les points de vue de l'hygiène. Ceux de construction récente sont au contraire satisfaisants, à condition de :

1° Tenir la main à ce que les lycées ne reçoivent que le nombre réglementaire d'élèves qu'ils sont appelés à contenir ;

2° Ne laisser pénétrer les élèves dans les locaux précédemment occupés par d'autres qu'après un quart d'heure d'aération.

Fixer la durée du travail à un maximum de dix heures pour les grands et huit à six pour les moyens et les petits. Donner au moins une demi-heure pour la toilette. Deux heures par jour pour les exercices proprement dits (gymnastique, équitation, tir, escrime), trois heures et demie aux jeux ou promenades ;

3° Généraliser l'emploi des bains-douches à tous les lycées et en rendre l'usage, au moins hebdomadaire, obligatoire aux internes, demi-pensionnaires et externes ;

4° Remplacer dans les infirmeries le parquet par un carrelage uni ou en mosaïque, facile à laver et à désinfecter.

Proportion et diminution de la mortalité des nouveaux-nés et des enfants à la mamelle.

M. Jules Rouvier (Beyrouth). — Les moyennes de la morti-natalité sont actuellement supérieures, dans tous les Etats, à ce qu'elles devraient être dans la société moderne. On peut les atténuer : 1° en remédiant aux causes d'interruption de la grossesse ; 2° en vérifiant d'une manière sérieuse les cas de morti-natalité.

Les Maternités *secrètes* doivent être ouvertes aux pauvres comme aux riches, sans aucune espèce de formalité administrative.

Les maisons particulières d'accouchement clandestin seront soumises à une surveillance des plus sévères.

Les mort-nés doivent être déclarés obligatoirement à l'Etat civil, avec détails complémentaires. A l'administration incombe le soin de rechercher attentivement si sous cette déclaration ne se cachent pas des infanticides dissimulés. En cas de doute, elle doit procéder à des enquêtes suivies d'autopsie.

Rendre inutiles les infanticides plus ou moins déguisés :

En créant, dans les villes, des Maternités secrètes ;

En rétablissant les tours ;

Par la recherche de la paternité et ses conséquences logiques ;

Par la surveillance des enfants illégitimes, élevés par leur mère, surtout chez celles dont les ressources pécuniaires ou dont la conduite laissent à désirer.

Causes atmosphériques.

Généraliser le service et constatation des naissances à domicile en toute saison.

Sur la malléine.

M. Ed. Nocard (Alfort). — Voici le résumé de très nombreuses expériences que j'ai faites avec mon ami le docteur E. Roux, chef de service à l'Institut Pasteur, ou qui ont été faites sur nos indications.

Ces expériences ont porté sur plus de neuf mille chevaux ; nous avons employé la malléine préparée à l'Institut Pasteur. Entre autres avantages, cette malléine a celui d'être toujours identique à elle-même ; l'intensité de son action reste toujours égale.

Cela tient à son mode de préparation. Nous employons, comme unique semence, un bacille nerveux dont la virulence a été portée et se maintient au maximum par des passages continus sur le lapin ; depuis 1891, nous n'avons pas cessé d'entretenir cette morve d'une extrême virulence : avec la pulpe de la rate d'un lapin, mort trente-six ou quarante-huit heures après une injection intra-veineuse, on ensemence largement plusieurs tubes de pommes de terre ; après trois jours de séjour à l'étuve à 37°, le produit d'une culture est délayé purement dans un peu d'eau bouillie, filtré sur toile et injecté dans la veine de l'oreille d'un lapin dont la rate servira à l'ensemencement d'autres pommes de terre et ainsi successivement. Ces cultures sur pommes de terre ne servent pas à la préparation de la malléine, mais seulement à l'entretien d'un virus morveux à virulence exaltée et toujours égale.

Pour préparer la malléine, nous employons des cultures faites en bouillon glycériné, suivant la formule que nous avons donnée pour la culture du bacille de la tuberculose (1) :

Bouillon de veau ou de cheval ; sel marin 1/2 0/0 ; peptone 1 0/0 ; glycérine 5 0/0.

On ensemence en même temps vingt-cinq à trente ballons contenant chacun 250 centimètres cubes de bouillon glycériné ; après un mois de séjour à l'étuve, les cultures sont stérilisées à l'autoclave, puis concentrées par évaporation au bain-marie, jusqu'au dixième de leur volume primitif ; enfin, filtrées sur papier Chardin ; on obtient ainsi ce que nous avons appelé la malléine brute, liquide sirupeux, de couleur brun foncé, d'une odeur spéciale, un peu vireuse. La malléine brute, contenant 50 0/0 de glycérine, se conserve très longtemps, presque indéfiniment, à l'abri de la lumière et de la chaleur ; dans la pratique, nous l'employons diluée au dixième ou au huitième dans l'eau phéniquée à 0,5 0/0, ou, plus simplement, dans de l'eau bouillie ; mais dans ce dernier cas, la dilution doit être utilisée aussitôt qu'elle a été préparée.

Les expériences que nous avons faites nous ont conduits aux conclusions suivantes :

1° Chez des chevaux morveux, l'injection d'une quantité minime de malléine (un quart de centimètre cube de malléine brute ou deux centimètres cubes de malléine diluée au huitième) provoque une réaction caractéristique.

En quelques heures il se forme au niveau de l'injection une tuméfaction inflammatoire, chaude, tendue, très douloureuse, toujours volumineuse, parfois énorme ; du contour de la tumeur partent des traînées lymphatiques sinueuses, également chaudes et sensibles, se dirigeant vers les ganglions voisins. Quand la malléine est aseptique et l'injection faite aseptiquement, cette tumeur ne suppure jamais ; elle s'accroît pendant vingt-quatre ou trente-six heures et persiste pendant plusieurs jours ; puis elle diminue lentement, graduellement, pour ne disparaître qu'après huit à dix jours.

En même temps qu'apparaît la tumeur, l'état général du sujet se modifie profondément ; il est triste, abattu ; la face est grippée, le regard anxieux, le poil terne et hérissé, le flanc retroussé, la respiration précipitée ; l'appétit semble supprimé ; on observe fréquemment des frissons au niveau des muscles olécrâniens ou cruraux antérieurs ; parfois même le tronc subit comme de violentes secousses convulsives ; si l'on fait sortir l'animal, on est frappé de son aspect misérable, de sa stupeur, de sa prostration profonde, le cheval le plus vigoureux, le plus difficile, le plus dangereux est complètement transformé ; il est devenu mou, indifférent à ce qui l'entoure, absolument maniable ; on en fait tout ce qu'on veut.

Ces phénomènes généraux constituent ce que nous appelons, en France, la réaction organique ; ils ne sont pas toujours aussi accusés ; on peut noter de grandes différences dans leur intensité suivant les sujets ; ils ne font jamais complètement défaut.

Par contre, la réaction thermique ne manque jamais : en quelques heures, la température centrale du cheval morveux s'élève graduellement de 1°5, 2°, 2°5 et plus au-dessus de la normale ; j'ai recueilli l'observation d'un cheval chez lequel l'hyperthermie provoquée par l'injection de malléine atteignait à la dixième heure 4 degrés centigrades (de 38°2 à 42°2). L'élévation de la température, déjà notable dès la huitième heure après l'injection, persiste longtemps, elle atteint son maximum entre la dixième et la douzième heure ; parfois seulement vers la quinzième heure ; plus rarement vers la dix-huitième heure.

Fait important à noter : les phénomènes provoqués chez les chevaux morveux par l'injection de malléine sont longtemps persistants ; après vingt-quatre, trente-six et quarante-huit heures, il existe encore de la prostration et la température reste supérieure à la normale de plus d'un degré.

2° Chez les chevaux sains, au contraire, l'injection de malléine, même à dose plus considérable, est sans effet ; la température reste normale ; l'état général n'est pas modifié ; il se produit au niveau de l'injection une petite tumeur œdémateuse, un peu chaude et sensible ; mais l'œdème, loin de s'accroître, diminue rapidement et disparaît complètement en moins de vingt-quatre heures.

3° La réaction provoquée par l'injection de malléine est absolument spécifique ; quand elle existe elle permet d'affirmer rapidement et sûrement l'existence de lésions nerveuses, même les plus minimes ; quand elle fait défaut, on peut être sûr que l'animal mis en expérience n'est pas morveux, quelle que soit l'apparence des lésions suspectes, quelque résultat qu'ait paru donner l'inoculation de leurs produits. Des lésions ulcéreuses de la pituitaire simulant des chancres de morve, des lymphangites purulentes, très analogues aux cordes farcineuses et provoquant, comme elles, chez le cobaye

(1) Nocard et Roux. Sur la culture du bacille de la tuberculose, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 25 janvier 1887, page 27.

mâle, une orchite suppurée, peuvent être ainsi aisément différenciées des lésions morveuses.

4° L'emploi de la malléine ne peut donner des indications vraiment utiles qu'autant que l'on s'est mis à l'abri de toutes les causes d'erreur que l'expérience a signalées :

a) Il serait imprudent de l'employer sur des animaux déjà fiévreux; les indications thermométriques en pourraient être faussées au point d'entraîner une conclusion erronée.

b) Il faut aussi soustraire les animaux mis en expérience aux variations atmosphériques (soleil, brouillards, pluies, vents, etc.). Si la plupart des chevaux sont insensibles, ou à peu près, à l'influence de ces causes, quelques-uns au moins en éprouvent, indépendamment de toute autre cause, des variations de la température centrale pouvant atteindre 1°5, 2° et plus; on s'exposerait donc à de graves erreurs si l'on pratiquait l'injection de malléine sur des chevaux ainsi exposés aux intempéries de l'atmosphère, surtout si l'on se bornait aux seules indications thermométriques.

c) Enfin, il ne faut pas oublier que certaines maladies, la gourme par exemple, provoquent souvent de grandes oscillations quotidiennes de la température des malades. Lorsqu'on a quelque raison de se croire en présence de cas de ce genre, il faut donc s'assurer que l'hyperthermie consécutive à l'injection de malléine est persistante et que la réaction organique ne fait pas défaut.

5° Il est bien rare qu'un cas de morve reste isolé dans une écurie qui renferme un certain nombre de chevaux; la règle, c'est que d'autres animaux, voisins ou non du malade, deviennent morveux à leur tour. Mais, avant de présenter des signes apparents de la maladie qui permettent de se mettre en garde contre eux, ils ont pu déjà répandre autour d'eux les germes du mal et contaminer leurs voisins.

Les injections de malléine permettent de s'assurer que, dans ce cas, le nombre des animaux réellement contaminés est toujours plus considérable qu'on ne pourrait le supposer en se basant sur le simple examen clinique.

Si l'on abat tout ou en partie des chevaux ainsi dénoncés par la malléine, on trouve toujours, à l'examen de leurs poumons, des lésions nerveuses, parfois nombreuses, souvent discrètes et représentées uniquement par de petits nodules arrondis, fermes au toucher, du volume d'un grain de millet, de couleur jaunâtre ou grisâtre, à demi transparents, homogènes dans toute leur épaisseur, sans paroi fibreuse à la périphérie, sans ramollissement caséeux dans leur partie centrale; l'origine morveuse de ces tubercules translucides ne fait plus de doute aujourd'hui.

Mais si, au lieu d'abattre les chevaux dénoncés par la malléine, on se borne à les maintenir isolés, à l'abri de toute contamination nouvelle, il n'y en a jamais qu'un petit nombre qui présentent, plus ou moins vite, des signes cliniques de morve : les autres conservent toutes les apparences de la santé et, remis dans le rang, aucun d'eux ne devient morveux.

Si, pendant qu'ils sont maintenus isolés, on les soumet périodiquement à l'épreuve de la malléine, le nombre de ceux qui réagissent diminue graduellement à chaque épreuve, en sorte que, après plusieurs mois, la plupart des animaux que la première injection avait condamnés, peuvent être considérés comme sains; ils se comportent comme ceux qui n'avaient pas réagi à la première épreuve; ils ne présentent jamais de symptômes de morve et leurs voisins restent toujours indemnes. On peut donc en conclure que les lésions morveuses décelées par les premières injections ont guéri définitivement.

Comment ces chevaux se sont-ils guéris? La malléine a-t-elle contribué à la guérison? Dans quelles limites?

A l'heure actuelle il paraît difficile de répondre à ces questions d'une façon satisfaisante. Il est possible, il est même probable que la malléine exerce une action favorable sur la régression et la cicatrisation définitive des lésions morveuses, quand ces lésions sont récentes et limitées, mais il est impossible de l'affirmer.

L'isolement individuel rigoureux résultant de la mise au piquet, l'aération continue et prolongée, la bonne nourriture suffisaient jadis pour arrêter en quelques mois les épizooties de morve les plus menaçantes; on ne pouvait pas alors invoquer l'action curative de la malléine. De même, je ne pense pas que nous soyons en mesure de déterminer la part qui revient à la malléine dans les cas aujourd'hui nombreux de guérison de la morve pulmonaire.

6° De tout ce qui précède, il résulte que l'emploi systématique de la malléine constitue le moyen le plus sûr, le plus rapide et le moins onéreux de faire disparaître la morve des foyers les plus gravement infectés.

Mouvement des malades dans les hôpitaux civils des grandes villes.

M. Witold Zalesky (Varsovie). — Une grande partie des malades cherchent un secours médical à l'hôpital, surtout dans les classes pauvres. Les maladies contagieuses se répandent aussi plus facilement parmi cette population. La police dirige les malades qui ne peuvent pas être traités à domicile vers les hôpitaux et on a calculé qu'à Paris *les décès dans les hôpitaux forment presque le quart de la somme totale des décédés*. Pour une statistique sanitaire des grandes villes, il serait à désirer que les hôpitaux civils envoyassent chaque semaine, pour être inséré dans le bulletin hebdomadaire du mouvement de la population de la ville, un rapport sur le mouvement des malades pendant la semaine précédente. Dans ce rapport on indiquerait non seulement les cas de maladies contagieuses et épidémiques, mais aussi les cas d'autres maladies plus fréquentes, d'après une méthode plus régulière.

Une nouvelle loi sanitaire à Monaco.

M. Vivant décrit dans une communication la situation de la principauté de Monaco, envisagée au point de vue sanitaire depuis l'application de la nouvelle loi du 9 mars 1893.

Le médecin, la sage-femme, les parents du malade, l'hôtelier et en général toute personne à la connaissance de qui viendrait une maladie contagieuse, est tenue d'en aviser dans les vingt-quatre heures l'autorité représentée par un médecin.

La liste des maladies comprend : variole, scarlatine, rougeole, diphthérie, typhus, fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, suette miliaire, érysipèle, anthrax, morve, farcin, charbon, tuberculose, etc., en somme toute maladie susceptible de revêtir un caractère contagieux ou épidémique.

L'isolement est de rigueur pour toutes ces maladies, sauf la tuberculose. Les linges ayant servi aux malades sont désinfectés sur place, avant leur envoi à l'étuve, et il est interdit de les confier au blanchisseur avant la désinfection. Tous les objets sont également désinfectés à l'étuve. Quant à la chambre, c'est au moyen de pulvérisations et de lavages antiseptiques qu'on détruit les germes qu'elle peut contenir. La désinfection est gratuite pour les indigents.

Il est défendu de secouer les tapis dehors et de jeter dans la rue les poussières et les balayures. Ces dernières seront brûlées sur place après le départ des étrangers, dont les chambres seront désinfectées, sous la responsabilitié de l'hôtelier ou du logeur.

En cas d'extension d'une maladie contagieuse, des baraquements provisoires serviront à pratiquer un rigoureux isolement.

L'eau distribuée est une eau de source.

La surveillance attentive des écoles a lieu surtout en cas d'épidémie et dès le début.

Le tout à l'égout est mis en usage dans cette principauté.

66e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Tenue à Vienne du 24 *au* 30 *septembre* 1894.

Sérothérapie dans la diphthérie.

M. Behring, après avoir indiqué les principes de la sérothérapie, montre qu'elle a déjà donné des résultats pratiques très appréciables dans la diphthérie. En admettant que la mortalité par la diphtérie constitue 6 0/0 de la mortalité générale, on arrive au calcul que tous les 10 ans l'Allemagne et l'Autriche perdent 2 millions d'enfants. Comme le sérum antidiphthérique abaisse la mortalité de la diphthérie à 10 et même à 5 0/0, il s'ensuit que dans les dix années prochaines on aura sauvé la vie de 1 million 1/2 d'enfants.

M. Ehrlich (Berlin). — Sur les 89 cas de diphthérie traités par l'antitoxine à haute dose, 12 ont succombé, ce qui donne une mortalité de 13,5 0/0. Si l'on en déduit 5 cas arrivés dans un état déplorable, presque à l'agonie, et ayant succombé 24 heures après le traitement, on arrive à un total de 84 cas avec 7 morts, soit une mortalité de 8 0/0. Dans 4 cas, le pronostic a été dès le début fatal (septicémie, dégénérescence du cœur).

Les résultats que fournit le sérum antitoxique sont donc très satisfaisants. Si le traitement est commencé le premier ou le second jour, la guérison est presque certaine.

M. Wassermann a trouvé que le sérum des individus ayant eu la diphthérie ou une angine fébrile possède des propriétés antitoxiques très accusées : 1 cm. c. de ce sérum suffit pour neutraliser une dose mortelle, dix fois plus grande, de toxines diphthéritiques. Il a pu également constater que chez les individus âgés, il est plus fréquent de trouver du sérum bactéricide que chez les jeunes sujets, et il explique ce fait en admettant que plus l'individu est âgé, plus souvent il a eu l'occasion de se trouver sous l'influence des bacilles diphthériques. C'est comme cela qu'on peut également expliquer la présence de bacilles virulents chez des individus bien portants.

Gastrite acide.

M. Boas (Berlin) a observé une série de cas caractérisés, au point de vue de la gastrite, par une sécrétion extrêmement abondante de mucus, par une hyperacidité du contenu stomacal et par la présence, dans les sécrétions à jeun, d'éléments cellulaires pourvus de noyaux multiples, témoignant ainsi de l'existence d'un processus inflammatoire. Dans deux cas, l'examen histologique de parcelles de muqueuse expulsées a permis de constater l'existence de ces lésions.

L'hyperacidité peut donc constituer la manifestation de certaines formes de gastrite. Le tableau clinique est celui de la gastrite chronique avec, en plus, des cardialgies sans localisation précise.

Le traitement est surtout diététique. Les malades doivent s'abstenir des aliments acides et épicés. Les lavages de l'estomac rendent peu ; par contre, le nitrate d'argent en solution à dose assez élevée est souvent très utile.

M. Leyden, tout en trouvant que d'une façon générale on fait trop souvent les lavages de l'estomac, croit pourtant qu'ils peuvent rendre des services dans l'hyperacidité.

Leucocytose post-alimentaire dans le carcinome et l'ulcère rond de l'estomac.

M. Schneyer (Vienne) a examiné, au point de vue de la leucocytose se manifestant après les repas, 18 cas de carcinome de l'estomac, 3 rétrécissements cicatriciels et 8 ulcères ronds. Il a trouvé que cette leucocytose a manqué dans tous les cas de cancer, tandis qu'elle existait dans les autres cas non cancéreux. Aussi en conclut-il que la présence de la leucocytose doit faire rejeter le diagnostic de carcinome de l'estomac, tandis que l'absence de cette leucocytose ne permet pas de l'affirmer, puisque cette absence a été également constatée chez des individus bien portants.

Situation et dimensions de l'estomac chez les individus sains et malades.

M. Martins (Rostock). — 1° Chez l'individu sain, l'estomac vide atteint presque toujours l'ombilic. Quand on le remplis d'eau, il descend et peut atteindre la ligne qui passe par les deux crêtes iliaques. Ces données découlent des recherches faites à l'aide de la phanéroscopie chez 4 soldats, 2 étudiants, tous les 6 bien portants, et 22 malades soignés à la policlinique pour des affections autres que celles du tube digestif.

2° La limite inférieure de l'estomac rempli d'eau, chez l'individu couché, descend de 4 à 11 centimètres, quand l'individu se met debout.

3° Le déplacement de l'estomac sous l'influence des mouvements respiratoires est très accusé chez l'individu couché, nul chez l'individu debout.

4° On trouve des estomacs très volumineux qui fonctionnent tout à fait normalement et ne provoquent pas de troubles subjectifs. Le diagnostic de la gastrectasie en tant qu'unité pathologique par le seul fait des dimensions considérables de l'organe, n'est pas justifié ; seule, l'insuffisance motrice permet de faire le diagnostic de la maladie, indépendamment des dimensions de l'organe.

5° La phanéroscopie ne permet pas de faire le diagnostic de carcinome ; elle intervient seulement à titre de moyen adjuvant.

Goître et extrait de la glande thyroïde.

M. Bruns (Tubingen) a essayé de traiter le goître parenchymateux simple, sans complications, chez des enfants et des adultes, par l'ingestion de glandes thyroïdes crues de mouton ou de veau, et les résultats qu'il a obtenus furent des plus satisfaisants : à savoir 9 guérisons ou améliorations considérables contre 3 échecs. Sur les 4 cas qui ont complètement guéri et qui se rapportent à des enfants de 4 à 12 ans, l'amélioration fut manifeste au bout de 8 à 15 jours, et au bout de 4 semaines, le goître avait complètement disparu. Dans les autres cas, on a obtenu une diminution très marquée de la tumeur. Les trois individus chez lesquels ce traitement n'eût aucun effet étaient âgés de 23 à 57 ans.

Le traitement a amené des accidents d'empoisonnement chez un seul individu, un homme de 40 ans qui, après avoir ingéré 46 grammes de glandes en 15 jours, présenta de la perte d'appétit, de l'accélération du pouls et une perte de poids de 10 kilogrammes. Dans quatre autres cas on a également constaté un amaigrissement qui a varié de 500 à 1,000 grammes.

Pour les adultes, la dose doit être de 10 gr., pour les enfants, de 5 grammes par semaine.

Maladie de Basedow et glande thyroïde.

M. Eulenburg (Berlin) admet que dans le goître exophthalmique il se produit une modification quantitative et qualitative dans les sécrétions de la glande et que les sécrétions ainsi modifiées exercent une action pathogène et toxique sur l'organisme. Il semble encore que, grâce à des modifications de la résorption, les sécrétions pénètrent plus facilement dans la circulation générale et exercent plus efficacement leur action sur l'organisme. L'irritation pathologique qui modifie les sécrétions doit être cherchée non pas du côté du système nerveux, mais du côté de la congestion artérielle et des modifications du sang.

M. Buschau (Stettin) distingue entre la maladie de Basedow vraie, qui serait une névrose fonctionnelle, et le goître exophthalmique symptomatique qui relèverait d'une compression du pneumogastrique ou d'une autre cause, et ce sont les cas de ce genre qu'on parvient à guérir par une intervention chirurgicale.

M. Krœnlein (Zurich), en se basant sur 8 cas personnels, préconise très chaudement la strumectomie comme traitement de la maladie de Basedow. Il admet bien que l'intervention est empirique ; il n'en est pas moins vrai que la fréquence du pouls diminue et que l'exophthalmie disparaît souvent après l'opération.

Syphilis cérébrale et aphasie.

M. Jolly (Berlin). — Il s'agit d'un homme de 24 ans, syphilitique depuis 8 mois, et entré à l'hôpital pour des accidents de syphilis cérébrale à laquelle il a succombé 18 mois plus tard. Les phénomènes qu'il présentait étaient une céphalalgie, des vertiges, des vomissements fréquents, une accélération du pouls, de la diplopie et de la stase papillaire. Une partie de ces symptômes rétrocéda, mais en revanche le malade fut frappé d'hémiplégie droite avec aphasie.

A l'autopsie on trouva des taches sur la dure-mère épaissie et complètement adhérente au niveau du lobe temporal gauche. La pie-mère, également épaissie surtout à la base du cerveau, était par places trouble, principalement au niveau de l'hémisphère gauche en grande partie ramolli. Les artères étaient épaissies, la sylvienne gauche complètement oblitérée. Les parties complètement détruites étaient le gyrus angulaire, les deux premières circonvolutions temporales, la région pariétale avec le pré-cunæus, une grande partie du cuneus ; la circonvolution de Broca, sans être complètement détruite, était fortement touchée.

Le sang des cadavres.

M. Corin (Liège). — Le sang dans les cadavres n'est jamais complètement coagulé et presque toujours les capillaires renferment du sang liquide, fait qui a déjà été signalé par Virchow et Falk. Ces particularités tiennent à deux causes : la sécrétion par les parois des vaisseaux d'une substance, la cystoglobine, qui empêche la production de fibrinogène ; la destruction, par les parois vasculaires, de fibrinogène, phénomène qui existe également pendant la vie.

Modification des organes respiratoires dans l'intoxication phéniquée.

M. Wachholz (Cracovie), qui a observé deux cas d'empoisonnement phéniqué, a fait sur des animaux une série d'expériences pour voir comment se faisait l'élimination du phénol. A cet effet, il introduisait sous la peau de l'occiput de chats et de cobayes une solution phéniquée à 5 0/0 et recueillait l'air expiré des animaux. Après la mort des animaux il soumettait à une distillation l'urine, le sang et les poumons.

Dans ces conditions, il trouva que la plus grande quantité de phénol était contenue dans l'urine et les poumons, tandis que l'air expiré n'en contenait pas.

En s'appuyant sur ces expériences, M. Wachholz soutient l'hypothèse de Langerhaus, suivant laquelle les modifications de l'appareil respiratoire dans l'empoisonnement phéniqué, tiendraient à l'élimination de l'acide phénique par les poumons.

Arhythmie cardiaque chez les enfants.

M. Heubner (Berlin) a observé, en dehors des affections cardiaques et cérébrales, de l'arhythmie du cœur dans :

1° *L'empoisonnement* par l'atropine chez un enfant, et par l'opium chez un autre ;

2° *Les troubles digestifs* avec vomissements, et relevant par conséquent d'une auto-intoxication.

3° *Les troubles digestifs* ne relevant pas d'une auto-intoxication.

4° *Les maladies infectieuses* aussi bien au début qu'à la fin de la maladie; cette dernière éventualité est surtout fréquente dans la scarlatine, dans la rougeole même légère, dans la pneumonie, la fièvre typhoïde.

5° *Les états anémiques et d'inanition*, et dans ces cas l'arhythmie fait souvent penser à la méningite tuberculeuse.

Dans tous ces cas, l'arhythmie peut être d'origine nerveuse ou réflexe, ou relever d'un état particulier du cœur.

M. Rosenberg (Vienne) a observé de l'arhythmie du cœur chez des enfants de 12 à 15 ans qui ne présentaient aucun symptôme morbide. De même **M. Eisenschitz**.

Hémiatrophie faciale.

M. Zappert (Vienne) a présenté une jeune fille de 9 ans atteinte d'hémiatrophie faciale. L'affection a débuté à l'âge de 6 ans sous forme d'une petite tache pigmentaire de couleur brune parue sur la joue gauche. Dans le courant des 18 mois, la peau, les muscles et les os de la moitié gauche de la face se sont atrophiés. La moitié gauche de la langue et de la cavité buccale est également atrophiée. Pas de troubles sensoriaux ni de la sensibilité.

Etiologie de la cystite.

M. Posner. — Il existe une série de cystites, celle des prostatiques de même que la pyélite des calculeux, dont l'étiologie reste obscure. On a souvent incriminé le coli-bacille, et pour élucider cette question, M. Posner fit une série d'expériences sur des lapins auxquels il liait l'urèthre et fermait hermétiquement l'anus soit avec des pinces, soit avec du plâtre. Sur 21 animaux mis en expérience, 14 ont présenté au bout de 24 à 36 heures des coli-bacilles nombreux dans l'urine. Les micro-organismes en question ont donc passé de l'intestin dans la vessie. De plus le sang, le suc du foie et les autres organes de ces animaux renfermaient également des coli-bacilles. L'infection de la vessie et des reins s'effectuait donc en même temps par la voie sanguine.

Endoscopie de l'œsophage.

M. v. Hacker (Vienne) a pratiqué l'endoscopie électrique de l'œsophage dans plus de 200 cas et trouve que ce moyen d'exploration peut, dans certains cas, rendre de grands services. Une fois que l'on s'est familiarisé avec l'aspect physiologique de la muqueuse, on arrive à distinguer les états pathologiques, les catarrhes, les rétrécissements cicatriciels ou néoplasiques, les dilatations partielles. L'endoscopie peut encore rendre de grands services dans la recherche des corps étrangers.

62e SESSION DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Tenue du 31 juillet au 3 août 1894 à Bristol.

Epidémie de peste à bubons dans l'Himalaya en 1864.

M. Pringle. — Mon expérience, basée sur l'observation de cette épidémie et sur 20 années consécutives, m'a conduit à admettre que, toutes choses égales d'ailleurs, certaines localités sont seules exposées à cette peste. Quant à la maladie qui a régné dans le Churwal et qui a été si meurtrière, c'était une affection typhique à forme grave, mais sans relation avec la peste vraie. Pendant les 20 années que j'ai passées là-bas, je n'ai pas vu un seul cas de peste dans le district situé au nord-ouest du Ghurural anglais ; en revanche, cette affection typhique y régnait souvent. Les prescriptions hygiéniques, l'aération des habitations, le régime lacté constituaient le meilleur traitement contre cette affection typhoïde. J'ai remarqué que dans tous les villages qui allaient être envahis par la peste à bubons, les rats disparaissaient très rapidement. Les indigènes connaissaient bien la valeur de cet avertissement; malgré cela, ce qui les empêchait de quitter leurs villages, c'est qu'à leur retour, ils trouvaient invariablement leurs réserves alimentaires dévorées par les ours. Ils étaient ainsi dans l'alternative ou de rester et de périr de maladie, ou de s'en aller et de trouver la famine au retour.

Variole et vaccination.

M. Priestley. — On tend beaucoup trop aujourd'hui à négliger la vaccination. La vaccination pratiquée chez les enfants les protège d'une façon à peu près absolue jusque vers l'âge de 7 à 10 ans et même fait encore sentir son influence chez les adultes en modifiant la variole qu'ils peuvent contracter. Sur 337 cas de variole traités à Leicester, il n'y en a pas eu un seul chez un enfant au-dessous de 10 ans et préalablement vacciné. A Leicester, il résulte de mes observations que 25 0/0 des enfants sont vaccinés. Parmi les 347 cas signalés plus haut, 15 m'ont frappé comme prouvant l'action de la vaccination sur les varioles de l'adulte. Dans ces 15 cas, la maladie a en quelque sorte avorté. Cela n'arrive que chez les sujets qu'on a vaccinés dans leur enfance. On doit avoir en outre recours à l'isolement, à la désinfection et aux quarantaines contre la variole. Mais pour cela, il faut rendre obligatoire la déclaration des maladies infectieuses et notamment de la variole. L'épidémie de variole de 1892-1894 vient de nous montrer combien, dans la plupart des endroits, les autorités étaient peu préparées à lutter contre cette affection; on a prodigué beaucoup d'argent contre cette épidémie, mais le plus souvent, sans méthode et sans principes. Il faut donc exiger la déclaration de la maladie, avoir un hôpital d'isolement, enfin avoir une sorte de lazaret où on mettra en quarantaine les personnes ayant été en contact avec des varioleux.

Parmi les malades que j'ai soignés, ceux qui avaient moins de 10 ans sont restés à l'hôpital en moyenne 14,5 jours pour les sujets déjà vaccinés et 47,3 jours pour les sujets non vaccinés. Les sujets ayant plus de 10 ans sont restés à l'hôpital, les vaccinés 28,6 jours, les revaccinés 26,8 jours, les sujets antérieurement atteints de variole 14 jours, et les non-vaccinés 41,2 jours. Chez les enfants, il n'y eut pas de complications chez les vaccinés ; il y en eut 64,7 fois p. 100 chez les non-vaccinés. Au-dessus de 10 ans, il y eut des complications 23 fois p. 100 chez les vaccinés, 66 fois 0/0 chez les non vaccinés. Chez 49,5 0/0 des enfants non vaccinés, il y eut des

abcès, et il n'y en eut point chez les vaccinés. Chez les sujets de plus de 10 ans, il y eut des complications d'abcès 2,1 0/0 chez les vaccinés et 44 fois 0/0 chez les non-vaccinés.

Il est évident que le personnel des hôpitaux de varioleux doit être choisi parmi des sujets vaccinés ou ayant eu la variole.

Traitement et complications de la coqueluche.

M. Carmichael. — La coqueluche est une des maladies les plus meurtrières de l'enfance. C'est une maladie infectieuse, éminemment contagieuse et épidémique, à cycle bien défini. La véritable nature du virus est inconnue. Elle frappe la partie supérieure des voies digestives, produisant un catarrhe des surfaces muqueuses. On a découvert un bacille, le *bacillus tussis convulsivæ*, qui, d'après les expériences d'Afanassieff, provoque chez les animaux, une véritable coqueluche; les produits de ce microbe injectés dans la trachée des animaux provoquent les mêmes résultats. Un point important de la coqueluche, c'est qu'elle ne s'accompagne pas de fièvre quand il n'y a pas de complications. On est ainsi conduit à admettre que les poisons de cette affection pénètrent de la muqueuse dans les conduits lymphatiques et non dans le système vasculaire. Cette maladie entraîne un trouble général de nutrition par l'influence directe du poison sur les tissus et les organes et par l'inanition qui résulte des vomissements fréquents. On a accordé trop peu d'importance au retentissement de la toux paroxystique sur le cœur et le système vasculaire en général. Si on prend le tracé sphygmographique après une quinte, on voit une exagération du dicrotisme; l'œdème de la face, des paupières, la congestion des organes, l'albuminurie montrent bien qu'il y a des troubles cardio-vasculaires. Dans la coqueluche non compliquée, le catarrhe se limite à la trachée et aux grosses bronches; quand l'inflammation envahit les ramifications bronchiques, l'état de l'enfant devient sérieux. Le collapsus pulmonaire est une complication fréquente, surtout chez les très jeunes enfants. La pneumonie catarrhale survient presque fatalement quand la bronchite est étendue; on trouve des nodules de broncho-pneumonie disséminés dans les deux poumons. Les complications nerveuses consistent en convulsions dues à des troubles de la circulation cérébrale. Il y a quelquefois du catarrhe gastro-intestinal. Enfin la coqueluche prédispose grandement à la tuberculose. Au point de vue du traitement, on commencera par bien aérer la chambre occupée par le malade; on gardera ce dernier au lit pendant la période aiguë de la maladie. Au début, les médicaments alcalins et diaphorétiques sont utiles. A la période d'état, l'opium, la belladone, l'antipyrine sont nécessaires. A la période de déclin, la quinine, les préparations ferrugineuses ont leurs indications. On donnera aussi de l'huile de foie de morue. Les inhalations, les vaporisations sont utiles à toutes les périodes. Il faut ordonner aussi des douches nasales. On soumettra l'enfant à un régime léger. Au point de vue de la prophylaxie, la déclaration de cette affection devrait être obligatoire et les enfants devraient être isolés.

M. Elliott. — Trop souvent il y a des cas légers qui ne réclament pas les secours du médecin, pour que la déclaration obligatoire de cette maladie puisse avoir un effet bien utile. Je crois utile d'isoler les enfants malades, de les séparer des autres enfants, mais je ne crois pas qu'on doive pour cela les séquestrer dans une chambre. Du reste, il arrive souvent qu'un enfant ayant la coqueluche arrive au milieu d'autres enfants sans leur communiquer la maladie, ce qui semble indiquer que la contagion exige un contact immédiat. Comme traitement, il faut donner au début du vin d'ipéca et de la solution d'acétate d'ammoniaque ou d'antipyrine. Dans la deuxième période, la belladone est seule très utile. L'acide phénique combiné à la belladone est aussi utile. L'iodoforme rend des services contre les paroxysmes. Le gaïacol ne sert aucunement. L'inhalation de solutions chaudes antiseptiques est utile.

M. Roué. — La coqueluche n'est ni une névrose ni une bronchite. On peut se demander si la coqueluche peut être transmise d'un individu qui l'a à un autre qui ne l'a pas par une troisième personne ne l'ayant pas non plus. Je crois que cela est possible.

M. Hopkinson. — J'ai vu un cas de coqueluche se compliquer d'hémorrhagie cérébrale avec hémiplégie gauche et mouvements rhythmiques du bras droit; le petit malade finit par mourir.

Traitement de quelques difformités des membres inférieurs.

M. Ewens. — Je m'occuperai des difformités qu'on rencontre le plus fréquemment. Les courbures du corps du fémur doivent être traitées par la section horizontale et l'extension. Le genu valgum présente deux variétés : l'une due à l'hypertrophie du condyle interne, l'autre due à l'hypertrophie de la tubérosité interne de la tête du tibia. Chaque variété exige un traitement spécial. Les courbures du corps du tibia peuvent revêtir toutes les formes. Il y a cinq variétés de pied-bot : *a*) l'équin, *b*) le varus, *c*) le calcanéen, *d*) le valgus, *e*) le cavus. Le calcanéen est rare. Le traitement consiste à diviser les tendons du tibial antérieur et des extenseurs des orteils. Le valgus est rare chez les jeunes enfants, mais fréquent chez les adultes; le meilleur traitement consiste dans une chaussure spéciale. Pour le cavus, il faut recourir à la division de l'aponévrose plantaire, et faire marcher peu de temps après l'opération. Dans les cas de genu valgum par hypertrophie du condyle interne, il y a toujours une hypertrophie concomitante de la tête du tibia, mais qui n'est pas suffisante toutefois pour obtenir la rectitude du membre par l'opération de Macewen. A l'hôpital des Enfants de Bristol, on traite d'ordinaire le pied-bot par la ténotomie, et au bout de quelques jours, on applique un appareil plâtré. On obtient ainsi de très bons résultats. L'application d'un appareil plâtré sans ténotomie préalable est dangereuse et peut amener des eschares, des gangrènes. Dans les cas graves, on est obligé de recourir, en général, à la tarsectomie; il faut enlever un gros coin osseux; le sommet du coin doit correspondre au point le plus proéminent de la face dorsale du pied. On enlève ainsi, en général, un gros morceau du calcanéum et quelquefois le cuboïde. Le sommet du coin est fait aux dépens de l'astragale et quelquefois du scaphoïde. Il est souvent nécessaire de sectionner le tendon du tibial antérieur. Il faut ensuite faire bien attention à mettre le pied en bonne position et à éviter les suppurations.

M. Jones. — Je commence presque toujours le traitement aussitôt après la naissance; je sectionne le tendon d'Achille, chez des enfants qui n'ont que quelques jours. J'ai quelquefois recours à l'ostéoclasie; je pratique rarement la tarsectomie.

Sur un cas de polynévrite chez un enfant.

M. L. Mackey (Brighton). — J'ai observé un enfant âgé de six ans, n'ayant jamais eu la diphthérie, mais ayant été atteint de l'influenza il y a environ douze mois, qui fut pris brusquement de douleurs dans les quatre membres. Il restait couché sur le flanc gauche, les membres inférieurs fléchis dans les articulations de la hanche et du genou. Les moindres mouvements d'extension provoquaient des douleurs dans les régions sciatiques et lombaires, surtout à gauche. Les pieds étaient flasques. Les réflexes rotuliens et plantaires faisaient défaut, mais le réflexe crémastérien était conservé. On ne notait aucun trouble de la vessie ni du rectum, pas de douleurs à la pression sur les vertèbres et les articulations, pas de paralysie du voile du palais. La sensibilité cutanée était plutôt augmentée que diminuée. Les membres supérieurs étaient flasques, atrophiés; les mains avaient de la tendance à prendre la forme de griffe. Les urines contenaient de l'albumine. L'état du petit malade continua à empirer pendant une quinzaine de jours et se compliqua momentanément d'incontinence des sphincters vésical et anal, d'éruption papuleuse à la face, de diarrhée catarrhale et d'otorrhée du côté droit. Puis, sous l'influence d'un traitement galvanique et de l'administration du fer, survint une amélioration qui fut malheureusement interrompue par une pneumonie. Après la convalescence de cette maladie on eut recours avec succès aux injections hypodermiques d'une solution de phosphate de soude à 10 0/0. Actuellement, le petit malade est guéri.

Cette observation présente de l'intérêt, au point de vue du

diagnostic et du pronostic, car la névrite multiple dont il s'agissait dans ce cas peut être facilement confondue avec d'autres affections plus graves. C'est ainsi que des confrères qui ont vu le malade avant moi ont admis chez lui l'existence de la paralysie de Landry, diagnostic impliquant l'imminence d'une issue fatale à bref délai.

Traitement des déformations rachitiques par l'ostéoclasie.

M. Murray. — Je m'occuperai seulement des torsions des jambes résultant du rachitisme chez les enfants de 5 ans ou chez les enfants plus jeunes. Chez les sujets plus âgés, je fais une ostéotomie en enlevant du tibia un fragment en forme de coin. Souvent chez les jeunes enfants, on traite ces déformations en appliquant des appareils et des attelles, on obtient ainsi des résultats assez satisfaisants. En 1888, M. Pughe, en raison des difficultés qu'il y a à immobiliser ainsi les enfants, employa une méthode plus radicale; il brisa l'os au niveau du maximum de courbure, puis mit des attelles qu'il enlevait le jour suivant, les remplaçant par un plâtre qu'on enlevait au bout de 15 jours. En 1888, M. Pughe a redressé ainsi 30 jambes; en 1893, j'en ai redressé 311. J'ai pu ainsi redresser une déformation particulièrement gênante pour la marche, la rotation en dehors des deux jambes. Je sais bien que l'ostéoclasie était déjà pratiquée couramment en France et en Allemagne, il y a 50 ans; mais on l'appliquait à des sujets plus âgés. A Glasgow, M. Ogston a beaucoup préconisé notre méthode. On m'a objecté qu'en brisant l'extrémité inférieure du fémur, je pouvais compromettre la croissance ultérieure; il n'en est rien; tandis qu'en redressant le membre à l'aide d'attelles par voie progressive on amène un relâchement des ligaments.

Lupus.

M. Leloir (Lille). — Le lupus est une forme peu virulente de tuberculose cutanée dont la lésion élémentaire consiste en un tubercule brun rougeâtre, de consistance molle, évoluant doucement, détruisant les tissus par résorption interstitielle, par ulcération ou par sclérose. Le lupus peut envahir toutes les parties de la peau et les muqueuses avoisinantes. Il débute en général dans l'enfance. La lésion élémentaire peut prendre une forme nodulaire ou une forme infiltrée et en nappe. Pour quelques-uns, le lupus est une forme cutanée de la scrofule; d'autres admettent un lupus scrofuleux et un lupus syphilitique; l'école autrichienne affirme que le lupus est une affection spéciale différente de la scrofule et de la syphilis; cette opinion est soutenue par Virchow, Baumgarten, Klebs. L'école française a fermement soutenu la nature scrofulo-tuberculeues du lupus, et cette opinion gagne des adhérents en Angleterre, en Allemagne et en Autriche. Au début, je ne pouvais arriver à inoculer le lupus aux animaux; en 1881, en modifiant ma technique, j'y suis arrivé, et je me suis convaincu alors que c'était une forme peu virulente de tuberculose cutanée. En 1884, j'ai montré qu'on pouvait produire chez les animaux une tuberculose locale ou générale en leur inoculant des produits provenant de lupus. En 1889, j'ai fait voir, encore par la méthode expérimentale, que les variétés atypiques de lupus étaient des formes peu virulentes de tuberculose. En 1889, j'ai montré que beaucoup d'adénopathies associées à des lupus n'étaient pas simplement inflammatoires comme le prétendaient Hebra, Kaposi et d'autres, mais étaient dues à l'invasion des ganglions par les produits tuberculeux transportés par les lymphatiques venant du lupus. En 1889, 90, 91, j'ai démontré que, contrairement à l'opinion de Baumgarten, la suppuration qui survient sur le lupus n'est pas due au lupus lui-même, mais à des microbes de la suppuration qui viennent combiner leur action à celle du bacille de Koch. De toutes les formes de la tuberculose cutanée, le lupus est la plus fréquente. Le point de départ de toutes ces tuberculoses cutanées réside dans la pénétration des bacilles de Koch dans les téguments. Sans qu'on soit bien fixé là-dessus, on peut admettre que l'infection se fait : 1° par inoculation directe; 2° par inoculation indirecte; 3° par inoculation par des lymphatiques ou des veines traversant un foyer tuberculeux; 4° par infection hématique; 5° par hérédité. Le lupus ordinaire représente le type de la tuberculose cutanée; d'autres variétés comprennent les gommes scrofulo-tuberculeuses. Parmi ces autres formes sont les ulcérations qui surviennent chez les phthisiques, les papillomes comme le tubercule anatomique, et probablement la maladie que j'ai décrite en 1884 comme une périfolliculite suppurative et conglomérée. Pour Besnier, les ulcérations des phthisiques sont dues à une infection tuberculeuse généralisée; le lupus et le tubercule anatomique sont dus à des inoculations externes et forment les tuberculoses primitives de Brocq. Je crois cette classification mauvaise, car, dans les deux cas, il s'agit de tuberculoses locales. En effet, les expériences de Charrin ont établi que la tuberculisation d'un individu ne lui confère point l'immunité et qu'on peut chez un animal tuberculeux provoquer de nouveaux foyers de tuberculose. Lehmann, Hanot, Lefèvre ont montré que les ulcérations des phthisiques peuvent être dues à une inoculation externe. De même j'ai vu des gommes scrofulo-tuberculeuses provenir d'une inoculation externe; cependant, elles ont souvent pour origine une infection à point de départ interne. Le lupus lui-même peut avoir, lui aussi, une telle origine; le plus souvent, cependant, il est d'origine externe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1894.

Présidence de M. Rochard.

MM. Le Roy des Barres, Motet et **Laugier** se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale.

MM. Delorme, Monod, Pozzi et **Reclus** demandent à être portés sur la liste des candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine opératoire.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture des discours prononcés, au nom de l'Académie, par **M. Kelsch**, à l'inauguration du monument élevé à **Villemin** à Bruyères (Vosges), sa ville natale.

Asymétrie du corps humain.

M. Le Dentu lit un rapport sur un travail de M. le Dr **Clozier** (de Beauvais) sur l'asymétrie acquise entre les deux moitiés du corps humain.

M. Clozier a voulu décrire une asymétrie particulière caractérisée par l'abaissement de l'épaule droite, des déformations concordantes de la cage thoracique, des déviations de la colonne vertébrale et l'abaissement du membre inférieur droit. L'ensemble de ces modifications de forme et de position des diverses parties du squelette reconnaîtrait pour cause la verticalité et la dilatation de l'estomac.

Pour admettre cette interprétation, il faut que la corrélation entre les troubles dyspeptiques de la dilatation stomacale et l'asymétrie du corps apparaisse étayée par des constatations indiscutables; il faut que l'enchaînement des diverses déviations ou déformations d'où résulte cette asymétrie soit démontré, et que par leur association elles constituent un type différent des autres espèces de déviations décrites jusqu'à ce jour. C'est ce qu'il reste à M. Clozier à prouver par un nombre suffisant de faits.

Néphrolithotritie et néphrectomie dans les calculs ramifiés du rein.

M. Duret (Lille). — Les calculs rénaux peuvent habituellement être enlevés par la pyélotomie ou la néphrolithotomie, qui suffisent quand le calcul est libre. Il n'en est plus de même lorsqu'on se trouve en présence de calculs ramifiés, corolliformes, enclavés par leurs branches dans les calices du rein; car ils restent alors fixes et immobiles, rebelles à toute tentative de déplacement même après incision large du rein sur son bord convexe; la néphrolithotritie s'impose alors. L'auteur a ainsi opéré avec succès, il y a un an et demi, une malade atteinte de pyonéphrose; les particularités de l'opération le conduisent aux conclusions suivantes :

Lorsqu'il n'existe pas de suppuration du bassinet ou lorsque les lésions sont peu étendues, l'extraction d'une pierre ramifiée pourra se faire par simple néphrotomie ; mais celle-ci devra être précédée du broiement de la pierre et il faudra faire une néphrolithotritie *in situ*.

Si la pierre corolliforme est volumineuse et compliquée d'une pyonéphrose considérable et ancienne, il sera le plus souvent impossible de recourir à une néphrectomie d'emblée. Il faut alors procéder à l'opération par temps successifs : *a.* évacuation de la poche purulente soit au trocart, soit par section. Néphrotomie large sur le bord convexe de la glande ; *b.* lithotritie *in situ* de la pierre, de manière à l'extraire en plusieurs fragments selon les règles indiquées ; *c.* néphrectomie du rein dégénéré et ablation de la poche.

Gastropexie.

M. Duret (Lille). — Femme de 51 ans, présentant un abaissement total de l'estomac pas ou peu dilaté ; la gastropexie fut pratiquée dans le but de remonter et de fixer la petite courbure à la partie supéro-antérieure de la paroi abdominale. Après incision de celle-ci au-dessus de l'ombilic, on rencontra la petite courbure à la partie inférieure de la plaie, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; elle fut remontée avec soin jusqu'à la limite supérieure de l'incision ; une suture est faite horizontalement, parallèlement à la petite courbure et un centimètre au-dessous. La suture terminée, l'estomac se trouva fixé au péritoine par sa surface antérieure, suivant une ligne parallèle à la petite courbure, et on ferma le ventre.

Les suites opératoires furent des plus simples et le résultat très favorable : régularisation des garde-robes, digestions plus faciles, mais les troubles neurasthéniques n'ont pas complètement cessé ; toutefois la malade a pu reprendre ses occupations. A l'examen abdominal, le clapotement stomacal se perçoit bien au dessus de l'ombilic, contrairement à ce qui avait lieu avant l'opération. Cette particularité montre que les sutures ont bien tenu.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

1er *semestre* 1894.

Tuberculose cutanée verruqueuse.

M. G. Etienne présente un malade atteint de tuberculose cutanée verruqueuse à l'occasion duquel il développe le résultat de ses recherches relatives à cette affection.

On a pu observer en deux ans huit cas de tuberculoses cutanées verruqueuses dans les services de l'hôpital civil ; cette manifestation pathologique est donc bien moins rare qu'on ne le croit habituellement. Tous ces cas présentent entre eux des caractères de ressemblance permettant un diagnostic rapide ; cependant il peut exister des différences d'aspect suffisantes pour déterminer quelques types secondaires.

Dans un premier ordre de faits, la lésion est caractérisée par l'existence de papilles hypertrophiques, bien séparées les unes des autres par des sillons profonds. Ces papilles se recouvrent rapidement d'une couche cornée plus ou moins prononcée. Parfois, au lieu d'être bien indépendantes, les papilles sont agminées, formant une seule masse, c'est le tubercule anatomique ; l'agmination peut aussi être due à la dessiccation des produits de sécrétion amassés dans l'intervalle des papilles : on a alors un véritable aspect rupiforme.

Dans un autre ordre de faits, les papilles très hypertrophiées n'ont aucune tendance à revêtir le type croûteux ou corné ; elles restent d'aspect charnu. — Mais toujours, les amas papillomateux reposent sur une base surélevée, rouge, livide, légèrement squammeuse. La plupart des observations de tuberculoses cutanées papillomateuses peuvent rentrer dans cette classification.

Dans deux cas, M. Etienne a pu étudier la disposition des tissus. Dans le premier, appartenant à une forme cornée, la constitution de l'épiderme n'est pas très modifiée ; au contraire, le corps papillaire dermique est très hypertrophié, il envoie des prolongements qui, refoulant l'épiderme, vont constituer les verrucosités. Dans le second cas, de la forme non cornée, l'épiderme a subi une hypertrophie énorme, la couche de Malpighi envoie dans la couche papillaire de véritables invaginations épidermiques vingt ou trente fois plus considérables que les prolongements interpapillaires habituels.

Dans le premier cas, on trouve de gros tubercules anciens entre les couches cornées de l'épiderme et le corps de Malpighi, nombreux nodules tuberculeux dans les parties superficielles du corps papillaire. Dans le second cas, nombreux tubercules dans le corps de Malpighi, dans la couche papillaire ; quelques-uns également dans le chorion ; on en voit partir des traînées lymphatiques bourrées d'éléments pathologiques. Il a été impossible de déceler la présence de bacilles de Koch. Cependant l'inoculation expérimentale a donné des résultats positifs ; mais les cobayes ont succombé à une infection à forme très lente.

Des huit cas observés, quatre l'ont été chez des tuberculeux pulmonaires avancés et l'origine par inoculation a été très facilement révélée ; dans un cinquième cas, la maladie s'est développée sur le moignon d'une amputation de jambe pour ostéite tuberculeuse. Chez les trois autres malades, la lésion est primitive, mais l'inoculation tuberculeuse accidentelle est également établie.

Le pronostic est sérieux ; dans une observation, une lymphangite tuberculeuse, partie de la tuberculose locale, a donné naissance à de nombreuses gommes ; il y avait donc généralisation. Verneuil et Verchère ont observé des faits semblables.

La conséquence est qu'en face de cette forme de tuberculose cutanée, il ne faut pas hésiter devant l'ablation large des placards pathologiques.

M. Vautrin a vu récemment deux cas de l'affection étudiée par M. Etienne et croit qu'il serait important de préciser le diagnostic entre les folliculites non tuberculeuses et les tuberculoses verruqueuses. Comme traitement, il se déclare partisan de l'ablation complète et large, préférablement au raclage à l'aide de la curette qui lui paraît mauvais et risque de produire des réinoculations.

Cataractes traumatiques.

M. Rohmer, après avoir montré les divers types cliniques que l'on peut observer et discuté la légitimité de l'intervention suivant les cas, se pose ensuite la question suivante :

L'intervention décidée, comment faut-il la faire ?

A. Supposons une cataracte non compliquée de corps étranger, ni de rupture de la zonule. Si le blessé a dépassé 25 ou 30 ans, on fera l'extraction, à travers une simple incision linéaire, et on s'aidera, au besoin, d'une iridectomie. Si l'individu est plus jeune, en un mot, si l'on a tout lieu de penser qu'il n'existe pas encore de noyau dur et résistant, mais que toute la substance cristallinienne est émulsionnée, le traitement de choix est l'*aspiration* à l'aide de l'appareil de Redard ou de Coppez ; on obtiendra souvent, dans ces cas, pour ainsi dire instantanément, une pupille magnifique, et le résultat se maintiendra souvent, aussi bien au point de vue optique qu'esthétique.

B. On a diagnostiqué une rupture de la zonule et le cristallin est on n'est pas déplacé. Dans ce cas, la règle que nous énoncions plus haut est absolue ; à moins d'urgence, il faut attendre : la déchirure de la zonule une fois cicatrisée, l'extraction se fera souvent très facilement. Même la substance cristallinienne, dans bien des cas, aura le temps de se résorber, et on n'aura plus qu'à enlever la capsule qu'on arrivera souvent à arracher d'une seule pièce.

C. La luxation du cristallin est complète, il y a hypertension de l'œil ; l'intervention est absolument nécessaire, à cause des douleurs vives et de l'état de tension de l'œil qui risque de compromettre, par sa durée et son intensité, le fonctionnement de la rétine et du nerf optique. C'est à une incision linéaire qu'on devra alors recourir ; il faudra, sans autre essai préliminaire, introduire la curette derrière le cristallin et chercher à extraire celui-ci avec sa capsule. Ce sont là des cas graves, dans lesquels non seulement la fonction, mais même l'aspect de l'œil, et plus tard son existence seront compromis. Aussi est-il presque impossible de formuler une règle de conduite absolue ; car l'énucléation sera souvent le terme final d'une série d'interventions qui, toutes faites dans un but utile, n'auront quelquefois servi qu'à compromettre davantage la vitalité de l'organe.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.



TRIPLEX IN UNUM; SANITAS
VIANDE
QUINA
PHOSPHATES
J. VIAL

N° 41 — 10 OCTOBRE 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Corps de santé des colonies. — Ont été nommés au grade de :

Médecin de 2e classe, M. le docteur Esquer.

Pharmacien de 2e classe, M. le pharmacien auxiliaire de deuxième classe de la marine Phélipot.

Un concours pour la nomination aux places d'externe titulaire en médecine, vacantes au 1er janvier 1895, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile clinique; asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif; infirmera spéciale des aliénés à la Préfecture de police), s'ouvrira le samedi 1er décembre 1894, à midi précis, rue Lobau, n° 2, à Paris.

Le registre d'inscriptions restera ouvert au service des aliénés de la Préfecture de la Seine, rue Lobau, n° 2, de midi à cinq heures, du lundi 29 octobre au samedi 10 novembre 1894 inclusivement.

Concours à Rennes. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 4 octobre 1894, un concours s'ouvrira le 8 avril 1895 devant la faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Un certificat de complaisance. — Cet après-midi a comparu devant la 8e chambre le docteur Planet, domicilié rue Montmartre, 93, poursuivi pour avoir délivré un faux certificat médical à un jeune caporal d'infanterie de marine, le nommé Revert.

Afin d'obtenir une permission, celui-ci dit à son colonel qu'il devait venir à Paris pour assister aux derniers moments de son grand-père. On lui permit de partir, mais, sa permission expirée, il écrivit à son colonel, lui demandant un supplément de congé, l'agonie du grand-parent se prolongeant.

Il obtint huit jours, mais le colonel soupçonnant une supercherie fit faire une enquête et apprit que le grand-père du caporal Revert était mort depuis deux ans.

Entre temps, la mère du jeune homme, prévoyant peut-être pour son fils une punition pour le jour où le stratagème auquel il avait eu recours serait découvert, pria le docteur Planet de délivrer un certificat de complaisance constatant l'état grave du prétendu grand-père.

Malgré les regrets qu'il a exprimés à l'audience, le docteur Planet a été condamné à trois mois de prison et 300 francs d'amende, avec application de la loi Bérenger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Premiers secours à donner aux malades et aux blessés, par Sam. Osborn, professeur et examiteur de l'Association de St-John ambulance, chirurgien du corps des volontaire de l'artillerie de la Marine anglaise, chirurgien-adjoint à l'hôpital des femmes malades de Soho Square. Paris, Librairie J.-B. Baillière, 1894. Un vol. in-16 de 250 pages, avec 18 fig. (*Petite Bibliothèque médicale*). 2 fr.

Les hémorrhagies et les moyens de les arrêter. — Les plaies et leur traitement. — Les corps étrangers. — Entorses, luxations et fractures. — Premiers soins à donner en cas de perte de connaissance. — Morsures et piqûres. — Premiers soins aux noyés, aux asphyxiés, au x em poisonnés. — Transport des malades et des blessés. — La chambre des malades. — Conseils aux gardes-malades.

Les Microbes des eaux minérales de Vichy. Aseptie des eaux minérales, par le Dr E Poncet, médecin consultant à Vichy, etc. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1895, 1 vol. in-8° de 175 pages avec 26 planches comprenant 132 photogrammes, cultures et microbes. Prix : 7 fr.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les causes et le traitement de la paraplégie dans le mal de Pott, par M. Jaboulay.

I. — La paraplégie pottique a presque constamment pour cause une lésion qui est placée en avant de la moelle et de ses enveloppes. Je dis « presque », car exceptionnellement on a pu trouver une plaque de pachyméningite postérieure dont l'ablation a été suivie de l'amélioration des symptômes.

La paraplégie pottique antérieure de la région cervicale, et principalement celle qui est née au voisinage de l'atlas et de l'axis, résulte presque toujours d'une saillie osseuse qui vient comprimer l'axe nerveux en un point limité. La cause la plus commune de compression, c'est la déviation de l'apophyse odontoïde du côté du canal rachidien.

Dans la région dorso-lombaire, les lésions sont plus diffuses et atteignent souvent toute l'épaisseur de la moelle. Il faut d'abord signaler des cas exceptionnels où il n'y a ni déformation ni gibbosité : la paraplégie résulte alors soit d'un abcès par congestion à tension progressive, soit d'une pachyméningite qui épaissit la lumière quelquefois de plus de un centimètre et la transforme en un demi-anneau compresseur. Mais en général la compression médullaire se montre en même temps que la gibbosité et les abcès. Alors elle a été attribuée, soit à l'inflexion rachidienne, soit aux abcès symptomatiques, soit à la pachyméningite et aux fongosités. L'inflexion rachidienne laisse en général la moelle au large, sauf le cas de vive arête.

L'arête osseuse donne la paraplégie progressive si l'affaissement est lent; mais si la paraplégie est brusque et l'affaissement rapide, alors les lésions de la moelle peuvent être très profondes et équivaloir à une section complète. Quant aux abcès symptomatiques, ils seraient une cause fréquente de compression : nombreuses sont, en effet, les observations cliniques (Tavignot, Leudet, Hérard, etc.), où l'ouverture d'un abcès par congestion est suivie de la disparition des paralysies des membres inférieurs. Lannelongue a vu des abcès intra-rachidiens dont la tension intérieure était de 17 millimètres de mercure. Depuis la thèse de Etcheveria (1860, Paris), on a admis la compression médullaire par les fongosités, et depuis celle de Michaud (Paris, 1871), on a attribué les mêmes phénomènes à la pachyméningite externe caséeuse. Dans les cas de masses fongueuses et d'épaississements duremériens, le mécanisme de la paraplégie est complexe : il faut l'attribuer, soit à la compression directe de la moelle, soit à la compression de ses vaisseaux sanguins et lymphatiques. On a décrit un ramollissement médullaire de cause anémique par compression des artères, un œdème par stase avec gonflement de la moelle dans le cas de compression des veines et des lymphatiques; enfin on a incriminé une infection spécifique de la moelle par lymphangite ou artérite tuberculeuses.

A toutes ces lésions je désire en ajouter une autre qui a été retrouvée quatre ou cinq fois, mais qui doit être plus fréquente qu'elle ne le paraît. C'est une *plaque fibreuse préméningée*, due à la transformation fibreuse de fongosités anciennes guéries par sclérose; la dure-mère et la moelle étant intactes. Déjà Michaud, dans sa thèse, décrivait au début de la pachyméningite externe caséeuse un tissu de fongosités recouvrant extérieurement la dure-mère encore saine et étendue en membrane d'abcès froid ou réunie en une masse plus ou moins épaisse. Dans ces cas, Charcot signalait que la moelle était refoulée sur une étendue de 2 à 3 centimètres. Mac Even, en 1883, a retrouvé deux fois ce néoplasme fibreux entre l'os et les méninges, dont l'ablation a été suivie de guérison. Chipault l'a vu dans une autopsie. Enfin White (*The Surgery of the spine*, in *Americ. medic. Assoc.*, 23 septembre 1891) dit que dans le mal de Pott la paralysie n'est pas en général due à la myélite transverse pas plus qu'à la compression, mais résulte dans la grande majorité des cas d'une pachyméningite externe qui donne naissance à une *tumeur du tissu conjonctif extra-duremérienne.* Cette plaque fibreuse préméningée, je l'ai trouvée chez une petite fille paraplégique depuis trois mois qui, le lendemain de la laminectomie, put marcher et vit disparaître ses contractures.

Cette malade était atteinte d'un mal de Pott dorsal interscapulaire. Par devant la plaque fibreuse et dans le sinus de la gibbosité était un abcès de la grosseur d'une mandarine. J'avais fait la laminectomie des trois arcs situés au sommet de la convexité, et c'est en passant à gauche des méninges que j'étais arrivé sur le fibrome, puis sur l'abcès. Mais pendant la laminectomie un fait était frappant, c'était la brusque distension du fourreau méningé à mesure que j'enlevais les arcs; il était évident que son contenu était comprimé avant cette intervention. Mais il était aussi évident qu'une fois les arcs enlevés, il n'était plus comprimé, il n'était que refoulé d'avant en arrière. Et je suis convaincu que la simple laminectomie sans ablation de la plaque fibreuse, et sans ouverture de l'abcès, aurait été suivie de la guérison qui s'est immédiatement produite.

II. — La paraplégie pottique peut guérir spontanément par le repos, par l'immobilisation. Tous les chirurgiens ont pu voir des malades de ce genre, on encore d'autres améliorés par l'ouverture d'abcès. Les pièces de maux de Pott cervicaux anciens, ankylosés, avec subluxation de l'atlas sur l'axis, fracture de l'apophyse otondoïde qui s'est soudée à l'atlas, ne sont pas rares, et j'en ai recueilli.

D'autre part, quelquefois les paraplégies dorso-lombaires qui avaient été guéries par la laminectomie ont reparu au moment où la cicatrice opératoire s'est fermée, comme si elle jouait vis-à-vis du fourreau méningé le rôle compresseur que remplissaient autrefois les arcs. Ceux-ci d'ailleurs peuvent se reproduire chez les sujets jeunes, ou plutôt chez eux des ossifications s'opèrent dans le tissu fibreux, qui comblent toute la brèche opératoire, et sans qu'il soit besoin du périoste, lequel est d'ailleurs absent dans cette région.

Ainsi, la guérison spontanée est possible ; l'intervention peut être inefficace et de valeur nulle ; au cas d'un succès il peut n'être que temporaire ; c'est la conclusion imposée par la plupart des observations. Mais il faut signaler aussi quelques guérisons durables qui font espérer dans la chirurgie opératoire du rachis.

REVUE DES CONGRÈS

62e SESSION DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Tenue du 31 juillet au 3 août 1894 à Bristol.

Discussion sur le traitement des arthrites tuberculeuses chez les enfants.

M. Eve. — Tout le monde est d'accord sur ce principe que dans les affections tuberculeuses des articulations on doit aider les tissus voisins à circonscrire le mal et finalement à le faire disparaître ; pour cela il faut prescrire le repos, l'extension, une bonne alimentation. La guérison s'obtient par l'organisation du tissu conjonctif et sa transformation en tissu fibreux qui circonscrit et finalement oblitère les foyers tuberculeux. Dans tout cela il faut évidemment tenir compte

du rôle des phagocytes. Le repos diminue la congestion et les épanchements de synovie. On a essayé aussi d'injecter diverses substances dans les tissus malades. Les injections de solutions glycérinées ou huileuses de chloroforme à 10 p. 100 ont une réelle valeur. Kœnig estime que 30 pour 100 des cas sont guéris par le traitement à l'iodoforme. J'ai vu chez une petite fille de trois ans une arthrite tuberculeuse du coude guérir de cette façon. Il faut employer des émulsions stérilisées par la chaleur; de plus, il faut dissoudre l'iodoforme dans l'huile ou la glycérine qui sont bien préférables à l'éther; ce dernier peut provoquer des phénomènes toxiques. Senn est très partisan de cette méthode. La méthode sclérogène de Lannelongue est plus rapide et plus décisive. Contrairement à ce qui a lieu dans la méthode précédente, on ne pousse pas le liquide dans l'articulation, mais à la périphérie de la synoviale, aussi près du périoste que possible; on cherche en effet ainsi à amener l'oblitération des vaisseaux qui pénètrent dans la synoviale et à provoquer une néoformation conjonctive avec destruction du tissu tuberculeux. Une petite fille de 12 ans entrait à l'hôpital d'Evelina, en février 1893, pour une tumeur blanche du genou droit, ayant débuté, cinq ans auparavant, à la suite d'une chute; on ne trouvait pas de signe de lésion osseuse. La petite malade étant chloroformée, on lui injecta de la solution de chlorure de zinc à 10 pour 100 tout autour de la périphérie de la synoviale. On recommença ces injections au bout de quinze jours. En juillet l'articulation n'était plus douloureuse et avait récupéré ses mouvements. En janvier 1894 il y eut une récidive; on fit une arthrotomie et on trouva que seule la partie interne de la synoviale était fongueuse; le cul-de-sac susrotulien était oblitéré et toute la synoviale, sauf sa partie interne, était formé d'un tissu mou, grisâtre, non vasculaire et d'apparence saine. Quelquefois il y a une réaction considérable à la suite des injections; quand il y a de vastes foyers caséeux, la suppuration peut survenir en quelques jours. Il faut alors ouvrir l'abcès et le gratter. Ce traitement par les injections est surtout applicable aux articulations superficielles: le coude, le genou, le carpe, le poignet, la tibio-tarsienne; la coxo-fémorale est moins favorable en raison de sa profondeur et de la fréquence avec laquelle il y a un séquestre.

La méthode de Bier, applicable seulement aux articulations éloignées du tronc et favorablement accueillie par Mikulicz, consiste à provoquer une congestion veineuse par constriction du membre à l'aide d'un tube de caoutchouc placé immédiatement au-dessus de l'articulation malade. On évite le sphacèle de la peau en changeant souvent de place le tube et en mettant au-dessus de lui une couche de ouate. Ce traitement doit être continué pendant des semaines et des mois. Bier, de Kiel, qui l'a imaginé, pense que cette hyperhémie conduit à la formation de tissu connectif. On a aussi prétendu que le sérum extravasé a une action bactéricide, ou encore que la tuberculine est maintenue et accumulée sur le lieu de sa production. Le plus souvent les douleurs cessent brusquement et on a déjà une amélioration au bout de 15 jours. Mikulicz a guéri ainsi une tumeur blanche du genou, suppurée, qui avait résisté au traitement par l'iodoforme, à l'arthrotomie, au drainage.

Le traitement opératoire des arthrites tuberculeuses a fait de grands progrès dans ces dernières années. Cela tient aux irrigations qu'on pratique maintenant au cours et à la fin de l'opération, à la suppression des drains, et à une plus grande rigueur dans l'asepsie. L'arthrotomie simple n'est encore indiquée que dans des cas aigus avec un épanchement séro-purulent fort abondant; l'évacuation du liquide doit être suivie du grattage et d'une injection iodoformée. Dans les cas d'épanchement abondant je préfère la méthode de Senn qui ponctionne l'articulation avec un trocart, fait un lavage avec une solution boriquée et injecte ensuite une émulsion iodoformée. Quelquefois cela suffit à donner une guérison complète. Aujourd'hui on a généralement recours aux résections partielles. A la hanche il est souvent indiqué de réséquer la tête fémorale; d'après Riedel, dans 70 pour 100 des cas on trouve un séquestre dans une des deux extrémités articulaires; le raccourcissement que produit cette résection n'est pas très grand, car, comme l'a montré Ollier, après l'âge de quatre ans, le principal allongement de l'os porte sur son extrémité inférieure. Au genou, au contraire, les résections ou les destructions osseuses amènent un raccourcissement considérable, et cela même quand on enlève seulement la couche cartilagineuse. L'arthrotomie n'amène pas de raccourcissement, mais cette opération a des inconvénients: il est, par exemple, très difficile d'enlever la synoviale surtout au niveau de la partie postérieure de l'articulation. C'est ainsi que Mandry a pratiqué 70 fois cette opération et a eu 19 récidives; il n'a pu obtenir que 32 fois l'ankylose. Cependant chez les enfants les indications sont clairement en faveur de l'arthrotomie. Quand elle est impossible, on aura recours à la résection partielle. La résection typique ne doit être employée que dans les pires cas de lésions osseuses. Quand dans une extrémité articulaire un foyer tuberculeux nécessite le creusement d'une cavité, Senn conseille de la remplir par un fragment d'os décalcifié mélangé à de l'iodoforme. Dans la majorité des cas, il me paraît avantageux d'enlever les cartilages à l'aide d'un couteau par simple arasement. Pour ouvrir l'articulation, je pratique toujours l'ancienne incision sectionnant le ligament rotulien que je suture après. Dans la résection, je ne crois pas utile de maintenir les surfaces à l'aide de fils métalliques.

Quand il s'agit de l'articulation tibio-tarsienne, je fais une incision s'étendant de la partie antérieure de l'articulation vers les malléoles et se prolongeant jusqu'en arrière; je ne sectionne aucun tendon, j'enlève les péroniers de leur gouttière et je les soulève; j'attire en dedans, à l'aide d'un crochet, les tendons extenseurs. Je sectionne les ligaments latéral, externe et antérieur, et j'attire le pied en dedans découvrant toute l'articulation. Je rappellerai, à propos du tarse, que Le Dentu a obtenu un excellent résultat dans un cas où il a réséqué le calcanéum, l'astragale et le scaphoïde et les a remplacés par un fragment d'os décalcifié.

Au sujet du membre supérieur, il faut se rappeler que la croissance porte surtout sur les épiphyses voisines de l'épaule et du poignet et beaucoup moins sur celles qui avoisinent le coude. Au coude, on fera l'arthrotomie ou la résection partielle; autant que possible, si on veut obtenir ultérieurement des mouvements dans l'articulation, on respectera l'olécrane. J'ai pu, chez un enfant, opérer sur le poignet et obtenir de très bons résultats.

M. Smith. — Dans certains cas d'arthrite tuberculeuse sans désorganisation des surfaces articulaires, j'ai injecté des solutions phéniquées dans les os au voisinage de l'articulation et j'ai obtenu de très bons résultats.

J'ai récemment observé plusieurs cas d'inflammation tuberculeuse de bourses séreuses juxta-articulaires, dans lesquels l'infection s'est propagée à l'articulation; je désire donc attirer l'attention sur ces points.

Observation I. — Une petite fille de quatre ans ayant une kératite superficielle entra à l'hôpital le 4 juin. Sa fesse gauche était enflée depuis huit jours. Elle marchait très bien, mais avait de la peine à s'asseoir. On trouva la fesse gauche fluctuante. On l'incisa, il en sortit du pus; il s'agissait d'un abcès d'une bourse séreuse; on fit un grattage et l'enfant guérit.

Obs. II. — Une petite fille de six ans entra à l'hôpital avec un abcès volumineux derrière la hanche gauche, l'articulation ne paraissait nullement atteinte; une incision faite derrière le grand trochanter fit sortir beaucoup de matière caséeuse. On immobilisa l'enfant dans un plâtre.

Obs. III. — Une petite fille d'un an présentait sur le grand trochanter une tumeur grosse comme un œuf de poule; les mouvements de la hanche étaient parfaits; on incisa la tumeur, il en sortit du pus. Au bout de trois semaines l'abcès était guéri, mais la cuisse était fléchie et il y avait de la lordose. On appliqua un appareil à extension à la jambe. Au bout de six semaines l'enfant fut guérie.

Obs. IV. — Un enfant de quatre ans et demi avait un hygroma de la bourse rotulienne; le genou ne paraissait pas atteint. On disséqua et on enleva la bourse rotulienne qui était atteinte de tuberculose. La plaie guérit, mais une fistule persista au niveau du drain. Le genou fut envahi et, au bout de six semaines, on dut en faire la résection; la synoviale était envahie par la tuberculose; il y avait une traînée de tissu tuberculeux allant de l'emplacement de la bourse prérotulienne à la synoviale.

Obs. V. — Un jeune homme de 17 ans présentait sur le grand trochanter une tumeur fluctuante ; il continua à travailler ; son articulation fut rapidement envahie et deux mois après il mourait de tuberculose généralisée.

Quant aux observations suivantes, je les ai déjà rapportées à la Société pathologique de Londres, il y a quelques années ; elles sont intéressantes parce qu'elles montrent les progrès qu'a faits la chirurgie en un temps relativement court.

Obs. VI. — Une jeune fille de 22 ans avait déjà eu quatre ans auparavant une affection du genou nécessitant l'application d'un plâtre. Huit mois après elle tomba sur ce genou, dont elle souffrit beaucoup et qui finalement s'ankylosa. A son entrée à l'hôpital on trouve ce genou ankylosé en légère flexion. Il y avait une tumeur fluctuante à la partie interne et supérieure de la jambe, confinant en haut au condyle interne ; cette tumeur datait de six semaines ; elle ne paraissait pas communiquer avec l'articulation ; on la ponctionna et il en sortit du pus ; trois semaines après il fallut la ponctionner de nouveau. On amputa ensuite la cuisse, on trouva une arthrite du genou. La tumeur était due à un abcès de la bourse du demi-membraneux.

Obs. VII. — Un homme de 41 ans entra à l'hôpital pour une tumeur fluctuante indolore de la partie interne du genou droit datant de six semaines ; il n'y avait aucune histoire de traumatisme. Une ponction ramena un liquide synovial. Trois mois après le malade revint ; la tumeur s'était reformée ; on ponctionna de nouveau et on retira encore du liquide synovial. Quatre mois après le malade revient avec des symptômes de tuberculose généralisée. Le genou droit était enflé, mais non douloureux ; il y avait une grosse tumeur fluctuante à la partie interne et inférieure de ce genou ; elle communiquait avec une autre tumeur de la partie supérieure et antérieure de l'articulation. Six semaines après, cet homme mourait de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie on trouva des hygromas des bourses séreuses péri-articulaires. L'articulation était le siège d'une arthrite tuberculeuse au début.

Obs. VIII. — Un homme de 45 ans présentait une tuméfaction de la partie interne du mollet droit. L'articulation du genou était saine. On ouvrit la tumeur au bistouri, il en sortit de la synovie. Le malade guérit. Seize mois après il revint avec une arthrite aiguë du genou. On fit une amputation de cuisse et le malade guérit. L'autopsie de la jambe montra qu'il y avait une arthrite tuberculeuse ; le kyste latéral était rempli de sang.

Obs. IX. — Un homme de 34 ans présentait une tuméfaction non douloureuse au voisinage du coude, immédiatement au-dessus du condyle interne. On ponctionna ce kyste, qui du reste se reforma rapidement. Vingt mois après le malade revint avec un volumineux abcès occupant la place du kyste ; il fallut faire une amputation du bras et le malade guérit.

Tous ces faits montrent qu'on doit accorder la plus grande attention à l'inflammation des bourses périarticulaires.

Neurasthénie et son traitement.

M. Savage. — La neurasthénie est considérée comme une maladie nerveuse s'accompagnant à la fois de faiblesse et d'irritabilité du système nerveux ; on l'a divisée en deux, suivant que c'est la faiblesse ou au contraire l'irritabilité qui domine. Cette maladie est sur les limites de la folie ; mais comme les hystériques et les hypochondriaques, il est rare que les neurasthéniques deviennent fous. Il s'agit, dans cette maladie, plutôt d'un trouble fonctionnel que d'une affection organique. Car je crois encore à l'existence de certains troubles fonctionnels sans qu'il y ait lésion des organes correspondants. Je crois qu'il y a une neurasthénie organique et une neurasthénie par simple trouble fonctionnel. Cette dernière peut dépendre d'un désordre quelconque du système nerveux central ou périphérique. Ce désordre peut, du reste, être aigu et temporaire ou chronique et à peine curable. Je ne crois pas que le surmenage soit souvent en cause et je n'ajoute guère foi à la théorie qui recherche la cause de la neurasthénie dans l'action de toxines. Les changements chimiques qu'entraîne l'excès du travail musculaire ou nerveux ne sauraient suffire à créer ce type morbide. Je me range plutôt à l'opinion de Hughlings Jackson qui pense que c'est là une maladie spéciale aux individus les plus développés du XIXe siècle, à ceux qui ont subi l'évolution nerveuse la plus avancée. La neurasthénie est, à mon avis, un trouble sensitif plutôt que moteur ; tandis que la paralysie générale est le résultat de la dégénérescence du système nerveux central, la neurasthénie résulte de désordres du côté du système nerveux périphérique. Tout acte vital est suivi d'une période de réparation ; toute excitation a une double action : elle amène une réaction et en même temps elle provoque un acte de nutrition. Toute excitation du système nerveux doit être suivie de la réaction ordinaire et de plus les tissus nerveux doivent, par une sorte d'automatisme, se remettre en état de recevoir de nouvelles impressions. Je crois que précisément la neurasthénie consiste dans un trouble de ce pouvoir de réparation. Ce trouble peut être initial et être en quelque sorte une habitude organique due à l'hérédité ; il peut dépendre, au contraire, d'une commotion du système nerveux ou d'un empoisonnement du sang. Il y a tous les intermédiaires entre la neurasthénie et l'état de santé ; tout le monde a souffert à un moment donné du malaise général et d'un état se traduisant par une absence d'énergie, sans pour cela être neurasthénique. D'une façon générale, je regarde la neurasthénie comme due à des causes externes et non à des causes internes telles que les toxines.

Tous les cas de neurasthénie différant entre eux, on ne peut, au point de vue du traitement, que donner des indications très générales. Si le malade est surmené, on le soumettra au repos. Au début, le repos au lit est fort utile. Chez certains, il faut prescrire en outre le massage. Je ne prescris pas beaucoup les voyages, je pense qu'il vaut mieux garder les malades à proximité du médecin, car la neurasthénie peut être le premier terme d'une paralysie générale ou d'une folie au début. Je crois que le traitement par l'électricité pourra être utile, mais je n'ai pas eu occasion de l'employer. On ne doit aucunement discuter avec le malade ; il faut lui affirmer qu'on le guérira et lui affirmer que sa maladie ne dépend pas d'un trouble cérébral. Le meilleur mode de traitement consiste à isoler les malades ; on peut quelquefois les laisser avec un compagnon intelligent, sachant les prendre et les occupant à des travaux manuels et non à des travaux intellectuels. Il est à peu près impossible de guérir ces malades si on leur laisse leurs occupations habituelles. Quand on veut obtenir une guérison rapide, il faut les isoler complètement et les soumettre au traitement de Weir-Mitchell. L'hydrothérapie, les bains restent le plus souvent sans résultat ; seuls, les cas dans lesquels on soupçonne qu'un excès d'acide urique est en cause se trouvent bien les bains turcs. Je n'avais jamais vu l'hypnotisme ou la suggestion donner aucun effet utile.

Ralph Browne se sert des injections sous-cutanées de sérum artificiel du docteur Chéron. Je ne crois pas beaucoup à l'utilité du régime, sauf chez les goutteux. Je retire quelquefois de bons effets du vin de Coca. Il faut éviter de recourir à la morphine.

M. Mickle. — La neurasthénie a fréquemment pour cause le surmenage ; du reste, les neurasthéniques sont surmenés par des exercices qui seraient excellents pour des sujets en bonne santé. La neurasthénie est plus fréquemment en rapport avec la mélancolie qu'avec la paralysie générale.

M. Browne. — Je crois aussi que le surmenage est la grande cause de la neurasthénie. Les neurasthéniques ont souvent de mauvaises habitudes : ils se couchent dans la journée, mangent voracement à certaines heures ; il faut lutter contre ces tendances. J'obtiens de très bons effets des injections de sérum artificiel.

M. Andriezen. — Il n'y a pas de trouble fonctionnel sans un trouble correspondant dans la structure ou la nutrition de l'organe. Dans toute la nature, depuis les métazoaires les plus inférieurs jusqu'à l'homme, la différenciation fonctionnelle marche parallèlement à la différenciation histologique. A mesure qu'on fait des progrès dans la technique, on voit que des troubles regardés autrefois comme purement fonctionnels sont des troubles de nutrition. L'activité musculaire développe un milieu acide ; les cellules glandulaires montrent des modifications de structure et de nutrition en rapport avec leur fonctionnement. Au niveau des terminaisons nerveuses dans les muscles, Kuhne, Golgi et d'autres ont noté que l'activité fonctionnelle correspondait à des variations dans la structure. Hodge a fait des constatations analogues sur les

ganglions cérébroïdes des abeilles, sur le cerveau du moineau, sur les ganglions spinaux de la grenouille. On commence à faire les mêmes observations sur le cerveau de l'homme. On voit donc qu'on ne peut plus actuellement admettre des troubles purement fonctionnels.

Discussion sur la vaccine.

M. Coperman. — La question toujours controversée est celle de savoir si la vaccine est la même maladie que la variole. Tout le monde admet actuellement que la vaccination protège tout au moins pour un temps contre la variole. Cela permet déjà de croire que ces maladies sont reliées, étroitement alliées. Dans certains cas, l'inoculation de la variole humaine à des veaux a donné une éruption absolument semblable à celle de la vaccine. D'autres observateurs, comme Voigt, Fischer, Haccius, Eternod et moi-même, ont vu l'inoculation de variole sur un veau donner une éruption mal caractérisée, qu'on a pu transmettre de ce veau sur un 2e, puis de celui-ci sur un 3e, et ainsi de suite, et ce ne fut qu'à partir du 2e ou du 3e qu'on obtint les vésicules typiques de la vaccine. Enfin dans d'autres cas par inoculation de la variole on provoque une maladie qu'on peut transmettre à toute une série d'animaux, mais qui ne s'accompagne d'aucune formation de vésicules. C'est ce qu'a vu Klein qui s'est assuré qu'en prenant de la lymphe obtenue par incisions sur le 4e veau ainsi inoculé et en inoculant cette lymphe au bras d'un enfant on obtenait des vésicules typiques de vaccine. Avec la lymphe provenant de cet enfant, il obtint, en vaccinant des veaux, une vaccine ordinaire. J'ai pu aussi, avec de la lymphe de varioleux, vacciner des veaux et les rendre réfractaires à toute nouvelle tentative de vaccination par le procédé ordinaire. Quand on vaccine des enfants avec la lymphe provenant d'une série de veaux auxquels on a inoculé de la variole, on n'obtient jamais autre chose que les effets de la vaccination ordinaire. Il s'agit bien là encore sans doute d'une variole atténuée, mais différant de la variole ordinaire en ce qu'elle n'est plus contagieuse. On voit donc que le virus de la variole en passant par le veau perd de son activité, puisqu'il ne peut plus provoquer une éruption généralisée et perd son caractère contagieux.

Plusieurs auteurs, et notamment Pfeiffer, Lœft, Guarniri, Dockle, ont décrit des micro-organismes qu'ils ont trouvés dans la lymphe des vésicules, mais ces microbes ne paraissent pas être spécifiques. J'ai décrit moi-même un bacille qu'on trouve dans la vésicule du veau surtout du 4e au 5e jour. Klein de son côté a décrit un bacille qui me paraît être le même que le mien et qu'il a du reste vu avant moi. Il est probable que c'est ce bacille qui est le micro-organisme actif de la variole. Jusqu'ici nous n'avons pas pu cultiver ce microbe sur des milieux artificiels. Cependant il faut remarquer que si on mélange de la lymphe avec de la glycérine ou de la lanoline anhydre et qu'on la garde à l'abri de l'air pendant un ou deux mois, tous les micro-organismes ordinaires et non spécifiques qu'on trouve en abondance dans la lymphe fraiche sont morts, car si on cultive la lymphe ainsi préparée sur de la gélatine, on n'obtient aucune culture. D'un autre côté, le vaccin aura conservé toute son activité. Ces faits ont été confirmés par des Français. De tout ce qui précède je tire la conclusion qu'on doit identifier la variole et la vaccine.

M. Kent. — C'est en étudiant concurremment de la lymphe et des coupes dans une pustule de vaccine que M. Coperman et moi avons obtenu nos résultats. Nous avons trouvé dans la lymphe, en modifiant le procédé de coloration de Lœffler par le bleu de méthylène, un bacille que nous avons des raisons de regarder comme spécifique. Par une modification de la méthode de Gram, nous avons trouvé un bacille à peu près identique dans les sections des pustules. Dans les tissus cet organisme se montre souvent par groupes contenus dans les cellules. Des changements se produisent dans les cellules à la suite de la vaccination. Le noyau se fragmente; quant au protoplasme, il se réduit en une série de masses arrondies.

M. Voigt. — Jenner considérait la vaccine comme due à une modification du virus varioleux par son passage à travers les animaux et notamment le cheval et la vache. Beaucoup d'auteurs s'élevèrent contre cette conception. Cependant de nombreux observateurs, et notamment Ceely en 1836, obtinrent de la vaccine en inoculant la variole à des veaux. Ceely a vacciné avec cette lymphe de ces veaux 12,000 enfants et n'a constaté sur eux que les effets de la vaccination ordinaire. Badcock a fait des constatations analogues. Contrairement à Crookshank, je ne puis admettre que les enfants auxquels on a fait ces inoculations ont eu une variole et non pas une vaccine au sens ordinaire du mot, car jamais on n'a signalé aucun cas de contagion. Pour Chauveau, la vaccine et la variole sont dues à deux virus différents. La commission de Lyon, que présidait Chauveau, a déclaré que la variole humaine ne produit pas de vésicules chez la vache, mais des élevures papuleuses, et que si on inocule le peu de lymphe de ces dernières à d'autres vaches, son activité disparaît bien vite. Depuis 13 ans, j'ai inoculé 11 veaux avec du virus varioleux et deux fois j'ai obtenu une vésicule franche, contrairement aux assertions de la commission de Lyon. En 1886 et 1891, Fischer a inoculé 2 veaux avec du virus varioleux et il a obtenu ainsi deux séries de vaccines. Dans le premier cas, il inocule des hommes après le 12e veau et après le 3e dans le second. Chauveau n'en continue pas moins à maintenir la dualité des virus de la variole et de la vaccine. Cependant King, en inoculant des veaux avec du virus varioleux, a obtenu une lymphe qui a vacciné plus de 400,000 êtres humains sans produire de variole. Dans quelques cas, il est vrai, on a obtenu de la variole chez l'homme en inoculant la lymphe de veaux vaccinés avec du virus varioleux; mais on a eu les mêmes accidents d'une façon exceptionnelle en inoculant la lymphe d'un cow-pox découvert par hasard sur une vache. Tout cela ne prouve qu'une chose, c'est qu'il faut que le virus varioleux traverse plusieurs animaux avant de se transformer sûrement en virus de vaccin. On a dit aussi que l'inoculation du virus varioleux à des bovidés ne produisait jamais que des élevures papuleuses et que, quand il y avait des vésicules, c'est qu'on avait négligé de prendre toutes les précautions nécessaires pour empêcher que l'animal ne s'inoculât la vaccine vraie par contact. Rien n'est plus faux et on peut s'en assurer en ayant simplement plus de persistance que la commission de Lyon qui a émis son assertion après douze essais seulement. Quand on continue perpétuellement les inoculations uniquement sur des animaux, le vaccin perd beaucoup de son activité; cette dernière finit même par disparaître. On ne peut confondre, comme Chauveau veut que cela nous soit arrivé, une vaccine animale ordinaire et une vaccine due à une inoculation de virus varioleux, car tandis que dans la première la vésicule mûrit en 4 jours dans la saison chaude, en 5 jours dans la saison froide, et perd son activité 24 heures après, dans le second cas elle mûrit en 5 jours et conserve sa virulence quelquefois jusqu'au 10e jour.

M. Hirne. — La vaccine est différente de la variole; leurs manifestations fébriles sont différentes; l'éruption est générale dans un cas, partielle dans l'autre; l'une est contagieuse, l'autre ne l'est pas. La vaccine ne donne jamais la variole. La vaccine est bien différente de la variole, car jamais on ne peut transformer le virus du vaccin en virus varioleux; or on sait qu'on peut toujours rendre aux virus de Pasteur leur activité première quand on les a atténués.

Des causes du cancer.

M. d'Arcy Power. — Haviland a étudié la fréquence du cancer dans différentes régions : il a vu que dans les pays où le cancer est fréquent, les rivières tributaires des grands fleuves traversent des roches se désintégrant facilement et roulent avec elles des alluvions. Fiessinger, qui pratique à Oyonnax, dans le département de l'Ain, a vu de véritables épidémies de cancer sur les bords de torrents et à la lisière de forêts; il n'incrimine pas le sol, mais croit devoir faire jouer un rôle aux insectes qui abondent en ces points. Law Webb a pu avec vraisemblance incriminer l'eau J'ai fait venir de la terre de différents endroits où le cancer est fréquent Je pris d'autre part des carcinomes, dont je fis une sorte de macération. J'ai pulvérisé avec cette dernière la terre que je voulais étudier; j'ai ensuite placé cette terre sur le plancher de cages occupées par des rats. De plus je pulvérisai de temps en temps de la pulpe de cancer sur ces rats; en outre j'irritai chaque jour le vagin de ces animaux avec de l'iode. Ces rats ont vécu onze mois dans ces conditions. Je les ai tués et je n'ai trouvé à l'autopsie aucune trace de cancer.

Cependant dans les poumons de deux rats qui avaient été soumis à des pulvérisations j'ai trouvé des nodules blancs formés de cellules rondes, qui m'ont paru être des productions inflammatoires dues à une défense de l'organisme par des leucocytes. Ballance et Shottock ont montré qu'on ne peut inoculer le cancer par la voie digestive. Mes expériences prouvent qu'on ne peut le faire pénétrer par les muqueuses. Mais il est possible que le cancer pénètre par les voies respiratoires et de là se rende à ses organes de prédilection. Il est probable que dans le cancer comme dans la malaria les micro-organismes, causes de l'affection, sont des protozoaires. Ces organismes, et cela est prouvé pour la malaria, quittent le corps de leur hôte dans un état qui ne leur permet pas de se reproduire de nouveau chez l'homme. Il est probable que la vie de ces animaux chez l'homme ne représente qu'un stade de leur développement. C'est ce que j'aurais voulu arriver à démontrer, mais c'est ce que je n'ai encore pu faire.

Pied fongueux de l'Inde.

MM. Boyce et Surveyor. — Nous avons cherché à cultiver les microbes des deux variétés blanche et noire de cette maladie. Il est très difficile d'obtenir des cultures pures. Ces micro-organismes ne croissent que très lentement sur les divers milieux ordinaires. Ils ne paraissent pas croître du tout dans la gélatine et le bouillon. Sur la pomme de terre ou la glycérine sucrée avec agar, de petites colonies apparaissent autour du point d'inoculation. Leur couleur est d'un blanc rosé. Les cultures se font mieux dans l'oxygène à la température de 37°. Dans l'hydrogène le développement devient extrêmement lent et c'est là une différence avec l'actinomyces. La meilleure méthode de coloration est celle de Gram. Il se forme des filaments analogues à ceux de l'actinomyces, mais un peu plus épais. Ils diffèrent des cladothrix alba et asteroïdes par l'absence de septa. Nous n'avons pas trouvé de spores.

Hydatides des os.

M. Targett. — Les hydatides des os sont rares. Cette maladie entraîne la destruction graduelle de la moelle, puis du tissu compact, convertissant l'os en une simple paroi très mince entourant les hydatides et des débris. Puis cette pellicule osseuse est perforée et détruite. Le périoste reste indemne. Le tissu spongieux des épiphyses est infiltré ; il se forme de la suppuration et des séquestres osseux. Les cartilages articulaires sont érodés et détruits, le pus pénètre dans l'articulation.

Lésions expérimentales du cervelet.

M. Russell. — Après l'ablation d'un lobe latéral du cervelet, tous les pédoncules cérébelleux du même côté contiennent des fibres dégénérées ; de plus on trouve des fibres dégénérées dans le pédoncule supérieur du côté opposé. Les fibres dégénérées du pédoncule supérieur du côté de la lésion se rendent au noyau rouge du côté opposé et au thalamus. Celles du pédoncule supérieur du côté opposé provenaient de l'hémisphère cérébelleux lésé et traversaient le raphé médian. Les fibres dégénérées dans le pédoncule cérébelleux moyen se rendaient à la matière grise de la protubérance. Le pédoncule inférieur contenait des fibres dégénérées principalement à la périphérie de la région latérale ; à mesure qu'on les suivait par en bas, on les voyait devenir de plus en plus rares et disparaître vers l'entre-croisement des pyramides. L'extirpation du lobe moyen du cervelet fut suivie de dégénérescence dans tous les pédoncules. Les fibres dégénérées des pédoncules supérieurs s'entre-croisaient sur la ligne médiane et se rendaient au noyau rouge du côté opposé. Je crois avec Turner et Ferrier qu'on ne trouve pas, comme le veut Marchi, un faisceau antéro-latéral descendant, dégénérant dans la moelle après des lésions limitées au cervelet.

M. Campbell. — J'ai cherché si les lésions du cervelet entraînaient chez l'homme les mêmes dégénérescences que chez les animaux. Je vous citerai dans ce cas quelques observations. Une femme de soixante ans eut subitement une hémiplégie gauche sans perte de connaissance. Pas de troubles de la sensibilité. Deux ans après, à l'autopsie, on trouva que la luette, la pyramide du vermis inférieur, l'amygdale, le voile médullaire postérieur et certaines parties des lobes inférieur et antérieur, moyen, postérieur de l'hémisphère cérébelleux gauche étaient détruits ; l'artère cérébelleuse postéro-inférieure gauche était thrombosée. Le pédoncule cérébelleux moyen gauche contenait des fibres dégénérées, le pédoncule inférieur gauche en contenait plus encore. Dans la moelle, il y avait des fibres dégénérées au niveau du faisceau cérébelleux direct et des cordons ascendants antéro-latéraux. Dans un autre cas, un ramollissement de la face supérieure de l'hémisphère gauche du cervelet amena, chez un homme de 73 ans, une hémiparésie droite. Il y avait des fibres dégénérées dans le pédoncule cérébelleux supérieur gauche ; ces fibres passaient ensuite à droite et se rendaient au noyau rouge du côté droit. Le pédoncule cérébelleux moyen droit contenait des fibres dégénérées ; il y avait des dégénérescences dans le corps restiforme gauche, se continuant ensuite dans le cordon postéro-externe de la moelle. A l'autopsie d'une femme de 48 ans, n'ayant jamais présenté aucun signe de maladie du cervelet, j'ai trouvé plusieurs points sclérosés dans les corps dentés de chaque côté. L'écorce du cervelet était saine. Il y avait des fibres dégénérées à la face inférieure des pédoncules supérieurs ; il y en avait aussi dans les pédoncules moyens ; enfin, de nombreuses fibres dégénérées pouvaient être suivies dans les corps restiformes et de là dans les cordons cérébelleux directs de la moelle. Les colonnes de Clarke étaient saines. Enfin, dans deux cas j'ai vu une destruction complète du corpus dentatum qui ne s'était accompagnée d'aucun signe de maladie du cervelet. Il y avait une dégénérescence ascendante dans le pédoncule cérébelleux supérieur du côté de la lésion. De plus, dans les deux cas on pouvait suivre des fibres dégénérées partant du point lésé, passant dans le corps restiforme du même côté, croisant le raphé avec les fibres arciformes et aboutissant dans l'olive du côté opposé.

Les effets de la créosote sur la virulence du bacille de la tuberculose.

M. Fyffe. — Des expériences que j'ai entreprises, il résulte que chez les malades soumis à l'inhalation de la créosote, la virulence de la maladie n'était aucunement diminuée. Quand la créosote a été donnée par la bouche à petites doses, la diminution de virulence a été faible, mais quand on a atteint des doses élevées, la diminution de la virulence est devenue très notable. Enfin, la créosote injectée sous la peau produit de très bons effets pourvu que la maladie ne soit pas trop avancée.

De l'influence de certaines professions sur la vue.

M. Snell. — Dans les industries du caoutchouc, on se sert de bisulfure de carbone ; cependant on s'en sert moins qu'autrefois et on s'en servira de moins en moins. C'est là une source d'amblyopie toxique ; il en est de même de l'iodoforme ; cependant les ouvriers des usines où on le fabrique n'en souffrent guère. Le plomb amène souvent des névrites optiques. Une chaleur et une lumière très intenses produisent aussi des désordres : la cataracte est fréquente chez les ouvriers verriers. Les surfaces de chauffe donnent souvent de l'hyperesthésie de la rétine. Dans les forges, les aciéries, les ouvriers supportent de très grandes chaleurs. Un homme ne peut regarder un four chauffé aux environs de 300° qu'à travers des verres teintés. Les effets d'une lumière électrique trop vive sont également dangereux ; cette lumière amène des douleurs dans les yeux, du gonflement et du larmoiement.

Dans beaucoup de professions les yeux sont exposés à être frappés par de petits corps étrangers. C'est ce qui arrive dans les usines de Sheffield, où fréquemment des corps étrangers se fixent dans la cornée. Ceux qui travaillent l'ivoire sont aussi exposés à cet accident. Il en est de même des mineurs, qui ont souvent des ulcérations et de l'hypopion de la paupière inférieure.

Action sur la vision d'une lumière intense et prolongée.

M. Lindsay. — M. Salviati, directeur d'une verrerie de Venise, me disait que presque toujours les hommes employés dans la chambre des fours perdaient au bout de quelques années plus ou moins de leur acuité visuelle. Au centre de cette chambre, est un grand fourneau circulaire présentant quatre ouvertures ; continuellement les hommes regardent

par ces baies le verre en fusion. Chez ces ouvriers, les nerfs optiques s'atrophient graduellement; la pupille devient pâle. La vision ne disparaît jamais complètement, mais elle peut baisser beaucoup. Je regrette de n'avoir pu examiner au spectroscope cette lumière du fourneau; on sait en effet que Widmark a montré que les rayons ultra-violets peuvent produire des troubles pathologiques intenses; j'ai trouvé moi-même que les rayons infra-rouges produisent un effet marqué. De sorte que l'action prolongée des radiations appartenant aux deux extrémités du spectre paraît également prononcée.

M. Beaumont. — J'ai vu un malade dont la rétine ne pouvait supporter la vue du rouge, il avait une véritable érythrophobie; c'était un officier et la vue des uniformes rouges le faisait beaucoup souffrir.

M. Landolt. — J'ai eu l'occasion de constater la fréquence de la cataracte chez les verriers. Pour l'ablation des corps étrangers, il faut avant tout se servir d'un pinceau trempé dans une solution antiseptique. Ce n'est que quand ce procédé échoue qu'on doit se servir d'un instrument en acier.

M. Gould. — Je me sers pour cela d'un petit tampon de coton.

M. Schweinitz. — J'ai vu une jeune fille travaillant dans une fabrique de tabac et qui avait tous les jours les bras nus dans une macération de tabac; elle eut bientôt un scotome péri-maculaire.

M. Risley. — J'ai depuis longtemps vu survenir chez les puddleurs certaines lésions choroïdiennes avec augmentation du pigment le long des vaisseaux. Je crois que ces lésions sont produites par la chaleur et non par la lumière, car j'ai retrouvé les mêmes lésions chez des cuisiniers.

M. Taylor. — J'ai observé deux cas de choroïdo-rétinite centrale limitée et permanente chez des ouvriers travaillant toute la nuit à la lumière électrique.

Diagnostic de la paralysie des muscles des yeux.

M. Landolt. — Je base toujours mon diagnostic sur le symptôme le plus caractéristique, la diplopie. Il faut prêter une grande attention à la différence de niveau des yeux. Je place la malade en face d'une bougie; je couvre un œil d'un verre rouge et je détermine la nature de la diplopie. *Quand la diplopie augmente dans la direction de l'image d'un œil, c'est cet œil qui est malade.* Prenons par exemple le cas d'une diplopie homonyme. L'image de l'œil gauche est à gauche, celle de l'œil droit est à droite. Si la diplopie augmente quand le malade regarde à gauche, c'est l'œil gauche qui est le siège de la paralysie, et inversement. Dans le cas d'une diplopie croisée, l'image de l'œil gauche est à droite, et celle de l'œil droit est à gauche. Si les deux images s'écartent quand le malade regarde à gauche, c'est l'œil droit qui est pris, puisque son image est à gauche. L'œil malade trouvé, je passe au second point. *Le muscle paralysé est celui qui aurait donné à l'œil la position et la direction de l'image fausse.* Dans le premier exemple que j'ai pris (diplopie homonyme avec œil gauche lésé), c'est le muscle droit externe qui est paralysé, car c'est ce muscle qui eût dirigé l'œil gauche vers l'image fausse, c'est-à-dire à gauche. Dans le deuxième exemple (diplopie croisée due à une paralysie de l'œil droit), c'est le droit interne qui est paralysé, parce que c'est le muscle qui aurait dirigé l'œil vers son image à gauche. L'utilité de ma méthode devient surtout évidente quand il s'agit de diplopie verticale. Plaçons, par exemple, le verre rouge devant l'œil gauche, et supposons que le malade voie la flamme rouge en bas, l'autre en haut. Cela peut être dû à une paralysie de l'oblique supérieur ou du droit inférieur de l'œil gauche ou de l'oblique inférieur ou du droit supérieur de l'œil droit. Là la loi nous guide sûrement. Si la diplopie verticale augmente quand le malade regarde en haut, c'est l'œil droit qui est pris, car c'est son image qui est la plus élevée. Si elle diminue, l'œil droit n'a rien, c'est l'œil gauche qui est atteint. Si la diplopie augmente quand le malade regarde en bas, comme c'est l'image de l'œil gauche qui est en bas, c'est cet œil qui est paralysé. La deuxième loi nous indique en outre que c'est un des abaisseurs de l'œil qui est pris, car ce sont les abaisseurs qui dirigeraient l'œil vers l'image qui est en bas. Si le malade dit que la flamme rouge est à gauche (diplopie homonyme), et que son extrémité supérieure penche vers la droite, la même loi nous montre qu'il s'agit d'une paralysie de l'oblique supérieur, car ce muscle non seulement abaisse la pupille, mais la dirige en même temps en dehors et la fait tourner autour de l'axe antéro-postérieur de l'œil, de façon que l'extrémité du méridien vertical de l'œil s'incline vers le nez. La situation inverse de l'image, c'est-à-dire l'image de l'œil gauche étant à droite (diplopie croisée) et inclinée vers la tempe, indiquerait une paralysie du droit inférieur. Si, comme cela arrive souvent, les réponses du malade sont peu précises sur la situation et l'inclinaison des images, j'ai recours à un autre stratagème pour faire le diagnostic de la paralysie des droits ou des obliques.

J'emploie le procédé de Græfe et Mauttsner : je cherche dans quel sens la différence en hauteur des images augmente; si c'est vers la tempe, c'est le muscle droit; si c'est vers le nez c'est l'oblique. Dans tous ces essais, au lieu de déplacer l'objet, il est mieux de tourner la tête du malade. Il faut aussi prêter attention à l'attitude que prend la tête du malade, attitude qui est commandée par la paralysie du muscle, de sorte que *la direction de la tête du malade correspond en tous points à l'action physiologique de l'œil paralysé.*

Recherches expérimentales sur les mouvements des yeux.

M. Russell. — Le cerveau et le cervelet ont une influence sur les mouvements des yeux. Après la section des muscles droits qui attirent les yeux dans une des deux directions latérales, j'ai constaté que l'excitation de l'aire du cerveau qui primitivement amenait ce mouvement de latéralité et l'aménait uniquement, provoquait dès lors les mouvements suivants : 1° un mouvement d'abaissement direct des yeux; 2° un mouvement d'élévation; 3° un mouvement des deux yeux en bas et du côté opposé à l'hémisphère lésé; 4° un mouvement en haut et du côté opposé; 5° un mouvement de convergence; 6° un mouvement latéral du côté de l'hémisphère excité; 7° un mouvement en haut et du même côté. En excitant une partie de l'aire des mouvements des yeux d'un hémisphère, les deux yeux se tournaient d'abord vers le point lésé, qui revenaient à la position d'équilibre. L'ablation de différentes parties du cervelet entraîne aussi des déviations des yeux; il s'agit probablement là plutôt de phénomènes de paralysie que de phénomènes d'irritation.

De l'utilité de ne fermer qu'un œil après l'opération de la cataracte.

M. Chisolm. — La plupart des chirurgiens, après avoir opéré un œil de la cataracte, ferment les deux yeux par un pansement pendant au moins une semaine. Mon expérience personnelle date de 6 ans et porte sur 600 cataractes; j'ai vu que les mouvements du globe oculaire ne nuisent en rien à la guérison de la plaie cornéenne et ne favorisent aucunement les protrusions de l'iris. Aussi je ne ferme que l'œil qui a été opéré et je laisse l'autre libre pendant tout le temps. Cela rend l'opération beaucoup moins insupportable surtout pour les personnes âgées qui redoutent tant de se trouver plongées pendant 10 jours dans une obscurité complète. Je place sur l'œil opéré un pansement au sublimé maintenu à l'aide d'un tampon de coton et d'une bande. J'examine l'œil tous les jours. J'enlève le pansement le 5e jour. Le plus souvent je n'ordonne pas à mes malades de garder le lit.

Opacité et luxation du cristallin.

M. Thompson. — Les opacités segmentaires de la partie inférieure et interne du cristallin restent d'ordinaire stationnaires pendant des années; elles conduisent rarement à la cécité. J'ai vu une de ces opacités rester sans changement pendant 22 ans. Le plus jeune sujet chez lequel j'ai vu de telles opacités avait 40 ans; le plus âgé avait 87 ans. Quelquefois il y a aussi des opacités en bas et en dehors; le pronostic est alors moins bénin. L'opacité annulaire ou arc sénile du cristallin se trouve souvent chez des sujets de moins de 30 ans. Les femmes y sont plus prédisposées. Elle amène rarement la cécité. La cataracte est quelquefois guérie spontanément par des altérations dégénératives du cristallin. L'ectopie congénitale du cristallin produit généralement une myopie très accentuée et réduit l'acuité visuelle. Elle peut amener la cécité par glaucome ou par inflammation de l'uvée due à une luxation en bas du cristallin. La guérison spontanée de

la cataracte par luxation du cristallin en bas chez les sujets âgés n'est jamais désirable; cela rétablit, il est vrai, temporainement la vue; mais bientôt surviennent des douleurs, puis une cécité définitive.

Diagnostic des trois formes principales d'ophthalmie, la purulente, la catarrhale, la granuleuse.

M. Juler. — Le plus souvent ces trois affections peuvent facilement être distinguées au point de vue clinique. Occupons-nous d'abord de leur forme aiguë. Dans ces trois maladies on peut avoir un écoulement abondant de pus avec une infiltration inflammatoire des paupières, du chémosis. La *conjonctivite purulente* est une inflammation suppurative aiguë de la conjonctive. Elle survient surtout chez les nouveau-nés et les adultes jeunes. L'inflammation débute de une à quatre heures après l'inoculation. Pendant les premiers jours les douleurs sont vives; l'écoulement est formé de sérum et de larmes, le tout est quelquefois teinté d'un peu de sang. Les paupières sont énormément dilatées et deviennent lisses et brillantes. Quelquefois le malade ne peut ouvrir les yeux. Au bout de quatre jours survient la période de suppuration, et les douleurs et le gonflement diminuent. Les symptômes aigus disparaissent au bout de 14 à 28 jours. La *conjonctivite catarrhale aiguë* est une inflammation muco-purulente aiguë de la conjonctive. Elle frappe plus fréquemment les enfants. Son début est brusque; le plus souvent plusieurs membres de la famille sont pris en même temps. Il y a de la congestion et du gonflement de la conjonctive palpébrale et oculaire. La conjonctive palpébrale présente souvent des ecchymoses. La sécrétion des larmes est augmentée et il y a un écoulement muco-purulent abondant; la lymphe ou le pus flottent dans le liquide du fond du cul-de-sac inférieur. Les paupières ne sont généralement pas très enflées. Il y a de la photophobie, des sensations de brûlure des yeux, cependant les douleurs ne sont pas très intenses. Les symptômes aigus cèdent rapidement au traitement et la guérison survient au bout de 15 jours. L'*ophthalmie granuleuse aiguë* est caractérisée par un écoulement purulent ou muco-purulent, de la photophobie, une sensation de sable dans les yeux, du larmoiement. La conjonctive est épaissie, infiltrée; les globes oculaires sont aussi congestionnés. On aperçoit quelquefois des granulations transparentes nombreuses. En général les paupières sont moins gonflées que dans les deux formes précédentes. Les symptômes aigus peuvent disparaître, mais la maladie prend alors une forme chronique qu'il est difficile de guérir.

Il faut toujours dès le début examiner l'écoulement au microscope et y chercher le gonocoque de Neisser, qu'on peut facilement colorer par le bleu de méthylène. Je crois qu'on trouve ce microbe dans tous les cas de conjonctivite d'origine blennorrhagique. Sur 25 malades je l'ai trouvé 24 fois, et il s'agissait 17 fois d'enfants nouveau-nés. L'absence du gonocoque doit faire écarter l'idée de l'origine blennorrhagique et les craintes de complications graves. Dans l'écoulement de la conjonctivite catarrhale, Weeks et Kartulis ont décrit un micro-organisme qu'ils regardent comme caractéristique et qui présente un léger étranglement de sa partie moyenne. J'ai trouvé ce microbe souvent, mais non toujours. Dans la conjonctivite catarrhale la douleur est moins vive que dans l'ophthalmie purulente; le gonflement des paupières est aussi moins grand; enfin l'épaississement de la conjonctive est moins prononcé. Quand on aperçoit des granulations sur les régions tarsiennes des paupières, il s'agit d'une conjonctivite granuleuse.

L'*ophthalmie chronique* s'accompagne d'un écoulement muco-purulent, d'un gonflement des paupières le matin, les paupières sont collées; la sécrétion des larmes est augmentée; il y a des sensations de démangeaison. On peut avoir affaire à une ophthalmie catarrhale chronique ou à une ophthalmie granuleuse chronique. Les follicules ont dans la conjonctivite granuleuse une augmentation de volume plus considérable que celle qu'ils acquièrent dans toute autre forme. La présence de cicatrices sur la conjonctive palpébrale doit faire penser à une conjonctivite granuleuse. Dans certains cas de conjonctivite chronique, il est impossible de faire le diagnostic.

Traitement de la conjonctivite granuleuse.

M. Scott. — Mon traitement est uniquement basé sur les observations que j'ai faites sur les malades de mes salles d'hôpital, c'est-à-dire sur des malades sérieusement atteints, les autres étant soignés à la consultation externe. En 1891, je fis une communication à la Société d'ophthalmologie du Royaume-Uni pour vanter l'usage de la solution de sublimé. Ce sel occasionnant quelques douleurs, étant peu soluble et peu stable dans sa solution, j'ai cherché depuis une autre substance. J'ai employé alors le cyanure de mercure; j'ai vu que son application n'était nullement douloureuse et donnait d'aussi bons effets que le sublimé. Je renverse les paupières et je badigeonne leur face profonde à l'aide d'un pinceau trempé dans une solution aqueuse de cyanure de mercure à 4 0/0. De plus, deux ou trois fois par jour je fais une instillation d'une solution du même sel à 1/4 0/0. Ce traitement n'a jamais d'effets caustiques dangereux; il n'en est pas toujours de même quand on emploie le sublimé. On peut encore obtenir la guérison, mais plus lentement, en badigeonnant avec une solution de cyanure de mercure à 1 0/0 et en faisant des instillations d'une solution au millième. J'ai fait mes observations en Egypte et j'ai remarqué que la guérison s'obtient bien plus rapidement pendant la saison chaude. Quant aux sels d'argent ou de cuivre, ils sont ou inutiles ou nuisibles.

M. Stephenson. — J'ai trouvé le coccus de Neisser dans tous les cas d'ophthalmie purulente que j'ai observés et je crois qu'on doit le regarder comme étant la seule cause de cette affection. On doit établir une différence entre la folliculite et la conjonctivite granuleuse, la première étant une inflammation banale provoquée par des causes diverses et la deuxième étant due à une cause spécifique et étant causée par un microbe particulier. Le diagnostic entre la folliculite et la conjonctivite granuleuse, souvent difficile, n'en est pas moins faisable dans 95 0/0 des cas au moins. Dans la conjonctivite granuleuse j'ai usé des solutions de sublimé en n'obtenant des améliorations qu'au bout d'un temps considérable et je n'ai jamais eu de guérison. Le sublimé peut produire des ulcérations de la cornée, quand il est en solution à 4 0/0. Je continue donc à me servir de la solution à 1 0/0. Le cyanure de mercure a une action beaucoup moins caustique; du reste il faut, comme pour le sublimé, employer sa solution pendant des mois pour avoir un résultat.

M. Knapp. — Au point de vue pratique, il y a 2 formes de conjonctivite granuleuse; dans les deux il y a des granulations. Dans une forme qu'on peut dire non inflammatoire, on ne constate que l'existence de ces granulations. La seconde forme est inflammatoire et contagieuse et s'accompagne de purulence, elle est produite par des microbes. La première forme doit être traitée par l'expression, la 2e par l'expression suivie d'une application d'un sel de cuivre ou d'argent.

M. Chisolm. — Chez un homme ayant une conjonctivite purulente chronique datant d'un an, j'ai obtenu la guérison par l'eau oxygénée.

M. Brockman. — Dans les Indes la conjonctivite catarrhale apparaît, d'une façon épidémique, lors des changements de saison. La propreté et le traitement par le nitrate d'argent faisaient disparaître ces épidémies. Aux mêmes époques, ceux qui étaient atteints d'ophthalmie granuleuse chronique voyaient leur affection se réveiller et s'accompagner d'un écoulement assez abondant. Dans la conjonctivite granuleuse chronique, c'est le sulfate de cuivre qui rend le plus de services.

De l'inflammation de la membrane de Descemet

M. Snallen. — L'inflammation de la membrane de Descemet ou iritis séreuse est une affection bien connue, mais dont la nature est mal déterminée. On la regardait autrefois comme une maladie *sui generis*. Plus tard on l'a considérée comme un symptôme d'une affection des parties plus profondes de l'œil, et comme en général l'iris est plus ou moins enflammé, on l'a appelée iritis séreuse. Treacher Collins la considérait comme due à une inflammation catarrhale des glandes du corps ciliaire et Priestley Smith avait en conséquence proposé le terme de cyclite séreuse. Dernièrement chez une dame de 28 ans, chez laquelle on dut faire la sclérotomie, une des ponctuations s'en alla avec

l'humeur aqueuse, et au microscope on vit qu'elle consistait en une agglomération des microbes, qui étaient de courts bacilles. Dans un autre cas on obtint encore une ponctuation formée de cellules avec les mêmes microbes. L'administration de salicylate de soude amena la guérison. J'en conclus que la descemetite est véritablement une maladie *sui generis* et ne doit-être considérée ni comme une cyclite ni comme une iritis séreuse. Elle est causée par des microbes se développant dans la chambre antérieure de l'œil. Les toxines de ces microbes amenent une irritation de l'uvée. Les ponctuations qui siègent primitivement sur la cornée, peuvent se former ensuite sur l'iris, le cristallin, le corps ciliaire; elles sont d'abord formées de microbes, auxquels s'ajoutent bientôt des leucocytes.

Maladie due à une lésion du ganglion ophthalmique.

M. Taylor. — Une femme de 49 ans, sujette à des crises d'hystérie, ayant eu une paralysie du bras droit due vraisemblablement à une névrite périphérique, fut prise, en août 1892, de douleurs dans l'œil gauche, avec proptosis, augmentation de la tension et troubles de vision. Puis la tension redevint normale, le proptosis cessa et la vision s'améliora. La pupille gauche était plus dilatée que la droite, immobile sous l'influence de la lumière et de la convergence. Il n'y avait pas d'histoire de syphilis, cependant je prescrivis du bichlorure de mercure et de l'iodure de potassium. Il y avait de la névralgie dans l'œil et le côté gauche du nez; pas d'anesthésie. Je pense qu'il s'est agi là d'une inflammation du tissu cellulaire de l'orbite retentissant sur le ganglion ophthalmique.

Valeur thérapeutique de la glace dans la chirurgie de l'œil.

M. Mc Gillivray. — Le froid est un médicament actif, mais qui peut causer de graves désordres quand on l'applique mal. Le froid amène la contraction des artérioles. Il faut donc faire les applications froides aussi près que possible du début de l'inflammation; il faut ensuite les continuer pendant toute la durée du processus inflammatoire; elles empêchent le développement des micro-organismes et ont ainsi une action antiseptique.

Kérato-malacie dans l'ictère infantile.

M. Thompson. — Un enfant de 2 mois avait depuis trois semaines de l'ictère; puis les conjonctives se décolorèrent et il y eut un écoulement d'un liquide jaunâtre. Il n'y avait pas de protophobie; il s'agissait de larmes ictériques. Plus tard, il y eut de la protophobie et un peu d'œdème des paupières; les cornées devinrent opaques; puis elles s'ulcérèrent et l'enfant mourut. Parmi les causes de kérato-malacie on cite la diarrhée infantile, l'inanition, les troubles de nutrition; dans le cas actuel, l'enfant n'avait eu aucune maladie antérieure, il était bien nourri et sa mère se portait bien.

Médicaments nouveaux en ophthalmologie.

M. Bokenham. — La scopolamine a commencé à apparaître en 1889; elle provient du scopolia carniolica; elle ne paraît contenir aucune trace d'atropine, mais de l'hyoscyamine presque pure avec quelques traces de hyoscine. Elle fait dilater la pupille. Il résulte de mes expériences que l'emploi de certaines doses de scopolamine se traduit simplement par une légère diminution des battements du cœur; les doses correspondantes d'atropine amèneraient une abolition complète du pouvoir d'inhibition des nerfs vagues. Des doses plus fortes de scolopamine produisent une légère accélération du cœur, mais laissent encore persister le pouvoir d'inhibition des pneumogastriques. La respiration n'est pas troublée. Chez l'homme, j'ai employé des solutions à 1 p. 250, et trois instillations faites à une demi-heure d'intervalle m'ont presque toujours suffi pour amener une paralysie complète de l'accommodation. Je n'ai jamais eu aucun accident, pas de céphalée, pas d'érythème. Ræhlmann emploie les solutions de chlorhydrate de scopolamine dans le traitement des ulcérations de la cornée, de la kératite phlycténulaire, de l'iritis. Il a vu que dans ce dernier cas ce traitement est bien toléré par des sujets qui ne peuvent supporter le traitement par l'atropine. J'ai constaté moi-même qu'une solution de chlorhydrate de scopolamine à 1/4 ou 1/5 0/0 est équivalente par son action à une solution d'atropine à 1 0/0. De plus, elle ne paraît pas élever la tension de l'œil comme le fait cette dernière. Dans bien des cas aussi elle est préférable, son action se prolongeant moins longtemps que celle de l'atropine.

M. Pooley (New-York) est partisan de son emploi dans les cas d'inflammation de la cornée.

La *tropococaïne* est aussi un nouveau médicament; elle insensibilise parfaitement l'œil et, contrairement à ce qui arrive quand on emploie la cocaïne, elle ne produit aucune paralysie de l'iris et de l'accommodation. L'anesthésie qu'elle produit est de plus courte durée que celle de la cocaïne.

J'ai employé le *bromhydrate d'hyacine* dans certains cas où je redoutais les effets d'hypertension oculaire que produit la cocaïne. Cette substance a une action plus rapide, mais qui dure plus longtemps que celle de l'homatropine, sur laquelle elle ne me paraît pas avoir d'avantages marqués.

Sclérose latérale amyotrophique.

M. Mott. — Une femme de 39 ans mourut à l'hôpital d'une sclérose latérale amyotrophique. La maladie avait eu un début anormal, frappant d'abord la jambe droite, puis le bras droit, puis la jambe et le bras gauches; enfin elle s'est terminée par des symptômes de paralysie bulbaire amenant la mort un an après le commencement de la maladie. Du reste, le cas était absolument typique. L'examen histologique montra une dégénérescence avec sclérose dans tout le faisceau moteur depuis l'écorce de la circonvolution centrale et à travers la capsule interne, le tiers moyen du pédoncule cérébral, la protubérance, les pyramides. Dans la moelle les faisceaux croisés et directs étaient dégénérés et sclérosés dans toute leur étendue. Les grandes cellules pyramidales du type moteur avaient disparu de l'écorce. Après durcissement du cerveau, on put constater que la frontale ascendante et la partie inférieure de la pariétale ascendante étaient un peu ratatinées. Le segment inférieur de l'aire motrice présentait des vestiges d'atrophie, surtout dans les régions lombo-sacrée et cervicale. Les noyaux de l'hypoglosse, du facial inférieur et du spinal commençaient à entrer en dégénérescence. La zone radiculaire antérieure et les racines antérieures étaient sclérosées et dégénérées. Dans la moelle, le faisceau postérieur était à peine atteint. Le phrénique et le pneumogastrique présentaient des fibres dégénérées. L'arachnoïde et la pie-mère étaient épaissies. Les artérioles et les capillaires avaient leurs parois épaissies.

Anatomie pathologique de la paralysie infantile.

M. Trevelyan. — J'ai vu, chez un enfant atteint de paralysie infantile, la maladie porter sur les deux jambes et à un moindre degré sur le bras droit. Le bras gauche présentait de la parésie. Une maladie intercurrente enleva l'enfant au bout de 11 mois. L'examen de la moelle montra que les lésions s'étendaient depuis le collet de la moelle jusqu'à sa partie inférieure; ces lésions étaient surtout marquées dans la substance grise des régions cervicale inférieure et lombaire supérieure. Les cellules étaient infiltrées, surtout autour des vaisseaux; les fibres de la névroglie étaient hypertrophiées. Il y avait une destruction marquée des cellules ganglionnaires. Les cellules de la colonne de Clarke étaient très altérées. L'ensemble des lésions montra qu'il s'agissait plutôt d'une maladie interstitielle et d'origine vasculaire que d'une maladie parenchymateuse.

Végétaux parasites des cheveux.

M. Roberts. — Trois méthodes permettent l'étude de ces parasites : la méthode histologique, la méthode des cultures et la méthode physiologique. Toutes ces méthodes peuvent donner des indications intéressantes, mais ce qui nous importe surtout au point de vue pratique, c'est de connaître les sources d'infection; pour cela il faut s'adresser à la méthode physiologique. Les conclusions de Sabouraud ne sauraient être admises sans réserves; elles se contredisent même quelquefois. Ainsi dans ses mémoires I, II et III, il fait du tricophyton microsporon une espèce particulière de tricophyton; dans le mémoire VI, il déclare que ce parasite n'est point du tricophyton et qu'il en diffère autant que du favus. Il admet l'existence d'une vaste famille de tricophytons qu'il qualifie de mégalospores et qu'il subdivise en deux groupes suivant que ces parasites ont une origine humaine ou ani-

male. Ceux d'origine animale existent surtout au niveau du menton. Les mégalospores d'origine humaine sont surtout sur le cuir chevelu. Ces derniers sont confinés dans la substance intérieure du cheveu ; ceux qui ont une origine animale vivent aussi bien en dehors qu'en dedans de la gaine du cheveu. On pourrait donc, d'après cela, affirmer quand on trouve un de ces parasites à mégalospores en dehors de la gaine du cheveu qu'il est d'origine animale. Or je nie que cette conclusion soit fondée. Je suis, en effet, en mesure de vous démontrer que les espèces de Sabouraud ne sont pas rigoureusement établies.

Depuis de Bary et Brefeld on a fait bien des recherches au point de vue botanique sur ces parasites. Tous les botanistes admettent qu'on ne peut classer un champignon que d'après ses organes reproducteurs ; or, Sabouraud les classe d'après des caractères du mycélium. Or, les mycéliums de deux champignons identiques peuvent présenter des apparences très différentes. Il suffit de modifier un peu les conditions de température ou de milieu nutritif pour obtenir des différences considérables. On ne peut donc croire M. Sabouraud quand il affirme que l'aspect poudreux ou cotonneux des cultures suffit à caractériser une espèce. C'est pour cela que j'ai eu recours à la méthode physiologique, c'est-à-dire à celle qui permet de cultiver ces parasites dans les conditions ordinaires qu'on rencontre dans la pratique. Pour cela, j'introduis dans mes cultures un fragment de cheveu en prenant toutes les précautions de stérilisation qui m'assurent que je n'introduis aucun nouveau germe. Dans une telle expérience, ma culture sur malt représente les conditions ordinaires de vie du champignon, qui est saprophyte ; l'introduction du cheveu dans la préparation réalise ce qui dans la pratique constitue la contamination quand un sujet arrive au contact de ces saprophytes. Du reste, Sabouraud a déjà établi l'existence de tricophytons vivant en saprophytes sur de l'humus et des matières végétales en décomposition. Ainsi les champignons parasites des poils sont bien des saprophytes, mais ils peuvent dans certaines conditions devenir parasites. On ne connaît pas encore tout le cycle des transformations du champignon pour passer de l'état de saprophyte à celui de parasite ; mais on sait qu'il se transmet des animaux inférieurs à l'homme. Ces champignons ne paraissent du reste attaquer que les animaux domestiques. Peut-être cela s'explique-t-il par ce fait que plus l'animal est domestiqué et moins ses poils contiennent de protoplasma.

Sabouraud admet que le tricophyton mégalosporon se limite à l'intérieur de la gaine du cheveu. Or, j'ai fait des cultures pures de ce champignon dans une infusion de malt et j'y ai introduit un fragment de cheveu et de poil de barbe ; ces deux poils ont été vite envahis ; de plus, leur gaine a été corrodée et le champignon a végété en dehors de la gaine, comme cela se produit pour le tricophyton microsporon. Cela nous montre qu'on ne peut qualifier d'ectothrix tout tricophyton d'origine animale. Cependant il faut reconnaître que les propositions de Sabouraud sont le plus souvent exactes, mais qu'elles ne le sont pas forcément. Sabouraud est encore allé trop loin quand il a voulu établir des rapports entre certaines formes cliniques et les champignons correspondants. Sans doute il y a une certaine tendance à ce que certains champignons produisent des lésions souvent identiques ; mais là encore il ne saurait être question d'affirmations rigoureuses.

Etiologie et traitement de l'acné vulgaire.

M. Mackenzie. — On admet généralement que l'acné vulgaire est due à l'occlusion des conduits des glandes sébacées ; il se produit consécutivement une inflammation de ces glandes, qui souvent conduit à la suppuration. Cette occlusion des conduits est produite par des bouchons de matière sébacée qui, au lieu de désintégrer en une substance huileuse destinée à lubréfier le cheveu, reste à l'état solide. La suppuration est probablement produite ensuite par le staphylocoque. On admet en général que le point de départ de l'acné doit être recherché dans l'excitation physiologique qui se produit dans les glandes sébacées concurremment avec la croissance de poils, au moment de la puberté. Mais pourquoi certains sujets seulement présentent-ils de l'acné ? Il faut remarquer que ceux qui présentent cette affection ont la peau épaisse, rude, terne. En somme, il s'agit là d'un processus local. Cependant beaucoup d'auteurs insistent sur l'influence de causes générales comme la débilité, l'anémie, les troubles des fonctions sexuelles et digestives. Je crois pour ma part qu'on doit accorder peu d'attention à ces causes générales. Sans doute, on trouvera souvent de l'acné chez des anémiques, mais il est aisé de voir que l'acné n'est nullement proportionnelle au degré d'anémie ; de plus, le traitement de l'anémie seule n'améliore en rien l'acné. On peut en dire autant de la constipation. Pour beaucoup l'acné serait en relation avec des troubles des organes génitaux, et en effet on voit souvent les poussées d'acné devenir plus intenses au moment des périodes menstruelles ; mais on remarquera que dans bien des cas cette exaspération des poussées d'acné sous l'influence des règles se produit même quand ces dernières sont absolument normales. Les rapports de l'acné et de la masturbation paraissent aussi bien peu établis. Il faut attacher plus d'importance aux congestions réflexes de la face qui se produisent à la suite d'indigestions, d'excitations de toutes sortes. Cependant ces troubles ne pourront qu'aggraver une acné existante, mais seront toujours incapables de la produire. Il faut surtout tenir compte d'un état particulier des tissus dû à l'hérédité. Toutes les autres causes peuvent agir, mais sont accessoires. Il y a aussi des causes locales dont il faut tenir compte : on sait que l'acné survient surtout à la face, là où les glandes sébacées sont nombreuses ; du reste, dans ces régions, l'acné se montre non pas dans les points où les poils sont abondants et bien développés, mais au contraire dans les points où ils sont très peu développés. On trouve donc l'acné dans les points où les glandes sébacées sont fort actives et sont associées à un développement pileux insignifiant. Les poussières, les changements de température auxquels la face est exposée constituent encore des causes occasionnelles. La malpropreté ou l'abus du savon ont également de funestes effets.

On néglige beaucoup trop le traitement préventif de l'acné, lequel comporte les indications suivantes : 1° enlever l'excès de sécrétion de séborrhée et exercer une action dissolvante sur les bouchons qui obstruent les glandes ; 2° rétablir l'activité normale des glandes ; 3° veiller à l'asepsie de la peau pour empêcher la suppuration. Les savons alcalins sont utiles parce qu'ils dissolvent les matières grasses et empêchent les accumulations de desquamations épidermiques. Le plus utile de ces savons est le savon alcalin au camphre et au soufre. Après le lavage de la face, il faut essuyer assez fortement la région malade à l'aide d'un linge. Quand l'acné existe, il faut la traiter en enlevant tous les comédons par expression. Il faut encore se servir des savons spéciaux. Il faut ouvrir toutes les pustules, ou, si le malade s'y refuse, les couvrir d'une goutte d'acide phénique liquide, puis de collodion. Le benzoate de zinc est utile contre l'inflammation qui existe entre les pustules. Les lotions stimulantes au soufre sont utiles quand l'inflammation est peu intense. Quand on a obtenu une grande amélioration, on doit prescrire au malade le traitement préventif.

Mycosis fongoïde.

M. Colcott. — Je veux vous rapporter une observation d'une affection assez rare. Un homme de 50 ans se présenta à l'hôpital le 5 août 1891 avec une affection chronique de la peau. Il avait eu la scarlatine et la variole, mais du reste s'était bien porté jusqu'en 1887. Pas d'antécédents alcooliques. Quatre ans avant son entrée à l'hôpital, il remarqua sur sa poitrine des taches brunes s'accompagnant de démangeaisons ; l'éruption gagna le tronc, la face, le cuir chevelu et les membres ; ses jambes desquamèrent. Il y eut des alternatives d'amélioration et d'aggravation. De grosses bulles pleines de sérosité apparurent sur la face, le corps et les membres. La première fois que je l'ai vu, j'ai cru à un cas d'eczéma squameux. La peau était rouge, épaissie, squameuse. La démangeaison était intolérable. Le malade s'écorchait en se grattant et sur les plaies se formaient des croûtes. De plus, on sentait des nodules disséminés dans l'épaisseur de la peau ; ces nodules existaient depuis 6 ou 8 mois. Le cuir chevelu devint uniformément rouge, épaissi, infiltré et squameux. La face était dans le même état ; il y a un ectropion de l'œil gauche. L'intérieur des narines est envahi ; mais la langue et le pharynx sont indemnes. Il y a des gonflements ganglionnaires dans le cou, les aisselles, les aines.

Il y a de nombreuses petites tumeurs dans la région du dos. Ce malade est mort à la fin de décembre 1892. Tout traitement avait été inutile. Il est impossible dans ce cas de savoir si l'aspect eczémateux a été primitif ou secondaire. Une dermatite prémycosique est une chose exceptionnelle.

M. Taylor. — J'ai également observé un cas de mycosis fongoïde. Un homme de 45 ans vint me trouver et me raconta qu'à l'âge de 15 ans, en 1861, sa peau était devenue rude, squameuse, au niveau des articulations et du côté de la flexion. Cet état augmenta quand il eut 20 ans; le tronc fut alors envahi. Les démangeaisons devinrent très vives, et il se développa un grand nombre de furoncles. Plus tard, la face, le cuir chevelu, les paupières se couvrirent de larges écailles. Les taches de la partie inférieure du corps étaient plus foncées que celles de la partie supérieure. La paume des mains et la plante des pieds étaient épaissies. Les ganglions des aines étaient augmentés de volume; il en était de même de ceux des aisselles, mais à un moindre degré. On crut à un pityriasis rubra consécutif à un eczéma séborrhéique. A la fin de 1891, l'état du malade empira beaucoup. Trois mois de traitement amenèrent une amélioration bientôt suivie de récidive. En 1893, on soumit inutilement le malade au traitement par l'extrait de corps thyroïde; on n'obtint ainsi que des accidents. Bientôt apparurent quelques petites tumeurs, d'abord au poignet gauche, puis sur chaque mollet. Ces tumeurs augmentèrent rapidement de volume. La plupart des autres tuméfactions fongoïdes conservèrent de petites dimensions. En janvier 1894, toute la surface du corps présentait des ulcérations en voie de suppuration et des papillomes. On soumit alors le malade à un bain continu pendant vingt-neuf jours. L'effet fut merveilleux. La guérison paraissait presque complète; cependant, quand on sortit le malade du bain, il se produisit une petite récidive. Par des soins continus, on arriva, après une série de petites recrudescences, à maintenir le malade dans un état satisfaisant.

Influence des rayons solaires sur la peau.

M. Bowles. — On sait qu'un faisceau de lumière solaire, décomposé par un prisme, s'étale en un spectre, dont une extrémité se distingue par ses propriétés calorifiques, l'autre par ses propriétés lumineuses et surtout chimiques se traduisant par la formation de la chlorophylle dans le monde végétal. Suivant les substances qu'on interposera entre les faisceaux lumineux et l'objet, on pourra intercepter les radiations calorifiques, lumineuses ou chimiques. C'est ainsi que le soleil réfléchi par la neige brûle plus vite la peau que la lumière solaire réfléchie par les rochers. Au premier abord, cela paraît surprenant quand on songe que des ouvriers verriers exposés à des chaleurs énormes ne présentent pas les mêmes accidents que les sujets exposés à la réverbération de la neige. Tyndall le premier a attiré l'attention sur ces faits en les rapprochant de ce qui arrive avec la lumière électrique. On sait aussi que la lumière solaire réfléchie par de la neige fraîchement tombée agit plus énergiquement que celle qui est réfléchie par une neige tombée depuis longtemps. En 1879, j'ai vu survenir des accidents très intenses chez un homme exposé à la réflexion solaire dans les Alpes. Un voile brun, des verres colorés suffisent pour protéger la face et les yeux. J'ai fait avec plusieurs personnes l'ascension du Corner Grat après m'être enduit la figure avec de la couleur brune; j'ai seul échappé aux pénibles effets du coup-de-soleil. J'ai renouvelé plusieurs fois ces expériences et j'ai toujours pu m'assurer que la simple coloration de la peau suffisait à prévenir les accidents. On sait que des troubles analogues sont produits par l'électricité, qui peut quelquefois provoquer de véritables phénomènes de conjonctivite. Un officier de l'armée de l'Inde déclare avoir échappé aux coups-de-soleil grâce à des vêtements jaunes. Sous l'influence des rayons réfléchis par la neige, la peau se pigmente : ce pigment provient des vaisseaux et c'est là sans doute un effort de la nature pour protéger la peau contre une nouvelle atteinte des rayons chimiques. En somme, ce n'est pas la chaleur en elle-même qui produit le coup-de-soleil. Ce sont les rayons violets et ultra-violets qui doivent être incriminés. Les phénomènes d'ophthalmie et de conjonctivite dus au soleil reconnaissent la même cause. La lumière électrique agit à peu près de la même manière.

Varicelle bulleuse.

M. Morgan. — J'ai vu un enfant de 7 mois entrant à l'hôpital le 14 septembre 1892, ne présentant aucun antécédent syphilitique ou tuberculeux; il avait le corps et les bras couverts de petites vésicules de varicelle; il y avait aussi quelques vésicules desséchées sur la face et les jambes. Entre ces vésicules étaient intercalées de grosses bulles; une, sur la partie gauche de la face, était véritablement énorme; il y en avait 3 moins volumineuses sur le côté gauche du cou; il y en avait encore une sur la poitrine, 3 dans le dos, une sur le bras droit. La paroi de ces bulles était très mince. De nouvelles bulles apparurent ensuite peu à peu.

Traitement de la carie spinale par la laminectomie.

M. Parkin adopte les conclusions suivantes : 1° L'extension et la contre-extension, même bien appliquées, n'ont que peu ou point d'effet sur la paraplégie. 2° En règle générale, la laminectomie a une influence immédiate sur la paralysie causée par une carie de la colonne vertébrale; la plupart des symptômes paralytiques ayant cette origine disparaissent ainsi. 3° Si on peut exciser le foyer tuberculeux, on a tout lieu d'espérer que la guérison sera permanente; cependant des récidives peuvent avoir lieu. 4° On peut, par la laminectomie, améliorer considérablement des déformations graves du rachis. 5° Des cas avancés de mal de Pott dans lesquels on soupçonne l'existence de masses caséeuses peuvent être grandement améliorés par la laminectomie. 6° Cette opération n'est aucunement difficile quand il n'y a pas de troubles respiratoires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre 1894.

Présidence de M. Rochard.

M. le président du Conseil, ministre de l'intérieur, informe l'Académie que plusieurs préfets l'ont prié de leur faire savoir comment ils pourraient se procurer, pour être mis à la disposition des médecins de leurs départements, du vaccin antidiphthérique.

Avant d'adresser à ce sujet une demande à M. le président du Conseil d'administration de l'Institut Pasteur, il désirerait connaître l'avis de l'Académie sur l'emploi du sérum vaccinal pour guérir la diphthérie et en prévenir la propagation.

(Cette demande est renvoyée à l'examen d'une commission composée de **MM. Bergeron, Cadet de Gassicourt, Proust** et **Straus.**)

MM. du Cazal et **Napias** se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section d'hygiène publique. **MM. Delens, Peyrot** et **Quénu** demandent à être portés sur la liste des candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine opératoire.

Abatage des animaux de boucherie.

M. Laborde. — Au point de vue exclusivement physiologie et expérimental, il est certain que le moyen le plus immédiat, le plus direct, le plus rapide de donner et d'obtenir la mort, est la section ou la piqûre du bulbe rachidien, dit le procédé de l'énervation, par lequel on détermine la cessation instantanée de la respiration et par suite de la vie, sans que l'animal ait, pour ainsi dire, le temps de s'en apercevoir et de souffrir. Mais c'est là un procédé de laboratoire, qui exige une compétence expérimentale, et même une habileté particulière pour être réalisé comme il convient, c'est-à-dire de façon à ne pas manquer le but et le résultat visés : la mort la plus rapide, la plus instantanée possible. Aussi n'a-t-il pas encore été possible de transporter, pour le mettre en pratique, ce procédé sur le terrain de l'abatage, malgré les tentatives qui en ont été faites.

Personnellement j'avais imaginé, avec M. Ch. Verdin, un projet d'appareil pratique pour opérer la piqûre du bulbe, au

lieu d'élection, par l'entremise du premier venu, le garçon boucher ou l'assommeur, par exemple. Ce projet d'appareil visait primitivement la section du bulbe chez le veau, pouvant ensuite être étendu au bœuf. Les circonstances ne me permirent pas d'y donner suite; peut-être y aurait-il lieu de le reprendre; mais une autre tentative importante venait d'être faite, dans ce sens, par M. Bruneau, dont le masque est un procédé détourné de piqûre du bulbe; il est loin d'avoir la précision et la sûreté du procédé direct. Il présente seulement quelques avantages sur le procédé de l'assommement, dont il se rapproche beaucoup; et, d'ailleurs, comme il endommage considérablement la substance cérébrale, il ne trouve son emploi que dans le cas d'animaux dont la cervelle n'est point marchande, notamment et surtout chez le bœuf, n'étant pas utilisée, conséquemment chez le veau, ni chez le mouton.

Quant à l'assommement proprement dit, il constitue, sans contredit, le procédé le plus cruel, étant le plus aléatoire, et nécessitant presque toujours la réitération des coups, même quand l'animal est à terre, quelle que soit l'habileté du garçon boucher.

Aussi je crois qu'il convient de préférer l'égorgement par la section d'emblée, instantanée et complète des vaisseaux du cou, carotidiens et jugulaires : tel qu'il est pratiqué et que je l'ai vu pratiquer par le sacrificateur habile, et armé d'un couteau à tranchant irréprochable, il amène une hémorrhagie si rapide et si complète, que la syncope mortelle en est le résultat immédiat; et que l'animal n'est plus, dès lors, en situation fonctionnelle d'éprouver aucun phénomène conscient, et, par conséquent, douloureux.

Les mouvements convulsifs qui accompagnent d'ordinaire l'égorgement hémorrhagique sont constitués par des phénomènes purement réflexes, végétatifs, partant inconscients, et n'étant le signe d'aucune douleur, d'aucune souffrance : c'est du pur automatisme, dont la durée et l'intensité sont, d'ailleurs, subordonnées à la manière plus ou moins habile et complète dont l'opération a été exécutée.

D'autre part, il n'est pas difficile de s'assurer expérimentalement, de même que par l'observation de ce qui se passe dans les abattoirs, que le cœur continue ses battements physiologiques bien moins longtemps et avec une force beaucoup plus amoindrie dans le cas d'assommement que dans le cas d'égorgement hémorrhagique; ce qui s'explique par ce fait que l'assommement constitue, par son énorme traumatisme, une condition d'arrêt fonctionnel des plus effectives, à laquelle le cœur ne saurait échapper; tandis que la simple et rapide section des vaisseaux du cou ne paraît pas exercer d'influence suspensive appréciable sur le fonctionnement indépendant du cœur, qui peut continuer encore un certain temps pendant lequel s'opère facilement et rapidement l'écoulement sanguin; en sorte que, même sous ce rapport, l'égorgement hémorrhagique offre un avantage réel sur l'assommement.

En résumé, et par tous les motifs déduits de l'observation expérimentale et de la constatation des faits pratiques, j'estime qu'en l'état actuel des choses, l'égorgement hémorrhagique, considéré exclusivement au point de vue physiologique, et en dehors de toute question de secte et de rite, constitue le procédé d'abatage le moins capable d'occasionner de la souffrance aux animaux auxquels il s'adresse.

M. Weber. — J'ai déjà exposé à l'Académie les avantages de l'assommement au point de vue humanitaire. L'énervation n'est pas applicable, vu ses difficultés, pour les gros animaux. Quant à l'égorgement, il est aussi moins facile à appliquer, dans les grands abattoirs, pour des animaux de forte taille; c'est, au reste, une erreur de croire qu'il assure un plus facile écoulement du sang, car il arrive fréquemment que celui-ci s'arrête dans les vaisseaux à tel point que le garçon boucher est tenu d'y mettre le doigt pour en rétablir le cours. Si bien que l'assommement, si facile, si rapide et si sûr, reste le procédé le plus pratique pour le bœuf et dans les grands abattoirs.

M. Le Roy de Méricourt. — Dans les saladeros de la Plata, les trois procédés sont appliqués à la fois : l'animal est conduit, par un plan incliné, jusqu'à une traverse sur laquelle son front est violemment projeté; aussitôt son bulbe et le cou sont à la fois sectionnés. Deux cents à trois cents bœufs sont ainsi tués chaque jour sans proférer un seul cri.

Usage intempestif de la bicyclette.

M. L.-H. Petit. — Dans la plupart des cas, le surmenage déterminé par le vélocipède agit en quelque sorte à la façon du traumatisme, en éveillant, réveillant ou aggravant des affections latentes ou préexistantes, en exerçant une action excitatrice sur les *lieux de moindre résistance* du corps.

Ainsi, il a provoqué, outre les cas déjà cités de mort subite par affection cardiaque : 1° l'apparition d'accès d'angine de poitrine (et d'hystérie) chez des personnes qui n'en avaient pas encore eu, et qui depuis ont continué à en avoir;

2° Le réveil d'inflammations guéries depuis plus ou moins longtemps, peut-être incomplètement, de l'utérus et de ses annexes, du vagin, de la prostate, de l'urèthre, du testicule, des articulations;

3° L'aggravation de lésions ou inflammations tolérées jusque-là du cœur, du poumon, du rein, de l'appendice vermiculaire, du cæcum, des trompes, de l'utérus, de la vulve, de la vessie, d'une hernie, d'une rupture du périnée, etc.

Quelques autres affections sont attribuables directement à l'effort musculaire, à la fatigue exagérée des muscles mis en action, comme dans deux cas de psoïtis survenus chez des jeunes gens à la suite d'un pari et dans un cas d'hématome de la paroi abdominale.

En conséquence, doivent s'abstenir de la bicyclette soit totalement, soit jusqu'à guérison parfaite d'affections chroniques diverses, sous peine d'accidents plus ou moins graves :

Les personnes atteintes des états pathologiques que je viens d'énumérer, en particulier les personnes âgées atteintes de sclérose du cœur, des artères, des reins, etc.;

Les femmes trop nerveuses, qui peuvent être des hystériques latentes;

Les femmes enceintes, dès que la grossesse est soupçonnée ou constatée; — après l'accouchement, pendant un nombre de mois difficile à préciser, mais assez grand *a priori;*

Enfin, les jeunes gens des deux sexes, minces, élancés, dont la croissance est rapide, devront surveiller leur attitude à bicyclette, pour éviter une déviation de la colonne vertébrale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 octobre 1894.

Arthrite dysentérique.

M. Picqué résume une observation adressée par M. Brault (Alger) relative à un artilleur qui, au début d'une dysenterie, fut pris d'une arthrite grave du genou; après l'arthrotomie, qui évacua du liquide séro-purulent, la guérison fut rapidement obtenue. Ce fait sort de la règle : 1° parce que l'arthrite a été précoce; 2° parce qu'elle a suppuré. Sur 250 cas de dysenterie, M. Brault a noté six arthrites, et celle-ci seule s'est écartée du type classique, de l'arthrite tardive et bénigne.

Péritonite à pneumocoques.

M. Brault a encore envoyé l'histoire d'un adulte qui fut pris d'une péritonite enkystée à pneumocoques, d'où une tumeur mate, fluctuante, occupant toute la moitié droite de l'abdomen et faisant saillie dans le cul-de-sac recto-vésical. Température 38°. M. Brault crut à une appendicite, ouvrit l'abcès par une incision verticale à un travers de doigt en dehors du grand droit et donna issue à un litre de pus fétide. Dans le foyer il ne trouva rien rappelant l'appendice, et dans le pus il vit, au microscope, un microbe ressemblant au pneumocoque.

M. Larger. **Cheiloplastie.**

Dans les procédés classiques de cheiloplastie, ce n'est le plus souvent qu'un opercule plus ou moins suffisant, un morceau de peau inerte, ne rappelant que de fort loin la structure de l'organe labial, partant incapable d'en remplir les fonctions, que l'on substitue à la lèvre. De plus, les tractions qu'il a fallu opérer pour rapprocher les lambeaux déforment la bouche et déterminent fatalement une saillie considérable, en forme de *lippe*, de la lèvre saine.

De là, sont nés les procédés de Stein et d'Estlander empruntant des lambeaux à la lèvre saine. Le premier est d'une complication telle qu'il n'a jamais été admis; le second, qui n'est qu'une simplification du premier, présente, de l'aveu de l'auteur lui-même, des inconvénients graves résultant de la torsion extrême du lambeau.

Le procédé que j'ai imaginé et pratiqué récemment pour la première fois, est le suivant :

Homme de 73 ans, fumeur de *brûle-gueule*. Epithélioma volumineux des deux tiers gauches de la *lèvre inférieure*. Ablation large par perte de substance rectangulaire des trois quarts de toute la lèvre inférieure.

Pour combler cette perte de substance, je fis d'abord une première incision partant de l'union du tiers gauche avec les deux tiers droits de la *lèvre supérieure*, dirigée vers le bord de l'aile gauche du nez, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre jusques et y compris le cul-de-sac de la muqueuse buccale. Deuxième incision partant de l'extrémité supérieure de la précédente et dirigée en bas, parallèlement au pli nasolabial jusqu'à un point de la joue situé un peu au-dessous du niveau de la commissure labiale gauche.

Le lambeau ainsi formé est largement vascularisé et tombe pour ainsi dire par son propre poids, sans effort de torsion appréciable, sur la perte de substance de la lèvre inférieure : d'où facilité de la circulation de retour. Autre avantage : en raison de l'extrême élasticité du tissu labial, le lambeau peut être taillé *plus petit*, au lieu que dans tous les procédés d'autoplastie, il doit être taillé *plus grand* que la perte de substance à combler.

Le lambeau est ensuite suturé, après avivement de son bord inférieur (lequel n'est autre que le rebord muqueux labial, ici supprimé et suturé à la partie inférieure de la perte de substance de la lèvre inférieure). Quant au bord supérieur du lambeau, il est légèrement évidé pour permettre le rapprochement de la muqueuse et de la peau et constituer ainsi un rebord muqueux à la nouvelle lèvre.

Enfin, l'incision de la lèvre supérieure est suturée verticalement à celle de la joue, pour combler l'hiatus déterminé par la taille du lambeau.

Les photographies ci-jointes, faites le jour même de l'opération, le quatrième et le huitième jour après, prouvent :

1° Qu'il y a eu absence complète de tout gonflement.

2° Que les dents sont bien couvertes;

3° Que la saillie des deux lèvres est uniforme sans *lippe* de la lèvre saine;

4° Que la régularité et la symétrie de la bouche ne laissent guère à désirer, contrairement à ce qu'on aurait pu croire *a priori*; c'est que les tractions exercées par les sutures sur chacune des commissures labiales s'opèrent en sens contraire, et partant se neutralisent.

5° Enfin, point capital, la salive est absolument retenue par une lèvre contractile. La mastication et la phonation sont normales.

Avec les modifications que j'indique, le procédé est également applicable aux pertes de substance de la *lèvre supérieure*, au *bec-de-lièvre*, etc.

M. Berger. — Ce procédé est passible d'une grosse objection. Ce qui manque, ce n'est jamais la peau, mais l'orbiculaire et surtout la bordure muqueuse; or, M. Larger sacrifie une partie de cette bordure dont il faut toujours conserver ce que l'on peut.

M. Kirmisson pense de même et ajoute que l'on doit de plus compromettre gravement la musculature et l'innervation de la commissure et de la lèvre supérieure. C'est découvrir Paul pour couvrir Pierre.

M. Larger répond que ces objections sont théoriques, puisque le résultat est là.

Extirpation du rectum par la voie sacrée.

M. Routier fait un rapport sur un procédé imaginé par M. Moulonguet et consistant, après avoir opéré par la méthode de Kraske, à disséquer le canal anal en conservant le sphincter, d'où un tube avivé dans lequel on fait descendre le bout supérieur pour le suturer à la peau. M. Moulonguet a déjà publié l'observation d'un malade opéré de la sorte (Voyez *Gazette hebdomadaire*, 1890, p. 237), et il a présenté à la Société un second patient chez qui le résultat est excellent. Mais M. Routier ne croit pas que pour les cancers élevés où il faudrait sacrifier, outre la partie malade, plusieurs centimètres de rectum sain entre l'anus et la tumeur, on puisse réussir à abaisser ainsi le bout supérieur. C'est une méthode à repousser aux cas, comme celui de M. Moulonguet, où le cancer descend tout près de l'anus.

M. Quénu présente une volumineuse tumeur — un chondrome probablement — du voile du palais, qu'il a enlevée par la voie sous-maxillaire.

M. Sorel (Havre) lit : 1° une observation de pleurésie purulente guérie par la décortication du poumon ;

2° Un mémoire sur les pseudo-infections puerpérales d'origine intestinale.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 5 *octobre* 1894.

Anomalie des uretères.

M. Griffon présente les reins, les uretères et la vessie d'un sujet qu'il a autopsié récemment. Un des uretères est dédoublé dans tout son trajet depuis son orifice au bassinet qui est par conséquent double jusqu'à la vessie qui présente deux méats du même côté. Les deux uretères à droite affectaient les mêmes rapports avec les organes voisins; ils présentaient à peu près les mêmes dimensions.

M. Morestin présente une pièce à peu près analogue, mais ici, le dédoublement s'est fait des deux côtés; il y a de même deux orifices au bassinet et deux méats de chaque côté de la vessie. Quatre en tout par conséquent. Ceux-ci sont régulièrement disposés, l'un au-dessus de l'autre, les quatre orifices urétéraux forment un rectangle régulier. M. Debierre, en 1888, a présenté un cas semblable à la Société et en avait relevé deux antérieurs. Cette anomalie des uretères serait donc la quatième du genre.

Tuberculose du cæcum.

MM. Pilliet et **Thiéry** présentent le cæcum d'un sujet mort sept semaines après une laparotomie exploratrice, exécutée dans le but d'examiner la fosse iliaque droite; l'examen clinique avait révélé la présence d'une tumeur mal définie, mal limitée, sur la nature de laquelle on n'était pas d'accord. L'examen direct montra qu'il s'agissait d'une typhlite tuberculeuse et que les ganglions iliaques et inguinaux étaient dégénérés, il existait à la partie interne de la région inguinale droite un vaste abcès froid qui communiqua bientôt avec la partie inférieure de la plaie opératoire du ventre, de sorte qu'à l'autopsie on ne put reconnaître exactement les rapports de cette poche abcédée. Le cæcum présenté est épaissi, bourgeonnant et ulcéré, adhérant avec les parties voisines.

Kyste du ligament large.

MM. Pilliet et **Thiéry** présentent une poche kystique enlevée dans le ligament large d'une malade opérée par M. Thiéry. Cette poche assez volumineuse, dont les parois étaient rougeâtres, contenait un liquide hématique. A la coupe on voit que cette paroi est formée d'une couche épaisse de fibres musculaires lisses, recouverte à la partie interne d'une couche de grosses cellules myéloplaxes; il s'agissait donc ici d'un fibrome à dégénérescence ostéo-sarcomateuse, fait absolument unique dans les annales histologiques.

G. Dagron.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés et très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-aliment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

N° 42 — 17 OCTOBRE 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — M. le Dr Yersin est nommé chevalier.

Notre confrère M. le Dr Ern. Barrault quitte, par suite de remaniement dans l'organisation et l'administration du journal, la rédaction en chef de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* qu'il dirigeait depuis 1879. Les deux principaux rédacteurs, MM. les docteurs L. Jumon et Ant. Barbier, suivent leur rédacteur en chef dans sa retraite.

Le concours de premier interne ouvert à l'hôpital Saint-André de Bordeaux s'est terminé par la nomination de M. Brindel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Université de Liège. *Travaux de thérapeutique expérimentale*, par MM. Van Aubel, Henrijean et Corin. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1894, gr. in-8°, de 343 pages avec 64 figures. Prix : 5 fr.

L'Exstrophie vésicale et l'épispadias. Etude pathogénique, par le Dr Marius Durand, aide d'anatomie à la Faculté. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1894; gr. in-8°, 114 pages, avec 2 planches. Prix : 3 fr.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Cure radicale de la hernie ombilicale avec une série de 29 cas (18 ombilicales, 11 épigastriques. Communication au Congrès français de chirurgie, par le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

La hernie ombilicale et la hernie épigastrique ne sont pas encore traitées par la cure radicale aussi régulièrement que les autres hernies.

Malgré le peu d'empressement des malades et des médecins à accepter l'opération, j'en réunis un nombre assez important : 18 hernies ombilicales, 11 hernies épigastriques.

Il y a lieu d'attirer l'attention sur la nécessité urgente de généraliser cette opération, pour laquelle tous les principes de la cure radicale des autres hernies sont applicables.

D'ordinaire, on laisse cette hernie acquérir un volume énorme.

Elle cause une gêne extrême.

Elle n'est pour ainsi dire jamais contenue par les bandages, même par ceux qui soulagent.

Elle doit compter au premier rang de celles qui mènent à une déchéance organique rapide (diabète, albuminurie, sénilité précoce). Elle se complique presque toujours d'obésité et d'emphysème pulmonaire.

On ne doit pas compter qu'après avoir laissé le mal se développer on sera maître de le guérir. Dans les opérations de grosses hernies ombilicales, même dans les meilleures, la récidive est menaçante.

Les récidives se font moins au niveau du centre de la cicatrice que sur les parties latérales, parce que la paroi est manquante.

Au contraire, lorsque les hernies sont petites ou de moyen volume, on obtient des cures radicales bien solides.

La hernie ombilicale se présente avec des formes si variables qu'il me paraît impossible de déterminer le détail de l'opération d'une façon absolue.

Cependant, comme pour les autres hernies, on peut ramener les nécessités de l'opération aux suivantes :

Destruction du plan glissant.

Fermeture des membranes constituant la surface glissante (pédicule du sac).

Suture des parois à plans multiples pour constituer la cicatrice la plus solide possible.

L'excision de l'ombilic ou omphalectomie est une nécessité dans la plupart des cas au cours de la dissection du sac.

Dans les cas de hernie, compliquant les kystes de l'ovaire, elle peut être très large et je l'ai pratiquée depuis longtemps.

Pour les grosses hernies on doit fatalement être plus ménager de la paroi déficiente.

En augmentant la tension de la paroi, on augmente les chances de récidive.

Je recommande la résection de tout l'épiploon hernié et de tout celui qui peut être extrait. Cela est bon pour diverses causes et amène un peu de diminution de tension.

Je relève les chiffres suivants dans les résections que j'ai faites : 573 grammes, 482, 412, 245, 423, 272, 95.

Ces chiffres établissent le volume considérable des hernies opérées.

Ne pouvant croiser les plans comme pour la hernie inguinale, je multiplie les plans de suture, en les superposant et repliant les surfaces vers la profondeur.

D'abord plan séreux fermé par sutures multiples ou par suture en bourse.

Premier plan de suture des tissus fibro-musculaires.

Deuxième plan fibro-musculaire en avant du premier.

Troisième plan fibro-musculaire refoulant en arrière les deux premiers.

Je constitue ainsi une cicatrice très épaisse au devant de laquelle la peau est réunie, et un drainage est fait sous celle-ci pour assurer le calme de la réparation des plans de suture.

Dans le cas de hernies petites ou de moyen volume, ne dépassant guère le volume d'un œuf, les résultats immédiats et définitifs ont été excellents.

Pour les très grosses hernies, l'opération donne de très bons résultats parce que l'on fait disparaître les accidents. Mais la tendance à la récidive est très grande.

Dans la plus volumineuse que j'ai opérée (78 centimètres de tour), au bout de deux années la paroi était encore très solide. Plus tard elle a faibli et la récidive s'est faite.

Dans les cas de grosse hernie, le port d'une ceinture prévient et retarde le retour des hernies.

L'épiploon ne constitue pas une défense pour la paroi, mais une cause de faiblesse là où il est adhérent.

Malgré des conditions très graves, les suites de l'opération ont été bonnes; dans 18 des cas où je suis intervenu, j'ai cependant eu à combattre des accidents sérieux de congestion pulmonaire.

Je crois que la véritable chirurgie de la hernie ombilicale *consiste à ne jamais la laisser grossir.*

Considérant l'extrême gravité de sa marche au point de vue de la santé générale du sujet, la gravité particulière de l'étranglement, l'accroissement fatal de la hernie, il y a lieu de proposer systématiquement la destruction de toute hernie ombilicale au début.

Hernie épigastrique. — J'ai opéré 11 cas de hernie épigastrique, dont un sujet porteur de deux hernies épigastriques qui m'a donné du reste une excellente guérison.

Au contraire de la hernie ombilicale, la hernie épigastrique n'a presque jamais de tendance à augmenter notablement de volume.

Au contraire de la hernie ombilicale, souvent indolente, elle est habituellement douloureuse et souvent accompagnée de vomissements et troubles intestinaux divers, accidents peu explicables du reste.

La thérapeutique palliative de cette hernie est peu heureuse. Une seule fois j'ai vu un bandage soulageant réellement.

L'opération est facile et très efficace à la condition d'être faite très largement.

L'orifice herniaire doit être largement incisé.

J'attire alors largement le sac au dehors, je l'ouvre, je détache ~~et~~ j'excise l'épiploon s'il y en a. Après ligature du sac en pédicule, je l'excise le plus haut possible.

La suture est faite sur les parties incisées.

La ligne de réunion est renversée en dedans et un second plan de suture est fait sur la paroi pour consolider le premier.

Réunion de la peau avec ou sans drainage.

Cette opération s'est toujours montrée d'une sécurité et d'une efficacité parfaites.

Je n'ai jamais vu de récidive.

Je l'ai rapprochée de la précédente pour marquer la différence qui sépare ces deux lésions si voisines de siège, mais aussi pour montrer que, quelque petites que soient chez l'adulte les hernies de la ligne médiane de la paroi, il y a toujours nécessité de les opérer.

Cette règle générale ne souffrira pour ainsi dire aucune exception.

Un cas de fistule recto-vaginale opérée par la voie sacrée, communication au Congrès français de chirurgie, par A. Heydenreich, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Les fistules recto-vaginales à siège très élevé ne sont pas justiciables des méthodes habituellement employées pour guérir les fistules situées plus bas.

Michaux a proposé de les aborder à la faveur d'une incision menée parallèlement au sillon interfessier et permettant de fendre sur une certaine longueur, de dehors en dedans, la paroi latérale du vagin.

Demarquay et Marc Sée ont conseillé la voie rectale, après section parallèle du sphincter anal en arrière.

Sænger a obtenu un succès, dans un cas de fistule située très haut, en séparant le vagin d'avec le rectum, à l'aide d'une incision bi-ischiatique, en poussant la dissection jusqu'au-dessus de la fistule et en suturant isolément l'orifice rectal et l'orifice vaginal de la fistule.

Enfin Terrier a opéré une de ces fistules par la voie sacrée. Il est arrivé ainsi entre le rectum et le vagin et a suturé l'ouverture rectale. Mais au bout d'un mois, la communication était reproduite entre le rectum et le vagin.

J'ai eu, de mon côté, à traiter une fistule recto-vaginale située au fond du cul-de-sac vaginal et j'ai cru devoir l'aborder par la voie sacrée.

Il s'agissait d'une femme, âgée de 36 ans, chez laquelle une collection purulente développée dans le cul-de-sac de Douglas avait été ouverte chirurgicalement par le vagin et s'était ouverte ensuite spontanément dans le rectum. Cette femme perdait par le vagin la totalité de ses matières fécales mélangées avec du pus ; l'orifice vaginal de la fistule siégeait au fond du cul-de-sac postérieur du vagin et légèrement à droite. L'état général de la malade était peu satisfaisant. Je me décidai à intervenir par la voie sacrée.

Je pratiquai l'incision de Kraske, mais je la fis à droite parce que la fistule siégeait de ce côté. Après avoir enlevé le coccyx et la partie inférieure droite du sacrum, j'arrivai sur le rectum. J'entrepris alors de séparer le rectum d'avec le vagin de bas en haut. Cette partie de l'opération fut des plus laborieuses ; le rectum adhérait intimement au vagin. Enfin j'arrivai jusqu'à la fistule ; une ouverture plus large que le doigt s'ouvrait dans le rectum ; en avant d'elle se trouvait un foyer de suppuration, dans lequel je cherchai vainement l'ouverture vaginale. Je n'insistai pas, vu la durée de l'opération et la faiblesse de la malade. Je suturai l'ouverture rectale, puis je fermai partiellement la plaie extérieure, en ayant soin de la laisser ouverte en face de la fistule après l'avoir bourrée profondément à ce niveau avec de la gaze iodoformée.

Huit jours après l'opération, à la suite de l'administration d'un purgatif, les matières fécales firent irruption en abondance par la plaie. Cet écoulement toutefois diminua peu à peu ; il était complètement supprimé deux mois et demi après l'opération. A partir de l'intervention, le vagin avait cessé de livrer passage aux matières fécales ; mais il offrait un écoulement de pus par l'ancien orifice de la fistule. Je me proposais de faire une opération complémentaire pour guérir cet écoulement ; malheureusement la malade quitta précipitamment l'hôpital.

Cette observation montre que la voie sacrée permet d'aborder les fistules recto-vaginales situées très haut et de les traiter avec succès. Il est indiqué, lorsqu'on est arrivé sur la fistule, de fermer isolément l'ouverture rectale et l'ouverture vaginale. S'il existe un foyer de suppuration intermédiaire entre les deux ouvertures, on s'efforcera de le désinfecter, et on assurera un écoulement au pus en ne fermant pas complètement la plaie de la région sacrée. L'opération par la voie sacrée permet donc de s'attaquer à tous les éléments qui constituent la lésion : l'ouverture rectale, l'ouverture vaginale et la poche intermédiaire aux deux ouvertures.

Dans mon cas, il ne m'a pas été possible de réaliser entièrement ce plan opératoire. Malgré cela, et bien que la suture rectale ait cédé au bout de huit jours, les matières fécales n'ont jamais repassé par le vagin.

Aurait-on pu obtenir un succès par une autre méthode? En opérant par le vagin, même avec le secours de l'incision ischio-rectale de Michaux, on pouvait tout au plus espérer fermer l'ouverture vaginale; mais on laissait subsister une poche purulente envahie par les matières fécales et prête à provoquer de nouveaux accidents.

Par la voie rectale, l'opération aurait été difficile, même après la section postérieure du sphincter oval. En tout cas, on s'enlevait la possibilité d'agir sur l'ouverture vaginale et sur la poche purulente, et, de plus, on risquait d'avoir comme suite opératoire une incontinence des matières fécales.

Enfin, l'opération de Sænger par le périnée, qui comportait, comme l'opération par la voie sacrée, la séparation du vagin d'avec le rectum, aurait présenté de bien plus grandes difficultés, étant donnée la profondeur à laquelle il aurait fallu agir.

La conclusion est que le traitement de choix des fistules recto-vaginales situées très haut est l'opération par la voie sacrée, surtout quand ces fistules sont compliquées de l'existence d'une poche suppurante intermédiaire entre l'ouverture vaginale et l'ouverture rectale.

Hystérectomie totale abdominale secondaire à une laparotomie avec ablation bilatérale des annexes, communication au Congrès français de chirurgie, par le Dr Ed. Schwartz, chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Toutes les fois qu'il s'agit de lésions annexielles nettement bilatérales, nous sommes fermement partisan de la castration utéro-ovarienne par la voie vaginale, considérant que l'opération de Péan-Segond donne le plus de garanties au point de vue de la bénignité et de l'efficacité thérapeutique. Nous n'avons fait d'exception, toutes les fois que le diagnostic a pu être établi, que pour une seule lésion, nous voulons parler de la dégénérescence scléro-kystique des ovaires pour laquelle, de parti pris, nous sommes constamment intervenu par la laparotomie. Nous trouvons, en effet, que dans la très grande majorité de ces cas, où il n'existe en général aucune adhérence, où l'ablation des annexes se fait presque toujours avec une facilité, et, par suite, une rapidité très grandes, surtout quand on emploie la position déclive de Trendelenbourg qui écarte loin du champ opératoire les anses intestinales, la laparotomie ne donne prise à aucun accident opératoire, ce qu'on ne pourrait dire tout à fait de l'hystérectomie vaginale même la plus simple, la plus facile; sa terminaison peut dépendre d'un défaut des pinces employées pour la forcipressure, d'une irrégularité dans le pansement ; j'ai perdu, pour mon compte, une opérée d'hystérectomie vaginale, chez laquelle, malgré les soins que j'y avais apportés, une pince non garnie de gaze iodoformée donna lieu à la production d'une petite eschare de l'intestin grêle qui a été le point de départ d'une péritonite.

Une autre raison me pousse encore vers la laparotomie dans le cas spécial indiqué : c'est, si les lésions sont relativement localisées ou peu étendues, la faculté de pouvoir conserver tout ou partie de l'ovaire et de la trompe et de traiter la lésion soit par la résection, soit par l'ignipuncture comme l'a préconisé, depuis l'année dernière, notre collègue le docteur Pozzi.

En dehors de ces circonstances, l'hystérectomie vaginale est pour nous comme pour beaucoup la méthode de choix que la récente et excellente thèse de Baudron ne peut que consolider et affermir.

C'est assez dire que la voie abdominale appliquée à l'extirpation de l'utérus dans les cas de lésions annexielles, qu'elle soit primitive ou secondaire, me paraît devoir être absolument exceptionnelle et commandée par des indications absolument spéciales.

C'est à ce titre que je rapporterai l'observation qui va suivre.

Mlle X..., âgée de 38 ans, nous est adressée en mars 1891 pour des accidents utérins sérieux qui remontent à un an environ. Il s'agit d'une malade très nerveuse, pour ne pas dire hystérique (elle n'a jamais eu de grandes crises, mais présente de l'anesthésie pharyngée, de l'anesthésie cornéenne) qui est atteinte, depuis quelques mois, de douleurs excessivement violentes, irradiées dans le bas-ventre et les reins reve-

nant sous forme de crises et surtout exaspérées au moment des règles, qui sont régulières mais peu abondantes. Ces douleurs continues avec exacerbations sont tellement vives, qu'elle ne peut se livrer à aucune occupation, voire même rester debout, à plus forte raison marcher. Elles sont accompagnées de crises analogues du côté de l'anus qui présente tous les signes de la fissure intolérante. Avec cela, Mlle X... présente manifestement une dilatation de l'estomac assez accentuée.

L'examen des organes génitaux, très difficile à cause de l'étroitesse de la vulve et du vagin, nous montre qu'il existe sans aucun doute une métrite granuleuse du col, avec de l'endolorissement des culs-de sac droit et gauche et de la douleur très vive à la pression bimanuelle qui nous font penser à une dégénérescence scléro-kystique des ovaires.

Mon excellent ami et collègue le Dr Déjerine, qui voit la malade au point de vue médical, traite d'abord son état nerveux et sa dilatation de l'estomac, mais est d'avis, comme nous, que seul un traitement local direct peut amener une modification du côté des phénomènes pelviens et anaux.

Nous pratiquons donc la dilatation à la laminaire, suivie d'un curettage, et la dilatation forcée digitale de l'anus.

Les douleurs de la fissure cèdent à ce traitement, mais les douleurs abdomino-pelviennes persistent. Après avoir bien observé la malade pendant deux mois, essayé de toutes les médications, convaincus qu'il ne s'agit pas de névralgies pelviennes *sine materia*, nous proposons l'ablation par la laparotomie des annexes que nous soupçonnons malades. Cette opération est pratiquée le 14 juin 1891.

Nous trouvons, en effet, les ovaires droit et gauche complètement dégénérés et offrant le type de l'ovaire scléro-kystique; la trompe gauche est épaissie et adhérente à gauche au petit bassin; elle ne l'est pas à droite, mais toutes deux sont épaisses, rouge foncé et parsemées sur toute leur longueur d'une foule de petits kystes sous-péritonéaux. Les annexes sont enlevées en totalité à gauche et à droite et sectionnées au thermocautère après ligature tout près des cornes utérines avec une soie n° 3. L'utérus porte à gauche un petit corps fibreux, gros comme une noisette, et auquel nous ne touchons pas. Le ventre est refermé par un double plan de suture à la soie et au crin de Florence.

Le deuxième jour, notre opérée présente une aphonie bien caractéristique de la névrose. Celle-ci dure 5 à 6 jours pour être remplacée ensuite par des accès de contracture avec perte de connaissance. Malgré tout, aucun accident du côté du champ opératoire.

Les fils sont enlevés le 9e jour et la malade est guérie de son intervention. Mais si les douleurs ont complètement disparu à gauche, elles ont repris à droite, se manifestent sous forme de brûlures, d'élancements nullement comparables à ce qui existait primitivement; de plus, il se produit des spasmes du col de la vessie.

Tous les accidents que je ne décrirai pas tout au long, car ils relevaient, pour la plupart, de l'état nerveux, cèdent en partie si bien que l'opérée peut se lever et partir pour Néris en août 1891.

Elle en revient toujours souffrante; elle est soignée pendant toute l'année 1892, tantôt par l'électricité, tantôt par les aimants, puis par les injections séquardiennes; elle accuse constamment une douleur et une hyperesthésie intense excessivement vive de toute la paroi abdominale, avec exacerbation par la pression, puis, à partir d'octobre 1892, se produit un écoulement sanguinolent, fétide, par le vagin dont l'utérus est certainement le point de départ. Cet écoulement, accompagné de dépérissement, de vomissements, résiste à tout traitement local, à un nouveau curettage, à l'électrolyse, aux injections de perchlorure de fer, après dilatation et exploration de la cavité utérine. Il nous est démontré qu'il ne s'agit nullement d'un néoplasme, pas plus que d'un fibrome en voie d'accroissement.

La métrorrhagie s'accentuant de plus en plus, la malade dépérissant progressivement, notre cher maître le docteur Périer est consulté et est d'avis, comme nous, que la seule ressource est l'hystérectomie. L'examen local nous montre un utérus relativement petit, atrophié, qu'on aborde facilement au-dessus du pubis, tandis qu'il est très difficile de l'atteindre par le vagin qui est très long et très étroit; il est certain qu'ici l'hystérectomie vaginale serait une opération difficile, alors que l'extirpation par l'abdomen se présente au contraire dans des conditions d'abord et de simplicité beaucoup plus grandes. Nous fûmes donc d'avis de pratiquer l'hystérectomie totale abdominale. Toutes nos recherches avaient été faites sous le chloroforme, la malade souffrant beaucoup dès qu'on la touchait et palpait, et nous avions pu nous convaincre qu'il n'existait aucune lésion apparente du côté des pédicules de l'ancienne laparotomie.

L'opération fut pratiquée par moi le 9 mai 1893.

Après antisepsie préalable du vagin obtenue par les lavages à la solution de sublimé à 1/2000 et le tamponnement méthodique à la gaze iodoformée fait pendant quarante-huit heures, nous faisons la laparotomie médiane; une pince à érignes a été préalablement appliquée sur le col dont elle ferme complètement l'orifice. Elle nous servira à repousser en haut l'utérus. Le ventre ouvert, j'examine immédiatement les deux pédicules dont je retrouve les deux ligatures de soie parfaitement tolérées et enkystées, je prends entre deux pinces clamps les deux ligaments larges de chaque côté en dehors d'elles et coupe entre les deux pinces; puis rasant le bord de l'utérus nous arrivons sur les artères utérines qui sont pincées et liées de chaque côté. Cela fait, décollement de la vessie en avant, l'utérus étant soulevé par un aide qui pousse sur la pince vaginale. Ouverture du vagin au niveau du cul-de-sac postérieur; désinsertion circulaire très facile et pincement, puis ligature des artères vaginales.

Ligatures de soie n° 3 sur les pédicules des ligaments larges.

Drainage du vagin à la gaze iodoformée — de dedans en dehors.

Réunion de la paroi abdominale par deux plans de sutures à la soie 1 et aux crins de Florence.

L'opération n'a pas duré 3/4 d'heure.

L'opérée se réveille facilement et ne souffre que peu, mais elle présente une légère oppression qui n'est pas sans nous inquiéter, quoique nous puissions la mettre sur le compte de son nervosisme.

Le troisième jour, après une selle copieuse et l'émission de gaz, elle est prise d'une douleur très violente à gauche, d'un point de côté avec dyspnée intense, vomissements continus, pouls fréquent et petit, avec température au-dessous de 37°, puis de 36°. Ces accidents sont combattus par le champagne glacé, des piqûres de caféine, des injections de sérum artificiel, les ballons d'oxygène. Rien n'y fait. Comme nous remarquons qu'elle émet très peu d'urine, nous nous demandons si le tamponnement iodoformé ne comprime pas un uretère quoiqu'elle ne présente aucun phénomène douloureux, ni aucune augmentation de volume des reins. Néanmoins le tamponnement est enlevé le 11 mai à 5 heures du soir, et le lendemain tous les accidents avaient disparu.

La guérison se fit à partir de ce moment sans encombre et cette fois définitivement.

Notre opérée, après avoir eu quelques abcès dans les cuisses gauche et droite déterminées par des piqûres qui y avaient été faites, est rentrée chez elle conservant un peu de parésie avec contracture du membre inférieur droit, mais ne présentant plus aucun phénomène pathologique du côté des organes génitaux.

Elle a repris la vie habituelle et ne se plaint que de bouffées de chaleur, de vapeur, de crises d'étouffements qui se produisent au moment où devaient paraître les menstrues.

L'examen de l'utérus enlevé nous a permis de nous assurer qu'il n'existait aucune lésion apparente du côté des pédicules liés deux ans auparavant.

L'organe lui-même est atrophié, il ne mesure pas plus de 6 centimètres de longueur : c'est à peine si on retrouve au niveau du fond le petit corps fibreux gros comme une noisette qu'on avait trouvé en mars 1891. Une section verticale de sa paroi antérieure montre qu'il existe dans la cavité du corps de l'utérus une ulcération à bords déchiquetés à fond villeux, couverte de caillots; elle s'étend sur toute la cavité du corps dont elle a détruit la muqueuse en arrière et à droite.

L'examen histologique a montré que c'était très probablement une ulcération de nature bacillaire, à cause des nombreuses cellules géantes trouvées à la coupe ; malheureusement, la pièce ayant été mise aussitôt dans l'alcool rectifié, il a été impossible de faire des inoculations qui seules eussent donné la certitude.

Quoi qu'il en soit, nous ne voulons retenir de cette observation que le côté purement chirurgical. En somme, l'hystérectomie faite par l'abdomen a été relativement facile, beaucoup plus facile que ne l'eût été l'extirpation par la voie vaginale. Grâce à la profondeur du vagin, à l'élévation possible de l'utérus derrière et au-dessus du pubis par la pince vaginale, tous les temps difficiles de l'hystérectomie abdominale totale se sont exécutés facilement et rapidement, le tout favorisé par la position déclive de Trendelenburg, qui rend dans toutes ces interventions des services sur lesquels il est inutile d'insister. Nous pensons donc que dans les cas exceptionnels où la matrice est haut située et mobile, le vagin long et étroit, il y aura avantage à faire l'hystérectomie abdominale totale et cela dans des conditions de sécurité sur lesquelles plus n'est besoin de revenir.

De la voie vaginale, avec restauration immédiate du sphincter, dans les excisions pour rétrécissements non cancéreux du rectum, communication au Congrès français de chirurgie, par V. Campenon.

L'excision est le procédé de choix pour les rétrécissements non cancéreux du rectum, mais, pour qu'elle donne tout ce qu'on est en droit de lui demander, il faut qu'elle soit faite largement et qu'elle respecte les fonctions sphinctériennes.

La voie vaginale *médiane*, avec incision de tous les tissus depuis la peau jusqu'au-dessus du rétrécissement et restauration immédiate du sphincter, répond à ces deux indications.

Après antiseptie préliminaire, l'opération est conduite de la façon suivante :

La malade est placée dans la position dite du spéculum, les cuisses fortement fléchies. Une large valve refoule sous le pubis la paroi antérieure du vagin. On fend rapidement et d'un seul coup, sur la ligne médiane, cloison vagino-rectale, fourchette, périnée et anus. Deux anses de fil passées aux angles des lambeaux ainsi taillés servent à écarter les parties et à tendre la région ano-rectale que l'on a dès lors absolument sous les yeux. Une incision parallèle à l'anus, n'intéressant que l'épaisseur des parois rectales, est faite immédiatement au-dessous du rétrécissement. On dissèque de bas en haut toute la portion à réséquer qu'on enlève d'un coup de ciseaux. On libère dans une étendue suffisante la partie supérieure saine jusqu'à ce que l'on puisse facilement l'amener au contact du segment ano-rectal conservé.

La restauration est assurée par trois temps successifs : 1° affrontement des deux bouts du rectum par double plan de suture musculaire et muqueuse (la suture de la couche musculaire doit comprendre une épaisseur assez grande de tissus pour éviter les sections ultérieures); 2° restauration du sphincter par points de suture spéciaux avec affrontement très exact des surfaces; 3° réfection du vagin et du périnée comme dans la périnéorrhaphie.

Le pansement consiste dans le tamponnement à la gaze iodoformée du vagin et du rectum avec mise à demeure d'un gros tube en caoutchouc intra-rectal assurant l'issue des gaz.

Pratiquée le 8 août chez une femme de 26 ans atteinte de rétrécissement vénérien très étroit siégeant à l'union de l'anus et du rectum, ce procédé opératoire a donné plein succès : résection de cinq centimètres du rectum, opération relativement rapide (trois quarts d'heure), absence de toute complication ultérieure, réunion par première intention du vagin, du périnée et de la presque totalité du rectum, deux points de la muqueuse ano-rectale coupent, mais l'écartement est insignifiant et la restauration est complète en 15 jours. Depuis le réveil chloroformique jusqu'à ce jour, il n'y a jamais eu la moindre incontinence même pour des matières liquides.

La voie vagino-périnéale médiane, absolument indiquée pour les rétrécissements non cancéreux, pourra dans nombre de cas être appliquée avec les mêmes avantages aux néoplasmes proprement dits.

REVUE DES CONGRÈS

HUITIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Lyon du 9 au 13 octobre.

Le huitième Congrès de l'*Association française de chirurgie* — puisque, grâce à l'intervention de l'Etat, c'est dorénavant son nom — vient de se terminer à Lyon. Le Congrès était présidé par M. le professeur Tillaux (Paris), qui a prononcé un fort intéressant discours sur le rôle de la chirurgie lyonnaise dans l'histoire. L'assemblée a élu M. Eugène Bœckel (Strasbourg), vice-président pour la prochaine session; le vice-président actuel, M. Alphonse Guérin, passe de droit président.

Comme de coutume, nous réunissons les communications similaires, sans nous inquiéter de l'ordre dans lequel elles ont été faites; à cet égard, notre besogne a été considérablement plus facile que les années précédentes, car les ordres du jour ont été faits à l'avance, en groupant les matériaux suivant un ordre raisonné, et on a suivi cet ordre d'une manière inflexible, sans se soucier que les réclamants fussent petits ou grands.

Gynécologie

Lésions inflammatoires des annexes.

M. Henry Delagénière (Mans) préconise dans les affections septiques de l'utérus et des annexes la castrastion abdominale totale, qu'il a été le premier à pratiquer en France. Cette opération, qui a pris naissance en Amérique, où elle a donné des résultats brillants à Polk, Krug, Baldy et Brown, a sa raison d'être, car, dans les affections dont il s'agit, l'utérus est malade aussi bien que les annexes. En laissant l'une ou l'autre de ces parties infectées, on fait donc théoriquement une opération incomplète et souvent insuffisante.

Dans la pratique, les résultats concordent avec cette donnée théorique. La laparotomie, suivie de l'extirpation des annexes et des poches purulentes, laisse souvent à sa suite un utérus malade, qui continue à faire souffrir la malade, peut nécessiter un ou deux curettages pour guérir ou même l'hystérectomie vaginale. En outre, elle expose aux fistules abdominales pour la guérison desquelles on peut être appelé à pratiquer encore secondairement l'hystérectomie vaginale.

L'opération de Péan, d'après la statistique de M. Segond, présente une incertitude plus grande encore. Dans les cas simples et bénins, elle expose à pratiquer une opération inutile; dans les cas de pyosalpinx, elle est aussi grave que la laparotomie, et elle expose, en outre, aux opérations incomplètes. Enfin, dans les cas graves de suppurations pelviennes, elle présente une gravité excessive.

L'opération vagino-abdominale de Chaput, inspirée par les échecs des deux méthodes précédentes, admissible théoriquement, doit être rejetée au point de vue pratique. Elle présente, en effet, tous les inconvénients de la méthode abdominale, et elle ajoute un grand nombre de ceux de la méthode vaginale. Du reste, elle paraît délaissée par son auteur lui-même.

Reste la castration abdominale totale dont les principaux avantages sont les suivants : 1° possibilité de limiter l'intervention dans les cas d'affection unilatérale, ou dans les affections peu graves ; 2° facilité aussi grande que possible pour enlever toutes les parties malades sous le contrôle de la vue ; 3° faculté de ne laisser aucune surface saignante dans la cavité péritonéale et de recouvrir de péritoine les surfaces dénudées; 4° sécurité plus grande pour détacher les adhérences intestinales et pour remédier aux déchirures de l'intestin ; 5° pas de pinces à demeure et pas de souffrances après l'opération.

Cette opération ne paraît pas présenter une gravité excessive. Elle a donné à l'auteur 4 succès sur 4 cas, et à Baldy 22 sur 22 cas, et d'autre part les résultats thérapeutiques paraissent incomparablement supérieurs. Dès l'opération, la malade se trouve parfaitement bien.

La technique peut se résumer ainsi : isolement des annexes, puis leur excision entre deux pinces de chaque côté; énucléation de l'utérus en taillant, puis disséquant une collerette circulaire : ce qui permet d'éviter à coup sûr l'uretère et la vessie; puis, après l'ablation de la pièce, fermeture complète du péritoine pelvien.

Ainsi conçue, l'opération ne constitue qu'un temps complémentaire de la laparotomie suivie de l'ablation des annexes, et ses indications se poseront la plupart du temps pendant l'opération. Si l'utérus est saignant, infecté, en rétroversion, s'il contient des fibromes, s'il existe des clapiers dans le cul-de-sac de Douglas, ou si les ligaments larges sont atteints de phlegmon chronique, on ne doit pas hésiter à enlever l'utérus.

Ce n'est pas à dire que l'opération de Péan doit être rejetée complètement; on lui réservera une place analogue dans les opérations pratiquées par le vagin. Dans les cas de suppurations graves, avec poches péri-utérines, on commencera par l'incision vaginale postérieure, puis antérieure ; si toutes les poches sont vidées, on assurera le drainage, et là se borne l'opération qui est absolument conservatrice; s'il reste des poches plus haut situées, alors, mais alors seulement, on aura recours à l'opération de Péan. Elle devient donc l'opération complémentaire de l'incision vaginale, absolument comme l'hystérectomie abdominale totale est l'opération complémentaire de la laparotomie suivie de l'extirpation des annexes.

M. Segond (Paris). — Je tiens à protester contre trois assertions de M. Delagénière. L'hystérectomie vaginale expose, dit M. Delagénière, à « des incertitudes plus grandes encore » : je voudrais savoir lesquelles ; à des opérations inutiles : je voudrais qu'il m'en montrât une parmi mes 400 observations; à des suites immédiates graves : cela est en désaccord formel avec la statistique que vient de publier mon élève Baudron.

M. Championnière (Paris) croit qu'il faut laisser à l'avenir de se prononcer : 4 faits ne suffisent pas pour juger. Il s'associe aux réserves de M. Segond et constate, lui aussi, que pour les suppurations pelviennes graves et même diffuses l'hystérectomie vaginale a une bénignité et une inefficacité remarquables, et que quelquefois elle est la seule bonne opération. L'opération de M. Delagénière est défendable, mais pas avec cet argument, et ces 4 observations concernent des cas bénins.

M. Delagénière (Le Mans). — C'est précisément en m'appuyant sur la statistique de Baudron que j'ai fondé mes conclusions. On y trouve 37 cas de suppurations graves avec 10 décès : ce qui est à mes yeux une grosse mortalité. Je dis, opération inutile, car je trouve plus de 80 cas d'ovaires scléro-kystiques pour lesquels je crois inutile d'enlever l'utérus. Je dis opération quelquefois inefficace, car j'ai vu une malade guérie par M. Segond et qui continuait à souffrir; à Tours, mon frère en a vu deux, opérées par M. Péan lui-même.

M. Michaux (Paris) déclare qu'à ses yeux l'hystérectomie est à la fois bénigne et efficace.

M. Péan (Paris) désirerait savoir ce que sont les deux malades de Tours dont on vient de parler.

M. P. Delagénière (Tours) confirme ce qu'a dit son frère. Une malade a eu une fistule persistante. L'autre a continué à souffrir et elle est morte d'urémie au bout de dix-huit mois.

M. Péan est convaincu que ces deux malades n'ont pas été opérées pour suppurations pelviennes. Il lui est impossible de discuter autrement qu'avec des chirurgiens ayant vu les malades avant, pendant et après l'opération. Il y a par exemple des cas où on laisse volontairement une fistule.

M. Condamin (Lyon). — Laroyenne (Lyon) a montré que certaines collections pelviennes formées par un foyer intrapéritonéal, renferment dans leur intérieur des annexes malades, causes de la réaction inflammatoire péritonéale. Dans ces cas, la méthode de Laroyenne (ponction et large débridement) doit être complétée par l'ablation des annexes par la voie vaginale. Condamin, dans certains cas où cette ablation présente quelques difficultés ou quelque danger en raison d'adhérences trop intimes avec les organes voisins, conseille de faire le broiement de ces annexes malades entre les mors d'une pince fenêtrée (salpingo-ovariotripsie). De cette façon on enlève la plus grande partie des tissus malades sans risquer de déchirer les organes adhérant trop intimement aux annexes. Comme la poche qui contenait primitivement du liquide et les annexes est maintenant ouverte par un tamponnement prolongé à la gaze iodoformée, les débris sphacélés tombent sur celle-ci d'où ils sont facilement éliminés.

Cette ablation des annexes par la voie vaginale ou cette salpingo-ovariotripsie est un complément souvent indispensable de la méthode de Laroyenne. Elle présente sur l'opération de Péan-Segond l'avantage d'être plus conservatrice, car elle peut s'appliquer sur une trompe malade sans qu'on touche à l'ovaire correspondant ou à la trompe du côté opposé. Elle se fait en dehors de la cavité péritonéale et permet d'éviter les dangers de l'infection de la grande séreuse. D'autre part, les chirurgiens qui ont l'habitude des interventions par la voie vaginale savent bien que, contrairement à ce qui a été dit, cette voie n'est guère plus aveugle que la voie supérieure et n'en présente pas les dangers dans les cas de suppuration.

M. Goullioud (Lyon). — La fréquence de la bilatéralité des annexes est telle que la constatation bien nette d'une lésion fait souvent conclure à la stérilité. C'est malheureusement la vérité dans la grande majorité des faits. Cependant, quand les lésions sont peu graves, on voit de temps en temps survenir une grossesse, soit sous l'influence d'un traitement, soit spontanément. Il peut en être de même quand les lésions ont été plus graves, suppurées même, et qu'on a dû intervenir chirurgicalement.

L'auteur rapporte quatorze observations de grossesse chez des malades opérées pour des salpingo-ovarites, soit par M. Laroyenne, soit par lui-même.

Onze de ces malades ont subi le débridement vaginal d'une collection pelvienne ; chez trois autres malades on avait fait une ablation unilatérale des annexes, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale.

Dans les cas de débridement vaginal, il s'agissait dans la majorité des faits de collections tubaires unilatérales bien nettes ; dans quelques autres, probablement, de collections pelvi-péritonéales. Chez deux malades même, elles furent doubles, et c'est par une généralisation dans tout le petit bassin de la suppuration partie d'une trompe, que l'auteur explique ces faits paradoxaux. Il admet en effet que la condition probable de la persistance de la fécondité, est l'unilatéralité primitive de l'occlusion tubaire, car on ne saurait admettre jusqu'ici que comme une exception remarquable l'observation de Betrix (au Congrès de Rome).

Ces grossesses sont survenues 4, 6, 8 mois, 1 an, 3, 4 et 5 ans après l'opération.

Quelle est l'influence de la péri-métrite ancienne sur la grossesse? Elle a été généralement nulle. Dans un cas cependant, il y eut une grossesse extra-utérine. Dans un autre, un placenta prævia, soigné hors de l'hôpital, causa la mort de la malade. Les autres grossesses ont évolué normalement, et les accouchements furent simples.

Quelle est inversement l'influence de la grossesse sur la salpingo-ovarite ancienne? Elle fut manifestement favorable. Le ramollissement normal des tissus pendant la grossesse et la distension des ligaments utérins amenèrent progressivement aussi le ramollissement et la distension des brides et cicatrices de la péri-métrite. Les faits observés sont donc en contradiction avec les craintes signalées par les auteurs pour les grossesses survenues pendant l'évolution de salpingo-ovarites, du moins quand un débridement large a vidé les trompes du pus qu'elles contenaient.

Chez deux malades, jeunes et atteintes de rétroversion maintenue irréductible par les adhérences tubaires, M. Goullioud fit la laparotomie, enleva les annexes malades, respectant celles du côté opposé, fixa l'utérus par une hystéropexie et vit survenir la grossesse.

Dans un cas enfin, ce fut par la voie vaginale que fut faite cette salpingectomie unilatérale, suivant une méthode proposée par l'auteur au Congrès de Bruxelles. C'était la confirmation des espérances qui l'avaient inspirée.

M. Vuilliet et **M. Fochier** croient qu'en réalité, le pronostic est plus sombre que ne le fait M. Goullioud. Il y a des cas, où, après la grossesse, les lésions tubo-ovariennes s'amendent, mais en général, il n'en est rien, si même elles ne sont aggravées.

Tumeurs des ovaires.

M. Laroyenne (Lyon). — L'auteur insiste sur la nécessité

d'enlever la totalité du kyste pour éviter les récidives qui sont plus fréquentes qu'on ne le croit. M. Laroyenne insiste aussi sur l'importance qu'il y a à recouvrir la surface sectionnée du pédicule de la séreuse, de faire en somme ce que Condamin a appelé la péritonisation des pédicules. L'auteur n'admet presque pas de contre-indication opératoire. Ni l'âge, ni le volume du kyste ne doit entrer en ligne de compte. Quelquefois M. Laroyenne a commencé par faire une ponction du kyste, et a attendu que l'état général de la malade se soit remonté, et il intervient alors.

M. Segond. — Je n'ai pas l'intention de revenir ici sur les nombreux travaux que depuis 1892 a inspirés l'hystérectomie vaginale, sur les progrès accomplis d'une manière générale par la chirurgie vaginale aujourd'hui tirée du sommeil où l'avaient plongée, pour un temps, les triomphes de la laparotomie; et jusqu'à un certain point, l'ovariotomie vaginale de Battey, de Gaillard Thomas revient à la mode. Un seul point va m'arrêter: l'indication possible de l'hystérectomie vaginale pour s'attaquer à certaines tumeurs bilatérales, solides ou liquides, des annexes utérines. On peut citer, par exemple, une opération récente, mais très exceptionnelle, de Jacobs (Bruxelles). Pour moi, si vaginal que je sois, je ne suis pas partisan de l'ablation vaginale des kystes de l'ovaire dans l'utérus; mais nous devons dorénavant savoir que dans certains cas d'erreur de diagnostic, on peut s'en tirer honorablement; et cela permet de répondre aux dissertations qu'on a faites sur le vagin, gouffre où s'ensevelissent les erreurs les plus grossières. Quant aux tumeurs ovariennes bilatérales, ici je deviens partisan de la castration vaginale et totale.

Evidemment, des erreurs de diagnostic sont ici mon point de départ; car on l'a dit, l'hystérectomie est le produit — mais non pas inavoué — d'erreurs de diagnostic plus ou moins grossières, et j'en suis là pour mes 4 premières opérations (1 kyste non suppuré, 2 kystes suppurés, 1 kyste dermoïde), et c'est ce qui m'a conduit à poser certaines indications, exceptionnelles sans doute, d'où mes 7 dernières observations (4 kystes simples, 1 dermoïde, 2 tumeurs végétantes).

Donc, dans certaines tumeurs ovariennes bilatérales, pas trop volumineuses, l'hystérectomie vaginale est une bonne opération. Pour le pronostic immédiat, c'est une question aujourd'hui jugée; pour le cas particulier de pronostic éloigné, j'apporte mes 11 observations favorables, dont quelques-unes datent de 3 ans. C'est, je le reconnais, une opération difficile; mais pour un chirurgien de métier, la difficulté d'une opération est un argument qui ne doit pas entrer en ligne de compte.

Je ne ferai que de courtes réflexions sur le manuel opératoire; si les tumeurs bombent dans le vagin, c'est par elles qu'il faut commencer, sinon, c'est par l'utérus.

Reste la question si souvent invoquée des erreurs de diagnostic. Je ne dirai pas, avec Routier ou Dührssen, que l'élythrotomie postérieure ou antérieure permettent une exploration parfaite, mais elles permettent une exploration suffisante. Que l'on se trompe quelquefois, c'est incontestable. Je ne parlerai pas de cas exceptionnels, comme celui où, croyant amener au dehors par le vagin un kyste de l'ovaire, j'ai amené un cancer de l'S iliaque. La vraie objection, c'est la confusion avec le fibrome utérin, mais elle tombe, car d'après une expérience de 85 cas, je conclus personnellement *que les fibromes utérins qui demandent à être opérés* et qui ne dépassent pas l'ombilic, doivent être attaqués par l'hystérectomie vaginale.

M. Rogée (Saint-Jean-d'Angély). — Les tumeurs solides de l'ovaire sont moins rares qu'on ne le croit généralement; pour ma part, sur huit ovariotomies j'ai rencontré deux fibromes de cet organe. Les difficultés très grandes de diagnostic qu'elles présentent et les complications opératoires qu'elles entraînent par leur volume qui ne peut être réduit et leur vascularité les rendent particulièrement intéressantes pour le chirurgien. La première de mes malades opérée en mars dernier et très bien portante à l'heure actuelle, avait avant mon intervention présenté des crises convulsives, de l'aphasie, de la *phlegmatia alba dolens* et de l'anasarque, elle avait depuis quatre mois une anurie presque complète. Sa tumeur très adhérente du côté droit à l'intestin pesait 15 livres et mesurait 0,48, 0,36 et 0,50 cent. de diamètre. Elle guérit sans accidents. La seconde, âgée de 58 ans, était malade depuis quatre ans, avait été ponctionnée trois fois et on lui avait extrait 38 litres de liquide. Sa tumeur pesait huit livres, mesurait 0,28, 0,18 et 0,15 centimètres, était bien pédiculée et comprimait si bien les reins et les uretères que depuis quatre ans elle n'urinait pas plus de 30 gr. par jour. La diurèse fut d'un litre et demi le soir même de l'opération. Elle guérit, comme la première, et est à l'heure actuelle absolument bien portante. Ces tumeurs me paraissent être la première un fibrome aréolaire, la seconde un fibrome kystique.

Grossesse extra-utérine avec lithopédion.

M. Djemil-Bey (Constantinople). — Une femme de 25 ans, mariée depuis une dizaine d'années, n'a point eu d'enfant; non plus de fausse couche. Il y a trois ans elle constatait tous les signes de la grossesse normale. La grossesse suivait son cours normal. Le faux travail survint au neuvième mois, avec un léger accident de péritonite. Le volume du ventre diminua et resta stationnaire.

A l'examen, on voyait une tumeur sous-ombilicale dure, bosselée, ronde, très peu mobile. Au toucher, on constatait que le col utérin était un peu remonté, dévié en avant; l'utérus était mobile et dévié en avant. Le cul-de-sac antérieur est effacé et comblé par une tumeur dure, bosselée et grosse comme une tête d'enfant.

Elle est entrée à la clinique chirurgicale de l'école de médecine de Constantinople, le 8 septembre 1893, et l'opération eut lieu le 10 septembre 1894 : je fis une incision médiane du pubis jusqu'au-dessus de l'ombilic. La tumeur, ainsi mise à découvert, occupait la partie médiane à gauche de l'abdomen et adhérait fortement aux instestins et à l'épiploon. J'incisai le kyste et le fœtus fut enlevé.

Par suite des adhérences nombreuses et très intimes de la poche aux parties voisines, je ne pus attirer la poche hors du ventre. Le décollement des adhérences ayant provoqué une hémorrhagie en nappe et abondante, je me décidai à fixer la poche à la paroi abdominale, mais, vu la friabilité extrême de cette dernière, je me décidai finalement à l'enlever en entier.

Les adhérences furent décollées soit en les arrachant en douceur, soit en les sectionnant aux ciseaux; j'ai coupé une partie de l'épiploon adhérente. Je laissai au niveau de la partie très adhérente la couche superficielle de la poche en contact avec l'intestin. Quant aux surfaces très saignantes, je les affrontai à l'aide de sutures au fil de soie très fin.

Ainsi la poche fut complètement enlevée.

Le huitième jour la plaie a été complètement cicatrisée.

La malade a quitté l'hôpital guérie.

Le fœtus, bien conformé, paraissait âgé de neuf mois et était momifié. La poche fœtale était absolument intacte et ne présentait aucune déchirure.

M. Pilliet insiste à ce propos sur le diagnostic, si souvent erroné, entre les grossesses tubaires et les fibromes utérins. On évite ces erreurs, dans la plupart des cas, si on se souvient que dans la grossesse tubaire il y a une tumeur latérale, avec des crises paroxystiques pendant lesquelles ont lieu des pertes de sang en caillots, et non point de sang pur comme dans les fibromes. Le pronostic de la grossesse tubaire menaçant brusquement la vie par rupture, sitôt le diagnostic établi, il faut pratiquer l'ablation de la poche tubaire.

Hystéropexie pour antéflexion utérine.

M. Laroyenne (Lyon.) — Il n'existe actuellement aucune méthode de traitement efficace de l'antéflexion utérine congénitale avec accidents dysménorrhéiques. L'hystéropexie a donné dans son service entre ses mains et celles de son assistant, le Dr Condamin, d'excellents résultats. Plusieurs malades, après l'opération qui avait été précédée d'une dilatation du col, ont vu leurs règles revenir sans aucune douleur. Tout semble donc présager à cette nouvelle application de l'hystéropexie un grand avenir.

D'une forme particulière de cancer utérin.

M. Condamin (Lyon) insiste sur une forme particulière de cancer utérin qu'il a eu l'occasion d'observer et qui se caractérise au point de vue clinique par une mollesse particulière de la tumeur qui la fait confondre avec une collec-

tion liquide ou semi-liquide. Dans le service de Laroyenne, deux malades furent ponctionnées par le vagin pour un cancer diffluent de l'utérus, puis pour un hématocèle ou une collection rétro-utérine. L'évolution est rapide, entraîne assez vite la cachexie, semble ne pas se généraliser et survient chez les femmes âgées. Le tissu néoplasique est constitué par des masses molles, fongueuses, sans aucune cohérence entre elles, ressemblant à du frai de grenouille. Les hémorrhagies interstitielles sont fréquentes. Au point de vue histologique, la tumeur est constituée par des cellules musculaires typiques à caractères généralement embryonnaires (examen histologique par M. Bard). Ces caractères cliniques et histologiques différencient nettement le cancer diffluent de l'utérus à cellules musculaires des sarcomes du corps et des fibro-myomes dégénérés. Dans les cas observés par l'auteur, la tumeur s'était toujours développée au dehors de la paroi postérieure de l'utérus et avait laissé indemne la muqueuse.

Déciduome malin.

M. Jeannel (Toulouse). — L'observation que je communique au Congrès est, en comptant les cas douteux de Stenge et de Zweifel, la 19e ; la voici :

Une femme de 26 ans, de robuste santé, m'est adressée de Carcassonne. Elle a, depuis six mois, des hémorrhagies utérines qui ont suivi une fausse couche de 15 jours faite en janvier 1893. Elle porte une tumeur utérine qui offre tous les caractères du fibrome utérin et que je prends pour tel. Je décide et pratique l'hystérectomie vaginale, qui se montra quelque peu malaisée à cause de la difficulté des prises dans le tissu pulpeux de la tumeur. La femme guérit sans difficulté et est restée guérie.

L'examen microscopique, fait par mon chef de laboratoire, M. Dannie, démontra qu'il s'agissait d'un déciduome malin.

Au point de vue clinique, la malade a présenté tous les signes classiques du déciduome qui, il faut bien le reconnaître, ne diffèrent que par des nuances de ceux du fibrome ; les seuls points particuliers qui eussent dû arrêter l'attention sont : 1° la préexistence d'une fausse couche supposée ; 2° les allures des hémorrhagies qui étaient indépendantes des règles ; 3° la consistance du col qui était resté ferme et petit.

Le toucher intra-utérin eût seul procuré un renseignement caractéristique du déciduome en montrant l'excavation réalisée par le néoplasme telle que la perforation était proche.

Quant au traitement : Gottschalk, Stenge, Lohlein, Fochier ont fait avant moi l'hystérectomie vaginale pour des déciduomes. Les malades de Gottschalk et de Lohlein sont mortes 7 et 12 mois après de généralisation. Il n'y a pas de renseignement sur celle de Stenge ; enfin les opérées de Fochier et la mienne survivent en bonne santé.

Fibromes utérins.

M. Vuilliet (Genève) a opéré 43 fibromes, dont 28 par voie abdominale et 15 par voie vaginale. Avant 1891 il a toujours employé la laparotomie avec pédicule externe (6 morts sur 13 cas) et depuis il a eu 15 succès consécutifs, avec diverses méthodes actuellement discutées, ce qui prouve l'utilité de l'éclectisme : quatre hystérectomies abdominales totales (dont une commencée par le vagin) ; 4 amputations sus-cervicales dont 2 avec pédicule externe ; 7 castrations. Toutes ces méthodes ont eu des champions absolus : en réalité, chacune a ses indications.

Quel est, en principe, le danger des opérations abdominales : c'est la largeur du moignon que donne la section transversale de l'utérus, classiquement employée. M. Vuilliet insiste donc sur la nécessité d'inciser l'utérus sur la ligne médiane et d'évider le myome de façon à garder un cylindre qu'on peut souvent pédiculiser aussi facilement qu'un kyste de l'ovaire. Si l'on ne peut aboutir à ce résultat, il y a indication à l'hystérectomie totale.

M. Aug. Pollosson conseille de faire un large pédicule qu'on fixe à la paroi, et qu'ensuite on évide aux ciseaux et au bistouri, peu à peu, à partir du 3e jour.

M. Levrat (Lyon) croit qu'on peut compter dans certains cas sur l'action des crayons de chlorure de zinc dans certains fibromes utérins, selon la méthode de Laroyenne (Voy. *Gaz. heb.*, 1893, p. 391).

Deux conditions primitives sont à réaliser : Femmes près de la ménopause ; opération impossible ou refusée.

Deux malades : La première, âgée de 45 ans et sans antécédents héréditaires, a depuis 10 mois des règles plus abondantes. On constate à l'examen une grosse tumeur fibreuse fixée dans la fosse iliaque gauche. La malade très anémiée présente un aspect caractéristique.

L'opération proposée étant énergiquement refusée, un crayon de chlorure de zinc intra-utérin fut accepté.

L'hémorrhagie disparut 5 mois. A ce moment, nouvelle hémorrhagie et nouveau crayon de chlorure de zinc. Quatre mois de tranquillité.

Nouveau retour de l'hémorrhagie, on constate alors un fibrome volumineux descendu dans le vagin et enlevé par les procédés usuels.

La malade guérit, ne présente actuellement qu'un utérus volumineux adhérent à gauche.

Une autre malade, sage-femme, 48 ans, présente une observation absolument semblable ; quatre mois après une application de chlorure de zinc on put enlever facilement un fibrome énucléé.

En même temps que ces deux malades se trouvait à la Charité une malade chez laquelle la fixation à la pince d'un polype sessile, aidée de la dilatation par tamponnement à la gaze iodoformée et d'incisions multiples sur le polype, permit de l'énucléer en quatre jours.

Comme conclusion, le chlorure de zinc me paraît agir utilement, chez des malades qui refusent toute intervention et qui sont en danger ; il permet avec dilatation ou discision du col d'énucléer des fibromes même sessiles par le même procédé que les incisions de la capsule en détruisant la muqueuse.

M. P. Delagénière (Tours). — J'ai pratiqué deux hystérectomies abdominales totales. La première malade avait un fibrome moyen (1800 grammes) très douloureux, la seconde un fibrome volumineux (8 kilogrammes) remontant jusqu'à l'épigastre.

La durée de l'opération fut longue (2 h. 10 et 2 h. 20), mais les suites furent simples.

La longueur de l'opération peut être rattachée :

1° A la dissection des lames péritonéales qui recouvrent les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Ces lames sont suturées ensuite en surjet ;

2° A l'hémostase de l'hémorrhagie vaginale survenant à la suite de la section de cet organe.

Les bons résultats que nous avons obtenus sont dus probablement à la fermeture du péritoine par le surjet fait sur les feuillets péritonéaux détachés de l'utérus et au drainage parfait qui résulte de la non-occlusion du vagin.

M. Delaunay (Paris) a pratiqué 7 fois l'hystérectomie abdominale totale et insiste sur quelques détails de manuel opératoire.

M. Boisleux (Paris) fait une communication sur la *pelvipéritonite aiguë et chronique.*

M. Schmelz (Nice) fait une communication sur le *prolapsus utérin.*

Deux cas d'anomalie et de malformation congénitales.

M. P. Delagenière (Tours). — Observation I. — Il s'agit d'une femme de 34 ans chez laquelle au cours d'une laparotomie on trouve les malformations suivantes : L'utérus présente au lieu d'un bord droit une véritable face. Il n'y a ni trompe, ni ovaire, ni rein à droite. Le rein gauche unique est hypertrophié.

Quant au péritoine, il se réfléchit directement de l'utérus sur le cæcum qui est en contact direct avec la matrice. Le feuillet antérieur devenu pariétal se confond avec le bord inférieur droit du grand épiploon qui semble se continuer avec lui. C'est une atrophie de l'organe de Wolff droit.

Obs. II. — Enfant de 3 ans, hérédo-syphilitique. La jambe droite, plus courte que l'autre de 6 cent., n'a pas de péroné. Il existe une fracture congénitale au niveau du 1/3 inférieur du tibia avec consolidation à angle droit. Le sommet de l'angle, dirigé en avant, offre une dépression cutanée munie de poils dont le fond adhère à l'os.

Le pied enroulé sur son bord interne ne présente que 4 orteils. Après une ostéotomie cunéiforme où l'on trouve l'os éburné, la jambe ne s'accroît pas en longueur, mais la marche est devenue bonne, 5 mois après l'opération.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Quatre-vingt-sept trépanations de l'apophyse mastoïde.

M. A. Broca. — Ces 87 opérations ont été pratiquées sur 82 sujets dont 80 enfants au-dessous de 15 mois. Les premières remontent au mois de décembre 1892 et l'état des malades guéris a toujours été vérifié au bout de plusieurs mois.

En bloc, 13 de ces 82 *sujets* sont actuellement morts, mais il convient d'abord d'éliminer les décès dus à des maladies intercurrentes survenues plusieurs semaines après l'opération (2 broncho-pneumonies rubéoliques, 1 broncho-pneumonie de coqueluche) ou dus à la tuberculose (1 tuberculose généralisée, 1 méningite tuberculeuse). On ne saurait non plus rendre l'opération responsable des décès dus à une méningite aiguë (3 cas) ou à un abcès cérébral (1 cas) manifestement développés avant l'opération. Cela étant, il reste 72 *sujets* dont 3 ont actuellement succombé, et j'ajouterai qu'*un seul d'entre eux est mort à la suite de l'opération.*

Pour étudier ces cas, il convient de les diviser en plusieurs catégories :

1° *Abcès mastoïdiens aigus avec otite moyenne aiguë.* — Trente-sept cas sur 36 sujets; guérison complète, 29; récidive, 1; fistulette permanente, 1 (enfant tuberculeux); opérations récentes et malades en traitement, 2; nécrose envahissante que deux opérations n'ont pu enrayer, mort, 1; morts de complication intercurrente (rougeole, coqueluche, choléra infantile), 3; mort opératoire, 0.

Dans ces trépanations, dont 12 ont été faites sur des enfants âgés de moins d'un an, *il a toujours été trouvé du pus dans les cellules mastoïdiennes*; d'autre part, il n'y a eu aucune ouverture du sinus, aucune section du facial; une fois j'ai, par inadvertance, mis à nu et perforé la dure-mère, mais il n'en est résulté aucun accident. L'opération, par le procédé de Schwarze, est rapide, facile, bien réglée; *sa mortalité est nulle* et, dès lors, on peut affirmer que l'incision de Wilde, si riche en fistules consécutives, doit être abandonnée définitivement, malgré quelques auteurs récents.

Pour les mastoïdites aiguës, c'est par exception seulement (6 cas) qu'on sera conduit, par les lésions constatées, à ouvrir le canal de l'antre et la caisse.

2° *Fistules mastoïdiennes.* — Ces fistules sont fréquentes puisque j'ai eu à en opérer 33 sur 31 sujets; elles dataient de quelques semaines à 14 ans; *la grande majorité était consécutive à l'incision de Wilde.* De ces 33 fistules, 23 sont actuellement guéries; 1 sans renseignement; 1 persiste; 3 en traitement; 5 morts dont 3 indépendantes de l'opération : 1 par méningite développée à la suite de l'opération (ablation totale du rocher), 1 par accidents cérébraux tardifs (7 mois après l'opération), soit un décès opératoire sur 33 interventions dans un cas extrêmement grave.

L'opération est donc bénigne. On doit ouvrir méthodiquement l'apophyse, le canal de l'antre, la caisse et cureter avec soin tous les points osseux malades. De la sorte, on peut presque toujours ménager le facial que je n'ai coupé que trois fois, tandis que son sacrifice est inévitable dans le procédé préconisé par M. Chaput. Le traitement post-opératoire est très long, dure au moins 6 mois; mais les résultats sont excellents et même les sujets opérés des deux côtés conservent une audition suffisante.

3° *Abcès mastoïdiens consécutifs à des otites chroniques.* — Ces malades, au nombre de 11, sont identiques à ceux de la catégorie précédente. Ils fournissent : 5 guérisons ; 1 récidive après trépanation limitée à l'apophyse; 3 cas en traitement; 2 morts non opératoires (tuberculose chronique ; abcès cérébral ancien).

4° *Suppurations chroniques de l'attique.* — Ces suppurations doivent être attaquées directement en faisant sauter le mur de la logette (opération de Stacke), car si l'infection est bien limitée à la caisse, on peut obtenir la guérison complète en 3 semaines (1 cas). Mais toujours on explorera attentivement le canal de l'antre et d'ordinaire on sera conduit à ouvrir toutes les cavités, comme dans les cas de fistule : 3 cas, 1 guéri, 2 en traitement.

5° *Eburnation de l'apophyse* sans suppuration de la caisse ni des cellules ; 1 cas ; 1 guérison.

Des procédés de cheiloplastie applicables à la réparation des pertes de substance étendues des lèvres.

M. Paul Berger. — Les vastes pertes de substance et les destructions presque totales de la lèvre inférieure consécutives à des traumatismes, à des brûlures, au lupus et aux syphilides ulcéreuses étendues et profondes, sont les plus communes et nous occuperont d'abord. Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° La muqueuse est conservée, le tégument cutané seul étant détruit : en ce cas, la muqueuse est retournée et son bord libre est attiré et fixé plus ou moins bas vers le menton par la rétraction cicatricielle; il existe un véritable *ectropion cicatriciel de la lèvre inférieure.* Ces cas sont, de tous, les plus favorables à l'autoplastie; la méthode italienne y est particulièrement applicable.

Technique : On libère le bord libre de la muqueuse par une incision, on la dissèque, on la relève en ayant soin de relever avec elle les faisceaux de l'orbiculaire qui n'ont pas été détruits. On libère de même les téguments cicatriciels du menton, et on poursuit leur dissection et leur libération jusqu'à la région sus-hyoïdienne. Toute la face antérieure de la région mentonnière et labiale inférieure est alors recouverte par un grand lambeau pris au bras, laissé adhérent à celui-ci par son pédicule, et fixé par la suture au pourtour de l'avivement. Le pédicule du lambeau est coupé au bout de huit à douze jours : de petites opérations complémentaires sont nécessaires pour dégraisser, façonner et adapter le lambeau, et pour lui donner une forme se rapprochant autant que possible de la forme normale des parties.

Cette opération, mise à exécution dans un grand nombre de cas, a donné à l'auteur un résultat physique et fonctionnel toujours très favorable.

2° La muqueuse a été détruite en partie en même temps que la peau, mais une partie du bord libre de la lèvre inférieure subsiste et adhère à la cicatrice.

Technique. Rechercher, libérer ce qui reste du bord libre; poursuivre au besoin, sur les parties de la lèvre intactes, l'isolement et la dissection du bord libre, de manière à reconstituer les éléments d'une bordure muqueuse qui puisse circonscrire un orifice buccal un peu réduit de circonférence, mais encore suffisant. Relever ensuite la partie de la cicatrice qui adhère à la mâchoire; en constituer un lambeau dont la base se continue avec la gencive du bord alvéolaire, et relever ce lambeau, sa face cicatricielle tournée vers la cavité buccale, de manière à ce qu'il vienne former la face interne de la lèvre inférieure; par son bord libre on le suture à la lèvre postérieure du pont muqueux qui doit restaurer le bord libre de la lèvre. Pour refaire la face externe cutanée de la lèvre inférieure, on peut appliquer, sur la face cutanée du lambeau cicatriciel ainsi relevé, un lambeau emprunté au bras par la méthode italienne; mais souvent aussi on peut se contenter de tailler un lambeau à la région sus-hyoïdienne ou à la région latérale du cou et en infléchissant légèrement son pédicule, de le rapporter sur la région labiale inférieure, qu'il s'agit de recouvrir de peau.

Ce procédé opératoire a donné un magnifique succès dans un cas où il ne restait plus, de plus de la moitié gauche de la lèvre inférieure, que quelques débris du bord libre, le reste ayant été détruit par des ulcérations tertiaires.

3° La totalité des parties constituant l'une ou l'autre lèvre ont été détruites : il ne reste ni peau, ni muscles, ni muqueuse, ni bord libre. La lèvre doit être refaite de toutes pièces.

En pareil cas, il faut reconstituer la lèvre qui manque au moyen de la peau et de la muqueuse de la joue qu'on réunit avec soin sur les limites de la perte de substance. Quand on a de la sorte ménagé une certaine longueur de peau doublée de muqueuse, on détache, sur une longueur suffisante, un lambeau large d'un ou deux travers de doigt comprenant cette union cutanéo-muqueuse, on l'infléchit de manière à l'amener prendre la place de la lèvre détruite, et on l'y fixe au moyen de nombreux points de suture. La perte de substance de la joue est fermée ensuite par simple rapprochement de ses bords ou par une autoplastie. Au lieu d'un seul lambeau, on peut se servir de deux lambeaux latéraux constitués de la même façon sur chacune des deux joues, lambeaux que l'on réunit sur la ligne miliaire, et dont chacune restaure une des moitiés de la lèvre détruite.

Accidents du chloroforme.

M. A. Guérin (Paris). — Pendant que les chirurgiens cherchent le meilleur anesthésique, le plus actif et le moins dangereux, Alphonse Guérin soutient que la mort par arrêt du cœur que l'on a eu à déplorer pendant l'administration du chloroforme, peut être prévenue. Il suffit pour cela que l'agent anesthésique ne soit respiré que par la bouche.

Il professe que le cœur ne s'arrête pas par l'action directe du chloroforme sur les fibres musculaires cardiaques, mais que les fibres cessent de se contracter sous l'influence d'un réflexe des nerfs nasaux, qui produit l'inhibition du cœur par l'intermédiaire du pneumogastrique.

Il avait étudié les accidents qui résultent des réflexes nasaux dans la naso-pharyngite qui ne produit jamais l'arrêt du cœur, bien qu'elle cause des accès d'asthme qui semblent devoir se terminer par la mort.

Cette observation, qui aurait pu l'éloigner de l'idée que les nerfs nasaux produisent l'arrêt du cœur dans l'anesthésie chloroformique, l'amena seulement à penser que ces nerfs ont une action différente suivant la nature de l'agent qui les excite, c'est-à-dire à admettre la dissociation des fonctions.

Voilà ce qu'il soutenait lorsque M. Laborde démontra l'action du chloroforme sur le cœur, en présentant au nez d'un lapin une éponge imbibée de cet agent anesthésique. M. Laborde croyait que cette action résultait d'un réflexe sur les nerfs nasaux et sur les laryngés supérieurs. Alphonse Guérin, qui avait la prétention de s'opposer à l'arrêt du cœur en pinçant le nez entre deux doigts de manière à obliger le malade à n'aspirer que par la bouche, demanda à M. Laborde de modifier son expérience :

Au lieu de présenter le chloroforme au nez d'un lapin, Guérin demanda que, par la trachéotomie, on l'administrât par la trachée.

L'expérience fut décisive. Le drapeau du cardiographe continuant ses mouvements réguliers et sans interruption, prouva que le cœur ne subissait aucune atteinte.

Quand cela fut bien démontré, on présenta du chloroforme au nez du lapin et, immédiatement, le cœur s'arrêta. Or, comme la trachée avait été coupée transversalement, le chloroforme respiré par les narines ne pouvait pas passer vers les bronches. Il était donc bien prouvé que le chloroforme n'avait pu agir sur les mouvements du cœur que par le consensus des nerfs nasaux et des nerfs cardiaques du pneumogastrique. Les premiers, par une intervention réflexe, avaient agi sur les seconds.

M. Guérin termine en adjurant ses collègues de répéter cette expérience qui les convaincra. Nous n'aurons plus, alors, à redouter la mort par arrêt du cœur, si, dit-il, ils veulent, comme lui, prendre la précaution d'empêcher l'action des émanations du chloroforme sur les fosses nasales. Pour cela, il suffit de presser le nez du malade entre deux doigts de la main qui tient la compresse, jusqu'à ce que l'anesthésie générale se soit produite. A ce moment, les fosses nasales étant anesthésiées n'ont plus d'action réflexe.

Traitement de la tuberculose du genou par les méthodes sanglantes combinées.

M. Albertin (Lyon). — Le traitement de la tuberculose du genou par les anciennes méthodes, révulsion, immobilisation, injections intra-articulaires modificatrices, est le plus souvent insuffisant ou nécessite une durée considérable. En présence d'une tuberculose du genou confirmée, on doit avoir recours à l'intervention sanglante sans programme opératoire préconçu, l'examen de l'articulation ouverte devant dicter la conduite du chirurgien. Une statistique de 33 cas opérés se répartit de la façon suivante au point de vue de la nature de l'opération: 8 résections, 2 arthrectomies avec ablation d'une tranche osseuse (résection intra-épiphysaire) et 23 arthrectomies simples ou combinées à l'évidement osseux. Au point de vue de l'âge, les opérés sont divisés en 3 catégories : 10 adultes de 20 à 32 ans, 5 adolescents de 13 à 20 ans et 18 enfants de 2 à 13 ans. Sur 10 adultes, 8 ont subi la résection, 2 l'arthrectomie. Mais l'opération est de date récente. Des 5 adolescents, 2 ont été opérés par la résection intra-épiphysaire, 3 ont subi l'arthrectomie simple ou combinée à l'évidement osseux. Les 18 enfants ont été exclusivement opérés par l'arthrectomie simple ou combinée. Dans tous ces cas, le résultat a été bon au double point de vue de la cure de la tuberculose et du résultat fonctionnel; l'ankylose a toujours été recherchée et obtenue. En présence de la tuberculose du genou, on peut donc s'adresser aux méthodes suivantes en les appliquant isolément ou combinées : 1° l'arthrectomie simple; 2° l'arthrectomie combinée à l'évidement des foyers osseux; 3° la résection intra-épiphysaire (arthrectomie et avivement osseux; 4° la résection épiphysaire (résection typique d'Ollier).

Le choix d'une méthode paraît devoir être influencé par l'âge des malades.

La résection convient aux adultes, et cette conclusion, établie par les statistiques d'Ollier, de Bœckel et Lucas-Championnière, ne peut être infirmée par les quelques cas d'arthrectomie observés et de date récente. Il y a lieu d'attendre de nouveaux faits avant de modifier cette conclusion, si elle doit l'être. La résection sera donc la méthode de choix dans le traitement de la tuberculose du genou de l'adulte.

A la tuberculose du genou chez l'enfant et l'adolescent, on doit opposer l'*arthrectomie simple* ou l'*arthrectomie combinée à l'évidement des foyers osseux.* Les dix enfants et les trois adolescents opérés par cette méthode ont tous un membre utilisable, sans raccourcissement. Dans tous les cas observés depuis 30 mois, il n'y a pas eu de récidive fongueuse; on a le droit d'espérer que le membre opéré subira un accroissement parallèle à celui du membre sain.

Les malades présents témoignent de la conservation de la forme du genou et de la longueur du membre opéré, de l'absence de récidive et du bon résultat fonctionnel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 *octobre* 1894.

Présidence de M. Rochard.

Sérum antidiphthérique.

M. Straus donne lecture, au nom d'une commission composée de MM. Bergeron, Cadet de Gassicourt, Proust et lui, de la réponse suivante à la demande d'avis adressée par M. le président du Conseil des ministres, ministre de l'intérieur :

La sérumthérapie, depuis les travaux initiateurs de Behring, n'a pas cessé d'occuper le premier rang dans les préoccupations des chercheurs. Dans l'ordre des faits expérimentaux, la méthode a largement fait ses preuves; appliquée à l'homme elle n'a pas toujours tenu ses promesses, pour le tétanos notamment, la pneumonie, la fièvre typhoïde. En ce qui concerne la diphthérie, le problème semble avoir fait un pas décisif, grâce surtout aux récentes recherches de M. Roux, communiquées au Congrès de Buda-Pest et qui ont eu tant de retentissement.

M. Roux et son collaborateur, M. L. Martin, emploient comme source de sérum curateur le cheval, de préférence au mouton, à la chèvre ou au chien. Le cheval est facile à immuniser contre la diphthérie; il fournit une grande quantité de sérum. L'immunisation est obtenue par injection sous-cutanée, répétée à intervalles appropriés, de toxine diphthérique, mitigée d'abord par l'addition d'un antiseptique (iode), puis par l'injection de doses progressivement croissantes de toxine pure. Le sang est tiré de la jugulaire, à l'aide d'un gros trocart, par le procédé indiqué par M. Nocard, commodément et avec pureté; il donne en se coagulant un sérum limpide.

Le sérum ainsi obtenu possède toutes les propriétés signalées par M. Behring; il est antitoxique, immunisant et curateur. Mêlé en proportions convenables à de la toxine diphthérique, il rend celle-ci inoffensive; on peut alors injecter impunément le mélange aux animaux. Injecté à dose suffisante à un animal, il le rend réfractaire à l'inoculation ultérieure du poison ou du bacille diphthérique; enfin il peut guérir un animal rendu malade par l'inoculation de la toxine ou du bacille virulent.

Le traitement par le sérum antidiphthérique a été appliqué

par M. Roux avec le concours de MM. Martin et Chaillou, dans 300 cas de diphthérie, à l'hôpital des Enfants-Malades, de février à juillet 1894. Pendant les quatre années 1890-1893, 3,971 enfants étaient entrés au pavillon de la diphthérie; ils ont fourni le chiffre lamentable de 2,029 décès, soit une mortalité de 51 0/0.

Du 1er février au 24 juillet 1894, le traitement par le sérum a été appliqué. Sur 448 enfants, il y a eu 109 décès, soit 24 0/0. Toutes les conditions étant restées les mêmes, la différence entre 51 0/0 et 24 0/0 mesure le bénéfice procuré par le traitement.

Pendant les mêmes mois de la même année, entraient à l'hôpital Trousseau 520 enfants qui n'avaient pas reçu de sérum; il en est mort 316, soit une mortalité de 60 0/0, ce qui prouve bien que l'épidémie à laquelle on avait affaire n'était pas une épidémie bénigne.

Mais il convient de distinguer entre les angines diphthériques et les croups trachéotomisés qui sont bien plus graves. La mortalité moyenne des angines diphthériques à l'hôpital des Enfants-Malades, pendant la période de 1890 à 1893, a été de 34 0/0. Pendant les mois de traitement, de février à juillet 1894, la mortalité a été de 12 0/0; pendant le même temps, à l'hôpital Trousseau, elle a été, sous l'emploi du sérum, de 32 0/0.

La mortalité moyenne des croups opérés à l'hôpital des Enfants-Malades, de 1890 à 1893, a été de 73 0/0; pendant les mois de traitement par le sérum, elle est tombée à 49 0/0 et, pendant le même temps, elle était à l'hôpital Trousseau, sans l'emploi du sérum, de 86 0/0.

Les chiffres précédents ne tiennent pas compte du fait qu'au pavillon de la diphthérie entrent des enfants qui ne sont pas diphthériques, mais qui ont des angines à bactéries diverses, bien moins dangereuses que la diphthérie vraie; il convient de déduire tous ces cas, qui mettraient au profit du sérum des succès qui ne lui sont pas dus. Cette déduction faite, la statistique de M. Roux est ramenée à 300 cas de diphthérie authentique, constatée par l'examen bactériologique. Ces 300 enfants, traités par le sérum, ont donné 78 décès, soit une mortalité de 26 0/0. Des recherches antérieures ont établi que, dans le même hôpital, la mortalité des enfants atteints de diphthérie, constatée par l'examen bactériologique, était de 50 0/0.

Le sérum curateur est injecté sous la peau à la dose de 20 c. c.; 24 heures après, on pratique une nouvelle injection de la même dose qui est en général suffisante pour conduire à la guérison. L'injection n'est pas douloureuse; en quelques instants le sérum est résorbé; dans trois cas seulement il y a eu un abcès qui a guéri rapidement après incision.

Les effets du traitement se manifestent rapidement et d'une façon saisissante. Le facies cesse d'être pâle et plombé; l'appétit revient vite, l'état général s'améliore; les fausses membranes se détachent et cessent de se reproduire. La température s'abaisse promptement et la défervescence s'effectue ordinairement dès le lendemain de l'injection; l'albuminurie diminue et se dissipe. Dans les cas de diphthérie compliqués par l'association de streptocoques, l'amélioration est moins rapide et la mortalité plus forte que dans les cas de diphthérie simple. Les croups non opérés guérissent facilement; ceux qui ont été opérés donnent, malgré le traitement, une mortalité relativement forte, surtout s'il y a, dans les fausses membranes, association de streptocoques. Le traitement, du reste, a pour effet de restreindre singulièrement les indications de la trachéotomie.

En résumé, ce qu'il faut retenir de cet exposé, c'est que 300 enfants atteints de diphthérie certaine ont donné une mortalité de 26 0/0 au lieu de 50 0/0 qui est la mortalité ordinaire.

En Allemagne, des statistiques aussi favorables ont été publiées, où la mortalité se trouve abaissée à 28, à 26, à 23 0/0.

Deux membres de cette commission, M. Bergeron, notre éminent secrétaire perpétuel, et M. Cadet de Gassicourt, tous deux des maîtres dans la pathologie infantile, ont suivi dans ces derniers temps l'application du traitement séro-thérapique chez des enfants diphthériques à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Moizard. Les effets obtenus leur ont paru tout à fait remarquables, notamment l'amélioration frappante de l'état général, la chute rapide de la fièvre à la suite de l'injection, l'absence de pâleur, de tristesse et d'abattement chez les petits malades.

Le sérum anti-diphthérique exerce-t-il aussi chez l'homme, comme il le fait expérimentalement chez les animaux, une action immunisante préservatrice? Tout porte à le croire et il ne peut y avoir qu'avantage à inoculer préventivement le sérum aux personnes bien portantes, surtout aux enfants qui vivent au contact d'un sujet atteint de diphthérie.

Tels sont, en ce qui concerne la diphthérie, les résultats remarquablement encourageants que donne la sérum-thérapie. Il semble bien que nous soyons maintenant en possession, contre cette redoutable maladie, d'un traitement spécifique aussi puissant qu'inoffensif. La sérum-thérapie, si féconde en promesses, est une découverte qui appartient à M. Behring, mais à la base de cette découverte, il en est d'autres, fondamentales, qui émanent de Pasteur et de son école. L'immunisation artificielle, même contre les maladies sujettes à récidive comme le charbon (comme aussi la diphthérie), telle est l'entreprise réalisée par Pasteur et qui domine toute notre prophylaxie et notre thérapeutique. Nous savons aujourd'hui que les microbes agissent surtout par les produits solubles qu'ils élaborent, par les toxines, et que l'infection, à tout prendre, n'est qu'une intoxication; ici encore ce fut Pasteur qui ouvrit la voie, en montrant qu'une culture de choléra des poules, débarrassée par la filtration de tout élément morphologique, est encore susceptible de provoquer les principaux symptômes, entre autres la somnolence caractéristique de la maladie.

Plus tard, précisément dans les cultures du bacille de la diphthérie, MM. Roux et Yersin, utilisant le filtre imaginé par M. Chamberland, mirent en évidence la présence d'un poison tout différent des ptomaïnes ou des alcaloïdes toxiques, jusqu'alors exclusivement connus, poison extrêmement actif, fragile, se rapprochant des diastases ou des venins et dont l'inoculation aux animaux détermine les mêmes effets locaux et généraux que celle du bacille vivant. La découverte du poison diphthérique fut un véritable trait de lumière; les poisons tétanique, cholérique, pneumonique, typhique, furent retirés des cultures et déterminés par la même méthode. Ne semble-t-il pas juste que l'étude et le perfectionnement des sérums antitoxiques et de leurs effets tutélaires soient poursuivis dans ce même laboratoire où, sous l'impulsion de Pasteur, après la bactériologie elle-même, la toxicologie bactérienne a pris naissance?

La commission propose donc d'émettre un avis favorable sur l'emploi du sérum antidiphthérique et de formuler, en outre, le vœu que l'Institut Pasteur soit mis en mesure de faire face aux demandes de sérum qui pourront lui être faites soit par les médecins soit par les pouvoirs publics.

(Les conclusions du rapport sont adoptées à l'unanimité.)

Fièvres de Madagascar.

M. Le Roy de Méricourt donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Villette, médecin de marine, concernant les fièvres du plateau central de Madagascar. Il en résulte que, si l'on constate chez les habitants de ce plateau des fièvres comme dans tous les pays mal cultivés, où se trouvent des marécages, l'Européen peut néanmoins s'y acclimater. Ce qu'il est important de constater, c'est que la très grande majorité des fièvres observées sur le plateau ont été contractées pendant le trajet du littoral au plateau, ou pendant un séjour plus ou moins prolongé dans la zone dangereuse.

M. L. Colin. — Il est certain qu'à Madagascar il existe une zone côtière très dangereuse, au delà de laquelle le pays est, au contraire, très favorable à la santé des troupes.

Aussi importe-t-il de faire traverser le plus rapidement possible cette partie de l'île à un corps expéditionnaire et de choisir avec soin la période de l'expédition.

M. Laveran. — J'ai examiné des malades qui avaient contracté la fièvre à Madagascar; leur sang contenait les mêmes parasites que celui des fiévreux d'Algérie. Il n'y a donc pas de « fièvre de Madagascar » au sens littéral du mot.

En Algérie, j'ai vu souvent des soldats qui traversaient les pays fiévreux sans devenir malades, mais qui le devenaient lorsqu'ils arrivaient dans des pays sains. Cette anomalie apparente s'explique facilement par l'existence d'une véritable période prodromique entre le moment de l'inoculation de la maladie et sa manifestation.

M. Le Roy de Méricourt. — A Madagascar, la rapidité avec laquelle les hommes sont envahis est souvent telle qu'ils arrivent difficilement dans la zone salubre et qu'ils ne tardent pas à devenir indisponibles.

M. G. Lagneau. — Cette discussion montre une fois de plus combien il est indispensable d'avoir, sur notre corps militaire dans les colonies, les statistiques de morbidité et de mortalité, qui font aujourd'hui si malheureusement et si complètement défaut.

Abcès du foie consécutif à un anthrax.

M. Ricard lit une observation d'abcès du foie survenu, en quelques jours, pendant la convalescence d'un anthrax de la face. Le fait est curieux par l'étude des symptômes qui ont conduit rapidement au diagnostic d'abcès du foie, par l'intervention qui a permis au chirurgien de découvrir la collection profondément située dans le parenchyme. Enfin, l'examen bactériologique du pus ayant démontré que l'abcès était constitué par des staphylocoques dorés, à l'état de pureté, le fait présenté attire l'attention sur une complication nouvelle de l'anthrax, et montre la dissémination facile de l'agent virulent qui s'y était primitivement localisé.

Ophthalmie purulente.

M. Kalt lit une note sur le traitement de l'ophthalmie purulente. L'emploi d'un entonnoir écartant les deux paupières et permettant l'irrigation continue du cul-de-sac avec des solutions de permanganate de potasse à 1/5000, lui a donné de remarquables résultats à la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 *octobre* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Un nouveau cas de myxœdème guéri par l'alimentation thyroïdienne. — Le thyroïdisme dans ses rapports avec la maladie de Basedow et avec l'hystérie.

M. Béclère. — La femme que je vous présente est un nouvel exemple de guérison du myxœdème par l'ingestion de glandes thyroïdes de mouton. Par suite d'une erreur au début du traitement, j'ai été amené pour ainsi dire malgré moi à lui faire prendre une dose énorme de l'aliment curateur, 92 grammes en 11 jours; j'ai pu voir ainsi succéder aux phénomènes myxœdémateux qui disparaissaient les symptômes de l'intoxication thyroïdienne, de ce que j'appelle le *thyroïdisme*. Au premier rang de ces symptômes est une tachycardie avec une instabilité telle de la fréquence des battements cardiaques, que je les ai vus s'élever de 110 à 160 par minute après quelques pas ou même après un changement de position. Avec la tachycardie, les autres symptômes du thyroïdisme déjà signalés sont l'élévation de la température, l'insomnie, l'agitation, la polyurie, l'albuminurie, la glycosurie, la paraplégie incomplète, la sensation de chaleur, la sudation exagérée, auxquels il faut joindre ceux que j'ai observés en plus chez ma malade, la tache cérébrale de Trousseau, l'augmentation du nombre des respirations, un tremblement passager des bras et surtout la saillie des yeux et l'éclat du regard. Tous ces symptômes présentent avec ceux de la maladie de Basedow une telle ressemblance qu'il est légitime d'attribuer leur production dans cette maladie à une sécrétion exagérée de la glande thyroïde, cette hypersécrétion pouvant d'ailleurs dépendre de conditions fort diverses.

Ma malade, qui n'avait avant le traitement aucun antécédent ni aucun stigmate d'hystérie, est prise subitement, au plus fort de son intoxication thyroïdienne, d'une aphasie passagère avec monoplégie du bras droit et anesthésie en segments géométriques superposés, de nature manifestement hystérique. Je suis donc amené à compter le suc thyroïdien ingéré ou sécrété en excès au nombre des agents provocateurs de l'hystérie, et tenté d'interpréter autrement que les auteurs classiques les rapports de la maladie de Basedow et de l'hystérie, dont la coexistence est si fréquente.

Il importe d'ailleurs de mieux préciser les limites de cette maladie et de séparer de ce qui lui appartient en propre tout ce qui ressort à l'hystérie surajoutée, tels, je crois, les nombreux troubles paralytiques, hémiplégies, paraplégies, ophthalmoplégies, observés dans son cours, mais présentés également par des hystériques purs.

En résumé, je pense que le syndrome de Basedow, réduit à ses éléments essentiels, ne fait que traduire en clinique l'excès de sécrétion de la glande thyroïde, quelle qu'en soit la cause et je crois que la maladie de Basedow ne tardera pas à passer de la catégorie des névroses dans celle des auto-intoxications, évocatrices de l'hystérie.

Des manifestations locales de la fièvre typhoïde.

M. Fernet. —Les déterminations locales qui se montrent dans la fièvre typhoïde sont de deux ordres bien distincts: les unes sont dues à l'infection typhique elle-même, au bacille d'Eberth, elles sont proprement des *manifestations* de la maladie; les autres relèvent d'une infection secondaire, surajoutée à la maladie principale, elles sont des *complications* dont les causes sont d'ailleurs diverses. Il ne convient donc plus de dire, sans plus ample informé, comme on le fait communément, qu'une fièvre typhoïde est compliquée de méningite, de péricardite, de pneumonie, de périostite, de myosite, d'abcès, d'une maladie locale quelconque : il faut tâcher d'établir, et l'analyse clinique, seule ou appuyée sur la bactériologie, permettra de le faire, quelle est la condition productrice de ces maladies locales; comme je viens de le dire, tantôt il s'agit d'une complication, tantôt d'une manifestation directe de la typhoïde, d'une détermination locale de l'infection par le bacille d'Eberth. Ce dernier groupe seul doit m'arrêter actuellement.

Très souvent une recherche suffisante des antécédents morbides et la connaissance des habitudes hygiéniques et des influences professionnelles, permettront de trouver la raison de localisations qu'on aurait tort de considérer comme purement éventuelles et fortuites. Des pneumonies, des laryngites antérieures expliqueront ainsi le développement d'un pneumotyphus ou d'un laryngotyphus au cours d'une fièvre typhoïde; de même des habitudes alcooliques qui ont produit une sclérose du cœur, des artères ou des reins disposeront, le cas échéant, à la production d'une myocardite, d'une artérite ou d'une néphrite typhique; il n'y a plus rien là d'accidentel ni d'imprévu; j'ai d'ailleurs hâte d'ajouter que ces considérations ne sont pas spéciales à la fièvre typhoïde; elles sont applicables à toutes les maladies infectieuses généralisées. Je n'insiste pas.

A titre d'exemple, nous désirons rapporter un cas où se sont montrées des manifestations locales multiples, ce cas est un type de ces déterminations aberrantes de la fièvre typhoïde : il s'agit d'une jeune fille présentant les signes de la fièvre typhoïde; le diagnostic ne pouvant être douteux, on administra le traitement pas les bains froids, le benzo-naphtol...

Durant le cours de la maladie on a pu suivre différentes manifestations locales. Dès les premiers jours existaient des signes de péritonite subaiguë : douleur abdominale, ballonnement du ventre, épanchement péritonéal peu important.

Il ne fut par pratiqué de ponction exploratrice du ventre. Cette péritonite persista pendant quinze jours et disparut sans laisser de traces.

Dès le début aussi, se manifesta un éréthisme cardiaque très évident.

A ces symptômes s'ajoutèrent des signes de péricardite sèche; en même temps apparurent des troubles nerveux semblant dépendre d'une méningite; enfin, on observa des symptômes de bronchite capillaire et de broncho-pneumonie. Il faut faire remarquer l'existence simultanée d'une méningite, d'une péricardite, d'une péritonite. Ne sont-ce pas là les signes de l'infection tuberculeuse aiguë? Les analogies sont frappantes; l'agent spécifique seul diffère.

Je dirai, *en résumé*, que les maladies locales qui surviennent au cours de la fièvre typhoïde sont de deux ordres : les unes sont produites par l'infection typhique, et les recherches bactériologiques permettent de déceler dans les organes atteints la présence du bacille d'Eberth, à l'exclusion

de tout autre microbe ; les autres sont accidentelles et imputables à des infections secondaires par des micro-organismes divers. Les premières sont des manifestations directes de la maladie typhoïde, les secondes sont des complications.

Les maladies locales vraiment typhiques sont dues à la présence des microbes spécifiques ou des matières toxiques qu'ils produisent dans les organes. On peut expliquer leur localisation prédominante en divers points de l'économie, soit par l'existence de lésions organiques antérieures, soit par l'arrêt dans certains organes de microbes plus nombreux ou plus virulents.

Le diagnostic étiologique de ces manifestations est souvent difficile : les caractères cliniques permettent de soupçonner leur nature typhique, mais la recherche bactériologique peut seule en fournir la preuve.

Ces manifestations locales sont très communes, mais elles sont souvent latentes et simulent un grand nombre de maladies diverses ; aussi doit-on les chercher par un examen attentif et répété des différents organes ; c'est ainsi qu'on pourra souvent les découvrir, prévoir leurs conséquences prochaines ou éloignées, et trouver les indications thérapeutiques qu'elles comportent.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 12 *octobre* 1894.

Vice de conformation de l'œsophage.

M. Funck Brentano a observé, pendant ses dix jours d'existence, un enfant né à la Maternité de Tenon dans le service de M. Champetier de Ribes. Quoique d'apparence bien constitué, cet enfant ne put déglutir ses premières gorgées de lait : le cathétérisme révéla la présence d'une imperforation œsophagienne à dix centimètres de l'orifice buccal. L'enfant mourut avec des symptômes de broncho-pneumonie infectieuse. L'autopsie démontra que le cul-de-sac œsophagien siégeait au niveau de la troisième vertèbre dorsale, et se continuait jusqu'au cardia : mais en disséquant on vit que l'œsophage par son fragment inférieur s'abouchait dans les voies bronchiques, tandis que le fragment supérieur se terminait en cul-de-sac. L'estomac était d'ailleurs plein de sang, ce qui expliquerait les efforts de vomissements de l'enfant dans les derniers jours. Les autres organes étaient normaux ; cependant le rein gauche était situé dans le voisinage de l'articulation scléro-iliaque gauche et recevait ses vaisseaux des troncs artériels de voisinage.

Constriction et sphacèle de la verge.

M. Funck Brentano présente une bague de dimension normale en métal composé destinée à protéger contre les migraines ; elle a été retirée de la verge d'un homme de 57 ans qui était entré dans le service de M. Nélaton pour paraphimosis et œdème de cet organe. Les lésions de nutrition étaient déjà telles qu'il y eut sphacèle de la peau : on dut mettre pendant quelques jours une sonde à demeure. Le malade avait pensé que sa bague, remède universel, lui rendrait ses érections passées.

Calcul de cholestémie.

M. Guépin a recueilli un volumineux calcul biliaire qui a été extrait d'un abcès de la paroi antérieure de l'abdomen chez une femme qui n'avait présenté aucun accident hépatique.

M. Dagron fait remarquer que ce sont précisément ces gros calculs qui évoluent sourdement sans aucun symptôme particulier et émigrent lentement vers l'extérieur, soit vers le duodénum, soit vers la paroi. Comme la première partie de l'intestin grêle est située juste au-dessous de la vésicule biliaire, on comprend que par le simple effet de la pesanteur après ulcération du fond de la vésicule, le calcul, ulcérant ensuite l'intestin, pénètre en entier dans le duodénum, et soit rendu par les matières fécales, et quelquefois occasionne de l'obstruction intestinale. Dans les autres cas il se forme dans le voisinage de la vésicule biliaire une poche qui se met bientôt en rapport avec la paroi, comme nous le constatons encore une fois dans le cas de M. Guépin.

Lésions valvulaires du cœur.

M. Griffon présente le cœur d'un malade du service de M. Achard à l'hôpital Cochin. Cet homme avait fréquenté de nombreux hôpitaux et presque partout on avait diagnostiqué différemment une affection cardiaque se traduisant par des souffles systoliques à la base du cœur. Comme il coexistait de la tuberculose pulmonaire, M. Achard pensa qu'il s'agissait de rétrécissement pulmonaire. L'autopsie démontra qu'il existait une endocardite très ancienne ; les valvules de l'artère pulmonaire étaient amincies, celles de l'aorte étaient soudées et rétrécissaient l'origine de ce vaisseau, il y avait enfin perméabilité du trou de Botal.

Cirrhose alcoolique.

M. Griffon a observé, dans le service de M. Achard, un malade qui était entré déjà en 1889 à l'hôpital pour ictère ; on en avait attribué la cause à un kyste hydatique ; une ponction blanche fit rejeter ce diagnostic, mais on ne se prononça pas. En juillet de cette année, on fit une nouvelle ponction dans une tumeur siégeant au niveau du creux épigastrique ; on n'amena qu'un peu de sang : toute culture fut stérile ; on pensa qu'il s'agissait d'un cancer du foie, car on trouva quelques ganglions dans l'aisselle. La présence de ces ganglions était due à des piqûres de morphine que le malade se faisait en cachette. La mort survint par le marasme après abcès gangréneux de la région fessière. A l'autopsie, on trouva un foie volumineux, développé surtout aux dépens du lobe gauche ; une rate pesant 1,270 grammes, présentant d'anciens infarctus et un cœur hypertrophié avec des lésions valvulaires du côté de la mitrale. L'examen du foie démontra qu'il s'agissait d'une cirrhose alcoolique biveineuse se développant sur un foie cardiaque.

Fracture du calcanéum.

M. Morestin a examiné plusieurs calcanéums fracturés et consolidés depuis longtemps et présente deux de ces os sur lesquels on peut constater : 1° une sorte de rejet en dedans de l'apophyse interne et supérieure ; 2° l'exagération de cet état avec éclatement de la partie antérieure de l'os.

Muscle digastrique.

M. Morestin a disséqué de nombreux muscles digastriques et a constaté que le ventre antérieur présentait souvent un faisceau qui se dirigeait sur la ligne médiane ; dans un cas particulier, ce faisceau était très apparent, étalé, formant comme une sangle musculaire doublant celle du milo-hyoïdien. On retrouve ce faisceau chez divers animaux : le singe, le mouton, le veau, par exemple.

Tumeur vermineuse de l'œsophage.

M. Hallion, en faisant l'autopsie d'un chien, a trouvé sur le trajet de son œsophage et tout le long de ce canal des petites tumeurs de volume variable, dures, sessiles, formées de tissu fibreux, compact et présentant à l'intérieur un paquet de petits vers lombricoïdes.

Atrophie musculaire sur le territoire du nerf cubital.

M. Lamy relate l'histoire d'un homme mort de granulie et ayant présenté de l'atrophie musculaire de la main (type griffe cubitale). Cette atrophie, dont la marche avait été rapide, remontait à 8 ans ; la cause est restée inconnue. L'autopsie n'a révélé la présence d'aucune lésion du côté du membre supérieur, de l'aisselle et du triangle sus-claviculaire. L'examen histologique a porté sur la moelle épinière qui présente des lésions de la corne antérieure correspondant au nerf cubital. Celui-ci était atteint de névrite : les autres nerfs étaient normaux à la coupe. Il s'agit bien d'une névrite périphérique, mais on ne peut en préciser la cause.

G. Dagron

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — **A. BROCA**, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de **G. MASSON**, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

PARIS

Thèses du 29 octobre au 3 novembre 1894.

Mercredi 31. — M. Someil. Les abcès musculaires dans la fièvre typhoïde. — M. Villain. Essai sur les névralgies à distance dans les affections utérines. — M. Darfeuille. Déplacements de la rate avec torsion du pédicule.

MONTPELLIER

(Année scolaire 1893-1894).

M. Bothézat. Contribution à la chirurgie des artères. — M. Sélignac. Traitement de la syphilis par le gallate de mercure. — M. Pierre Bosc. Le gonocoque; bactériologie; clinique; médecine légale.

M. Marius Cros. Contribution à l'étude des localisations de la blennorrhagie sur les nerfs périphériques — M. Aymard. De la curabilité de la tuberculose pulmonaire. — M. Rémy Roux. De la taille hypogastrique et de la lithotritie chez les petits garçons.

M. Pascalis. De la paralysie générale chez les Arabes. — M. Martin. Contribution à l'étude du traitement de la fistule de l'anus; excision et suture. — M. Macasdar. De l'uréthrotomie interne par l'instrument de Civiale.

M. Cornet. Contribution au diagnostic des myoclonies. — M. Comte. Du traitement de la fièvre typhoïde, surtout à la campagne. — M. Auzillion. Des paramétrites et périmétrites primitives (phlegmon rétro-utérin).

M. Anoun. Le marrube contre l'impaludisme. — M. Louis Cros. Métrites et paramétrites; contribution thérapeutique; massage de l'utérus et de ses annexes. — M. Claudel. Sur le quassia africana et sur le pancavia Heckelé-Claudel, qui lui est substitué.

M. Nourrigat. Le surmenage dans l'étiologie de la fièvre typhoïde (revue critique). — M. Rouch. Contribution à l'étude du placenta prævia. — M. Mainguy. Des calculs migrateurs de l'urèthre.

M. Dupouy. De l'amputation de l'avant-bras. — M. Rolland. Des kystes dermoïdes du plancher buccal. — M. Lefeuvrier. Notes sur l'épithélioma de la main.

M. Reynes. Contribution à l'étude de certaines fractures du coude chez l'enfant (fractures en coin du condyle interne et du condyle externe). — M. Lassale. Relation de l'épidémie cholérique de Cette, en 1893. — M. Tholance. De la méthode sclérogène dans ses diverses applications. — M. Poppoff. De l'opération d'Estlander.

M. Rancurel. Rapport de la tuberculose avec la grossesse. — M. Brengues. Considérations sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Henry. Essai sur l'expression et l'esthétique oculaires au point de vue normal et pathologique.

M. Joyes. Contribution à l'étude des périostites suppurées aiguës de nature eberthienne.

VARIÉTÉS

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le Dr Legroux, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Trousseau.

Le service religieux aura lieu à Saint-Germain-l'Auxerrois, le jeudi 25 courant, à midi très précis.

Jury des médailles dor. — *Médecine*, MM. Danlos, Thibierge, H. Martin, Gilbert, Tillaux.

Chirurgie, MM. Gérard Marchant, A.-H. Marchand, Guyon, Troisier, Doléris.

Jury de l'internat. — MM. A. Guérin, Th. Anger, Delens, Boissard, Darier, Capret, Thoulot.

Jury de l'externat. — MM. Béclère, Duflocq, Queyrat, Ménétrier, Albarran, Beurnier.

Cours d'ophthalmologie. — Le docteur Vignes reprendra, le samedi 10 novembre, à sa clinique, 18, rue Dauphine, ses conférences publiques d'ophthalmologie. Il commencera par la dioptrique.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles. — Le Dr Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra à sa clinique, 52, rue Jacob, son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 13 novembre, à 3 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Examen des malades et opérations à partir de 3 heures et demie.

On s'inscrit pour les exercices pratiques les mêmes jours à la clinique, de 3 heures à 5 heures.



CAPSULES
DARTOIS

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'intervention chirurgicale immédiate en cas de perforation d'ulcère simple de l'estomac, communication au Congrès de Chirurgie, par P. Michaux.

Je demande à poser devant le Congrès de chirurgie la question du traitement chirurgical de l'ulcère simple de l'estomac, en vous communiquant le fait suivant qui est à ma connaissance le premier succès obtenu en France pour intervention immédiate en cas de perforation des ulcères.

Le 28 septembre 1893, on amène dans le service de mon maître M. Léon Labbé un homme de 31 ans, terrassier, qui en soulevant un rail vers deux heures du matin a été pris d'une douleur épigastrique atroce avec sensation de déchirement intérieur.

Une demi-heure après, la douleur ne diminuant pas, notre homme va à la cantine et avale un verre de vin. Aussitôt la brûlure épigastrique augmente, la douleur devient atroce. A cinq heures, vomissement unique.

Au moment de la visite, huit heures après l'accident, rien dans l'état général ne dénote la gravité des lésions internes. Pouls plein 80 pulsations, T. ax. 38°2, vive douleur épigastrique, ventre rétracté, tendu surtout au niveau du ventre supérieur des muscles droits.

Ces signes me font soupçonner une déchirure stomacale ou intestinale. J'insiste auprès du malade sur la nécessité d'une intervention chirurgicale immédiate et j'obtiens non sans peine son consentement.

Opération séance tenante avec les précautions ordinaires.

Incision exploratrice de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Le péritoine ouvert, écoulement de vin altéré, mêlé de quelques débris alimentaires. L'incision est agrandie, le foie fortement relevé par la main d'un aide; je trouve très profondément sous le foie, près de la colonne vertébrale, à deux centimètres du cardia sur la face antérieure de l'estomac. Nettoyage et désinfection.

J'essaie de suturer directement les bords de la perforation, mais les tissus sont trop friables, ils se déchirent sous le fil, quelque douceur qu'on emploie. Il est impossible de songer à une excision de l'ulcère, je n'ai d'autre ressource que d'enfermer la perforation dans le fond d'un pli fait à la face antérieure de l'estomac et j'assure l'occlusion par un double rang de sutures de Lembert faites à distance et très soignées. L'incision est refermée, sauf à la partie inférieure par où je conduis une mèche iodoformée jusqu'à l'ulcère suturé.

Suites très satisfaisantes malgré l'écoulement au huitième jour d'un peu de sérosité louche bientôt transformée en fistule purulente. Craignant de détruire mon ouvrage, j'ai laissé persister cinq mois cette fistule sans oser y toucher. Le malade, d'abord très amaigri malgré tous nos efforts, est ensuite devenu gros et gras; le 5 mars 1894 seulement j'ai réincisé le trajet fistuleux, gratté et nettoyé la poche purulente gastro sous-hépatique à laquelle il aboutissait. Un mois après, la guérison était radicalement obtenue. J'ai revu le malade, il y a trois jours, en parfait état.

Les travaux de nos maîtres ont établi anatomiquement que la perforation était une complication fréquente de l'ulcère, treize fois pour cent (Brinton). On l'observe plus souvent chez la femme avant 30 ans, chez l'homme après cet âge. Fait curieux, si l'ulcère est plus fréquent à la paroi postérieure et dans la région pylorique, la perforation est plus fréquente à la face antérieure. Condition moins avantageuse, l'ulcère est souvent multiple, 97 fois sur 463 observations (Brinton).

Quand l'ulcère se perfore, trois cas peuvent se produire : péritonite générale, péritonite partielle ou fistule. Cette communication n'envisage que les cas de péritonite générale.

La perforation peut-elle être diagnostiquée? Je réponds affirmativement. Le tableau de la perforation, qu'elle succède à un ulcère diagnostiqué ou à un ulcère latent, est toujours identique et ne laisse pas de doutes : Douleur épigastrique atroce, sensation de brûlure, de déchirure intérieure, accrue par l'ingestion des aliments, rétraction du ventre, disparition de la matité hépatique, vomissements rares ou nuls, enfin signes de péritonite généralisée avec élévation de température ou bien collapsus et hypothermie, tels sont les signes presque infaillibles de la perforation.

De ces faits découle sans conteste la nécessité de l'intervention chirurgicale. Elle s'impose comme dans les cas de perforation de l'appendice, de plaie de l'intestin, de contusion abdominale grave. Cette intervention chirurgicale, préconisée et pratiquée pour la première fois par Mikulicz en 1884, a été pratiquée environ 25 fois tant en Allemagne, en Angleterre qu'en Suisse et en France, ainsi qu'il résulte de recherches encore inédites entreprises sur ma demande par M. Chapt, interne des hôpitaux de Paris, qui doit en faire le sujet de sa thèse inaugurale.

Cette intervention comprend les temps suivants : incision exploratrice large ; recherche de la perforation ; si elle est facilement accessible, excision ou avivement comme l'a fait M. Roux de Lausanne ; si elle est peu abordable, plicature de l'estomac suivant le procédé que je viens d'indiquer et occlusion indirecte de la perforation par un double rang de sutures à distance.

Les dix premières opérations ont été suivies de mort ; les quinze faits suivants nous ont donné cinq guérisons qui appartiennent à Kriege, à Morse, à Maclaren, à Roux et à Michaux. Ces résultats sont d'autant plus encourageants qu'une grande partie des insuccès sont dus à une intervention trop tardive ou à une perforation oubliée. Les conditions du succès sont : 1° intervention dans les douze à quinze premières heures; 2° intervention large et soigneuse.

Nouveau signe de l'occlusion intestinale par étranglement ou torsion (épanchement séro-hématique intra péritonéal), communication faite au Congrès de chirurgie, par M. Gangolphe (Lyon).

Dans la précédente session, j'ai communiqué très succinctement les conclusions auxquelles m'avait conduit l'observation clinique et expérimentale, relativement à un nouveau signe d'occlusion intestinale pour étranglement. Aujourd'hui, j'apporte de nouvelles observations, la confirmation expérimentale plus complète des notions précitées. D'autre part, la *torsion de l'intestin* me paraît susceptible de causer le même épanchement séro-hématique que je considère comme pathognomonique de l'étranglement.

De nouvelles expériences, des observations recueillies dans plusieurs auteurs (Buckel, Bouilly, Memmès, etc.), consignées dans la thèse de M. Camichel (Lyon, 1893), montrent bien que l'épanchement séro-sanguin se fait dans le ventre, au même titre que dans le sac des hernies étranglées. L'anse étranglée présente quelquefois à l'intérieur un piqueté hémorrhagique sous-muqueux ou bien un épanchement de liquide très coloré en grande partie formé de sang.

L'épanchement intra-péritonéal n'est nullement le résultat d'une péritonite. La séreuse est tout à fait saine.

Malgré quelques tentatives, nous n'avons pu obtenir expé-

rimentalement de la torsion; les anses intestinales se déplacent avec la plus grande facilité, et pour les maintenir dans la position artificielle cherchée, il faudrait avoir recours à des moyens complexes, changeant absolument le type des expériences. La clinique prouve que, dans ces cas, l'intestin est congestionné et s'accompagne d'exsudat séro-hématique. Dans le courant du mois de juin 1893, on amena dans mon service une femme atteinte de douleurs intolérables dans l'abdomen, et présentant une hernie inguinale gauche. Ces accidents dataient de 18 heures et étaient survenus brusquement à la suite d'un effort; il n'y avait pas de ballonnement notable, pas de vomissements, les douleurs seules étaient atroces. Je résolus de faire la kélotomie, mais j'étais médiocrement convaincu de l'étranglement herniaire.

En effet, la hernie, formée d'intestin et d'épiploon, put être facilement réduite; j'allais faire la suture, remettant une laparotomie au lendemain si les accidents persistaient, lorsque du liquide rosé sortit par le collet. Je pensai immédiatement à un étranglement interne. Séance tenante, j'incisai de l'ombilic au pubis; issue de 3 à 4 verrées de liquide séro-hématique; je trouvai une anse intestinale brunâtre serrée contre la colonne vertébrale par suite d'une torsion du mésentère. Je dégageai l'intestin, qui était brunâtre, congestionné sur une étendue de 0 m. 60. Après une toilette rapide, je refermai, persuadé que la malade devait guérir. Le résultat immédiat fut merveilleux; néanmoins, la malade s'affaiblit peu à peu et mourut le troisième jour sans avoir eu de la fièvre et des vomissements. L'autopsie ne montra ni épanchement, ni péritonite.

D'autres observations de Brocum (Kœnigsberg), Roux (Lausanne), Martel, Rochet (Lyon), viennent à l'appui des conclusions suivantes :

Qu'il y ait *torsion ou étranglement*, l'épanchement provient de la gêne de la circulation en retour et se produit de la même manière que dans le sac d'une hernie étranglée. Cet épanchement peut être révélé sur le malade par de la matité ou de la sub-matité. L'indication opératoire est aussi pressante que s'il s'agissait d'une hernie externe étranglée.

Au cours d'une laparotomie, l'issue d'un liquide séro-sanguin, sans péritonite, sans néoplasme indiquera un étranglement par brides, diverticules, orifices intra-abdominaux ou une torsion. Ce sera une indication pressante de continuer avec persévérance les investigations souvent si laborieuses de la laparotomie exploratrice. Refermer le ventre avant d'avoir levé l'obstacle, c'est condamner le malade à une mort certaine.

Recherches expérimentales sur les entérorrhaphies par la méthode de Murphy. Une observation de gastro-entéro-anastomose chez l'homme par ce procédé. Communication faite au Congrès de chirurgie, par le docteur E. Villard (Lyon), prosecteur à la Faculté.

Nous avons entrepris sur des chiens des études expérimentales sur les résections intestinales pratiquées suivant la méthode de Murphy.

Nous nous sommes servi dans ces interventions d'un modèle de bouton anastomotique, construit suivant les dispositions générales du modèle type, mais présentant seulement quelques modifications de détail. La branche mâle est en effet remplacée par quatre petites languettes-ressorts, sur lesquelles on peut venir serrer la tranche de section de l'intestin; nous avons également supprimé le cylindre mobile de la branche femelle et le ressort qui l'actionne. Enfin, nous avons considérablement agrandi les orifices placés sur la circonférence de la pièce métallique, de telle sorte que, quelle que soit la situation de celui-ci pendant sa migration dans le tube digestif, à aucun moment, il ne pourra amener une obstruction totale.

Pour pouvoir serrer commodément le pourtour de l'intestin sectionné sur le cylindre central de l'appareil, nous pratiquons rapidement sur tout le pourtour de l'anse sectionnée une suture en surjet contournée, qui permettra, en tirant sur les deux bouts du fil, d'obtenir une adaptation parfaite.

Nous n'avons eu qu'un décès parmi les animaux opérés. Cet animal succomba à une péritonite probablement due à l'écoulement d'une assez grande quantité d'urine dans le ventre pendant l'intervention, une miction intempestive étant survenue. Il n'y avait aucune trace d'épanchement stercoral au niveau du point réséqué.

Dans nos recherches, nous avons été frappé par les trois points suivants :

1° La simplicité de l'intervention.

2° La solidité et la perfection de l'adossement des séreuses.

3° La rapidité de l'acte opératoire.

Nous n'avons jamais eu d'obstruction intestinale, et quant à la possibilité d'un rétrécissement ultérieur, le sacrifice des animaux en expérience nous fixera sur ce point.

Nos résultats expérimentaux ont été confirmés par une gastro-entéro-anastomose pratiquée le 26 septembre dernier, en collaboration avec M. Jaboulay, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Il s'agissait d'une femme atteinte de cancer du pylore avec extrême dilatation stomacale. Opération simple (8 à 10 minutes). L'adossement des surfaces séreuses fut parfait, et nous pûmes vérifier, séance tenante, la solidité de l'anastomose, des secousses de vomissements très violentes étant survenues pendant l'intervention.

Suites très bonnes. Pas de fièvre, amélioration presque immédiate de l'état général, cessation des vomissements qui existaient auparavant, et réapparition de l'appétit dès le lendemain.

Actuellement, état excellent. L'élimination du bouton anastomotique n'a pas été pourtant effectuée encore.

Cette observation clinique, forcément incomplète vu sa date récente, confirme nos recherches expérimentales et nous permet d'arriver aux conclusions suivantes :

1° La méthode de Murphy dans les résections intestinales et les entéro-anastomoses semble devoir être prise en sérieuse considération.

2° *La simplicité du procédé* qui le met pour ainsi dire à la portée de tous, *sa rapidité, sa sûreté* en sont les principaux avantages.

3° Les inconvénients des sutures intestinales, tels que la largeur de l'intervention et le shock consécutif nous ont paru évités par cette méthode. De ce fait, les indications des résections intestinales et des anastomoses doivent s'étendre beaucoup, notamment dans le traitement des étranglements intestinaux avec mauvais état général du malade.

4° Enfin, il faut faire des réserves au point de vue de la possibilité d'un rétrécissement intestinal tardif, fait que démontreront des recherches ultérieures.

Abcès froid du médiastin antérieur symptomatique d'ostéite tuberculeuse du sternum. — Trépanation. — Présentation du malade guéri. — Communication au Congrès de Chirurgie par M. Hassler, à l'école du service de santé militaire.

Le malade, âgé de 23 ans, avait fait régulièrement 30 mois de service militaire à Lyon, lorsque le 20 juin 1893, pendant qu'il dormait sur son lit, fatigué à la suite d'une marche militaire, un de ses camarades fit, par manière de plaisanterie, tomber sur lui d'une hauteur de deux mètres son sac réglementaire encore tout complété et pesant, avec les 13 paquets de cartouches qu'il contenait, 22 à 23 kilogrammes. Le sac tomba sur le milieu du thorax et porta surtout au niveau de l'articulation de la 2e côte droite avec le sternum. Le malade éprouva une sensation extrêmement pénible de choc et d'enfoncement du thorax, mais il ne perdit pas connaissance, n'eut aucune hémoptysie et n'éprouva, pendant les 3 jours qui suivirent, qu'une gêne notable et qu'une douleur assez vive en respirant.

Dans le courant du mois de janvier 1894, N..., étant en congé dans sa famille, commença à perdre ses forces et à maigrir et remarqua qu'il était très oppressé quand il se livrait à un travail fatigant. Vers le 3 février, il découvrit, par hasard, un matin en s'habillant, qu'il portait une tumeur de la grosseur d'une noisette sur le bord droit du sternum, au-dessus de l'articulation de la 2e côte droite.

Bientôt il dut cesser tout travail à cause de la douleur et

de la dyspnée qu'il éprouvait et à cause de l'accroissement rapide de la tumeur.

Le nommé N... entra à l'hôpital Desgenettes le 5 mars 1894.

Très amaigri, il parle avec peine, sa respiration est fréquente et courte, ses yeux sont fortement excavés, une sueur assez abondante perle sur son visage qui effraie par son aspect livide; les lèvres, les ailes du nez, les oreilles sont violacées; les veines jugulaires sont très saillantes. Le malade ne respire bien que dans le décubitus latéral; lorsqu'il est couché sur le dos et qu'il tente de s'asseoir dans son lit, il lui semble qu'un poids énorme l'écrase et lui interdit tout mouvement; pour arriver à se mettre sur son séant, il est obligé d'abord de se coucher sur le côté.

A l'examen, il présente à cheval sur le manche du sternum, débordant à droite et à gauche, une tumeur aplatie plus grosse que le poing, nettement fluctuante, avec tous les caractères des abcès par congestion. La pression même légère est douloureuse; si on l'exagère elle devient rapidement intolérable et le malade accuse cette sensation d'écrasement déjà signalée. La matité s'étend sur le sternum à 2 ou 3 travers de doigt au-dessous de la tumeur.

Pas de dyspnée intermittente, pas d'altération de la voix, pas de dysphagie, ce qui démontre l'intégrité du phrénique, du pneumogastrique et de l'œsophage. Pouls fréquent, mais régulier; pointe du cœur très abaissée. Les sommets des deux poumons présentent les signes d'une bronchite spécifique au 2e degré.

Le 7 mars 1894, — anesthésie prudente au chloroforme, incision cruciale qui ouvre largement la collection sus-sternale qui contenait environ 400 gr. de pus. — A ce moment le malade tousse et on voit un jet de pus qui sort du sternum par un orifice de 4 millimètres de diamètre situé un peu au-dessus du niveau de la 2e côte droite; — agrandissement de la perforation avec la curette tranchante et avec la pince emporte-pièce de L. Championnière de façon à permettre la détersion de l'abcès sternal qui descendait jusque sous la portion moyenne du sternum.

Lavages abondants, — cautérisation au chlorure de zinc à 10 % — tamponnement à la gaze iodoformée, — pas de sutures.

Suites des plus simples, — amélioration très rapide et très considérable de l'état général. Le malade, qui ne pesait que 52 kilog. le 5 mars, est revenu à son poids habituel de 60 kilog. le 12 mai, gagnant 3 livres par semaine dans le mois qui suivit l'intervention.

La cicatrisation fut complète le 3 juillet 1894 et le malade, pourvu d'un congé de réforme n° 2, reprit chez ses parents sa profession d'ouvrier marbrier.

Actuellement, 9 octobre 1894, bien que le malade travaille dix heures par jour, les lésions des sommets paraissent en voie de guérison. La cicatrice est un peu rouge, mais solide, non adhérente et non douloureuse. La région sternale est à peine déprimée de un centimètre; la pression à ce niveau même forte ne détermine aucune douleur; — la percussion révèle une sonorité plutôt exagérée. L'état général reste satisfaisant grâce à l'huile de foie de morue, l'iodoforme, la créosote et la suralimentation.

Ce fait, comme celui de Bastide, chirurgien-major au Royal Dragons, 1753, qui trépana et guérit son malade (mémoire de Lamartinière à l'Académie de Chirurgie, 1768, T. IV, p. 545), établit le rôle du traumatisme dans la production des abcès de la portion sus-cardiaque du médiastin antérieur, symptomatiques d'ostéite tuberculeuse du sternum; cette cause déterminante souvent invoquée théoriquement par les auteurs a été très rarement démontrée. — Souvent, comme dans le cas de M. Bousquet de Clermont-Ferrand (Congrès français de chirurgie, 9 octobre 1889), la tumeur apparaît « sans cause appréciable ».

Ce fait confirme aussi la remarque importante de Lamartinière qui a signalé la tendance qu'a le pus à venir se collecter en avant sous le sternum au lieu de fuser vers le médiastin postérieur, et démontre combien le chirurgien du XVIIIe siècle avait vu juste et devancé les cliniciens de son temps et du nôtre avant l'ère antiseptique (consulter les derniers articles « Médiastin » des grands dictionnaires) en se faisant le champion convaincu de la trépanation du sternum aussi précoce que possible.

De la cystotomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales et vésico-intestinales, communication faite au Congrès de chirurgie par le docteur Alfred Pousson (Bordeaux).

Si la méthode américaine convient à l'immense majorité des cas, il faut bien reconnaître qu'il existe un certain nombre de fistules vésicò-vaginales qui lui échappent complètement : telles sont les fistules para et intra-cervicales, celles qui se cachent derrière un pli, une bride du vagin, celles encore que l'étroitesse du vagin rend inaccessibles aux instruments. Dans leur impossibilité à traiter directement par l'évidement et la suture ces solutions de continuité, les chirurgiens n'avaient jusqu'à ces derniers temps d'autres moyens pour remédier à l'écoulement incessant des urines que la méthode indirecte des kleisis génitaux (hystéro-cleisis, colpo-cleisis, épisiorrhaphie), ou de la fistulisation recto-vaginale combinée à la fermeture du vagin ou de la vulve. Ce sont là des opérations de pis aller, qui, si elles s'opposent à l'incontinence, créent des dangers redoutables en exposant à l'infection réciproque des appareils génital et urinaire et qui de plus suppriment toutes les fonctions de la génération. L'ouverture sus-pubienne de la vessie, en permettant d'aviver et de suturer directement les lèvres de la solution de continuité presque avec la même facilité que par le vagin, nous offre, je crois, un précieux moyen de traiter les fistules inaccessibles par le conduit vaginal. Elle me semble préférable à la voie ischio-rectale proposée à notre avant-dernier congrès par notre collègue Michaux, et dans les sept cas où elle a été utilisée par Trendelenburg (3 cas), par Baum (1 cas), par Léopold (1 cas), par Mac Gill (2 cas), elle a donné 2 insuccès, 1 succès partiel et 4 succès complets. J'y ai eu recours une fois chez une petite fille de 6 ans pour une fistule consécutive à l'ulcération de la cloison par un calcul de la vessie. La solution de continuité mettant en communication la vessie et le vagin a été oblitérée, mais il a persisté une fistule uréthro-vaginale, le plancher de l'urèthre ayant été, lui aussi, détruit par le calcul.

Je crois que la même voie sera également suivie avec avantage pour le traitement des fistules vésico-intestinales. Non pas pour toutes, mais pour celles qui sont inaccessibles par le rectum et qui ont ce caractère de n'avoir pas de trajet intermédiaire entre leurs deux orifices et de constituer en un mot des fistules bimuqueuses, pour celles qui ont un trajet intermédiaire et sont en cela analogues aux fistules pyostercorales s'ouvrant à la surface de la paroi abdominale, je crois que la laparotomie doit leur être réservée. Cette idée d'attaquer certaines fistules vésico-intestinales par la vessie et qui, autant que mes recherches me permettent de l'affirmer, n'est pas sortie du domaine théorique, a été suivie il y a une dizaine d'années par mon maître le professeur Le Dentu, je crois qu'elle sera féconde en résultats.

M. Albarran (Paris). — La cystotomie peut rendre service dans toutes les opérations où sans cela l'urine souillerait la plaie opératoire. Ainsi, dans un cas que j'ai vu opérer, elle a permis d'obtenir la réunion immédiate après une résection de l'urèthre. En outre, chez une malade atteinte de fistule inguinale de l'uretère, je commençai par réunir et aviver la fistule, puis je fis la cystostomie et par la plaie hypogastrique je mis une sonde à demeure dans l'uretère; la guérison fut obtenue.

M. Poncet (Lyon). — Je crois que la cystotomie associée à la colpokleisis peut rendre de grands services dans certaines fistules vésico-vaginales, avec large perte de substance, rebelle aux autres procédés. J'ai obtenu ainsi un fort beau succès. Je sais bien que la malade est exposée à des formations calculeuses, à des infections vésico-rénales, mais elle a bénéficié d'une amélioration fonctionnelle considérable.

REVUE DES CONGRÈS

HUITIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Lyon du 9 au 13 octobre.

Estomac et intestin.

Trente-cinq cas de chirurgie de l'estomac.

M. Montaz (Grenoble) étudie la chirurgie de l'estomac à propos de sa pratique personnelle. Il n'a opéré jusqu'ici que des cancéreux habitant le Dauphiné, la Savoie, Lyon; deux venaient du Midi. En classant les malades par opération, voici quels ont été la technique suivie, les résultats immédiats et éloignés.

Gastrectomies. — M. Montaz a fait six résections de l'estomac avec 3 guérisons opératoires et 3 morts. Les 3 morts ont été produites par le shock; dans une, la première de ce chirurgien, on a trouvé un peu de sang dans le péritoine. M. Montaz réserve la résection aux tumeurs petites, facilement isolables. Pour les autres, il se contente d'une opération palliative, gastrostomie, ou même rien que la laparotomie.

Technique. — Laparotomie sus-ombilicale médiane; recherche et sortie au dehors de l'estomac; inspection rapide; déchirure avec les doigts du grand épiploon et de l'épiploon gastro-hépatique; pose sur l'estomac de deux grandes pinces de Richelot garnies de caoutchouc, un peu loin du néoplasme; résection à un centimètre en dedans des pinces; sutures en surjet, d'après Doyen, de la demi-circonférence antérieure; une ligne de suture isolée rétrécit l'ouverture gastrique, trop grande pour l'ouverture duodénale; consolidation des commissures, réduction et fermeture du ventre. Diète absolue pendant 24 à 48 heures, suivant les cas; puis eau, ensuite eau lactée, lait, potages, etc.

Gastrostomies. — M. Montaz a pratiqué 6 gastrostomies pour des cancers du cardia, avec 6 guérisons opératoires. Le procédé suivi a été, dans ses grandes lignes, celui de Terrier. Ouverture épigastrique du ventre suivant la bissectrice gauche de l'angle formé par la ligne blanche et la ligne des fausses-côtes. Recherche de l'estomac sous la face inférieure du foie; une fois reconnu, on l'attire avec une pince hémostatique et on le fixe dans une partie de la plaie abdominale à l'aide d'une couronne de sutures non pénétrantes, qui comprennent la paroi musculo-aponévrotique abdominale et les tuniques externes de l'estomac; on ferme alors ce qui reste de la plaie de laparotomie et on ouvre l'estomac dans une étendue minuscule; sa muqueuse est saisie et suturée à la peau. Pansement sommaire. L'alimentation est commencée le lendemain avec un tube de caoutchouc et un entonnoir: œufs, lait, poudre de viande, purée au lait. On bouche le trou avec un tampon de coton phéniqué et une bande. Pour éviter l'érythème cutané et la digestion de la paroi, M. Montaz s'est particulièrement bien trouvé du stérésol de M. Berlioz (de Grenoble), qui est un vernis phéniqué adhérent aux muqueuses et à la peau.

Gastro-entérostomies. — M. Montaz a pratiqué 10 gastro-entérostomies avec 7 guérisons opératoires et 3 morts. La mort a été causée par le collapsus, avec hypothermie, petitesse du pouls, oligurie, sans la moindre réaction péritonéale.

Technique opératoire. — Laparotomie sus-ombilicale médiane; sortie de l'estomac; recherche de l'origine de jéjunum en relevant le grand épiploon et en cherchant sur le côté de la colonne vertébrale au-dessous du méso-côlon transverse. M. Montaz a toujours pratiqué l'opération antérieure de Wœlfler. Pour cela, il pince la paroi antérieure de l'estomac avec une pince courbe garnie de caoutchouc et incise longitudinalement la partie qui dépasse les pinces; il isole l'anse intestinale à ouvrir à l'aide de deux ligatures traversant le mésentère et serrées sur l'intestin. Celui-ci est incisé longitudinalement entre les ligatures; lavage au sublimé, puis à la microcidine, des deux muqueuses gastrique et intestinale, hors du ventre. Sutures postérieures, d'abord séro-séreuses, puis muco-muqueuses; ensuite sutures antérieures, d'abord muco-muqueuses, puis séro-séreuses; consolidation des commissures. Réduction des viscères, fermeture du ventre. Diète puis alimentation progressive. Trois malades, sur les 7 guéris, ont eu des régurgitations bilieuses après l'ingestion des aliments, mais sans en souffrir notablement. D'ailleurs, la position sur le côté atténue beaucoup cet inconvénient et M. Montaz croit que la duodéno-jéjunectomie de Jaboulay est une complication inutile et sérieuse. Les opérés engraissent généralement et reprennent des forces; cela dure environ 6 mois à un an, puis tout dégringole. Le chlorate de soude, essayé avec persévérance n'a rien donné.

Entérostomies. — M. Montaz a fait deux entérostomies pour cancer massif de l'estomac. C'est en somme la technique de la gastrostomie, appliquée à l'origine du jéjunum. Les deux malades ont guéri. On les alimentait avec le tube introduit dans la bouche intestinale. D'ailleurs, ils ont pu, après quelques jours, ingérer par la bouche normale sans que rien ne sorte par la bouche anormale, qui serait devenue un anus. La macération cutanée a été faible et, en tous cas, fort atténuée par le stérésol.

Laparotomies exploratrices. — Onze fois, le chirurgien a dû s'en tenir à la simple inspection des organes. Tous les malades se sont remis de l'opération et ont guéri sous le premier pansement. Ils avaient du cancer hépatique ou péritonéal. A ce sujet, M. Montaz indique la préparation qu'il fait subir maintenant à la région qu'il doit opérer, ainsi qu'à ses mains et à ses bras. Pendant qu'on commence l'anesthésie au chloroforme avec l'appareil de Junker, on fait un brossage rigoureux avec du savon et de la microcidine, puis un abondant lavage au sublimé. On barbouille ensuite la région avec un gros pinceau, imprégné de glycérine phéniquée à 50/1000 et qui y trempe constamment.

Enfin, au moment de prendre le bistouri, dernier lavage à la microcidine, qui enlève tous les antiseptiques précédents et qui n'altère en rien les instruments. Ces derniers sont flambés à une grosse lampe à alcool et trempent dans la microcidine.

Les pièces du pansement, qui est humide, consistent en tarlatane non gommée, bouillie et conservée dans le phénosalyl à 10/1000, et en taffetas ciré jaune également bouilli et conservé dans le phénosalyl. La même tarlatane sert d'éponges. Le foyer opératoire est circonscrit par de grandes toiles caoutchoutées, bouillies et conservées dans le sublimé. Toutes les sutures et ligatures d'artères sont faites à la soie n° 0, conservée dans la glycérine phéniquée à 50/1000 et stérilisée au bain-marie à 105° dans l'eau salée.

Vingt-deux cas d'appendicite. Remarques sur le diagnostic et le traitement.

M. Ch. Monod (Paris), de l'étude de 22 cas d'appendicite observés par lui, tant en ville qu'à l'hôpital, tire la conclusion que l'intervention chirurgicale est pour ainsi dire toujours indiquée et qu'elle doit être aussi précoce que possible.

Dans ces 22 cas, il compte 17 guérisons et 5 morts. Dans les cas de mort, trois fois celle-ci a pu être attribuée au retard, voulu ou obligé, apporté à l'intervention; deux fois à des complications.

Dans tous les cas il a trouvé du pus, collecté ou non, autour de l'appendice; trois fois 48 heures après le début des accidents; quatre fois deux jours après; deux fois au quatrième jour.

L'opération doit donc être précoce; ce qui suppose un *diagnostic* précoce également.

Celui-ci est possible. Il ne faut pas attendre, en effet, la tumeur évidente, l'œdème ou la rougeur. Il suffit, pour porter le diagnostic, 1° de la connaissance d'accidents antérieurs d'appendicite; 2° du début brusque des accidents actuels; 3° de la rétraction de la paroi abdominale et de la défense extrême des muscles; 4° surtout de la douleur vive, spontanée et à la pression en son lieu d'élection à quatre travers de doigt de l'épine sur la ligne spinoso-ombilicale.

L'absence de fièvre peut donner une sécurité trompeuse, soit qu'elle manque absolument, soit qu'elle tombe après avoir existé.

Pour ce qui est du *mode d'intervention*, M. Monod préconise une incision qui est à peu de chose près celle de la ligature de l'iliaque, rapprochée de la crête pour éviter les éventrations. Si la découverte de l'appendice est facile, on le réséquera; si non, on se contentera d'évacuer le ou les foyers, en ayant soin de rechercher les foyers secondaires.

Pas de suture de la plaie. Drainage.

L'opération en elle-même, conduite aseptiquement, n'est

pas dangereuse et peut être recommandée même dans les cas de diagnostic douteux (incision exploratrice).

M. Ricard confirme ce que vient de dire M. Monod relativement à la nécessité d'une intervention précoce. Sur seize malades atteints d'appendicites suppurées, il a eu quatre cas de mort, qui tous ont été dus au retard dans l'intervention chirurgicale.

M. Roux (Lausanne). — On discute beaucoup sur le mécanisme de la perforation de l'appendice, et par exemple on a dit qu'une concrétion stercorale pourrait comprimer l'artère appendiculaire au point de déterminer une nécrose; ou bien le corps étranger, formant bouchon, déterminerait en amont une accumulation de mucus et par suite une dilatation de l'appendice; enfin on a incriminé l'action vitale des microbes.

J'ai essayé d'élucider ce mécanisme par des expériences sur les animaux, principalement sur le porc.

Après anesthésie, j'isolais le cæcum et, à l'aide de fils passés sous la séreuse et plus ou moins serrés, je déterminais une série d'étranglements moniliformes, sur une longueur de 13 à 15 centimètres; par une incision faite un peu plus haut, j'introduisais ensuite des corps étrangers, tels que des noyaux de fruits, dans l'appendice artificiel ainsi créé. Dans plusieurs cas les fils étaient passés de façon à comprimer les artères; dans d'autres, celles-ci étaient liées directement.

J'ai pu me convaincre que la présence des corps étrangers ne suffisait pas à provoquer la perforation, même s'il y avait un trouble marqué de la circulation artérielle, et que ces corps étrangers étaient tolérés aussi longtemps que la muqueuse n'était pas enflammée. Mais il suffit d'un refroidissement, d'un catarrhe intestinal même léger pour que la muqueuse enflammée s'embroche en quelque sorte sur le corps étranger, ce qui facilite alors la production de la gangrène.

Ce qui prouve d'ailleurs que la perforation n'est pas consécutive à l'action directe des concrétions, c'est la répartition des plaques de sphacèle *en carte géographique*, qu'une mobilité extrême d'un corps étranger ne suffirait pas à expliquer.

Il y a donc lieu de penser que c'est, non pas l'action mécanique des concrétions, mais plutôt l'action vitale des microbes, qui, comme l'a dit Talamon, détermine la production des perforations, le corps étranger servant seulement à localiser et à hâter cette production.

Occlusion intestinale par péritonite tuberculeuse.

M. Accolas (Laval). — Une jeune fille de 28 ans eut, en 1892, des accidents que M. Accolas attribua à quelque chose de tubaire. Un an après, débutèrent des accidents d'occlusion d'abord améliorés, puis graves, arrivant aux vomissements fécaloïdes. Par laparotomie médiane, M. Accolas tomba sur une gangue où l'intestin était aggloméré; pas d'ascite; tubercules péritonéaux extrêmement nombreux. Dans la fosse iliaque gauche, une volumineuse bride sectionnée entre deux ligatures. Suture en étages. Guérison rapide. En mars dernier, l'état local et général était excellent. M. Accolas fait remarquer cependant qu'il n'a jamais dirigé aucun traitement local contre la péritonite.

Contusion de l'abdomen.

M. Février (Nancy), d'après des expériences faites avec M. Adam (Nancy), pense qu'on peut atténuer beaucoup le danger des laparotomies précoces dans les contusions de l'abdomen avec lésions de l'intestin.

L'anatomie pathologique montre que l'intestin blessé présente un certain nombre de caractères qui peuvent faciliter sa recherche.

Siège des lésions. — Elles sont toujours situées au-dessous du point de contusion, dans la direction du rachis; quand elles sont multiples et superposées, les plus graves sont les plus profondes.

Aspect de l'anse. — Elle est paralysée, rouge, épaissie sur une longueur de 8 ou 10 cent. au-dessus et au-dessous de la perforation. Elle donne à la main un contact rugueux et une sensation élastique particulière.

La déchirure du mésentère forme sur le point désinséré de l'intestin une série de petites nodosités constituées par les débris infiltrés de sang.

Enfin, l'*épanchement sanguin* reste liquide et ne se coagule qu'au voisinage de la perforation, de sorte que les caillots peuvent fournir des renseignements utiles.

Ces faits se trouvent confirmés par des recherches faites dans la littérature.

Pour rendre la laparotomie plus rapide, il faudrait donc, une fois l'abdomen ouvert, examiner l'épiploon qui, par une ecchymose, peut indiquer le côté lésé. Rechercher les caillots. Enfin, introduire la main sur le rachis, chercher une anse plus grosse, plus rugueuse, plus élastique, portant sur son bord mésentérique une série de petites nodosités.

Quand on tiendra l'anse lésée, s'assurer s'il n'existe pas, entre elle et le rachis, d'autres anses perforées et les attirer au dehors.

M. Frœlich (Nancy). — Il est indispensable, comme l'a établi M. Février, d'opérer de bonne heure, autrement des interventions beaucoup plus complexes deviennent nécessaires : témoin le cas suivant : un enfant de 9 ans reçoit un coup de pied de cheval sur le ventre; signes de perforation immédiate, puis calme absolu pendant 3 jours, enfin, le quatrième jour, péritonite par perforation. Alors seulement l'enfant est amené à l'hôpital. Incision en T, je trouve deux poches stercorales dans l'abdomen, une sous la paroi, l'autre dans la concavité du sacrum, les deux communiquant par un trajet plus étroit au niveau duquel je vois l'anse perforée. Suture, drainage de la cavité pelvienne à la Mikulicz. La péritonite est enrayée. Quatre jours après, j'enlève la gaze iodoformée; la perforation s'est reproduite, la poche pelvienne se vide incomplètement, d'où septicémie et mort 21 jours après l'opération.

Il eût fallu pour sauver le malade drainer plus largement la cavité pelvienne par deux opérations :

1° Par incision paro-sacrée postérieure à la façon de Wœlfler, ou bien

2° Par une opération plus expéditive, par transfixion de dedans en dehors en un point situé à droite du sacrum, au-dessus des ligaments sacro-sciatiques.

Ces opérations, nouvelles chez l'homme, seront étudiées dans un travail ultérieur qui sera publié dans la *Gazette*.

Kystes hydatiques des épiploons.

M. Goullioud (Lyon) rapporte une observation de kystes hydatiques multiples des épiploons et de la cavité abdominale, pour lesquels il dut recourir à trois opérations successives, en deux ans et demi. Deux fois la malade vit disparaître les troubles digestifs et les douleurs dues à son affection, et put se croire guérie.

La première opération consista en la résection totale du grand épiploon, infiltré de kystes de tout volume, et formant une grappe du poids de 1,200 gr.

Un groupe de kystes, situés profondément sous le foie et qui n'auraient pu être atteints qu'en passant à travers le mésocôlon et réservés à une intervention ultérieure, s'atrophièrent, à la grande surprise du chirurgien.

Il avait aussi redouté qu'à la suite de la rupture de quelques kystes, inévitable pendant l'opération, une éclosion formidable d'hydatides se produisît, enlevant à sa malade le bénéfice de sa grave intervention. Il n'en fut rien.

Car s'il dut faire une seconde opération, c'est que des kystes apparurent dans une autre région, dans l'épiploon gastro-hépatique. Cette seconde intervention, complexe, consista à énucléer plusieurs petits kystes, et à en inciser, en un temps, deux plus volumineux. Il fut impossible de fermer au préalable la cavité péritonéale au niveau des angles rentrants formés par les deux grandes poches, autrement que par une mèche iodoformée. Cependant il n'y eut aucun symptôme d'intoxication hydatique, ni de réaction péritonéale.

Enfin, quelques jours après, M. Goullioud débridait largement le cul-de-sac de Douglas, où se trouvait une agglomération de kystes, qu'il attribue à une greffe intra-péritonéale, car ils se trouvaient dans la grande séreuse et non dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et il n'en existait pas trace lors de la première opération.

La malade va actuellement très bien, et a repris sept kilos en quelques semaines; mais ce serait s'illusionner que de la croire sûrement guérie. Elle sera donc suivie et réopérée s'il y a lieu, par une simple ponction ou par une intervention plus grave, suivant les indications.

Ce fait tend à prouver d'une part la récidivité des kystes

hydatiques multiples de l'abdomen, mais aussi l'utilité incontestable de l'intervention chirurgicale, la nécessité de la surveillance prolongée des malades et l'obligation des opérations successives.

Car on peut ainsi arriver à la guérison. Les observations de MM. Monod, Bouilly, etc., présentées à la Société de chirurgie cette année même, tendent à le prouver, ainsi que quelques faits réunis dans les thèses de MM. F. Albert (Paris, 1887), et Monéger (Lyon, 1892).

Organes génito-urinaires.

De la taille rénale dans certains formes d'anurie.

M. Picqué (Paris). — Parmi les variétés d'anurie, une seule est susceptible de l'intervention chirurgicale : c'est l'anurie par obstruction. Les statistiques sont encourageantes et l'on ne conçoit pas pourquoi les interventions sont si rares.

Le cas dont il s'agit est relatif à une femme atteinte de cancer utérin inopérable que j'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital Broca.

Cette malade fut prise d'une anurie absolue du 24 juillet au 6 août.

J'intervins au moment où la malade commençait à présenter les signes de l'intoxication urémique (bouffissure de la face, œdème des membres inférieurs, vomissements, diarrhée).

Je fis la taille rénale sur le bord libre dans l'étendue de 4 centimètres.

Pas de suture du rein à la peau, drainage à la gaze.

Dès le lendemain la malade fut inondée d'urine; depuis, l'écoulement est resté abondant par la plaie.

Les accidents urémiques ont immédiatement disparu.

Aujourd'hui 7 octobre, l'appétit est excellent; la malade va bien, mais la cachexie cancéreuse fait des progrès.

Dans ce cas, la seule indication a été le rétablissement de la fonction urinaire et le rein est absolument sain.

Les cas où il existe des calculs ou de la suppuration ne doivent pas en être rapprochés; le problème alors devient complexe.

C'est Gangolphe qui a le mieux unifié jusqu'ici les indications de la néphrotomie d'urgence.

Il est nécessaire d'aller vite pour éviter au malade d'entrer dans la phase d'intoxication urémique.

L'opération est d'une simplicité et d'une bénignité remarquables, circonstances qui doivent pousser le chirurgien dans la voie de l'intervention.

M. Demons (Bordeaux) est heureux que l'observation de M. Picqué vienne à l'appui de conclusions de son mémoire, en collaboration avec M. Pousson, sur l'anurie calculeuse (voyez *Mercredi*, 1894, p. 277) et son traitement par la taille rénale, non pour rechercher le corps étranger, mais pour combattre l'anurie.

M. Picqué (Paris) considère que son cas est différent de ceux auxquels fait allusion M. Demons, car le rein était sain. En outre, il ne faut pas, comme M. Demons, ériger en principe la non-recherche du corps étranger.

M. Broca. — Puisque le débat s'engage entre MM. Picqué et Demons sur la néphrotomie pour anurie, le rein étant sain ou malade, je rappellerai que j'ai obtenu récemment un beau succès chez un malade dont un petit cancer de la vessie obstruait l'uretère gauche. La miction s'est rétablie deux heures après la néphrotomie, ce qui démontre en outre que la suspension d'action du rein droit était d'origine réflexe.

M. Pousson (Bordeaux). — M. Picqué s'étonne que nous n'allions pas à la recherche du calcul. Chez nos malades, le rein à vrai dire était sain, et l'arrêt des urines relève d'un mécanisme semblable à celui qui existait dans le fait de M. Picqué. Si on fait vite la néphrotomie, l'épithélium recommence à fonctionner; si on temporise, il se détruit. Voilà pourquoi nous conseillons la néphrotomie, et la recherche du corps étranger ne vient que par surcroît.

M. Gangolphe (Lyon), à propos d'un fait personnel qu'il a publié récemment dans le *Lyon médical*, affirme dans les cas d'anurie la supériorité de la néphrotomie sur l'urétérostomie.

M. Le Dentu (Paris) n'a conseillé l'urétérostomie que pour les cas où la perméabilité de l'uretère ne pourra certainement pas être rétablie dans la suite.

Calcul du bas-fond de la vessie.

M. Rafin (Lyon) relate l'histoire d'un prostatique chez lequel il a dû extraire par la taille hypogastrique un calcul du bas-fond de la vessie, non enchatonné, mais trop friable pour pouvoir être bien saisi, attiré au-dessus du bas-fond et brisé par le lithotriteur.

La cystostomie appliquée à la cure de certaines fistules uréthrales.

M. Loumeau (Bordeaux). — Primitivement réservée à certaines complications graves du prostatisme, *l'opération de Poncet* a vu, dans ces dernières années, s'élargir le champ de ses indications. Au nombre de ces dernières, il convient de ranger les fistules de l'urèthre réfractaires aux traitements classiques. Mais, tandis que le professeur Poncet se contente de laisser béant le nouveau canal hypogastrique de ses cystostomisés, M. Loumeau préfère mettre une sonde à demeure dans le trajet sus-pubien de manière à assurer un détournement parfait de l'urine. Cette sonde, fixée d'elle-même par son extrémité vésicale, à la manière de Pezzer ou de Malécot, pourra n'être débouchée qu'au moment des besoins. Il vaut mieux la laisser toujours ouverte et plongée par son extrémité périphérique au fond d'un récipient antiseptique. Une fois la dérivation des urines assurée, les fistules guériront soit spontanément, soit après des opérations chirurgicales. Les fistules guéries, la sonde hypogastrique sera retirée et l'orifice vésico-abdominal se refermera de lui-même, laissant l'urèthre reprendre ses fonctions.

M. Loumeau a guéri ainsi deux malades atteints de fistules particulièrement rebelles. Dans un cas, opéré le 25 février 1894, il s'agissait d'un vieux blennorrhagien dont la verge, le scrotum, le périnée, les fesses et l'hypogastre étaient criblés de trajets fistuleux indurés, vainement traités par tous les moyens ordinaires. Le second malade, opéré plus récemment, était un hypospade à qui l'on avait refait son méat, mais qui gardait une large fistule pénienne, contre laquelle s'étaient obstinés sans succès deux précédents opérateurs.

M. Poncet (Lyon) rappelle que son élève M. Rollet a publié un cas de cystostomie pour obtenir la cure d'un rétrécissement avec fistule périnéale.

Sur un cas de papillome vésical.

M. Loumeau (Bordeaux) rapporte l'observation d'un homme de 36 ans souffrant depuis deux ans de la vessie : miction gênée, jet tantôt serré, tantôt large, parfois rétention complète avec sensation d'un bouchon obstruant profondément l'orifice uréthral et chatouillement au bout de la verge. Croyant à l'existence d'un rétrécissement dû à une blennorrhagie contractée à l'âge de 19 ans, le malade, sur les conseils de son médecin, se passa de temps à autre, depuis un an, une bougie numéro 18 dont la facile introduction suffisait à l'émission de l'urine, pendant les crises de rétention. A l'examen pratiqué fin juin 1894, M. Loumeau ne constate ni rétrécissement, ni calcul et, malgré l'absence de signes physiques affirmatifs révélés par la palpation ou le cathétérisme, il conclut à l'existence probable d'un papillome de la vessie situé au voisinage du col. Quelques jours après survenait une abondante hématurie, à la suite d'un sondage. L'endoscopie démontra la présence, à droite du col vésical, d'un papillome ayant la forme et les dimensions d'une petite figue et dont le long pédicule devait permettre à la tumeur de venir boucher par moments l'entrée du canal, sous la pression de l'urine accumulée sous la vessie. L'ablation du néoplasme par la taille hypogastrique fut assez laborieuse à cause de la profondeur du champ opératoire qu'exagéraient l'embonpoint du sujet, le siège de la tumeur, l'absence du ballon rectal. Histologiquement, il s'agissait de papilles hypertrophiées, le tout revêtu d'un épithélium pavimenteux stratifié.

M. Loumeau fait ressortir de cette observation les points suivants, relatifs au diagnostic et au traitement.

Les modifications du jet, la rétention d'urine sans rétrécissement ni calcul, la douleur du bout de la verge, la cessation des accès de rétention sous l'influence du passage d'une simple bougie, l'abondante hématurie, constituaient des

signes de présomption en faveur du diagnostic *papillome juxta-cervical* que confirme avec certitude l'examen cystoscopique dont on ne saurait trop vanter les avantages. De plus, chez ce sujet, l'hématurie, au lieu d'être précoce et spontanée, comme cela arrive d'ordinaire, apparut seulement deux ans après le début de la maladie, et fut provoquée par un coup de sonde qui blessa la tumeur en un point nettement constaté au cystoscope.

Enfin, l'emploi du ballon de Petersen eût beaucoup facilité l'opération de ce malade. Si cet instrument est facultatif et même superflu dans certaines cystotomies, il devient nécessaire dans les cas où l'ouverture vésicale doit n'être que le premier temps d'une intervention plus délicate sur la vessie, l'extirpation d'une tumeur, par exemple.

Traitement chirurgical de l'hydrocèle.

M. Zancarol (Alexandrie). — Parmi les inconvénients du traitement de l'hydrocèle par la ponction et l'injection irritante, il faut compter l'hématocèle consécutive, dont j'ai observé quatre cas en un an; un d'entre eux m'est personnel. J'ai, par contre, opéré par l'incision franche 58 hydrocèles sur 53 malades et je n'ai eu aucun accident; une seule récidive.

M. Augagneur (Lyon). — Pour l'hydrocèle ordinaire, souvent je fais la ponction. Mais chez les sujets jeunes, je pratique d'emblée l'incision. C'est encore la meilleure méthode quand il y a eu récidive, quand l'état du testicule reste douteux. Pour éviter les récidives, je conseille la résection très large de la vaginale. En outre, je ne conseille pas de laver la vaginale. J'ai renoncé à suturer la vaginale séparément. Quant à l'incision simple, par le procédé initial de Volkmann, il y a longtemps que j'y ai renoncé.

Extirpation de la verge et des bourses.

M. Chalot (Toulouse). — Dans certains cas de cancer de la verge avec envahissement des bourses et de leur contenu, il faut agir radicalement par l'émasculation totale et, en outre, il est facile de faire, de parti pris, le curage des ganglions des deux régions inguinales. On a dit qu'il fallait toujours agir ainsi, les testicules étant chez ces sujets un encombrement inutile. M. Chalot va moins loin et ne conseille cette opération que dans les cancers très étendus. Il a opéré ainsi deux malades dont un est guéri sans récidive depuis 8 mois et l'autre depuis deux ans et demi.

M. Albarran (Paris) relate un cas d'opération analogue pour un épithélioma primitif de l'urèthre. Il y a de cela trois mois, le malade se porte bien et il urine bien, comme une femme, naturellement.

M. Lavaux fait une communication sur les résultats éloignés de l'électrolyse linéaire double dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

CERVEAU

Nouveau procédé pratique de topographie cranio-cérébrale chez les enfants brachycéphales et mésaticéphales.

MM. Lannelongue et **Mauclaire** (Paris). — Il y a trente ans, l'utilité chirurgicale de la topographie cranio cérébrale ne se montrait pas avec l'importance qu'elle a acquise depuis. C'est P. Broca qui en a compris le premier toute la valeur.

Parmi les nombreux procédés de topographie cranio-cérébrale qui naissent tous les ans, il faut distinguer ceux dans lesquels les auteurs se servent de lignes absolues et donnent des distances fixes sur ces lignes sans tenir compte des variations individuelles, et ceux dans lesquels on prend une ligne proportionnelle, sur laquelle on compte une distance donnée.

Après quelques tâtonnements, nous avons adopté pour la recherche des points de repère inférieurs une ligne proportionnelle; nos expériences portent sur 52 crânes d'enfants de deux à quatorze ans.

Notre ligne d'opération est une *ligne courbe horizontale apophyso-orbito-sus-protubérantielle.* Elle part de l'angle supéro-externe de l'orbite et de la partie moyenne de l'apophyse; elle aboutit en arrière, sur la ligne sagittale, au-dessus de la protubérance occipitale externe.

Est-il facile de tracer cette ligne courbe horizontale? Oui, évidemment, d'après P. Broca, qui conseillait de mettre la tête dans la position du regard horizontal. Quelques auteurs sont cependant d'un avis différent. Nous ne saurions les suivre dans cette voie, car si l'on prend l'apophyse zygomatique comme point de repère, cette ligne est suffisante *pour la pratique*.

Or, la branche antérieure de l'artère méningée moyenne répond approximativement à l'union du 1/10 antérieur avec les 9/10 postérieurs de notre ligne proportionnelle.

D'après nos recherches, l'extrémité supérieure du sillon de Rolando est, chez les enfants brachycéphales, à 1 centim. 1/2 en arrière du point mi-sagittal. Quant à l'extrémité inférieure de ce sillon, il faut, pour la déterminer, chercher le point de jonction du 1/5 antérieur avec les 4/5 postérieurs de notre ligne proportionnelle, et élever en ce point une perpendiculaire de hauteur égale à ce 1/5. Cette perpendiculaire est facile à tracer avec un simple morceau de carton taillé à angle droit, une carte de visite par exemple.

Pour déterminer le pied de la troisième circonvolution frontale, il faut, au niveau du point de jonction du 1/6 antérieur avec les 5/6 postérieurs de notre ligne proportionnelle, élever une perpendiculaire de hauteur égale à ce 1/6. Très près du sommet de celle-ci (3 à 4 millimetres au moins) se trouve le centre de P. Broca.

Pour déterminer la région du pli courbe, il faut, à l'union des 2/3 antérieurs avec le 1/3 postérieur de notre ligne proportionnelle, élever une perpendiculaire ayant ce même tiers en hauteur. Au sommet se trouve l'extrémité postérieure de la branche postérieure de la scissure sylvienne.

En ponctionnant sur cette ligne courbe horizontale, au niveau du méat auditif externe, on tombe dans la corne sphénoïdale des ventricules cérébraux.

Les opérations récentes de cranioplastie permettent de soulever de larges lambeaux osseux du crâne et ne rendent pas nécessaire un procédé rigoureux permettant de trouver à un centimètre près un centre cherché. Chez l'enfant, ces résections ostéoplastiques (qui ne seront utiles que si les lésions sont étendues) doivent être remplacées par une intervention moins délabrante, c'est-à-dire l'application d'une ou deux couronnes de trépan.

En lisant le relevé de nos pièces justificatives, on est frappé des variations de longueur des lignes utilisées : cela montre qu'il existe des variations individuelles dont il faut tenir compte; c'est la réfutation des procédés dans lesquels les points de repère sont représentés par des chiffres absolus.

Vouloir trouver un procédé grâce auquel on tomberait toujours sur le point cherché est certainement une utopie chez l'enfant et très probablement aussi chez l'adulte.

Au point de vue anatomique pur, nous avons confirmé l'opinion des auteurs qui pensent qu'avec l'âge l'extrémité supérieure du sillon de Rolando se porte en arrière à cause du développement progressivement croissant du cerveau antérieur. Les chiffres extrêmes que nous avons trouvés dans nos mensurations nous montrent qu'il y a dans la forme du cerveau des variations individuelles et des variations entre la forme du côté gauche et celle du côté droit. Ces variations ne sont pas en rapport avec un point fixe du crâne, tel qu'une scissure. Enfin, le crâne des enfants présente des points de moindre résistance excessivement nombreux; le fait devient frappant quand on regarde par transparence un crâne jeune. Dès lors, si pendant le jeune âge l'élasticité des os n'était pas très grande, on peut en conclure que les cas de fracture du crâne seraient excessivement nombreux.

M. Masse, à ce propos, résume les recherches déjà publiées (voyez *Mercredi*, 1894, p. 214).

Epilepsie jacksonienne traumatique.

M. Djémil-bey relate l'histoire d'un homme de 30 ans qui reçut, dans la nuit du 8 octobre 1890, un coup de yatagan à la région fronto-pariétale droite, lui fracturant le crâne avec plaie du cuir chevelu. Il fut transporté sans connaissance à l'hôpital. Douze jours après l'accident, le malade reprenant connaissance constatait une hémiplégie et la perte de la sensibilité du côté gauche; pas d'aphasie.

Au bout de quelques jours, tout était disparu. Huit mois après l'accident survint la première crise épileptiforme, débutant par le gros orteil gauche et accompagnée de perte de

connaissance. Pendant six mois, il a eu six ou sept crises par jour, avec des maux de tête très violents entre les crises et les somnolences.

A l'examen, on constatait sur le côté droit du crâne une cicatrice de 15 centimètres de longueur affectant la forme d'un fer à cheval, sans aucune dépression apparente.

L'opération eut lieu le 15 décembre 1891. Après avoir déterminé la direction du sillon de Rolando par le procédé Championnière et quelques millimètres en arrière de l'extrémité supérieure de la ligne marquée, j'ai enlevé une rondelle osseuse très mince et, ne voyant ni exostose ni enfoncement, j'agrandis au moyen d'une pince emporte-pièce la partie postérieure de l'ouverture, mettant ainsi à découvert la partie antérieure de l'enfoncement formé par la table interne. Une autre couronne est placée derrière la première ouverture. J'ai pu enlever la deuxième rondelle osseuse qui portait à la face inférieure une esquille absolument perpendiculaire formée par la table interne. Elle pénétrait dans le cerveau à une profondeur de 2 cent. 1/2.

Après l'opération, pendant quatre jours le malade a eu quelques crises épileptiformes sans perte de connaissance.

Le huitième jour, la plaie était réunie et les phénomènes épileptiques et maux de tête ne reparurent plus. Le malade, heureux d'être débarrassé de son mal, se disposait à quitter l'hôpital quand, le 27 du mois, c'est-à-dire 43 jours après l'opération, il eut de nouveau des crises épileptiformes avec des maux de tête très violents comme auparavant. Quelques jours après une nouvelle opération et après l'incision de la dure-mère, un pus crémeux s'est écoulé; une sonde cannelée a pu être introduite à 2 centimètres de profondeur. Cet abcès était formé au niveau du sillon déterminé par l'esquille de la table interne.

Les suites de cette dernière opération furent des plus simples : les crises, les maux de tête, la somnolence disparurent dès le lendemain et, en 16 jours, la plaie était complètement guérie.

Aujourd'hui, l'opération remonte à trois ans, le malade ne présente aucune crise épileptiforme.

Cette observation présente un double intérêt : 1° Au point de vue de l'implantation de l'esquille de la table interne sans enfoncement apparent de la table externe;

2° En raison de l'abcès de la surface du cerveau au-dessus de la dure-mère 43 jours après la guérison de la plaie opératoire.

Anatomie pathologique et traitement de l'hydrocéphalie.

M. Picqué (Paris) et **Février** (Nancy). — Cette étude a pour but de montrer combien est illusoire le traitement curatif de l'hydrocéphalie. Jusqu'à présent, une anatomie pathologique banale avait fait envisager le problème d'une façon par trop simple.

Les travaux de Chiari, de Prague, et Arton démontrent au contraire combien sont multiples les lésions de l'hydrocéphalie : sans qu'on puisse démontrer s'il s'agit de processus pathologiques véritables ou d'anomalies congénitales, il est certain d'ores et déjà qu'elles ne sauraient s'expliquer toutes par la distension; on peut d'ailleurs les diviser en troubles de compression, de nutrition et de développement. Il faut bien remarquer que la combinaison des trois processus donne à l'anatomie pathologique de l'hydrocéphalie une physionomie particulière qui la complique au premier abord et explique l'erreur des anciens qui admettaient la distension pure et simple.

En s'appuyant sur les travaux importants des auteurs précités, on voit combien sont vaines les tentatives chirurgicales dirigées contre l'hydrocéphalie.

D'ailleurs l'intervention est grave, 13 opérations et 12 décès, et une guérison opératoire due à A. Broca.

La mort subite qui survient ordinairement semble se produire sous l'influence d'une décompression qu'on est impuissant à diriger, mais dont le mécanisme reste inconnu. Le traitement curatif de l'hydrocéphalie reste donc à trouver; dans l'état actuel de la science, l'intervention doit être réservée aux complications possibles de l'affection comme dans le cas d'A. Broca qui a donné à son auteur un bon succès.

M. Bilhaut a eu à soigner une fillette de 2 ans 1/2 atteinte d'hydrocéphalie avec perte de la vue (déjà amendée deux fois par la ponction) et conservation de l'intelligence. Il fit une craniectomie circulaire, puis un drainage antéro-postérieur de la dure-mère; mort dans les 24 heures. Pas d'autopsie. Relevant les faits déjà publiés, où seul l'opéré de Broca survit, M. Bilhaut conclut que le traitement chirurgical de l'hydrocéphalie chronique est une erreur. Il n'a de chance de réussir que dans les cas essentiels et légers où le traitement médical peut donner des résultats tout aussi bons. Quant à l'hydrocéphalie symptomatique (tumeurs cérébrales, dégénérescence du cervelet, etc.), on ne peut s'attaquer à sa cause, et, dès lors, il faut renoncer à la ponction et au drainage des ventricules.

Communications diverses.

Ostéotomie de la branche montante avec interposition musculaire dans l'ankylose temporo-maxillaire unilatérale.

M. Rochet (Lyon). — L'ostéotomie vise ordinairement après elle la consolidation des surfaces osseuses sectionnées (redressement d'un membre en mauvaise position par exemple). Parfois cependant, ce qu'on recherche à sa suite, c'est l'établissement d'une fausse articulation, *d'une pseudarthrose.* Tels sont les cas où l'on a affaire à des ostéotomies maxillaires dirigées contre *l'ankylose de la mâchoire inférieure.* Ordinairement ces ostéotomies se font sous le condyle lui-même, ou même sous l'apophyse coronoïde (ostéostomie sous-condylienne ou sous-condylo-coronoïdienne). Elles représentent théoriquement l'idéal du traitement de l'ankylose temporo-maxillaire et sont préférables à la résection condylienne, parce que cette résection, portant sur un condyle déformé, hyperostosé considérablement souvent, est une opération très pénible, parfois très laborieuse, et dans une région où on est mal à l'aise à cause du facial. L'ostéotomie faite sous le condyle, ou plus bas encore sur le milieu ou la partie inférieure de la branche montante, loin de la lésion articulaire, est généralement plus simple. Malheureusement, *en pratique*, les ostéostomies sont suivies souvent du retour de l'ankylose par soudure des surfaces ostéotomisées et quelles que soient les précautions qu'on ait prises pour favoriser une pseudarthrose (ostéotomie cunéiforme, trapézoïdale, etc., dans lesquelles on enlève une certaine hauteur de l'os entre les fragments).

Aussi avons-nous cherché à assurer cette pseudarthrose à l'aide de *l'interposition musculaire.* Voici le fait :

Sur un jeune homme atteint d'ankylose temporo-maxillaire unilatérale très serrée, et admettant à peine l'épaisseur d'un coupe-papier entre les incisives, nous avons pratiqué l'ostéotomie cunéiforme à la partie moyenne de la branche montante et nous avons interposé ensuite entre les surfaces osseuses une lame musculaire taillée dans le masséter, large de un centimètre et demi environ, obtenue en entaillant de bas en haut la face profonde du muscle, et que nous avons suturée profondément au ptérygoïdien interne, après l'avoir fait passer entre les fragments créés par l'ostéotomie. Actuellement, le résultat est excellent; le malade a des mouvements énergiques d'élévation et d'abaissement de la mâchoire inférieure, et possède une ouverture buccale de 3 centimètres et demi à 4 centimètres environ. Le résultat date de 5 mois et s'améliore chaque jour davantage. Tout permet de croire que la pseudarthrose sera définitive.

L'ostéotomie vers le milieu de la branche montante est ainsi à pratiquer et n'offre pas les dangers opératoires de la résection condylienne, au point de vue du nerf facial. Par une incision, en encadrant l'angle de la mâchoire, il est facile de relever le masséter et le ptérygoïdien et de peler la branche montante à la rugine pour arriver jusqu'au point où portera l'ostéotomie, sans blesser le nerf facial. On relève aisément avec un écarteur, et en même temps que le masséter, la branche cervico-faciale du nerf.

En résumé, l'ostéotomie sur la branche montante et suivie de l'interposition musculaire pour créer une pseudarthrose, nous semble une opération plus commode, plus simple et aussi efficace que la résection condylienne, dans le cas d'ankylose temporo-maxillaire unilatérale.

Ostéotomie pour ankylose vicieuse de la hanche.

M. Le Dentu (Paris). — Mon premier cas date de 5 ou 6 ans : il s'agit d'une jeune fille ayant une ankylose bilatérale à angle droit, à laquelle j'ai fait une ostéotomie cunéiforme postérieure, mais le résultat a été mauvais, parce que la malade ayant été prise de délire post-opératoire a dû être envoyée dans un asile d'aliénés où les soins consécutifs ont été insuffisants. Depuis, j'ai eu un très bon résultat pour une ankylose unilatérale, par l'ostéotomie transversale ; il y a eu seulement un peu de sphacèle local, dû à ce que la suture tirait trop sur les parties molles. Enfin, chez une jeune fille de 19 ans j'ai fait une ostéotomie cunéiforme avec bon résultat.

Je crois que dans certains cas, légers et récents, on réussit par le redressement manuel, avec myotomies. Quelquefois l'ostéoclasie, jusqu'à 30, 35°, donne de bons résultats, mais je ne crois pas qu'il faille aller plus loin ; pour les cas accentués, je suis partisan de l'ostéotomie. Je ne suis guère partisan des ostéotomies sus-trochantériennes (Adams, Volkmann, Sayre), peu favorables au redressement, car les muscles gênent beaucoup. Restent les méthodes sous-trochantériennes : transversale, cunéiforme, oblique (Terrier et Hennequin, A. Broca). Par la méthode transversale, pour une ankylose à angle droit, on a un raccourcissement égal à la longueur du fragment supérieur, et surtout le contact des fragments, après raccourcissement, est insuffisant. Mais il n'est pas absolument démontré que l'ostéotomie oblique puisse parer entièrement au raccourcissement, et par contre elle expose plus que toutes les autres méthodes à l'éclatement de la diaphyse. En somme, je me déclare partisan de l'ostéotomie cunéiforme, qui sans doute ne combat pas le raccourcissement, mais est facile et efficace.

Quant au traitement consécutif, malgré l'autorité de M. Hennequin, je crois qu'il faut recommander le décubitus dorsal parfait, car ce que nous devons chercher, c'est la solidité et non la mobilité.

Désarticulation de la hanche.

M. Chalot (Toulouse). — Des deux causes principales de la mortalité de la désarticulation de la hanche, l'une, l'infection, a aujourd'hui disparu ; mais les dangers de l'hémorrhagie persistent. C'est pour cela qu'en 1892 j'ai conseillé la compression digitale directe de la terminaison des vaisseaux iliaques à travers une incision iliaque. Cette incision est faite à 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque, qui marque son milieu, et elle permet d'arriver jusqu'au péritoine que l'on décolle avec le doigt dans la direction du promontoire; quand on est parvenu dans l'angle formé par le bord interne du psoas et le flanc correspondant du promontoire, on trouve facilement l'artère iliaque contre ce dernier, et on la confie au doigt d'un aide, qui la comprime directement contre l'aileron du sacrum. Il sera prudent de faire la ligature préalable de la veine fémorale, car la compression de la veine iliaque n'est souvent pas très exacte.

J'ai employé ce procédé avec plein succès chez un jeune homme de 25 ans ; le malade est mort six mois après de généralisation, sans récidive locale.

M. Pollosson (Lyon) combat cette complication, qui lui paraît inutile pour un chirurgien exercé.

Ostéomes des muscles.

M. Sieur communique au congrès 4 observations d'ostéomes des adducteurs. Dans les 4 cas, il s'agit de jeunes cavaliers qui ont vu se produire dès les premières séances d'équitation une tuméfaction douloureuse localisée à la partie supéro-interne de la cuisse. Cette tuméfaction, qui semblait tout d'abord devoir se rattacher à la rupture simple d'un certain nombre de faisceaux musculaires, s'est peu à peu transformée en noyaux osseux dont quelques-uns ont acquis un volume considérable. C'est ainsi que l'ostéome du premier enlevé 13 mois après le début des accidents mesurait 19 centimètres de long sur 4 à 5 centimètres de large. La deuxième tumeur, de date plus récente (2 mois environ), était formée de 4 fragments placés bout à bout et occupant une étendue de 15 centimètres ; la 3e, également récente, avait 16 centimètres. Quant à la 4e, enlevée par M. Hassler et dont un fragment est montré aux membres du congrès, elle comptait 9 cm. de long sur 2 de large. S'appuyant sur la disposition anatomique des muscles qui sont le siége de prédilection des ostéomes (adducteurs de la cuisse, brachial antérieur, et deltoïde), sur leur évolution et sur des expériences faites avec le concours de son collègue M. Berthier, l'auteur croit qu'il s'agit d'une production d'os au moyen du périoste transplanté. Au moment des efforts d'adduction faits par les cavaliers novices pour se maintenir en selle, des fibres musculaires se sont arrachées de leur insertion à la ligne âpre. En se rétractant plus ou moins haut dans l'épaisseur du muscle, ces fibres entraînent avec elles des lambeaux de périoste qui donnent naissance à de l'os. Si, comme le prétendent quelques auteurs, le tissu conjonctif intra-musculaire participe à cette ostéogénèse, ce n'est, ainsi que l'a démontré Ollier, que parce qu'il se trouve *en présence d'un périoste irrité.*

En ce qui concerne le traitement, M. Sieur se montre partisan d'une intervention précoce, attendu que moins l'ostéome est developpé, moins sont grands les désordres causés dans l'épaisseur du muscle et par suite plus faibles les chances d'infection.

Kystes hydatiques des muscles.

M. Reboul (Nîmes) a observé 5 cas de kystes hydatiques des muscles, et dans un seul cas, le diagnostic a pu être fait à l'avance.

Observation I. — Femme de 34 ans; tumeur de la fosse sous-épineuse droite. Diagnostic : lipôme. Il s'agissait d'un kyste hydatique du trapèze (Dr Brousson).

Obs. II. — Homme de 29 ans. Diagnostic : tumeur maligne du sein droit : c'était un kyste hydatique du grand pectoral. Quelques jours après, drainage d'un kyste pleural se prolongeant vers le troisième espace intercostal. Guérison (Dr Brousson).

Obs. III. — Homme de 65 ans. Tumeur de la partie interne de la cuisse droite. Diagnostic : abcès. C'était un kyste développé sous les insertions ischiatiques des muscles postérieurs de la cuisse. Guérison.

Obs. IV. — Homme de 33 ans, opéré en juillet 1893, d'un kyste hydatique multiloculaire de la plèvre droite. En janvier 1894, vomique, rejet d'une membrane hydatique. En mai, tumeur liquide de la partie antéro-latérale du thorax (troisième espace). Injection de naphtol camphré. Guérison.

Obs. V. — Fille de 19 ans, souffre dans la cuisse gauche depuis une contusion reçue dans cette région à l'âge de 12 ans. En août 1893, on diagnostique un ostéosarcome. En novembre 1893, puis en février 1894, abcès trochantérien incisé, et on croit à une ostéite. Le 6 juillet, incision large de la fistule : volumineux kyste sans lésions osseuses. Guérison.

Sur ces 5 cas, 3 hommes, 2 femmes; 4 sujets sont des adultes, sauf un vieillard de 65 ans.

Comme siège, nous notons : 2 aux membres inférieurs, 3 au thorax. Une seule fois, le malade avait déjà eu un kyste hydatique. Dans l'observation V, on notera la lenteur de l'évolution, en 7 ans, après une contusion.

Une seule fois, le diagnostic a pu être fait. Ces observations confirment donc la difficulté habituelle de ce diagnostic.

Anévrysme diffus traumatique de la région poplitée. Ligature de la fémorale. Guérison.

M. Reboul (Nîmes). — Un homme se fait le 1er mars, avec un ciseau de menuisier, une plaie de la partie supéro-interne de la région poplitée droite, immédiatement au-dessous du canal de Hunter, le membre étant dans l'abduction et la rotation en dehors. Hémorrhagie très abondante, syncope. Un pansement compressif est immédiatement appliqué. Quelques jours après, le malade se lève et défait son pansement : nouvelle hémorrhagie; la région poplitée se tuméfie, le malade éprouve de violentes douleurs dans la jambe et le pied. Le 8 mars, je suis appelé en toute hâte et je constate un anévrysme diffus de la région poplitée et de la partie interne de la cuisse, je pense à une plaie, soit de la poplitée à sa partie supérieure, soit de la fémorale dans le canal de Hunter. Les battements de la tibiale antérieure et de la pédieuse ne sont pas perceptibles, les douleurs sont atroces. Ne pouvant, à cause des mauvaises conditions dans lesquelles je me trouvais, aller à la recherche des deux bouts de l'artère lésée, j'applique à la racine du membre une bande élastique et je fais la ligature

de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa. Agrandissement de la plaie traumatique, nettoyage du foyer hémorrhagique, drainage poplité. Dix jours après, réunion par première intention de la plaie de ligature, suppression du drainage. 5 avril, suppression de tout pansement, le malade se lève.

Au mois de juin, je revois le malade, la guérison est complète. Pas de signes d'anévrysmes, pas de troubles circulatoires ou trophiques. Le malade a repris depuis lors, sans gêne ni douleurs, ses occupations habituelles.

Ainsi, dans une plaie de la poplitée ou de la fémorale, suivie du développement d'un anévrysme diffus, la ligature au-dessus a suffi pour faire cesser tous les accidents et amener une guérison parfaite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 *octobre* 1894.

Présidence de J. M. Rochard.

Surpeuplement des habitations.

M. J. Bertillon. — Il ne suffit pas, pour faire une statistique de l'habitation, de savoir combien il existe de logements de telle et telle valeur, ou composés de tel ou tel nombre de pièces, il faut surtout savoir combien il y a d'habitants dans chacune de ces catégories de logements.

On arrive ainsi à trouver dans le système fiscal de la ville de Paris de singulières anomalies. Sur 523,596 logements exemptés d'impôt (valant moins de 590 francs de loyer), il y en a environ 400,000 qui, en raison du peu d'habitants qu'ils contiennent, ne sont pas indice de pauvreté.

Au contraire, un certain nombre de logements plus considérables sont surpeuplés. L'on devrait donc tenir compte, pour le calcul de l'impôt, non seulement du montant du loyer, mais aussi du nombre de personnes qui vivent dans le logement.

Un logement est encombré ou surpeuplé lorsque le nombre de ses habitants dépasse le double du nombre de pièces qui composent ce logement; à ce compte, il y a à Paris 332,000 personnes, soit 14 0/0 de la population, qui souffrent d'encombrement. La proportion varie d'un arrondissement à l'autre, comme la mortalité. Les maladies transmissibles, notamment la phthisie, sont beaucoup plus répandues dans les arrondissements où le surpeuplement des logements est fréquent que dans ceux où il est rare. Plus les familles sont nombreuses, plus il est fréquent de les voir souffrir d'encombrement. Ici, encore, nos lois fiscales les frappent injustement, au profit des familles les moins nombreuses. Une partie importante de la population de Paris souffre donc de surpeuplement.

Si les Parisiens sont trop souvent mal logés, les habitants de Berlin, de Vienne, de Budapest, de Saint-Pétersbourg, de Moscou et probablement aussi (d'après des statistiques incomplètes) ceux de Londres le sont beaucoup plus mal encore.

A Paris, l'homme le plus pauvre a un logement à lui; nous n'y connaissons pas ces malheureux qui louent un lit (et quelquefois une portion de lit, ou simplement un coin de chambre, dans le logement occupé par la famille d'un autre malheureux; pas plus que les logements dans les caves (ou plus exactement dans le sous-sol) que l'on trouve en assez petit nombre dans les Flandres et qui sont très fréquents dans les villes allemandes.

Quant au surpeuplement, il est bien plus fréquent dans ces villes qu'il ne l'est à Paris.

Une meilleure répartition de l'impôt serait un acte de justice, mais ne serait qu'un palliatif au mal. Il faut surtout favoriser la construction des maisons ouvrières, rendant moins difficile et moins dangereuse pour le propriétaire la gestion de ces maisons.

Bicyclette.

M. Albert Robin relate l'observation d'un homme atteint de gravelle urique et oxalique chez lequel, à la suite d'un usage modéré de la bicyclette, les dépôts urinaires diminuèrent notablement.

Les analyses d'urine qui furent pratiquées avant, pendant et après l'usage modéré de la bicyclette (trois quarts d'heure chaque matin sur un terrain plat et uni) dénotèrent une diminution notable de l'acide urique, qui est tombé de 10,46 à 0,67; les autres principes de l'urine n'ont subi que des variations insignifiantes.

Cette diminution n'est pas le résultat d'un défaut d'élimination, car l'excrétion d'acide urique est la même à la période de repos et à la période d'exercice. Il y a donc véritablement diminution dans la formation de l'acide urique.

M. Albert Robin communique ensuite l'observation d'un homme de 44 ans, athéromateux, qui présentait depuis près d'un an des traces d'albumine dans l'urine et qui est probablement atteint d'une sclérose rénale commençante; sous l'influence d'un usage modéré de la bicyclette, l'albumine s'accrut. La bicyclette doit donc être déconseillée aux personnes qui ont des traces d'albumine dans l'urine.

Influenza et sulfate de quinine.

M. Mossé (Toulouse) conclut, de ses recherches expérimentales et cliniques, que le sulfate de quinine à la dose maxima de 1 gr. 60 a une action curative et préventive des plus efficaces dans les cas d'influenza, même compliqués de pneumonie.

Variole à Paris.

M. Hervieux. — Depuis cinq semaines, on n'a pas constaté un seul décès de variole à Paris; ce fait n'y avait pas été observé depuis quinze ans. Il est d'autant plus remarquable que l'épidémie qui a débuté à Paris, l'an dernier, paraissait devoir s'aggraver avec la plus grande rapidité et que la mortalité des premières semaines était semblable à celle des premières semaines dans les épidémies antérieures. Or, celles-ci ont toujours duré plusieurs années et ont fait un nombre considérable de victimes.

Cette fois, grâce aux mesures prises par la Ville de Paris pour la revaccination à domicile et la désinfection, grâce à la multiplicité des opérations vaccinales faites de tous côtés et notamment par le service vaccinal de l'Académie, l'épidémie a été jugulée dans un délai très bref. Ce fait témoigne une fois de plus en faveur de la nécessité de rendre la vaccination et la revaccination obligatoires en France.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 19 *octobre* 1894.

Anévrysme de l'aorte.

M. Nissim rapporte l'observation d'un malade qu'il soignait pour un anévrysme de la crosse de l'aorte : la poche anévrysmale envahit le médiastin, puis s'ouvrit dans la cavité pleurale et infiltra le tissu cellulaire péricardique. Malgré cette grave complication, il y eut une survie de huit jours.

L'autopsie montra qu'il existait un vaste sac dépendant de la portion horizontale de la crosse aortique, que le système artériel était fortement athéromateux : on vérifia la présence de nombreux caillots sanguins dans la plèvre.

Cancer de la vésicule biliaire.

M. Pilliet présente les pièces anatomiques d'un homme de cinquante ans, qui présenta pendant sa vie des symptômes de lithiase biliaire avec accidents. Il existait à l'hypochondre droit une tumeur qui paraissait être la vésicule biliaire distendue. Le malade, qui était ictérique, mourut de cachexie. L'autopsie révéla un néoplasme de la vésicule biliaire. Une poche remplie de sang s'était logée dans le parenchyme de la face inférieure du foie. C'était la paroi de la vésicule qui avait proliféré. Il n'existait aucune lésion du côté du foie, du rein ni de l'estomac.

Cirrhose palustre.

M. Dide relate l'histoire d'une femme âgée de 53 ans, habitant Arles, qui présentait depuis 25 ans des manifestations d'intoxication paludéenne. On ne put connaître le début de la dernière complication, car la malade ne fut examinée que dans le coma et mourut peu après. Le foie, qui était peu volumineux, était atteint de cirrhose ressemblant assez à la variété décrite par M. Hanot.

M. Cornil fait remarquer que la sclérose est peu avancée, et que, si on devait comparer l'aspect du foie paludéen présenté par M. Dide, on pourrait plutôt penser à l'aspect du foie infectieux.

Adénite rétro-sternale.

M. Claisse a observé un malade tuberculeux du service de M. Landouzy à Laënnec : les symptômes pulmonaires annonçaient la présence de cavernes aux sommets qui avaient évolué assez lentement. En janvier, apparut un souffle en jet de vapeur systolique avec maximum à la base ; on songea à un rétrécissement de l'artère pulmonaire ; comme le malade n'avait jamais présenté de troubles cardiaques, et qu'on avait pour ainsi dire assisté à la formation de ce souffle, on songea à un ganglion comprimant l'artère pulmonaire. L'autopsie démontra l'exactitude du diagnostic ; derrière le sternum, un paquet ganglionnaire, non suppuré, de petit volume, comprimait l'origine de la veine artérieuse.

Ostéomyélite chronique d'une côte.

M. Braquehaye présente un séquestre, puis un morceau de côte réséqué chez un enfant de 3 ans et demi du service de M. Lannelongue à l'hôpital Trousseau. Cette observation était intéressante parce que l'affection évolua lentement comme un abcès tuberculeux, que son siège était situé dans la ligne axillaire à la cinquième côte gauche. Or, en général avant cinq ans le siège de semblables lésions est antérieur ; après sept ans ces abcès siègent en arrière. Enfin il est utile de diagnostiquer une ostéomyélite et non un abcès froid, car la ponction et l'injection iodoformée sont en ce cas insuffisantes.

Nouvelle méthode de coloration de la substance nerveuse.

M. Azoulay présente différentes préparations histologiques qu'il a obtenues par une nouvelle méthode qui supprime les inconvénients du procédé de Weigert. Après avoir imprégné les coupes très fines d'acide osmique, il les traite par une solution de tannin à 10 0/0 ; la myéline devient alors très noire. On peut ainsi voir dans les coupes de la moelle la topographie des lésions, et les lésions de la fibre nerveuse. La préparation est terminée en un quart d'heure. Cette méthode permet aussi de colorer au carmin, presque aussi bien que si la coupe n'avait pas été traitée par l'acide osmique.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 *novemre* 1894.

Cancer du côlon.

M. Demons (Bordeaux) pense que, dans certains cas, le cancer du côlon, pendant longtemps assez limité et assez facilement opérable, doit être traité par l'extirpation. L'opération est bien moins laborieuse que la gastrectomie et la gastro-entérostomie. La difficulté, c'est le diagnostic précoce, en sorte que souvent l'occasion propice nous glisse entre les mains : nous avons, il est vrai, la ressource de la laparotomie exploratrice. Mais faut-il pratiquer, après l'entérectomie, l'entérorrhaphie circulaire avec réduction dans le ventre, ou l'anus contre nature temporaire ? La première est très séduisante, et pour les cas simples sera le procédé de choix ; mais elle est longue, difficile, les points de suture ne tiennent pas toujours bien, enfin on ne peut pas surveiller la récidive. Par contre, l'anus contre nature a l'inconvénient de causer une infirmité temporaire, il est vrai, mais dégoûtante et qui exige une seconde opération sérieuse. On pourrait songer à faciliter l'entérorrhaphie totale à l'aide du bouton de Murphy : mais dans deux gastro-entérostomies M. Demons a vu les malades succomber au 8e jour à une péritonite, et l'autopsie lui a prouvé dans un cas qu'il y avait une perforation au niveau du bouton.

M. Demons termine par deux observations personnelles. Dans l'une, il a fait une l'entérorrhaphie totale et le malade a guéri avec une fistulette ; il est à noter qu'on avait diagnostiqué un rein flottant et que l'extirpation a été faite par l'incision lombaire qu'on destinait à la néphropexie. Dans le second cas, l'anus contre nature a été établi et a été heureusement opéré au bout de quelques mois.

Cystostomie sus-pubienne.

M. Tuffier, à propos d'observations de M. Lejars, explique comment il conçoit les indications de la cystostomie sus-pubienne, opération dont quelquefois on abuse, mais qu'à Paris on ne pratique pas assez souvent. Les trois cas de M. Lejars donnent un décès, deux fistules définitives avec incontinence partielle. Les indications y ont été la rétention aiguë d'une part, les accidents infectieux d'autre part.

En cas de rétention aiguë, sans infection, le cathétérisme suffit toujours, à moins qu'une main malhabile n'ait fait une fausse route. En cas de fausse route, souvent un chirurgien exercé passe tout de suite : s'il échoue, il fera la ponction hypogastrique, inoffensive puisque l'urine est aseptique, et toujours il ne tardera pas à passer. Si la vessie est infectée, la question change de face, car la ponction expose au phlegmon de la cavité de Retzius : si donc la sonde ne passe pas, qu'on ne tarde pas à faire la cystostomie. Dans deux cas de ce genre, M. Tuffier s'est parfaitement trouvé d'avoir établi une fistule temporaire.

Chez les malades infectés, il faut se guider d'après l'état local et général, l'intensité, la répétition des accidents, leur gravité. Dans un cas de rétention complète avec fausse route, où le cathétérisme fut possible, M. Tuffier se repent d'avoir trop temporisé et le malade, profondément infecté, est mort le lendemain. D'ailleurs, chez les malades infectés, la mortalité est élevée : 12 sur 29 dans les faits réunis par M. Tuffier.

La douleur dont rien ne peut triompher est une indication formelle ; et alors l'opération est bien moins grave : sur 19 cas, 16 guérisons.

Lorsque la rétention est incomplète, et même quelquefois lorsqu'il n'y a pas de rétention, on opérera en raison de certains troubles fonctionnels (cystite douloureuse, accidents infectieux locaux et généraux) : 11 cas, 9 guérisons, dont 3 chez des malades qui ont ultérieurement pissé par le canal.

Diverticule de Meckel invaginé à l'ombilic.

M. A. Broca relate l'histoire d'un enfant de 6 mois dont le diverticule de Meckel, resté ouvert à l'ombilic, était prolabé au dehors en une invagination à deux cylindres. Laparotomie, section du pédicule à l'iléon, entérorrhaphie latérale. Guérison.

M. Dennetière (Orchies) lit une observation d'extirpation du ganglion de Gasser.

M. Mignon (Val-de-Grâce) relate un cas d'abcès otitique du cerveau opéré avec succès.

M. Poirier présente un malade auquel il a fait une résection partielle du maxillaire inférieur, avec prothèse immédiate.

M. Routier présente un malade auquel il a fait la suture osseuse pour fracture esquilleuse de la clavicule.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 *octobre* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Goître exophthalmique et traitement thyroïdien.

M. Jules Voisin lit une observation de goître exophthalmique qui fut amélioré d'une façon très notable par la médication thyroïdienne.

M. Dreyfus-Brisac. — Sans vouloir nier la valeur de l'observation de notre collègue, je crois que ces bons effets du traitement thyroïdien dans le goître exophthalmique sont exceptionnels ; j'ai toujours constaté en effet, à la suite de cette médication, une aggravation des phénomènes et actuellement encore, j'ai dans mon service une malade qui n'a pas pu la supporter ; que conclure de ces faits en apparence con-

tradictoires, sinon que dans la maladie de Graves il y a tantôt et le plus souvent exagération, tantôt au contraire diminution de l'activité fonctionnelle du corps thyroïde : le traitement thyroïdien, nuisible dans le premier cas, serait utile dans le second aussi bien que dans le myœdème.

M. Beclère. — Plusieurs fois déjà, à ma connaissance, le traitement thyroïdien a été tenté contre le goître exophthalmique et toujours il a provoqué une aggravation des accidents.

M. Jules Voisin. — Je crois que la différence des résultats obtenus par la médication thyroïdienne tient non seulement à la quantité du médicament administré, mais encore à la quantité ou à la qualité de la sécrétion de la glande thyroïde des malades. Il y a des malades qui ayant un goître assez prononcé peuvent bien ne pas secréter beaucoup de suc thyroïdien et même ne pas en secréter du tout.

Ce serait surtout dans ce cas que la médication thyroïdienne doit être recommandée, mais on ne saura cela que par l'essai de la médication. Ma malade rentre sans doute dans la catégorie des malades qui ne sécrètent pas de suc thyroïdien. Aussi à cause de la rareté du fait ai-je cru nécessaire de communiquer cette observation.

Érythème scarlatiniforme.

M. Siredey lit une note sur un cas d'érythème scarlatiniforme desquamatif. L'auteur montre la fréquence des érythèmes d'origine toxique et il dit en conclusion : Une étude minutieuse des commémoratifs a déjà fait disparaître de la nosologie les érythèmes idiopathiques, et je ne doute pas qu'un examen plus minutieux encore ne contribue à accroître singulièrement le groupe des érythèmes toxiques, d'origine alimentaire ou thérapeutique, aux dépens des érythèmes infectieux.

Kyste hydatique du foie.

MM. Debove et Soupault rapportent l'observation nécropsique d'un cas de kyste hydatique du foie dont ils ont donné antérieurement la relation clinique (séance du 9 décembre 1892). L'autopsie a montré que le kyste, ouvert dans la péritoine, s'y était greffé, sous forme de kystes secondaires dont les poches multiples remplissaient la presque totalité du petit bassin.

Traitement de la diphthérie par le perchlorure de fer.

M. Goldschmidt, de Strasbourg, lit un mémoire sur le traitement de la diphthérie par le perchlorure de fer pris à l'intérieur. Cette médication aurait donné à l'auteur des résultats très favorables.

M. d'Heilly. — J'ai été en 1863, à Sainte-Eugénie, l'interne de M. Bergeron à une époque où le travail d'Aubrun avait donné au perchlorure de fer employé dans le traitement interne de la diphthérie une vogue éphémère. Mon éminent maitre donnait le médicament à la dose de trois à quatre grammes dans les vingt-quatre heures. Ce mode d'administration se rapproche beaucoup de la formule dont notre honorable collègue vient de nous exposer les remarquables effets, et pourtant il n'a pas donné alors plus de guérisons que les nombreux agents préconisés depuis. La médication par le perchlorure de fer n'a pas survécu, ce qui n'eût pas manqué d'arriver si elle avait eu alors les bons résultats observés par M. Goldschmidt.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er octobre 1894.

Sur un faisceau de fibres cérébrales descendantes allant se perdre dans les corps olivaires (faisceau cérébro-olivaire).

M. J. Luys. — Je crois avoir démontré à l'aide des planches photographiques et des pièces anatomiques que j'ai présentées à l'Académie il y a dix ans à l'occasion d'un travail sur l'*agencement des fibres blanches cérébrales*, que ces fibres, malgré leur complexité, obéissent à un ordre général et qu'elles présentent des dispositions plus simples qu'on ne pense.

Ainsi, d'après les recherches de l'anatomie pathologique et de l'anatomie comparée, je crois pouvoir, à l'égard des fibres cérébrales, formuler les conclusions suivantes :

1° Les unes, transversales, passent d'un hémisphère à l'autre et forment le système de fibres commissurantes (corps calleux, commissures diverses) ;

2° La plupart des autres fibres obéissent à plusieurs centres d'attraction.

Nées de tous les points de la périphérie corticale, au milieu des réseaux de cellules, elles forment plusieurs systèmes et sont toutes convergentes.

Les unes se pelotonnent autour de la couche optique et vont se perdre dans ses réseaux ; elles constituent le système de fibres cortico-thalamiques. Elles sont connues isolément sous la dénomination de couronne rayonnante de Reil pour la portion moyenne, de capsule interne pour la portion antérieure et de fibres de Kœlliker pour la portion postérieure.

D'autres vont se perdre dans le réseau du corps strié et du noyau jaune que j'ai particulièrement signalés dès 1865 : c'est le système de fibres cortico-striées ;

3° Un troisième groupe de fibres blanches passant sous la couche optique, système cortico-sous-optique, et confondues jusqu'ici sous la dénomination d'expansion pédonculaire, va se perdre dans les différents départements de la substance grise des régions protubérantielle et bulbaire (noyau rouge de Stilling, substance grise de la bandelette accessoire que j'ai le premier décrite en 1865, noyau rouge de la protubérance et corps olivaires).

On peut donc voir que, si les noyaux centraux opto-striés reçoivent un contingent ascendant de fibres venues de la moelle, — contingent sur lequel j'aurai à m'expliquer plus tard, — la majeure partie des fibres blanches cérébrales convergent comme les rayons partis de la périphérie d'une sphère creuse qui se concentreraient vers leur noyau central ; elles vont toutes se perdre dans les différents noyaux centraux.

C'est en un mot l'écorce tout entière qui se relie par ses fibres blanches aux différents départements de l'axe.

Parmi ces faisceaux descendants, il en est un très nettement accusé sur lequel je désire appeler particulièrement l'attention. C'est un faisceau bilatéral, en forme de bandelette, qui descend avec le contingent de fibres blanches descendantes. Il passe en arrière de la substance grise de la protubérance dans une direction curviligne et gagne ainsi l'extrémité de chaque corps olivaire correspondant ; il l'entoure et lui forme une sorte de capsule ovalaire en se moulant sur la périphérie des anfractuosités des olives. Il se perd au milieu de ses plis et replis et forme des fibres adhérentes à ces ganglions.

Les corps olivaires du bulbe, comme les noyaux opto striés des lobes cérébraux, se trouvent donc, eux aussi, reliés aux éléments multiples de l'écorce, et désormais on peut dire qu'ils forment un système conjugué dont les éléments sont strictement associés.

A titre de preuve, je rappelle que les corps olivaires sont proportionnels comme masse, non pas à la moelle épinière, mais à celle des lobes cérébraux proprement dits.

Dès l'année 1859, je signalais déjà à la Société de biologie que, dans la moelle du bœuf et du cheval, les corps olivaires se présentaient sous forme de linéament rudimentaire, ce qui prouve que ce ne sont pas des éléments anatomiques liés à ceux de la moelle.

Chez l'homme, les corps olivaires sont au maximum de développement et proportionnels à la masse cérébrale. L'existence du faisceau que je signale aujourd'hui vient donc confirmer ces rapports mystérieux, dont on n'avait pas jusqu'ici trouvé l'explication et dont la physiologie est tout entière à faire, puisqu'ils peuvent être considérés comme un des facteurs silencieux de l'activité cérébrale.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.



[illegible] concentrée
BALSAMIQUE ANTISEPTIQUE
donnant instantanément *l'eau de goudron du Codex*
(Deux cuillerées par litre)
MALADIES DE LA PEAU
Voies respiratoires
Voies urinaires
Diathèse furonculeuse
ÉPIDÉMIES
Le flac. **1** fr. **50**, rue de Rennes, 105, PARIS, *et dans les pharmacies.*

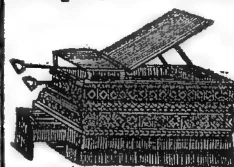
ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés et très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue pour l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-aliment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

Canapé-Lit Leroux

RENÉ MARGRY, 80, Rue Montmartre
PARIS
BANQUETTE à TRANSFORMATIONS Brevetée



Ce Meuble fait **Canapé**, se transforme en **Chaise-longue** pour opération et se met en deuxième transformation pour **spéculum**.
Dernière Création.

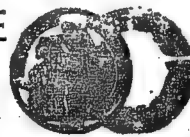
PLATE-FORME à SPÉCULUM pour CLINIQUE
Meubles de Cabinets, Salons, etc.
CATALOGUE ET DEVIS FRANCO
Conditions spéciales pour **MM.** les **Médecins.**

DIGESTIF COMPLET

ELIXIR EUPEPTIQUE TISY



A BASE DE PANCRÉATINE DIASTASE & PEPSINE
CORRESPONDANT A LA DIGESTION DES
CORPS GRAS FÉCULENTS ET AZOTÉS
MENTION HONORABLE A L'EXPOSITION DE 1878



La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet elixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une **stabilité** absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales.— 10 centigr. de diastase, 10 centigr. de pepsine et 10 centigr. de pancréatine par cuillerée à bouche

Gros et Détail : Maison BAUDON, 12, rue Charles V (Bastille), Paris.

ANÉMIE, CHLOROSE
AMÉNORRHÉE
DYSMÉNORRHÉE, SCROFULES, ETC.
Pilules
à l'Iodure ferreux inaltérable
DE
BLANCARD

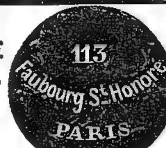
Solution et Comprimés
BLANCARD
à l'Exalgine
NÉVRALGIES MUSCULAIRES, DENTAIRES, CARDIALGIES, RHUMATISMES, etc., etc.
Le plus actif, le plus inoffensif et le plus puissant médicament
CONTRE LA DOULEUR

VENTE EN GROS : **BLANCARD & Cie**, 40, Rue Bonaparte, PARIS.

COALTAR SAPONINÉ LEBEUF ANTISEPTIQUE

nullement irritant antidiphthérique, cicatrisant les plaies, admis dans les *Hôpitaux de Paris* et les *hôpitaux de la Marine militaire.* — Dans toutes les **PHARMACIES**

CONSTIPATION HABITUELLE
le meilleur curatif est le
CASCARA MIDY
Pilules rigoureusement dosées à l'Ext. Hyd. Alcool. de Cascara Sagrada : accélère travail digestif dans ses diverses phases, ne donne ni nausées, ni coliques, ni diarrhée.
2f.50



Env. Franco Echantillons | et toutes Pharmacies

GORGE, LARYNX, BOUCHE
contre ces Affections
employez LA
COCAINE MIDY
(CHLOROBORATÉE)
Tablettes exact. dosées à 2 milligr. Chlorhyd. de Cocaïne, 0,05 Borate de Soude, 0,05 Chlorat. id. elles constituent un véritable gargarisme sec [illegible] plus énergiq[illegible]
3f.

LYSOL
LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON
ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU
FLACON D'ÉCHANTILLON
franco, à MM. les médecins qui en font la demande.
Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS

Le SACCHAROLÉ de QUINQUINA CHARLARD-VIGIER

Renferme les principes toniques et tous les alcaloïdes de l'écorce et remplace avantageusement les autres préparations de ce médicament. — **VIGIER**, Pharmacien, **12, Boulᵈ Bonne-Nouvelle, PARIS.**

N° 44 — 31 OCTOBRE 1894 — LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 5 au 10 novembre 1894.

Mercredi 7. — M. Pouzol. De l'importance diagnostique de la courbe alimentaire dans certains cas d'hérédo-syphilis. — M. Bouchy. Des lésions intestinales consécutives à la thrombose de la veine porte ou de ses branches d'origine. — M. Denis. Quelques considérations sur le curettage précoce dans l'infection puerpérale (Forme utérine). — M. Coquet. De la variété chirurgicale des tumeurs cæcales tuberculeuses. — M. Gentilhomme. Hystérectomie abdominale.

Jeudi 8. — M. Juvigny. Contribution à l'étude des arthrites méta-pneumoniques. — M. Barthélemy. Des modifications de la thérapeutique des plaies suivant les conceptions de la nature de leurs accidents. — M. Matarangas. Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire. — M. Vendrely. Etude critique des traitements des prolapsus du rectum. — M. Caraes. Les corps étrangers de l'utérus. — M. Delacour. Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme. — M. Tennant. L'opération de la cataracte simplifiée (Procédé de A. Trousseau).

VARIÉTÉS

Mutations dans les hôpitaux (médecins). — Au 1er janvier auront lieu les passages suivants :

Hôtel-Dieu. MM. Audhoui, Straus. — *Charité*, MM. Labadie-Lagrave et Moutard-Martin. — *Cochin*, M. Chauffard. — *Enfants-Malades*, M. Moizard. — *Trousseau*, MM. Comby et Josias. — *Saint-Louis*, M. Danlos. — *Salpêtrière*, M. Déjerine. — *Pitié*, MM. Muselier, Netter et A. Petit. *Maternité*, M. Charrin. — *Bicêtre*, M. Marie. — *Laënnec*, M. Merklen. — *Broussais*, M. Babinski. — *Saint-Antoine*, M. Siredey. — *Tenon*, MM. Galliard et Richardière. — *Bastion 29*, M. Chantemesse. — *Ménages*, M. Delpeuch. — *Debrousse*, M. Thibierge. — *Sainte-Périne*, M. Mathieu. — *Aubervilliers*, M. Lermoyez.

Concours de l'internat. — Le concours de l'internat a eu lieu mercredi dernier. La question écrite a été : Voies biliaires intra et extra-hépatiques; symptômes et complications de la lithiase biliaire. — Les questions restées dans l'urne étaient : Testicule; orchites infectieuses. —V eine porte; complications du diabète.

Clinique médicale. — M. le professeur G. Sée reprendra son cours de clinique médicale le lundi 5 novembre 1894, à 10 heures, et le continuera tous les lundis, à la même heure, à l'Hôtel-Dieu.

Il traitera surtout la thérapeutique.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le professeur Le Dentu commencera le cours de clinique chirurgicale le mardi 6 novembre 1894, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure, à l'hôpital Necker.

Conférences de physique médicale. — M. Weiss, agrégé, commencera les conférences de physique médicale le jeudi 8 novembre 1894, à 1 heure (Petit amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours de physiologie. — M. Gley, agrégé, chargé du cours, commencera le cours de physiologie le vendredi 9 novembre 1894, à 5 heure (Grand amphithéâtre de l'école pratique), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Histoire naturelle médicale. — M. Heim, agrégé, commencera ses conférences le vendredi 9 novembre 1894, à 11 heures (Grand amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Pathologie externe. — M. Jalaguier, agrégé, commencera ses conférences le samedi 10 novembre 1894, à 5 heures (Petit amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie. — M. le professeur Farabeuf, commencera son cours le mercredi 7 novembre à 4 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau. M. le Dr Kirmisson reprendra le lundi 5 novembre ses leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique, et les continuera les lundis et vendredsi suivants à 9 heures.

Les leçons de cette année seront consacrées aux malformations de la tête et du tronc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les médecins normands aux XIIe et XIXe siècle (Calvados, Manche, Orne et Eure). Biographie et bibliographie, par le Dr Jules Roger. Tome second. Ouvrage orné de 5 portraits. Paris, G. Steinheil, éditeur. 1 volume in-8°. 7 fr.

Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie, par le Dr A. Manquat, professeur agrégé à l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce. 2e édition, 1895, 2 vol. in-8°, ensembe 1600 pages. Librairie de J.-B. Baillière et fils. 20 fr.

Traitement élémentaire de physique biologique par A. Imbert, professeur de physique à la Faculté de Montpellier. 1895, ouvrage complet, 1 vol. in-8° de 1084 pages avec 399 figures et 1 planche. Librairie de J.-Baillière et fils. 16 fr.

Ce numéro contient 8 pages supplémentaires consacrées au Compte rendu du Congrès de médecine interne.

PREMIER CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Etiologie et pathogénie du diabète.

Rapport de M. Lancereaux.

Le mot diabète (διαβαινω : je passe à travers) a été employé tout d'abord pour distinguer les affections caractérisées par une augmentation de la soif et une exagération de la sécrétion urinaire. Le rein, pensait-on, devait en être le siège; mais ce fut seulement en 1674 que Thomas Willis reconnut la saveur mielleuse et sucrée de l'urine, chez certains diabétiques, et fut ainsi conduit à admettre deux sortes de diabètes : le *diabetes mellitus*, encore désigné sous le nom de *diabetes anglicus*, et le *diabetes insipidus*. Cette division est restée classique depuis lors, mais, à partir de 1773, la présence du sucre dans l'urine des diabétiques fut constatée chimiquement d'abord en Angleterre par Pool et Dobson, puis, par Cowley et plus tard, en Italie, par Franck. John Rollo, en 1797, publiait la première monographie du diabète, et déjà il cherchait à expliquer le mécanisme de la glycosurie dont il plaçait la cause dans un trouble de la digestion; il admettait qu'une matière sucrée se trouve répandue dans toute l'économie chez les diabétiques et que le sang en contient en moindre proportion que l'urine. Pour Nicolas et Gueudeville, dont l'ouvrage parut en 1803, le diabète se liait également à un trouble de la fonction digestive, de telle sorte qu'après avoir supposé que le diabète était dû à une maladie des reins seuls, on finit par l'attribuer à une maladie des reins et de l'appareil digestif.

Le sucre jusque-là passait pour être une substance étrangère à l'organisme, lorsque vers 1827 Tiedmann et Gmelin ayant trouvé du sucre dans l'intestin d'animaux nourris d'aliments féculents établirent que cette substance était un produit normal de la digestion des matières amylacées. Dès lors, il n'était plus besoin de faire intervenir une influence pathologique pour expliquer le passage du sucre dans l'urine, celui-ci devait être l'effet d'un désordre de cette fonction.

A partir de ce moment, grâce aux travaux de Boussingault, Liebig, etc., etc., il fut reconnu que les substances féculentes seules se transformaient en glycose sous l'influence d'une sorte de diastase, analogue à celle dont la fécule subit l'action pendant l'acte de la germination, et que, d'un autre côté, le sucre pouvait subir la fermentation lactique ou bien se détruire sous l'influence des alcalis, de telle sorte que la chimie venait nous donner l'explication du diabète.

La formation du sucre dans l'intestin une fois reconnue comme phénomène normal, le passage dans les urines fut seul considéré comme phénomène morbide et alors prirent naissance deux doctrines qui eurent un certain retentissement, tant au point de vue de la pathogénie que du traitement du diabète, celle de Bouchardat qui admettait la non-destruction du sucre dans l'intestin et celle de Mialhe qui la plaçait dans le sang.

Nous voyons ainsi la pathogénie du diabète se modifier au fur et à mesure de l'avancement des sciences physiologique et chimique; mais, les connaissances relatives à la formation et à la destruction du sucre dans l'organisme animal n'étaient encore qu'à leur période de début. Le sucre dans cet organisme n'avait qu'une seule origine : la digestion des aliments sucrés ou féculents; on admettait alors comme un axiome que le règne végétal seul pouvait créer les principes immédiats sucrés dont l'animal se nourrissait.

Tel était l'état de nos connaissances, lorsqu'en 1848, un physiologiste jusque-là peu connu, mais qui ne devait pas tarder à devenir l'un des plus éminents, Cl. Bernard, entreprenait une série de recherches expérimentales qui eurent pour résultat de montrer que l'organisme animal avait non seulement la faculté de produire du sucre dans la digestion des substances féculentes, mais qu'il possédait la puissance d'en former en dehors de cette condition et qu'un organe, le foie, était chargé de cette fonction, en sorte que la production du sucre (glycose) était un phénomène normal et constant de la nutrition, phénomène auquel il donnait le nom de *glycogénèse animale*.

Vous me dispenserez de vous rappeler les nombreuses recherches de ce savant sur la matière, elles sont connues de tous; mais il est facile de comprendre, qu'à partir de ce jour, la théorie du diabète devait nécessairement changer; aussi ne tarda-t-elle pas à s'établir sur la vraie base physiologique et cette affection a été envisagée comme un désordre purement fonctionnel de la glande hépatique. Effectivement, après avoir montré par des analyses rigoureuses que la quantité de sucre contenue dans le sang est plus considérable à la sortie qu'à l'entrée de ce liquide dans le foie, de telle sorte que du sucre a dû se former dans cet organe, Cl. Bernard est arrivé peu à peu à déterminer avec une extrême précision le mécanisme de cette formation en démontrant l'existence physiologique au sein des cellules hépatiques d'une substance hydrocarburée ayant les propriétés de l'amidon et qu'il désigna sous le nom de substance glycogène. Elaborée par les cellules hépatiques aux dépens non seulement des matières amylacées et sucrées, mais encore des aliments gras et azotés, cette substance est transformée en glycose sous l'influence d'un ferment et déversée dans le sang au fur et à mesure des besoins des éléments histologiques des tissus qui l'utilisent pour leur accroissement et leur nutrition. Le sucre formé dans le foie se trouve ainsi détruit par les tissus, et la preuve en est que le sang veineux en renferme moins que le sang artériel, où il se rencontre dans la proportion de 1 à 3 pour 1000. Sa formation est subordonnée à l'intégrité de l'organe hépatique, car si cet organe vient à s'atténuer, la glycosurie cesse et ne peut exister. Au contraire, la fonction glycogénique du foie vient-elle à s'exagérer, il y a hyperglycémie et pourtant la quantité de sucre contenue dans le sang est à peine doublée.

Les reins, en effet, qui ont pour mission de conserver au milieu intérieur de l'organisme vivant une composition à peu près constante, sont chargés d'éliminer ce qui s'y trouve en excès aussi bien que ce qui lui est étranger; le sucre en excès déborde, en quelque sorte, et est éliminé, d'où la *glycosurie*.

En même temps qu'il faisait connaître la propriété que possède le foie d'emmagasiner une substance hydrocarburée ou substance glycogène qui se transforme en glycose, matière destinée aux besoins de la nutrition et détruite par les tissus, Cl. Bernard mettait en évidence l'action du système nerveux sur cette nouvelle fonction. En piquant le plancher du quatrième ventricule, entre les origines des nerfs acoustiques et des pneumogastriques, il vit apparaître la glycosurie, et, désirant savoir si l'excitation se transmettait par ces derniers nerfs, il les sectionna, mais la glycosurie persista; et comme l'excitation du bout périphérique restait sans effet, tandis que celle du bout central était suivie de glycosurie, il en conclut que l'excitation se dirigeait vers la moelle épinière, et, par des sections successives, il parvint à reconnaître qu'elles s'en séparaient au niveau de la première vertèbre dorsale pour suivre le trajet des nerfs splanchniques et gagner la glande hépatique après avoir traversé le plexus solaire. Faisons remarquer que la piqûre bulbaire regardée par Cl. Bernard comme un

acte d'excitation a été envisagée depuis lors comme un phénomène inhibitoire ou paralytique.

En somme, l'organisme humain, comme les végétaux, a la propriété de former aux dépens des aliments du sucre destiné à la nutrition des tissus. Le diabète n'est qu'un trouble de cette fonction, résultant, soit de la non-utilisation du glycose, soit d'une exagération de la formation de ce produit. Cette première hypothèse étant réfutée par Cl. Bernard, la seconde seule lui parut acceptable, puisque l'intégrité du foie est nécessaire à l'intégrité du diabète, et qu'une profonde altération de cet organe suffit à le faire disparaître.

Dans ces conditions, le diabète n'est plus l'effet d'un désordre rénal, ni d'un trouble digestif, comme l'avaient cru jusque-là les médecins et les chimistes qui ne connaissaient pas la fonction glycogénique du foie : il est simplement un désordre de cette fonction.

Toutefois Cl. Bernard, reconnaissant que le dernier mot de cette maladie n'était pas dit par la clinique, faisait remarquer avec raison que la glycémie qui entraîne la glycosurie, n'est pas la maladie et que, pour devenir diabétique, il faut se bien porter, puisque la glycémie diminue et la glycosurie est impossible dans les maladies inflammatoires où la nutrition est directement atteinte. Il aurait pu ajouter que chez un diabétique avancé le danger est d'autant plus grand que la glycosurie est moindre :

« La cause du diabète, nous dit-il, est plus profonde que les causes de la glycémie, qui n'est que l'expression d'une tendance physiologique salutaire. Le véritable élément étiologique du mal est la cause, inconnue pour le moment, qui amène l'affaiblissement organique primitif. C'est à cette cause qu'il faut s'adresser et non aux symptômes glycémique et glycosurique. Cette cause retentit sur le foie pour produire la glycémie et pour amener une réaction puissante de tous les phénomènes réparateurs; mais cette réaction s'épuise, la glycémie elle-même finit par diminuer, quand le diabète, trop persistant, a épuisé l'effort organique qui tendait à la régénération. » Ce savant physiologiste se rendait ainsi parfaitement compte de ce qui lui manquait pour arriver à une conception définitive du diabète; il ajoutait : « Pour pénétrer dans l'étude de ces mécanismes complexes, il faudrait tout d'abord posséder quelques données sur l'anatomie pathologique du diabète, malheureusement ces données nous manquent, et même il ne paraît pas que les autopsies de cas de diabète permanent et mortel soient près de nous fournir de sitôt des éléments utilisables pour la physiologie pathologique, à part toutefois des cas de lésions nerveuses plus ou moins comparables à celles que nous produisons artificiellement chez les animaux par la piqûre du quatrième ventricule. »

Puis, après avoir passé en revue la série des désordres attribués au diabète par les différents cliniciens et en avoir montré l'inanité, Cl. Bernard s'exprime dans les termes suivants : « Je n'ai pas la prétention de croire que nous soyons encore arrivés à l'explication complète de la maladie diabétique, bien au contraire, nous avons vu que nous la connaissons moins que nous ne pensions. Qu'on se fasse l'opinion qu'on voudra de cette maladie, qu'on l'appelle une dystrophie constitutionnelle ou autrement, ce sont des mots vides, derrière lesquels nous ne parvenons pas à cacher l'ignorance où nous sommes de sa cause réelle. »

Aussi, malgré les recherches nombreuses auxquelles il avait consacré une bonne partie de son existence, Cl. Bernard reconnaissait qu'il n'avait pu arriver à la vérité définitive sur la pathogénie du diabète. Toutefois, vous penserez comme moi, d'après les citations que je viens de faire, qu'il avait tout au moins présenté cette vérité, en indiquant ce qu'il fallait faire pour y arriver et en montrant la nécessité de l'alliance de la physiologie et de la clinique. A cette dernière science, en effet, il appartenait de faire faire un nouveau pas à la question du diabète.

II

Jusqu'alors le diabète était donc une affection sans lésion déterminée, et si quelques observateurs avaient rencontré dans cette maladie l'atrophie du pancréas, ils l'avaient considérée comme une coïncidence plutôt que comme une cause, à part toutefois le professeur Bouchardat pour qui le pancréas paraissait jouer un certain rôle dans la production de la glycosurie.

Dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine en 1877 avec pièces pathologiques à l'appui, je rapportais deux faits de diabète aigu, grave, avec altération du pancréas; et après avoir rapproché ces faits de ceux que contiennent les recueils scientifiques, je m'appliquais à démontrer, en m'appuyant sur les caractères des symptômes observés, sur l'évolution du mal et sur sa terminaison rapidement fatale, l'existence forcée d'une relation causale entre les altérations graves du pancréas et certains diabètes. — Aussi je pensais, dès ce moment, qu'il y avait lieu de répéter l'expérience de l'atrophie du pancréas par l'injection de matières grasses ainsi que l'avait fait Cl. Bernard et je me proposais de faire sous la direction et dans le laboratoire de mon savant maître des expériences pouvant contrôler mes observations cliniques. Sa mort m'empêcha malheureusement de mettre mon projet à exécution.

Les résultats de ces premières recherches ne furent généralement pas acceptés. Cependant, persuadé qu'une bonne observation clinique est au moins égale comme valeur et comme degré de certitude à une expérience, puisqu'elle est en définitive réalisée par la nature, je continuai l'étude du diabète sans me décourager. Dans le courant de l'année 1879 je fis, à l'hôpital de la Pitié, plusieurs leçons sur cette maladie et notamment sur ses rapports avec les lésions pancréatiques. — Un de mes internes, le Dr Lapierre, prit pour sujet de thèse le diabète engendré par l'altération du pancréas, et en 1888, sans m'occuper des dénégations et des critiques, je présentai à l'Académie de médecine un nouveau mémoire fondé sur vingt observations nouvelles venant confirmer celles que j'avais communiquées tout d'abord. Dans tous ces cas, la maladie apparaissait au milieu de la pleine santé, d'une façon presque subite, et se manifestait par une polydipsie intense bientôt suivie de polyphagie, puis d'une polyurie abondante avec glycosurie oscillant entre 300 et 600 grammes et plus, dans les 24 heures, par une autophagie telle, que les malades perdaient de 15 à 20 kilogs en l'espace de 3 à 4 mois, enfin par une déperdition progressive des forces physiques, de la puissance génitale, une diminution des facultés intellectuelles et un changement notable dans le caractère.

A ces symptômes s'ajoutaient bientôt des désordres provenant du trouble général de la nutrition et particulièrement la sécheresse de la peau, la chute des cheveux et des dents et plus tard des complications telles que tuberculose pulmonaire, coma diabétique, broncho-pneumonie, finissant en général par amener la mort dans l'espace de six mois à trois ans.

Aussi cette forme de diabète est-elle de nature à inspirer au médecin les plus vives inquiétudes, quand surtout la maigreur et la déperdition des forces tendent à s'accroître; car alors si le malade ne succombe pas dans le coma, il n'échappe guère à la tuberculose.

Après avoir tracé le tableau clinique de ces vingt cas

de diabète dont quatorze avaient été suivis de mort, nous ajoutions : Ces cas sont tellement semblables à eux-mêmes et les phénomènes qu'ils présentent tellement distincts qu'il faut leur reconnaître sinon une cause, du moins une condition pathogénique particulière.

Or, malgré des recherches rigoureuses, il nous a été impossible d'arriver à trouver une cause spéciale à cette forme de diabète. Sur 20 malades, trois étaient de grands buveurs de cidre, quatre avaient subi une intoxication palustre, les treize derniers ne nous avaient rien indiqué qui pût rendre compte de leur affection. Ils étaient tous bien constitués, n'offraient aucune tare héréditaire ou acquise et avaient joui d'une santé excellente jusqu'au moment où se déclarèrent les premiers phénomènes du mal. Mais si une circonstance étiologique particulière ne vient expliquer ces faits, il y a lieu, ce nous semble, de chercher leur raison d'être dans une condition pathogénique semblable sinon identique : cette condition, c'est l'altération du pancréas. Nos 14 malades présentaient, en effet, une lésion matérielle de cet organe et ce désordre se manifestait dans la plupart des cas par un état d'atrophie tel que la fonction pancréatique se trouvait profondément modifiée sinon abolie. Cette atrophie, il faut le reconnaître, n'avait pas toujours la même origine; tantôt elle était subordonnée à l'obstruction ou à l'altération du canal de Wirsung (3 cas); tantôt liée à un désordre primitif des éléments épithéliaux et sécrétoires du pancréas (9 cas); tantôt enfin, soumise à une sclérose du stoma conjonctivo-vasculaire de la glande avec dilatation de son conduit excréteur (2 cas).

En somme, ces différents désordres concourent au même résultat, à savoir : l'atrophie plus ou moins complète de la glande pancréatique, et comme ce n'est pas une seule et unique lésion, mais un ensemble de désordres qui engendrent cette atrophie et produisent la destruction de la glande, il y a lieu de croire *que cette destruction est la condition nécessaire à la genèse du diabète maigre avec toutes ses conséquences graves.*

Réduit à une sorte de cordon fibro-graisseux souvent difficile à découvrir à l'autopsie, le pancréas se trouve amoindri dans tous ses diamètres : son poids, toujours diminué dans le cas d'atrophie par oblitération du canal de Wirsung, ne dépasse pas généralement 30 à 40 grammes au lieu de 70 à 80, son poids normal. Ainsi la diminution du poids du pancréas et l'altération de la fonction de cet organe ne font jamais défaut dans nos observations et comme, malgré le soin que nous apportons dans les autopsies à l'examen de cette glande, il ne nous arrive pas de constater de semblables altérations en dehors du diabète maigre, nous n'hésitons pas à admettre l'existence d'une relation pathogénique entre cette maladie et la lésion pancréatique.

Pour donner plus de valeur à ces faits, nous ajouterons que plusieurs auteurs et notamment Bright, Frerichs, Harley, avaient noté l'existence d'un diabète assez semblable, dans certains cas d'épithéliomes avancés de la tête du pancréas, avec compression du canal de Wirsung et lésion consécutive de tout l'organe, et que ces faits dans lesquels la glycosurie survenait tardivement pouvaient être comparés à des expériences de laboratoire.

Ainsi le diabète lié à la destruction du pancréas fut désigné par nous sous le nom de diabète pancréatique et considéré comme formant un type pathologique nettement défini, tant par ses manifestations cliniques que par sa lésion, son évolution et sa terminaison pour ainsi dire toujours fatale.

A côté de ce type clinique s'en trouve un autre assez semblable par son début et ses manifestations symptomatiques, mais distinct par son évolution moins rapide et surtout par sa lésion anatomique qui a pour siège, non plus le pancréas, mais le système nerveux et que, pour ce motif, nous désignons sous le nom de diabète nerveux ou encore de *diabète de Claude Bernard* parce que ce savant l'a fait connaître expérimentalement, ainsi que nous l'avons dit plus haut, par la piqûre du 4e ventricule. Plus persistant chez l'homme que chez l'animal mis en expérience, ce diabète ne suit pas toujours immédiatement la cause qui le détermine, comme si la formation d'une lésion nerveuse était nécessaire à sa genèse; toutefois sa ressemblance avec le diabète pancréatique est telle, qu'il est souvent difficile au meilleur clinicien de l'en séparer. L'état du foie me parut, à un certain moment, pouvoir fournir à cet égard un signe des plus importants; car, tandis que cet organe semblait conserver des proportions à peu près normales dans le diabète pancréatique, je le trouvai toujours augmenté de volume dans le diabète nerveux. Cependant, ayant noté cette même augmentation dans quelques cas de diabète pancréatique, je suis aujourd'hui moins affirmatif qu'autrefois sur sa valeur séméiologique, bien que, dans de nombreuses occasions, je sois arrivé à séparer très justement ces deux diabètes en m'appuyant à peu près uniquement sur ce signe.

Il existe enfin un troisième type diabétique, entièrement distinct des deux précédents, tout à la fois par son début, par ses manifestations cliniques, son évolution et l'absence d'une lésion spéciale : c'est le diabète goutteux ou arthritique de certains auteurs, le diabète gras ou constitutionnel de quelques autres.

Ce type, de beaucoup le plus commun des trois, est celui qui se trouve généralement décrit dans les ouvrages classiques.

Sur 25 cas observés par nous de 1880 à 1888, quatre seulement furent suivis de mort; les autres se trouvèrent rapidement améliorés; par conséquent, sa gravité est beaucoup moindre que celle des diabètes nerveux et pancréatique; d'ailleurs, comme il se trouve constamment associé à tout un ensemble pathologique, il est plutôt un syndrome qu'une maladie réelle.

Intimement lié à la constitution de l'individu qui en est atteint, ce diabète est une sorte de manière d'être qui commence et finit avec la vie, bien que la glycosurie ne survienne que beaucoup plus tard, vers l'âge de 30 ans et presque toujours à la suite d'un embonpoint plus ou moins prononcé qui est comme une première étape du mal.

Cet embonpoint se manifeste habituellement à la fin de la période d'accroissement, c'est-à-dire vers l'âge de 21 ans chez la femme et de 25 ans chez l'homme. Dans quelques cas seulement, on l'observe au moment de la puberté et même plus tôt; il peut atteindre des proportions excessives, car on voit des malades peser 180, 200 et jusqu'à 250 livres. Dans ces conditions la glycosurie, en raison de son début insidieux, n'est souvent découverte que par hasard, à l'occasion d'une soif un peu vive, d'une éruption prurigineuse des parties génitales ou encore d'affections intercurrentes telles que : épistaxis, furoncles, etc., bien qu'il y ait toujours lieu de la soupçonner chez les personnes jeunes et obèses.

La proportion de sucre rendue dans les 24 heures est relativement faible; elle dépasse à peine 15 ou 20 gr., reste le plus souvent au-dessous de 100 grammes et atteint exceptionnellement 150 à 200 grammes. Subordonnée aux fatigues intellectuelles et physiques du malade, à son genre de vie, cette glycosurie augmente sous l'influence d'un ébranlement nerveux, d'une forte émotion, et diminue avec le repos, un régime et une hygiène convenables; très souvent même elle est intermittente plutôt que continue et ainsi peut passer inaperçue aux yeux du médecin peu attentif.

Quant à l'autophagie, elle ne survient que longtemps après le début du mal, vers l'âge de 45 à 50 ans, en sorte que ce diabète se distingue nettement par l'obésité qui lui a valu la dénomination de diabète gras, par son début insidieux, par ses manifestations symptomatiques, et enfin par l'absence des lésions organiques autres que celles de la grande névrose vaso-trophique à laquelle il se rattache ; aussi le pancréas reste-t-il intact. Sa reproduction expérimentale est impossible.

Les personnes qui en sont atteintes, contrairement à ce que nous avons vu jusqu'ici, présentent en outre un ensemble pathologique des plus complexes : dans le jeune âge, elles accusent des douleurs migraineuses ou névralgiques, des épistaxis, des éruptions diverses qui ont pour caractère d'être prurigineuses ; plus tard, elles présentent des hémorrhoïdes, des varices, des poussées articulaires, très souvent de la gravelle, et, en dernier lieu, de l'artério-sclérose généralisée avec ses conséquences fâcheuses : dystrophies rénale, cardiaque ou cérébrale, considérées à tort dans quelques cas comme des complications de la glycosurie. C'est ainsi que l'albuminurie qui survient dans ces conditions, loin d'être le fait de la glycosurie, se montre avec les caractères propres aux affections rénales liées à l'artério-sclérose. Il en est de même de la gangrène des membres qui, par ses caractères de gangrène sèche, est bien plutôt la conséquence de l'altération concomitante du système artériel que de la glycosurie et aussi des furoncles, des anthrax et même de la cataracte.

Tous ces désordres, en effet, sont exceptionnels dans les diabètes pancréatiques et nerveux où la glycosurie est plus abondante, et je dois reconnaître ne les y avoir jamais rencontrés. Par contre, la tuberculose, beaucoup plus fréquente dans ces derniers diabètes, est une réelle complication sous la dépendance de la dénutrition générale. La durée du diabète gras est toujours longue, et il n'est pas rare de voir des personnes âgées atteintes de cette affection depuis 30 et 40 ans, contrairement à ce qui existe pour le diabète pancréatique, dont la durée maximum ne dépasse pas 5 à 6 ans, et le diabète nerveux qui, pour être moins grave, tue cependant dans l'espace de quelques années.

La mort, dans ce diabète, est rarement l'effet de la glycosurie ou de l'intoxication diabétique ; elle est amenée le plus souvent par une complication ou encore par une affection concomitante des reins, du cœur ou de l'encéphale liée à l'artério-sclérose. Assez fréquemment, en effet, elle est due à une crise urémique, à une insuffisance cardiaque, ou encore à une hémiplégie provenant d'un ramollissement ou d'une hémorrhagie cérébrale. Conforme en cela à l'expérimentation, l'observation clinique conduit donc à reconnaître que le diabète n'est pas une maladie univoque, que sous cette dénomination ont été décrits des états pathologiques multiples, nettement distincts, tant sous le rapport de la phénoménalité et de la lésion anatomique que sous celui de l'évolution et des causes.

Les causes diffèrent, en effet, dans chacun de ces types. L'hérédité est la cause efficiente, principale, unique pour ainsi dire, du diabète gras, lequel pourrait aussi bien être désigné sous le nom de diabète constitutionnel ; les émotions vives, les fatigues physiques et intellectuelles en sont les causes occasionnelles.

Toutes ces causes n'ont rien à faire avec le diabète pancréatique ; celui-ci, purement accidentel, est amené tantôt par un calcul venant obstruer le canal de Wirsung, tantôt par une oblitération quelconque de ce canal entraînant l'atrophie du pancréas, tantôt par une lésion primitive des éléments cellulaires de cette glande, tantôt enfin par une sclérose venant altérer secondairement ces éléments.

Le diabète nerveux nous présente des causes non moins distinctes, toujours liées à un désordre local du système nerveux ; il est tantôt le fait d'un traumatisme qui excite ou inhibe directement ou indirectement la région bulbaire, ainsi que le faisait Claude Bernard par la piqûre du 4e ventricule, tantôt le fait d'une lésion matérielle dont la permanence produit une excitation ou une inhibition de même ordre. Les causes diffèrent donc avec chacune des formes diabétiques reconnues par la clinique et, par conséquent, les conditions pathogéniques demandent à être examinées dans chacune d'elles.

Tel était l'état de la question du diabète en 1888, et bien qu'elle ne fût envisagée de cette sorte que par un petit nombre de médecins, la plupart nos élèves, notre conviction n'était pas moins absolue, aussi bien sous le rapport du diabète pancréatique que sous celui de la division nécessaire des diabètes, tant nous sommes persuadé *qu'une observation qui sait tenir compte de tous les éléments du problème clinique conduit à une certitude au moins aussi grande qu'une expérience bien faite*.

Tout le monde ne pense pas ainsi, car à notre époque on donne trop souvent la préférence à l'expérimentation sur l'observation clinique. Cependant il faut savoir que ces deux méthodes scientifiques ont un même degré de certitude, concourent au même but, et que, loin de s'exclure, elles se complètent. C'est, en effet, ce qui est arrivé pour le diabète pancréatique ; découvert tout d'abord par l'observation clinique, il a reçu ensuite la sanction de l'expérimentation.

III

Quelques-uns de nos internes, entre autres le Dr Ch. Rémy, agrégé de la Faculté de Paris, tentèrent tout d'abord de produire le diabète par l'ablation du pancréas, mais, à cette époque, l'asepsie était peu pratiquée, et leurs recherches restèrent sans succès. C'est seulement en 1889 que von Mering et Minkowski, inspirés par nos recherches cliniques, parvinrent à reconnaître que, chez les animaux, l'extirpation totale du pancréas hors de la cavité abdominale engendre un diabète absolument fatal et identique à celui que nous avions constaté chez l'homme à la suite de la destruction spontanée de ce même organe. Ces expérimentateurs, dans le but de compléter leurs démonstrations, ont pratiqué des ablations partielles du pancréas et séparé cet organe du duodénum, sans voir jamais apparaître de glycosurie, tant qu'il restait un débris de cette glande en rapport avec l'économie par l'intermédiaire du système artério-veineux, en sorte que, pour arriver à produire le diabète, la destruction totale du pancréas, c'est-à-dire la suppression de la cellule pancréatique, est absolument nécessaire.

Lépine, de Lyon, ne tarda pas à vérifier les expériences de von Mering et de Minkowski (Voyez *Lyon médical*, octobre 1889); Hédon, Gley et mon ancien interne, le Dr Thiroloix, reconnurent aussi, chacun de leur côté, comme l'avaient fait les physiologistes strasbourgeois, que l'ablation totale de pancréas est la condition absolue pour l'apparition du diabète maigre. La nécessité de cette condition explique les difficultés considérables éprouvées par différents expérimentateurs pour produire la glycosurie par atrophie progressive de la glande. La quantité glandulaire nécessaire pour assurer le fonctionnement normal de la glycoso-formation est en effet à peine croyable, puisque Thiroloix a vu un gramme de pancréas atrophié, induré, ayant ses canaux excréteurs

bourrés de substances étrangères, assurer la glycogénie normale.

Cl. Bernard, Schiff, Bouchardat, malgré des expériences où la destruction de la glande leur paraissait être complète, ne purent obtenir la glycosurie et n'observèrent que la première phase des phénomènes qui suit la suppression lente de la glande. Si, comme l'a fait Thiroloix, on bourre les canaux excréteurs du pancréas avec une substance aseptique non résorbable, on observe d'abord chez les chiens un amaigrissement extrême malgré une polydipsie et une polyphagie considérables que suivent, comme corollaires, la polyurie et l'azoturie. Au bout de trois à quatre mois, les animaux suralimentés récupèrent leur poids et le dépassent, présentant dès lors toutes les apparences de la santé. Si l'on vient à rétrécir le champ pancréatique par des résections multiples, de peu d'étendue à chaque intervention, on voit se développer une glycosurie alimentaire qu'il est possible d'augmenter, de diminuer ou de faire disparaître par l'augmentation, la diminution ou la suppression des féculents dans le régime alimentaire de l'animal. A un moment donné, qui varie pour chaque expérience, la glycosurie devient permanente, même avec le régime azoté, et cette glycosurie, d'abord légère, s'aggrave de plus en plus, suivant ainsi parallèlement l'atrophie des dernières cellules pancréatiques. L'analyse expérimentale peut être poussée encore plus loin, car en soumettant à un jeûne prolongé les animaux auxquels on veut extirper le pancréas, le foie se débarrasse de ses réserves sucrées et l'opération n'est pas suivie de glycosurie, mais celle-ci apparaît dès qu'on donne de la viande à l'animal et se continue tant que le foie peut transformer les albuminoïdes alimentaires. Ainsi, ces deux procédés, atrophie lente et abstinence prolongée des animaux, précédant l'ablation du pancréas, créent une glycosurie alimentaire féculente ou albuminoïde que l'expérimentateur peut rendre, à sa volonté, intermittente ou continue : que chez un animal dépancréatisé et soumis au jeûne, on pratique la piqûre bulbaire, la glycosurie réapparaît, la cellule hépatique s'empare, pour fabriquer du sucre, des albuminoïdes du sang, fait qui indique l'existence dans le bulbe d'un centre frénateur hépatique.

Tels sont les résultats que donne l'expérimentation appliquée directement à la glande pancréatique : ils montrent que si le foie est le seul organe qui arrête, transforme et fabrique le sucre, le pancréas est aussi un organe à fonction spécifique, absolument nécessaire au premier pour lui permettre de mener à bien la fonction glycogénique.

Cependant, le début rapide du diabète humain et la persistance presque constante dans les autopsies de quelques débris pancréatiques, rendaient nécessaire de rechercher quel pouvait être l'élément histologique dont la suppression provoquait le diabète. C'est alors qu'une expérience ingénieuse, exécutée d'abord par Minkowski, puis répétée presque aussitôt par Hédon, Gley, Thiroloix et moi-même vint mettre en évidence l'action de la cellule pancréatique dans la formation du diabète. L'extrémité libre de la portion verticale du pancréas d'un chien conservant ses vaisseaux et ses nerfs, est placée sous la peau de l'abdomen (ectopie), puis, dès qu'elle s'y est greffée, le pédicule vasculo-nerveux est sectionné (marcotte), toute la portion de l'organe restée dans le ventre peut alors être enlevée sans qu'il se produise de diabète, tandis que si la partie greffée est supprimée, il survient un diabète aussi intense qu'à la suite de l'excision en un seul temps. Cette expérience rend compte de la rapidité du début du diabète humain, en nous montrant que celui-ci ne se manifeste pas tant qu'il existe des cellules pancréatiques en voie de fonctionnement, mais qu'il survient sitôt que ces éléments cessent leur fonction.

Les études de Renaut, de Lyon, sur la structure histologique du pancréas démontrent d'ailleurs que les éléments glandulaires de cet organe sont ordonnés par rapport aux vaisseaux et non par rapport aux conduits excréteurs; qu'ainsi l'activité de la cellule pancréatique pourrait être bi-polaire, c'est-à-dire que chacun de ses pôles serait destiné à une action différente : par l'un, elle verserait dans le conduit excréteur le suc pancréatique avec son triple ferment digestif, et par l'autre elle transmettrait au sang veineux et aux vaisseaux lymphatiques le ferment glycolytique.

L'expérience fondamentale de la greffe met donc hors de doute l'action unique et exclusive des éléments cellulaires du pancréas sur la production du diabète, et comme ces éléments peuvent agir en dehors de leurs vaisseaux et de leurs nerfs primitifs, il ne reste pour expliquer le diabète que la suppression d'un produit de sécrétion interne.

Ces deux faits expérimentaux, savoir, d'une part l'extirpation totale du pancréas, qui amène une glycosurie constante, la greffe de ce même organe qui s'oppose à l'apparition de la glycosurie, conduisent forcément à la conclusion que le diabète provient de l'insuffisance des éléments cellulaires pancréatiques, comme fournissant une substance régulatrice de la formation du sucre; et cela, d'autant plus que la ligature ou l'obstruction expérimentale du canal de Wirsung, qui supprime la sécrétion externe, ne joue aucun rôle dans la production du diabète.

Ce produit de sécrétion interne, qui est certainement déversé dans le sang, tout au moins dans les veines pancréatiques et la veine porte, quel est-il? serait-il un ferment comme le pense le professeur Lépine et devons-nous accepter l'explication que donne ce savant de la pathogénie du diabète? Vous savez, en effet, que le sang normal abandonné à lui-même à la sortie du vaisseau, perd, en un temps donné, une certaine quantité du sucre qu'il contient. Ce fait signalé par Claude Bernard et repris par M. Lépine l'a conduit à admettre que la fonction spécifique du pancréas consiste à fournir au sang le ferment destructeur du sucre ou ferment glycolytique; ce ferment se rencontre dans les globules blancs qui peuvent le céder à des liquides de lavage; de plus il est soluble, puisque le sang chauffé à 54° 1/2 perd toute activité glycolytique. S'il en était ainsi, rien ne serait plus simple que la pathogénie du diabète pancréatique; le pancréas verserait normalement dans le sang et la lymphe un ferment qui détruirait le sucre du sang d'une façon régulière et constante, et l'ablation totale de cet organe ou sa destruction amènerait la diminution ou la suppression du ferment destructeur de la glycose, d'où hyperglycémie et glycosurie; c'est là une théorie simple, séduisante qui cadre parfaitement avec les constatations cliniques, mais que vient malheureusement renverser ce fait que la destruction du sucre s'opère non pas dans le sang, mais dans les tissus qui l'utilisent, ainsi qu'il résulte des recherches de Chauveau et de Cl. Bernard. A ce principal argument il me serait possible d'ajouter que M. Arthus a démontré que la glycolyse est un phénomène cadavérique (1).

Mais, si nous ne pouvons accepter la manière de voir de M. Lépine et si nous ignorons toujours la nature de la substance déversée dans le sang par le pancréas, il n'en est pas moins possible de rechercher sur quels éléments histologiques cette substance exerce son action.

(1) Arthus, *Académie des sciences*, 1892.

Cette action serait-elle indirecte et s'opposerait-elle au diabète en s'adressant non plus au sang, mais au système nerveux? serait-elle directe? s'exercerait-elle sur la cellule hépatique?

Telles sont les deux hypothèses auxquelles conduit une analyse expérimentale rigoureuse. MM. Chauveau et Kaufmann se sont appliqués à mettre en évidence la première de ces hypothèses et à démontrer que, malgré des origines différentes, le diabète pancréatique et le diabète nerveux ne relèvent pas moins d'un même mécanisme. Ils basent leur manière de voir sur les données acceptées aujourd'hui, à savoir qu'il n'existe qu'un seul foyer glycogénique, que la consommation du sucre par les tissus ne change pas et que le rapport entre la quantité de cette substance dans le sang artériel et dans le sang veineux est constant, aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique; qu'enfin, le foie et le pancréas sont, comme toutes les glandes, sous la dépendance de centres nerveux qui activent ou refrènent leur sécrétion. Pour ces expérimentateurs, le pancréas a une action indirecte sur la glande hépatique; le produit de sa sécrétion interne met en jeu les centres nerveux hépatiques frénateurs et excitateurs en sens inverse l'un de l'autre, de manière à produire des effets cumulatifs de même nature sur la fonction glycoso-formatrice. Ce produit stimule le centre fréno-sécréteur qui est dans le bulbe, tandis qu'il modère le centre excito-sécréteur situé à la partie supérieure de la moelle épinière.

De ces centres partent les filets sécréteurs, indépendants des vaso-moteurs, comme l'ont montré Morat et Dufour (1).

Effectivement, après l'extirpation du pancréas le fréno-sécréteur, dépourvu de son stimulant, perd toute action sur le foie qui est abandonné à son excito-sécréteur. La piqûre du bulbe et l'extirpation du pancréas aboutissent ainsi au même résultat : l'hyperglycémie.

Aussi peut-on dire que le bulbe contient le frein du foie. Inversement toute section de la moelle épinière au-dessous de la 4e paire cervicale amène l'hypoglycémie en isolant le centre excitateur spinal et en laissant toute son action au centre frénateur bulbaire; cette hypoglycémie persiste même si on vient à piquer le bulbe ou à extirper le pancréas, parce que les relais ganglionnaires sympathiques, ici comme pour le cœur, conservent l'excitation première que leur ont donnée les centres nerveux. C'est de la même façon que l'hyperglycémie persiste quand, après la piqûre du bulbe ou l'extirpation du pancréas, on vient à sectionner la moelle épinière au-dessous de la 4e paire cervicale. MM. Chauveau et Kaufmann, tenant compte du marasme dans lequel tombent les animaux privés de leur pancréas, généralisent enfin l'action modératrice de la sécrétion interne de cette glande sur tous les tissus, dont elle ralentit la désintégration histolytique incessante.

Cette conception de l'action du pancréas sur le foie par l'intermédiaire du système nerveux n'est pas absolue pour ces auteurs, qui se sont demandé si la sécrétion interne pancréatique déversée dans le sang de la veine porte ne pouvait avoir une action directe sur la cellule hépatique. Or, M. Kaufmann, ayant sectionné tous les nerfs qui se rendent au hile du foie, a vu la glycosurie succéder à l'extirpation du pancréas, et en a conclu que cet organe exerçait une action modératrice sur le foie, non seulement par l'intermédiaire du système nerveux, mais encore par une action directe sur les éléments glandulaires de cet organe. Le mécanisme de cette action reste à déterminer, tant que nous ne connaîtrons pas toutes les conditions du fonctionnement de la cellule hépatique.

(1) *Arch. de physiologie*, 1894.

Malgré tout ce qu'il reste à faire pour arriver à une conception définitive des diabètes pancréatique et nerveux si semblables en clinique, il est possible, après l'exposé qui précède, de tirer une vue d'ensemble de l'appareil glycoso-formateur. Le foie et le pancréas en représentent les parties essentielles, l'un forme le sucre, l'autre fournit la substance nécessaire à la transformation et à la rétention du produit élaboré par les cellules hépatiques. Cette association de deux glandes réunies chez l'homme par le système veineux porte, se montre dans toute son intimité chez certains poissons (Legouis, Laguesse) où ces deux glandes sont confondues par la disposition des éléments pancréatiques le long des ramifications intra-hépatiques de la veine porte. Le rapprochement des effets fournis par le greffe pancréatique et par la section des nerfs hépatiques conduit à penser que la fonction glycogénique ne dépend au fond que des propriétés inhérentes aux cellules propres de chacun des organes, foie et pancréas, mises en jeu et réglées, bien entendu, par le système nerveux.

Faut-il admettre, comme quelques observateurs tendent à le croire, que tous les diabètes relèvent d'un même mécanisme, et que le type décrit par nous sous le nom de diabète gras ou constitutionnel est forcément soumis aux mêmes actes physiologiques que les diabètes nerveux et pancréatique?

C'est là une question qui attend toujours sa solution; cependant il est difficile de croire à une même influence physiologique dans toutes ces formes diabétiques, surtout pour un clinicien appelé à constater chaque jour les énormes différences qui les séparent, bien qu'il soit possible de créer expérimentalement des variétés diabétiques très différentes les unes des autres.

L'obésité, qui précède d'une façon à peu près constante la glycosurie dans le diabète constitutionnel ou goutteux, le début insidieux de ce symptôme, ses variations, ses intermittences, l'amaigrissement qui se manifeste habituellement vers l'âge de 50 ans, sont autant de phénomènes qui indiquent une affection spéciale, intimement liée, aussi bien que les manifestations multiples qui la précèdent ou lui font cortège, à des troubles nutritifs; aussi peut-on avec de sérieuses raisons, ainsi que l'a fait le professeur Ch. Bouchard, rattacher le diabète gras seulement à un ralentissement général de la nutrition.

Cl. Bernard, après avoir démontré que les muscles transforment en acide lactique la matière glycogène qu'ils renferment, puisque jamais n'apparaît de sucre dans le sang veineux venant du tissu musculaire, s'est demandé si, dans certaines circonstances pathologiques, le sucre, état intermédiaire entre la matière glycogène et l'acide lactique, ne pourrait exister dans les muscles, d'une manière durable, par le fait d'un ralentissement de la fermentation lactique du glycogène. « La durée de cet état, ajoute-t-il, pourrait être telle que le sucre pût se diffuser dans le sang qui baigne le muscle, et en sortir même avec le courant nerveux? Ce sont là autant de questions que nous nous contenterons de poser pour le moment, n'ayant pas les éléments expérimentaux nécessaires pour les résoudre. »

Ces questions, restées au point où les avait laissées l'illustre auteur des Leçons sur le diabète et la glycogénèse animale, demanderaient à être reprises avec soin, et peut-être alors permettraient-elles de saisir le mécanisme pathogénique du diabète gras, quoique nous ne nous dissimulions pas les difficultés presque insurmontables d'une pareille démonstration.

Tel est l'exposé rapide de nos connaissances sur le diabète. Celles-ci peuvent-elles nous amener dès maintenant à des indications précises et à un traitement effi-

cace de cette maladie? Nous ne le croyons pas : nos moyens thérapeutiques, jusqu'à ce jour, n'ont qu'une faible action, du moins contre le diabète pancréatique, et cela se comprend, puisque ce diabète est lié à la destruction d'un organe.

Cependant si on nous demandait, comme à Cl. Bernard, à quoi ont servi les découvertes que nous venons d'exposer sur la formation du sucre dans les animaux, nous répondrions avec ce physiologiste : Ce serait à tort qu'on croirait aujourd'hui le problème physiologique du diabète résolu ; il est à peine ébauché; nous n'avons qu'une chose à faire, c'est de le poursuivre avec la conviction profonde qu'en étudiant la question théorique nous marchons sûrement vers la question pratique.

En résumé, Messieurs, l'étude de la pathologie ou, si vous aimez mieux, de la pathogénie du diabète, a traversé jusqu'ici des phases successives qui sont les suivantes :

1° Une phase empirique qui ne compte guère.

2° Une première phase expérimentale (bulbo-hépatique) qui a eu pour principal acteur l'illustre physiologiste Claude Bernard. C'est à lui que nous devons de savoir que la glycosurie ne provient pas d'un trouble de la fonction digestive, mais bien d'une exagération fonctionnelle du foie, organe de création et de réserve de la substance glycogène, destinée à fournir à l'organisme vivant le sucre nécessaire à son accroissement et à sa nutrition.

3° Une phase clinique qui a eu pour objet de montrer que toutes les affections décrites sous le nom de diabète n'étaient pas identiques, de classer ces affections, et d'établir une relation entre la destruction du pancréas et certains diabètes graves.

4° Une phase expérimentale (pancréatique) guidée par la clinique dont elle est venue confirmer les résultats et agrandir le champ, en nous montrant que l'extirpation du pancréas, chez l'animal, est forcément suivie d'un diabète identique à celui que produit chez l'homme l'altération de cet organe, et en nous apprenant que ce diabète est le fait de l'abolition non de la sécrétion externe, mais bien de la sécrétion interne des éléments cellulaires pancréatiques.

Le mécanisme suivant lequel se produit ce diabète a été étudié par deux savants lyonnais, les professeurs Lépine et Chauveau; nous n'avons pas à répéter ce que nous avons dit de leurs intéressantes recherches, nous rappellerons seulement que, suivant MM. Chauveau et Kaufmann, le diabète pancréatique reconnaîtrait un mécanisme physiologique assez semblable à celui qui préside à l'éclosion du diabète nerveux; le rapprochement établi par ces expérimentateurs entre le diabète nerveux et le diabète pancréatique est d'ailleurs absolument conforme à ce qu'enseigne l'observation clinique.

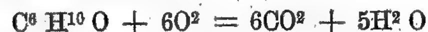
Le diabète gras ou diabète des goutteux n'aurait-il pas d'autre explication?

C'est là une question dont la solution nous semble devoir être réservée et pour laquelle de nouvelles recherches sont encore nécessaires, à moins d'admettre, ce que je ferais volontiers pour cette forme de diabète seulement, avec le professeur Ch. Bouchard, autre célébrité lyonnaise, qu'il est le fait d'une insuffisance des actes de l'assimilation ou encore d'un défaut de consommation du sucre par les éléments histologiques.

Rapport de M. Lépine.

Dans la première partie de leur mémoire de 1893, MM. Chauveau et Kaufmann avaient posé comme un principe général et non susceptible d'exception « que *toute hyperglycémie tenait à une augmentation de la production du sucre* (1) ». Un certain nombre de faits, et notamment ceux qu'a établis M. Hanriot, ne permettent pas d'accepter cette conclusion trop absolue :

On sait que Pflüger a appelé *quotient respiratoire* le *rapport* entre les *volumes* d'acide carbonique exhalé et d'oxygène absorbé par le poumon, pendant le même temps. Si nous restons à l'état de repos, afin de n'exercer par des contractions musculaires, source d'acide carbonique, aucune action perturbatrice, le *quotient respiratoire* sera *sous la dépendance de la composition de nos aliments*. Avec une alimentation hydro-carbonée, il sera sensiblement égal à l'unité. En effet, les hydrates de carbone, renfermant la quantité d'oxygène nécessaire pour convertir en eau tout leur hydrogène, n'empruntent à l'oxygène de la respiration que la quantité nécessaire pour brûler leur carbone :



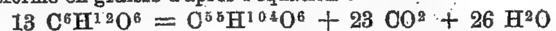
$$C^6 H^{10} O + 6O^2 = 6CO^2 + 5H^2 O$$

L'acide carbonique renfermant, comme on sait, son propre volume d'oxygène, les six volumes de CO^2 exhalés occuperont exactement le volume de six volumes d'oxygène absorbé ; le quotient sera, comme je le disais plus haut, égal à l'unité (2). Avec les albuminoïdes et les graisses *relativement moins oxygénées*, le rapport est constamment plus petit que l'unité, attendu que ces substances renferment moins d'oxygène qu'il est nécessaire pour transformer tout leur hydrogène en eau (et en ammoniaque). Il faut donc qu'elles empruntent à l'atmosphère l'oxygène nécessaire pour brûler *une fraction* de leur hydrogène et *tout* le carbone qu'elles renferment. Comme l'acide carbonique contient son propre volume d'oxygène, il faut que le volume d'oxygène absorbé soit supérieur à celui de l'acide carbonique exhalé, en d'autres termes le quotient respiratoire sera plus petit que l'unité.

Or, chez deux diabétiques, dont l'un était atteint de diabète grave, M. Hanriot a observé qu'après l'ingestion d'une grande quantité de pommes de terre, le quotient *ne s'est pas élevé*, comme il fait chez l'homme sain (3).

(1) *Mémoires de la Société de biologie*, p. 27.

(2) M. Hanriot, dans des circonstances particulières, l'a vu chez l'homme dépasser l'unité et atteindre 1,2. — Plus récemment le fait a été confirmé par M. Bleibtreu : en expérimentant avec l'appareil de Regnault, sur deux oies qui, nourries avec un excès de fécule, prirent, en quarante jours, plus de 2 kilogrammes de graisse, il a obtenu des quotients respiratoires s'élevant jusqu'à 1,34 (*Archiv für gesammte Physiologie*, vol. 56, p. 466). M. Hanriot explique cet excès d'acide carbonique en admettant qu'une partie du glucose se transforme en graisse d'après l'équation :



$$13\ C^6H^{12}O^6 = C^{55}H^{104}O^6 + 23\ CO^2 + 26\ H^2O$$

Ainsi en présence d'un excès de glucose, l'économie en dédoublerait une partie en graisse (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1892, et plus complètement *Archives de physiologie*, 1893, p. 248). J'ai exposé sommairement les résultats et le principe de la méthode dans un article publié par la *Semaine médicale*, 1893, p. 111. Sans l'étayer par des expériences, le prof. Pflüger émettait, à peu près en même temps que M. Hanriot, la même idée : « De même que le sucre, dans la fermentation alcoolique, se dédouble en CO^2 et en alcool, de même chez l'animal, il peut se dédoubler en CO^2 et en graisse... L'acide carbonique exhalé par le poumon, après l'ingestion d'un excès de matière amylacée, provient donc, en partie, de ce dédoublement. » (*Archiv f. gesammte Physiologie*, vol. 52, p. 45.)

(3) Chez le premier malade de M. Hanriot le quotient était le même *avant et après* l'ingestion des féculents; il éliminait 300 gr. de sucre dans les vingt-quatre heures. Chez le second, qui n'éliminait que 90 grammes de sucre par jour, le quotient s'élevait un peu après le repas, ce qui montre qu'il utilisait une part plus considérable du glucose. On sait d'ailleurs (voir notamment Fr. Voit, *Zeitschrift für Biologie*, XXIX, p. 129, et Leo, *Congress für innere Medicin*, XI) qu'il y a toujours utilisation d'une certaine quantité de glucose, même chez les diabétiques graves. M. Hanriot, chez son premier malade, a étudié l'influence de l'antipyrine à la dose de 4 grammes. Or, même après six jours de traitement, le quotient, consécutivement à un repas de pommes de terre, n'a pas été modifié. Il en conclut fort justement « que l'antipyrine *n'agit pas en rétablissant la fonction glycolytique normale* ». C'est exactement à

D'autre part M. Leo, dans un travail fort important (1), a aussi constaté que le quotient n'est pas augmenté après le repas chez les diabétiques. Enfin plus récemment MM. Weintraud et Laves (2) ont confirmé le même fait chez un diabétique *grave*, après l'ingestion de glucose. Cela prouve d'une manière positive que la consommation du sucre est restreinte chez les diabétiques. Cette conclusion est en parfait accord avec le fait sur lequel j'insiste depuis plus de quatre ans, à savoir la diminution du pouvoir glycolytique du sang chez ces malades.

La diminution du pouvoir glycolytique du sang des diabétiques, fait que j'ai découvert avec la collaboration de M. le Dr Barral, et dont j'ai poursuivi l'étude avec M. Métroz, également compétent en analyse chimique, ce fait, dis-je, que je considère comme important, a été critiqué de divers côtés. On a contesté sa réalité; on a mis en doute sa valeur et sa signification. Je vais réfuter ces diverses critiques.

L'occasion de saigner des diabétiques n'est pas commune. En plusieurs années je n'ai pu le faire qu'une dizaine de fois. Chez tous j'ai trouvé que le pouvoir glycolytique était relativement faible, c'est-à-dire que ce sang, défibriné en l'agitant dans un ballon avec du sable (3), puis maintenu pendant une heure dans un bain-marie à la température physiologique du corps humain, perd moins de sucre qu'un sang normal dans les mêmes conditions, auquel on ajoute une certaine proportion de glycose pur, de *manière à ce qu'il renferme, par litre, à peu près la même quantité de sucre que le sang diabétique* (4). Cette condition est importante. C'est faute de l'avoir connue que M. Kraus, Minkowski, etc., m'ont adressé une critique qui n'a pas l'ombre de fondement. Ces messieurs ont, en effet, *supposé* que la quantité de sucre disparu est simplement en rapport avec l'énergie du ferment; c'est une erreur grossière; *elle dépend aussi de la quantité du sucre à transformer*. C'est un fait que j'avais déjà parfaitement établi avec M. Barral et sur lequel j'ai insisté à plusieurs reprises; mais, vu son importance, j'ai de nouveau étudié la question avec M. Métroz et je n'ai pas besoin de dire que nous avons apporté un soin minutieux à ces expériences fondamentales :

A deux échantillons de 40 grammes d'un même sang normal de chien dont la teneur originelle en sucre a été exactement déterminée, nous ajoutons en proportion différente du glucose pur en solution dans deux centimètres cubes d'eau (1). Ces deux échantillons ont évidemment la même teneur en ferment et ne diffèrent entre eux que par la proportion en sucre introduit. Après une heure de séjour à 39° centigrades nous dosons le sucre dans les deux échantillons, au moyen d'une méthode absolument exacte (l'épuisement du caillot).

Nous avons fait un certain nombre d'expériences (2), et constaté qu'en augmentant, en moyenne, de 1 gr. 6 la teneur en sucre du deuxième échantillon, nous obtenions, dans ce dernier, une perte *trois fois plus forte*. D'après M. Kraus, qui invoque une prétendue loi de Schmidt, la perte devrait être proportionnelle à la quantité de ferment. On voit qu'il n'en est rien et que la glycolyse est aussi en relation avec la quantité de sucre. Un sang humain normal perd, en général, *in vitro*, par litre, en une heure, à la température physiologique, plus de 0 gr. 20 de sucre. Si dans un sang diabétique renfermant 3 à 4 grammes de sucre par litre, on trouvait une perte un peu supérieure (de 0 gr. 30, ou même de 0 gr. 35, je suppose), *il faudrait se garder d'affirmer que son pouvoir glycolytique est augmenté*. Pour que cette conclusion fût *vraisemblable*, la perte devrait être *d'au moins* 0 gr. 50. Quand on a égard à l'excès du sucre du sang diabétique, par rapport à la normale, une augmentation de perte de quelques centigrammes est tout à fait *insignifiante*.

S'il est exceptionnel de pouvoir déterminer le pouvoir glycolytique du sang chez un malade diabétique, il est fort aisé de le faire chez le chien rendu diabétique par l'ablation du pancréas; j'ai fait cette détermination chez plus de 150 chiens et chez presque tous j'ai pu constater une *notable* diminution du pouvoir glycolytique. Dans quelques cas, elle a paru peu sensible, soit par suite de quelque erreur, soit peut-être en raison de l'intervention de quelques organes vicariants. Je suis très porté à admettre que les glandules duodénales peuvent jouer ce rôle, attendu que, dans quelques cas, j'ai trouvé un pouvoir glycolytique intense au sang des veines mésaraïques.

On m'a objecté que la diminution du pouvoir glycolytique du sang n'a aucune importance, attendu que le sucre se détruit non dans le sang, mais dans les tissus. Je ne l'ignore point, assurément, et je n'ai jamais laissé entendre que la glycolyse s'effectuât dans le sang circulant. J'ai seulement admis, et je crois, avec raison, que si la glycolyse a lieu dans les tissus, elle est puissamment aidée par le ferment glycolytique contenu dans les globules blancs, comme on sait (3), et apporté par eux aux tissus. Ce ferment jouerait le rôle que remplissent dans les combinaisons chimiques la chaleur, l'électricité, etc.

Les expériences de circulation artificielle que j'ai faites avec M. Barral ont d'ailleurs nettement démontré l'influence du ferment sur la consommation du sucre : nous prenons les deux membres inférieurs d'un chien sain qui vient d'être sacrifié par hémorrhagie : dans un des membres, nous faisons circuler un sang pauvre en ferment glycolytique (retiré des vaisseaux d'un chien ayant subi l'ablation du pancréas); dans l'autre membre du chien sain, nous faisons circuler du sang riche en ferment glycolytique. Or la consommation de sucre *est plus grande* dans ce dernier membre (4).

On a dit que ce ferment n'ayant pu être isolé n'est, en

la même conclusion que j'étais arrivé il y a plusieurs années en tenant compte du fait qu'après l'administration de l'antipyrine, le sang veineux chez l'animal vivant paraît avoir perdu, relativement au sang artériel, moins de sucre qu'à l'état normal; 2° que le glycogène du foie est relativement plus abondant. (J'ai établi ce dernier fait avec la collaboration de M. Porteret, voir *Archiv. de méd. expér.*, 1889, n° 1.) En conséquence j'ai toujours admis, avec MM. G. Sée, A. Robin, etc., etc., que l'antipyrine, quand elle a une action favorable chez les diabétiques, n'agit qu'en restreignant la formation du sucre, et comme ce médicament est rarement fort utile chez le diabétique, et qu'en tout cas il est loin de guérir le diabète, on peut en induire que vraisemblablement la formation exagérée de sucre est loin de constituer l'élément exclusif de la maladie.

(1) *Zeitschrift für kl. Medicin*, XIX suppl.

(2) *Zeitschrift für phys. Chemie* XIX, avril 1894.

(3) Il convient de défibriner le sang dans le vase même où se fait ultérieurement la glycolyse et de laisser la fibrine en contact avec le sang, afin de ne pas le dépouiller d'une certaine quantité de ses globules blancs porteurs du ferment glycolytique, qui sont emprisonnés dans la fibrine (Lepine et Barral, *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 25 mai 1892).

(2) Et cependant le sang diabétique devrait perdre beaucoup plus, eu égard à ce que son sucre se détruit plus facilement que le glucose (même chimiquement pur) que nous ajoutons. C'est Cl. Bernard qui a indiqué la destruction relativement facile du glucose du sang, et ce fait est absolument exact.

(1) Nous nous sommes assuré que cette faible proportion d'eau est sans influence sur la glycolyse.

(2) Nos résultats ont été publiés en détail dans une note (en collaboration avec M. Métroz) insérée dans les *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 17 juillet 1893, à laquelle je renvoie pour l'exposé de la méthode de dosage du sucre qui a été employée.

(3) Pour les preuves de la présence du ferment dans les globules blancs, voir *Revue de médecine*, 1892, p. 487.

(4) *Revue de médecine*, 1892, p. 481.

somme, qu'une *propriété des tissus*. — Cette objection n'est pas valable; car il n'est pas exact de dire que le ferment n'a pas été *isolé*. Il l'a été *en solution dans l'eau*, et j'ai décrit, suffisamment pour n'avoir pas besoin d'y revenir, la méthode qui nous a permis, à M. Barral et à moi, d'obtenir une série d'eaux de lavage des globules du sang de plus en plus pauvres en matières albuminoïdes et de plus en plus riches en ferment (1).

M. Arthus, dont l'autorité en cette matière est très grande, admet bien qu'il s'agit d'un ferment, seulement il croit *qu'il n'existe pas pendant la vie* et *qu'il se forme* pendant la mort du sang, et plus exactement pendant l'acte de la coagulation. S'il en était ainsi, il est clair que son importance serait moindre. Il n'en resterait pas moins le fait curieux que ce ferment, prétendu cadavérique, est moins abondant dans certaines conditions expérimentales, et précisément dans le cas de diabète. Cette coïncidence, je le répète, ne laisserait pas d'être intéressante, mais, en réalité, rien n'est moins exact que de prétendre que le ferment glycolytique est *cadavérique*.

Par l'expérience de la *veine*, M. Arthus avait cru prouver que la production du ferment glycolytique est corrélative de la coagulation: on sait que dans une veine fermée à ses deux bouts, le sang de cheval reste fort longtemps sans se coaguler. M. Arthus dans ces conditions avait vu qu'au bout de 6 heures, il n'avait pas perdu de son sucre. Mais nous avons, M. Barral et moi, montré le *vice* de cette expérience, en la répétant *avec cette seule modification*, qu'au lieu de laisser la veine *en repos*, nous l'avons suspendue alternativement par ses deux bouts *en la retournant toutes les cinq minutes*; en d'autres termes, nous avons produit dans ce sang une légère agitation intermittente. Or, *bien que le sang ne se soit pas coagulé*, nous y avons constaté une glycolyse sensiblement normale, simplement parce qu'au lieu de laisser les globules blancs se sédimenter, nous les avons forcés de se mettre en contact avec la masse du sérum. L'expérience de M. Arthus était donc mal instituée et la nôtre prouve la réalité de la glycolyse dans le sang *incomplètement* vivant d'ailleurs, mais non coagulé, grâce à son contact avec une paroi vasculaire. Nous estimons que notre expérience est *décisive* (2).

M. Arthus en a toutefois produit une autre: il a constaté que l'addition d'une très faible quantité de fluorure de sodium au sang, au sortir du vaisseau, suffit pour empêcher la glycolyse, tandis que si on attend quelques minutes après la défibrination, une proportion même plus considérable de fluorure de sodium n'y met point obstacle (3). De cette remarquable expérience, M. Arthus tire avec raison la preuve que le fluorure de sodium n'empêche pas, par quelque action chimique, la glycolyse, puisqu'elle a lieu, alors même qu'il se trouve en forte proportion; il ajoute, de plus, que si elle fait défaut dans le sang immédiatement fluoruré au sortir du vaisseau, c'est parce que le fluorure de sodium *prévient* la formation du ferment. Dans un mémoire plus récent, M. Arthus revient sur ce point. Il insiste de plus sur le fait que la glycolyse est faible dans le premier quart d'heure et augmente dans les quarts d'heure suivants, et qu'en conséquence, *elle n'est pas sous la dépendance de la vie des éléments cellulaires du sang* (4).

(1) *Revue de médecine*, 1892, p. 485.
(2) M. Minkowski, qui ne peut ignorer cette expérience, puisqu'elle est rapportée tout au long dans ma Revue (*Revue de médecine*, 1892, p. 486), qu'il cite à plusieurs reprises, continue néanmoins à affirmer que la glycolyse *fait défaut en l'absence de coagulation* (*Arch. f. exp. Pathologie, loc. cit.*, p. 176). Je trouve pour ma part peu scientifique de rééditer des assertions reconnues inexactes.
(3) *Archives de physiologie*, 1891, p. 495 et suivantes.
(4) *Id.*, 1892, p. 337 et suivantes.

J'ai eu la curiosité d'examiner comparativement au microscope le sang non fluoruré et le sang fluoruré: Après avoir ajouté dans l'un et l'autre de mes ballons (qui ne différaient que par la présence d'un peu de fluorure dans l'un d'eux) la même quantité d'eau, j'ai vu que les globules blancs étaient détruits dans le premier, et *intacts* dans le second. Dès lors j'ai eu la démonstration du peu de solidité de la preuve apportée par M. Arthus en faveur de la nature *cadavérique du ferment glycolytique*.

En effet, ainsi que je l'ai dit plus haut, il a été établi par les expériences que j'ai faites avec M. Barral que le ferment glycolytique ne se trouve ni dans le plasma, ni dans les globules rouges, mais dans les globules blancs. En conséquence, la destruction des globules blancs dégage le ferment et permet la glycolyse; mais, de ce fait, il ne résulte nullement que le ferment soit cadavérique. Je le tiens pour parfaitement *vital*, et j'en donnerai tout à l'heure la preuve; seulement, tant qu'il est inclus dans les globules blancs, il ne peut détruire le sucre qui, lui, se trouve dans le plasma. Une barrière protoplasmique l'en sépare. Dans le sang abandonné à lui-même après sa sortie des vaisseaux, la destruction des globules blancs est sans doute plus ou moins rapide suivant diverses conditions; aussi ai-je dit que le pouvoir glycolytique du sang *in vitro* peut dépendre non seulement de l'*abondance* du ferment (condition principale), mais aussi de la *rapidité* plus ou moins grande avec laquelle il diffuse dans le plasma (condition que je considère comme accessoire). Il n'est peut-être pas impossible, bien que M. Barral et moi ayons vu le contraire, que la glycolyse soit faible pendant le premier quart d'heure, comme le prétend M. Arthus; c'est un détail sans aucune importance (1).

Quelle *preuve* a-t-on que le ferment glycolytique existe bien *pendant la vie*, puisqu'il ne manifeste ses effets que lors de la désorganisation des globules blancs?

A défaut de preuve *directe*, il y a au moins des preuves *indirectes*.

En effet, s'il était cadavérique, comment comprendre qu'il augmente dans le sang après l'introduction, sous pression, de quelques centimètres cubes d'huile stérilisée dans le canal de Wirsung (1)? Ces quelques centimètres cubes d'huile n'entrent pas dans le sang et ne peuvent le modifier en aucune manière. Comment comprendre aussi qu'il augmente après la section, et *surtout consécutivement à l'excitation électrique* des nerfs pancréatiques, qui sont également sans aucun rapport avec le sang? Ces faits, dont la réalité m'est prouvée par de fort nombreuses expériences et qui ne peuvent être mis en doute, trouvent leur explication toute naturelle (ainsi que la diminution du ferment glycolytique, consécutive à l'ablation du pancréas), en admettant que le pancréas *produit* le ferment glycolytique et que de cette glande il est emporté par les globules blancs du sang et de la lymphe.

(1) Nous avons antérieurement fait remarquer à M. Arthus que s'il ne trouve pas de glycolyse dans le premier quart d'heure, cela dépend sans doute de ce qu'elle est *masquée* par la *production* de sucre, laquelle se fait dans *le premier quart d'heure* après la sortie du vaisseau et peut, dans certains cas, être assez abondante (0 gr. 20 par litre, soit un cinquième de la quantité totale du sang, par litre). M. Arthus réplique (*Arch. de physiol.*, 1892, p. 351) qu'il n'a pu constater la production de sucre dans le sang *in vitro*. Comme avec presque tous les sangs le phénomène est de *toute évidence*, je pense que l'erreur de M. Arthus tient à ce qu'il a opéré sur du sang préalablement *défibriné*. La production du sucre, étant *très rapide*, se sera faite pendant le temps nécessaire à la défibrination. Il est clair qu'en cherchant un phénomène un quart d'heure trop tard, on ne le trouve point.
(2) Lépine, *Revue de médecine*, 1892, p. 487.

Le sang de la veine pancréatique a un pouvoir glycolytique énergique au moins dans certains cas, sinon toujours. Il importe de remarquer ici que les faits positifs seuls comptent; car il n'est nullement prouvé que la fonction glycolytique du pancréas soit toujours en action.

On sait que Pawlow, puis plus récemment M. le professeur Morat (avec la collaboration de M. Dufourt) ont démontré que l'électrisation du bout périphérique d'un vague augmente la sécrétion du suc pancréatique. J'ai trouvé récemment, avec M. Métroz, que cette électrisation augmente aussi le *pouvoir glycolytique du sang de la veine pancréatique* et celui du sang de la circulation générale, soit chez un chien sain, soit chez un chien dont le foie ne renferme qu'une faible quantité de glycogène (1), mais que ce dernier *résultat fait défaut si on a enlevé préalablement le pancréas* à l'animal, ou si le pancréas est altéré par une injection préalable de quelque substance irritante dans le canal de Wirsung. Ces travaux mettent, je pense, hors de doute la relation existant entre le pancréas et le pouvoir glycolytique du sang.

Ce pouvoir est-il *exclusivement* sous la dépendance du pancréas ? Assurément non. J'ai déjà eu l'occasion d'indiquer que les glandes duodénales me paraissent dans certains cas suppléer au moins en partie le pancréas, ce qui serait d'accord avec le fait signalé par M. de Dominicis et par MM. Reale et de Renzi, à savoir que l'ablation du duodénum peut amener de la glycosurie, au moins temporaire (2). Il est possible que d'autres organes jouissent aussi de propriétés vicariantes; mais on n'a aucune donnée précise à cet égard.

Chez l'homme diabétique le pouvoir glycolytique est-il toujours *diminué* ?

C'est un *fait* que je l'ai trouvé, jusqu'ici, plus ou moins diminué et, parfois, dans une proportion extraordinaire, mais généraliser le fait me semble au moins prématuré. *Il y a en effet plusieurs éléments pathogéniques* du diabète. La diminution du pouvoir glycolytique est assurément un de ces éléments; mais on conçoit que, *dans certains cas*, cet élément puisse faire défaut. Dans cette espèce de glycosurie, fort étrange, que M. v. Mering nous a appris à produire avec la phloridzine, le pouvoir glycolytique du sang ne nous a pas paru diminué (3). Il m'a semblé qu'il en était de même dans les cas où l'hyperglycémie est la conséquence de l'intoxication par la vératrine (4), etc.

Passons brièvement en revue d'autres éléments producteurs du diabète :

A. — Un d'eux est l'*insuffisance* des cellules hépatiques à transformer, par synthèse, en glycogène, le sucre circulant en trop grande abondance dans le sang. Un de nos compatriotes, le Dr Colrat, a eu, comme on sait, le mérite de la déceler chez des malades atteints de cirrhose du foie, en constatant chez eux de la glycosurie temporaire après l'ingestion d'une certaine quantité de sucre (1). Cette glycosurie temporaire expérimentale a été beaucoup étudiée dans ces derniers temps. On a reconnu qu'elle est, en somme, physiologique et s'observe à peu près chez tout le monde, pourvu qu'on ingère une quantité suffisante de sucre (plus de 300 grammes pour un homme sain) (2), qu'elle est beaucoup plus facile à provoquer chez les animaux inanitiés (3) et dans certaines maladies nerveuses, notammment *dans le goître exophthalmique* où parfois se rencontre un diabète léger, spontanément, c'est-à-dire sans ingestion du sucre (4). Seegen rapporte, comme on sait, la forme bénigne du diabète à cette insuffisance des cellules hépatiques, et Pavy, dans l'ouvrage très important qu'il vient de publier, paraît considérer la glycosurie alimentaire comme la caractéristique, en quelque sorte, du diabète (5).

L'impuissance du foie à emmagasiner du glycogène se voit aussi chez les chiens dépancréatisés; c'est un point sur lequel ont insisté M. Minkowski et Hedon : on a beau alimenter largement les animaux, leur foie ne renferme que des traces de glycogène (6); et, ce qui prouve bien que cette anomalie est en rapport avec le diabète, c'est *qu'elle ne se produit pas chez les oiseaux après l'extirpation du pancréas*, laquelle, comme on sait, n'est pas suivie de glycosurie chez ces animaux.

B. — Un autre élément pathogénique du diabète, c'est la trop grande facilité avec laquelle la cellule hépatique transforme son glycogène en glycose qu'elle cède au sang des veines sus-hépatiques. La célèbre expérience de la piqûre du quatrième ventricule prouve l'importance de l'intervention du système nerveux dans cet acte de désassimilation. Le professeur Morat s'est attaché à montrer qu'en réalité cet acte peut être comparé à une sécrétion, et ne s'explique point par l'action des nerfs vaso-dilatateurs; on lira avec intérêt les deux mémoires qu'il y a consacrés récemment à cette question (7). J'y ferai toutefois une remarque, c'est que, comme MM. Arthaud et Butte (8), et plus récemment M. Butte (9), j'ai vu l'électrisation du bout périphérique du pneumogastrique *augmenter* le sucre du sang, tandis que M. Morat, qui a expérimenté seulement sur des chiens rendus hyperglycémiques par la curarisation, a aussi vu l'effet inverse (10).

Relativement à l'action du système nerveux sur la

(1) J'ai suivi pour priver un foie de glycogène le procédé récemment recommandé par Denys et Stubbe, ainsi que par E. Pick (voir F. Pick, *Arch. f. exp. Pathologie*, XXX, p. 306). Ayant préalablement pris la précaution de laisser trois ou quatre jours l'animal à l'inanition, je fais pénétrer, sous pression de 2 mètres et demi, dans le bout central du cholédoque une solution *très faible* d'acide sulfurique à 40° ou 50° C. J'ai trouvé qu'il suffit d'une solution plus faible que celle qui a été recommandée par M. F. Pick. Après de nombreux tâtonnements, j'emploie une solution à 2 pour 1000. Habituellement au bout d'une heure ou une heure et demie il est entré au moins 20 cent. cubes de la solution par kilo d'animal, ce qui est suffisant. Avec une quantité trop grande, la survie de l'animal n'est pas assurée pendant six à huit heures, temps reconnu nécessaire pour que le foie soit privé de la plus grande partie de son glycogène.

(2) *Wiener med. Woch.*, 1892, n° 33.

(3) Lépine et Barral, *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 28 décembre 1891.

(4) Lépine, *Soc. de biologie*, 1892, 18 juin.

(1) Colrat, *Lyon médical*, 1875.

(2) Voir *Arch. de méd. expér.*, 1892, p. 148 et suivantes. — Maginelle, Thèse de Lyon, 1892.

(3) Hofmeister, *Arch. f. exp. Pathologie*, XXV.

(4) Chwostek, *Wien. klin. Woch.*, 1892; Bloch, *Zeitschr. f. kl. Med.*, XXII; Strasser, *Wien. med. Presse*, 1894, nos 28 et 29.

(5) *The physiology of the Carbohydrates*, London, 1894, p. 227; voir aussi le mémoire déjà ancien de Tscherinow, *Virch. Archiv*, t. XLVII.

(6) L'alimentation avec la *lévulose* fait exception. Par une singularité qui n'est pas encore bien expliquée, ce sucre qui dévie à *gauche* peut se déposer dans le foie sous forme de glycogène déviant à *droite*. M. Minkowski, à qui on doit la connaissance de ce fait intéressant, rapporte à cet égard une expérience très probante (exp. 17). *Archiv f. exp. Pathol.*, *loc. cit.*, p. 165.

(7) *Archives de physiologie*, 1894, avril et juillet.

(8) *Ibid.*, 1888, 1er semestre, p. 344.

(9) *Société de biologie*, 1894, p. 166.

(10) Ceci est à rapprocher de ce que j'ai dit plus haut des effets variables de l'électrisation du bout périphérique du pneumogastrique sur le pouvoir glycolytique du sang suivant l'*état antérieur*. On comprend que cette excitation ne fasse pas sécréter des cellules déjà épuisées. Il y a aussi une autre explication proposée par MM. Morat et Dufourt, c'est que le tronc du vague renfermerait à la fois des fibres excitatrices et des fibres d'arrêt, en proportion variable suivant les animaux. Mais alors, comment expliquer que sur des animaux non curarisés, j'aie vu constamment, comme M. Butte, l'excitation du bout périphérique du vague suivie d'hyperglycémie?

fonction glycosoformatrice du foie, il faut rappeler ici qu'elle est arrêtée par la section de la moelle à la partie supérieure de la région dorsale (Chauveau et Kaufmann).

On a vu plus haut que, d'après M. Kaufmann, la *sécrétion interne* du pancréas modérerait *directement* la fonction glycosique des cellules hépatiques. Cette action s'exercerait-elle sur les éléments nerveux du foie, ou sur les cellules elles-mêmes, c'est ce qu'il est impossible de dire. En tout cas, après la mort, alors qu'aucune action nerveuse ne peut intervenir, il se forme encore du glucose, ce qui prouve qu'elle n'est pas indispensable.

Faut-il supposer avec ou sans l'intervention d'une influence nerveuse l'action d'un ferment diastasique sur le glycogène contenu dans les cellules du foie? Cette question est encore fort obscure. On sait que M. Dastre n'a pas trouvé de ferment diastasique dans le foie (1); moi-même, je n'ai pas vu que l'injection de 100 centimètres cubes de salive humaine dans une veine mésaraïque chez un chien sain, fût suivie d'une hyperglycémie notable. J'ai trouvé avec M. Barral que le ferment diastasique du sang est *diminué* chez le chien privé du pancréas, ce qui n'est pas étonnant d'ailleurs (2) et, ce qui est plus important, que l'urine des malades diabétiques ne renferme pas un excès de ce ferment (3).

C. — Plusieurs chimistes des plus autorisés ont admis que le sucre fait partie de la molécule d'albumine. Il me suffit de citer M. Schützenberger (4), dont la compétence dans la question de la constitution des matières albuminoïdes est indiscutée. Dans son dernier ouvrage, M. Pavy considère comme absolument démontré le fait de la production du sucre aux dépens des matières albuminoïdes (5). J'ai moi-même, avec M. Métroz, apporté à l'appui des expériences probantes (6). Dès lors, on comprend que la *fragilité*, si je puis m'exprimer ainsi, de la molécule d'albumine soit un élément possible du diabète sucré. Certaines formes cliniques du diabète, où la consomption domine, s'accordent bien avec cette pathogénie, à laquelle a recours, comme on sait, le professeur Seegen pour expliquer le diabète grave. Il est possible que, comme le pense M. Hédon, le pancréas agisse par la sécrétion interne sur la nutrition générale. En fait, on voit cette forme de diabète dans le cas de lésions graves du pancréas.

Seulement il faut bien savoir qu'avec un pancréas macroscopiquement et *histologiquement sain* on peut également observer la même forme de diabète, ainsi que je l'ai fait déjà plusieurs fois remarquer, ce qui se comprend par le fait que les vaso-moteurs ont une grande influence sur la sécrétion interne; j'en ai donné plus haut la preuve.

Voilà quelques-uns des *éléments* pathogéniques du diabète et il en est certainement bien d'autres. Selon toute vraisemblance, il faut le concours de plusieurs. Suivant les cas, un ou deux prédominent; de là viennent les variétés de forme du diabète qu'il serait, selon moi, impossible d'expliquer avec une pathogénie toujours la même.

(1) *Archives de physiologie*, 1888, 1er semestre, p. 69. M. Dastre pense que la production de sucre dans le foie après la mort est le résultat de l'activité vitale des cellules. Il en donne une preuve élégante en montrant que si le foie *lavé* est maintenu à basse température il ne se produit pas de sucre, tandis que même à basse température un ferment diastatique est capable de transformer au moins partiellement le glycogène en sucre.

(2) Lépine et Barral, *Soc. des sciences méd. de Lyon*, 1890. — M. Kaufmann a récemment confirmé ce fait (*Société de biologie*, 1894, p. 130).

(3) *Revue de médecine*, 1892, p. 488.

(4) *Comptes rendus*, 25 juillet 1892.

(5) *Loc. cit.*, p. 28.

(6) Lépine, *Comptes rendus*, 8 août 1892; le 23 janvier 1893; Lépine et Métroz, 27 février.

Discussion.

M. F. Glénard (Vichy). — L'existence, que j'ai démontrée en 1890, d'un diabète produit par une affection du foie exclusivement alcoolique, diabète fréquent puisque je l'avais rencontré chez 27 0/0 des hommes diabétiques et pouvais m'appuyer sur 65 observations, heurte violemment la doctrine actuelle sur le diabète et exige que l'on révise avec soin dans cette doctrine les notions relatives à l'étiologie et à la pathogénie. De plus il oblige à interpréter l'idée de diathèse d'une façon différente de celle qui a cours et justifie la substitution que j'ai proposée du terme d'hépatisme à celui d'arthritisme.

On peut justifier de la façon suivante l'existence d'un diabète vrai hépatique alcoolique.

Si l'on explore systématiquement le foie de tous les diabétiques, en complétant les données de la palpation classique de celles fournies par le procédé que j'ai décrit sous le nom de « procédé du pouce », on trouve que, contrairement à la doctrine actuelle qui déclare le foie normal dans le diabète, le foie est au contraire malade dans 60 à 70 0/0 des cas; 35 fois p. 100 il s'agit d'une hypertrophie, et cette proportion est la même dans les deux sexes. Dans 40 0/0 des foies accessibles à la palpation, le tissu est induré et l'organe indolent : ce sont là des signes d'une affection chronique sérieuse et ancienne du foie. On vérifie en outre que dans le cours d'un diabète, le foie exploré à plusieurs semaines et plusieurs années d'intervalle chez un même malade, est le siège d'un processus constant d'évolution, dont les phases tantôt d'accalmie, tantôt d'aggravation, sont parallèles aux phases du diabète. On trouve enfin que chez ces diabétiques à foie malade, le diabète vrai, celui qui a dépassé 40 gr. de glycosurie, se maintient constamment au-dessus de 5 grammes et s'accompagne des symptômes soif, polyurie, faiblesse, est d'autant plus fréquent que les signes objectifs du foie lorsque celui-ci est accessible aux doigts, traduisent une altération plus accentuée de cet organe (hypertrophie, dureté).

Si, dès lors, en présence de ce rôle imprévu joué par le foie, au lieu de s'arrêter, dans la recherche des anamnestiques, aux causes classiques, d'ailleurs souvent absentes, du diabète, telles que hérédité, chagrin, traumatisme, on remonte plus haut dans l'espoir de trouver une maladie hépatique ou à son défaut une étiologie hépatique et que l'on relève tous les antécédents morbides depuis le premier trouble de la santé, on trouve :

Comme maladies antérieures les plus fréquentes, la dyspepsie dans 27 0/0 des cas, puis dans 9 à 10 0/0 des cas, pour chacune, l'obésité, la congestion du foie, le rhumatisme chronique, les coliques néphrétiques et la gravelle, etc.

Comme symptômes antérieurs, les plus fréquents, chez les diabétiques qui n'ont jamais eu de maladie caractérisée : la pituite habituelle le matin dans 22 0/0 des cas, puis la soif dans 10 0/0, etc.

Enfin, comme causes éventuelles les plus fréquentes : les excès alcooliques dans 36 0/0 des cas, puis les chagrins 20 0/0, l'hérédité 9 0/0, etc.

Si parmi ces antécédents dont plusieurs peuvent se rencontrer chez un même malade, on recherche quels sont ceux qui ont été le plus souvent les premiers en date, à part les cas d'hérédité, on trouve : les excès alcooliques chez 33 0/0, puis les troubles digestifs 10 0/0, l'obésité 7 0/0, le chagrin 6 0/0, le rhumatisme chronique 5 0/0.

Enfin, si l'on cherche encore parmi les cas précédents ceux dans lesquels un de ces anamnestiques pouvant être cause première a été le plus souvent, non seulement le premier en date, mais le seul qu'il ait été possible de relever dans le cours de la vie jusqu'à l'éclosion du diabète, on trouve que cet anamnestique exclusif, les cas à hérédité suspecte mis à part, a été : excès alcooliques chez 27,7 0/0 des diabétiques, puis les chagrins 4,6 0/0, etc.

La proportion des diabétiques chez lesquels on trouve comme antécédent exclusif des excès alcooliques (ce qui constitue une cause première) est vraiment trop importante (65 cas sur 234 ou 27,7 0/0) pour qu'on ne recherche pas une relation de cause à effet entre les excès d'un côté, alors même que ceux-ci auront été antérieurs de 10, quelquefois 20 années, et de l'autre la maladie actuelle que sans cela rien n'expliquerait.

Il s'agit bien, ici, du vrai diabète. Sur 65 malades, il en est

28 chez lesquels la glycosurie se maintint constamment pendant un temps plus ou moins long, et cela en dépit du régime, supérieure à un minimum de 10 grammes par litre. Tous avaient présenté ou présentaient les symptômes rationnels du diabète; les motifs qui ont fait rechercher la première fois le sucre dans leurs urines sont bien les mêmes qui le font rechercher chez les autres diabétiques : soif dans 26 cas, congestion du foie dans 12 cas, faiblesse dans 8 cas, taches aux vêtements, herpès, frigidité, polyurie, troubles de la vue, etc.

Il s'agit bien également chez eux d'une vraie maladie du foie. Chez 53 de ces malades sur 65, le foie présentait des signes objectifs anormaux et chez 28 d'entre eux, le tissu hépatique était induré. Enfin, ceux dont l'altération du foie est le plus prononcée sont précisément les mêmes que ceux dont le diabète est le plus accentué.

Il s'agit enfin de véritables excès alcooliques; la profession le comporte pour un certain nombre : 5 négociants en vins, 5 voyageurs de commerce, 3 restaurateurs, 2 entrepreneurs, beaucoup de négociants, plusieurs de professions libérales, etc. Quant à la nature des excès commis, dans 16 cas, c'est la bière surtout qui est incriminée, 4, 8, 10 bocks tous les soirs pendant des années; puis des apéritifs, l'absinthe, le bitter, le vermout, enfin le vin. Mais la preuve la plus manifeste qu'il s'agit bien d'alcooliques est tirée de ce fait que, sur ces 65 malades, il en est 25 qui ont eu pendant des semaines ou des mois consécutifs les vomissements le matin à jeun de matières glaireuses ou bilieuses (vomitus potatorum).

Déjà en présence de ces éléments d'appréciation on ne peut plus affirmer avec la doctrine classique que l'alcoolisme ne joue aucun rôle dans le développement du diabète ou bien que l'altération du foie est une complication du diabète due au traitement de cette maladie par l'alcool, puisqu'il s'agit d'excès antérieurs au diabète. D'après mes observations, c'est entre 20 et 25 ans que sont commis les excès, entre 35 et 40 ans que se déclare le diabète.

Mais à partir de quel moment le foie a-t-il été intéressé? Voici quel a été chez ces 65 malades l'ordre de succession des anamnestiques entre le début des excès alcooliques et l'apparition du diabète :

Dans 25 cas les excès alcooliques précèdent seuls le diabète.
11 cas alcool, puis pituite, puis diabète.
11 cas alcool, pituite, obésité, diabète.
6 cas alcool, congestion du foie, diabète.
5 cas alcool, dyspepsie, diabète.
3 cas alcool, pituite, congestion du foie, diabète.
1 cas alcool, colique néphrétique, congestion du foie, diabète.
1 cas alcool, colique hépatique, diabète.
1 cas alcool, épistaxis, diabète.
1 cas alcool congestion du foie; épistaxis, diabète.

Dans 25 cas il y a eu de la pituite des buveurs; or, il est facile de vérifier, ainsi que je l'ai avancé, que la pituite s'accompagne toujours de tuméfaction et d'hyperesthésie du foie : c'est le symptôme gastrique de la maladie alcoolique du foie à son début, car on peut noter que le foie est sensible à la pression chez l'alcoolique déjà longtemps avant que survienne la pituite; dans 5 cas ce symptôme se trouve remplacé par de la dyspepsie, dans 1 cas par une colique néphrétique. Or, j'ai signalé ce fait que dans 75 0/0 de ces maladies chez l'homme on trouve le foie sensible à la pression dans la dyspepsie, abaissé dans la lithiase urique; dans 7 cas c'est la congestion classique du foie, avec ses symptômes franchement hépatiques, qui a été intermédiaire aux excès alcooliques et au diabète; enfin dans deux cas, ce sont les épistaxis et la colique hépatique qui ont affirmé l'antériorité de la maladie du foie par rapport au diabète.

De cet exposé résulte la notion suivante :

Il existe un diabète vrai dans lequel on rencontre une maladie du foie ayant précédé de longue date l'éclosion du diabète et ayant été causée par les excès alcooliques.

Mais le diabète est-il la conséquence de cette maladie du foie?

Or, 1° s'il en était autrement, le diabète serait chez ces malades sans localisation et sans cause.

2° La maladie sérieuse du foie dont ils présentent les signes objectifs si nets évoluerait sans symptômes, puisque jusqu'ici de tels malades, dont on ignorait que le diabète pût être un syndrome hépatique, ont toujours été considérés comme de purs diabétiques et nullement comme des hépatiques puisqu'il a fallu une exploration faite de parti pris de leur foie pour qu'on le trouvât malade.

3° Ces phases d'aggravation et d'amélioration du diabète sont parallèles aux phases de l'évolution du processus hépatique; on apprécie ces phases du processus hépatique par la mutation des caractères objectifs de volume, forme, densité, sensibilité du foie.

4° Sur mes 6 observations il en est trois dans lesquelles le malade, après être resté diabétique avec foie hypertrophié pendant quelques années, vit tout à coup le processus cirrhotique se déclarer ou se rallumer, en même temps que la glycosurie, la soif, la polyurie disparaissaient pour faire place à l'ascite et à l'atrophie hépatique.

On peut donc conclure qu'il y a un diabète vrai causé par une affection du foie et que cette affection du foie est d'origine alcoolique.

Chez ces malades, le diabète est la phase glycosurique d'une affection hépatique de date ancienne, affection d'origine alcoolique et dont les phases antérieures se sont traduites par les différents symptômes que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de maladies de la nutrition. Dans les antécédents du diabète alcoolique on peut retrouver à partir de l'intervention de la cause première et dans l'ordre de succession suivant, l'un ou l'autre ou plusieurs des syndromes : dyspepsie, obésité, lithiase biliaire ou urique, rhumatisme ou goutte, entéroptose secondaire, neurasthénie, congestion du foie et enfin le diabète qui peut en dernier lieu faire place à l'ascite terminale; l'ordre de ces divers syndromes, sauf le premier et le dernier, peut être parfois interverti, quelques-uns d'entre eux peuvent être simultanés, leur succession peut aussi être interrompue par des périodes de santé apparente ou des manifestations légères; ce sont ces phases d'accalmie relative que par, méconnaissance de l'affection du foie et de la cause première, on interprète le plus souvent comme dyspepsie simple ou névropathie essentielle. Or, l'on peut constater que dans chacune de ces maladies de l'alcoolique, lorsqu'il en présente les syndromes, toujours le foie présente des signes de perturbation objective : ce sont les formes de sensibilité et de tuméfaction dans les phases de début ou d'exacerbation, les formes plus fixes d'hypertrophie avec ou sans rénitence dans les phases plus avancées, les formes stigmatiques de déformation ou d'abaissement dans les phases intercalaires aux maladies ou dans leurs périodes d'accalmie; enfin, la vraie cirrhose de Laënnec peut terminer le processus; si l'alcoolique vient à contracter quelque maladie de cause étrangère à l'alcool, cette maladie revêtira une allure hépatique alcoolique.

Mais toutes ces maladies que nous rattachions antérieurement au diabète chez l'alcoolique sont précisément celles qui, diabète compris, ont toujours été considérées comme unies par un principe morbide commun, un lien commun de parenté : c'est ce principe, ce lien qu'on a désigné sous le nom de diathèse. C'est ce principe diathésique que, suivant la prédominance attribuée à tel ou tel symptôme commun à toutes les maladies successives de l'individu, on a désigné sous les noms d'arthritisme, herpétisme, dyscrasie humorale, parfois artério-sclériose, principe diathésique considéré tantôt comme cause première par conséquent héréditaire, tantôt comme cause seconde.

Dans le cas de diabète alcoolique, il n'est pas douteux que le principe morbide commun de toutes les maladies qui se sont succédé chez l'individu ne soit un principe hépatique; la cause de persistance de ce principe se trouve bien chez lui dans la chronicité de l'affection hépatique, puisqu'il peut rester malade alors même que depuis longtemps il a cessé les excès alcooliques : il a donc une diathèse hépatique, de l'hépatisme et son hépatisme reconnaît lui-même pour cause l'action nocive de l'alcool sur le foie.

L'énumération des maladies qui peuvent précéder le diabète chez l'alcoolique oblige à classer, au moins chez lui, parmi les maladies de la nutrition, désormais maladies de la diathèse hépatique, les dyspepsies et les neuropathies et parmi ces dernières l'entéroptose que j'ai distinguée de l'entéroptose primitive sous le nom d'entéroptose secondaire, ces maladies qui précisément n'étaient pas classées jusqu'ici sont des maladies du foie.

Enfin l'ordre de succession de ces maladies qui est soumis

à certaines règles chez l'alcoolique, prouve que la diathèse hépatique étendra dans le cours des années une marche cyclique de l'affection du foie.

L'existence, qui me paraît aujourd'hui bien démontrée et qui est satisfaisante pour l'esprit, d'une diathèse hépatique dans les maladies de la nutrition qui se succèdent chez l'alcoolique exige que dans toutes les maladies de la nutrition et en particulier dans les diabètes ne reconnaissant pas l'alcool pour cause, la question de diathèse hépatique soit cependant posée.

Dans toutes les maladies de la nutrition, y compris le diabète, on trouve, ainsi que je l'ai avancé, des signes objectifs anormaux du côté du foie, dans 70 à 80 0/0 des cas. C'est dans le diabète, et je ne parle plus seulement du diabète alcoolique, que ces altérations sont le plus accentuées.

Or, en procédant pour les autres diabètes comme je l'ai fait pour le diabète alcoolique, c'est-à-dire en établissant la subordination hiérarchique des anamnestiques jusqu'à ce qu'on arrive à une cause première de maladie chronique du foie, on trouve cette cause dans l'immense majorité des cas. Les causes premières ne sont d'ailleurs admises comme causes de maladies du foie que lorsque leur extrême fréquence à l'origine des maladies de foie à symptômes hépatiques classiques rend indéniable leur action nocive sur le parenchyme du foie.

Ces causes sont la puberté, la puerpéralité, la ménopause, les écarts de régime, le surmenage nerveux (excès génitaux, chagrins, terreur), certains toxiques (alcool, plomb, essences, etc.), certains agents infectieux (malaria, influenza, dysenterie, rhumatisme aigu, typhus, syphilis), quelques-unes des dislocations viscérales de l'abdomen. Telles sont les causes qu'on retrouve, et chacune d'entre elles parfois isolément, à l'origine des maladies franches du foie, telles que la lithiase biliaire ou la cirrhose hypertrophique.

Chacune de ces causes est perturbatrice du foie, mais elle n'aboutit à l'état diathésique, à la diathèse hépatique, à l'hépatisme, que lorsque cette perturbation a été suffisamment profonde ou suffisamment durable pour que la fonction du foie ne puisse plus être restituée *ad integrum*, pour que l'affection constitutive de l'hépatisme devienne chronique, enfin pour que la maladie avec ses aspects divers, dyspepsie, neurasthénie, lithiase, obésité, entéroptose secondaire, goutte, diabète, etc., tous aspects répondant aux diverses phases évolutives de cette affection hépatique, puisse être réalisée, l'hépatisme crée la diathèse, la maladie de foie crée l'hépatisme, l'alcool, l'agent infectieux, le traumatisme viscéral, etc., engendrent la maladie du foie.

De même qu'il y a un diabète hépatique alcoolique, de même il y a un diabète hépatique paludéen, puerpéral, grippal, syphilitique, nerveux, etc. ; de même qu'il existe une neurasthénie hépatique alcoolique, de même il y a une obésité hépatique, une goutte hépatique d'origine alcoolique, paludéenne, puerpérale, saturnine, grippale, etc. L'hépatisme en est le fond commun, mais il y a autant de variétés d'hépatisme qu'il y a de causes premières de diathèse hépatique.

Ces causes peuvent même se combiner chez un même sujet, leur variété, leur complexité suffisent à expliquer l'infinie variété d'aspect que peuvent revêtir toutes ces maladies, le diabète comme les autres, et point n'est besoin d'admettre une prédisposition.

Si chez un diabétique on ne trouve aucune des causes premières d'hépatisme, c'est alors qu'il faudra la chercher chez ses ascendants et il ne coûtera pas plus d'admettre une hérédité hépatique que d'admettre une hérédité de dyscrasie humorale. Si, chez un diabétique, on ne trouve dans ses anamnestiques qu'un accès de goutte ou de l'obésité, par exemple, il faudra remonter soit jusqu'à l'hygiène alimentaire vicieuse de son enfance, soit enfin à une cause première de goutte ou d'obésité dans ses ascendants.

Pour se conformer plus étroitement encore à l'enseignement de la clinique, il faut reconnaître en outre, et au-dessus de la distinction des variétés de la diathèse hépatique en rapport avec la variété des causes, la distinction de deux grands groupes de l'hépatisme répondant également à une répartition des causes en deux groupes, c'est l'hépatisme proprement dit d'un côté, de l'autre l'hépatisme à déterminations rénales fréquentes ou hépatonéphrétisme ; à ce dernier seulement correspond le tableau de l'arthritisme.

Les indications thérapeutiques et pronostiques du diabète, comme des autres maladies de l'hépatisme, c'est-à-dire des maladies de la nutrition, doivent être tirées d'abord de l'affection hépatique et du stade qu'elle traverse, ensuite du genre de l'hépatisme, enfin de la cause première de l'affection du foie. Ce n'est pas la glycosurie qui donne la mesure du diabète, car ce n'est qu'un signe de variété, ce sont les symptômes dits rationnels, la soif, la polyurie, la faiblesse qui sont les symptômes hépatiques et non, comme on l'écrit, des conséquences de la glycosurie ; les symptômes rationnels précèdent le plus souvent la glycosurie chez le malade ; ils peuvent exister simultanément, sans glycosurie, chez les hépatiques francs, de même que la glycosurie, même à un taux élevé et constant, de 40 à 50 grammes, peut exister sans symptômes rationnels du diabète, ce sont des observations que j'ai faites maintes fois.

Le pronostic du diabète chez le malade dont l'hépatisme a des déterminations rénales est bien plus favorable que dans l'hépatisme proprement dit. Qu'un diabétique, par exemple, ait dans ses antécédents, soit des coliques néphrétiques, soit de la gravelle, soit du rhumatisme dont la parenté avec la gravelle est si étroite, on pourra, si le foie d'ailleurs ne trahit aucune altération trop accentuée, porter un bon pronostic.

Quant au traitement, il se trouve, en réalité, que le traitement classique, basé sur l'indication tirée du symptôme glycosurie, est en partie le traitement qui convient aux affections du foie. Dans toutes les maladies de l'hépatisme on voit être, en effet, efficace le traitement suivant : 1° un régime alimentaire spécial dont les farineux, les corps gras et les spiritueux doivent être plus ou moins proscrits ; 2° des cholagogues ou des diurétiques ; 3° des alcalins ; 4° des agents perturbateurs du foie (cures thermales, hydrothérapie chaude ou froide) ; 5° la suppression ou, quand on le connaît, l'antidote de la cause première de la maladie du foie.

La nature du traitement efficace explique la maladie, justifie par conséquent la doctrine de l'hépatisme née de la découverte du diabète alcoolique.

M. Comby (Paris) a observé un cas de diabète rapidement mortel chez un garçon de 14 ans qui s'est présenté dans les conditions suivantes :

Il s'agit d'un enfant de 14 ans dont le diabète a été découvert quelques jours auparavant et qui fut amené à l'hôpital dans un état déplorable. L'enfant avait, en quelques semaines, perdu 10 livres. La peau était sèche, rugueuse et l'état général mauvais. La polyurie était : 5 litres avec 65 grammes de sucre par litre. L'azoturie était minime : 20 grammes par litre.

Le diabète était donc grave. Comme cause on a pu relever que, deux mois auparavant, à la suite d'une dispute très vive, l'enfant fut pris de polydipsie et de polyurie. Le dépérissement rapide ne se déclara qu'au bout de six semaines. Il n'y avait rien à noter dans les antécédents de l'enfant ni dans ceux de ses parents. La seule chose à noter, c'est que l'enfant était très nerveux et faisait un véritable abus de sucreries. Il y avait donc là alimentation vicieuse.

Les accidents évoluèrent ensuite de la façon suivante :

Après l'établissement du régime et d'une médication par le bromure et l'arsenic, on constata déjà, au bout de 10 jours, que l'enfant avait repris ses forces et avait engraissé. La glycosurie avait diminué, 25 grammes par litre ; la diurèse à 3 litres. L'état resta le même pendant 2 ou trois mois.

Mais, au bout de ce temps, au mois de septembre, les choses se gâtèrent et l'autophagie parut avec vomissements et constipation opiniâtre. M. Comby établit le régime lacté qui n'eut aucune influence sur l'évolution du diabète et la mort survint au bout de quelques jours.

Cette observation est intéressante en ce sens qu'elle montre l'apparition du diabète à la suite d'une vive impression morale.

A quoi attribuer ce diabète ? M. Comby croit qu'en l'absence d'antécédents héréditaires, il faut ici tenir compte de l'abus alimentaire.

M. Teissier (Lyon) pense que la clinique peut apporter une contribution précieuse à l'étude de l'étiologie du diabète. Dans cette communication, il aura principalement en vue d'établir la nature infectieuse et la contagiosité du diabète. Seegen, Betz, Schmitz, Fouquet, Debove ont, du reste, soulevé cette question, il y a déjà quelques années, et personnelle-

ment M. Teissier a plusieurs observations de diabète matrimonial qui, dans l'espèce, ne sont pas décisives, car on peut soutenir que l'apparition du diabète chez des individus soumis aux mêmes conditions sociales et matérielles n'a rien d'extraordinaire.

Mais il existe une autre série d'arguments en faveur de l'origine infectieuse du diabète, tels que la fréquence du diabète dans l'impaludisme, dans l'anthrax, la fréquence des accidents infectieux dans le diabète.

Si le diabète est une maladie infectieuse, peut-on soutenir qu'il est en même temps contagieux? M. Teissier n'hésite pas à le soutenir, en se basant sur plusieurs cas qu'il a eu l'occasion d'observer.

Le premier cas se rapporte à une femme de 62 ans qui est venue le consulter pour un diabète très net. Cette femme avait toujours eu une santé merveilleuse ; ni dans ses antécédents personnels, ni dans ses antécédents héréditaires on ne relevait la moindre cause du diabète. Or, l'enquête a montré que cette femme, qui était blanchisseuse, lavait, depuis trois mois, le linge d'un diabétique.

Le deuxième cas est encore plus frappant. Il s'agit d'un herpétique de 52 ans dont la mère était diabétique. Lui-même à la suite d'une émotion devient diabétique. Trois mois après, sa cuisinière, qui est restée dans la maison 30 ans, prend le diabète. Cette cuisinière lavait les mouchoirs du maître.

Le troisième cas est celui d'une lingère qui arrive à la consultation pour un diabète d'origine récente et dont l'étiologie échappe d'une façon absolue. Or en interrogeant la malade on apprend qu'elle travaillait dans la maison du malade précédent et que souvent elle couchait dans le lit de la cuisinière, également diabétique.

Y a-t-il simple coïncidence? M. Teissier ne le croit pas et pense plutôt que dans ces cas il s'agissait de contagion. Peut-être faut-il admettre la pénétration dans l'organisme des mucédinées qui transforment le glycogène du sang en sucre.

M. Charrin (Paris) fait observer que les phénomènes relatifs aux contagions de diabète sont assez nombreux. Mais qui dit contagion dit microbisme. Cette façon d'envisager les choses n'est pas impossible.

Pour réaliser expérimentalement le diabète d'origine infectieuse, M. Charrier pratiqua des injections microbiennes dans le canal de Wirsung. Dans trois cas sur douze, il a provoqué ainsi de la glycosurie.

Souvent on échoue, et cet échec tient, soit à ce que souvent on injecte des microbes trop virulents qui tuent l'animal, soit à ce que les microbes sont trop peu virulents et n'agissent plus sur le pancréas.

Ce diabète expérimental dû à la destruction du pancréas par des microbes a tous les caractères du diabète vrai. Les animaux en présentent les symptômes comme en même temps une tendance aux complications.

Aux raisons invoquées par M. Teissier en faveur de la contagiosité du diabète, on peut encore en ajouter d'autres, tirées d'un autre ordre de faits. Ainsi l'hyperglycémie peut être le résultat des produits fabriqués par les microbes. On sait en effet que certaines toxines existent dans le centre bulbaire.

M. Mossé (Toulouse) ne croit pas à l'existence du diabète paludique, et sur les nombreux paludéens qu'il a eu l'occasion d'observer, il n'a trouvé le diabète que deux fois : chez un goutteux et un arthritique.

M. Vergely (Bordeaux) a observé cinq cas d'angine de poitrine chez des diabétiques. Trois se sont terminés par la mort au milieu d'un accès. Deux ont guéri de leur angine après la disparition de la glycosurie.

M. Baumel (Montpellier) dit que rien, à son avis, n'est venu infirmer la proposition suivante qu'il émettait en 1882 : « La cause du diabète n'est pas élastique, comme on l'a prétendu. Elle est toujours due à une lésion parfois macroscopique, souvent microscopique, d'autres fois simplement dynamique (action nerveuse ou circulatoire) du pancréas ».

M. Renaut (Lyon). — M. Lancereaux a bien voulu rappeler, comme l'a fait M. Lépine, que mes recherches sur le pancréas cadrent entièrement avec ce qu'on sait actuellement de l'influence de ce dernier sur la fonction glycogénique.

Je tiens à préciser, à cette occasion, ma manière actuelle de voir, quant à l'analogie qui existe entre le pancréas et le foie. Mes premières recherches n'ont pas, en outre, été toujours bien comprises, et je saisis volontiers l'occasion qui m'est offerte de fixer les idées au sujet de ma conception du pancréas.

On sait que le foie des vertébrés inférieurs, par exemple celui des larves ammocètes, est un foie tubulé. Les canaux biliaires se branchent un certain nombre de fois. Ils sont revêtus d'un épithélium cylindrique clair. Entre leurs branches existe du tissu conjonctif abondant, qui renferme les vaisseaux sanguins. Puis, à la périphérie de l'organe et faisant suite à ces canaux, on voit un système de travées tubulaires, à lumière étroite, qui concourent entre elles pour former un rets continu. C'est le domaine du parenchyme hépatique. Là, entre les travées tubulaires, il n'y a plus de tissu conjonctif. Les vaisseaux sanguins occupent exactement les intervalles des travées. Leur paroi fait corps avec celle de ces dernières.

Or, le pancréas des oiseaux, du poulet par exemple, est tout à fait construit sur le modèle d'un foie d'ammocète. A la périphérie de chaque lobule cunéiforme, les canaux glandulaires communiquent entre eux pour former aussi un réseau. Mais à l'intérieur du lobule cunéiforme, les canaux excréteurs portent, au contraire, de longs boyaux terminés en cul-de-sac, *des acini vrais*.

La glande diffère donc du foie tubulaire en ce que, avant de concourir en réseau à la périphérie, les cavités glandulaires tubuleuses donnent d'abord des culs-de-sac glandulaires vrais, que portent les canaux excréteurs intra-lobulaires ; puis, à la périphérie, les éléments de la glande concourent à constituer un réseau. Mais ce qui rappelle exactement le foie, c'est la disposition des vaisseaux sanguins qui font corps avec les culs-de-sac (ou les travées si l'on se rapporte à la périphérie) de façon à n'en pouvoir être séparés par la dissection. Les vaisseaux sanguins et les éléments glandulaires sont ainsi rendus solidaires et ordonnés réciproquement entre eux comme dans le foie. C'est en ce sens que le pancréas est bien et doit rester une *glande conglobée*, quoique les éléments épithéliaux aient été moins abordés et pénétrés que ceux du foie par les vaisseaux sanguins.

J'ajouterai que, quand on a fait une coupe d'un lobule pseudo-acinique du pancréas et qu'on le traite au pinceau, on dégage un tissu *rétiforme*, mais non un tissu réticulé vrai comme celui des glandes lymphatiques. Ce réseau, formé par les cavités glandulaires coupées en divers sens et les vaisseaux sanguins qui en sont inséparables, montre à l'évidence les rapports intimes et étroits des deux formations, glandulaire et vasculaire, qui sont ici ordonnées entre elles tout comme dans le foie, bien qu'avec un dispositif un peu différent.

Le foie et le pancréas, ayant pour origine embryologique commune l'expansion de l'anse duodénale, sont à mes yeux deux appareils conjugués, ou plutôt deux parties d'un même appareil glandulaire à double débit vers le sang et les canaux excréteurs, qu'on pourrait nommer appareil *hépato-pancréatique*.

SYPHILIGRAPHIE

Syphilis et paralysie générale, communication à l'Académie de médecine, par le professeur Alfred Fournier.

Une grave question s'est imposée depuis un certain temps, à savoir : celle des rapports de la paralysie générale avec la syphilis. Si je viens en entretenir l'Académie, ce n'est pas en vue de répéter à cette tribune ce que j'en ai dit ou écrit ailleurs, soit il y a déjà pas mal d'années, soit tout récemment. Mon intention est autre, et elle est double. Je m'explique.

Je voudrais, d'une part, démontrer que le problème en question, tel qu'on le pose usuellement, est mal posé ; qu'il est en réalité beaucoup plus complexe qu'on ne le suppose, et que, si l'on continue, comme on l'a fait jus-

qu'ici, à le discuter en bloc sur des bases mal déterminées, il y a vraiment peu de chances pour qu'on arrive de longtemps à lui donner une solution satisfaisante.

D'autre part, je tiendrais à montrer comment une solution complète de la question ne saurait être l'œuvre d'un seul observateur, comment elle ne sera acquise que par l'union de forces diverses, ou, qu'on me passe l'expression, par le *syndicat* de compétences spéciales associées.

Ces deux points ressortiront, je l'espère, des quelques considérations qui vont suivre.

I

Un proverbe dit qu'un problème bien posé est, de ce fait même, à demi résolu. S'il en est ainsi, essayons de déterminer bien nettement celui qui va nous occuper.

Très habituellement, ledit problème est posé de la façon suivante : « La paralysie générale est-elle ou non un symptôme, un résultat, un dérivé de la syphilis ? » Eh bien, je l'affirme, formulée en ces termes, la question n'est pas au point ; elle n'est pas ce qu'elle devrait être ; elle est incomplète, fruste, car elle laisse de côté divers points qui lui sont inhérents, qui en font partie intégrale, qui ne sauraient en être distraits. Et la preuve, c'est que ces points délaissés, oubliés, ne manquent jamais de surgir dès que la discussion s'engage et que les opinions adverses entrent en conflit. Très sûrement, donc, le problème des rapports de la paralysie générale avec la syphilis est plus complexe que ne le laisserait supposer la formule qui précède ; il n'est pas contenu tout entier dans cette formule. En autres termes, il ne comporte pas *une* question, il en comporte au moins *quatre*, et quatre d'ordres différents, quatre qui ont chacune leur autonomie propre, qui ne s'impliquent en rien l'une l'autre, qui sont indépendantes les unes des autres, voire indépendantes à ce point que le même observateur pourra se prononcer affirmativement sur celle-ci et négativement sur celle-là.

Mais j'ai hâte de sortir des généralités, et je précise.

A mon sens, le problème des rapports de la paralysie générale avec la syphilis ne sera complètement élucidé qu'à l'époque où une solution précise, catégorique, aura été donnée aux quatre questions que voici :

1° Existe-t-il, oui ou non, comme résultat possible de la syphilis, un syndrome clinique qui mérite le nom de *pseudo-paralysie générale syphilitique* ?

2° La paralysie générale *vraie* peut-elle, à un titre quelconque, dériver de la syphilis ? Et, au cas d'affirmative, avec quel degré de fréquence en dérive-t-elle ?

3° La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis est-elle *de nature* ou simplement *d'origine* syphilitique ?

4° La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis se différencie-t-elle par quelque caractère, clinique, anatomique ou autre, des paralysies générales d'autre origine ?

Précises, catégoriques, ces quatre questions composent le libellé à peu près complet de ce qu'il s'agirait de savoir pour fixer et déterminer le problème qui nous occupe actuellement. Car la solution dudit problème serait acquise et acquise sur tous les points, si la lumière était faite en particulier sur chacune des quatre questions sus-énoncées. Tel serait donc, d'après moi, le *programme de discussion* à adopter et à suivre méthodiquement pour aboutir à élucider ce complexe et si difficile sujet.

Or, il ne sera peut-être pas sans opportunité et sans intérêt de rechercher, en nous astreignant à ce programme de discussion, où nous en sommes aujourd'hui, c'est-à-dire de préciser ce que nous savons et ce que nous ignorons sur ces divers points, en un mot de dresser le bilan de nos connaissances actuelles sur la matière. Peut-être bien une telle revue ne sera-t-elle pas œuvre stérile, surtout si elle avait chance, en signalant les lacunes de la science contemporaine, d'appeler de ce côté de nouveaux et laborieux efforts.

II

La première des quatre questions que j'ai spécifiées n'est pas faite pour nous arrêter longtemps. Celle-ci est, je puis dire, résolue actuellement, comme elle l'aurait été de prime abord sans un malentendu regrettable qui s'y est glissé. On va me comprendre.

Oui, très certainement oui, la syphilis réalise quelquefois, alors qu'elle se porte sur l'encéphale, un ensemble clinique qui rappelle d'assez près celui de la paralysie générale, et qui, à ce titre, peut être qualifié du nom de *pseudo-paralysie générale*. J'en appelle aux souvenirs des praticiens ici présents. Est-ce que de temps à autre on ne rencontre pas de malheureux syphilitiques qui, touchés au cerveau par la diathèse, présentent un certain nombre des symptômes constitutifs de la paralysie générale, tels que les suivants : tremblements musculaires, surtout notables aux mains et à la langue, hésitation de la parole, inégalité pupillaire, troubles psychiques (affaiblissement de l'intellect, diminution de la mémoire, crises alternantes de dépression et d'excitation mentale, etc.), troubles des sens, ictus passagers, avec ébauche de parésie partielle ou hémiplégique, etc. ? Très positivement, de tels malades *ressemblent* à des paralytiques généraux, plus ou moins suivant les cas, mais parfois d'une façon étonnante, au point que, même entre les mains des plus experts, le diagnostic reste oscillant entre la syphilis cérébrale simple et la paralysie générale. Puis (pour anticiper sur les événements), vient l'autopsie qui démontre la syphilis cérébrale et élimine la périencéphalite diffuse.

Or, frappé de tels cas que j'avais observés maintes fois, frappé surtout de leur ressemblance avec la paralysie générale, j'ai eu l'idée (il y a déjà de cela plus d'une quinzaine d'années) de les désigner à l'attention par un vocable spécial et je les ai baptisés du nom de *pseudo-paralysies générales*. Que l'idée fût bonne ou mauvaise (ce n'est pas à moi de l'apprécier), toujours est-il que ce malheureux mot est devenu un nouveau brandon de discorde jeté dans la mêlée. Si quelques-uns l'ont accepté, d'autres l'ont attaqué vivement en me reprochant de créer une « entité morbide » factice, qui n'est justifiable ni cliniquement, ni anatomiquement.

Eh bien, toute la querelle, ici, repose sur un malentendu qui, enfin, doit être expliqué.

Telle que je l'ai décrite et telle que l'ont acceptée certains de mes confrères (que je remercie au passage), la pseudo-paralysie générale des syphilitiques n'est en rien une entité morbide à part, différente à la fois et de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale. C'est tout simplement une modalité particulière de syphilis cérébrale ; c'est un simple nom donné à une forme de la syphilis cérébrale. De même que j'ai appelé et que l'on appelle à présent forme épileptique ou forme aphasique de la syphilis cérébrale les cas où cette syphilis cérébrale affecte comme symptômes prédominants des crises épileptoïdes ou des crises aphasiques, de même j'ai proposé, conventionnellement, de qualifier du nom de pseudo-paralysie générale les cas où l'encéphalopathie spécifique revêt un ensemble clinique qui rappelle plus ou moins l'aspect de la paralysie générale. Pseudo-paralysie générale, ce n'est là qu'un mot qualifiant une scène, une physionomie, un ensemble de la syphilis cérébrale, et

rien autre. Et ce mot n'implique en rien, comme on l'a dit et comme on me l'a fait dire, une entité morbide quelconque, encore moins une « paralysie générale modifiée », encore moins une « paralysie générale propre à la syphilis ».

Donc, plus d'équivoques. Et l'accord, en l'espèce, peut se faire, doit se faire sur les termes suivants :

1° Il existe une modalité clinique de la syphilis cérébrale qui rappelle plus ou moins la physionomie de la paralysie générale. C'est là un fait qui s'impose, un fait irrécusable cliniquement.

2° Cette modalité n'est pas indigne d'un nom spécial qui la désigne à l'attention. Eh bien, à nouveau, je propose de l'appeler *pseudo-paralysie générale* en spécifiant bien que ce mot ne comportera d'autre sens que celui-ci : modalité particulière de la syphilis cérébrale rappelant plus ou moins la physionomie pathologique de la paralysie générale.

III

Seconde question : *La paralysie générale vraie dérive-t-elle, à un titre quelconque, de la syphilis?*

C'est là, inutile de le dire, le point culminant, le point palpitant du problème, celui qui a été et qui, sans doute, sera encore le plus ardemment discuté. Eh bien, où en sommes-nous, sur ce point spécial, quant à présent ?

Il n'est plus à le nier, du mouvement scientifique considérable, intensif, qui s'est produit sur la question au cours de ces dernières années, de l'enquête qui s'est instituée de tous côtés sur les causes de la paralysie générale et à laquelle restera attaché le nom d'un laborieux investigateur, le Dr Morel-Lavallée, il s'est dégagé un grand fait, un fait subversif des anciennes croyances, qualifié même de « révolutionnaire », à savoir : que la paralysie générale reconnaît très certainement la syphilis comme un de ses facteurs étiologiques les plus habituels, voire comme son facteur de beaucoup prépondérant, principal.

Et, en effet, des raisons multiples, valables, probantes, autorisent à admettre, pour un très grand nombre de cas, une relation de cause à effet, une véritable et irrécusable connexion pathogénique — quelle qu'elle soit d'ailleurs — entre la syphilis et la paralysie générale.

Reproduire ici ces raisons serait faire ce que je ne veux pas faire, à savoir un plaidoyer nouveau sur la question en instance. Encore une fois, je ne discute pas, j'expose une situation, un état de choses, tout simplement. Il me suffira donc d'énumérer et de rappeler très succinctement les arguments principaux qui ont servi de base à la doctrine nouvelle.

I. — De ces arguments, celui qui, tout naturellement, se place au premier rang comme valeur démonstrative, est tiré du *degré de fréquence des antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux*. C'est là évidemment un critérium indiqué par le bon sens pour juger le débat. Car de deux choses l'une : ou bien la syphilis ne figure dans les antécédents de la paralysie générale que pour une proportion minime, et cela implique qu'elle est indifférente à la genèse de la paralysie générale ; ou bien elle prend place dans ses antécédents pour une proportion notable, élevée, considérable peut-être ; et, dans cette hypothèse, impossible de lui refuser un rôle étiologique plus ou moins important.

Or, que nous apprennent les statistiques à ce sujet ? Non pas, bien entendu, les statistiques *anciennes*, faites à une époque où, la syphilis n'étant pas encore mise en cause comme origine possible de la paralysie générale, on ne s'occupait guère de la rechercher dans les antécédents du malade ; mais les statistiques *contemporaines* où l'on a pris la peine d'obtenir des renseignements à son propos. L'année dernière, j'en ai collectionné 27 (à ne parler que de celles-là) où la proportion de fréquence des antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux s'est élevée au delà de 50 0/0, à savoir : 51, 56, 60, 62, 62, 64, 65, 66, 66, 66, 72, 72, 73, 73, 73, 75, 75, 75, 77, 77, 80, 80, 80, 81, 86, 86, 92 0/0 (voire, avec les cas « seulement probables », jusqu'à 93 et 94 0/0).

Or, que penser de tels chiffres ? Que penser d'une telle proportion d'antécédents spécifiques, notamment dans une maladie telle que la paralysie générale, qui ne se produit qu'à de longues échéances au delà de l'infection, dans une maladie telle que la paralysie générale où la recherche des antécédents morbides est entourée de tant de difficultés et d'obscurités, où le malade, soit amnésique, soit inconscient, n'a plus notion de son passé, où les renseignements ne s'obtiennent souvent que d'une façon indirecte, etc. ? Ne voir en de tels chiffres que le résultat de simples coïncidences et les interpréter par des rencontres de hasard, serait une fin de non-recevoir impossible, absurde. Cela, Messieurs, n'est plus affaire de clinique, mais de simple bon sens. Eh bien, je dis, j'affirme que le bon sens se révolte contre toute explication de cet ordre, et qu'il trouve au contraire dans les statistiques précitées le témoignage d'un lien causal des plus intimes entre la syphilis et la paralysie générale, quelle que soit du reste la nature de ce lien. Et, en effet, si l'on a pu trouver la syphilis comme antécédent de la paralysie générale dans des proportions de 50 à 92 0/0, c'est, en toute évidence, d'une façon irrécusable, que la syphilis constitue un facteur étiologique de la paralysie générale et un facteur puissant, considérable, voire de premier rang.

II. — Après les statistiques vient, en second lieu, un argument que j'appellerai (vous allez en voir le pourquoi) l'*argument des syphiliographes*.

Les syphiliographes ne sont pas en situation, comme les aliénistes, de collectionner un certain nombre de paralysies générales et de rechercher le quotient des antécédents syphilitiques qui y figurent. Mais ils peuvent faire autre chose, à savoir : rechercher ce que deviennent leurs clients et voir s'il en est peu ou beaucoup qui aboutissent à la paralysie générale.

Or, quant à moi, je dois déclarer que ce qui m'a fait soupçonner d'abord, puis reconnaître ensuite, puis affirmer aujourd'hui un lien étiologique entre la syphilis et la paralysie générale, c'est précisément le nombre relativement considérable de mes clients que j'ai vus aboutir à la paralysie générale. J'en appelle sur ce point au témoignage de mes collègues, confrères ou amis, MM. Mesnet, Magnan, Motet, Luys, Falret, Debove, Joffroy, Semelaigne, Meuriot, Goujon, etc. (que ne puis-je aussi faire appel au souvenir de nos regrettés collègues MM. Blanche et Charcot !). Combien de fois n'ai-je pas eu à examiner avec eux d'anciens malades à moi ou d'anciens malades de mon illustre maître Ricord, devenus paralytiques généraux ! Tel en est devenu le nombre que, *sans parti pris* (bien loin de là, puisqu'à l'origine je m'efforçais, par respect pour la tradition, de ne voir là que de la *pseudo-paralysie générale*), ma conviction a dû s'établir, se redresser pour mieux dire, et qu'aujourd'hui j'ai été amené par la force des choses à considérer comme absolument certaine la proposition que voici : *Nombre de syphilitiques aboutissent à la paralysie générale.*

III. — Les deux arguments qui précèdent jugent à coup sûr la question d'un rapport nécessaire — quel qu'il soit d'ailleurs, ce point est réservé — entre la syphilis et la paralysie générale. N'oublions pas cependant un certain ensemble de documents et de considérations de

divers ordres qui apportent leur contingent à cette démonstration. Je ne ferai que les rappeler très succinctement. Ainsi :

1° La paralysie générale, on le sait, est rare dans le sexe féminin. Mais, quand on l'y observe, *sur quel genre* de femmes l'y observe-t-on? Presque toujours, de l'aveu commun, sur des « irrégulières », sur des femmes du demi-monde, du monde galant, chez des prostituées, c'est-à-dire au total dans un milieu où la syphilis fait rarement défaut.

2° De même on trouve signalée partout la rareté relative de la paralysie générale dans les campagnes, dans les régions agricoles, chez les ecclésiastiques, les religieux, les quakers, etc. Or, tels sont précisément les milieux où, parallèlement, la syphilis est le moins répandue.

3° Des statistiques très intéressantes ont été instituées par divers auteurs (notamment par Obersteiner, Œbeke, Spillmann et Dengler) sur la fréquence parallèle des divers facteurs susceptibles de contribuer, soit isolément, soit associés, à la genèse de la paralysie générale. Or, qu'y voyons-nous? Toujours la syphilis *au premier rang*, toujours la syphilis marchant en tête et devançant à longue distance toutes les autres incitations étiologiques. A ne citer qu'un exemple, la statistique de MM. Spillmann et Dengler nous montre la syphilis en première ligne, avec une proportion de 93 0/0, laissant bien loin derrière elle et l'hérédité nerveuse (20 0/0) et l'hérédité congestive (20 0/0), et même l'alcoolisme (17 0/0).

4° Un argument non moins valable, et celui-ci des plus instructifs, à mon sens, nous est encore fourni par la *fréquence relative des antécédents syphilitiques dans la paralysie générale et les autres folies*.

Réunissant neuf statistiques dressées à ce sujet, le Dr Régis a abouti aux chiffres suivants :

Proportion des antécédents de syphilis :

1° Dans toutes les folies autres que la paralysie générale, 10 0/0;

2° Dans la paralysie générale, 65 0/0.

Et cinq autres statistiques sont encore venues confirmer ces résultats (1).

Cela équivaut à dire en langage courant que, rare, voire très rare dans le passé des fous vulgaires, la syphilis est au contraire très commune dans le passé des paralytiques généraux. En serait-il ainsi, pourrait-il en être ainsi, si la syphilis n'était pour rien dans la genèse de la paralysie générale?

5° Que penser aussi, à un tout autre point de vue, de l'association si commune de la paralysie générale avec le tabes, c'est-à-dire une maladie dont les connexions étiologiques avec la syphilis ne sont plus guère contestées aujourd'hui? Est-ce que, logiquement, une association de ce genre ne témoigne pas d'une communauté d'origine entre les deux maladies?

6° Vient enfin — et je me bornerai là — le puissant argument des *paralysies générales juvéniles*.

M. le Dr Régis a collectionné 14 cas de paralysie générale ayant évolué sur des sujets de 13 à 19 ans. Or, il a retrouvé dans les antécédents de ces jeunes sujets la syphilis signalée sept fois d'une façon certaine et une fois d'une façon probable. (Encore l'avait-on toujours suffisamment recherchée, car on sait combien les antécédents de syphilis héréditaire sont plus difficiles à dépister que les antécédents de syphilis acquise?)

Donc, sept ou huit fois sur quatorze au minimum, et, avec deux autres cas plus récents, neuf ou dix fois sur seize, la syphilis a figuré dans les antécécents d'enfants ou d'adolescents affectés de paralysie générale. Cette proportion n'est-elle pas significative, probante, en ce qui touche notre sujet? D'autant qu'en l'espèce il n'est plus à tenir compte de ces causes derrière lesquelles se réfugient incessamment les adversaires de l'origine spécifique de la paralysie générale. Comment invoquer, à propos de sujets d'un tel âge, à propos d'enfants, l'influence des passions, le désordre et la turbulence de la vie, les préoccupations morales, l'alcoolisme, etc.? Toutes ces causes, manifestement, ne sont plus sur leur terrain à cet âge; et l'on reste, somme toute, en présence de ces deux faits qu'il est impossible de ne pas rattacher l'un à l'autre comme un effet à sa cause : d'une part, la paralysie générale et, d'autre part, une grande hérédité infectieuse, éminemment pathogène, spécialement pathogène en tant qu'accidents nerveux. Comment, je le répète, se dérober en pareille occurrence à ce que j'appellerai une évidence étiologique?

Mais résumons-nous (car, en voilà assez, je pense, pour établir la conviction), et disons : que des statistiques et des considérations diverses qui précèdent, il résulte en toute évidence une connexion pathogénique à établir — quelle qu'elle soit d'ailleurs et quelle qu'en soit la nature, point réservé — entre la syphilis comme cause et la paralysie générale comme résultat.

IV

Le troisième terme du problème en instance offre des obscurités bien autres. Il a trait à une question de pathogénie, et c'est tout dire.

En l'espèce, la question est celle-ci : Qu'est-ce que cette paralysie générale qui dérive ainsi de la syphilis? Comment, par quel mécanisme, par quel processus pathologique, la syphilis aboutit-elle à la paralysie générale? Quel est le lien pathogénique qui rattache l'une à l'autre?

Sur un tel point, les théories avaient beau jeu pour se donner carrière, et elles n'y ont pas manqué. Ne parlons cependant que des principales opinions émises à ce sujet.

Pour les uns, la syphilis ne produirait la paralysie générale que sur un *terrain préparé*, préparé par des causes diverses, telles que hérédité nerveuse, hérédité congestive, alcoolisme, ébranlement nerveux dérivant d'excès, d'agitation, de turbulence de la vie, de surmenage physique, intellectuel ou moral, etc. Dans cette doctrine, elle serait la goutte d'eau qui fait déborder le vase, ou du moins, pour ne pas amoindrir son rôle à ce degré, elle serait le poids annexe qui, déposé dans le plateau de la balance, fait chavirer le fléau.

Pour d'autres, au contraire, la syphilis *préparerait le terrain*, se bornant ainsi — qu'on me passe l'expression — à faire le jeu d'autres causes qui seraient efficientes de la catastrophe. Matérialisant son rôle sous une formule plus énergique, on a même dit que la syphilis ne produisait la paralysie générale qu'à la façon d'un « engrais », d'un fumier fertilisant, bref, par un processus ayant pour résultat de rendre le cerveau plus accessible aux déviations psychiques. — Mais alors, soit dit incidemment, pourquoi donc ne le rendrait-elle également accessible aux autres psychoses, ce qui n'est pas le cas, comme nous l'avons établi précédemment?

Pour d'autres encore, la paralysie générale des syphilitiques serait une sorte de *reliquat*, de dégénérescence consécutive à des symptômes ou à des lésions ayant intéressé préalablement le système nerveux au cours de l'infection.

Pour d'autres, elle serait le résultat d'une *cachexie infectieuse*, laquelle réagirait sur l'encéphale soit « par

(1) Voir mon livre sur les *Affections parasyphilitiques*, p. 177.

l'intermédiaire des troubles vaso-moteurs familiers à la syphilis », soit « par affaiblissement, épuisement, déchéance fonctionnelle du cerveau, devenu moins capable de résister aux influences morbifiques ».

Vient ensuite la théorie déjà fameuse des *toxines* syphilitiques, développée surtout par Strümpell. Dans cette théorie, la paralysie générale, comme le tabes et comme d'autres manifestations de même ordre, serait le résultat d'une infection septique issue elle-même du microbe encore inconnu de la syphilis. Ce qui se produirait, en deux mots, serait ceci : Le microbe spécifique commencerait par développer dans l'économie un certain nombre de phénomènes morbides résultant de son action propre et directe, phénomènes constituant les manifestations syphilitiques proprement dites, à savoir la syphilis usuelle, courante, la syphilis justiciable du mercure et de l'iodure. Puis, plus tard, ce même microbe élaborerait une substance toxique particulière, une *toxine* qui, infectant l'organisme à son tour, déterminerait un autre ordre d'accidents, accidents très différents des premiers à divers égards (notamment par leur résistance aux remèdes spécifiques), accidents dont les prototypes par excellence seraient le tabes et la paralysie générale.

Instituer une discussion en règle sur ces diverses théories (et d'autres encore que je passe sous silence) serait quant à présent — et pour cause — un labeur superflu. Je ne m'y arrêterai donc pas et me bornerai à l'examen d'une question d'ordre plus général, et d'un intérêt supérieur, je pense. Cette question est la suivante : La paralysie des syphilitiques doit-elle être considérée comme une affection *de nature* syphilitique ou seulement de provenance, d'*origine* syphilitique?

Beaucoup plus hardis que moi, quelques observateurs voient dans cette paralysie générale une conséquence *directe*, un effet *direct* de la syphilis. Dans cette conception, la paralysie générale des syphilitiques serait l'analogue, l'équivalent de ce qu'est tout symptôme spécifique, de ce qu'est par exemple une plaque muqueuse ou une gomme.

Il m'est impossible, quant à moi, de souscrire à cette opinion. Certes, j'ai la conviction intime que la paralysie générale procède de la syphilis pour un très grand nombre de cas et qu'un très grand nombre de paralytiques généraux ne seraient jamais devenus tels s'ils n'avaient contracté la vérole. Mais je ne saurais aller jusqu'à dire qu'une paralysie générale issue de la syphilis est une paralysie générale syphilitique. Je ne puis consentir à considérer cette paralysie générale comme une manifestation équivalente à une plaque muqueuse, à une syphilide, à une gomme. Je ne sais quel instinct médical se révolte en moi contre une telle assimilation. Je veux bien, et même je veux de toutes mes forces, que cette paralysie ait son origine, sa cause première, prédominante, dans la syphilis, mais il me déplaît, je le répète, de la qualifier de syphilique à la façon d'un chancre ou d'une ulcération gommeuse. Et pourquoi? Pour diverses raisons dont voici la plus valable, qu'il suffira de citer comme exemple : c'est que cette paralysie générale n'est en rien influencée par le traitement spécifique comme le sont les véritables déterminations syphilitiques de la diathèse. Donnez-moi du mercure et de l'iodure de potassium, je me fais fort de guérir avec cela, dans la proportion de 98 fois sur 100, une plaque muqueuse, une syphilide ou une gomme; tandis que, me donneriez-vous des milliers de pilules mercurielles et des kilogrammes d'iodure, je ne ferai rien de bon, dans la même proportion numérique, contre une affection que vous et moi, d'un commun accord, aurions diagnostiquée paralysie générale.

Je crois donc, au total, que, si la paralysie générale procède de la syphilis, elle en procède d'une autre façon que le chancre, la plaque muqueuse ou la gomme. On me dira alors : « Mais de quelle façon voulez-vous donc qu'elle en procède? » Cela, je n'en sais rien, et n'en saurai rien sans nul doute tant que le microbe de la syphilis restera inconnu et que ses diverses réactions possibles sur les tissus organiques seront ignorées. Mais l'absence d'explication pour un fait n'implique pas la non-existence de ce fait, et j'en suis là, c'est-à-dire à constater ce dont le comment me fait défaut.

A ce moment, toutefois, un rapprochement se présente et s'impose à mon esprit. Il est, dans le domaine de la syphilis, un certain ordre d'accidents qui, bien qu'incontestablement spécifiques d'origine, ne sont pas spécifiques de fond et qu'aujourd'hui on commence à grouper sous le nom d'accidents *parasyphilitiques*. Eh bien, la paralysie générale ne ferait-elle pas partie de ce groupe? Je m'explique.

L'expérience a montré que la syphilis n'est pas seulement coupable de l'ordre de manifestations — déjà cependant si étendu et si complexe — qu'on lui rattache d'un accord commun sous le nom de manifestations spécifiques. Très sûrement, elle fait plus que cela, elle fait en plus autre chose que cela. Indépendamment de ces manifestations spécifiques, spécifiques d'origine et de nature, elle est encore responsable de nombre d'autres accidents qui, pour n'avoir plus rien de syphilitique comme nature, n'en restent pas moins syphilitiques *d'origine*, syphilitiques d'origine en ce sens qu'ils sont issus de la syphilis, qu'ils se sont produits de son fait, qu'ils ne se seraient pas produits sans elle, suivant toute vraisemblance.

Deux caractères principaux établissent surtout une ligne de démarcation bien tranchée entre ces derniers accidents et les manifestations véritablement syphilitiques. Ainsi :

1° D'une part, les affections parasyphilitiques ne relèvent pas exclusivement et nécessairement de la syphilis comme cause, tandis que les accidents syphilitiques proprement dits ne dérivent jamais que de la syphilis, reconnaissent toujours et fatalement la syphilis comme facteur originel. Pas de plaque muqueuse, par exemple, pas de gomme sans syphilis acquise ou héréditaire. Tout au contraire, le tabes, la neurasthénie, l'hystérie, le rachitisme, l'infantilisme, l'hydrocéphalie, les malformations natives, les arrêts de développement, etc., que la syphilis s'approprie si fréquemment au titre de manifestations parasyphilitiques, peuvent également se produire indépendamment de tout antécédent de syphilis, de toute tare syphilitique.

2° D'autre part, les affections parasyphilitiques ne sont pas influencées par le mercure et l'iodure comme le sont les affections syphilitiques vraies. C'est-à-dire que le mercure et l'iodure n'exercent pas sur elles, comme sur les autres déterminations usuelles de la syphilis, cette action répressive et curative si manifeste, si intense, si rapide, qu'on a pu la donner comme un véritable critérium de spécificité syphilitique.

Eh bien, à tous égards, la paralysie générale se rapproche de ces affections parasyphilitiques et rentre dans leur groupe. Comme celles-ci, en effet, elle n'a pas besoin expressément de la syphilis pour se produire; elle se produit en dehors d'elle sous l'influence d'autres incitations étiologiques; — comme celles-ci, d'autre part, elle se montre rebelle au traitement spécifique, alors même qu'elle dérive bien manifestement d'une cause spécifique. A ces deux titres, donc, non moins encore que par sa connexion fréquente avec le tabes, elle semble bien faire partie de la même famille d'accidents et devoir être rangée dans le groupe des affections parasyphilitiques.

V

IV. — J'arrive enfin au dernier terme du problème. Celui-ci est ainsi conçu : *La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis se différencie-t-elle par quelque caractère, clinique, anatomique ou autre, des paralysies générales d'autre origine?*

Messieurs, je débutais dans cet exposé en disant que la solution complète de la question en instance ne pourrait être acquise que par l'union de forces diverses, de compétences spéciales associées. Cette vérité ne va devenir que trop manifeste.

Nous autres syphiliographes, nous n'avons à réclamer, à ambitionner, comme lot personnel dans la solution du problème total, qu'un seul rôle, celui de chercheurs, de dépisteurs d'étiologie. Nous sommes ou nous pouvons être bons à deux choses : 1° à affirmer un fait de notre compétence, à savoir la fréquence de la paralysie générale chez nos malades; — 2° à reconnaître la syphilis comme antécédent là où d'autres pourraient la méconnaître ou la laisser passer inaperçue. Et, en effet, dépister la syphilis dans les antécédents morbides ou dans l'hérédité est un métier comme un autre où l'on ne devient expert que par un dressage spécial. *Fit fabricando faber*. Tel excellera, par exemple, à découvrir un imperceptible souffle cardiaque qui laissera échapper une syphilis que découvrira un syphiliographe, et réciproquement. Affaire de spécialisation professionnelle.

Mais, si nous sommes bons à cela, nous ne sommes guère bons qu'à cela, et pour cause. Voyez plutôt.

Certes, l'anatomie pathologique a son mot à dire dans la question. Il serait plus que curieux, il serait important de savoir si la paralysie générale de nos malades (laissez-moi la qualifier ainsi) diffère ou non anatomiquement des paralysies générales d'autre origine. Or, l'anatomie pathologique nous fait presque toujours défaut, à nous, et cela par la force même des choses. Pourquoi? Parce que nos paralytiques généraux ne sont, dans nos services, que des malades *de passage*. Nous les observons quelques mois; puis, à un moment donné, nous sommes forcés de nous en séparer parce qu'ils sont devenus indociles, bruyants, gâteux, dangereux pour eux-mêmes et pour autrui, etc.; bref, presque invariablement, ces malades vont terminer *ailleurs que chez nous* leur misérable existence, et la suite, la *fin* de leur observation (y compris notamment les résultats nécroscopiques) nous échappe nécessairement, sauf exceptions bien rares.

Et de même pour la clinique. Existe-t-il entre la paralysie générale de nos malades et les paralysies générales d'autre origine des différences symptomatologiques? Mais, pour apprécier les finesses cliniques sur lesquelles un tel diagnostic pourrait être posé, il nous faudrait ce que nous n'avons pas, à savoir : 1° des éléments de comparaison, qui nous manquent tout naturellement, puisque, sans la syphilis, on n'a pas motif de venir à nous; — 2° une éducation spéciale qui n'est pas la nôtre. Nous ne sommes, nous, que des aliénistes par occasion, j'allais dire des aliénistes d'occasion. *Ne sutor ultra crepidam*.

Ainsi, j'oserai le confesser, j'ai bien mes idées, mes petites idées à moi, sur quelques différences symptomatologiques à faire intervenir entre la paralysie générale de nos malades et celles d'autre origine. Par exemple, à n'en citer qu'une seule, j'ai été maintes fois frappé de voir la paralysie générale de nos malades ou bien débuter par des phénomènes de tabes ou bien, d'une façon quelconque, s'associer au tabes et constituer avec lui une sorte de combinaison hybride que j'ai qualifiée du nom de *tabes cérébro-spinal*. Très fréquemment, je le répète, j'ai vu le tabes verser dans la paralysie générale ; et, réciproquement aussi (mais d'une façon bien plus rare), j'ai vu la paralysie générale verser dans le tabes. D'autres fois encore, j'ai vu tabes et paralysie générale évoluer parallèlement, en société, et, pour ainsi dire, la main dans la main. Or, les paralysies générales d'origine non syphilitique réalisent-elles aussi souvent que la nôtre une telle combinaison de symptômes? Je ne le crois pas. Mais, enfin, je n'ai pas compétence pour le savoir et me garderai de l'affirmer. Donc, pour ne pas m'exposer aux foudres de nos collègues en aliénation qui, à trop juste titre, me rappelleraient à l'ordre en m'invitant à ne pas excéder les choses de mon métier, mettons que je n'ai rien dit.

Et de même pour tant et tant d'autres sujets relatifs à l'évolution morbide, aux rémissions possibles, aux guérisons apparentes, à la durée, etc., etc. Toutes ces questions, ce n'est pas nous, syphiliographes, qui sommes aptes à les juger; car elles n'exigeraient rien moins, pour être appréciées à leur valeur véritable et distinctive en l'espèce, que l'expérience spéciale et si hautement estimée de collègues tels que MM. Mesnet, Magnan, Luys, Joffroy, Mottet, etc.

Aussi bien sur tous ces points, n'aurai-je rien de mieux à faire assurément que de passer la main (qu'on me pardonne l'expression) à de plus experts en aliénation mentale, en anatomie pathologique, en histologie, et d'en appeler à leur précieux concours. Car, soyez-en sûrs, messieurs, — et c'est par cette affirmation que je terminerai — la question des rapports de la paralysie générale avec la syphilis ne parviendra à être complètement étudiée, élucidée et jugée en dernier ressort dans les sujets si multiples, si complexes et si difficiles qu'elle comporte, que par l'union, la collaboration, le *syndicat*, si j'ose ainsi parler, des aliénistes, des anatomo-pathologistes et des syphiliographes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

M. Kelsch donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, à l'inauguration de la statue élevée, à Lyon, à Claude Bernard.

M. Fournier fait une communication sur la syphilis et la paralysie générale (voir page 538).

Tractions rhythmées de la langue.

M. Léon Labbé rapporte un nouveau fait de rappel à la vie par le procédé de M. Laborde (tractions rhythmées de la langue) à la suite d'accidents graves au cours de la chloroformisation.

M. Verneuil a constaté des faits du même genre avec le même succès; il y ajoute la flagellation sur l'épigastre à l'aide de compresses mouillées.

M. Laborde se félicite de ces résultats, car c'est en cherchant à rappeler à la vie les animaux en état de mort apparente au cours de la chloroformisation qu'il a constaté les avantages de son procédé. Cette année, celui-ci a donné entre les mains des préposés des douanes les meilleurs résultats dans des cas de submersion sur le littoral de la Manche. Il reste à le vulgariser pour les nouveau-nés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 *octobre* 1894.

Présidence de M. Lucas-Championnière.

Cystostomie sus-pubienne.

M. Bazy a conseillé, il y a longtemps déjà, le méat hypogastrique dans les tumeurs de la vessie. En ce qui concerne les prostatiques, il avoue avoir gardé une certaine prédilection pour la sonde : il préfère le drainage par les voies naturelles au drainage par la voie sus-pubienne. Il reconnaît toutefois que la cystostomie peut amener une diminution de la prostate. Chez les prostatiques, on ne doit opérer que lorsqu'il y a des complications ; mais les indications de l'opération sont difficiles à établir et elles varient forcément avec les complications qui peuvent être, soit communes à tous les urinaires, soit spéciales aux prostatiques. M. Bazy les examine une à une et montre qu'il faut en somme avoir rarement recours à la cystostomie. Cette intervention est par contre de mise quand le cathétérisme est très douloureux.

M. Routier présente un malade *cystostomisé pour une énorme prostate*, dont il a réséqué une partie. Il urine actuellement spontanément par son canal et ne perd pas d'urine par son urèthre sus-pubien, où il n'y a qu'une sonde à deux renflements.

Résection du rectum par le procédé de Kraske.

M. Zancarol (Alexandrie) cite quatre observations. Premier cas : Femme de 34 ans ; épithélioma du rectum et du vagin. Extirpation du rectum ; suture du bout supérieur à la peau. Infection ; mais guérison en deux mois. Matières fécales retenues ; pas de récidive depuis 18 mois. — Deuxième cas : Femme de 40 ans, cancer du rectum. Péritoine ouvert et suturé. Drainage ; collapsus traité par la caféine ; vide régulièrement son intestin ; opérée depuis 6 mois. — Troisième cas : Homme de 38 ans ; cancer du rectum ; résection de presque tout le rectum. Drainage. Collapsus cédant à la caféine. Pas de récidive depuis 4 mois. — Quatrième cas : Arabe ayant un cancer du rectum et de l'anus. Péritoine ouvert ; collapsus ; caféine. Opéré depuis 2 mois. — En somme, 4 opérations et 4 guérisons ; et tous ces malades ont suppuré. Chose plus curieuse, il n'y a pas un seul opéré qui ait actuellement de l'incontinence des matières fécales. M. Zancarol attribue ce fait à ce qu'il a dû laisser en place quelques fibres du sphincter externe. D'ailleurs, comme l'a dit Allingham, toutes les fois qu'on coupe le sphincter parallèlement à l'axe de l'intestin dans les opérations de fistule à l'anus, le sphincter revient à l'état normal.

M. Quénu. — Il est difficile de désinfecter un rectum, ce qui explique pourquoi il y a toujours de la suppuration, comme dans les quatre cas de M. Zancarol. Pour nettoyer le rectum autant que possible, je fais le curettage du cancer. J'attribue la conservation de la fonction à l'action de la musculeuse de l'intestin, qui finit par se transformer en sphincter. J'ai opéré d'extirpation complète un malade qui reste guéri depuis 5 ans et qui va régulièrement à la selle. M. Zancarol n'a pas fait dans ces opérations un seul Kraske typique, avec conservation du sphincter.

M. Routier. — Je ne crois pas le curettage de M. Quénu suffisant pour désinfecter un rectum ; la plaie suppure presque toujours, parce qu'on opère dans une région où l'on ne peut pas rapprocher les surfaces, où il circule de l'air infecté, où il est facile d'avoir une infection par la peau même.

M. Quénu. — Les infections, quand elles ont lieu, se produisent pendant l'opération et non après l'intervention terminée.

M. Richelot. — A signaler une autre cause de suppuration, le sphacèle de la partie supérieure du rectum tiraillé et déchiré, au cours des tractions que nécessite son abaissement vers l'anus. Il se forme dans ces cas une petite fistule postérieure.

M. Zancarol. — Malgré la suppuration, on obtient des résultats excellents. Je ne tiens pas à ma théorie pour le retour des fonctions anales.

Staphylorrhaphie.

M. Félizet ayant constaté que dans les perforations traumatiques du voile du palais, les pertes de substance se comblent avec une facilité remarquable et en très peu de temps, conseille de faire précéder la staphylorrhaphie de deux transfixions totales du voile du palais, de chaque côté des piliers. La staphylorrhaphie deviendrait ainsi très simple ; et de plus il n'y aurait pas de ces tiraillements qui font si souvent échouer la suture.

M. Denis (Ypres) lit deux observations : 1° Adénome polypeux du rectum. — 2° Entérolithe rectal.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 *octobre* 1894.

Présidence de M. d'Heilly.

Erythèmes infectieux.

M. Galliard lit un important mémoire, dont voici les conclusions :

1° A côté des érythèmes toxiques et médicamenteux, il faut décrire des érythèmes *infectieux* ou *toxi-infectieux* qui offrent avec les premiers de nombreuses analogies cliniques.

2° Ces érythèmes infectieux sont attribuables soit à des microbes connus (bacille virgule de Koch, coli-bacille, bacille d'Eberth, bacille de Lœffler, streptocoque), soit à des microbes indéterminés.

3° Ces microbes ou leurs toxines exercent sur le tégument externe une action identique dans des conditions spéciales.

4° Il est impossible de dire exactement quelles sont les conditions indispensables pour que ces microbes deviennent érythrogènes.

5° L'influence des médications, qu'il faut toujours étudier avec le plus grand soin, est souvent faible ou nulle.

6° Les prédispositions individuelles jouent probablement un rôle important dans la genèse des érythèmes toxi-infectieux comme dans la genèse des érythèmes médicamenteux.

Volvulus de l'S iliaque.

M. Catrin rapporte une observation de volvulus de l'S iliaque ayant évolué en six jours, sans qu'à aucun moment, il ne se soit produit de vomissements fécaloïdes. Le sujet, homme de 21 ans, était robuste ; l'affection avait débuté brusquement par une douleur vive dans l'abdomen avec suppression des selles et des gaz. La température était modérément fébrile. La distension de l'abdomen était généralisée et il était impossible de reconnaître l'existence de boudin saillant et localisée qui accompagne si habituellement le volvulus. L'autopsie seule montra qu'il s'agissait de cette affection.

Cette observation, dit l'auteur de la communication, montre une fois de plus combien ce diagnostic de volvulus est difficile à établir. Peyrot n'a-t-il pas affirmé que jamais le volvulus n'avait été reconnu sur le vivant ? En effet, tous les signes invoqués pour le diagnostic sont plutôt quantitatifs que qualitatifs, sauf toutefois la brusquerie du début et l'absence de frisson dans le volvulus, mais dans le cas d'une péritonite chronique subissant une poussée aiguë, on peut se tromper sur le moment où débute l'affection, et le frisson peut, vu la violence des douleurs, passer inaperçu.

Quant à la douleur qu'on dit plus générale dans la péritonite, on voit que, dans notre cas, elle siégeait dans tout l'abdomen, et n'avait été qu'au début plus intense dans le flanc droit ; il est vrai qu'elle était moins superficielle que dans les cas de péritonite aiguë, où le malade ne peut supporter le poids des couvertures. Enfin, la constipation est moins absolue dans la péritonite, mais cet absolutisme est chose assez difficile à apprécier.

La température des premiers jours était anormale dans une péritonite aiguë, 38°5 ; c'était avec la brusquerie du début les seuls signes qu'on pouvait invoquer contre la péritonite.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

SAVONS MÉDICINAUX de Aᵈ MOLLARD
JOUBERT, Pharmacien de 1re Classe, Successeur
PARIS, 3, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la douz.

SAVON *Phéniqué*... à 5 % de Aᵈ MOLLARD 12f
SAVON *Boraté*... à 10 % de Aᵈ MOLLARD 12f
SAVON au *Thymol*.. à 5 % de Aᵈ MOLLARD 12f
SAVON à l'*Ichthyol*. à 10 % de Aᵈ MOLLARD 24f
SAVON *Boriqué*.... à 5 % de Aᵈ MOLLARD 12f
SAVON au *Salol*..... à 5 % de Aᵈ MOLLARD 12f
SAVON au *Sublimé* à 1 % ou 10 % de Aᵈ MOLLARD 18f ou 24f
SAVON *Iodé* (KI — 10 %).. de Aᵈ MOLLARD 24f
SAVON *Sulfureux* hygiénique de Aᵈ MOLLARD 12f ou 24f
SAVON au *Goudron* de Norwège de Aᵈ MOLLARD 12f
SAVON *Glycériné*...... de Aᵈ MOLLARD 12f

ILS SE VENDENT EN BOITE DE 1/4 ET DE 1/2 DOUZAINE AVEC 35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

VIN DE VIAL



au Quina, Suc de Viande et Lacto-Phosphate de Chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN DE VIAL** réunit tous les principes actifs du ***phosphate de chaux***, du ***quina*** et de la ***viande crue***. Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

J. VIAL, Pharmacien, Ex-préparateur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie, **Rue Victor-Hugo, 14, LYON.**

MALADIES DE POITRINE
SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : **4 fr. le flacon**.*

Pharmacie SWANN
PARIS, 12, Rue Castiglione, 12. **PARIS**

APPROUVÉ par l'ACADÉMIE de MÉDECINE, SÉANCE du 20 DÉC. 1892.

SUPÉRIEUR aux Phénols et au Sublimé
non toxique
ODEUR AGRÉABLE

PHENOSALYL

Solution à 1 0/0 POUR tout usage chirurgical et ANTISEPTIQUE.

EMPLOYÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

TONIQUE RECONSTITUANT préparé avec la **VIANDE CRUE** l'alcool et les éc. d'Oranges amères

Conservation parfaite — *Goût très agréable*

Phthisie, Anémie, Convalescences

Paris, 20, pl. des Vosges, et toutes Phies

MALADIES NERVEUSES
Insomnies, Vertiges, Coqueluche

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures.

PARIS, 20, Place des Vosges et PHARMACIES

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés et très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-aliment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

ANÉMIE, CHLOROSE AMÉNORRHÉE DYSMÉNORRHÉE, SCROFULES, ETC.

Pilules *à l'Iodure ferreux inaltérable* DE **BLANCARD**

Solution et Comprimés BLANCARD *à l'Exalgine*

NÉVRALGIES MUSCULAIRES, DENTAIRES, CARDIALGIES, RHUMATISMES, etc., etc.

Le plus actif, le plus inoffensif et le plus puissant médicament CONTRE LA DOULEUR

VENTE EN GROS : **BLANCARD & Cie**, 40, Rue Bonaparte, PARIS.

COALTAR SAPONINÉ LEBEUF ANTISEPTIQUE

nullement irritant antidiphthérique, cicatrisant les plaies, admis dans les *Hôpitaux de Paris* et les *hôpitaux de la Marine militaire*. — Dans toutes les PHARMACIES

QUINA ✻ FER
Chlorose, Anémie

Vins Titrés d'Ossian Henry

Membre de l'ACADÉMIE de MÉDECINE
Professeur à l'École de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
43, Rue d'Amsterdam, Paris

VIN DE KOLA MIDY ET **KOLA GRANULÉE MIDY**

Contenant intégralement *Rouge de Kola, Caféine, Théobromine*

TONIQUE — ANTI-DÉPERDITEUR — ANTI-NEURASTHÉNIQUE

Pharmacie MIDY, 113, Faubourg Saint-Honoré, PARIS ET TOUTES PHARMACIES ET DROGUERIES.

LYSOL LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON

ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU

FLACON D'ÉCHANTILLON

franco, à MM. les médecins qui en font la demande.

Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS

N° 45 — 7 NOVEMBRE 1894

LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 12 au 17 novembre 1894.

Mercredi 14. — M. Béach. Du déciduome malin. — M. Bruyer. De l'hyoscyamine et de son emploi contre le tremblement hydralgyrique professionnel.

Jeudi 15. — M. Flu. Diagnostic différentiel des cancers du foie et des foies cardiaques. — M. Brunati. Essai sur l'étude clinique du sarcome primitif de la plèvre.

Commission de prix. — *Château-Villard* : MM. Baillon, Guyon, Cornil, Gautier, Straus, Pinard, Terrier (Landouzy, suppléant).

Barbier : MM. Gariel, Duval, Le Dentu, Tillaux, Berger (Pouchet, suppléant).

Béhier : MM. Potain, Hayem, Dieulafoy, Debove, Joffroy, (Laboulbène, suppléant).

Lacaze : MM. Brouardel, Jaccoud, Proust, Straus, Landouzy (Joffroy, suppléant).

Jeunesse : MM. Brouardel, Gautier, Garie Proust, Pouchet (Straus, suppléant).

Montyon : MM. Brouardel, Fournier, Cornil, Proust, Straus (Debove, suppléant).

Thèses : MM. Brouardel, Panas, Duplay, Dieulafoy, Farabeuf, Pinard, Tillaux, Landouzy, Pouchet (Raymond, Berger, suppléants).

Hôpital Necker. — *Cours de clinique des maladies des voies urinaires* : M. le professeur Guyon reprendra ses leçons le samedi 10 novembre 1894, à 9 heures, et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Cours de clinique des maladies des enfants* : M. Marfan, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies infantiles le samedi 10 novembre 1894, à 4 heures de l'après-midi, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Hôpital de la Charité. — *Clinique chirurgicale* : M. le professeur Tillaux commencera son cours de clinique chirurgicale le lundi 12 novembre 1894, à 9 heures du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie. — M. le professeur Farabeuf commencera le cours d'anatomie le mercredi 7 novembre 1894, à 4 heures (Grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le vendredi 9 novembre 1894, à 5 heures de l'après-midi (Petit amphithéâtre de la Faculté) et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage).

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Dieulafoy commencera le cours de pathologie interne le samedi 10 novembre 1894, à 3 heures (Grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de médecine opératoire. — M. le professeur Terrier commencera le cours de médecine opératoire le mercredi 7 novembre 1894, à 5 heures (Grand amphithéâtre) et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

VARIÉTÉS

Corps de santé des colonies. — Ont été promus et nommés au grade de :

Médecin en chef de 2e classe, M. Bastian.

Médecin principal. MM. les médecins de première classe des colonies Guérin et Roussin.

Médecin de 1re classe, M. Pierre, médecin de deuxième classe des colonies.

Médecin de 2e classe, M. Hantz, médecin de deuxième classe de la marine.

L'Académie des sciences morales et politiques a, sur le rapport de M. Emile Levasseur, décerné le prix Audiffred, d'une valeur de 12,000 francs, à M. le Dr Roux, pour son dévouement à la science.

Cours pratique d'ophthalmologie. — MM. les Drs Rochon-Duvigneaud et A. Terson recommenceront leur cours, le samedi 17 novembre, à 5 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Partie clinique : Réfraction. Examen fonctionnel de l'œil. Ophthalmoscopie clinique (avec malades).

Exercices de médecine opératoire.

Partie scientifique : Anatomie normale et pathologique de l'œil et des annexes. Bactériologie clinique (au laboratoire).

(S'inscrire d'avance, tous les matins, à l'Hôtel-Dieu).

Hôpital Saint-Antoine. — *Cours clinique de pathologie nerveuse* : MM. E. Brissaud et G. Ballet feront pendant le semestre d'hiver un cours clinique sur les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière. Le cours aura lieu deux fois par semaine, à 10 heures. Le dimanche M. G. Ballet traitera des maladies de l'encéphale; le jeudi, M. E. Brissaud des maladies de la moelle. La première leçon aura lieu le dimanche 11 novembre.

Hôpital Trousseau. — M. le Dr Le Gendre fait les mercredis et samedis à 10 heures du matin (salles Barrier et Blachez des conférences de clinique et de thérapeutique infantiles.

La grâce du Dr Laffitte. — Nous sommes heureux d'apprendre à nos lecteurs que M. le président de la République, après les démarches faites par le syndicat de la presse médicale, vient de faire remise complète au Dr Laffitte des 3 ans de prison auxquels il avait été condamné quoiqu'on n'eût fourni aucune preuve de sa culpabilité. Reste maintenant à obtenir la réhabilitation légale.

CLINIQUE MÉDICALE

Pronostic de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Communication au Congrès français de médecine interne, par M. Moussous (de Bordeaux).

Tous ceux qui ont étudié la fièvre typhoïde chez l'enfant sont unanimes à reconnaître qu'elle n'offre pas chez lui la même gravité que chez l'adulte.

Les autopsies montrent des lésions moins nombreuses et moins profondes au niveau du tube digestif; les hémorrhagies, les perforations intestinales, ainsi que la péritonite, sont tout à fait exceptionnelles. On n'a pas encore fourni la raison d'être de cette sévérité moindre. Dans des leçons publiées il y a deux ans, j'ai insisté sur certaines des conditions qui me paraissent devoir être invoquées pour expliquer soit la pullulation moins facile de l'infection typhique chez les enfants, soit les meilleurs moyens de défense que l'organisme de ceux-ci oppose à la maladie, et je mettais en avant, d'une part, la bonne qualité des sécrétions gastriques, d'autre part, le développement des organes lymphoïdes, l'intégrité habituelle du foie, du cœur et du rein; c'est-à-dire la phagocytose favorisée, la barrière hépatique puissante contre les poisons venant de l'intestin; enfin, les congestions viscérales diminuées et l'élimination par la voie rénale facile.

A ce dernier point de vue, je citerai les recherches que j'ai faites sur la toxicité des urines des enfants atteints de fièvre typhoïde, recherches communiquées en 1892 à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

Ces recherches m'ont montré que la toxicité était assez élevée pendant la période d'état, très élevée pendant les premiers jours de la défervescence, puis normale et au-dessous de la normale dès les premiers jours de l'apyrexie.

En un mot, que, sous l'excitation des bains froids, la courbe urotoxique se comportait chez les enfants comme celle qu'ont observée MM. Roque et Weill chez les adultes traités par la méthode de Brand.

Quelle qu'en soit, du reste, l'explication réelle, le fait important que je tiens aujourd'hui à établir de nouveau, est le pronostic relativement favorable de la dothiénentérie observée entre la deuxième et la quinzième année.

La statistique que je vais communiquer me semble tout à fait significative à cet endroit.

Elle comprend tous les enfants atteints de fièvre typhoïde que j'ai eu à traiter à l'hôpital des Enfants de Bordeaux depuis le jour où j'ai été placé à la tête d'un des services de cet hôpital.

Le nombre des malades s'élève à 60. Je ne fais figurer parmi les fièvres continues que celles dont la durée a excédé 12 jours, ne cherchant à faire entrer dans le cadre de la dothiénentérie aucune des fébricules sur la nature desquelles on discute encore.

Ces 60 fièvres typhoïdes doivent être divisées en trois groupes.

Un premier groupe de 14 cas.

Il s'agit, pour la plupart, d'enfants malades depuis quelque temps dans leurs familles, et déjà arrivés au 3e septenaire lorsqu'ils nous ont été conduits. Le diagnostic n'a jamais été admis sur le seul récit des parents et nous n'avons considéré comme typhiques pour les inscrire dans cette statistique que ceux dont la courbe thermométrique a présenté quelque chose de caractéristique, telle qu'une rechute ou une descente en lysis succédant à quelques jours d'oscillations régulières.

Un second groupe englobe 30 cas. Les malades sont entrés dès le début ou le milieu de la période d'état. L'évolution de la maladie a été absolument classique; son intensité a été modérée; la fièvre tombait entre le 18e et le 25e jour.

Un troisième groupe correspond à des formes cliniques sérieuses.

J'y place 16 malades qui ont tous fait un séjour de près de deux mois à l'hôpital. Le minimum de la durée de la fièvre, non compris la période qui avait précédé l'entrée à l'hôpital, a été de 30 jours; chez certains elle a été de 40 et plus.

Cette prolongation, dans six cas, a été produite par des rechutes.

Parmi ces malades, quelques-uns ont été en grand danger.

Un, présentant des hémorrhagies cutanées et viscérales tenaces.

Deux, chez lesquels la forme ataxique était des plus marquées.

Trois, atteints de défaillance cardiaque.

Enfin, je citerai quelques faits d'hyperthermie, en particulier celui d'un enfant de dix ans qui nous fut conduit avec une température de 41° et dont la courbe, pendant treize jours, ne put être abaissée au-dessous de 40°, atteignit même, par deux fois, le chiffre extrême de 41° 6/10.

En dehors de ces 60 malades, doit être mentionné un cas de fièvre typhoïde avérée, mais dont je n'ai pu suivre l'issue, que rien du reste n'annonçait comme menaçante. Après quelques jours de traitement, l'enfant, en pleine période d'état, fut repris par ses parents.

Cette dernière restriction faite, les 60 cas qui composent ma statistique se sont tous terminés par la guérison, à l'exception d'un seul. L'enfant auquel je fais allusion et dont la maladie n'avait offert aucun caractère alarmant, est mort subitement en pleine convalescence. L'autopsie la plus minutieuse ne m'a pas permis de reconnaître la cause certaine de cette fin si inopinée que j'attribue à une syncope.

Les différentes statistiques publiées jusqu'ici accusent pour les enfants une mortalité de 8 à 6 pour 100; celle que je donne aujourd'hui est, comme on le voit, plus favorable encore.

Pour quelle part le traitement entre-t-il dans ces résultats heureux? C'est là toujours un point bien délicat à établir. Celui auquel j'ai soumis mes malades s'inspire de plusieurs méthodes actuellement en vogue. En voici les grandes lignes :

Un purgatif tous les trois jours pendant les douze premiers jours : ce purgatif est habituellement le calomel, donné, par doses fractionnées, toutes les heures dans un peu de lait. — La facilité avec laquelle les enfants acceptent ce médicament et ses qualités antiseptiques, motivent ce choix. — Les jours intercalaires et dans la suite lorsque l'usage du calomel est suspendu, on a recours au naphtol et surtout à la naphtaline associés au salicylate de bismuth.

Tous les jours, à moins d'intolérance gastrique, les malades prennent de la quinine, dosée suivant l'âge et maintenue tant que le thermomètre s'élève au-dessus de 38°.

Tous les jours enfin, on fait aux malades trois lotions vinaigrées froides et on leur donne deux grands lavements d'eau bouillie froide.

Ils prennent du quinquina comme tonique, sont au régime lacté et absorbent le plus de liquides possible. On ne leur donne du bouillon que si le lait ne peut être accepté.

Les dispositions matérielles de notre hôpital ne m'ont pas permis de soumettre systématiquement tous les typhiques à la balnéation comme j'aurais voulu le faire. J'y ai cependant toujours recouru dans les formes

ataxiques ou hyperthermiques sérieuses ; mais je n'ai jamais fait usage que de bains tièdes refroidis de 28 ou 30° au début, descendus à 26°, d'une durée moyenne de 8 à 10° minutes, renouvelés quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures et plus souvent encore, si nécessaire.

Sans vouloir reprendre en rien la question de la balnéothérapie dans la fièvre typhoïde, je me permettrai de rappeler que, l'année dernière, le docteur Lafarrelle (interne dans le service du professeur Arnozan) a poursuivi des recherches consignées dans sa thèse, et que ses recherches aussi bien que des expériences de laboratoire lui ont démontré que l'abaissement central de la température est plus marqué et surtout plus durable après le bain tiède qu'après le bain froid.

Ces résultats n'ont fait que me confirmer dans ma pratique.

M. Weil (Lyon) a observé la *desquamation* 37 fois sur les 45 cas de fièvre typhoïde chez des enfants qu'il a eu à traiter dans le courant de l'année. C'est donc un phénomène fréquent, pour ne pas dire constant.

La desquamation, qui peut être furfuracée ou lamelleuse et à grands lambeaux comme la scarlatine, occupe le tronc, la racine des membres et du cou, rarement les membres eux-mêmes, jamais la plante des pieds, ni la paume des mains, ni la face.

La durée de la desquamation peut varier de plusieurs jours à plusieurs semaines. Elle se montre soit à la fin de la période fébrile, soit au moment de l'apyrexie, soit après la défervescence. Il y a un certain rapport entre la forme de desquamation et la gravité de la fièvre. Ainsi, on a pu constater que les desquamations diffuses, lamelleuses correspondent à la forme grave et les desquamations furfuracées à la forme légère.

La cause de cette desquamation est le trouble de la nutrition de l'épiderme.

Traitement des affections éruptives par les applications cutanées de spartéine, communication au Congrès de médecine interne, par MM. L. Guinard et G. Geley (de Lyon).

Nous avons l'honneur de vous présenter le résultat de nos recherches sur le traitement des affections aiguës à détermination cutanée par les applications cutanées de spartéine.

Ces recherches ont été déjà publiées en partie, mais, depuis lors, des faits cliniques nouveaux ont entièrement confirmé notre opinion, et nous croyons devoir présenter au Congrès de médecine une méthode nouvelle et qui nous paraît destinée à se généraliser.

Dans les communications faites antérieurement à l'Académie des sciences, à la Société de biologie, à la Société des sciences médicales de Lyon, et dans les colonnes du *Lyon médical*, communications condensées dans la thèse inaugurale de l'un de nous (1), nous étions arrivés aux conclusions suivantes :

1° Les applications cutanées de certains alcaloïdes régularisent la température des malades, la diminuant dans l'hyperthermie, la relevant dans l'hypothermie.

2° Ces applications, bien qu'agissant en tout cas sur le symptôme fièvre, n'ont d'action réellement curative que sur les maladies éruptives.

3° Cette double action, thermique et thérapeutique, ne peut s'expliquer que par un effet nerveux à point de départ périphérique.

4° Les alcaloïdes qui possèdent cette propriété sont tous des anesthésiques locaux, agissant puissamment sur les terminaisons des nerfs centripètes; et, parmi eux, la spartéine, agent excellent bien que méconnu d'anesthésie locale, est de beaucoup le plus actif.

Nous n'envisagerons, dans cette communication, que l'action curative sur les affections aiguës à détermination cutanée. Cette action curative est absolument nette et constante, et la thérapeutique compte certainement peu de médications aussi fidèles.

L'action des badigeonnages de spartéine n'est plus ici, comme dans les maladies à détermination centrale, une simple régulation de la thermogenèse; c'est un abaissement constant, souvent considérable, de la fièvre.

Cet abaissement varie entre 1 et 5 degrés. Il va en général en augmentant avec chaque badigeonnage.

La courbe générale est ramenée immédiatement à la normale, ou se compose de grandes oscillations progressivement décroissantes. L'effet local sur la détermination cutanée est tout aussi puissant, et la maladie, dans son ensemble, est manifestement atténuée comme intensité et comme durée.

Nous avons essayé notre méthode dans la plupart des affections éruptives.

C'est dans l'*érysipèle* que nous avons obtenu les effets les plus typiques. Les courbes thermiques se ressemblent toutes; elles sont remarquables par les grandes oscillations et la brièveté. A la suite de chaque badigeonnage la température baisse pendant 10 heures environ, puis tend à revenir à son point de départ, mais sans l'atteindre.

Dès le premier badigeonnage, on voit l'exanthème cesser de s'étendre, et rapidement s'affaisser, pâlir et desquamer.

Dans les cas bénins, 1 ou 2 badigeonnages suffisent; dans les cas graves, il en faut 3 ou 4, rarement davantage.

Les autres affections éruptives sont tout aussi heureusement influencées, lorsque, toutefois, elles ne présentent pas de complication viscérale au moment où l'on commence le traitement.

La *rougeole* bénéficie peu des badigeonnages, parce qu'elle est presque toujours compliquée de localisations pulmonaires, mais dans les autres cas, rares à la vérité, un seul badigeonnage suffit à faire tomber définitivement la fièvre.

La *scarlatine* est très heureusement influencée, et les badigeonnages préviendront certainement des complications en général tardives dans cette affection.

Dans la *variole*, les badigeonnages rendront certainement moins sévère le pronostic. Dans un cas de variole cohérente, le seul que nous ayons pu traiter, la suppuration, qui semblait incontestable au moment où fut commencé le traitement, manqua totalement et les pustules se desséchèrent très vite sans laisser de traces.

Mêmes succès dans deux cas d'*érythème noueux* et dans un cas d'*eczéma* avec fièvre.

Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, les badigeonnages constituent un traitement accessoire très utile et aident beaucoup l'effet des spécifiques.

Nous devons terminer par l'exposé de quelques détails pratiques sur les règles qui président à l'emploi des badigeonnages, la façon de les appliquer, les doses employées.

On verse sur un point quelconque du corps, de préférence sur un membre (peu importe la région, pourvu que la peau soit saine et intacte), la quantité donnée de la solution de spartéine; nous nous adressons habituellement à la face interne de la cuisse. On étend la solution avec un pinceau ou avec la main. On recouvre d'une toile imperméable (gutta) de dimensions suffisantes pour bien protéger la surface badigeonnée ; on applique une légère

(1) Geley, *Des applications périphériques de certains alcaloïdes ou glucosides*, thèse de Lyon, août 1894.

couche de coton par-dessus et l'on maintient le tout par une bande un peu serrée.

Pratiquement, on s'en tiendra à la dose physiologique de spartéine dissoute dans 4 ou 5 grammes d'excipient, eau ou pommade. Nous nous servons habituellement de la solution au 1/20 dont nous étendons 4 ou 5 centimètres cubes sur la peau.

Il est une condition favorable à l'action des badigeonnages, c'est de les faire à un moment de la journée où la température a déjà atteint ou va atteindre son maximum, ce qui se rencontre dans la majorité des cas vers la fin de la journée. Les badigeonnages que l'on fait en pleine phase d'augment semblent avoir moins d'action.

En somme, trois règles principales :

1° Pratiquer le badigeonnage sur la peau saine ;

2° Le recouvrir d'un enveloppement imperméable ;

3° Le faire de préférence à la fin de la journée.

En se soumettant à ces règles on obtient des résultats toujours identiques et absolument constants. Ceux que nous avons obtenus jusqu'à présent nous ont paru tellement nets que nous croyons pouvoir dire que les actions d'origine périphérique produites par les badigeonnages cutanés de spartéine constituent le traitement de choix des maladies aiguës à localisations cutanées.

Les résultats que nous venons de faire connaître ont un double intérêt : 1° un intérêt thérapeutique et 2° un intérêt physiologique.

A. — L'intérêt thérapeutique se trouve tout entier dans les effets hypothermisants que l'on peut obtenir à la suite des applications périphériques, et fort remarquables avec la spartéine, non moins évidents avec la cocaïne, la solanine et l'elléboréïne. Dans toutes les pyrexies, on peut espérer agir sur la température, avec cette différence cependant que toutes les fois qu'il s'agit d'une maladie éruptive, on peut voir en même temps s'améliorer l'état local et la marche de l'affection. Ce sont des faits aujourd'hui bien acquis.

B. — L'intérêt physiologique se trouve dans l'interprétation même des résultats, dans leur mécanisme de production.

A la suite des applications cutanées d'alcaloïde, il n'y a pas à parler d'absorption ; nous avons démontré longuement ailleurs que, pour beaucoup de raisons, cette explication est inadmissible. Nous nous rattachons donc exclusivement à *une action nerveuse* que l'on comprendra d'autant mieux que l'on voudra bien faire appel aux enseignements de la physiologie et se souvenir des relations étroites qui unissent la surface cutanée aux grandes fonctions, particulièrement aux centres régulateurs de la thermogenèse.

Ce sont normalement des influences centripètes d'origine périphérique qui règlent la température ; nos badigeonnages emploient le même procédé et agissent tout naturellement en mettant en branle tout le système régulateur thermogénétique quand par le fait de la maladie son fonctionnement est irrégulier.

Nos résultats ouvrent une voie nouvelle dans l'histoire de la physiologie de la peau et demandent des recherches spéciales sur les modifications circulatoires, respiratoires, sudorifiques ou autres qui se produisent au moment de la régulation. Ce sont des recherches que nous avons commencées et que nous pousserons aussi loin que possible, car nous avons la certitude que la physiologie et l'art de guérir y trouveront quelque bénéfice.

REVUE DES CONGRÈS

PREMIER CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Lyon du 25 au 29 octobre 1894.

Pancréas et diabète.

M. Lépine, à la suite de son rapport (voir page 531) a communiqué au Congrès quelques faits nouveaux dont il a voulu lui réserver la primeur :

1° On sait que MM. Chauveau et Kaufmann ont trouvé qu'après la section de la moelle, à la partie supérieure de la région dorsale, l'ablation du pancréas n'est pas suivie de diabète, fait que ces auteurs expliquent en disant que le foie est séparé du centre glycoso-formateur. M. Lépine a vu qu'après cette même section, l'ingestion de phloridzine amène comme d'habitude la glycosurie, ce qui prouve que la glycosurie phloridzique se produit suivant un mécanisme particulier.

2° M. Lépine a vu pendant l'excitation des nerfs du pancréas, en même temps qu'un abondant écoulement du suc pancréatique par le canal de Wirsung, une très notable diminution du pouvoir glycolytique du sang de la veine pancréatique, et, quelques heures plus tard, alors que l'excrétion du suc pancréatique est nulle, un *énorme* pouvoir glycolytique du sang de cette veine. Cela montre un remarquable *balancement* entre la sécrétion externe et la sécrétion interne, la première saccharifiante, comme on sait, la seconde glycolytique.

3° En traitant du suc pancréatique par une solution d'acide sulfurique au millième, à 39° centigr., qui agit vraisemblablement comme hydratant, on produit dans ce suc pancréatique un pouvoir glycolytique énergique. Cela conduit à penser que dans la période qui suit l'excitation des nerfs, la cellule pancréatique produit le ferment glycolytique par une action d'hydratation du ferment diastasique saccharifiant qu'elle renferme.

4° Egalement, en traitant un pancréas frais par une solution d'acide sulfurique au millième, on provoque la formation du ferment glycolytique vraisemblablement aux dépens d'une substance zymogène.

La pseudo-hypertrophie cardiaque de la croissance.

M. Huchard (Paris) a vu un jeune homme à croissance rapide qui au bout de quelque temps fut pris de tachycardie, avec augmentation de volume du cœur. Trois mois après, survinrent des accès fébriles et irréguliers, puis un jour la fièvre s'installa, une toux coqueluchoïde se déclara et le malade finit par succomber à la tuberculose. Dans ce cas on avait fait le diagnostic d'hypertrophie de la croissance. Il est évident que dans ce cas la tachycardie primitive était déjà symptomatique de la tuberculose et due à la compression, par les ganglions bronchiques, du pneumo-gastrique.

Il faut donc se garder de considérer l'hypertrophie du cœur à la puberté comme symptomatique de la croissance. C'est en général une fausse hypertrophie qui plus tard devient réelle. Le cœur, à l'étroit dans la cage thoracique allongée, lutte et s'hypertrophie.

Chez les jeunes écoliers, la myopie peut devenir l'origine de l'hypertrophie. Les faits se passent toujours de la même façon. L'enfant myope se courbe pour manger, pour écrire, etc., comprime son estomac, et cette compression provoque des troubles réflexes du côté du cœur. Il faut donc savoir qu'à côté de la dyspepsie des diplomates, il y a la dyspepsie des collégiens, agissant par voie réflexe sur le cœur sous forme de palpitations, etc.

Les palpitations d'ordre réflexe s'observent encore chez les jeunes filles au moment des règles, avec troubles utérins. Ce fait est connu des chirurgiens qui ont constaté la fréquence du pouls après les opérations sur les voies génitales. Ainsi, dans un cas récemment observé par M. Huchard, tout semblait indiquer une hypertrophie du cœur de la croissance (dyspnée, palpitations, tachycardie, hypertrophie, etc.). Or chez cette jeune fille, tous les troubles disparurent après l'établissement des règles.

En signalant ces faits, M. Huchard ne met pas en doute l'existence d'une hypertrophie cardiaque de la croissance. Seulement ce diagnostic est rare et il ne faut le faire qu'avec une grande prudence. Du moins M. Huchard ne l'a rencontrée que dans des cas tout à fait exceptionnels.

M. Potain, qui a fait des recherches avec M. Vaquez, a trouvé que la croissance elle-même ne donne pas lieu à l'hypertrophie du cœur.

Le souffle présystolique et prédiastolique de la base du cœur.

M. Bernheim (Nancy). — Si l'on ausculte avec précaution le cœur, on constate l'existence, à la base du cœur, de souffles qui précèdent le premier bruit. Ce souffle est donc présystolique, et systolique quand il se continue pendant le premier bruit.

Il est organique ou dynamique (chlorose, anémie, etc.). Quant au mécanisme de ce souffle, on se l'explique quand on songe qu'il est seulement d'apparence présystolique, car le premier bruit n'a lieu que quand l'ascension ventriculaire est complète, d'après les tracés de Marey. Le premier bruit est en effet dû à la contraction du cœur, et à sa locomotion niée par un certain nombre d'auteurs.

Ce qui fait le souffle dynamique, c'est le passage du sang d'une cavité à haute pression à travers un orifice conduisant dans une cavité à tension moindre. Quand le ventricule se contracte, le sang se trouve chassé vers l'aorte où il se trouve sous une pression moins considérable.

Le souffle prédiastolique ne se rencontre que dans l'insuffisance aortique et apparaît avant le second bruit et le suit. Le second bruit ne se manifeste pas non plus immédiatement au claquement valvulaire, mais le précède.

En somme, dans certaines conditions on peut trouver à la base un souffle pré-systolique et pré-diastolique qui commencent avant le premier et le second bruit du cœur.

M. Potain. — Les faits sont délicats ; ils se passent dans des centièmes de seconde, mais ils ont une importance considérable. M. Bernheim a soutenu que le premier bruit se produit après le soulèvement du cœur ; seulement M. Potain pense que le soulèvement de la pointe, distinct du choc, n'est pas du tout l'indice de la contraction du cœur.

Anatomie pathologique de la sclérose du cœur.

M. Weber (Paris). — La pathogénie de la sclérose dystrophique peut être expliquée sans qu'il soit nécessaire de faire de cette sclérose une des modalités de l'inflammation.

L'ischémie d'origine artérielle est la cause première de la lésion du tissu musculaire, et la disparition de ce dernier permet au tissu conjonctif d'user de son pouvoir régénérateur et réparateur. L'aboutissant de ce processus réparateur est la sclérose dystrophique. L'absence ou la présence des leucocytes au niveau des foyers peut être constatée à tous les stades et n'est qu'un accident ou phénomène secondaire.

M. Bard (Lyon) n'admet que deux formes de myocardite, la myocardite inflammatoire interstitielle et la myocardite dystrophique à distance. Quant à la myocardite segmentaire, c'est une lésion banale qui ne donne pas lieu à un tableau clinique distinct. La stase sanguine n'engendre pas de sclérose. Tandis que les myocardites dystrophiques dont le type serait constitué par le cœur sénile, sont silencieuses, se manifestant à peine par un peu d'asystolie, les myocardites d'origine inflammatoire ont un type et une physionomie cliniques très nets, et sont mal supportées par les malades.

M. Renault soutient l'existence réelle, clinique et anatomique, de la myocardite segmentaire comme on la rencontre par exemple dans l'intoxication phosphorée (voy. *Mercredi médical*, 1890, p. 76).

M. Huchard n'accepte pas non plus les opinions de M. Bard et soutient que la stase veineuse du côté des viscères joue un grand rôle dans la pathogénie des accidents. Il ne peut non plus admettre que les myocardites dystrophiques évoluent d'une façon silencieuse.

M. Bard fait observer qu'il est difficile de ne pas trouver de la myocardite segmentaire, lésion banale, et les observations publiées par M. Renault montrent justement que cette myocardite segmentaire n'a pas de symptomatologie propre.

Quant à la myocardite dystrophique, très étendue, elle est le plus souvent d'origine inflammatoire.

Le rétrécissement mitral des artério-scléreux.

M. Huchard. — Il existe un rétrécissement mitral sénile, d'après l'âge des artères, c'est le rétrécissement mitral des artério-scléreux. Le rétrécissement en question est latent au point de vue anatomique, car la lésion n'est jamais très accentuée, sauf dans les cas où il existe des plaques athéromateuses au pourtour des orifices. L'orifice a l'aspect d'un croissant ou d'un sablier. Une autre raison de la latence des lésions, c'est l'hypertrophie du ventricule.

Ce qui caractérise le rétrécissement mitral des artério-scléreux, c'est l'absence des signes physiques. Le souffle est extrêmement rare, et cela se comprend quand on sait que chez ces malades la tachycardie est la règle. Le roulement présystolique se confond souvent avec le bruit de galop de la néphrite interstitielle concomitante, surtout lorsque ce bruit n'est pas médio-systolique et qu'il se rapproche beaucoup de la systole. Le dédoublement fait souvent défaut, puisque, dans le rétrécissement des artério-scléreux, la différence de tension aortique et pulmonaire tend à s'égaliser. Pour la même raison, le dédoublement du second bruit est exceptionnel chez ces malades.

Parmi les signes qui distinguent le rétrécissement mitral des artério-scléreux du rétrécissement ordinaire, on peut citer l'hypertrophie du ventricule gauche, le pouls serré, concentré, cordé, la dilatation de l'aorte, la terminaison par la cachexie artérielle.

Ce sont les signes fonctionnels qui jouent un rôle important dans le rétrécissement des artério-scléreux. Ce dernier est une affection dyspnéisante, et la dyspnée est d'origine toxique ou plutôt ptomaïnique. L'arhythmie cardiaque est fréquente et tient à la sclérose des coronaires ou est d'origine nerveuse. Les accidents d'angine de poitrine ne sont pas rares.

Valeur séméiologique de l'embryocardie.

M. Gillet (Paris). — Le rhythme fœtal n'est pas l'apanage d'une maladie cardiaque univoque : il ne trahit que l'état de faiblesse myocardique. Anatomiquement, il ne correspond pas à des lésions toujours identiques, ni même à des altérations profondes. Souvent les coupes pratiquées sur le cœur n'indiquent que des modifications infimes.

Les signes de la péricardite.

M. Josserand (Lyon). — On a coutume de dire, et avec raison, que dans le rhumatisme articulaire aigu, les localisations cardiaques demandent à être cherchées par un examen quotidien parce que ces localisations n'ont pas de symptômes, qu'elles n'ont que des signes : encore faut-il ajouter que ces signes sont le plus souvent tardifs, on pourrait dire posthumes. C'est ainsi que pour l'endocardite, par exemple, l'apparition du souffle ne fait que traduire l'existence d'une sclérose valvulaire déjà constituée et définitive ; et si le clinicien veut en saisir l'éclosion, ce n'est pas à constater l'apparition d'un souffle qu'il doit s'appliquer, mais simplement des altérations dans la force et dans le timbre des claquements valvulaires. — Dans la péricardite, le frottement est aussi en retard sur l'évolution anatomique, et Stokes convient qu'il n'existe pas de séméiologie de la première heure. Il existe pourtant, selon moi, un signe précoce qui fait le sujet de ma communication.

Lorsque, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, on ausculte la base du cœur comparativement au foyer des bruits aortiques et au foyer des bruits de l'artère pulmonaire, il arrive quelquefois qu'on trouve à ce dernier foyer le 2e temps beaucoup plus intense, plus éclatant, comme langoureux ; c'est l'inverse de ce qu'on constate dans l'aortite chronique, où le bruit est plus éclatant à droite du sternum qu'à gauche. Quelquefois même cette différence est appréciable à la main, qui constate une exagération du choc diastolique des sigmoïdes pulmonaires. L'existence de ce signe doit faire chercher attentivement un frottement qu'on découvre souvent, alors qu'une auscultation superficielle l'aurait laissé échapper : on peut même en prédire l'apparition dans un délai plus ou moins rapproché.

Cet éclat du second temps est non seulement précoce, mais il est encore transitoire ; il précède de un à trois jours le frottement, mais il disparaît, sauf quelques exceptions, assez vite,

et celui-ci le remplace. C'est un signe lié à la période initiale, congestive, comme le râle crépitant dans la pneumonie : le frottement au contraire survit à la fièvre et peut être entendu plusieurs semaines après la défervescence.

La pathogénie de ce signe est vraisemblablement la suivante :

Dans la péricardite aiguë, c'est le long du bord gauche du sternum et au-dessus de la pointe que le frottement a son siège d'élection; il est probable que le myocarde sous-jacent, qui est voisin de l'infundibulum de l'artère pulmonaire, est lui aussi congestionné, turgescent, et que ce myocarde densifié et recouvert en outre de dépôts fibrineux péricardiques, amplifie les bruits sigmoïdiens qui l'avoisinent.

De même, par exemple, qu'il y a dans la pleurésie aiguë un moignon pulmonaire congestionné qui transmet les bruits glottiques plus ou moins modifiés pour réaliser ce souffle et l'égophonie, de même il y a dans la péricardite aiguë un moignon cardiaque congestionné qui transmet à l'oreille et à la main les bruits sigmoïdiens amplifiés.

L'importance de ce signe a trait au diagnostic et au traitement. Dans les cas litigieux où on hésite entre un frottement d'une part et un souffle anévrique ou extra-cardiaque de l'autre, il permet de décider dans le sens du frottement. Il y a plus : le péricarde peut fort bien n'être pas seul intéressé, l'endo-péricardite n'est pas rare, et on sait que l'endocardite n'a guère de séméiologie de la première heure. On peut donc généraliser la signification de l'éclat diastolique; il indique que le cœur est frappé, avec des localisations et une intensité qu'il est difficile de préciser et qu'il faut instituer la médication révulsive précoce, sans attendre les renseignements plus tardifs du souffle et du frottement.

Circulation artérielle et double souffle crural.

M. Colrat (Lyon). — On sait que les uns attribuent le second souffle du phénomène de Durosiez à une ondée directe, les autres à une ondée rétrograde. En modifiant la circulation comme on le fait pour la recherche du double souffle et en prenant pendant ce temps le tracé de la pédieuse, on obtient des tracés assez démonstratifs :

1° Si l'on pratique le compression incomplète à l'anneau fémoral et si on vient à lâcher brusquement la compression, on voit qu'à ce moment le levier baisse, ce qui indiquerait que la tension diminue, c'est-à-dire qu'elle est plus faible dans la fémorale que dans la pédieuse; mais ce fait est dû au redressement de l'artère;

2° Si, pendant la marche du chariot, on comprime brusquement à la fin de la systole, on voit que la tension diminue lentement et non plus brusquement, ce qui indique que l'écoulement du sang par les capillaires est lent et progressif et ne saurait déterminer à lui seul la descente rapide du levier du sphygmographe. Il faut donc nécessairement que l'artère se vide par en haut, c'est-à-dire qu'il y a à la fin de la systole une ondée rétrograde.

Varices lymphatiques cutanées abdominales au cours des cirrhoses alcooliques.

M. Hanot (Paris) a observé deux cas de cirrhose atrophique qui présentaient un développement de varices lymphatiques abdominales.

L'autopsie n'a été pratiquée dans aucun de ces deux cas. Il s'agit donc ici d'une simple constatation que justifie seulement la rareté du fait.

M. Hanot n'a trouvé dans la science aucune autre observation de varices lymphatiques abdominales au cours de la cirrhose alcoolique. Il se serait arrêté à sa première idée qu'il s'était trouvé en présence d'une pure coïncidence, s'il n'avait observé un second fait semblable,

Dans les cas publiés, les varices abdominales résultent de la compression par une tumeur de gros troncs lymphatiques intra-abdominaux. *A priori*, elles peuvent s'expliquer par la compression ascitique.

Dans la première observation, les varices se sont rapidement aggravées après la ponction. Mais la compression ascitique ne suffit pas à les expliquer, puisqu'on ne les trouve pas dans tous les cas d'ascite. Ce n'est pas non plus une question d'abondance de l'épanchement, puisque chez notre malade il était de moyenne intensité. La pathogénie reste donc à établir.

Faut-il établir quelque rapport entre ces varices lymphatiques et les vergetures abdominales qui les accompagnaient? A première vue, M. Hanot le croit. D'ailleurs, il ne sait pas qu'on ait noté jusqu'ici des varices lymphatiques précédant ou suivant la formation des vergetures abdominales.

Sur une forme de pharyngite permettant de reconnaître le diabète de l'albuminurie.

M. Garel (Lyon). — On rencontre dans quelques cas des malades se plaignant d'une affection de la gorge fort légère en apparence. Les troubles fonctionnels consistent en une gêne, une sorte de tiraillement au niveau du cou. Les malades accusent de l'empâtement au fond de la gorge et un peu de difficulté dans les mouvements de déglutition. A l'examen de la gorge, on constate de la rougeur des piliers, du voile du palais et de la partie postérieure du pharynx. La muqueuse est non seulement rouge, mais encore tuméfiée. Elle est souvent recouverte d'une couche de mucus plus ou moins visqueux. Cet état particulier de la muqueuse réclame un examen immédiat des urines et, dans la grande majorité des cas, on trouvera du sucre ou de l'albumine.

En se basant seulement sur l'examen de la gorge, il est impossible de dire d'avance si l'on est en présence du diabète ou de l'albuminurie. La plupart de ces malades ne présentent, d'ailleurs, que des symptômes généraux insignifiants.

En 1882, Joal a attribué à la pharyngite sèche la même valeur séméiologique, mais il reconnaît que dans 7/8 des cas on ne trouve ni sucre ni albumine dans les urines. Dans la forme hyperhémique, au contraire, il est exceptionnel de trouver des urines normales. De plus, comme l'a dit Losé, l'angine sèche ne paraît être qu'un stade plus avancé de la pharyngite hyperhémique.

M. Garel a observé 21 cas de cette forme, 10 avec le diabète, 11 avec l'albuminurie. Dans 3 de ces cas, le sucre et l'albumine se succédaient alternativement.

Ictère grave au cours de la période secondaire de la syphilis.

MM. Roque et **Devic** (Lyon). — La syphilis hépatique de la période secondaire est à peine connue et si l'on consulte les auteurs on trouve que les accidents qu'ils ont notés au cours de la période secondaire se réduisent à une congestion avec hypertrophie du foie, quelquefois à un ictère léger. Or, MM. Roque et Devic ont observé, au cours de la période secondaire, un ictère grave qui s'est terminé rapidement par la mort.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, si ce n'est un ictère émotif il y a quinze ans. Elle a été infectée par son mari qui a contracté la syphilis le 23 octobre 1893 et est venu se soigner en janvier 1894 pour un chancre induré. Quinze jours après la femme consultait à son tour le médecin pour un chancre de la grande lèvre.

Tandis que la syphilis du mari fut bénigne, celle de la femme prit une allure sérieuse. En février elle eut la roséole, en mars la pléiade ganglionnaire. En juin, elle entra à l'hôpital pour un œdème des membres inférieurs, de l'ascite et une albuminurie. Sous l'influence du repos, la situation s'améliora un peu et la malade put quitter l'hôpital. Mais peu de temps après elle fut reprise des mêmes accidents, et lorsqu'en juillet elle rentra de nouveau à l'hôpital, on trouva, à l'examen des urines, tous les signes d'une insuffisance hépatique avec 5 grammes d'urée par litre. Deux jours plus tard apparurent tous les signes d'ictère grave, fièvre, hémorrhagies multiples, délire, ictère, etc., qui emportèrent rapidement la malade.

A l'autopsie on trouva une atrophie du foie qui ne pesait que 640 grammes et était à l'aise dans la capsule de Glisson. Le foie était mamelonné et paraissait à la coupe se composer de deux parties distinctes, une de couleur chair, l'autre jaune. Sous le microscope, on trouva les lésions de l'hépatite gommeuse.

M. Mayet (Lyon) a observé un jeune homme qui, trois mois après les accidents secondaires, fut pris d'ascite et succomba au bout de quelque temps. A l'autopsie on trouva une hépatite interstitielle.

Influence de l'hérédité morbide sur la croissance.

M. Springer. — L'hérédité est considérée à juste titre comme le facteur le plus important de la prédisposition mor-

bide. Ce fait est bien démontré par un grand nombre d'affections parmi lesquelles on doit citer les troubles nerveux, les affections syphilitiques et para-syphilitiques, la tuberculose, les gastropathies. L'apparition des symptômes spécifiques est fréquemment actionnée par les poussées de croissance qui accompagnent et suivent la puberté; mais d'autre part ces maladies par leurs conséquences dystrophiques ralentissent la croissance et entravent le développement, d'où résulte un amoindrissement physique des individus, des familles et des races.

Toutefois cet effet est évitable, et le clinicien pénétré de la valeur de la notion de l'hérédité peut dans une certaine mesure neutraliser. C'est là un fait qui ressort de l'examen des enfants que l'Assistance publique réunit à Montevrain.

Les garçons de 13 à 19 ans sont pour la plupart des Parisiens; ils sont puisés parmi les enfants assistés ou dans le même milieu social. Par leur origine, ces enfants réunissent toutes les tares héréditaires et acquises. Aussi est-on quelque peu surpris de constater chez eux, après quelques années de séjour à la colonie sanitaire, tous les caractères objectifs de la santé la plus florissante. Un grand nombre d'entre eux présentent bien les empreintes indélébiles de leurs maladies du premier âge, mais on ne rencontre dans leurs maladies aucun trouble fonctionnel et ils sont surtout intéressants par leur parfait développement général.

Comment ces résultats sont-ils obtenus? A l'aide d'un traitement méthodique et judicieusement appliqué. L'alimentation est l'objet d'une surveillance attentive et les substances considérées comme aliments de croissance y occupent une large place. La ventilation des logements est bien assurée. Sans négliger l'instruction générale, la plus grande partie du temps est employée à l'enseignement professionnel. Les exercices physiques en plein air jouent un rôle important. Grâce à l'entraînement progressif et modéré, on ne constate jamais les effets de l'intoxication et de l'auto-intoxication résultant du surmenage.

Il faut tenir compte en outre de l'hydrothérapie sous forme de bains de rivière pendant l'été.

Cet exemple montre comment des enfants destinés aux accidents pathologiques les plus graves peuvent jusqu'à un certain point éluder cet avenir et présenter les attributs de la force et de la résistance.

M. Mayet (Lyon) demande si M. Springer a établi des courbes de croissance. Sous ce rapport M. Lévy-Quetelet donne des courbes identiques, tandis que les auteurs italiens donnent des courbes variant d'un sujet à l'autre. Il faudrait donc savoir si le développement de la taille se fait d'après les lois de Lévy-Quetelet ou d'après celles de Pagliano.

M. Springer. — La taille varie suivant les individus, les familles et les races. Il faudrait sous ce rapport faire entrer en ligne de compte toutes les influences dystrophiques.

L'absorption de la graisse dans les sacs lymphatiques de la grenouille donnant lieu à des embolies graisseuses.

M. Prévost (Genève) fait des injections d'huile dans les sacs lymphatiques des grenouilles après avoir constaté que chez l'homme l'absorption de l'huile injectée sous la peau se fait par les espaces lymphatiques.

Il a constaté dans ces conditions qu'au bout d'un jour les poumons des grenouilles se remplissent d'huile qui s'accumule dans les capillaires. Les poumons prennent alors une consistance molle.

Les mêmes résultats sont obtenus quand l'injection est faite dans le péritoine. Que l'injection soit faite dans le sac lymphatique ou dans le péritoine, l'huile au bout de quelques jours abandonne les poumons et passe dans le système circulatoire général, phénomène qu'on peut constater en examinant les coupes des organes.

Quand à la place d'huile on injecte des substances émulsionnées, la généralisation de la pénétration se fait plus rapidement.

Pourquoi l'huile pénètre tout d'abord dans le poumon? Il faut admettre avec Sabatier que le mélange d'huile avec le sang ne se fait pas dans l'unique ventricule de la grenouille.

Les phénomènes physiologiques consécutifs à l'infiltration graisseuse sont presque nuls: les animaux les supportent fort bien. Mais lorsque l'infiltration est considérable, les animaux tombent dans la torpeur.

Tractions rhythmées de la langue.

M. Laborde (Paris). — La médecine, comme l'a dit Claude Bernard, sera expérimentale ou ne sera pas. Pour démontrer ce fait, on peut citer les tractions rythmées de la langue dont la pratique est essentiellement basée sur des phénomènes éminemment physiologiques. La méthode, comme on sait, est basée sur une excitation qui par l'intermédiaire des nerfs sensibles (fibres du glosso-pharyngien, lingual et laryngé supérieur) se transmet au bulbe, au centre respiratoire et se manifeste par une incitation motrice par l'intermédiaire du phrénique, qui remet en jeu les muscles de la respiration, le diaphragme en premier lieu.

M. Prévost (Genève) trouve que M. Laborde n'a pas insisté suffisamment sur ce fait que la traction de la langue facilite simplement l'entrée de l'air, en attirant en avant l'épiglotte comme dans le procédé qui consiste à projeter la mâchoire en avant.

M. Laborde soutient que la simple propulsion en avant de l'épiglotte n'a pas les mêmes effets que les tractions de la langue.

M. Soulier (Lyon) signale un procédé qui peut dans certains cas remplacer celui de Laborde. Il s'agit de verser de l'éther, une cuillerée à café environ, dans la bouche de l'individu pour provoquer une contraction réflexe des bronches aboutissant à l'expulsion des mucosités.

Dans un cas notamment où il s'agissait d'un individu frappé d'apoplexie cérébrale et dont les bronches étaient encombrées de mucosités, M. Soulier eut l'idée de verser de l'éther dans les bronches du malade. Il vit alors se produire un écoulement abondant de mucosités, et l'individu, dont la mort paraissait imminente, vécut encore 4 heures. Ce procédé peut donc être essayé dans certains cas d'œdème pulmonaire. Pour M. Soulier, le mécanisme de l'action de l'éther dans ces cas est le même que celui des tractions de la langue dans le procédé Laborde.

Quelques expériences relatives aux dangers de l'administration du chloroforme et de l'éther chez les sujets atteints de maladies du cœur et de maladies de l'appareil respiratoire.

M. Guinard (Lyon). — On admet que tout état pathologique du cœur et des poumons, prédispose à la syncope, sous la narcose. Tous les auteurs soutiennent que dans l'insuffisance mitrale et aortique, dans l'atonie du cœur, chez les bronchitiques on doit préférer le chloroforme à l'éther. Pour étudier ce point, M. Guinard a étudié sur 15 animaux atteints de vieille bronchite, d'emphysème pulmonaire, de pleurésie avec épanchement, d'insuffisance mitrale et de péricardite, de myocardite avec hypertrophie, les effets de l'administration de l'éther et du chloroforme. On a pu constater que dans les conditions où le premier de ces médicaments avait été très bien supporté, le second était très dangereux et pouvait tuer les animaux, souvent d'une manière foudroyante.

M. Guinard est donc amené à cette conclusion que les différences faites en faveur du chloroforme dans certaines affections du cœur ou de l'appareil respiratoire sont basées sur quelques inconvénients secondaires de l'anesthésie par l'éther plutôt que sur les dangers réels de cette anesthésie.

Du processus histologique d'envahissement des os plats par un cancer secondaire.

MM. Devic et **Paviot** (Lyon), d'après un cas de cancer du sein généralisé aux os du crâne, montrent que : la lésion réactionnelle provoquée à distance par un cancer épithélial envahissant un os plat est l'ostéite raréfiante.

A proprement parler, c'est une fonte des travées osseuses, toujours par le processus de la corrosion lacunaire, plus qu'une ostéite raréfiante, car la moelle osseuse devient plus fibreuse qu'embryonnaire. Et cette lésion se produit loin de tout élément cancéreux : en effet, même dans les points de l'os où les traînées cancéreuses filent dans les espaces médullaires, le tissu que l'on trouve au contact même des travées, qui les corrode ici et là les remplace, ce n'est pas les cellules cancéreuses, mais une moelle osseuse presque normale; enfin

dans certains points creusés en cupule par la généralisation cancéreuse, les éléments néoplasiques ne se rencontrent pas dans le diploé raréfié au maximum, mais seulement à la face profonde du périoste.

Les auteurs rappellent que MM. Ranvier et Cornil avaient fait semblable constatation pour le cancer secondaire des os longs en 1866, que M. Léon Tripier dans sa thèse inaugurale de 1867 montre le même processus histologique pour les os courts.

Ce processus de raréfaction à distance des travées osseuses par le cancer secondaire est donc absolument général, il précède l'élément épithélial, lui faisant pour ainsi dire sa voie.

De la cataphorèse électrique thérapeutique.

M. Destot (Lyon). — La cataphorèse électrique est en somme un mode d'absorption nouveau qui permet d'introduire lentement et progressivement des médicaments à travers la peau et d'agir, au maximum, au point d'absorption que l'on arrive facilement à limiter au moyen de bains électriques. Il ne s'agit pas d'une électrolyse, puisque l'absorption a lieu seulement au pôle positif.

Il faut tenir compte de ses deux facteurs, le courant continu et les modifications physiologiques qu'il produit, fait constant, et d'autre part de l'agent thérapeutique qui est variable.

Dans les maladies à troubles nerveux, l'électricité à haute tension a le rôle prépondérant; dans les maladies à ralentissement de la nutrition, c'est elle qui réveille les fonctions endormies en provoquant des oxydations et des combinaisons chimiques beaucoup plus actives; c'est pourquoi son rôle dans les rhumatismes aigu, subaigu et chronique, est surtout important.

Dans la goutte, les actions de la lithine et du courant sont combinées; si le courant provoque un afflux sanguin plus considérable avec les modifications chimiques qu'il entraîne, le lithium agit par contre sur les concrétions tophacées. Dans les anémies et dans la tuberculose, l'électricité n'est plus que le véhicule du médicament.

Statistique de trachéotomie pour diphthérie laryngée.

MM. André Moussous et **Rocaz** (Bordeaux). — Au moment où une ère thérapeutique nouvelle va s'ouvrir pour le traitement de la diphthérie, il est bon d'indiquer les résultats qui ont pu être obtenus en dehors de la sérumthérapie : M. Moussous a surtout visé la broncho-pneumonie succédant à la trachéotomie; il a essayé de la combattre et surtout de la prévenir. Les moyens mis en œuvre ont été les suivants :

Isolement de tous les cas de broncho-pneumonie survenant chez des diphthéritiques opérés ou non opérés. Agglomération des malades soigneusement évitée. Séjour de quelques jours seulement dans la même pièce; celle-ci est ensuite désinfectée et aérée avant de recevoir de nouveaux malades. La trachéotomie pratiquée, la cravate de gaze placée en avant de la canule est imbibée du liquide suivant :

Essence de cannelle de Ceylan......	6	grammes.
Alcool à 85°......................	50	—
Glycérine neutre..................	60	—

La composition du liquide a été établie par M. Rocaz, interne du service. Ce liquide semble devoir être préféré à la créosote dont les vapeurs sont moins antiseptiques et plus irritantes que celles de l'essence de cannelle.

Depuis deux ans, 106 enfants opérés ont été soignés de la sorte; 68 ont guéri, soit un succès de 64,15 0/0.

L'opération n'est jamais faite d'une façon hâtive, mais seulement lorsque l'asphyxie est menaçante. L'examen bactériologique a été pratiqué chez 30 opérés pris au hasard. On a toujours constaté la nature diphthéritique du croup, soit diphthérie pure 46 0/0, soit diphthérie associée aux staphylocoques ou aux streptocoques, 54 0/0.

Traitement de la paralysie diphthéritique des muscles de la déglutition.

M. Boisson. — Dans la paralysie diphthéritique des muscles de la déglutition, le passage dans les voies aériennes des matières ingérées et des mucosités nasales ou buccales entraîne souvent des accidents redoutables.

Chez l'adulte, on peut éviter ce danger par l'alimentation à l'aide de la sonde œsophagienne; chez l'enfant, on rencontre souvent une résistance invincible au passage de l'instrument.

Nous avons été aux prises avec ces difficultés chez un enfant qui présentait une paralysie diphthéritique des muscles du pharynx et de l'isthme du gosier.

Nous eûmes l'idée de recourir au procédé mis en œuvre par le professeur Verneuil pour éviter, pendant le sommeil anesthésique, le reflux dans le larynx des matières vomies et des mucosités, c'est-à-dire de placer la tête du malade dans une position déclive. Ce résultat fut obtenu par une inclinaison du lit analogue à celle employée par les chirurgiens dans le traitement des fractures du fémur par l'extension continue. La tête était amenée à environ 25 centimètres au-dessous du niveau des extrémités inférieures.

Nous obtînmes un plein succès : les aliments et les mucosités suivaient le fond de la gouttière pharyngienne et pénétraient sans erreur de destination dans l'œsophage, dont l'orifice supérieur se trouvait, du fait de la position du malade, bien en contre-bas de l'ouverture du larynx. Après une douzaine de jours, le malade fut remis dans une position normale et sa guérison assurée.

Classification des chorées arythmiques.

M. Lannois divise les chorées arythmiques en trois groupes principaux : 1° *La chorée de Sydenham proprement dite*, avec ses diverses variétés bien connues : *a.* chorée vulgaire; *b.* chorée paralytique ou molle, où prédominent les symptômes paralytiques; *c.* chorée de la grossesse, caractérisée par une particularité étiologique; *d.* chorée des vieillards, dont quelques cas ont été publiés, mais qui doit être fort rare.

2° *Les chorées chroniques progressives* avec deux variétés : *a.* chorée héréditaire, la plus intéressante, où l'hérédité similaire joue un rôle prépondérant, où la marche est fatalement progressive et les symptômes psychiques souvent très accusés; *b.* chorée chronique progressive sans hérédité, dont on a signalé un certain nombre de cas probants. Le trait commun de ces deux groupes, c'est de n'avoir pas de lésions macroscopiques grossières, mais seulement des lésions histologiques très faibles, passagères dans un cas, permanentes dans l'autre. C'est ce qui les distingue du troisième groupe où il y a des altérations évidentes et qui constituent :

3° *Les chorées symptomatiques* avec trois variétés : *a.* l'hémichorée et l'hémiathétose symptomatiques, trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister; *b.* les chorées symptomatiques généralisées, qui ne sont qu'une forme plus étendue de la précédente variété et peuvent, comme elle, s'observer dans les lésions de la capsule, des noyaux centraux ou de l'écorce, dans la paralysie générale, les traumatismes crâniens, les hématomes et les tumeurs multiples de la dure-mère, etc.; *c.* la chorée congénitale et l'athétose double, qu'on ne peut séparer l'une de l'autre, qui s'accompagnent fréquemment de rigidité spasmodique et doivent être considérées comme un phénomène surajouté à la symptomatologie des diplégies cérébrales.

Traitement de la fièvre typhoïde par le bain froid et le gaïacol.

M. Glénard (Vichy) croit que le temps est passé où il fallait défendre la balnéation froide et lutter pour elle. Sa cause est gagnée actuellement partout, au moins dans les hôpitaux, et il serait à désirer, pour l'instruction des élèves, que dans les hôpitaux il y eût une salle d'isolement ou un pavillon spécial pour le traitement des pyrexies par l'eau froide.

Dans la clientèle privée, la balnéation froide rencontre moins de résistance et est plus facile à réaliser qu'on ne le croit généralement. L'eau de la baignoire peut n'être changée que lorsqu'elle est souillée, sa température peut être celle de la chambre, et le malade, s'il est baigné assez tôt, peut aller et venir lui-même de sa baignoire au lit.

M. Chambard Hénon (Lyon) a pu appliquer la balnéation froide chez 21 typhiques qu'il a eu à soigner en ville et qui appartenaient tous à la classe ouvrière. Sur ces 21 typhiques, un seul a succombé.

M. Montagnon (Saint-Etienne), quand la balnéation froide est impossible ou contre-indiquée, emploie avec succès le gaïacol en badigeonnages. Chaque fois que la température

s'élève, il prescrit un badigeonnage de 0.50 centigr. dans la région inguinale. La température s'abaisse et en même temps la diurèse augmente. M. Montagnon a eu rarement à dépasser la dose de 2 gr. 50 par jour. Les résultats de ce traitement sont très satisfaisants.

M. Lacroix, qui a eu aussi l'occasion de se servir de badigeonnages de gaïacol chez les typhiques, se déclare très satisfait de ce traitement qui abaisse très notablement la température.

Le méningisme.

M. E. Dupré (Paris) désigne sous le nom de méningisme l'ensemble des symptômes éveillés par la souffrance des zones méningo-corticales et indépendants de toute altération anatomo-pathologique durable.

Les éléments du méningisme, plus caractéristiques par leur association, leur ordre de succession et leur enchaînement que par leur nature même, sont les signes d'excitation généralisée et localisée, de dépression de l'écorce cérébrale auxquels s'ajoutent la céphalalgie, les vomissements, la constipation et les troubles thermiques.

Les recherches récentes d'Auscher, de Bergé, de Claisse ont apporté la démonstration anatomique et bactériologique de la réalité du méningisme en montrant l'absence de toute lésion locale des méninges chez des enfants qui au cours des maladies infectieuses ont succombé avec le syndrome classique de la méningite.

Le méningisme s'observe principalement chez les enfants et les jeunes femmes. Les causes qui le provoquent chez les prédisposés sont d'ordre réflexe, infectieux ou toxique. Parmi les causes réflexes, figurent l'helminthiase, la dentition difficile, la coprostase, etc. Parmi les causes infectieuses, on peut citer la pneumonie, les fièvres éruptives, le rhumatisme articulaire aigu, etc. Entre les causes toxiques, il faut retenir l'alcool, l'atropine, la santonine, etc.

Une autre cause du méningisme est l'hystérie qui peut simuler le tableau clinique complet de la méningite.

Les formes cliniques du méningisme varient dans une certaine mesure avec l'étiologie des accidents cérébraux, et, sous ce rapport, on peut distinguer le méningisme vermineux, pneumonique, urémique, etc.

Le diagnostic du méningisme se fera par l'examen du malade, l'étude des conditions dans lesquelles les symptômes se sont développés, l'irrégularité et la bizarrerie des symptomes, l'efficacité du traitement. Le pronostic n'est pas très grave, et le traitement du syndrome reste symptomatique.

Un cas de béribéri.

MM. Mossé et **Destarac** (Toulouse) ont observé un cas de béribéri chez un homme de 33 ans, ancien paludéen. Le cas appartenait à la forme mixte, hydropique et paralytique.

L'affection s'est manifestée pendant le séjour du malade au Sénégal, d'abord par des troubles parétiques et paralytiques bientôt suivis de cécité complète. Quand le malade est revenu en France, on a pu suivre chez lui l'évolution d'une double névrite optique avec scotome central. L'analyse des urines poursuivie pendant plus de deux mois, a révélé une diminution constante de l'urée et une diminution presque parallèle des autres éléments constitutifs de l'urine. L'examen du sang a décelé une diminution des globules rouges suivie après d'une augmentation progressive. L'étude de l'état des muscles a montré, dans plusieurs d'entre eux, une réaction de dégénérescence partielle.

D'après MM. Mossé et Destarac, le béribéri serait une affection infectieuse et contagieuse, produite très probablement par un microbe pathogène non encore déterminé. Une intoxication succéderait à l'infection et porterait ses effets plus spécialement sur le système nerveux central et périphérique.

Myélite ascendante infectieuse.

MM. Orcel et **Stourme** (Lyon). — Il s'agit d'un homme de 60 ans, prostatique et rétréci, chez lequel il a fallu pratiquer, en novembre 1893, une uréthrotomie externe devenue nécessaire par la marche progressive du rétrécissement et la présence d'un abcès urineux. Le malade paraissait complètement guéri, quand, deux mois après l'opération, il fut brusquement pris, à la suite d'un cathétérisme, de fièvre et commença à avoir des douleurs et des troubles spasmodiques dans les membres suivis d'une impotence fonctionnelle totale et des troubles de la sensibilité. Les troubles parurent ensuite au tronc en entraînant de la gêne des mouvements respiratoires, une paralysie des membres supérieurs et la formation d'une eschare au sacrum.

Sous l'influence des lavages antiseptiques de la vessie et d'une révulsion sur la colonne vertébrale, les troubles rétrocédèrent et le malade finit par guérir.

Dans ce cas, la lésion urinaire a été le point de départ d'une infection de la moelle épinière.

Pathologie des plexus sympathiques viscéraux.

M. Bard (Lyon). — Il existe peu de renseignements sur la pathologie des plexus sympathiques viscéraux, même dans les traités récents, et l'anatomie pathologique est à peu près muette sur cette question en raison des difficultés d'étude qu'elle présente ; toutefois la physiologie et la clinique peuvent permettre d'aborder ce chapitre même sans le secours de l'anatomie pathologique.

Il y a d'abord une opposition à faire entre les troubles produits par les lésions des organes dépendant de chaque plexus et ceux qui proviennent directement de ce plexus : c'est ainsi qu'il y a des cas de diabète avec lésion du pancréas et d'autres cas qui se comportent exactement comme les premiers sans lésions de la glande pancréatique ; ceux-ci proviennent des lésions du plexus.

Toute altération du plexus d'un organe pouvant se traduire par un ensemble de symptômes semblables à ceux qui sont dus aux altérations de cet organe, il y a donc là un diagnostic différentiel à établir. J'ajouterai que les lésions du plexus donnent lieu à des syndromes et non à des maladies ; ainsi je crois que le goître exophthalmique n'est qu'un syndrome résultant d'une lésion du plexus thyroïdien. Chaque plexus considéré isolément peut présenter soit des névroses, soit des congestions, soit enfin des névrites qui produiront les formes graves, et il me semble qu'il y a là tout un champ d'études susceptible de fournir des résultats extrêmement intéressants.

Spasmes fonctionnels du cou.

M. Pauly (Lyon) a observé trois cas de spasme fonctionnel du cou. Dans l'un il s'agissait d'un spasme du sterno-mastoïdien et du trapèze gauches chez un malade atteint d'une hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde.

Le second cas se rapporte à une malade atteinte d'un goître volumineux. Depuis 10 mois elle présentait un spasme intermittent du sterno-mastoïdien et du trapèze droits.

Le troisième malade était un neurasthénque atteint de spasme des mêmes muscles et qui pouvait facilement faire cesser son spasme par la simple apposition d'un doigt sur le menton.

Dans ce dernier cas il s'agissait donc d'un torticolis mental (Brissaud) ; chez les deux autres la présence d'un goître doit faire penser qu'il s'agissait probablement d'une compression des fibres du pneumo-gastrique contenues dans le récurrent et que cette compression était le point de départ d'un réflexe dont la voie centrifuge était le spinal.

(*A suivre.*) R. Romme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 *novembre* 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Tractions rhythmées de la langue.

M. Ch- Périer signale un nouveau fait de rappel à la vie par les tractions rhythmées de la langue chez un enfant qui, au cours d'une opération de spina bifida lombaire avec anesthésie chloroformique, cessa tout à coup de respirer. Des pressions alternatives sur le thorax et l'abdomen n'ayant eu aucun résultat, on pratiqua des tractions de la langue et quelques secondes après la respiration se rétablit.

Première application du mensurateur levier préhenseur Farabeuf.

M. Pinard. — Je me fais un devoir de ne pas tarder à annoncer à l'Académie que la nuit dernière, à la clinique Baudelocque, a été posée une nouvelle pierre à l'édifice de l'*Obstétrique positive pratique* que mes collaborateurs Varnier, Wallich et moi nous efforçons d'élever sur les plans et avec les moyens d'exécution que nous fournit notre maître, M. Farabeuf et que la *Gazette hebdomadaire* a répandus à des milliers d'exemplaires. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire. Un premier enfant bien développé était né spontanément.

Néanmoins, la tête du second, plus gros, était retenue au-dessus du détroit supérieur depuis six heures.

Je vérifiai que du sous-pubis à la suture sagittale il y avait un peu plus de 7 centimètres et du plancher osseux coccy-sacré au pôle descendant trois grands travers de doigt. La tête était donc inclinée sur le pariétal antérieur (inclinaison de Naegolé).

Ayant reçu et stérilisé le mensurateur levier préhenseur que j'avais envoyé chercher au laboratoire de mon collègue qui se tient à la disposition des accoucheurs français et étrangers de passage à Paris, je commençai l'application : sept minutes après, l'enfant criait.

Le cas s'est trouvé trop facile pour que j'en dise un mot de plus. C'est assez qu'il soit enregistré dans les bulletins de l'Académie pour attirer l'attention.

M. Charpentier donne lecture du rapport général sur les travaux envoyés pour le concours du prix de la commission de l'hygiène de l'enfance en 1894.

M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur un mémoire de M. le **Dr Maurel** (de Toulouse), concernant la pathogénie des inflammations mercurielles des muqueuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 *octobre* 1894.

Présidence de M. Lucas-Championnière.

Adhérences péri-stomacales.

M. Terrier communique une observation analogue à celle qu'il a déjà publiée (voyez *Mercredi*, 1894, p. 655). Une femme de 58 ans, chez laquelle des accidents gastriques duraient depuis dix ans, avec des accalmies, entra à l'hôpital Bichat en mai dernier, pesant 40 kilog. et très cachectique. Par le régime lacté elle s'améliora un peu, mais continua à maigrir. M. Terrier fit donc la laparotomie, libéra des adhérences qui entouraient l'estomac, et depuis six à sept mois la malade se porte très bien. M. Terrier cite une observation analogue de Landerer. Dans un mémoire récent, Riedel (d'Iéna) a étudié les adhérences intra-abdominales en général, mais on n'y trouve pas de faits relatifs à l'estomac.

M. Bazy, à ce propos, parle de troubles gastriques graves que peuvent causer les adhérences épiploïques. Il a vu les fonctions gastriques, jusque-là très troublées, se rétablir et le sujet renaître après opération d'une hernie étranglée avec adhérence de l'épiploon au fond du sac dans un cas, après ablation d'un kyste de l'ovaire adhérent à l'épiploon dans l'autre cas.

M. Championnière a vu un malade semblable à ceux dont a parlé M. Terrier. C'était un homme qui depuis 12 ans avait traîné sa maladie de capitale en capitale. Il mangeait avec appétit, mais, une heure après le repas, était pris de douleurs qui peu à peu devenaient atroces, et il était ainsi devenu morphinomane. Après laparotomie, des adhérences furent sculptées autour de l'estomac, et la guérison fut rapide. L'origine était peut-être un abcès du foie autrefois ouvert dans l'intestin.

Résection du cæcum.

M. Richelot résume une observation de M. Hartmann, relative à une femme de 32 ans qui souffrait du cæcum depuis un an ; elle guérit d'une résection de l'angle iléo-cæcal avec entérorrhaphie circulaire complète ; l'examen histologique n'a révélé dans la pièce que des lésions d'inflammation chronique. Après avoir félicité M. Hartmann d'avoir opéré sans outillage spécial et compliqué, M. Richelot revient sur la question de résection du cæcum, aujourd'hui bien connue après les thèses de Benoît, de Baillet. Il pense que l'avenir est à la suture circulaire complète et non pas à l'anus contre nature, et il est probable que le bouton de Murphy, grâce auquel disparaissent les difficultés dues à l'inégalité de calibre constituera un grand progrès. Après des expériences sur le chien, on a reproché à ce bouton de ne pouvoir pas franchir l'intestin : les faits cliniques où il a été éliminé sans encombre sont suffisants pour qu'il soit permis de ne pas pousser si loin l'amour du millimètre. D'ailleurs ici, il n'a pas à passer que dans le gros intestin. En somme, la résection iléo-cæcale est une opération facile.

M. Championnière s'élève contre cette dernière assertion. La différence de calibre des deux bouts cause de grands ennuis, et il est probable que le bouton de Murphy serait très difficile à appliquer.

M. Th. Anger donne à ce propos des nouvelles d'un malade qu'il a opéré d'un cancer du cæcum et qui est actuellement en récidive.

M. Zancarol (Alexandrie) communique deux cas d'entérorrhaphie latérale pour anus contre nature.

M. Delorme montre un malade auquel il a fait une suture musculaire pour rupture du moyen adducteur. Suppuration, élimination des fils, récidive partielle.

M. Delorme montre un homme chez lequel il a obtenu un bon résultat par l'ostéotomie pour une fracture de jambe vicieusement consolidée.

M. Routier présente un malade guéri d'une occlusion intestinale par bride.

M. Broca fait voir une volumineuse tumeur mixte sacrococcygienne congénitale qu'il a enlevée le matin même à un enfant de deux mois. La tumeur, après évacuation de plusieurs kystes, pesait 530 grammes.

M. Villar lit une note sur la gastrostomie par le procédé de Franck (de Vienne).

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 *novembre* 1894.

Présidence de M. Hayem.

Sur les érythèmes infectieux.

M. Le Gendre. — Je ne puis me rallier à l'opinion de M. Siredey, quand il dit que la plupart des érythèmes infectieux peuvent être rapportés à l'ingestion des médicaments. Les cas que j'ai observés vont justement à l'encontre de cette manière de voir; les malades atteints d'érythème scarlatiniforme que j'ai vus n'avaient été soumis à aucune thérapeutique, et principalement à l'ingestion des mercuriaux. Je crois qu'il vaut mieux croire à l'influence des toxines infectieuses.

M. Siredey. — J'ai simplement dit : « *la grande majorité* des érythèmes infectieux sont d'origine médicamenteuse et je n'ai pas dit *tous* les érythèmes ». De plus, je crois que toutes les substances peuvent donner des éruptions, même le benzo-naphtol. L'opium et tous les alcaloïdes peuvent agir de même... Mais il faut ajouter que les malades qui présentent ces éruptions sont spéciaux, en ce sens qu'il leur suffit d'une très minime quantité de médicaments pour qu'ils voient survenir une éruption. Il y a là une question de thérapeutique intéressante.

M. Rendu. — Je crois que bien souvent l'état du rein doit être surveillé de près. Il me souvient d'un fait qui, à cet égard, mérite d'être rappelé. Il s'agit d'un homme qui semblait atteint de pyélite; je lui prescrivis de la térébenthine à doses faibles. Deux ou trois jours après, ce malade était pris d'une éruption scarlatiniforme, il tomba dans le coma et mourut.

On s'aperçut à l'autopsie qu'il s'agissait d'un rein kystique, fonctionnant mal.

M. Burlureaux. — Je dois faire remarquer, à propos de

ces faits, que les injections de sérum antitoxique dans la diphthérie peuvent donner lieu à des éruptions semblables. Je viens d'observer, chez un petit malade traité par la nouvelle méthode, une éruption scarlatiniforme très intense, dont le point maximum était au niveau de la piqûre.

M. Siredey. — M. Burlureaux et M. Le Gendre ont très heureusement fait allusion aux érythèmes consécutifs et aux injections du sérum antidiphthéritique de Roux. Ce sérum agit à la façon des agents médicamenteux dont j'ai déjà parlé. L'éruption ne débute quelquefois qu'un temps assez long après l'injection de 8, 10 jours, et même davantage comme vient de le dire M. Le Gendre. Or, dans certains cas d'éruption médicamenteuse l'érythème n'est survenu que 10 ou 12 jours après l'usage interne ou externe du médicament et c'est une difficulté de plus, dans le diagnostic étiologique.

M. Burlureaux a vu l'éruption apparaître d'abord au siège de l'injection, c'est une circonstance qui facilite assurément le diagnostic lorsqu'il s'agit d'applications médicamenteuses externes. Cependant on aurait tort de compter sur elle, car elle manque non seulement quand l'érythème relève d'une substance absorbée par la voie gastrique ou intestinale, mais bien souvent même lorsqu'il s'agit d'applications faites à la surface de la peau, l'éruption peut s'étendre indéfiniment et quelquefois débuter loin du point d'origine.

M. Hayem. — Il y a quelques contradictions apparentes qui peuvent s'expliquer. Ce qui semble de plus net, c'est que ces éruptions paraissent être en rapport avec des substances toxiques produites en dehors de l'organisme lui-même. Il y a des cas bien nets où l'éruption s'est produite en dehors de toute ingestion ou application médicamenteuse.

D'autre part, il y a un fait intéressant, c'est de voir que, quelle que soit la nature du médicament absorbé ou appliqué sur la peau, l'éruption est souvent identiquement pareille.

J'ai décrit, dans certaines formes de gastrite, sous le nom de gastrite médicamenteuse, des altérations de l'estomac capables de permettre des absorptions de poisons propres à produire les éruptions en question. Je me demande donc si c'est bien le médicament lui-même qui détermine l'érythème ou s'il ne provoque pas plutôt une gastrite médicamenteuse par l'intermédiaire de laquelle les éruptions apparaissent. Ce n'est d'ailleurs qu'une simple hypothèse que je propose et qui demande de plus longues observations pour être confirmée.

M. Siredey. — L'explication proposée par M. Hayem est assurément très séduisante, mais elle ne s'applique qu'aux cas où le médicament est digéré, exerce une action irritative sur les voies digestives, mais comment interprétera-t-on les érythèmes qui succèdent à l'application externe de médicaments? Chez le malade dont j'ai relaté longuement l'observation, il suffisait d'un simple lotion pratiquée à la surface de la peau pour provoquer l'apparition d'une vaste plaque d'érythème. Et des frictions faites avec de l'eau ou avec des solutions d'acide phénique à 1/20 restaient sans résultat.

M. Hayem. — Les applications externes dont parle M. Siredey ne rentrent pas tout à fait dans le même ordre de faits. Les éruptions qui apparaissent alors demandent certainement une explication autre que celle que j'ai proposée. L'action du système nerveux peut alors être invoquée, les phénomènes vaso-moteurs jouent leur rôle et l'on peut voir des sujets qui, sous l'influence d'une excitation cutanée quelconque, douche, application froide, etc., présentent des éruptions analogues à celles qui ont été décrites.

M. Comby lit une observation de morphinomanie guérie à l'hôpital par la méthode rapide.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 *octobre* 1894.

Rougeurs et bouffées de chaleur.

M. Féré soutient que les rougeurs qui surviennent sous l'influence des émotions doivent être séparées des bouffées de chaleur que l'on observe dans les désordres viscéraux, les premières étant produites par un réflexe cérébral, les secondes par un réflexe spinal.

M. Mathias-Duval n'admet pas cette distinction et cite son propre exemple : il lui suffit d'évoquer le souvenir d'un fait qui lui a causé une grande contrariété pour être immédiatement pris de bouffées de chaleur.

Balnéation des membres.

M. Leredde signale un procédé thérapeutique qui peut rendre des services dans certains états pathologiques, notamment dans les insomnies tenant à des congestions viscérales : la balnéation chaude prolongée des membres.

La technique de cette balnéation consiste à immerger dans un bassin les membres inférieurs jusqu'aux genoux et les membres supérieurs jusqu'à mi-bras. La température de l'eau est élevée de 33° à 46 et 48° ; la durée du bain est de une heure.

Cette balnéation provoque une congestion des membres, un afflux du sang vers la périphérie d'autant plus considérable que la température est plus élevée. On produit donc ainsi une déplétion des viscères, une sorte de saignée passagère.

Cette médication rendra donc des services dans tous les cas de congestion active ou passive des viscères avec ou sans hémorrhagie. Dans les affections non organiques du système nerveux accompagnées d'insomnie, elle procure un sommeil paisible. Elle est contre-indiquée chez les malades atteints d'affections cardio-vasculaires ayant présenté, à un moment donné, des syncopes.

MM. Bosc et **Mairet** (Montpellier) présentent une note sur la *séparation chimique des matières coagulatrices et des matières toxiques du sérum.*

MM. Coutan et **Oechsner de Conink** envoient une note sur un cas de surmenage intellectuel étudié au point de vue clinique et chimique.

M. Onimus expose un nouveau *procédé de dialyse.*

Séance du 27 *octobre* 1894.

Pathogénie du diabète.

M. Kaufmann, pour lequel, comme on sait, les actions nerveuses à effets hyperglycémiques exercent simultanément une influence excitatrice sur le foie et inhibitrice sur le pancréas, a fait une nouvelle série d'expériences qui lui ont montré que chez les chiens dont le foie est complètement énervé on peut produire le diabète par la piqûre du bulbe. Dans ce cas, le diabète est produit par l'inhibition du pancréas consécutivement à l'action nerveuse.

Envahissement de l'organisme par les microbes avant et après la mort.

MM. Achard et **Phulpin** ont étudié chez 49 sujets l'envahissement de l'organisme par des micro-organismes pendant l'agonie et après la mort, en examinant le suc hépatique des malades et le sang recueilli dans une veine de l'avant-bras sur le vivant et dans le cœur sur le cadavre.

Dans 6 cas on a pu constater l'infection du sang pendant la vie. Il s'agissait, dans tous ces cas, d'individus atteints de septicémie. Les micro-organismes trouvés étaient des streptocoques et des staphylocoques. Huit fois le sang était stérile, mais le foie renfermait des staphylocoques et des streptocoques. Or, dans ces cas, l'infection hépatique ne semblait pas avoir été la cause de la mort. L'infection hépatique était donc un phénomène agonique.

Dans 24 cas, on ne trouva pas de microbes pendant la vie, mais l'examen des viscères après la mort donna des résultats positifs. Enfin, dans 11 cas, on ne trouva des résultats positifs qu'à l'autopsie faite 24 à 27 heures après la mort.

L'envahissement agonique est donc rare. L'envahissement cadavérique est favorisé par la température extérieure élevée, l'existence d'un foyer de putréfaction, les lésions hémorrhagiques du bulbe et du cerveau. Le foie est ordinairement envahi avant le cœur, la rate avant le foie. Ce sont les staphylocoques qui envahissent le plus facilement les organes.

M. Laguesse fait une communication sur la structure du pancréas.

M. Ackermann lit une note sur les variations quotidiennes de la créatinine.

Séance du 3 novembre 1894.

Ictère grave hyperthermique à staphylocoques.

M. Hanot a publié il y a quelque temps un cas d'ictère grave avec hypothermie, où l'examen du sang et du suc pancréatique pratiqué pendant la vie montra la présence des coli-bacilles. Récemment il a eu l'occasion de faire le même examen dans un autre cas d'ictère grave caractérisé par une hyperthermie considérable. Dans ce cas l'examen du sang pris à l'avant-bras, fait 3 jours avant la mort et les jours suivants, permit de constater la présence de staphylocoques; l'examen du suc hépatique pris par piqûre du foie, montra la présence de staphylocoques et de streptocoques. L'examen d'une parcelle de foie prise une demi-heure après la mort montra également la présence des staphylocoques seuls. Enfin l'examen microbiologique du foie fait à l'autopsie vingt heures après la mort, permit de constater la présence, dans l'organe, de staphylocoques et de saprophytes. Il n'y avait pas de coli-bacilles.

L'examen histologique du foie fit voir une cirrhose avec altérations classiques des cellules.

Sans vouloir tirer de ce fait des conclusions générales, M. Hanot fait observer que dans son premier cas d'ictère grave avec hypothermie, il s'agissait d'une infection à coli-bacilles, tandis que, dans le second cas d'ictère avec hyperthermie, l'examen révéla la présence de staphylocoques.

La fièvre dans la blennorrhagie aiguë.

M. Trékaki (Alexandrie) attire l'attention sur un fait encore peu connu : l'existence d'une fièvre au début de la blennorrhagie. Sur 50 individus qu'il a examinés sous ce rapport, la fièvre existait dans 60 0/0 des cas. Elle oscille ordinairement entre 38 et 39°, présente des exacerbations vespérales de 0,3 à 1°, et dépasse rarement 40°. Elle dure plusieurs jours, s'abaisse quand l'uréthrite s'améliore et s'élève chaque fois quand l'état local s'aggrave.

M. Féré présente des préparations d'embryon sur lesquelles on voit des dilatations vasculaires, véritables anévrysmes.

M. Malassez présente une nouvelle seringue en verre entièrement stérilisable.

M. Laborde donne lecture du discours qu'il a prononcé, comme délégué de la Société de biologie, à l'inauguration de la statue de Claude Bernard, à Lyon.

R. Romme.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 26 octobre 1894.

Sarcome fébrile généralisé.

M. Schwab montre les viscères d'une femme morte à l'âge de 66 ans dans le service de M. Dreyfus-Brisac. Elle présente d'abord une tumeur sarcomateuse de l'avant-bras gauche ; puis différents symptômes (paralysie du nerf facial et du moteur oculaire commun, crachats hémoptoïques) indiquèrent la généralisation de la néoplasie. L'autopsie montra des noyaux sarcomateux dans tous les viscères. Un d'eux comprimait le moteur oculaire commun aux ailes du sphénoïde; un autre plus étendu avait envahi le pariétal, les méninges, le sillon de Rolando gauche et expliquait les lésions du côté du territoire du facial. M. Schwab montre la courbe thermique très irrégulière de la malade dans les derniers temps de sa vie.

Myocardite.

M. Brault présente les coupes histologiques d'un myocarde provenant d'un malade du service de M. Barth, mort d'endocardite ulcéreuse. C'est le deuxième cas semblable qu'il a observé. Le premier date de quatre ans ; le cœur avait l'aspect moucheté à la coupe, sous le péricarde, sous l'endocarde comme dans les piliers. Le microscope montra qu'il s'agissait de dégénérescence qui se faisait par petits territoires. Dans le second cas, le malade de M. Barth avait un cœur semblable ; or, nous savons que la mort fut causée par l'endocardite infectieuse ; il y avait infection, sécrétion de toxine qui détermina la nécrose de la fibre cardiaque. Le rein est d'ailleurs en voie de dégénérescence.

M. Brault pense que les myocardites sont vraiment plus rares qu'on ne le trouve indiqué chez les auteurs, et qu'il faut réagir contre la prétendue fréquence de ces faits.

Déciduome malin.

MM. Hartmann et **Toupet** présentent les coupes histologiques de l'utérus d'une femme qui était entrée à l'hôpital Bichat. Après un avortement de trois mois, la malade fut prise d'hémorrhagies abondantes et répétées : on pensa à une rétention du placenta et on pratiqua un curettage de la cavité utérine. Les hémorrhagies persistèrent aussi abondantes qu'avant le curettage ; comme ce dernier avait amené des végétations assez volumineuses, M. Hartmann pensa qu'il s'agissait d'un déciduome et se proposa de faire l'hystérectomie vaginale : une métrorrhagie foudroyante emporta la malade avant l'intervention.

L'utérus présente à la coupe des noyaux disséminés, variables de volume, situés sous la muqueuse et y formant des végétations, situés aussi dans le muscle utérin et sous le péritoine. La coupe de la végétation donne assez bien l'aspect de la villosité placentaire, c'est-à-dire que l'on voit un vaisseau central entouré d'éléments embryonnaires ; mais autour, et plus ou moins épaisse, suivant les végétations, se trouve une couche de protoplasma avec de nombreux noyaux irréguliers. On peut se demander si cette tumeur évolue aux dépens de la caduque ou de la muqueuse interne elle-même. Cette tumeur est désignée en Allemagne sous le nom de sarcome des villosités placentaires.

Rupture du rein et du duodénum.

M. Sourdille a observé un vieillard de 74 ans, entré à l'hôpital après écrasement par voiture. Il ne paraissait y avoir aucun symptôme fonctionnel du côté de l'abdomen, et on avait même songé à renvoyer le blessé avec le diagnostic de contusion de la paroi abdominale, lorsque, le lendemain, le malade mourut après une selle de deux litres de sang. On trouva à l'autopsie une fracture des 6e, 7e, 8e, 9e, 10e côtes à gauche ; le foie, le cœur, les poumons étaient normaux. Sous le rein droit, on trouva un vaste hématome qui suivait la paroi postérieure de l'abdomen, le psoas jusqu'au triangle de Scarpa : une large fissure séparait le rein en deux moitiés sur son bord externe, il n'y avait aucune hémorrhagie dans le bassinet et les uretères.

A la partie moyenne du duodénum, en rapport avec la fissure rénale, il existait une perforation de 1 centimètre de diamètre environ et taillée comme à l'emporte-pièce. Le sang de l'intestin provenait du rein.

Epithélioma calcifié de la face.

MM. Braquehaye et **Sourdille** montrent les coupes histologiques d'un épithélioma calcifié siégeant au niveau du sillon orbito-palpébral, très près du sourcil : à cause de ce siège, on songea à un kyste dermoïde en dégénérescence athéromateuse ; ne s'agit-il pas là, d'ailleurs, étant donnés l'âge où l'on voit ces tumeurs et leur siège, de variétés de dermoïdes en voie de dégénérescence ?

M. Pilliet rappelle que cette opinion a été émise, il y a quelques années, devant la Société par M. Broca à la suit d'une présentation qu'il a faite.

M. Broca a opéré, il y a quelques mois, d'une tumeur calcaire de cette espèce une fillette de 5 à 6 ans chez laquelle la tumeur datait de la première enfance et siégeait à la partie supérieure de la région massétérine. D'autre part, il a enlevé, il y a cinq ans, deux tumeurs semblables que M. Brault a bien voulu examiner histologiquement et qu'une jeune fille de 18 ans portait depuis son enfance, l'une à la nuque, l'autre à l'avant-bras.

Rétrécissement du rectum.

M. Hartmann montre sur une pièce trouvée à l'amphi-

théâtre un rétrécissement de la partie inférieure du rectum avec des ulcérations dans la partie dilatée située au-dessus du rétrécissement. L'examen histologique doit être fait pour indiquer la nature de l'ulcération : on peut présumer qu'il s'agit de tuberculose, car le sujet présentait de la tuberculose pulmonaire et intestinale.

Enchondromes de la main.

M. Thomas présente une tumeur calcifiée de l'éminence thénar et le médius, amputé dans la contiguité, pour une tumeur semblable du volume d'une noix ; ces tumeurs mobiles sous la peau étaient des enchondromes.

Epithélioma du thymus.

MM. Thiroloix et **Vermorel** ont observé un malade âgé de 52 ans qui n'accusait aucun symptôme pulmonaire, aucun trouble viscéral, mais qui mourut rapidement d'anasarque généralisé. On trouva à l'autopsie, derrière le sternum, n'adhérant pas et ne comprimant pas les vaisseaux de la base, une tumeur blanchâtre, allongée, de consistance cartilagineuse, constituée par un épithélium pavimenteux à cellules malpighiennes avec globules épidermiques. Il n'y avait aucun ganglion au hile du poumon, aucune généralisation dans les viscères. D'après le caractère de cette tumeur, on pourrait penser que le thymus est bien d'origine ectodermique.

Tuberculose du conduit péritonéo-vaginal.

M. Pilliet présente les coupes d'une pièce de tuberculose herniaire qui lui a été remise par M. Broca. L'aspect est celui que M. Pilliet a déjà trouvé dans les cas semblables : les bourgeons fongueux sont remarquablement durs et les lésions subissent une transformation fibreuse très accentuée.

M. Broca sur environ 400 cures radicales de hernies a rencontré 5 cas de ce genre dont 4 avec vérification histologique. La séreuse a un aspect tomenteux remarquable. Dans le cas actuel, relatif à un enfant de 3 ans 1/2, l'extrémité inférieure du sac formait un renflement en massue qui en avait imposé pour de l'épiploon. La ligature a porté au collet sur une séreuse qui paraissait saine. M. Broca a revu un de ses opérés plusieurs mois après l'intervention : il n'y avait aucun signe de tuberculose péritonéale. Il va rechercher ses autres malades et communiquer leur observation à la Société.

G. DAGRON.

Séance du 2 novembre 1894.

Anévrysme de l'aorte descendante.

M. Schwab a observé dans le service de M. Dreyfus-Brisac, à Lariboisière, une femme de 40 ans, atteinte d'anévrysme de l'aorte descendante. La tumeur avait mis 18 mois à évoluer. Elle était accompagnée de douleurs intercostales violentes, de battements, mais présentait peu d'expansion à chaque battement. La rupture de la poche anévrysmale eut lieu dans la cavité pleurale gauche. A l'autopsie on put voir que la poche anévrysmale occupait l'aorte descendante jusqu'à l'orifice diaphragmatique, déterminant une tumeur énorme. Partant de la tumeur principale, une tumeur secondaire avait détruit les 3e et 4e espaces intercostaux. Un gros caillot fibrineux tapissait les parois du sac. Le médiastin était totalement déplacé ; le poumon repoussé en avant était atélectasié ; la grande et la petite azygos de tous les organes du médiastin étaient seuls comprimés. Le cœur n'était pas hypertrophié. Il existait un athérome très net de la crosse de l'aorte.

Anomalie musculaire.

M. Juvara décrit de chaque côté de la ligne médiane, au-dessous du thyroïde, un petit faisceau musculaire qui paraît un faisceau aberrant du crico-thyroïdien. On pourrait l'appeler faisceau thyro-glandulaire. Partant du bord inférieur du cartilage thyroïde, il se porte en bas et en dedans vers le bord supérieur de l'isthme, décrivant avec le faisceau symétrique un V à sommet inférieur.

Calcification d'un pilier du cœur.

M. Pilliet montre un exemple de calcification d'un pilier du cœur, observé chez une femme qui avait un épithélioma bourgeonnant de l'avant-bras, et qui est morte avec des symptômes dyspnéiques. On pensait que ces symptômes pouvaient être liés à une généralisation cancéreuse du côté de la plèvre. Il n'en était rien, et dans les organes thoraciques on ne trouva d'autre lésion que la calcification d'un pilier du ventricule gauche.

Rupture du cœur.

M. Griffon présente un exemple de rupture du cœur observé dans le service de M. Chantemesse, suppléé par M. Ménétrier. Il s'agissait d'une femme de 71 ans, paraissant assez bien portante, si ce n'est qu'elle était atteinte d'un certain degré d'adipose. On lui annonça brusquement que son fils était très malade. Aussitôt elle fut prise d'étouffement avec syncope et mourut. A l'autopsie on trouva une certaine quantité de sang épanché dans le péricarde et une rupture très nette de la paroi postérieure du ventricule gauche. Les valvules sont saines. Le myocarde ne paraît pas altéré extérieurement.

Salpingite avec ulcération rectale.

M. Chaput a opéré pour salpingite double une femme de 32 ans. Après anesthésie par l'éther, mise de la malade dans la position de Trendelenburg, il fait l'isolement des salpingites et leur ablation après ligature. Voyant que le cul-de-sac de Douglas est atteint, il pratique l'amputation supra-vaginale avec ligatures sur les côtés de l'utérus et rabat un lambeau péritonéal qu'il soude au promontoire. Puis il draine la cavité de Douglas par le vagin au moyen de gaze iodoformée. En donnant un lavement le deuxième jour à la malade, on voit que les matières fécales sortent par le cul-de-sac vaginal. De la septicémie se produit et la malade meurt. A l'autopsie on découvre sur la paroi antérieure du rectum deux perforations, l'une à 6 centimètres de l'anus, l'autre au-dessous. S'agit-il d'ulcérations simples du rectum ou des diverticules de sa muqueuse adhérant anciennement aux trompes malades, ont-ils été arrachés au moment de l'opération ?

Tuberculose de la prostate.

M. Claude raconte un cas de tuberculose de la prostate observé chez un homme de 24 ans qui avait des antécédents héréditaires de tuberculose et qui, lui-même, avait eu une pleurésie. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, il avait des douleurs à la miction et à la défécation et présentait des urines purulentes. Au moment de son entrée, on constata un abcès de la fosse ischio-rectale, et par le toucher rectal une ulcération sur les parties latérales du rectum. Des bacilles tuberculeux existaient dans le pus de l'abcès. Le malade mourut de péritonite généralisée paraissant déterminée par le coli-bacille.

A l'autopsie, on put voir que la tuberculose était absolument restée limitée à la prostate et qu'aucun autre organe n'était atteint. Somme toute, il y avait eu tuberculose primitive de la glande prostatique, ulcération du rectum de voisinage et péritonite mortelle consécutive.

Fibrome du corps caverneux.

M. Claude a observé chez un homme de 50 ans, au niveau du corps caverneux, une petite tumeur mobile sous la peau, grosse comme une noisette, ayant évolué en 5 ou 6 mois. Après ablation, on put constater que la petite tumeur était formée d'une enveloppe périphérique fibreuse et d'un noyau central dur, cartilagineux. L'examen histologique confirma cet aspect extérieur et l'existence dans la portion centrale de la tumeur de petits noyaux cartilagineux et de cellules cartilagineuses au milieu d'un stroma élastique.

Tumeur de la parotide accessoire.

M. Villar a opéré dans le service de M. Demons, à Bordeaux, une tumeur développée chez une jeune fille de 22 ans aux dépens de la parotide accessoire. Cette tumeur avait mis trois ans à évoluer et présentait bien l'aspect de tumeur parotidienne, bien que frappant le lobe accessoire de la parotide.

F. POTIER.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON. 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

N° 46 — 14 NOVEMBRE 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 19 au 24 novembre 1894.

Mercredi 21. — M. Fabre. Contribution à l'étude de la pleurésie chez les cardiaques et en particulier de la pleurésie droite. — M. Pètre. Contribution à l'étude de la stomatite aphteuse. — M. Courdoux. De l'hyperthermie dans l'urémie. — M. Meslier Contribution à l'étude de la péri-méningite aiguë. — M. Martin. De la propagation des affections vulvo-vaginales de l'enfance aux organes génitaux internes et en particulier des péritonites consécutives aux vulvo-vaginites des petites filles. — M. Straforelli. Des grands kystes du cordon spermatique. — M. Guimbestière. Contribution à l'étude de l'ablation des corps fibreux de l'utérus. Hysterectomie abdominale totale. — M. Mathez. Contribution à l'étude des angiomes sous-cutanés.

MONTPELLIER

(Année scolaire 1893-1894).

M. Aubert. Considérations générales sur le tétanos; étude comparative du traitement du tétanos par la médication chloro-morphinée et par les antitoxines. — M. Chaffard. Etude critique sur les agents provocateurs de la chorée. — M. Clément. Hystérie et paludisme. — M. Schieffer. Du pancréas dans la série animale.

M. Cornebois. Contribution à l'étude de la prophylaxie de la malaria par la quinine. — M. Magnol. Contribution à l'étude des tremblements; description et usage d'un nouvel appareil destiné à leur inscription. — M. Sesquès. Contribution à l'étude du cœur sénile (cœur sans altérations pathologiques).

M. Périot. Du béribéri. — M. Laban. De la légitimité de l'accouchement et de l'avortement provoqués dans l'albuminurie de la grossesse. — M. Cicéi. L'étiologie, la pathogénie et le traitement de la luxation congénitale de la hanche

M. Cavaillès. L'acétonurie. — M. Bruguerolle. Contribution à l'étude de la tuberculose rénale. — M. Thénoz. Contribution à l'étude des eaux minérales et des principales stations thermales de l'Algérie.

M. Manget. Contribution à l'étude de l'hémorrhagie gastro-intestinale chez le nouveau-né. — M. Ménard. Contribution à l'étude des paralysies consécutives aux infections aiguës; paralysies para-infectieuses; leur traitement par les eaux de Lamalou. — M. Benoît. Etude critique sur les principales méthodes de provocation de l'accouchement.

M. Bonnel. Contribution à l'étude du traitement des fractures de la rotule. — M. Montseret. Contribution à l'étude de la pleurésie syphilitique de la période secondaire. — M. Siguan. Contribution à l'étude du traitement des fièvres intermittentes par le bleu de méthylène. — Mlle Lataud. Contribution à l'étude de la dystocie cervicale.

M. Roubion. Quelques observations de médecine légale oculaire. — M. Baumelou. Dyspepsie et lypémanie. — M Goût. Contribution à l'étude de la pneumonie paludéenne. — M. Jousseaulme. Un voyage de pèlerins algériens à la Mecque. Quelques considérations sur l'application des mesures sanitaires internationales dans la mer Rouge. — M. Cabanes. Sur un cas de fibrome antérieur de l'orbite.

VARIÉTÉS

Hôpital Saint-Louis. *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur Alfred Fournier commencera ce cours le mercredi 16 novembre, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à 9 heures et demie.

Hôpital de la Salpêtrière. *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le professeur Raymond commencera son cours le vendredi 16 novembre 1894, à 10 heures du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le samedi 17 novembre 1894, à 4 heures (Petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, la même heure.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. M. le professeur Duplay reprendra son cours le vendredi 16 novembre 1894 à 9 heures et demie et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Concours de l'externat. — Le jury a fait cette année une innovation heureuse. Pour éviter aux candidats des dérangements quotidiens, mais inutiles, il les divise par séries de 100, ce qui correspond aux séances d'une semaine seulement.

Conférence d'internat. — MM. Lacour, Pasteau, Rabbé, Vanvert, commenceront leur conférence d'internat le samedi 17 novembre, à 2 heures et demie précises, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), et la continueront les samedis suivants à la même heure.

Association française de chirurgie. — Le Conseil d'administration a nommé à l'unanimité vice-président du conseil M. le professeur Guyon, de l'Institut.

Le Conseil a décidé que le prochain congrès, fixé au mois d'octobre 1895 par l'Assemblée générale, commencerait le 3e lundi de ce mois.

Enfin, le Conseil a mis à l'ordre du jour du prochain congrès les deux questions suivantes :

1° Chirurgie du poumon (la plèvre exceptée);

2° De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os (le crâne excepté).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Psychothérapie, par les Drs A. W. van Renterghem et F. van Eeden. Paris, Société d'*Editions Scientifiques*, 1894, 1 vol. in-8° de 290 pages Prix : 7 fr. 50.

PATHOLOGIE MÉDICALE

Sur les causes et le mécanisme des troubles fonctionnels et des accidents généraux consécutifs aux brûlures étendues. Communication au Congrès de médecine interne, par MM. J. Boyer et L. Guinard, de Lyon.

L'étude des causes des troubles fonctionnels et des accidents généraux consécutifs aux brûlures étendues est encore une des questions les plus obscures de la pathologie.

Cependant depuis longtemps ces accidents ont préoccupé les auteurs, qui ont entrepris et publié à ce sujet un certain nombre de recherches cliniques et expérimentales fort intéressantes.

Bon nombre de ces travaux ont paru à l'étranger et sont restés insuffisamment connus en France.

La raison en est que, chez nous, contrairement à ce qui se passe à l'étranger, les brûlés entrent dans les services de chirurgie; or, les chirurgiens portent naturellement toute leur attention sur l'accident primitif, sur les lésions locales et leurs complications chirurgicales. Nous ne prétendons pas que les symptômes généraux aient échappé à leur observation, mais le mécanisme de ces troubles fonctionnels n'a pas suscité de leur part des recherches spéciales.

A part la thèse récente de Welti, le mémoire de Kijanitzin, qui ne sont que la reproduction de deux monographies déjà publiées à l'étranger, à part la thèse de Guichemerre, soutenue à Lyon en 1893 et inspirée par M. le professeur Lacassagne, nous ne trouvons en France aucun travail original récent sur la question qui nous occupe ici.

Il nous a donc semblé utile et intéressant d'analyser attentivement les principaux travaux déjà publiés et d'entreprendre quelques expériences nouvelles sur les points qui restent encore obscurs et discutables.

Nous avons pensé avec M. le professeur Lacassagne, qui nous a suggéré l'idée de ces recherches, que ces troubles fonctionnels qui touchent à tous les grands systèmes et compromettent l'intégrité de tous les principaux organes, présentent un réel intérêt pour le physiologiste et le médecin.

Nous ne ferons que signaler, sans les développer, les faits importants qui semblent se dégager soit des travaux antérieurs, soit de nos propres recherches.

Un premier point sur lequel nous insistons, c'est qu'il faut établir une distinction entre les accidents qui peuvent survenir dès les premiers instants de la brûlure, et, d'autre part, les symptômes généraux qui se développent dans une période secondaire.

Cette distinction a, d'ailleurs, été faite par quelques auteurs, mais nous la tenons pour indispensable et fondamentale.

Dès les premiers moments il y a à tenir compte du *choc nerveux* et du *surchauffage organique*. Il est évident que si l'action de la chaleur se prolonge, le sujet peut succomber à une véritable combustion.

Mais le cas est rare et le surchauffage des organes et du sang, contrairement à ce qu'a prétendu Sonnenburg, n'est pas le danger le plus fréquent.

Dans les conditions habituelles, surtout s'il s'agit de sujets de forte taille, il est rare que la chaleur puisse avoir une action assez durable et assez *profonde* pour tuer par ce mécanisme.

En refroidissant rapidement les animaux au sortir de l'eau chaude et en supprimant ainsi rapidement les effets directs du surchauffage interne, nous nous sommes assurés que les accidents consécutifs, loin de diminuer, n'ont fait que s'accentuer.

Le réflexe nerveux du refroidissement ne fait que *s'ajouter* à celui de la brûlure pour aggraver les accidents primitifs, ce qui nous permettra de dire qu'il faut bien se garder, *au debut*, de combattre par le froid les effets graves déterminés d'emblée par le calorique, et que nous allons examiner.

***

Il faut tenir grand compte de la douleur extrêmement vive, intolérable, provoquée par la brûlure et de l'ébranlement nerveux qui en est la conséquence quelquefois fatale.

L'excitation violente des nerfs sensitifs par le calorique, suscite des mouvements de défense, de l'agitation, des constrictions vaso-motrices, une augmentation de la pression, le ralentissement du cœur et des troubles respiratoires.

Les tracés que nous avons pris sur des animaux brûlés sont démonstratifs à cet égard. L'agitation peut persister jusqu'à la mort qui, suivant l'expression de Dupuytren, arrive par excès de douleur.

Mais souvent aussi, après les premiers effets que nous venons de décrire, les conséquences du choc se font sentir : épuisement nerveux, faiblesse générale, apathie, torpeur, paralysie vaso-motrice, abaissement considérable, rapide de la pression, affaiblissement du pouls, et, si le choc a été intense, chute de la température et refroidissement du sujet.

Dans ce refroidissement précoce qui peut se terminer par la mort, il n'y a pas à rechercher une autre cause que le choc nerveux; c'est le mécanisme de Brown-Séquard et de Roger.

***

Quand le brûlé échappe à ces premiers accidents, à ces premiers dangers, il entre dans une nouvelle phase.

Il présente de la faiblesse générale, de la somnolence, parfois du délire, des crampes, quelquefois des convulsions. Le pouls est petit, la pression artérielle est basse.

Nous avons enregistré chez le chien ces dernières modifications et, dans plusieurs expériences, les appareils enregistreurs nous ont accusé une hypotension atteignant 116, 88 millimètres, et souvent moins, alors que normalement la pression chez cet animal est supérieure à 140 millimètres.

La respiration n'est plus accélérée comme au début, elle est ralentie, difficile, anxieuse, courte et sans amplitude. Un certain nombre de nos tracés montrent une expiration brusque, précédée d'une inspiration lente et prolongée.

Les fonctions digestives sont troublées; on observe (et nous l'avons obtenu expérimentalement) des vomissements répétés et de la diarrhée.

Peu de temps après, particulièrement dans les brûlures étendues et profondes, on peut voir survenir de l'hémoglobinurie, indice d'une altération du sang, altération qui peut d'ailleurs exister sans se traduire par ce symptôme. Enfin, la température du sujet baisse, il se refroidit progressivement, mais cette hypothermie est moins profonde que celle qui est due au choc nerveux.

Cliniquement, chez l'homme brûlé, ces symptômes se reproduisent sous la même forme. Assez souvent à ce moment, la température d'abord abaissée se relève et s'élève au-dessus de la normale. Nous n'insistons pas sur cette symptomatologie connue.

Les différents accidents de cette période ont reçu de

nombreuses explications, mais nombre d'auteurs ont eu le tort de trop s'attacher à des théories exclusives et de vouloir tout expliquer par le même mécanisme.

Schultze, Wertheim, Ponfick, Lesser, Schmidt, Eberth et Schimmelbusch, Tapeiner et autres ont provoqué diverses altérations du sang : épaississement, formation de thromboses aux dépens des globules altérés, aux dépens d'hématoblastes, ceux-ci étant augmentés de nombre (Welti) ou accumulés en certains points (Salviali), etc.

Nous avons constaté de notre côté que le sang du chien brûlé est diffluent, couleur gelée de groseille, sans tendance à la coagulation. Nous avons fait porter spécialement nos recherches sur les *gaz contenus* dans ce sang.

Nous avons constaté que la quantité de ces gaz est diminuée et que cette diminution porte à la fois sur l'oxygène et l'acide carbonique. Nous nous attendions à trouver une augmentation *relative* de ce dernier, en vertu de la théorie de l'asphyxie qui, comme on le sait, a été souvent invoquée. Il n'en est rien. Ce n'est pas de l'asphyxie, mais un arrêt ou un ralentissement des échanges.

On a fait intervenir toutes les lésions organiques constatées aux autopsies : hyperémies multiples, congestions, hémorrhagies, inflammations intéressant les méninges, le cerveau, le bulbe, la moelle, le tube digestif, les appareils respiratoire et circulatoire, le péritoine, les plèvres, le péricarde, le rein, le foie, la rate, etc.

Mais toutes ces altérations du sang et des organes ne sont que des effets dont il faut chercher la cause. Elles rappellent d'une façon surprenante les lésions des grandes pyrexies et des grandes intoxications, celles que l'expérimentation réalise aujourd'hui couramment avec les injections de toxines microbiennes.

On peut bien attribuer quelque influence à la suppression des fonctions cutanées, qu'on a incriminée à juste titre. Cette influence est réelle, importante, mais elle ne suffit pas à tout expliquer.

Une théorie semble pouvoir tout concilier et rendre compte à la fois de tous les symptômes et de toutes les lésions observées dans cette phase. C'est celle de l'*empoisonnement* de l'organisme.

Il est bien entendu, on l'a deviné, que toutes nos observations, toutes nos recherches et toute cette discussion portent sur la période qui précède la suppuration, que nous sommes restés en deçà de cette phase des septicémies, des pyohémies, des gangrènes où les accidents relèvent d'une interprétation bien connue, nettement déterminée. Mais nous croyons et nous soutenons que, bien avant cette période, il y a empoisonnement de l'organisme.

Sous l'influence de la brûlure, le sang d'abord subit des modifications et des altérations profondes qui peuvent se traduire chimiquement par la production de substances toxiques.

Le choc nerveux et la douleur excessive apportent, d'autre part, des troubles graves dans la nutrition des éléments cellulaires; de là des accumulations de déchets qui seront favorisées par la fermeture plus ou moins complète de l'émonctoire.

Enfin, à la surface de la peau brûlée, se produisent certainement des fermentations nombreuses aux dépens des tissus détruits ou en voie de destruction.

Ce sont là des sources multiples de poisons. Il nous suffit de les signaler.

C'est de ce côté que se sont orientées les recherches les plus récentes. Reiss a injecté dans le tissu conjonctif de souris blanches des urines de brûlés; il a noté des symptômes toxiques rappelant le tableau clinique résumé plus haut.

Nous avons nous-mêmes étudié la *toxicité urinaire* en employant la méthode de M. le professeur Bouchard et le manuel opératoire adopté par l'un de nous dans le laboratoire de M. le professeur Arloing.

Nous avons obtenu des résultats qui ne laissent aucun doute sur ce fait qu'il y a chez les brûlés une élimination abondante de substances toxiques.

Chez des chiens dont tout un côté du corps avait été fortement échaudé à l'eau bouillante, nous avons recueilli des urines qui tuaient le lapin en raison de 147, 81, 70, 12 et 9 centimètres cubes par kilogramme d'animal. Or, à l'état normal il faut 200 centimètres cubes d'urines de chien pour arriver au même résultat.

Comme on le voit, la toxicité urinaire s'est élevée dans des proportions considérables.

D'autre part, cette toxicité s'est traduite par les symptômes suivants :

Des lapins, dans les veines desquels avaient été injectées ces urines, avaient des mictions fréquentes et abondantes. Ils étaient pris d'une sorte de torpeur générale, interrompue le plus souvent par des spasmes, des secousses convulsives choréiformes, se montrant périodiquement et durant jusqu'à la mort. Nous avons noté de l'exorbitisme, du resserrement de la pupille, de l'accélération et de la gêne respiratoires.

Nous avons expérimenté aussi avec les urines de quelques brûlés observés dans les hôpitaux. Nous avons été frappés par la similitude des symptômes toxiques qu'elles ont provoqués. Leur degré de toxicité était également élevé au-dessus du chiffre normal. 55, 80 centimètres cubes au lieu de 140 et 150, chiffre normal.

Il paraît donc que l'organisme des brûlés élabore des poisons dont l'intervention doit être considérable dans le développement des symptômes généraux.

Reiss a cherché à isoler ces poisons ; des analyses, des manipulations chimiques et des expériences nombreuses l'ont amené à les classer dans le groupe de la pyridine et de la quinoline.

Kijanitzin aurait trouvé dans le sang et les organes des brûlés une *ptomaïne* qu'il rapproche de la peptotoxine de Brieger. En l'inoculant, il aurait observé des symptômes semblables à ceux déterminés par cette toxine, et à ceux que présentent les brûlés.

Quoi qu'il en soit, les résultats des recherches précédentes : toxicité urinaire, substances extraites des organes, du sang et des urines, lésions anatomiques et phénomènes cliniques, tout démontre un empoisonnement grave que quelques auteurs ont pu rationnellement comparer à l'urémie.

Le brûlé peut donc succomber par différents mécanismes : *surchauffage*, c'est douteux et en tous cas exceptionnel ; *choc nerveux*, c'est le danger des premiers moments ; enfin, empoisonnement, *intoxication générale*, c'est la principale cause.

Dans la période des suppurations, les phénomènes infectieux et les phénomènes toxiques ne peuvent que se prêter un mutuel et dangereux appui.

***

Ces considérations théoriques comportent des conclusions pratiques. Il faut d'abord combattre la douleur, le choc nerveux, la chute de la pression ; s'abstenir avec grand soin de refroidir *au début* le brûlé.

Il faut enfin combattre l'empoisonnement. Les calmants, les excitants diffusibles, les injections d'éther, de caféine rempliront les premières indications.

On pourra logiquement tenter la transfusion, les injections de sérums artificiels, et, si la pression s'est relevée, la saignée elle-même qui a été préconisée, trop timidement peut-être.

Il faudra, par tous les moyens, par les boissons abondantes, par les bains tièdes, si les déplacements ne sont pas trop douloureux, provoquer une diurèse aussi abondante, aussi copieuse que possible.

Contre le ralentissement des oxydations, et en même temps contre l'intoxication, l'emploi des inhalations d'oxygène, qui ont déjà fait leurs preuves, ne saurait être trop vivement conseillé.

REVUE DES CONGRÈS

PREMIER CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Lyon du 25 au 29 octobre 1894.

Albuminurie prétuberculeuse.

M. Teissier (Lyon), qui a décrit, il y a quelques années, l'albuminurie cyclique des jeunes sujets évoluant vers la goutte, a observé une douzaine de cas qui lui font penser qu'il existe une albuminurie prétuberculeuse, une albuminurie des sujets évoluant vers la tuberculose. Sur ces douze cas, deux lui semblent tout à fait typiques.

Le premier se rapporte à un jeune homme de 17 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui est pris de lassitude et d'inaptitude au travail. En mai 1890, on trouve chez lui une albuminurie limitée aux heures de l'après-midi, accompagnée de phosphaturie. En septembre, congestion hémoptoïque d'un sommet. L'hiver se passe bien, l'albumine disparait presque complètement des urines, mais en mars 1891, grippe avec congestion pulmonaire. L'examen des urines révèle l'absence d'albumine. L'été se passe bien, mais l'albuminurie reparaît avec ses caractères du début. Dans la suite, plusieurs poussées congestives du côté des poumons, précédées d'albuminurie qui disparaît pendant les localisations pulmonaires et enfin, en 1893, établissement définitif d'une tuberculose pulmonaire à laquelle le malade finit par succomber. L'établissement définitif de la tuberculose a été précédé d'une poussée d'urticaire avec œdème des membres inférieurs et albuminurie.

Le second cas, qui se rapporte à une jeune femme, est analogue au premier. Ici encore albuminurie intermittente précédant les poussées congestives des poumons et disparaissant pendant ces poussées, établissement progressif d'une tuberculose pulmonaire à laquelle la malade succombe en quelque temps.

Les caractères les plus saillants de l'albuminurie prétuberculeuse seraient, d'après M. Teissier, l'intermittence avec cycle irrégulier, le plus souvent matinal, avec phosphaturie concomitante ; son alternance avec des poussées de bronchite catarrhale ou de phénomènes congestifs de différentes natures, sa disparition au moment des localisations pulmonaires.

Quant à la nature même de ces albuminuries pré-tuberculeuses, M. Teissier les attribue à des congestions rénales d'origine toxique attribuables à l'action de la tuberculine.

Pronostic expérimental de tuberculoses viscérales à bacilles atténués.

MM. J. Courmont et **Denis** (Lyon) ont repris les recherches de M. Arloing qui a montré que le lapin peut servir de pierre de touche pour ce qui est de la virulence de la tuberculose. Il a notamment montré que les inoculations de produits de tuberculoses chirurgicales qui tuent les cobayes, respectent le plus souvent le lapin et que cet animal ne se tuberculise que lorsque les produits tuberculeux possèdent une virulence très accusée.

MM. Courmont et Denis ont fait les mêmes expériences avec les crachats d'une tuberculose pulmonaire datant de 5 ans, avec les crachats d'une tuberculose laryngo-pulmonaire datant de 7 ans, avec les crachats d'une tuberculose pulmonaire à fonte rapide attribuable à une infection streptococcienne, avec les crachats d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide. Or, tandis que les cobayes inoculés avec les crachats des trois premiers malades ont tous succombé, les lapins ont tous survécu. Par contre, les crachats du quatrième malade ont provoqué une tuberculisation des cobayes aussi bien que des lapins.

Les inoculations tuberculeuses faites à des lapins peuvent donc donner des résultats pronostiques fort importants. En effet, les expériences en question montrent que la tuberculose qui respecte le lapin est une affection atténuée, bénigne, scrofuleuse, comparable aux tuberculoses chirurgicales ordinaires.

Cette bénignité de certains cas de tuberculose pulmonaire ne tient pas au petit nombre de bacilles contenus dans les lésions, mais bien à leur atténuation, puisque les crachats de ces malades fourmillent de bacilles.

De la végétabilité et de la virulence des cultures de tuberculose humaine.

MM. J. Courmont et **Nicolas** (Lyon). — Les adversaires de l'identité des bacilles de la tuberculose humaine et aviaire ont d'abord basé leurs principaux arguments sur les caractères morphologiques des bacilles, mais ils ont dû abandonner ce mode d'argumentation. D'autre part, il est parfaitement démontré maintenant que l'on peut tuberculiser les mammifères avec de la tuberculose aviaire.

Aujourd'hui, c'est surtout sur la question de virulence que s'appuient les partisans de la dualité : on prétend que les cultures de tuberculose humaine perdent leur végétabilité et leur virulence au bout d'un temps relativement court. Or, nous avons fait toute une série d'inoculations avec des cultures de différents âges, sur agar ou sur sérum, et les cultures de neuf mois ont tuberculisé des cobayes aussi bien que des cultures de trois semaines.

Donc, au point de vue de la végétabilité et de la virulence des cultures, il n'y a pas de différence entre la tuberculose humaine et la tuberculose aviaire.

Nous ferons observer que nos expériences, faites avec de vieilles cultures, montrent qu'il ne faut pas considérer celles-ci comme inoffensives au point de vue de la contagion.

Un milieu de culture propre à isoler et à diagnostiquer rapidement le bacille typhique.

M. Lyonnet (Lyon). — On prend du bouillon ordinaire qu'on décolore par le noir animal, on y ajoute 1 0/00 d'acide phénique et 20 0/00 de lactose, plus une petite quantité de rouge du Congo. Grâce à l'acide phénique, il n'y a que le bacille typhique et le bacterium coli qui puissent pousser. S'il s'agit du bacille typhique, la lactose ne fermente pas, le bouillon se trouble mais reste rouge. Si l'on a affaire au coli-bacille, le bouillon se trouble, la lactose a fermenté, et il s'est formé de l'acide lactique qui a fait passer le bouillon du rouge au violet.

De ces résultats on peut donc tirer les déductions suivantes :

Si le bouillon ne se trouble pas, ce n'est ni au bacille typhique, ni au coli bacille qu'on a affaire.

Si le bouillon se trouble mais reste rouge, c'est probablement du bacille typhique qu'il s'agit.

Enfin si le bouillon se trouble et devient violet, on est en droit de supposer que l'on est en présence du coli-bacille.

Epidémie de vulvite à gonocoques.

MM. Weil et **Barjon** (Lyon) ont observé, dans une de leurs salles, une épidémie de vulvite à gonocoques à allures très bizarres. L'épidémie a débuté après qu'on eut placé dans la salle commune une petite fille entrée à l'hôpital pour une vulvite à gonocoques et qui avait contracté dans les salles une rougeole.

L'épidémie a atteint en tout une trentaine de petites filles âgées de 2 à 7 ans. L'enquête minutieuse montra que la contagion ne se se faisait ni par les vases de nuit, ni par les baignoires, ni par les draps ou les vêtements, mais par les thermomètres qui servaient à prendre la température rectale des enfants. Les thermomètres étaient, après chaque prise de température, trempés dans une solution d'eau phéniquée à 25 0/00, essuyés avec un linge et plongés dans un pot de vaseline boriquée pour faciliter le glissement. Ce mode de nettoyage était évidemment insuffisant.

Une fois que le rôle du thermomètre parut bien établi, on acheta des thermomètres neufs pour servir aux malades non infectées, tandis que les anciens furent réservés aux enfants

atteints de vulvite; seulement, après chaque prise de température, le thermomètre était essuyé et plongé dans de l'acide chlorhydrique au tiers, essuyé de nouveau avec un linge stérilisé, et enduit de vaseline boriquée. Dans l'intervalle des heures de service, les thermomètres restaient toute la journée dans une solution de sublimé à 1 0/00. Ces mesures eurent pour résultat de couper court à l'épidémie, résultat qui venait encore à l'appui de la contamination par les thermomètres.

C'est la partie immergée du thermomètre, celle qui pouvait être en contact avec la vulve, qui recevait probablement la matière virulente et la transmettait à son tour. Jamais l'inoculation n'a été anale, et dans aucun cas on n'a trouvé d'écoulement ni d'inflammation anale.

Etiologie des parotidites.

MM. Dupré et **Claisse** (Paris) montrent en s'appuyant sur leurs recherches que l'infection parotidienne a une origine buccale, une marche ascendante et une topographie canaliculaire. Il faut encore tenir compte des lésions anciennes ou récentes du parenchyme, qui sont d'ordre dégénératif, nécrose, stéatose, et aboutissent à la déchéance fonctionnelle de la glande. De l'infection dépendent les lésions canaliculaires d'ordre inflammatoire, qui sont le plus souvent suppurées, ascendantes et progressives.

L'infection mono- ou poly-microbienne est accusée par les staphylocoques (65 0/0), le pneumocoque (21 0/0), les streptocoques, le bacille de Friedlænder, etc.

Au début de certaines parotidites secondaires, il existe une phase de rétention salivaire aseptique assimilable à l'hydronéphrose que l'on peut reproduire expérimentalement.

Les parotidites peuvent être divisées en canaliculaires, partielles ou lobulaires et totales. Le traitement des parotidites est celui de toutes les infections glandulaires, antisepsie préventive continue et intervention chirurgicale précoce.

Contagion de la coqueluche.

M. Weill (Lyon). — Quatre-vingt-treize enfants âgés de deux à quinze ans, dont 34 âgés de deux à sept ans, n'ayant jamais eu la coqueluche antérieurement, non-alités, ayant fait un séjour de plus de 20 jours à l'hôpital, se sont trouvés mêlés à 15 enfants atteints de coqueluche à la période des quintes. Malgré ces conditions éminemment favorables à la contagion, aucun de ces enfants ne contracta la coqueluche.

On peut donc penser qu'il en est de la coqueluche comme de la rougeole, à savoir que la coqueluche est contagieuse pendant la période de bronchite prémonitoire et cesse de l'être dès que paraissent les quintes caractéristiques.

Pneumothorax au cours d'une pneumonie chronique.

M. Paviot a eu l'occasion d'observer un cas de pneumonie interstitielle pleurogène (Pierret) ou pneumonie fibroïde cloisonnée (Charcot), ayant présenté sept foyers ulcéreux dont un donna lieu à un pneumothorax qui emporta le malade. L'examen montra que les foyers ulcéreux étaient constitués par des territoires nécrobiosés.

M. Paviot admet donc pour ce cas que les ulcères étaient produits par l'oblitération artérielle, d'autant plus qu'il existait dans ce cas une endo-périartérite intense.

La douleur épigastrique à la pression comme signe précoce des affections du foie.

M. Glénard (Vichy). — La sensibilité épigastrique à la pression est habituellement attribuée à l'estomac; mais il est à remarquer que cette sensibilité peut revêtir fort souvent les caractères de l'hyperesthésie du foie et que, d'un autre côté, la sensibilité à la pression du foie dans l'hypochondre droit provoque fort souvent des sensations douloureuses que la malade rapporte à l'estomac. La localisation hépatique de la douleur épigastrique à la pression, peut être prouvée par ce fait que normalement le foie dépasse le rebord costal à l'épigastre de deux à trois travers de doigt, que la limite inférieure de la raie sensible à la pression de l'épigastre, et la forme de la direction d'une ligne correspondant exactement à celle que suivrait le bord antérieur du lobe gauche du foie s'il était hypertrophié ou abaissé; et qu'enfin dans certains cas on peut prouver que cette limite inférieure est bien constituée par le bord du foie que le pouce fait sauter sous forme d'une arête fine et souple.

Il y a donc lieu, en présence d'une douleur épigastrique à la pression, de poser le diagnostic différentiel entre l'hépatalgie et la gastralgie. Comme ce diagnostic est très fréquemment tranché en faveur de l'hépatalgie et que l'hépatalgie est un signe très fréquent au début des dyspepsies, l'importance de cette notion pour l'interprétation pathogénique des dyspepsies n'échappera à personne.

Sur le bégayement.

M. Royet (Lyon). — La proportion des bègues est, chez les dégénérés, plus forte que dans le reste de la population.

Le bégayement doit souvent être considéré comme un signe de dégénérescence, en tout cas comme l'indice d'un état névropathique. On trouve souvent chez les bègues de véritables phobies accompagnées de troubles respiratoires, ainsi qu'une maladresse des muscles articulateurs par suite de la conscience d'efforts normalement automatiques. Il existe de plus chez eux, grâce à l'acquisition par l'habitude, des représentations mentales d'images vocales défectueuses.

Dans le bégayement des convulsifs, il se produit une idéation convulsive qui se retrouve parfois dans les autres manifestations de la pensée.

D'après ces éléments, on peut formuler le traitement suivant.

Un bègue doit être traité par les divers moyens appliqués aux nerveux. On doit, de plus, rechercher toute cause d'excitation périphérique pour la modifier, afin d'éviter des réflexes qui aggravent le défaut de parole. Enfin, il faut s'appliquer à améliorer la respiration, mais en évitant d'attirer l'attention sur les organes articulateurs, c'est-à-dire en recourant à la gymnastique d'abord, puis aux divers exercices de *sport*, escrime, vélocipédie, etc., enfin, au chant méthodiquement étudié. Après l'emploi de ces divers moyens, le traitement orthophonique aura plus de chances d'être efficace et durable.

Deux cas de malformation congénitale du cœur.

M. Pic (Lyon). — J'ai eu l'occasion d'examiner deux cas de maladie bleue. Dans le premier, il s'agissait d'un homme âgé de quarante-deux ans, bien portant jusqu'à dix-sept ans, et qui eut à cette époque une pneumonie. Depuis lors, il *s'enrhume* facilement et, chaque fois qu'il a une bronchite, il est cyanosé. Lorsque je le vis, cette teinte cyanique était très accusée, le malade présentait des signes d'une asystolie confirmée. Une amélioration survint après une saignée et persista quinze jours; puis une nouvelle aggravation survint, le malade succomba dans le coma. Le cœur, à l'autopsie, pesait 530 grammes, il était hypertrophié et dilaté, l'augmentation d'épaisseur des parois portait sur toutes les cavités. Le septum qui aurait dû fermer le trou de Botal était incomplet et laissait, entre la face droite et le pilier antérieur de l'anneau de Vieussens, un orifice elliptique, par lequel un liquide (introduit dans l'oreillette droite par l'artère pulmonaire et l'orifice tricuspidien insuffisant) s'échappait en jet volumineux. Le canal artériel était normalement oblitéré.

Le second malade est âgé de trente-neuf ans; cet homme était depuis longtemps sujet à une dyspnée d'effort et avait été, pour cette raison, réformé. Il présentait, de plus, tous les signes d'une tuberculose cavitaire. La pointe battait dans le quatrième espace gauche; un souffle systolique râpeux, dont le maximum siégeait dans le deuxième espace gauche au bord du sternum, était perçu dans toute la région précordiale et présentait une propagation vers la partie moyenne de la clavicule gauche, ainsi que dans les deux régions carotidiennes. Il existait un frémissement systolique à la palpation de la région précordiale. Pas de cyanose. Un jour, après avoir présenté un léger œdème malléolaire, mais sans asystolie, le malade mourait comme un tuberculeux vulgaire et non comme un cardiaque.

A l'autopsie, le cœur, du poids de 290 grammes, *n'était pas hypertrophié;* il existait un rétrécissement de l'artère pulmonaire, dû à une soudure marginale des valves l'une avec l'autre. Vues d'en haut les sigmoïdes, dans leur ensemble, présentaient comme un diaphragme bombé et formaient une saillie perforée au centre, comparable au museau de tanche. Il y avait, en outre, absence de la partie postérieure de la

cloison interauriculaire. Le canal artériel était normalement oblitéré.

Ainsi des deux malades atteints, l'un d'une petite perforation interauriculaire, par inocclusion du trou de Botal, l'autre d'une large absence de la cloison interauriculaire, le premier a présenté une cyanose très accusée, mais intermittente, ou plutôt rémittente, et s'accompagnant des troubles trophiques bien connus dans la maladie bleue (doigts en massue), ainsi que des plaques cyaniques linguales sur lesquelles M. Mouisset a appelé l'attention; le second, au contraire, avec une large communication interauriculaire, ne présentait aucun degré de cyanose.

A côté des deux théories cliniques de mélange des deux sangs et de l'insuffisance d'oxygénation sanguine, MM. Bard et Curtillet en ont soutenu une troisième, mixte en quelque sorte. D'après eux, pour que le mélange des sangs ait lieu, il ne suffit pas qu'il y ait un orifice de communication entre le cœur droit et le cœur gauche; il faut encore que la pression soit plus forte à droite qu'à gauche, autrement dit qu'il y ait une hypertrophie du cœur droit.

Or, mon premier malade est mort d'asystolie, le second de tuberculose pulmonaire; chez le premier il y avait une augmentation de la tension dans le cœur droit qui n'existait pas au même degré chez le second. Telle est, à mon avis, l'explication de la différence symptomatique.

Les recherches que j'ai faites dans la littérature médicale m'ont convaincu que dans l'immence majorité des cas où la cyanose ne se produit pas, malgré une communication entre les deux cœurs et une augmentation de la tension droite, il est possible d'expliquer cette anomalie. De cette étude, je crois pouvoir déduire les conclusions suivantes :

A côté de la forme tardive de maladie bleue, décrite par Bard et Curtillet, il y a lieu d'admettre une forme rémittente.

La deuxième observation vient à l'appui de la loi de non-coïncidence en tant que *maladie évolutive*, de la phthisie et d'une maladie du cœur, règle générale mise en évidence par M. le professeur Tripier, et que les travaux de MM. les professeur Potain, P. Teissier paraissent avoir confirmée dans la grande majorité des cas.

Au point de vue séméiologique, cette deuxième observation me paraît intéressante par la propagation anormale du souffle systolique aux carotides, propagation qui ne m'avait pas empêché d'affirmer le diagnostic de rétrécissement de l'artère pulmonaire. Il me semble que la *dilatation* de l'artère pulmonaire, qui était évidente au-dessus du rétrécissement, constituait un sinus vibrant dont les vibrations devaient se transmettre à l'aorte par la voie solidienne, en vertu des rapports intimes des deux artères de la base, alors que par la voie liquidienne aucune propagation ne pouvait exister. C'est, du moins, une hypothèse qui me paraît plausible.

M. Potain demande à M. Pic si ses malades avaient de l'hyperglobulie.

M. Pic répond qu'il n'avait pas encore fait cette recherche et qu'il ignorait alors les travaux de M. Vaquez.

De l'hypertrophie de la rate dans la chlorose.

M. Clément (Lyon) a examiné systématiquement la rate chez toutes les chlorotiques, et presque toujours, pour ne pas dire toujours, il a trouvé une hypertrophie de la rate.

Un second fait qu'il a pu constater au cours de ses recherches, c'est que la chlorose disparaît avec la disparition de l'hypertrophie de la rate. Il semble même qu'il y ait une relation entre la durée de la gravité de la chlorose et le degré d'hypertrophie de la rate.

Comment interpréter ces faits? On peut admettre que l'hypertrophie de la rate est liée aux troubles hématopoiétiques ou bien que la chlorose est une maladie de nature infectieuse.

Il existe des faits qui viennent à l'appui de la théorie infectieuse. Ainsi, la fièvre, la phlegmatia alba dolens, assez fréquente dans la chlorose, sont des complications d'origine infectieuse. On peut encore citer à l'appui de cette hypothèse le fait d'épidémies de chlorose dans les pensionnats. Les poussées inflammatoires du côté des séreuses, du côté du péricarde, avec bruit de souffle au niveau du foyer pulmonaire, viennent encore corroborer la théorie en question.

Le groupement de tous ces faits cliniques permet donc de soutenir l'idée de la nature infectieuse de la chlorose, et cette hypothèse devient encore plus vraisemblable quand on songe à l'insuffisance des théories pathogéniques actuelles. Ainsi, la théorie de l'hypoplasie est loin d'être aussi fréquente que l'admet Virchow. Quant au rôle de la puberté, M. Hayem a montré que la chlorose se déclare ordinairement 3 ans après la puberté.

La chlorose pourrait, d'après M. Clément, être rapprochée, comme évolution clinique, de la syphilis, en ce sens que dans les deux cas on trouve de la fièvre qui disparaît sous l'influence de la thérapeutique. En plus, les deux affections sont tenaces et cèdent à la longue à une thérapeutique basée sur l'emploi des sels métalliques.

M. Lemoine (Lille) a recherché à plusieurs reprises si le sang des chlorotiques ne contenait pas de micro-organismes, et le plus souvent les résultats furent positifs. Ainsi, dans un cas il trouva des streptocoques, tandis que le sang des six stagiaires examinés en même temps n'en contenait pas. Dans 10 autres cas, le sang contenait des staphylocoques et des coli-bacilles.

Chloro-brightisme.

M. Chatin (Lyon) a observé à la clinique de M. Roque un cas de chloro-brightisme et l'étude de la toxicité de l'urine de la malade a abouti aux conclusions suivantes :

1° Les oxydations des matières albuminoïdes exprimées par le coefficient de M. A. Robin ne sont pas diminuées dans la chlorose, quel que soit le degré d'anémie exprimé par le nombre de globules et la valeur globulaire.

2° La toxicité des urines est constamment diminuée dans la chlorose.

3° Cette diminution de la toxicité est sans rapport avec le chiffre des oxydations.

4° Elle est indépendante également du degré de l'anémie et des chiffres des matériaux normaux de l'urine, tels que urée, phosphates, etc.

5° La toxicité des urines est faible dans tous les cas de chlorose même sans albuminurie et en l'absence des petits signes de mal de Bright, qui pourtant sont extrêmement fréquents (sept fois sur dix).

6° La diminution de la toxicité dans la chlorose ne paraît pas due à une diminution des causes d'auto-intoxication : (ingestion alimentaire), putréfaction intestinale (désassimilation cellulaire), pas plus qu'à la faible coloration des urines. L'état d'insuffisance rénale latente se manifestant par les petits signes du brightisme peut y avoir une grande part.

Leucocythémie ganglionnaire et cancer de l'utérus.

MM. Lannois et **Regaud** ont eu dans leur service une femme de 50 ans qui, outre un cancer du col propagé au vagin, présentait encore une hypertrophie considérable de tous les ganglions lymphatiques périphériques et profonds. Cette adénopathie a déjà été constatée il y a deux ans à l'hôpital de la Croix-Rousse, au moment où la malade n'avait pas encore de cancer.

L'examen du sang montra, du reste, que l'adénopathie tenait à une leucocythémie ganglionnaire à globulines.

La malade succomba, peu de temps après son entrée, à des accidents d'urémie et d'infection péritonitique.

A l'autopsie on trouva le cancer utérin et les ganglions hypertrophiés avec dépôts leucémiques dans le foie et la rate.

Ce cas est d'autant plus intéressant (sans parler déjà de la coïncidence des deux affections), que, d'après M. Bard, la leucocythémie ne serait qu'un cancer du sein, qui chez cette malade a donc coexisté avec un cancer de l'utérus.

La grippe à forme pseudo-tuberculeuse.

M. Lemoine (Lille) a observé des cas de grippe à évolution très lente, présentant tous les caractères d'une tuberculose. Ces cas sont extrêmement graves, mais les observations publiées à Lyon et à Lille permettent déjà de tracer le tableau clinique de cette modalité de la grippe. Les cas en question peuvent se diviser en trois groupes :

Dans le premier, la grippe attaque un des sommets, sous forme d'une congestion qui aboutit à la pneumonie du sommet dont la résolution ne se fait pas. Les malades conservent les phénomènes stéthoscopiques de la congestion pendant des

mois, de sorte que très naturellement on est amené à penser à la tuberculose.

Mais l'examen des crachats reste négatif, et au lieu du bacille de Koch, on trouve des streptocoques. Le processus pulmonaire aboutit à la sclérose.

Dans la seconde forme on trouve une bronchite unilatérale, simulant tous les phénomènes objectifs de la tuberculose. Sur cette bronchite se greffent encore des foyers de broncho-pneumonie lobulaire, qui au lieu de disparaître restent stationnaires pendant des mois.

La troisième forme est caractérisée par l'établissement final de la dilatation bronchique avec phénomènes stéthoscopiques simulant la tuberculose au troisième degré.

Il y a encore ceci que toutes ces formes peuvent se compliquer de symptômes qu'on ne rencontre ordinairement que dans la tuberculose. On peut notamment voir survenir dans ces cas des pleurésies, des phlébites, une fièvre ayant tous les caractères de la fièvre hectique. L'amaigrissement est très prononcé.

Le diagnostic différentiel est fort difficile, et le seul moyen précis, c'est l'examen des crachats où l'on ne trouve que des streptocoques. Comme lésions anatomiques, c'est la sclérose pulmonaire en îlots.

La mort se produit soit du fait de la consomption, soit du fait d'une infection intercurrente.

Contribution au traitement de la pleurésie et de la péricardite sèche par un nouveau procédé.

M. de Cérenville (Lausanne). — Les inflammations simples sèches de la plèvre guérissent ordinairement sans intervention thérapeutique bien énergique. Mais il est des cas où la guérison se fait attendre, où les frottements persistent en apportant une gêne considérable à l'hématose. Y a-t-il dans ces cas à faire un traitement local?

M. de Cérenville a eu l'idée d'imiter pour ces cas la nature qui par un exsudat liquide rompt les adhérences fibrineuses qui sont déposées à la surface des deux feuillets, en injectant dans la plèvre non pas un liquide ou une solution aqueuse, mais un liquide huileux, l'huile d'olive stérilisée, qui a l'avantage de fuser pour ainsi dire à la surface de la plèvre et d'abolir ainsi le frottement en question.

Ces injections sont faites avec une seringue hypodermique dont l'aiguille est enfoncée de telle façon qu'elle ne dépasse pas le feuillet viscéral. Pour cela il faut s'arrêter au moment où la main perçoit une sensation de rugosité, de râpeux. On injecte 1 à 3 cm. c. d'huile d'olive. Ces injections, sans être indolores, ne sont pourtant pas douloureuses en ce sens que la douleur perçue par le malade est tout à fait momentanée.

Sur 10 malades traités par les injections en question, on constate la diminution des frottements chez 6 et leur disparition chez 2. Cette amélioration des phénomènes locaux a été suivie d'amélioration analogue de la respiration.

Pour M. de Cérenville, les injections huileuses sont particulièrement indiquées dans les pleurésies sèches avec gêne considérable de l'hématose, avec phénomènes réflexes du côté du système nerveux central.

Le procédé en question, qui est au même titre indiqué dans les péricardites sèches, peut encore être utilisé pour le diagnostic différentiel entre le frottement et le râle pulmonaire.

Thermométrie clinique complétée.

M. Grasset (Montpellier). — Depuis quelque temps, des observateurs aussi éminents que le professeur Bouchard, d'Arsonval et autres ont constaté que la thermométrie ordinaire telle qu'elle se pratique à la clinique et même la thermométrie d'une façon générale ne donne pas une idée suffisante de l'état de calorification, de production de la chaleur par l'organisme animal. Ils ont donc proposé de remplacer la thermométrie par la calorimétrie.

Il est certain qu'en l'espèce la calorimétrie est plus précise que la thermométrie. Seulement les applications de la calorimétrie présentent de telles difficultés au lit du malade que M. Grasset a essayé de corriger les données de la thermométrie ordinaires par un procédé fort simple.

En effet, la grosse cause d'erreur de la thermométrie est la différence du pouvoir émissif de la peau que présentent les malades. Il est un fait d'observation banale que chez des malades dont la fièvre présente le même degré, le thermomètre ne monte pas avec la même rapidité. On trouve des malades chez lesquels en deux ou trois minutes le thermomètre monte à 37-38°, pour atteindre ensuite progressivement 39 ou 40°. Chez d'autres, au contraire, l'ascension de la colonne de mercure se fait très progressivement et très lentement pour arriver, au bout de quelque temps, aux mêmes 39-40°.

D'après M. Grasset, ces différences d'ascension tiennent aux différences du pouvoir émissif de rayonnement de la peau. Pour avoir la température exacte il propose donc de procéder de la façon suivante : mettre le thermomètre et noter la température qu'il marque au bout d'une minute (Tn); laisser ensuite monter la température à son maximum (T); il suffit alors de prendre la somme des deux températures et de la diviser par 2 (T + tn : 2) pour avoir la température exacte (T).

M. Lancereaux a observé deux cas où l'ascension de la température se faisait dans des conditions tout à fait particulières. Dans le premier cas où M. Lancereaux fut appelé en consultation et où la température atteignait par moments 43°, l'examen le plus attentif de la malade ne permit de découvrir rien de particulier. Malgré cette hyperthermie, la malade, qui guérit du reste fort bien de l'affection qu'il fut impossible de déterminer, n'avait aucun des phénomènes propres à l'hyperthermie : pas de délire, pas d'agitation.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme atteinte de néphrite épithéliale chez laquelle les époques menstruelles étaient accompagnées de fièvre violente avec anurie totale et accidents urémiques excessivement graves.

M. Henrot a observé une malade chez laquelle il existait une différence d'un degré entre la température de la moitié droite du corps et celle de la moitié gauche. Cette malade succomba plus tard au diabète.

Trois cas de diplégie cérébrale infantile.

M. Pic (Lyon) vient d'observer en un court espace de temps trois malades atteints de diplégie cérébrale. Chacune de ces observations a présenté un réel intérêt, aussi ont-elles paru dignes d'être relatées et surtout d'être mises en parallèle avec les autres.

Deux d'entre elles ont été recueillies dans le service du professeur Teissier; la troisième est la célèbre malade de M. Audry, âgée de 37 ans, chez laquelle les manifestations morbides étudiées en détail par M. Audry dans un mémoire remarquable remontaient à la première enfance, peu de temps après la naissance.

La deuxième malade est une femme de 24 ans, sans antécédents syphilitiques héréditaires ni personnels, qui, depuis l'âge de 5 ans, sans cause connue, est atteinte de l'affection actuelle qui a débuté graduellement. Aujourd'hui on observe d'abord une paralysie spastique des membres supérieurs et inférieurs : pieds et jambes contracturés en extension forcée, exagération des réflexes difficile à obtenir à cause de la contraction, trépidation épileptoïde, pas de troubles de la sensibilité; la malade marche sur la pointe des pieds en traînant fortement les pieds sur le sol; force musculaire intacte ; en outre, si l'on laisse la malade au repos, on constate la présence de mouvements anormaux des orteils, mouvements de reptation, lents et de grande amplitude, s'exécutant isolément dans chaque orteil et absolument involontaires. Du côté des membres supérieurs au contraire il n'y a ni raideur, ni contractures, mais des mouvements involontaires se produisent au repos et présentent tous les caractères de ceux de la chorée.

Enfin, le troisième malade est un jeune homme de 16 ans 1/2, chez lequel le début de l'affection remonte à l'âge de 2 ans, sans que le sujet ait aucun antécédent héréditaire ou personnel digne d'être noté.

Actuellement il présente : 1° une paralysie spasmodique typique, démarche de tabes spasmodique, exagération des réflexes et trépidation épileptoïde sans troubles de la sensibilité ; 2° du côté des membres supérieurs, de temps à autre de petits mouvements athétoïdes et un peu de raideur musculaire ; 3° des phénomènes spasmodiques du côté des muscles de la face, donnant à celle-ci l'aspect d'un rire plus ou moins niais, bien que le jeune homme semble avoir conservé toute son intelligence.

Le point sur lequel M. Pic insiste d'une façon toute particulière, c'est la coïncidence remarquable chez les mêmes malades de troubles multiples et en apparence bien spécialisés, et la présence, d'autre part, chez un des malades de l'un de ces troubles absolument isolé. C'est ainsi que, tandis que la première malade présentait de l'athétose double et uniquement de l'athétose, le troisième présentait une coïncidence remarquable de rigidité généralisée avec des mouvements athétoïdes ; chez le deuxième, enfin, s'observait, avec une paralysie spastique des membres inférieurs, de l'athétose aux membres inférieurs, de la chorée chronique aux membres supérieurs.

Il est donc légitime de conclure, malgré l'absence d'examen microscopique, à la probabilité d'un même processus susceptible d'expliquer la genèse des mouvements anormaux de divers aspects, plutôt que d'admettre la coïncidence chez un même sujet de maladies diverses. Et d'autre part, puisque l'athétose peut être observée tantôt seule, tantôt accompagnée d'autres manifestations anormales, n'est-il pas admissible qu'elle soit la manifestation du même processus? On sait que telle est l'opinion de Freund et que cette théorie a été contestée. Sans apporter une preuve que l'anatomie pathologique seule peut fournir, M. Pic admet que l'étude comparative des trois cas vient cependant à l'appui de cette conception nosographique qui a classé sous le nom de diplégies cérébrales une série de types cliniques autrefois considérés comme essentiellement distincts les uns des autres.

Le torticolis ab aure læsa.

M. Gellé (Paris). — 1° La physiologie étudie le rôle synergique des muscles de la rotation de la tête et du cou dans l'audition et dans l'orientation; l'apophyse mastoïde est l'extrémité mobile du levier de la rotation; de là des rapports fonctionnels étroits et des relations pathogéniques dont le torticolis est la manifestation possible dans les lésions otiques et mastoïdiennes.

2° L'anatomie pathologique et l'expérimentation sur les animaux permettent de constater une relation étiologique précise entre les déviations de la tête et du cou, et les suppurations de la bulle chez les animaux, de l'oreille moyenne et de l'oreille interne de l'homme.

Les lésions des méninges et de l'encéphale se montrent aussi dans ces autopsies de carie et de suppuration de l'oreille et du rocher, où le torticolis a été observé ; cependant j'ai constaté le torticolis chez le lapin dont la bulle seule était suppurée. De plus, depuis les expériences de Bochefontaine, Duret, on sait que les lésions de la dure-mère provoquent des mouvements spasmodiques des yeux et de la tête. Ferrier a trouvé le centre commun de ces mouvements associés : ces synergies expliquent et facilitent les relations pathologiques, d'où naît le torticolis.

3° La clinique enfin observe le strabisme, la diplopie, les déviations de la tête, le torticolis simple, ou contracture du sterno-mastoïdien, soit la raideur de la nuque, etc., dans les affections otiques diverses, simples ou graves et compliquées; et la valeur de ce symptôme au point de vue séméiologique comme au point de vue du pronostic est sérieuse; nous essayons de la dégager dans les propositions suivantes, appuyées de faits cliniques tant personnels que bibliographiques.

4° La déviation fixe de la colonne cervicale liée aux lésions articulaires ou osseuses coïncide souvent avec la suppuration de l'oreille et avec la surdité, uni ou bilatérale; mais ces cas sont en dehors de notre thèse, limitée au torticolis musculaire.

5° Le torticolis est unilatéral, antérieur, ou il y a raideur de la nuque. Cette attitude dernière est bien connue dans la méningite où elle semble être assez constante; son apparition au cours d'une fièvre grave, d'une surélévation de température, fait redouter la complication méningitique; mais doit faire explorer les oreilles, qui en sont fréquemment l'origine : parfois une incision tympanique apaise ces graves symptômes s'il y a une otite suraiguë.

6° D'autres fois, le torticolis unilatéral apparaît au cours d'une otite aiguë de l'oreille moyenne, avec invasion de l'apophyse mastoïde; il annonce cette extension aux cellules mastoïdiennes et leur suppuration, au moment d'une recrudescence de la fièvre et des douleurs.

7° Ailleurs le torticolis, dans le même cas, est en rapport avec une fusée purulente profonde, sous le périoste de la base du crâne, et avec la dysphagie, indique un abcès rétropharyngé; ou bien encore le pus a pénétré dans la gaine du sterno-mastoïdien. Parfois, la contracture de ce muscle est attribuable à l'engorgement des ganglions du cou, à un abcès ganglionnaire secondaire.

Enfin, circonstance plus grave, elle peut cacher une thrombose de la veine jugulaire, consécutive à celle du sinus latéral, et aux yeux éclairés décèle ainsi les fâcheuses complications de l'otite suppurative, au milieu d'un appareil symptomatique d'une gravité souvent méconnue.

La raideur de la nuque vient ensuite annoncer avec le coma la fin prochaine et l'envahissement de l'encéphale : c'est un tableau trop fréquent à la suite des otites suppuratives infectieuses, à l'évolution desquelles le médecin n'a rien vu ni prévu.

8° Dans ces affections suraiguës, le rôle de l'otite dans la genèse des complications mastoïdiennes, méningées, etc., et d'une contracture du sterno-mastoïdien simultanée se reconnaît sans effort. Le rapport est saisissable aussitôt et le pronostic s'impose; la pathogénie est claire, et le diagnostic facile.

Il n'en est pas toujours de même, surtout dans les vieilles otorrhées, et moins encore dans le réveil des ostéo-périostites, caries auriculaires et périauriculaires du rocher, séchées, oubliées souvent chez les enfants.

Alors le torticolis unilatéral peut être le premier symptôme du retour de l'infection, le seul signe prémonitoire d'une complication cérébrale menaçante.

Dans mon observation n° 1, il est apparu quinze jours avant les accidents épileptiformes. Le trait d'union entre le torticolis et ces accidents convulsifs était une affection suppurative chronique de l'oreille et des cellules mastoïdiennes profondes.

Au point de vue de l'allure, le torticolis ressemblait au torticolis dit rhumatismal.

On ne comprit l'évolution du mal qu'après l'inspection de l'oreille; on ne guérit la petite malade qu'en agissant sur l'oreille, c'est-à-dire sur le foyer infectieux.

Une pachyméningite ancienne constitue sans doute la prédisposition aux troubles cérébraux que la nouvelle poussée inflammatoire fait naître. Il faut alors chercher l'otorrhée.

Cette conclusion s'impose donc : « malgré son allure simple, tout torticolis doit conduire à examiner l'oreille. »

9° Dans le torticolis simple, l'exploration de l'oreille du côté de la déviation et de son acuité auditive peut faire découvrir une otite catarrhale ou autre concomitante restée sans autre manifestation symptomatique.

10° Le torticolis a été observé en effet avec certaines formes subaiguës d'otites dont la terminaison par une surdité persistante et bilatérale montre bien la gravité, malgré cette bénignité trompeuse.

11° L'examen de l'oreille est ainsi logiquement recommandé dans toute déviation de la tête et du cou, bien qu'il y ait absence de tout signe actuel de souffrance auriculaire : à plus forte raison s'il y a du vertige, des bourdonnements ou de la surdité, ou de l'otalgie, et surtout une vieille otorrhée.

12° Les cautérisations, les traumatismes, les inflammations du pharynx peuvent causer le torticolis unilatéral ou la raideur du cou ; et une attitude penchée passagère ; mais pharynx et oreille sont bien proches.

13° Dans les otites scléreuses, dans le vertige de Ménière, et dans les tintouins, dans les excitations labyrinthiques névrosiques, on observe fréquemment le raideur des masses musculaires de la nuque, les douleurs dans les mouvements étendus de la tête, des craquements dans le cou, et quelquefois des ports particuliers de la tête, sans contracture véritable cependant : réflexe labyrinthique que les pressions centripètes et le Politzer provoquent en certains cas.

14° Chez l'enfant en bas âge, au sein, surtout s'il est atteint d'une suppuration otique, les plaintes, les cris de douleur poussés par crises, quand on le remue, quand on le couche, qu'on le lève ou qu'on le berce, et dès que la tête n'est pas posée d'aplomb, doivent faire soupçonner la raideur douloureuse des muscles qui meuvent la tête, et porter à examiner aussitôt l'audition et les oreilles.

Dans le cas où l'otorrhée est connue, de l'apparition de ces crises, on pourra, en temps utile, conjecturer une extension

du mal: et elles annonceront les complications méningées, bien avant les convulsions épileptiformes, le délire et le coma; s'il y a dysphagie, on prévoira la possibilité d'un abcès rétropharyngien *ab aure læsâ* consécutif.

15° Les observations indiquent la coïncidence de la surdité et du torticolis spasmodique ou tic; j'ai deux faits de cet ordre, où l'étiologie otitique n'est pas douteuse.

15° Dans certaines lésions (néoplasmes) du cervelet et de la moelle allongée, la surdité et la contracture des muscles rotateurs de la tête ont été observées sans lésion appréciable de l'organe périphérique (tumeurs du corps restiforme, du cervelet, des pédoncules, etc...). R. Romme.

HUITIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Lyon du 9 au 13 octobre.

Plaie de poitrine par balle de revolver.

M. Auguste Reverdin (Genève) a observé un malade de 46 ans qui reçut une balle de revolver du diamètre de 9 millimètres dans la région dorsale droite. Cette balle, après avoir coupé l'artère intercostale correspondante, perfora la partie inférieure du poumon, puis le diaphragme, pour aller se loger dans le tissu cellulaire de la région sous-mammaire.

Aux accidents de syncope dus à une hémorrhagie considérable qui eut pour résultat de remplir de caillots la plèvre droite, succédèrent des accidents asphyxiques.

Ces accidents, dus au passage de l'air pulmonaire à travers la perforation du diaphragme, allèrent croissant au point que, deux jours après l'accident, la distension de l'abdomen était telle qu'il était absolument impossible de pincer la peau. Les symptômes de péritonite manquant entièrement, on fut conduit à reconnaître la vraie nature de ce ballonnement excessif et à y remédier par une ponction et une opération avec le gros trocart de l'appareil de Potain. Cette ponction soulagea le malade d'une façon immédiate, mais peu à peu le passage de l'air ayant continué, il fallut placer un second trocart et continuer à pomper l'air jour et nuit.

Le malade réclamait lui-même ces manœuvres et s'en trouvait chaque fois très soulagé.

Malgré tout, la mort survint le troisième jour.

L'autopsie confirma en tous points les prévisions de la clinique. Si les circonstances l'avaient permis, c'est-à-dire si le blessé avait été capable de supporter une intervention quelque peu importante, il eût peut-être été indiqué de réséquer une ou deux côtes, de lier ou pincer le poumon au niveau de sa blessure, de recoudre le diaphragme et de maintenir béante l'ouverture ainsi créée.

Dans l'espèce, il n'y avait pas possibilité d'y songer.

De la résection costo-pleurale dans les tumeurs solides des parois thoraciques.

M. Vautrin (Nancy). — Les tumeurs solides des parois thoraciques qui peuvent nécessiter la résection costo-pleurale ont pour origine : soit le plan superficiel comprenant les parties molles y compris la mamelle, soit le plan profond, c'est-à-dire les côtes et la plèvre.

Les tumeurs nées dans le sein sont les plus fréquentes. Elles gagnent le plan profond lorsqu'elles ont une allure envahissante, ou lorsqu'elles sont le résultat d'une propagation le long des lymphatiques que Poirier et Rieffel ont décrits comme trait d'union entre la mamelle et les ganglions avoisinant l'artère mammaire interne. Le plus souvent ce sont les récidives de tumeurs déjà opérées du sein qui envahissent le gril intercostal et la plèvre.

L'auteur rapporte une observation de sarcome encéphaloïde du sein chez une jeune fille de 19 ans, développé dans le sein droit et ayant envahi les muscles pectoraux, l'aisselle, et enfin les côtes et la plèvre. L'extirpation nécessita la résection de cinq côtes depuis les cartilages para-sternaux jusqu'en arrière de la ligne verticale axillaire, et l'excision de la plèvre pariétale sur une étendue de 8 centimètres en largeur et de 6 centimètres en hauteur. Cette large ouverture fut comblée par un lambeau de parties molles qui fut réuni par sa face cruentée aux bords de la plaie séreuse. Un drain avait été placé dans le cul-de-sac pleural à travers la paroi postérieure du thorax, pour évacuer les liquides qui devaient s'accumuler. L'opération se termina heureusement et la malade guérit en deux mois. Opérée en 1889, elle n'a souffert durant ces cinq années d'aucun trouble cardio-pulmonaire. Elle peut être considérée comme définitivement guérie. L'examen indique que la peau adhère intimement au poumon; les mouvements d'inspiration et d'expiration s'accompagnent de soulèvement et de dépression alternatifs de la cicatrice.

Dans une autre observation, l'auteur montre la plaie produite par la résection costo-pleurale, comblée par une autre méthode. Il s'agit d'une récidive de carcinome mammaire sur la cicatrice d'une ablation antérieure. Les 5e et 6e côtes sont réséquées sur une étendue de 7 centimètres; les 4e et 7e côtes sont réséquées sur une étendue de 4 à 5 centimètres seulement. La plèvre est excisée sur une surface de 3 cent. 5 de diamètre environ. Pour combler la perte de substance, l'auteur eut l'idée d'amener le poumon rétracté jusqu'à la plaie pariétale et de suturer la séreuse viscérale aux lèvres de la plaie pleurale. Ce plan fut exécuté et la guérison survint sans accident. Dès le troisième jour, le poumon avait repris son fonctionnement et le pneumo-thorax avait disparu.

Les tumeurs développées sur les côtes, chondromes, chondro-sarcomes, ostéo-sarcomes, sont celles qui nécessitent, le plus souvent, la résection costo-pleurale. L'auteur en a réuni dix cas. Ces tumeurs sont généralement très étendues et prennent des adhérences tantôt avec le poumon, lorsqu'elles siègent sur les premières côtes, tantôt et plus souvent avec le diaphragme, lorsqu'elles se développent sur les côtes inférieures. Il importe d'opérer vite pour éviter la généralisation.

En réunissant les observations connues de résection costo-pleurale pour tumeurs solides du thorax, l'auteur est arrivé au chiffre de 14 cas, avec 3 morts, soit une mortalité de 21,4 0/0, ce qui n'est pas considérable, étant donnés les délabrements nécessaires. Quatre fois le diaphragme fut excisé sur une certaine étendue.

Les conclusions sont les suivantes :

L'intervention dans les tumeurs des parois thoraciques est pleinement justifiée, même dans les cas où la propagation s'est étendue aux côtes et à la plèvre.

L'excision d'une portion de la plèvre ou du diaphragme, la résection étendue des côtes, bien qu'étant une opération sérieuse, ne doit pas faire reculer le chirurgien, puisqu'elle s'adresse à une affection redoutable et rapidement mortelle.

Après l'excision de la plèvre, trois procédés peuvent être employés pour combler la perte de substance : 1° la suture simple, si l'ouverture est petite ; 2° la suture des bords de la plaie pariétale avec la séreuse viscérale, si l'ouverture est de moyenne étendue ; 3° l'obturation par un lambeau cruenté avec drainage pleural, lorsque la perte de substance est très large.

Lorsque le diaphragme a été intéressé, la suture simple suffit généralement pour fermer la plaie. S'il existe une perte de substance plus importante, il est indiqué de suturer les bords de l'ouverture à la plèvre pariétale ; on ferme ainsi la plaie en la comblant par la surface pleurale.

Traitement opératoire des fractures anciennes du col du fémur.

M. Lejars. — L'impotence consécutive aux fractures du col du fémur tient, pour une large part, aux deux causes suivantes que l'examen des pièces d'autopsie et de musée permet de relever : 1° la non-soudure fréquente des deux fragments; 2° le développement d'hyperostoses volumineuses autour du col fracturé et du grand trochanter. Cette double lésion existait dans le cas suivant où l'intervention opératoire m'a donné un bon résultat.

Il s'agit d'un homme de 47 ans qui entrait, en février dernier, à l'hôpital de la Pitié, pour une déformation de la hanche gauche, compliquée d'une impotence complète du membre antérieur correspondant. Les accidents remontaient à plus d'une année, et les signes d'une fracture ancienne du col du fémur étaient évidents : raccourcissement de 5 centimètres, renversement en dehors et surtout relief énorme, proéminant à la partie postéro-interne du grand trochanter.

Je pratiquai, le 21 février, l'opération suivante : une longue incision curviligne me conduisit sur le grand trochanter ; son bord postérieur était doublé d'une masse osseuse, épaisse et compacte, qui descendait, en pointe, presque jusqu'au contact de la tubérosité ischiatique et s'étendait en dedans jusqu'à peu de distance du bord correspondant du cotyle : il me fallut

d'abord la dénuder, puis la faire sauter par fragments au ciseau et au maillet. L'articulation et le foyer de la fracture devinrent alors accessibles et je constatai que la tête fémorale et les deux tiers internes du col, détachés du reste de l'extrémité supérieure par un trait de fracture irrégulier et à peu près vertical, étaient restés complètement isolés, qu'il n'y avait aucune trace de soudure osseuse entre les deux fragments. Je me mis donc en devoir d'extraire la tête fémorale du cotyle, ce qui se fit sans difficultés. Puis le col fut arrondi et modelé au ciseau, toutes les végétations osseuses soigneusement enlevées, et ce large foyer opératoire tamponné à la gaze iodoformée; la plaie fut suturée partiellement en extension continue immédiatement installée. Les suites de l'intervention furent très simples et, à la fin du mois, la guérison opératoire était complète. Au bout d'un mois et demi, le malade commençait à se lever.

Aujourd'hui, sept mois après l'opération, il marche sans douleur et presque sans boiter, et fait des courses toute la journée pour gagner sa vie. Le résultat fonctionnel est donc très satisfaisant.

Sans avoir trouvé d'autres faits du même genre, je crois pouvoir conclure que, lorsque l'âge et l'état général du sujet s'y prêtent, il faut traiter ces fractures anciennes du col du fémur comme des luxations anciennes, par l'ouverture large du foyer et la résection.

Opération du goître.

M. Roux (Lausanne). — Je n'opère jamais que les goîtres qui ont résisté au traitement médical, mais je suis opposé aux injections interstitielles, qui causent une sclérose, en raison de laquelle les petits goîtres devenus cicatriciels et constricteurs sont fort difficiles à enlever. Le traitement des goîtres septiques par l'injection est très aléatoire, et très inférieur à l'énucléation. Enfin, je connais trois cas de mort dus à la seringue de Pravaz, tandis que par l'intervention à bistouri j'ai sur 292 opérés une mortalité de 1.36 0/0.

La gêne respiratoire est d'ordinaire l'indication (142 cas, dont 86 avec troubles de la voix et 36 avec cornage); je note 49 fois la gêne de la déglutition (goître rétro-trachéal, ou circulaire); 54 fois des troubles cardiaques, très améliorés après l'opération,

Comme sexe, je compte 110 femmes, 7 fillettes, 60 hommes.

Pour l'opération, je reste fidèle à l'anesthésie locale que j'ai recommandée en 1891; je n'ai endormi qu'une trentaine de malades (enfants, filles nerveuses), et l'opération est ainsi plus sanglante.

J'ai pratiqué 104 fois l'ablation par la méthode de Kocher; 73 fois l'énucléation par la méthode de Socin a suffi.

Dix de mes malades avaient vu leur goître ancien dégénérer en sarcome ou en carcinome : une raison de plus pour ne pas abandonner les goîtres à eux-mêmes.

Je n'ai pas observé de myxœdème opératoire.

Enfin, j'ai vu mourir, sans être opérés, deux malades qui me donnent l'occasion de discuter la mort subite par le goître, le « Kropftod » de Rose. Pour expliquer ces morts, je ne crois pas exactes les théories de Rose, de Krœnlein, et en particulier je ne crois pas qu'il faille faire jouer un grand rôle à la contraction des muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien : je ne vois guère ces muscles étranglant leur propriétaire. En réalité, la trachée est aplatie en fourreau de sabre, comme l'a dit Demmé; et il faut admettre avant tout le rôle de congestions actives ou passives, par lesquelles le goître augmente brusquement et rétrécit encore la lumière trachéale. Le cou d'un goîtreux est effet une véritable éponge goîtreuse. De là le rôle du refroidissement; et lorsque la gêne respiratoire commence, les efforts musculaires qu'elle provoque ne font qu'aggraver la congestion visuelle cervicale.

REVUE DES JOURNAUX

Empoisonnement par le chlorate de potasse (Ein Fall von Kalichloricum-Vergiftung), par Markwald (*Centralb. f. inn. Med.*, 1894, n° 28, p. 641). — Il s'agit d'un homme de 33 ans atteint d'une angine folliculaire simple auquel on prescrit les gargarismes avec une solution de chlorate de potasse à 3 0/0; 24 heures après l'auteur est appelé auprès du malade pris dans la nuit de douleurs violentes dans le ventre avec diarrhée et vomissements. L'état s'aggrave très rapidement et quelques heures plus tard le malade présente au complet le tableau de l'empoisonnement par le chlorate de potasse: collapsus, face pâle, yeux caves, lèvres livides, pouls petit et rapide, anurie. Sous l'influence du traitement (opium, excitants, boissons abondantes, etc.), l'état s'améliore. Deux jours après le malade a un ictère qui disparaît au bout de quatre jours, et six jours plus tard le malade peut quitter le lit.

L'urine qu on n'a pu avoir qu'au bout de deux jours présentait tous les caractères d'une hémoglobinurie et renfermait des cylindres hyalins et de l'épithélium rénal. Le sang pris par piqûre au doigt offrait tous les caractères d'une hémoglobinémie.

Perforation de l'utérus avec prolapsus de l'intestin pendant le curettage (Ein Fall von Perforation des Uterus beim Curettement mit Vorfall und Einklemmung des Darmes), par Alberti (*Centralb. f. Gynæk.*, 1894, n° 39, p. 937). — Il s'agit d'une V pare de 34 ans qui après une fausse couche de quelques semaines est prise d'accidents subaigus de rétention placentaire. Un médecin, consulté un mois environ après le début des accidents, fait le curettage de l'utérus et introduit une pince pour retirer de l'utérus les membranes enlevées. Mais au lieu des membranes il amène à la vulve une anse intestinale. Il replace alors l'intestin dans le vagin, fait un tamponnement à la gaze iodoformée et fait porter la malade à l'hôpital, où l'on fait séance tenante la laparotomie. On arrive alors à réduire l'anse intestinale serrée entre les lèvres de la perforation utérine. Suture de l'intestin déchiré dans un point, suture de la perforation qui siégeait au fond de l'utérus dont les parois étaient extrêmement amincies. Guérison.

Périnéorrhaphie pendant la grossesse (Operation eines totalen Damrisses wahrend der Schwangerschafft), par Littauer (*Centralb. f. Gynækol.*, 1894, n° 35, p. 833). — Histoire d'une femme de 25 ans à laquelle on fait la périnéorrhaphie pour une déchirure complète du périnée, montant à 3 cm. dans le rectum. L'opération a été faite pendant la grossesse à cause d'une incontinence complète de gaz et de matières fécales, qui a gravement retenti sur la santé de la malade. Quelque temps plus tard, la malade fut accouchée au forceps sans que le nouveau périnée cédât.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 novembre 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Appendicite.

M. Poncet (Lyon) lit un mémoire sur la résection à froid de l'appendice dans l'appendicite à rechutes. (*Sera publié.*)

Cocaïne et leucocytes.

M. Maurel (Toulouse). — La mort sous l'influence de la cocaïne peut se produire par deux mécanismes différents : l'un qui correspond aux cas de mort consécutifs à l'administration de la cocaïne donnée à hautes doses par la voie stomacale; et l'autre qui correspond aux cas de mort accidentelle se produisant avec des doses relativement faibles, mais employées en solution concentrée.

Il est probable que, dans ces deux cas, l'action de la cocaïne sur les leucocytes doit jouer un certain rôle dans l'explication de la mort; mais je pense que cette part est peu grande dans les cas de mort accidentelle, et même que, dans ces derniers cas, c'est à l'action de la cocaïne sur les leucocytes que revient le rôle le plus important.

Comité secret.

Sur le rapport de M. Paul Berger, l'Académie établit comme il suit la liste de présentation à la place déclarée vacante dans la section de médecine opératoire : 1° M. Lucas-Championnière; 2° M. Reclus; 3° M. Delens; 4° M. Ch. Monod; 5° *ex æquo* et par ordre alphabétique MM. Delorme et Pozzi.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre 1894.

Présidence de M. Lucas-Championnière.

Cystostomie sus-pubienne.

M. Routier a pratiqué une douzaine de fois, à l'hôpital Necker, la cystostomie sus-pubienne, qu'il considère comme excellente contre certaines cystalgies et certaines rétentions d'urine. Pour juger de l'opération, on ne peut se fonder sur un pourcentage de mortalité, car on intervient chez de vieux prostatiques souvent arrivés au dernier degré de l'infection et de la cachexie, qui souvent meurent sans opération. C'est donc des résultats thérapeutiques qu'il faut s'enquérir. Pour la rétention aiguë, M. Routier a toujours réussi le cathétérisme. Pour les phénomènes douloureux, cinq opérations, toutes heureuses. Pour les rétentions chroniques, après échec des essais de sondage, sept opérations avec trois décès et quatre bons résultats. Il est à noter que souvent les malades ne sont pas incontinents; qu'après l'opération la prostate diminue remarquablement de volume et qu'on peut souvent alors fermer la fistule. C'est une excellente intervention, mais il ne faut pas l'appliquer à tous les cas et les indications posées par Tuffier sont bonnes.

M. Polaillon cite un cas de taille sus-pubienne avec cathétérisme rétrograde dans un cas de rétention aiguë avec fausses routes. Résultat excellent.

M. Pousson (Bordeaux) adresse une note où il fait un parallèle entre la cystostomie qui cherche à supprimer la vessie en tant que réservoir (névralgies, hémorrhagies) et la cystostomie où l'on veut créer une fistule, l'urèthre étant obstrué. Chez les prostatiques, M. Pousson est de ceux qui pensent que dans l'immense majorité des cas la sonde doit suffire. M. Pousson rappelle l'observation de fistule périnéale qu'il a communiquée au Congrès de Lyon (voy. *Mercredi*, p. 515) et il conclut que la cystostomie sera surtout indiquée en dehors de l'hypertrophie prostatique.

M. Tuffier n'a voulu parler que des prostatiques. Certes c'est un pis aller que la cystostomie, mais quelquefois elle sauve le malade. Pour les hémorrhagies, les douleurs, tout le monde est d'accord. Reste donc la question délicate des accidents infectieux : alors il faut essayer de la sonde. Si cela échoue, ou si les accidents persistent, qu'on ne tarde pas trop à opérer.

M. Bazy pense, quoi qu'en dise M. Routier, que c'est parfaitement l'opération qui tue les vieux prostatiques, et de là ses réserves. Il préfère, en principe, le drainage par les voies naturelles, et ajoute que par la sonde à demeure, une fois la vessie propre, la prostate se décongestionne toujours.

M. Routier croit que ce n'est pas comparable à ce qu'on voit après la cystostomie.

Bouton de Murphy.

M. Quénu déclare qu'il partage l'opinion de M. Richelot sur l'efficacité du bouton de Murphy, auquel M. Chaput a adressé des reproches purement théoriques. Il présente un bouton rendu au huitième jour par un homme opéré de gastro-entérostomie.

Cure radicale d'une hydronéphrose congénitale.

M. Martin (Genève). — Chez un enfant de deux ans, rachitique, j'ai constaté, dans la région ombilicale et dans l'hypochondre gauche, l'existence d'une tumeur arrondie, dure, pâteuse dans une partie de son étendue, séparée du foie par un sillon évident, fluctuante et donnant la sensation de flot. Une ponction exploratrice donna issue à 600 grammes de liquide; elle fut suivie de douleurs abdominales et de vomissements qui se calmèrent bientôt. Je tentai la cure radicale de la tumeur six jours après cette première intervention. Je pratiquai donc une longue incision lombaire; la tumeur fut aisément attirée, ainsi que le hile rénal, jusque dans la plaie, et je pus faire la néphrectomie sans grande difficulté. Les suites furent heureuses et le jeune enfant guérit rapidement. A l'examen de la pièce, on put constater que l'orifice de l'uretère était très étroit; dans cette atrésie congénitale résidait évidemment la cause de l'hydronéphrose. Je ne suis pas partisan de la ponction comme traitement de l'hydronéphrose; elle est souvent inefficace et, la plupart du temps, suivie d'accidents. D'autre part, la néphrectomie me semble bien préférable à la néphrotomie; pour la pratiquer, la voie lombaire me paraît valoir mieux que la voie transpéritonéale.

M. Kirmisson. — M. Broca vous a présenté récemment un diverticule de Meckel resté adhérent à la cicatrice ombilicale, ouvert à l'extérieur et formant une petite tumeur recouverte d'une muqueuse évaginée. Les cas pareils sont assez rares. Autrefois, ils étaient tout à fait ignorés. Cependant, on voyait quelquefois, après la ligature du cordon ombilical, s'établir une fistule stercorale et on ne savait trop comment interpréter cet accident, puisque l'absence de toute obstruction intestinale indiquait bien que l'intestin n'avait point été saisi dans l'anse du fil à ligature. C'est le professeur Farabeuf qui, il y a quelques années, a donné, devant la Société de chirurgie, la véritable pathogénie de ces fistules ombilicales.

Dans le cas de M. Broca, il s'agissait d'un enfant de six mois; la tumeur, qui avait la forme d'un véritable polype, était unie à la cicatrice ombilicale par un petit pédicule d'un centimètre de diamètre environ. Il n'y avait point issue de matières fécales au dehors, et pourtant le diverticule communiquait avec la cavité intestinale. Notre collègue a pratiqué l'extirpation de ce diverticule; tout autour de sa base, il a disséqué une collerette de peau et décollé les tissus voisins; il est ainsi arrivé sur le péritoine, l'a ouvert, a constaté la communication du diverticule avec l'intestin, l'a excisé tout à fait à la base, au niveau de son point d'implantation, et a fait une entérorrhaphie latérale par double plan de suture. A mon avis, ce procédé d'extirpation radicale est préférable à tous les autres. Inutile de dire que l'opération est, dans tous ces cas, amplement légitimée par l'existence d'une fistule d'une part, et par les craintes d'étranglement interne qu'on peut avoir d'autre part, puisque l'intestin vient quelquefois se couder sur ces brides diverticulaires.

M. Berger. — Je crois aussi qu'il faut toujours opérer ces diverticules et les opérer par l'extirpation, en ouvrant le péritoine et en les réséquant.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 novembre 1894.

Présidence de M. Dareste.

Influence du mouvement sur le chimisme stomacal.

M. Gilbert dépose, au nom de **MM. Surmont** et **Brunelle** (Lille), une note relative à l'influence que les mouvements exercent sur le chimisme stomacal.

Les expériences faites par ces auteurs sur des chiens auxquels ils ont donné le repas d'épreuve et dont le contenu stomacal était examiné pendant le repos et après les mouvements, ont montré que, sous l'influence du mouvement, il survient une augmentation très notable de l'acidité totale et de la chlorhydrie du suc gastrique. De ces expériences, ils tirent les deux conclusions suivantes :

1° Dans les analyses destinées à établir le chimisme stomacal d'un sujet, il convient de prescrire le repos après l'absorption du repas d'épreuve afin de se placer dans les conditions les plus simples et toujours les mêmes.

2° Au point de vue thérapeutique, le repos doit être conseillé après les repas aux malades qui présentent les phénomènes d'excitation gastrique, l'exercice aux hypopeptiques.

Pouvoir bactéricide de l'acide chlorhydrique libre et combiné.

M. Gilbert a fait une série d'expériences sur le pouvoir bactéricide de l'acide chlorhydrique libre et de l'acide chlorhydrique combiné sur certaines bactéries pathogènes (colibacille, bacille d'Eberth, vibrion du choléra), et trouvé que l'acide chlorhydrique libre possédait un pouvoir bactéricide très marqué envers ces micro-organismes; par contre, le pouvoir bactéricide de l'acide chlorhydrique combiné était minime.

En comparant les chiffres de HCl libre nécessaires pour réaliser *in vitro* le pouvoir bactéricide avec ceux de HCl du suc gastrique normal, M. Gilbert montre qu'à l'état normal, le suc gastrique ne possède aucun pouvoir bactéricide sur les microbes qui pénètrent dans l'estomac.

Le résultat de ces expériences est confirmé par plusieurs faits d'ordre clinique ou expérimental. On sait en effet que le chyme est chez le chien, par exemple, plus riche en bactéries que les matières fécales; d'un autre côté, l'existence des infections d'origine intestinale montre que les bactéries peuvent traverser l'estomac sans être détruites.

Les lésions initiales du tabes.

M. Nageotte a eu l'occasion d'examiner la moelle dans 4 cas de tabes dont un compliqué de paralysie générale. L'examen a porté plus particulièrement sur les racines postérieures.

L'examen des préparations a montré les faits suivants :

Tandis que le ganglion ne présente aucune lésion et que la partie de la racine située dans la gaine dure-mérienne offre des fibres nerveuses dégénérées, on trouve déjà une périnévrite très accusée dans la partie comprise entre le ganglion et l'émergence des racines. Cette péri-névrite est formée par un tissu embryonnaire qui entoure les faisceaux nerveux et qui plus tard subit la transformation fibreuse.

Influence des peptones sur la coagulation du sang.

M. Contejean. — On sait que lorsqu'on injecte dans les veines d'un chien une certaine quantité de peptone, le sang de l'animal perd pour quelques heures le pouvoir de se coaguler *in vitro*. Or les recherches de M. Contejean lui ont montré que si l'on injecte à un chien le sang d'un autre chien qui avait subi une injection de peptone, le sang du premier chien se coagule fort bien quand on lui fait ensuite une injection intraveineuse de peptone. Autrement dit, le sang d'un chien peptonisé injecté à un autre chien confère à celui-ci une immunité contre la peptone. De plus, une première injection intra-veineuse de peptone confère à l'animal une certaine immunité en ce sens qu'une seconde injection n'empêche plus la coagulation du sang.

Les injections intra-péritonéales de peptone ou de sang des animaux peptonisés, ne possèdent pas de propriétés immunisantes.

M. Gilbert dépose au nom de M. Auché (de Bordeaux) une note sur un cas de *paraplégie au cours de la variole*. L'examen de la moelle permit d'y constater la présence de coli-bacilles et de streptocoques. Les coli-baciles furent retrouvés dans les autres organes. Pour M. Auché, la myélite était due à une infection par le streptocoque.

R. Romme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 novembre 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Sur un cas d'obstruction intestinale avec absence de vomissements fécaloïdes.

M. Lemoine, du Val-de-Grâce, rapporte une observation semblable à celle que M. Catrin a publiée dans une des précédentes séances. Il s'agit d'un homme de 22 ans, atteint depuis longtemps de troubles digestifs vagues. Il fut pris un jour d'une violente douleur abdominale, accompagnée d'une céphalée vive et d'une fièvre assez élevée. Le malade se met à tousser et on trouve des signes de congestion pulmonaire ; après neuf jours, le malade est repris de fièvre, d'une douleur épigastrique, et d'un point de côté gauche. Le traitement a encore facilement raison de ces accidents. Mais deux jours après on observe tous les signes de pleurésie diaphragmatique, et en même temps le ventre apparait ballonné à la région supérieure ; les jours suivants la constipation s'installe rebelle.

Le météorisme se généralise, les phénomènes de broncho-pneumonie s'accusent et le malade succombe.

A l'autopsie, on aperçoit une poche énorme formée par le côlon ascendant, puis on voit que l'extrémité pylorique de l'estomac est repliée vers l'hypocondre gauche, et attirée par une bride qui enserre le côlon transverse en son milieu. Le duodénum est aussi étranglé très profondément.

Les poumons présentent des lésions de broncho-pneumonie arrivées à la période de suppuration.

L'absence de vomissements fécaloïdes est certainement due à l'étranglement du duodénum.

La broncho-pneumonie reconnaissait le coli-bacille comme agent pathogène.

M. Rendu. — La très intéressante observation de M. Lemoine n'est qu'un cas particulier d'un fait général qui se produit toutes les fois qu'il y a stagnation des matières stercorales et obstruction intestinale. Il n'est pas même besoin que l'intestin soit lésé. Le simple engouement par le fait de la constipation chez les personnes âgées dont le tube digestif est atonique suffit à créer les conditions de la septicémie ou pour mieux dire de l'infection coli bacillaire.

Comme chez le malade de M. Lemoine, on réussit souvent à débarrasser l'intestin au moins momentanément et il semblerait que la guérison doit se produire: mais on voit le tympanisme persister, la langue se sécher, la température devenir basse et les sujets succomber à un véritable empoisonnement, à l'infection produite par la diffusion du coli-bacille.

Ce processus a été, il y a plus de vingt ans, parfaitement exposé par mon collègue M. Humbert, chirurgien des hôpitaux, qui a fait sa thèse inaugurale sur l'empoisonnement par la rétention stercorale et montré que c'était le mécanisme habituel de la mort après les opérations des hernies étranglées.

Erythèmes médicamenteux.

M. Siredey présente au nom du Dr Ausset, médecin aide-major à Limoges, deux observations d'érythème scarlatiniforme d'origine hydrargyrique.

La première se rapporte à un militaire qui avait fait des frictions d'onguent napolitain pour se débarrasser de pediculi-pubis.

Dans la seconde, l'étiologie est moins banale ; il s'agit d'un enfant de sept mois dont la mère se lavait soigneusement les seins, après chaque tétée, avec une solution de sublimé au 1/2000.

M. Sevestre fait remarquer qu'il y eut de la fièvre dans le cours d'une de ces éruptions et que peut-être le diagnostic de fièvre éruptive est difficile à écarter complètement.

M. Rendu ne pense pas que l'existence de la fièvre soit incompatible avec la production des érythèmes médicamenteux. On sait que les éruptions dues à l'antipyrine s'accompagnent souvent d'une poussée thermique indéniable.

Kyste hydatique du foie et cirrhose hypertrophique.

M. Ferrand rapporte une observation, avec autopsie, de kyste hydatique développé sur la face inférieure du foie et coïncidant avec une cirrhose hypertrophique.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 2 novembre 1894.

Tumeur du sein compliquée de galactocèle.

M. Villar rapporte l'observation d'une femme de 57 ans à laquelle il a enlevé une tumeur du sein dans le service de M. Demons. Cette femme ne présentait rien de particulier comme antécédent. Elle avait eu plusieurs enfants qu'elle avait allaités normalement. Dans l'intervalle des allaitements la sécrétion lactée disparaissait. Il y a trois ans apparut une petite tumeur au-dessus du mamelon. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume. Au moment où la malade a été observée, les ganglions de l'aisselle étaient envahis. La tumeur, qui avait tous les caractères carcinomateux, fut enlevée, le curettage de l'aisselle pratiqué. Pendant l'ablation de la tumeur on découvrit au-dessus d'elle et au fond de la plaie opératoire l'existence d'une petite poche pleine de liquide blanchâtre, qui n'était autre que du lait.

Rupture de l'intestin et du foie.

M. Dubouchet rapporte une observation de rupture complète de l'intestin, de section de la moitié inférieure du

mésentère et de rupture du foie consécutivement à la chute sur le ventre d'un individu d'un pavé tombé de la hauteur d'un wagonnet.

Cancer du larynx.

M. Frankel a observé le cas suivant dans le service de M. Roques à l'hôpital Bichat. Il s'agit d'un homme de 53 ans, entré pour une tumeur violacée et ulcérée de la région cervicale gauche. Il faisait remonter son affection à 5 ou 6 mois. Il était dans un état d'adynamie profonde et éprouvait des vomissements et de la dysphagie. La mort eut lieu avec des symptômes asphyxiques. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'adénopathie ganglionnaire énorme consécutive à un cancer du larynx. Mais la lésion cancéreuse était très légère du côté du larynx et n'avait touché qu'un point de la muqueuse. Le peu d'intensité des lésions laryngées n'avait pas empêché l'énorme développement cancéreux ganglionnaire.

Séance du 9 *novembre* 1894.

Nouveau procédé opératoire pour rétroflexion.

M. Chaput rappelle les différents inconvénients de l'hystéropexie par voie abdominale (difficulté de l'évolution utérine pendant la grossesse, tiraillements, brides péritonéales, etc.). Les interventions par la voie vaginale sont difficiles à parfaire : il est plus facile de fixer l'utérus de la façon suivante. Après laparotomie sur la ligne médiane, on amène l'utérus en haut; on fait une incision du péritoine de la face antérieure, dans le sens horizontal, incision rejoignant les ailerons du ligament large ; on décolle ensuite le péritoine de la face antérieure, on amène le fond de l'utérus à la lèvre inférieure de la boutonnière péritonéale, et on l'y fixe par des points de suture. Il se produit, suivant les cas, et suivant le désir du chirurgien, ou une situation verticale de l'utérus, ou une antéversion, ou une antéflexion. Cette nouvelle situation est maintenue par le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin qui forme un nouveau ligament antérieur très solide. M. Chaput apporte deux cas à l'appui de ce nouveau procédé opératoire.

Recherche du glycogène dans les tumeurs.

M. Brault, en lisant dans les travaux de Cl. Bernard le développement du glycogène dans les tissus du fœtus, a été amené à étudier sa présence dans les différentes tumeurs. Comme le démontrent les nombreuses pièces histologiques présentées, c'est dans le sarcome que son développement prend une importance considérable; on en trouve dans chaque cellule. Il existe dans les carcinomes de toutes les régions, de tous les tissus (cuir chevelu, langue, larynx, utérus, etc.). D'après l'étude de sa présence dans les tumeurs diverses, on constate qu'il est en raison directe de la rapidité d'évolution de la tumeur, d'où l'utilité pour le chirurgien de le rechercher pour l'indication du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Ce glycogène se trouve situé sous forme de gouttes autour du noyau, dans le protoplasma et rappelle assez bien, morphologiquement, l'aspect des globules de graisse.

Anomalie de siège de la vésicule biliaire.

M. Griffon a trouvé, à l'autopsie d'une femme de 71 ans, une vésicule biliaire de volume double de la normale située en grande partie sur la face convexe du foie, où elle dessinait un sillon; son embouchure au canal cholédoque se faisait au niveau du hile comme sur un foie normal; le col de la vésicule en se réfléchissant au niveau du bord convexe y déterminait une échancrure assez large. Dans cette situation, la vésicule se mettait en rapport avec la partie interne des fausses côtes à travers le diaphragme. Elle contenait trois calculs. Comme on a trouvé quelques anomalies du côté des vaisseaux portes, on peut penser qu'il s'agit ici d'ectopie congénitale.

Laparotomie pour extraction d'une longue aiguille de la cavité péritonéale.

M. Thiéry a été appelé, il y a deux jours, pour examiner une femme qui avait dans l'abdomen une aiguille à chapeau; celle-ci fut sentie à travers la paroi, dans le voisinage de l'hypochondre gauche. Comme il n'y avait aucun symptôme (ni douleur, ni vomissements), on ne voulut pas intervenir, d'autant plus qu'on diagnostiqua, dans l'examen de l'abdomen, une grossesse de quatre mois environ. Le soir, on sentit de nouveau l'aiguille, mais, cette fois, sous la peau de la région de la fosse iliaque, près de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Après injection sous-cutanée de cocaïne, on incisa la peau, les muscles de l'abdomen, et on trouva la pointe de l'aiguille qui, dirigée en avant, avait son autre extrémité dans la direction du promontoire. L'opération n'eut aucune suite fâcheuse; la malade est en voie de guérison et en observation. On a cherché en vain le point d'entrée de l'aiguille, longue de douze centimètres environ.

Luxation d'un goître comprimant la trachée. Mort par pneumonie infectieuse.

M. Du Bouchet a observé un malade qui présentait un goître assez volumineux comprimant la trachée et occasionnant du cornage et du tirage. Le larynx était fortement refoulé à gauche. Bien que le malade présentât quelques symptômes broncho-pulmonaires, on dut intervenir pour faciliter la respiration. Après incision de la peau sur la tumeur, le corps thyroïde se logea facilement. Il y eut amélioration immédiate, mais onze jours après la mort survint par pneumonie infectieuse. L'autopsie montra l'aplatissement de la trachée sur une longue étendue; en disséquant la tumeur, on constata que le nerf récurrent affectait des rapports intimes avec elle, et qu'une ligature élastique du goître, après sa luxation, avait intéressé les nerfs récurrents.

Ulcère de l'estomac. Abcès sous-phrénique.

M. Dufournier rapporte l'observation d'une femme qui présenta, il y a un an, des symptômes d'ulcère simple de l'estomac. Vers cette époque elle eut des douleurs abdominales, des vomissements, de la diarrhée qui firent poser le diagnostic de pelvi-péritonite. Dans ces derniers temps, il y avait une douleur localisée à l'hypochondre gauche, de la sonorité exagérée à l'espace de Naulé, du bruit d'airain et l'absence de respiration à ce niveau. Le cœur était refoulé en haut et à droite. Le diagnostic porté fut pleuro-pneumonie tuberculeuse.

On trouva à l'autopsie un immense abcès sous-phrénique limité à droite par la faux du péritoine, en haut le diaphragme, en avant l'estomac, et en bas le mésocôlon. Cette poche purulente communiquait avec l'estomac par un trajet aboutissant à un ulcère de la muqueuse. La rate baignait dans le pus de la cavité sous-phrénique.

Dilatation de l'œsophage. Mort subite.

M. Péron présente un œsophage dilaté trouvé à l'autopsie d'un malade mort subitement sans cause appréciable, au moment où il mangeait. L'œsophage a les dimensions d'un poignet; il est régulier; on ne trouve d'ulcération ni sur sa muqueuse ni sur celle de l'estomac. La régularité de ce canal membraneux fait penser qu'il s'agit d'un fait congénital et nullement acquis. Les pneumogastriques ne présentaient aucune lésion macroscopique.

Péricardite purulente.

M. Péron relate l'observation d'un homme de 20 ans qui fut atteint de bronchite septique et qui au troisième jour présenta une expectoration muco-purulente très abondante qui fit songer à une vomique. Bientôt apparut du frottement péricardique; la fièvre persista vers 40°. Le malade s'affaiblit et mourut. L'autopsie montra qu'il existait un pus fétide dans le péricarde : on trouva dans l'espace sous-trachéal un ganglion suppuré qui peut expliquer un rapport entre la bronchite infectieuse et la péricardite.

Fracture du crâne par balle de revolver.

M. Savariaud présente le cerveau d'un homme qui s'était tiré un coup de revolver (balle de 4 millim.) dans la fosse temporale droite. Le projectile perfora le crâne, passa entre les deux branches de la méningée moyenne, perfora le lobe sphénoïdal droit, la bandelette optique et la capsule interne. On avait reconnu comme symptômes une hémiplégie correspondant à la lésion, de l'hyperesthésie du côté gauche, de la photophobie, du myosis bilatéral. M. Lejars trépana le malade sans résultat : le malade resta dans le coma et mourut.

G. DAGRON.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON, 12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés et très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-aliment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

N° 47 — 21 NOVEMBRE 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 26 novembre au 1er décembre 1894.

Jeudi 29. — M. Chauvière Contribution à l'étude de la forme juvénile du xanthome. — M. Laricq. Du traitement des suppurations mastoïdiennes. — M. Hochet. Contribution à l'étude des kystes synoviaux articulaires du poignet. — M. Zielinski. De la métrite considérée comme cause d'avortement.

Enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. — Dans quelques jours s'ouvriront à la Faculté des sciences de Paris (1, rue Rataud), les cours et travaux pratiques destinés aux jeunes gens qui désirent embrasser la carrière médicale. En voici le programme pour le 1er semestre de l'année :

Physique. — M. P. Janet, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble, chargé du cours, ouvrira ce cours le lundi 19 novembre. Il traitera les lundis, mercredis et vendredis, de huit heures et demie à neuf heures et demie : calorimétrie, thermodynamique, électricité, magnétisme, électromagnétisme.

M. Krouchkoll, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de physique, tous les jours, de une heure et demie à quatre heures et demie.

Chimie. — M. Joannis, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, chargé du cours, ouvrira ce cours le mardi 20 novembre. Il traitera, les mardis, jeudis et samedis, de huit heures et demie à neuf heures et demie, des métalloïdes, des métaux et de la chimie analytique.

M. Péchard, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de chimie tous les jours, de une heure et demie à quatre heures et demie.

Zoologie. — M. R. Perrier, chargé du cours, ouvrira cours le lundi 19 novembre. Il traitera, les lundis et vendredis, de dix heures et demie à onze heures et demie, des caractères des animaux : organes et fonctions.

M. N..., chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de zoologie tous les jours, de une heure et demie à quatre heures et demie.

Botanique. — M. Daguillon, maître de conférences, ouvrira ce cours le mercredi 21 novembre. Il traitera, les mercredis, de dix heures et demie à onze heures et demie, des plantes cryptogames.

M. Matruchot, chef des travaux pratiques, dirigera les manipulations de botanique tous les jours, de une heure et demie à quatre heures et demie.

COURS LIBRES

Hôpital des Enfants-Malades. — Le docteur Jules Simon reprendra ses conférences sur la thérapeutique infantile, le mercredi 21 novembre, à 9 heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le samedi, consultation clinique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chez Rueff et Cie, de la *Bibliothèque Charcot-Debove*, 3 fr. 50.

Les Varices, par le Dr Louis Beurnier, ex chef de clinique à la Faculté.

Vertige, par le Dr Pierre Bonnier.

La Variole, par le Dr de Grandmaison, interne des hôpitaux.

Actinomycose, par les Drs Guermonprez, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille et Bécue de Cassel.

Traitement des anévrysmes, par le Dr J.-B. Duplaix, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique médicale.

Clinique et thérapeutique infantile avec formulaire pratique, par le Dr R. Blache.

Cancer du sein, par M. Ch. Monod, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, et M. Félix Jayle, interne des hôpitaux.
prosecteur à la Faculté.

Ostéomyélite de la croissance, par le Dr Mauclaire, interne, médaille d'or en chirurgie, prosecteur à la Faculté.

Antisepsie et asepsie chirurgicales, par le Dr Auguste Reverdin, professeur à la Faculté de médecine de Genève.

La blennorrhagie chez l'homme. Historiquet bactériologte, clinique, traitements canciens e, nouveaux, par le Dr F.-P. Guiard, an ien interne des hôpitaux, avec préface du professeur Guyon. 1 vol. in-8° carré d'amateur, peau pleine, 8 fr. Paris, 1894. Rueff, éditeurs.

L'œuvre de F.-C. Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées. Deuxième édition. Paris, 1894. O. Doin, éditeur. Un volume in-12 de 260 pages avec portrait et autographe. Prix : 4 fr.

Traité des troubles fonctionnels mécaniques de l'appareil digestif, par le Dr C. Sigaud, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Paris, O. Doin, éditeur. Un volume grand in-8° de 240 p. Prix : 6 fr.

Leçons cliniques sur les tœnias de l'homme, par L.-J.-B. Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine en retraite, etc., etc. Deuxième édition. Paris, 1894. O. Doin, éditeur. Un vol. in-8° de 560 pages avec 51 figures dans le texte. Prix 12 fr.

De la chirurgie du goître et de ses conséquences immédiates et éloignées, par de Vlacèos. Paris, 1895. *Soc. d'Éditions Scientifiques.*

Petite brochure in-8° de 44 pages où sont résumés les divers modes de traitement du goître solide ou kystique. Un chapitre est relatif au myxœdème opératoire et à son traitement par l'extrait thyroïdien.

Travaux d'électrothérapie gynécologique, pa. le Dr Apostoli. Paris, 1894. *Société d'Edit. Scientif.* In-8°, 720 pages, 12 francs.

Publication où M. Apostoli réunit les travaux de divers auteurs sur ce sujet. Le fascicule actuel est consacré aux travaux anglais, à ceux des deux Keith en particulier.

CLINIQUE MÉDICALE

Infection du foie compliquant l'appendicite. Pathogénie des abcès aréolaires, par M. Ch. Achard (Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, séance du 16 novembre 1894.)

Les travaux récents qui ont renouvelé l'histoire de l'ancienne typhlite ont laissé quelque peu dans l'ombre une complication signalée pourtant par un assez grand nombre d'observateurs au cours des lésions inflammatoires du cæcum et de l'appendice. Cette complication, sur laquelle je me propose de rappeler l'attention à propos d'un cas nouveau, consiste dans l'infection du foie. Elle est, à la vérité, fort difficile à reconnaître en clinique, elle est fort grave et fort peu accessible, une fois constituée, à l'intervention chirurgicale, qui tient aujourd'hui, et à bon droit, une si large place dans le traitement de l'appendicite et de la pérityphlite. C'est peut-être pour ce motif que les descriptions récentes l'ont un peu négligée (1).

L'infection hépatique développée dans ces circonstances est tout à fait semblable à celle qui tire son origine de lésions affectant les autres organes tributaires de la veine porte et en particulier d'ulcérations gastriques ou intestinales. Elle constitue l'une des manifestations les plus intéressantes des pyohémies d'origine interne. Ses modalités anatomiques, sur lesquelles nous aurons à revenir, comportent deux éléments essentiels : la pyléphlébite et les abcès du foie. Les abcès, associés ou non à la lésion veineuse, sont l'accident le plus communément signalé. Nous les avons rencontrés dans le fait qu'il nous a été donné de recueillir.

Observation. — Eugène Mouss..., âgé de 18 ans, marchand de volailles, entré le 11 juin 1894 à l'hôpital Cochin, salle Lasègue, n° 11.

Ce malade est apporté de l'hôpital Ricord où il était entré le 24 mai parce qu'il ne pouvait uriner et éprouvait de vives douleurs abdominales, accompagnées d'état fébrile. M. Humbert, dans le service duquel il avait été placé, voulut bien nous donner quelques renseignements à son sujet et nous apprendre qu'il ne présentait aucune affection génito-urinaire, que le cathétérisme n'avait rencontré aucun obstacle et que le cours des urines s'était promptement rétabli; mais la température présentait de grandes oscillations variant de 37° et quelques dixièmes à 40° et au delà; les douleurs abdominales étaient vives et l'exploration du flanc droit permettait de sentir une tuméfaction résistante et mate dans laquelle une ponction aspiratrice avait été pratiquée sans donner issue à aucun écoulement de liquide.

A l'entrée du malade, nous constatons que l'exploration de l'abdomen est très douloureuse; néanmoins on perçoit facilement à droite une tuméfaction aplatie qui sort de dessous les fausses côtes et s'étale jusque sur l'épigastre, débordant le rebord costal de 2 à 3 travers de doigt, sa limite inférieure se perdant sous les fausses côtes au niveau de la ligne axillaire. Elle est mate et résistante et fait corps avec le foie ; on n'y sent pas de fluctuation; sa surface est un peu irrégulière; elle forme une légère voussure.

Le malade accuse aussi des douleurs particulièrement vives dans l'hypochondre gauche; la rate n'est pas augmentée de volume.

Au thorax, on entend quelques frottements à la base droite.

Le teint est pâle et terreux, l'émaciation est très prononcée; il y a de fréquents vomissements.

Le malade est très déprimé et répond mal aux questions; il ne donne guère de renseignements sur le début de la maladie; on apprend seulement, en le pressant de questions, que, quelques jours avant son entrée à l'hôpital Ricord, il avait été pris brusquement, la nuit, d'une douleur violente dans le côté droit et qu'à ce moment il était constipé depuis quelque temps.

Le 13 juin, une ponction faite avec une seringue de Straus-Colin, en pleine tuméfaction, retire une goutte de sang qui, étalée sur une lame porte-objet, présente un petit grumeau demi-transparent dans lequel l'examen histologique fait reconnaître une agglomération de globules blancs.

La température est très irrégulière; la courbe présente de grandes oscillations (entre 36°2 et 39°6).

Le malade est alors transporté dans le service de chirurgie de M. Schwartz. Il nous est renvoyé le 12 juillet, une intervention n'ayant pas été jugée indiquée.

L'état général a empiré; le malade est plus affaibli, il est très cachectique, présente une teinte subictérique et l'urine renferme des pigments biliaires. Les douleurs abdominales sont toujours très vives et s'exagèrent par crises. La tuméfaction n'a pas varié.

Une nouvelle ponction, faite le 17 juillet, avec la seringue de Straus-Colin stérilisée, donne issue à quelques gouttes de sang mélangé de petits grumeaux formés d'amas de globules blancs. L'ensemencement de ce sang sur divers milieux de culture a donné des colonies pures de *bacterium coli*, faisant fermenter la lactose et donnant la réaction de l'indol. L'inoculation des cultures dans le péritoine du cobaye a déterminé une péritonite avec exsudats fibrino-purulents.

L'état général décline graduellement. Des eschares se forment au sacrum. Il s'établit une diarrhée persistante; les vomissements continuent, mais il n'y a plus de fièvre et la température rectale se maintient entre 36°8 et 37°8.

Le 30 juillet, survient une hématémèse, peu abondante, formée de caillots mous, rouge foncé. Le lendemain le malade vomit encore un peu de sang noir et a du melæna.

Il succombe dans le marasme le 4 août.

Autopsie 34 heures après la mort. Le péritoine présente quelques adhérences de péri-hépatite, mais peu résistantes et peu épaisses. Le foie déborde les fausses côtes et est augmenté de volume ; c'est lui qui formait la tuméfaction constatée pendant la vie. Sa surface est semée d'abcès dont plusieurs font une légère saillie et crèvent au moment de l'extraction de l'organe, en laissant écouler un pus vert clair, un peu filant, parfois mélangé de bile jaune d'ocre. Les coupes du foie montrent que le parenchyme est absolument criblé d'abcès; on ne peut faire une section sans en ouvrir une multitude de toutes dimensions; il en est qui ont le volume d'une mandarine, d'autres celui d'un pois ou d'un grain de chènevis. De ces abcès, les plus volumineux forment une véritable poche à paroi tomenteuse, hérissée de tractus filamenteux qui se perdent dans la cavité purulente; mais les petits abcès sont constitués non par une collection unique, mais par un groupe de logettes distinctes, séparées par un réseau de petites cloisons qui apparaissent avec une grande netteté après évacuation du pus et lavage de la surface de la coupe; il en résulte un aspect alvéolaire. Il est facile de reconnaître que les parois des grandes collections sont formées par des abcès aréolaires en voie de coalescence par destruction des cloisons. Dans l'interstice des abcès, les portions très restreintes du tissu hépatique qui restent reconnaissables ont l'aspect du foie muscade.

La rate est entourée d'une coque de périsplénite mince, verdâtre, elle n'est guère augmentée de volume et ne contient pas d'abcès.

Le cæcum est plongé dans un foyer de pérityphlite gangréneuse, circonscrit par des adhérences. L'appendice est soudé au cæcum par son extrémité terminale; il présente une perforation vers le milieu de son trajet; son orifice cæcal est oblitéré par un tissu d'apparence fibreuse. On ne trouve pas de corps étrangers dans l'appendice ni dans le foyer de pérityphlite.

Il n'y a pas de thrombose des veines pariétales du cæcum; le tronc de la veine porte et ses grosses divisions intra-hépatiques sont perméables et ne contiennent pas de caillots.

L'estomac présente sur la face antérieure une adhérence au foie. Sa surface muqueuse ne présente pas d'exulcération, mais elle est le siège d'une injection vive, qui dessine avec une grande netteté de fines arborisations veineuses.

Les reins ne paraissent pas altérés.

(1) Les articles *Abcès du foie* de M. Rendu (*Dictionn. encyclop.*) et *Veine porte* de M. Straus (*Nouv. Dictionn. de méd. et de chir. prat.*) contiennent l'exposé du mécanisme de ces accidents et l'indication de plusieurs faits.

La plèvre droite est le siège de quelques adhérences et renferme un peu de liquide.

Le poumon droit présente de la splénisation. Le poumon gauche montre, à la partie supérieure du lobe inférieur, deux nodules de broncho-pneumonie suppurée, ayant le volume de grosses noisettes et siégeant à la périphérie.

Pas de lésion du cœur ni des gros vaisseaux.

Examen histologique. — La paroi des abcès hépatiques est tapissée de globules de pus représentant les restes du contenu purulent. Elle est constituée par un fin réseau de fibrilles conjonctives dont les mailles irrégulières renferment du sang, des détritus granuleux, et des cellules pâles, légèrement granuleuses, à noyau fortement coloré par les réactifs. Plus en dehors, le réseau conjonctif s'épaissit, ses travées deviennent plus denses, on reconnaît dans ses mailles des restes de cellules hépatiques et quelques cellules graisseuses. Enfin, autour de cette paroi scléreuse, se trouve une zone de travées hépatiques dont les cellules sont aplaties parallèlement aux bords de l'abcès.

Une autre lésion fort importante consiste dans la formation d'îlots plus ou moins étendus de dégénérescence granulo-graisseuse. Ces îlots sont circonscrits par des bandes de sclérose et ils sont eux-mêmes parcourus par quelques travées conjonctives disposées assez irrégulièrement ; ces îlots dégénérés renferment des leucocytes abondants.

Dans les points où le tissu hépatique est moins profondément altéré, on observe une sclérose très manifeste ; elle est surtout développée au niveau des espaces portes dans lesquels les rameaux de la veine porte ont des parois épaisses qui en diminuent le calibre sans l'oblitérer. Les lobules hépatiques sont dissociés par des bandes scléreuses dont il n'est pas toujours possible de reconnaître le point de départ périportal ; ces bandes scléreuses contiennent de nombreuses cellules lymphatiques ; elles englobent souvent quelques cellules hépatiques groupées ou isolées ; leur disposition est, en somme, très irrégulière ; elles envoient des prolongements dans les lobules. L'ordination radiée des travées hépatiques a disparu presque partout. En certains points on en retrouve cependant des vestiges et l'on reconnaît une veine sus-hépatique parfaitement perméable et dont la paroi est peu épaissie. Ces veines sus-hépatiques sont souvent distendues par les globules sanguins et à leur pourtour les capillaires centro-lobulaires sont très dilatés, les cellules hépatiques très aplaties et presque méconnaissables.

Dans les parties du parenchyme hépatique où les lésions sont le moins prononcées, on reconnaît très bien les veines sus-hépatiques qui sont saines. Les capillaires sont en général remplis de sang ; les travées cellulaires sont un peu aplaties ; quelquefois elles sont en partie disloquées par de petites hémorrhagies. Le tissu hépatique est parsemé de nombreuses concrétions biliaires. Les globules rouges sont bien conservés dans les capillaires. Les espaces portes sont élargis et occupés par un tissu fibreux dense renfermant des cellules lymphatiques ; au pourtour des branches volumineuses de la veine porte, on voit le tissu conjonctif infiltré de nombreux globules blancs.

Je n'insisterai pas longuement sur les difficultés que présentait dans ce cas le diagnostic des abcès du foie. En raison de la diffusion des symptômes douloureux, j'avais pensé qu'il existait une péritonite généralisée mais peu intense, avec prédominance au niveau du foie, et qu'une périhépatite était en voie de formation. L'origine appendiculaire de ces accidents m'avait paru probable et la constatation du coli-bacille à l'état pur et virulent dans le sang retiré par la ponction exploratrice de la région hépatique m'avait confirmé dans cette opinion (1). L'autopsie a montré que cette seconde partie du diagnostic était exacte, mais qu'il y avait, en outre, des abcès hépatiques dont l'existence avait été méconnue. Rien, à vrai dire, ne les révélait : le foie n'offrait ni bosselures, ni voussure ; la fièvre s'expliquait par la péritonite et les lésions de la région appendiculaire ; enfin la ponction, qui n'avait sans doute rencontré qu'un abcès de très petit volume ou à disposition aréolaire, n'éveillait point l'idée d'une suppuration collectée. Ces difficultés du diagnostic se retrouvent, d'ailleurs, dans la plupart des faits relatifs à ce genre de complications : tantôt le diagnostic d'abcès du foie est porté et vérifié par la ponction, mais l'origine appendiculaire est méconnue ; tantôt la pérityphlite est diagnostiquée, mais la complication hépatique passe inaperçue ; tantôt enfin c'est seulement l'autopsie qui révèle à la fois les lésions de l'appendice et celles du foie.

(1) On sait que le coli-bacille se rencontre habituellement dans les suppurations de l'appendicite ; j'ai eu récemment l'ocasion d'en constater la présence à l'état de pureté dans le pus de deux pérityphlites opérées par M. A. Broca.

Au point de vue anatomique, il y a, dans l'observation qui précède, deux particularités qu'il importe de mettre en évidence. La première est d'ordre macroscopique : c'est la présence d'abcès aréolaires. Si quelques abcès volumineux formaient de véritables poches purulentes, dont les parois tomenteuses et filamenteuses circonscrivaient une cavité pleine de liquide, les autres abcès, au contraire, étaient constitués par une agglomération de logettes distinctes, d'alvéoles rapprochés dans lesquels le pus semblait infiltré : c'est là la caractéristique de ces abcès aréolaires du foie. L'autre particularité sur laquelle je désire appeler l'attention est fournie par l'examen histologique. Les caractères essentiels des altérations microscopiques du foie peuvent se résumer ainsi : foyers infectieux aboutissant à la formation d'abcès grands et petits, îlots de dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, enfin cirrhose très accentuée, dont le développement est bien en rapport avec la durée relativement longue des accidents. Ces lésions ont leur point de départ dans le système porte ; le système sus-hépatique est respecté, il en est de même des voies biliaires. En somme, il ressort de cette étude anatomique qu'il existe dans le foie des abcès aréolaires et que ces abcès reconnaissent une origine pyléphlébitique.

On sait que M. A. Chauffard (1), à qui l'on doit la première description détaillée de ces abcès aréolaires, leur avait assigné une origine biliaire. Puis sont venues les recherches de MM. Achalme et Claisse (2), qui, dans deux cas de semblables abcès, en ont trouvé le point de départ dans les veines sus-hépatiques, si bien que M. Th. Aubert (3), qui rapportait leurs observations dans sa thèse, était tenté de généraliser cette pathogénie. Or j'ai publié récemment avec Phulpin (4) un fait qui confirme l'opinion primitive de M. Chauffard : il s'agissait d'une angiocholite suppurée qui avait donné lieu à un abcès aréolaire. On en pouvait conclure que ces abcès sont dus soit à une inflammation des voies biliaires, soit à une inflammation des veines sus-hépatiques. Mais ce n'est pas tout, le système porte peut aussi donner naissance à des abcès aréolaires, comme le montre l'observation qui fait l'objet du présent travail. D'ailleurs cette même origine est encore attestée par quelques autres faits : un cas récent de M. Jorand (5) montre une appendicite perforante suivie de pyléphlébite suppurée avec abcès aréolaires, dans une observation de Reinhold (6), une perforation ancienne de l'appendice

(1) A. Chauffard, Etude sur les abcès aréolaires du foie. *Arch. de physiologie*, 1883, p. 263.

(2) P. Achalme, Abcès aréolaire du foie *Bull. de la Soc. anatomique*, 12 déc. 1890, p. 527. — P. Claisse, Abcès aréolaire du foie. *Ibid.*, 9 janv. 1891, p. 18, et 22 mai, p. 308.

(3) Th. Aubert, *Etude sur les abcès aréolaires du foie.* Thèse de Paris, 16 juill. 1891.

(4) Ch. Achard et E. Phulpin, Angiocholite calculeuse avec abcès aréolaire du foie. *Médecine moderne*, 28 mars 1894, p. 385.

(5) A. Jorand, Appendicite perforante avec abcès aréolaires du foie. *Bull. de la Soc. anatomique*, 4 mai 1894, p. 300.

(6) Reinhold, Fælle von Leber-Abscess nach veralteter vœllig latent verlaufener Perityphlitis... *Münchener med. Wochenschr.*, 23-30 Aug. 1887, p. 649 et 677. F. H.

s'était compliquée d'abcès multiples du foie développés dans les rameaux portes et formés de cavités communiquantes, comme s'il s'était agi d'un système caverneux préformé. C'est également à la même pathogénie que ressortit sans doute le cas d'Ashby (1), dans lequel un abcès unique du foie s'était formé à la suite d'une perforation de l'appendice et présentait l'aspect d'un réseau spongieux, ressemblant aux cavernes tuberculeuses du poumon (2).

On voit par ces exemples que les abcès aréolaires peuvent naître de la double canalisation veineuse et biliaire du foie, et que, dans le premier système de canaux, ils ont pour point de départ tantôt les veines sus-hépatiques, tantôt les rameaux portes. Enfin, et pour confirmer cette pluralité d'origine, je puis encore ajouter aux formes précédentes une variété nouvelle et assurément exceptionnelle: dans un cas de cancer secondaire du foie, j'ai trouvé certains noyaux hépatiques envahis par la suppuration; or ces abcès cancéreux, en raison de la structure alvéolaire préexistante du néoplasme, affectaient la disposition aréolaire (3). Tous ces faits nous imposent la nécessité d'élargir la pathogénie des abcès aréolaires; on ne saurait les considérer comme une forme de suppuration spéciale par sa nature, il faut au contraire les envisager comme l'aboutissant de processus pyogènes dont la nature et l'origine sont variables. La structure aréolaire est en quelque sorte un simple accident anatomique qui peut se produire au cours des différentes suppurations du foie. Néanmoins, quelle que soit la diversité du point de départ, cette disposition si particulière est déterminée sans doute par un ensemble de conditions communes; le développement simultané de foyers purulents multiples, de petit volume, en des points rapprochés et suivant un mode systématique, est l'une de ces conditions déterminantes; une autre, qui ne semble pas moins nécessaire, consiste dans la conservation et l'épaississement des travées conjonctives sur le territoire de l'abcès, sous l'influence d'un processus inflammatoire évoluant avec une lenteur relative et aboutissant à la formation d'un réseau fibreux qui limite et sépare les aréoles résultant de la liquéfaction suppurative du parenchyme.

Les lésions hépatiques que nous venons de décrire ne sont qu'une des modalités anatomiques de l'infection du foie au cours des affections du cæcum et de l'appendice. On observe, en effet, toute une gamme d'accidents, très variés quant à la morphologie des lésions, mais soumis au fond à une pathogénie univoque. Dans le système porte, quelquefois tout se réduit à une simple pyléphlébite adhésive, à la thrombose, dans le mécanisme de laquelle on fait intervenir aujourd'hui non plus seulement des conditions physico-chimiques de compression, de stase, de dyscrasie sanguine, mais aussi un processus microbien. Mais le plus souvent la note infectieuse s'accentue et la pyléphlébite est suppurée. Cette thrombophlébite peut être limitée aux branches hépatiques, ou remonter au tronc porte, ou même partir de plus loin, des origines radiculaires de la grande veine mésaraïque qui correspondent à la région iléo-cæcale (1). Dans le foie, les abcès sont fréquemment associés à la pyléphlébite, parce que le processus pyogène, débordant, en quelque sorte, au delà des limites du système veineux, envahit le parenchyme hépatique. Mais la phlébite des grosses branches peut faire défaut, et des abcès se former par le mécanisme d'embolies microbiennes, sans qu'il existe de pyléphlébite, sinon dans les ramifications terminales et seulement à l'état de lésion histologique. D'ordinaire les abcès sont multiples; rarement le foyer purulent est unique et analogue aux grands abcès dysentériques (2); quelquefois il existe, outre un abcès volumineux, de petits abcès en plus ou moins grand nombre (3).

Dans la majorité des cas, le foie arrête l'infection; il concentre sur lui, pour ainsi dire, tout l'effort des germes pathogènes. Dans quelques cas pourtant, la barrière hépatique est forcée; la phlébite se propage au système sus-hépatique (Legg), des collections purulentes peuvent se former à la surface du foie et s'étendre aux parties voisines, au diaphragme par exemple. La dissémination des germes pyogènes peut se faire dans tout l'organisme et l'infection purulente, partielle à l'origine et cantonnée au foie, se diffuser secondairement sous la forme d'une pyohémie générale. On voit alors apparaître des complications métastatiques; celles-ci, comme il arrive dans la plupart des infections développées dans le domaine de la veine porte, se manifestent de préférence dans le poumon, dont les capillaires opposent à la migration des germes déversés dans le système à sang noir un nouvel obstacle. On a signalé aussi l'endocardite (Ashby), les abcès de la rate (4), du rein (5), la méningite (6), la parotidite non suppurée (7).

Telles sont les étapes que l'invasion microbienne, partie de la région iléo-cæcale, peut successivement parcourir et sur lesquelles elle échelonne les désordres anatomiques qui représentent les traces matérielles les plus évidentes de son passage. Mais peut-être aussi l'infection laisse-t-elle à sa suite des lésions moins manifestes. Il est permis de se demander si, dans le foie, cette infection ne pourrait se traduire, dans certains cas moins graves et moins rapidement mortels, par des phénomènes moins bruyants qu'un processus pyogène, par de simples pyléphlébites capillaires, par l'évolution sourde et progressive d'un processus scléreux. C'est une

(1) Ashby, A case of pyœmic abscess of the liver, secondary to an ulcer of the cæcal appendix, resulting from impaction of a pin. *Lancet*, nov. 1, 1879, vol. II, p. 649.

(2) Church a décrit aussi des abcès aréolaires du foie chez un enfant à l'autopsie duquel on trouva une épingle invaginée sous la muqueuse de l'appendice; mais les altérations histologiques étaient complexes : la phlébite s'était étendue des rameaux portes aux rameaux sus-hépatiques et ces deux ordres de vaisseaux renfermaient du pus et des caillots. M. D. Church, A case of suppurative hepatitis due to a pin in the vermiform appendix. *Boston med. and surg. Journal*, sept. 20, 1883, vol. CIX, p. 269.

(3) Ch. Achard, Cancer de l'estomac (forme pyohémique); fistule ombilicale; abcès cancéreux du foie. *Médecine moderne*, 3 octobre 1894, p. 1233.

(1) P.-H. Malmsten et Axel Key, Fall von suppurativer Pylephlebitis in Folge von brandiger Abstossung des Processus vermiformis, *Nord. med. Arkiv*, 1869, I, p. 20 (d'après *Schmidt's Jahrb.*, 1871, 149 Bd, p. 171). — J.-F. Payne, Two cases of suppuration in the liver, consequent on irritation in the appendix vermiformis cæci. *Trans. of the Patholog. Soc. of London*, 1869, vol. XXI, p. 231; obs. II, de Handfield Jones. — E. Aufrecht, *Berl. klin. Woch.*, 1869, p. 308. — F. Gendron, *Etude sur la pyléphlébite suppurative*, Th. de Paris, 1883, p. 48. — Thoinot, *Bull. de la Soc. anat.*, 17 octobre 1884, p. 529.

(2) Ashby, *loc. cit.* — Léonard, Abcès du foie, *Bull. de la Soc. anat.*, 23 juillet 1886, p. 515. — G.-E. Shoemaker, Suppurative pylephlebitis and hepatic abscess secondary to appendicitis; with a report of two cases, *Med. News*, Philadelphia, april 15, 1893, vol. LXII, p. 397; obs. I.

(3) Payne, *loc. cit.*, obs. I. — J.-W. Legg, Ulceration from a pin (?) in vermiform appendix; abscess of liver recent and healed (?). *Saint-Bartholom. Hosp. Reports*, 1875, vol. XI, p. 85. — De Gennes, Pérityphlite gangréneuse, abcès du foie. *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1883, p. 168.

(4) Eskridge, *loc. cit.* — D. Monnier, Abcès multiples du foie et phlébite de la veine porte chez un enfant de 12 ans, mort. *Bull. de la Soc. anatomique*, 24 juin 1892, p. 452.

(5) Waller, *Wien. Zeitschr.*, sept.-oct. 1846.

(6) M'Clelland, Multiple abscess of the liver following impaction of a pin in the vermiform appendix, complicated by meningitis. *Lancet*, april 10, 1886, p. 686.

(7) S. West, Pylephlebitis suppurativa consequent on perityphlitis; no symptoms pointing to the liver; parotid swelling before death subsiding without suppuration. *Trans. of the Patholog. Soc., of London*, 1890-91, vol. XLII, p. 138.

hypothèse qui mériterait d'être examinée dans l'avenir ; elle paraît légitime si l'on considère les données nouvelles que la notion des infections d'origine gastro-intestinales a introduites dans la pathogénie des cirrhoses (1).

Quant aux lésions de la région iléo-cæcale qui sont la source de l'infection, elles consistent le plus souvent en une appendicite avec perforation et pérityphlite purulente ou gangréneuse. Mais il y a des exemples de lésions bien moindres. On a vu de simples ulcérations, avec ou sans adhérences de l'appendice, provoquer le développement d'abcès du foie. Payne rapporte même un cas dans lequel l'appendice n'était pas ulcéré, mais seulement épaissi et occupé par une concrétion formée autour d'une épingle. La présence de corps étrangers de cette nature est mentionnée aussi dans plusieurs observations (2) ; elle s'accompagne alors presque toujours de perforations ou tout au moins d'ulcérations appendiculaires. Il est rare que les lésions intestinales portent sur le cæcum à l'exclusion de l'appendice.

En somme, on peut dire qu'il n'y a pas un rapport fixe entre l'étendue ou la profondeur des lésions intestinales et la gravité des complications hépatiques. Chacun sait que des appendicites s'accompagnant de désordres considérables évoluent souvent sans provoquer ni suppuration du foie ni pyléphlébite ; d'autre part, nous venons de voir que des complications hépatiques pourraient survenir à la suite de lésions minimes de l'appendice. Il n'est guère possible non plus d'invoquer l'existence de lésions antérieures, de tares plus ou moins anciennes du foie qui faciliteraient l'infection de cet organe, car ce genre de complications ne s'observe guère que chez des sujets jeunes et même assez fréquemment dans l'enfance.

Les complications que nous venons d'étudier ne sont pas des plus communes dans les lésions iléo-cæcales. M. Maurin (3), sur un relevé de 136 cas, n'en fait pas mention. Elles figurent pourtant, et sur une proportion qui n'est pas insignifiante, dans d'autres statistiques : Langheldt (4) les signale 8 fois sur 112 cas, et Einhorn (5) 6 fois sur 100. On ne saurait donc les considérer comme négligeables, d'autant que les faits publiés relatent seulement des lésions graves du foie et de la veine porte, et que l'attention des observateurs ne paraît pas s'être portée jusqu'ici sur la recherche d'altérations légères et moins avancées.

Nous voudrions pouvoir tirer de cette étude une conclusion thérapeutique. Il faut avouer malheureusement que les complications que nous avons envisagées échappent presque toujours à l'intervention opératoire. Alors même que la suppuration du foie est reconnue pendant la vie, il est bien rare qu'elle forme un foyer unique et accessible en chirurgie ; encore peut-elle s'accompagner de pyléphlébite. Enfin, dans la majorité des cas, il existe des abcès multiples, comme dans notre observation, et il est de toute évidence qu'une tentative chirurgicale serait dans ces conditions absolument illusoire. Mais si l'on n'a aucune prise sur les complications hépatiques une fois qu'elles sont constituées, on peut, au contraire, les prévenir très efficacement en supprimant le foyer infectieux de la région iléo-cæcale avant que l'invasion du système porte soit un fait accompli.

Ainsi l'impuissance du clinicien à prévoir les complications hépatiques de l'appendicite et de la pérityphlite, tant est grande la disproportion entre les lésions originelles de l'intestin et les désordres consécutifs du foie, — l'impossibilité presque complète de reconnaître à leur début ces accidents, — l'extrême gravité des pyléphlébites et des abcès du foie jointe à l'inefficacité du traitement chirurgical à leur égard, — enfin l'éventualité encore hypothétique d'accidents hépatiques moins bruyants et à plus longue échéance, voilà tout un ensemble de circonstances qui fourniraient un argument sérieux en faveur d'une intervention opératoire précoce dans l'appendicite et la pérityphlite.

On sait pourtant que les moyens médicaux peuvent assurer la guérison dans nombre de cas. N'est-ce pas une raison de plus pour désirer qu'à l'avenir l'attention des cliniciens se porte sur les complications hépatiques de l'appendicite ? Car des observations nouvelles, prises avec l'idée préconçue de rechercher ces accidents, sont indispensables pour dissiper l'incertitude clinique qui plane sur leur histoire et pour faire connaître d'une façon précise, non seulement les premiers indices de ces complications, mais aussi les circonstances qui permettraient d'en prévoir — et par suite d'en prévenir — le dangereux développement (1).

REVUE DES CONGRÈS

PREMIER CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Tenu à Lyon du 25 au 29 octobre 1894.

Contribution à l'étude des complications médullaires de la variole.

MM. Auché et **J. Hobbs** (de Bordeaux). — Si les accidents nerveux survenant au cours de la variole ne sont pas rares, nous sommes loin d'être fixés par contre sur leur substratum anatomique. En effet, à part les cas de Roger-Damaschino et de Westphal où nous nous trouvons en face d'autopsies complètes, tous les autres ont besoin d'être vérifiés. Le cas que nous rapportons vient donc, à notre avis, combler une lacune.

Nous avons observé une jeune femme de 24 ans qui, arrivée à la période de desquamation d'une variole légère, a été prise de paraplégie avec paralysie complète de la vessie et du rectum. Quelques jours après, survenait une eschare sacrée, de l'infection urinaire que l'examen bactériologique

(1) M. Letulle (*France médicale*, 18 juin 1879, p. 385) a publié une observation d'appendicite perforante provoquée par une épingle chez un garçon de 16 ans, à l'autopsie duquel il trouva une cirrhose annulaire d'origine porte, dont la cause lui échappa. Faut-il considérer cette sclérose comme un effet de l'infection ? On ne saurait l'affirmer, car le début, tout au moins apparent, des accidents intestinaux ne remontait qu'à un mois et demi ; il est vrai que l'atrophie était peu prononcée, car le foie de ce jeune sujet pesait 1,180 grammes.

(2) Payne (obs. I), Legg, Ashby, Netter, Church, M. Clelland, Shoemaker (obs. 1).

(3) E. Maurin, *Essai sur l'appendiculite et la péritonite appendiculaire*, thèse de Paris, 1890.

(4) Langheldt, *Zur Ætiologie der Perityphlitis*. Inaug. Dissert., Berlin, 1890.

(5) H. Einhorn, Ueber Perforationen des Processus vermiformis und des Cæcums. *Münch. med. Woch.*, 24 Febr. 1891, p. 140.

(1) Aux indications bibliographiques données dans le cours de ce travail nous ajouterons les suivantes : Buhl, *Zeitschr. f. rat. Med.*, 1854, p. 348. — L. Traube, Fall von Perforation von Processus vermiformis mit nachfolgender Pylephlebitis und beginnender Abscessbildung in der Leber. *Deut. Klinik*, 1859, Bd. XI, p. 505. — H. Westermann, *De Hepatide suppurativa*, Inaug.-Dissert., Berlin, 1867. — W. Pierson, Ulceration of the appendix vermiformis, portal phlebitis, and multiple abscess of the liver. *Trans. of the Med. Soc. of New-Jersey*, 1871, p. 279. — Bernheim, Pyléphlébite suppurée consécutive à la suppuration du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal. *Rev. médic. de l'Est*, 1874, n° 1. — Riedel, *Ein Fall von Pylephlebitis infolge von Perforation des Processus vermiformis*, Inaug.-Dissert., Berlin, 1876. — R. Southey, Clinical Lecture on a case of suppurative hepatitis, secondary to thrombosis of the portal vein, *Lancet*, jan. 25, 1879, vol. I, p. 109. — D. Colquhoun, Case of suppurative pylephlebitis and ulcer of the vermiform appendix. *Lancet*, 1887, vol. II, p. 606. — A. Souques, Abcès multiples du foie consécutifs à une typhlite ulcéreuse. *Bull. de la Soc. anatomique*, 7 juin 1889, p. 429. — Lelong, Pyléphlébite consécutive à une appendicite. *Arch. de méd. et pharm. milit.*, 1891, vol. XVIII, p. 62.

rapporta au bacille coli commune. L'anesthésie était complète aux membres inférieurs. Il n'y avait aucun trouble moteur ou sensitif, ni du côté de la face, ni du côté des membres supérieurs ou des organes des sens. La malade succomba le 18e jour du début de la paraplégie, aux progrès de sa paralysie et à la persistance de l'infection urinaire.

L'autopsie révéla des petits abcès disséminés dans les deux reins et un vaste ramollissement de la moelle, siégeant dans la région dorso-lombaire et long de 14 cm.

A l'examen microscopique, nous trouvâmes, dans la zone ramollie, une inflammation très nette de la pie-mère avec destruction de toute la substance grise de la moelle. La substance blanche était également presque entièrement dégénérée, mais asymétriquement : — si d'un côté on pouvait retrouver presque intacts les faisceaux pyramidal direct et de Gowers, le faisceau cérébelleux direct et une grande partie du faisceau pyramidal croisé et du cordon de Goll, — de l'autre, les parties bordantes de la périphérie existaient seules. Les cellules nerveuses étaient déformées, privées de leurs prolongements, le cylindre-axe des tubes nerveux avait presque partout disparu ; enfin l'endothélium des vaisseaux et les gaines périvasculaires avaient proliféré.

Dans la pie-mère, nous avons trouvé des streptocoques sur des coupes colorées par le procédé de Weigert.

Il s'agit donc là d'un véritable cas de myélite aiguë au cours de la variole — avec lésions microscopiques banales rehaussées cependant par la présence des streptocoques.

Recherches sur le pus des salpingites.

M. Boinet. — Dans une série de recherches bactériologiques et expérimentales que nous avons faites sur le pus des salpingites, nous avons observé quelques particularités qui offrent un certain intérêt pratique.

Ainsi, le pus d'une salpingite recueilli sur lamelles avec toutes les précautions voulues, présentait à l'examen direct des streptocoques. Son injection, à la dose de quelques centimètres cubes dans la cavité péritonéale de cobayes, lapins et rats n'entraîna aucun accident. Les cultures caractéristiques du streptocoque se développaient, dès le second jour de l'ensemencement dans des tubes d'agar, de gélatine et de bouillon et elles acquéraient, à ce moment, une telle virulence que leur inoculation dans le péritoine des animaux déterminait une péritonite suraiguë, très rapidement mortelle. A l'autopsie des animaux, un liquide séreux, jaunâtre, louche, s'écoulait en assez grande quantité de la cavité péritonéale; il contenait des quantités de streptocoques. Le péritoine, rouge, vascularisé, était recouvert, par places, de fausses membranes purulentes. Cette augmentation si rapide de la virulence de ses streptocoques est bien établie par le fait suivant : Un des cobayes qui avait si rapidement succombé à l'injection de ces cultures, avait reçu 15 jours avant, dans sa cavité péritonéale, deux centimètres cubes de pus provenant d'une autre salpingite suppurée. Cette première inoculation était restée sans effet. On peut donc conclure que, si du pus de salpingite contenant des streptocoques peut être inoculé directement et sans accident dans le péritoine des animaux, ces mêmes microbes peuvent acquérir, en quelques heures, une grande virulence, lorsqu'ils rencontrent des conditions favorables de développement. A ce point de vue, les épanchements séro-sanguinolents opératoires peuvent être comparés et assimilés parfois à de véritables bouillons de culture. En pareil cas, il est prudent de pratiquer le drainage qui diminue ou fait disparaître cet épanchement séro-sanguin, susceptible de favoriser la pullulation et l'augmentation de virulence de certains microbes pathogènes.

On constate au contraire, dans certaines vieilles salpingites, une diminution de la virulence de leur contenu et du pus morphologiquement chargé de microbes infectieux s'est montré pratiquement stérile. Nous citerons comme exemple le pus d'une salpingite ancienne qui, examiné directement sur lamelles, contenait des cocci en chaînettes. Les ensemencements sur agar, bouillon, gélatine sont restés stériles et les inoculations de ce pus dans le péritoine des animaux n'ont produit aucun accident.

Nous ferons remarquer que ces dernières données sont applicables à *certains* abcès du foie dont le pus ensemencé dans divers milieux de culture reste constamment stérile.

Recherches sur le pus des abcès du foie.

M. Boinet. — Dans certains cas, le pus des abcès du foie peut, comme le pus de quelques salpingites, présenter, à l'examen sur lamelles, des cocci bien nets et se montrer pratiquement stérile. Nous avons observé un fait de ce genre.

Il est probable que, dans quelques cas, le pus des abcès, qui ne donnent plus tard aucune culture sur l'agar ou la gélatine, ont pu présenter, au début de leur évolution, des microbes de la suppuration, qui ont perdu, à la longue, leur virulence et la possibilité de repulluler dans les milieux de culture habituellement employés.

Les deux faits suivants que nous avons observés, le mois dernier, dans le service des marins, à l'hôpital de la Conception, indiquent que le pus des abcès du foie, à leur début, est moins souvent *stérile d'emblée* qu'on ne l'admet habituellement. Ces deux abcès étaient consécutifs à une dysenterie des pays chauds. Le premier, de date toute récente, contenait du pus, couleur chocolat, encore mal collecté. C'est pour cette raison que nous avons fait suivre la ponction d'une injection iodée. Le lendemain, la fièvre avait cessé et, depuis un mois, l'amélioration s'est maintenue. L'examen direct de ce pus, coloré au bleu de méthyle et au violet de gentiane, n'a décelé que des cocci, et les ensemencements sur l'agar, la gélatine et dans le bouillon ont donné des cultures *pures* de staphylocoques.

Nous avons retiré du second abcès deux litres de pus jaune crémeux, ne contenant que des staphylocoques, qui ont produit sur l'agar, la gélatine, des cultures caractéristiques, sans associations microbiennes. L'injection iodée, qui a été faite dans ce vaste abcès et retirée quelques minutes après, n'a pas donné de résultats favorables et la large ouverture avec résection de côtes a été nécessaire.

Nous n'insisterons pas sur la présence de bacilles coli commune trouvés dans du pus d'un abcès du foie, recueilli à l'autopsie, car ces micro-organismes étaient évidemment d'origine cadavérique.

Tétanos et hystérie.

M. Berthier. — Le tétanos a été l'agent provocateur de manifestations hystériques ayant présenté un cachet symptomatique spécial en rapport avec l'infection tétanique.

Le malade, dans une chute, s'était luxé deux phalanges de la main droite, l'une des luxations étant compliquée de plaie articulaire. Le tétanos survient huit jours après. M. Ferraton ampute le médius droit, siège de la plaie articulaire et porte d'entrée de l'infection. Le tétanos continue néanmoins à évoluer et guérit au bout d'un mois. Un an après, le malade rentre à l'hôpital Desgenettes pour troubles nerveux, hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite de distribution irrégulière. La main, l'avant-bras et le coude sont le siège d'une anesthésie complète, en segment géométrique. Les articulations des doigts, du poignet, du coude à droite sont également anesthésiées. Le reste du bras, la région thoracique voisine, la moitié droite de la tête sont hypoesthésiées. Affaiblissement des diverses sensibilités sensorielles à droite et rétrécissement du champ visuel du même côté.

La température locale du membre supérieur droit est abaissée. Tremblement léger de la main. La mâchoire inférieure tremble en produisant un claquement des dents, qui gêne le sommeil du malade.

Les accidents hystériques ont succédé immédiatement au tétanos. Le malade ne présente aucun antécédent héréditaire; pas de névropathie, d'alcoolisme, de tuberculose, d'arthritisme chez les générateurs. Dans ce cas l'agent provocateur aurait déterminé à lui seul l'hystérie sans l'intervention d'une prédisposition héréditaire. Ce n'est pas de l'hystéro-traumatisme, il n'y a pas eu de shock nerveux au moment du trauma. L'agent provocateur a été le tétanos. L'hystérie s'est installée là où le tétanos a prédominé. Le tremblement de la mâchoire est l'épave du trismus.

Origine des myéloplaxes.

M. Berthier a étudié les myéloplaxes dans l'ostéome musculaire, qui est constitué par du tissu osseux de structure absolument normale et ayant une origine périostée. Il a pu reproduire expérimentalement ces ostéomes sur le lapin et démontrer que leur développement est lié à un arrachement du périoste par des fibres musculaires.

Les ostéomes humains qu'il a examinés renferment un grand nombre de myéloplaxes, dont l'étude l'a amené à repousser la théorie des ostéoclastes de Kœlliker et à concevoir d'une façon différente l'origine des myéloplaxes. Ce sont des squames de tissu osseux ayant subi une modification trophique, irritative, qui est l'essence même du travail de résorption. La substance fondamentale se décalcifie, se désosséinise et les éléments cellulaires prolifèrent. Ce processus aboutit à la formation d'une plaque multi-nucléée destinée à être exfoliée, qui est le myéloplaxe.

Cette interprétation est basée sur les faits suivants :

1° On constate parfois la continuité de substance entre le myéloplaxe et le tissu osseux, ce qui fait la preuve de l'origine osseuse du myéloplaxe.

2° Il existe des états de transition où on voit le mode de formation des myéloplaxes. Les corpuscules osseux s'élargissent. Le protoplasma cellulaire s'étend aux dépens de la substance fondamentale qui se déssosséinise et disparaît. Les noyaux prolifèrent par segmentation directe. On arrive ainsi au myéloplaxe.

3° La forme et l'étendue des myéloplaxes représentent exactement la forme et l'étendue des lacunes de Howship. Cette subordination indique l'origine osseuse des myéloplaxes. Il devient alors facile de comprendre la forme rubanée de certains myéloplaxes.

4° Les noyaux prédominent dans le segment des myéloplaxes le plus éloigné du bord de la travée osseuse. Les noyaux ayant dans la cellule leur place marquée dans les points où s'effectue la plus grande activité fonctionnelle, une distribution inverse devrait exister si la théorie des ostéoclastes était exacte.

Le myéloplaxe présente le plus de noyaux lorsqu'il a perdu toute connexion avec la travée osseuse, lorsqu'il va se fragmenter en ostéoblastes. Le myéloplaxe, en même temps qu'il est le produit du travail de résorption, est aussi un organe formateur d'ostéoblastes. Le tissu osseux se remanie donc d'une façon incessante, utilisant les mêmes matériaux pour construire une charpente d'ordination différente.

Du phosphore organique dans les graines végétales et de son action dans la régime des dyspepsies hypo et apeptiques.

M. Bovet (Pougues), rappelant ses travaux précédents sur la matière azotée des graines végétales, apporte aujourd'hui le complément de ses recherches sur la substance qu'il appelle légumine en raison de sa prédominance dans les graines des légumineuses.

Après l'avoir isolée à l'état de la pureté pour la soumettre ensuite à l'analyse, il a reconnu que ce produit végétal existait en combinaison avec l'acide phosphorique dont la partie albumine servait de base. Soupçonnant qu'en présence du suc gastrique le dédoublement de la légumine aurait lieu et que par elle la sécrétion chlorhydrique en serait accrue, M. Bovet soumit des chiens, puis ensuite des malades, au régime de ces albumines phosphorées. Les expériences, dans un cas comme dans l'autre, ont été très concluantes, et l'analyse du suc gastrique a montré que chaque fois la valeur de l'acide chlorhydrique avait augmenté.

Pour M. Bovet, la réduction qu'elle opère en se combinant aux graisses la légumine trouve sa place dans le traitement de l'obésité. Par son pouvoir d'aider à la formation de l'acide chlorhydrique dans l'estomac, elle jouit de propriétés stimulantes que réclame toute gastrite à caractère hypo ou apeptique.

Quelques essais faits en vue d'agir sur la nutrition générale : dans les convalescences, suite de fièvres graves, dans les troubles hépatiques, rétention biliaire, dans le diabète gras, ont montré qu'on pouvait considérer l'alimentation phospho-azotée comme donnant les mêmes résultats que la viande crue sur laquelle elle a l'avantage d'une assimilation plus parfaite. C'est pour la même raison que son emploi se trouve désigné dans l'alimentation des jeunes enfants.

Laryngite et pachydermie.

M. Paul Raugé (Challes) pense que, malgré l'intérêt qui s'attache aux descriptions très exactes données par Virchow, la création de la « pachydermie du larynx » a jeté une confusion fâcheuse dans des choses jusque-là très simples. On a cru reconnaître dans la pachydermie laryngée une maladie essentielle et distincte, quand il fallait n'y pas voir autre chose que la description anatomo pathologique plus précise de lésions anciennement connues. La pachydermie circonscrite n'est en effet pas autre chose que le papillome classique. Quant à la forme diffuse, c'est une des manifestations multiples de l'inflammation chronique sur la muqueuse laryngée : c'est la cutanisation de cette muqueuse sous l'action d'irritants mécaniquss ou des pressions qui se produisent aux points de contact des cordes ou des apophyses vocales : c'est un durillon du larynx. Cette transformation épidermoïdale n'est qu'un cas particulier d'un fait général qui se produit sur toutes les muqueuses soumises à des irritations prolongées. La désignation créée par Virchow n'a pas seulement le tort de donner une idée diagnostique très fausse de la chose qu'elle veut exprimer : elle a celui, beaucoup plus grave, de grouper sous un titre commun deux états absolument distincts et de donner à un simple détail anatomo-pathologique le relief exagéré d'une individualité nosographique.

R. ROMME.

HUITIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Lyon du 9 au 13 octobre.

Tumeur du rein.

M. Auguste Reverdin (Genève) présente une femme de 46 ans qui depuis de longs mois ne pouvait quitter le lit du fait d'une tumeur énorme intra-abdominale, tumeur dont la compression apportait une gêne considérable à la circulation. Les membres inférieurs, le ventre, la vulve étaient tellement œdématiés que tout examen était impossible. La malade prétendait être enceinte, avoir nettement senti les mouvements de l'enfant ; en admettant cette assertion et en tenant compte de l'époque de la dernière menstruation, on était amené à supposer qu'il s'agissait peut-être là d'une grossesse extra-utérine. A la palpation on sentait une grosse masse bilobée, dure comme du fibrome, et occupant surtout le côté gauche, le seul sur lequel pût rester la malade sans être prise de suffocation.

En présence de l'état désespéré de la malade, de l'insistance qu'elle mettait à demander du secours, comme aussi tenant compte de bons résultats survenus dans des conditions assez analogues, Reverdin se décida à intervenir.

Le 25 mai 1894, la malade étant facilement endormie avec quelques grammes d'éther, une incision de 20 cent. est pratiquée sur la ligne médiane ; la tumeur est recouverte par plusieurs couches de péritoine qui sont successivement divisées ; l'incision est portée à 40 centim. pour permettre l'énucléation de l'énorme masse qui se présente.

Au milieu de celle-ci, dans un sillon transversal qui la divise assez profondément en deux parties presque égales, est situé le rein droit. La tumeur fibreuse s'est développée au-dessous de cet organe dans la zone celluleuse qui l'entoure.

C'est de la sorte que le rein a été peu à peu porté au devant de la tumeur dont il occupe en fin de compte la face antérieure.

Comme il est impossible de séparer l'organe, lequel d'ailleurs a l'air sain, du néoplasme, on l'extirpe après avoir lié son pédicule en deux portions.

La dissection de la tumeur se poursuit heureusement et devient d'autant plus facile qu'on se rapproche de ses parties postérieures. Elle n'est retenue par aucun pédicule important, et s'énuclée aisément de couches celluleuses lâches.

La tumeur pèse 48 livres et mesure 1 m. 33 centim. de circonférence. Elle est constituée par le rein droit, dont l'uretère est notablement élargi, et par une masse fibreuse pure, homogène, très dure, peu vasculaire.

La malade, qui a bien supporté l'opération, devient rapidement très faible, le pouls baisse d'une façon très inquiétante, une issue fatale est imminente.

Des bandes de caoutchouc préparées dans cette prévision sont rapidement appliquées par les assistants sur les membres inférieurs, de façon à refouler à l'aide de cette pression énergique et soutenue le sérum naturel que peut fournir en

abondance l'oedème de ces parties. En même temps on élève les bras de la malade et on lui injecte dans la peau du thorax environ 300 grammes d'eau salée à 40°. L'effet de ces moyens combinés ne se fit pas attendre, le pouls reprit très rapidement. La suture abdominale et le pansement achevés, la malade fut reportée dans son lit où elle reprit bientôt ses sens. L'opération avait duré 50 minutes. Les jours suivants, la malade rendit une quantité normale d'urine; il est évident que le rein qui lui restait avait depuis longtemps sans doute fonctionné pour deux.

Le cinquième jour, des vomissements très abondants de bile commencèrent et ne firent qu'augmenter les jours suivants, l'alimentation devenait impossible et la faiblesse augmentait rapidement.

Le septième jour, un vaste lavage de l'estomac avec de l'eau salée, environ 8 litres, produisit un effet remarquable; les vomissements cessèrent absolument pour ne plus revenir. A partir de ce moment, la malade put profiter de la nourriture qu'elle prenait et revint rapidement à l'état de santé très satisfaisant dont elle jouit aujourd'hui.

Le professeur Reverdin présente la malade, sa photographie avant et après l'opération et le moule en plâtre de la tumeur.

Trépanation du rocher pour balle de revolver.

M. Leriche (Nice). — On trépane rarement le rocher. Un homme à crâne très dur, ayant voulu se suicider, s'était tiré, dans l'oreille droite, un coup de revolver de 7 millim. La balle, entrée transversalement au-dessus du conduit auditif, n'était pas décelée par un stylet simple; elle le fut, d'une part, en noircissant l'extrémité d'une fine baguette en terre de pipe, qu'on introduisit dans le trajet, et d'autre part en actionnant un explorateur électrique improvisé au moyen du petit appareil faradique de poche de Trouvé et d'une canule de trousse où glissait un fin stylet isolé par du caoutchouc. En élargissant au burin le trajet intra-osseux on trouva le projectile déformé, solidement encastré à une profondeur de 25 millim., ayant fait éclater jusque dans le cerveau une lamelle du toit du rocher qu'on retira ainsi que la balle. Il y eut issue de substance cérébrale, mais le malade guérit, ayant pendant les premiers jours présenté de l'hypothermie. Hémiplégie faciale et destruction presque totale de l'ouïe d'un côté, la balle ayant enlevé le quart du tympan, la tête de l'enclume, et coupé le nerf facial dans son aqueduc. C'étaient, du reste, le délire et le stertor qui avaient motivé l'intervention. L'auteur insiste sur les avantages du davier américain des dentistes (pince à racines), préférable aux pinces tire-balles pour l'extraction des corps étrangers solidement enchâssés dans le tissu osseux, et méritant à ce titre de figurer dans les boîtes de chirurgie militaire.

Névralgie faciale.

M. Adenot (Lyon) croit que dans bien des cas de névralgie faciale rebelle l'arrachement du bout périphérique des nerfs sectionnés suffit à donner de bons résultats sans qu'on ait besoin de recourir à des opérations aussi graves que l'ablation du ganglion de Meckel ou du ganglion de Gasser. C'est une méthode que défendaient, à Lyon, D. Mollière, Tripier. M. Adenot cite deux succès, dont un date de 18 mois, pour le nerf sous-orbitaire. En procédant avec lenteur et méthode, on peut arracher 8, 10, 12 centimètres de nerf sous-orbitaire, et si on agit ainsi largement, on aura de bons résultats. L'intervention, en outre, devra être précoce.

M. Chipault croit qu'on pourrait étendre cet arrachement à divers nerfs sensitifs du corps autres que ceux de la face. Il a obtenu un certain degré d'amélioration par la dissection des nerfs dorsaux d'un doigt de la main.

M. Rafin a observé un sujet qui, depuis 5 ans, souffrait d'une névralgie faciale consécutive à une contusion ancienne de la région d'émergence du nerf dentaire inférieur. M. Laguaite pratiqua la section des nerfs sus et sous-orbitaires et du dentaire inférieur à l'épine de Spix par le procédé de Michel. Il y eut récidive dans le dentaire inférieur et M. Rafin fit la résection de ce nerf, avec élongation du bout central. Depuis huit mois la guérison se maintient, mais il fait toutes ses réserves sur l'avenir.

Plaies des paupières.

M. Gayet (Lyon). — Lorsque, dans une plaie des paupières, la peau seule est intéressée, la réunion est facilement obtenue par une simple suture; assez souvent la peau est divisée obliquement, d'où deux biseaux inverses qu'il faut affronter avec soin si on veut éviter plus tard un sillon plus ou moins appréciable. Si les muscles sont coupés, il faut les reconstituer par une suture perdue. Lorsqu'il y a rupture du tarse, la suture doit être faite avec une minutie particulière, surtout lorsque la déchirure siège près des points lacrymaux. Il est bien rare que dans ces cas la muqueuse, elle aussi, soit intéressée; si cette plaie complète est récente, la réunion est facile à obtenir; mais si elle est ancienne, il ne faut pas hésiter à disjoindre les lèvres de la plaie et séparer, s'il le faut, les adhérences déjà établies entre la peau et la conjonctive; puis, après toilette aseptique, on affronte bien les plans correspondants. J'ai pu ainsi guérir, presque sans cicatrice, un homme qui, quarante-huit heures auparavant, avait eu le grand angle de l'œil déchiré par un crochet en fer, avec arrachement du ligament de l'orbiculaire et dénudation osseuse assez étendue. Un cas plus compliqué encore m'a donné un semblable succès, malgré une infiltration sanguine considérable du grand angle de l'œil et l'état déchiqueté de la plaie.

Lorsque les blessures des paupières se compliquent de fractures du cadre orbitaire, on doit enlever les esquilles, rétablir les rapports des fragments et, au besoin, les suturer. J'ai eu l'occasion d'employer cette thérapeutique dans un cas qui a été communiqué à l'Académie de médecine.

Sur la chirurgie du sinus maxillaire.

M. Paul Raugé (Challes). — Depuis que la rhinoscopie a fait du sinus maxillaire une dépendance des fosses nasales dont l'orifice est devenu directement accessible, l'histoire pathologique de cette cavité a été radicalement transformée; non seulement transformée, mais élargie dans des limites imprévues: une foule de rhinorrhées, dont on faisait anciennement de vagues coryzas chroniques, sont en effet rapportées maintenant à leur véritable origine, qui est la suppuration du sinus. C'est ainsi que l'on a créé une forme toute moderne de l'abcès intra-maxillaire, forme qui ne se traduit cliniquement que par un phénomène unique : la présence du pus dans les fosses nasales.

Bien que cette affection silencieuse ne rappelle que de fort loin la maladie à symptômes bruyants qu'était, au siècle dernier, l'empyème de l'antre d'Highmore, ces deux variétés cliniques ne sont que des formes ou des degrés d'une seule et même affection, elles expriment l'une et l'autre la présence du pus dans le sinus, mais tandis que, dans la première, ce pus retenu dans la cavité signale extérieurement sa présence par les symptômes éclatants d'un véritable phlegmon de la face, dans l'autre il s'écoule librement à travers l'orifice naturel. C'est pourquoi l'auteur oppose ces deux formes sous les noms d'*empyème fermé* et d'*empyème ouvert*.

Cette forme moderne de l'abcès maxillaire (empyème latent) est d'ailleurs, on peut le prévoir, la plus difficile à reconnaître; son diagnostic ne repose que sur l'analyse d'un symptôme, la suppuration nasale. Bien que cette suppuration présente certains caractères qui la spécialisent un peu au milieu des rhinorrées vulgaires (unilatéralité, intermittence, fétidité, siège dans le méat moyen), tous ces signes sont infidèles. Pour faire un diagnostic ferme, il n'est qu'un moyen : voir le pus. On y parvient de deux manières, soit en constatant du dehors sa présence dans le sinus même (éclairage de la face par transparence, suivant le procédé d'Heryng), soit en retirant du sinus un échantillon de ce pus (cathétérisme, par l'orifice naturel, ponction par le méat inférieur ou par le bord alvéolaire, lavage explorateur, aspiration).

Comme au temps de Jourdain et d'Allouel, on discute encore aujourd'hui la valeur comparée de la trépanation et du lavage par l'orifice naturel. Ce dernier semble toutefois gagner lentement du terrain à mesure que la technique intra-nasale se perfectionne et se précise. Quant au choix à faire, lorsqu'on s'y décide, entre les différentes méthodes de trépanation, il semble que la ponction par l'alvéole d'une molaire soit de plus en plus en faveur. L'ouverture par la fosse canine est réservée aux cas rebelles que réclament le tamponnement ou le curettage.

Orthophonie méthodique consécutive aux staphylorrhaphies.

M. Chervin (Paris). — Les autoplasties palatines sont acceptées par les patients dans l'espérance d'arriver à une amélioration de la phonation.

Dès lors, tout n'est pas dit lorsque l'opération est faite; il faut se préoccuper de l'éducation orthophonique qui en est le complément indispensable et sans laquelle l'action chirurgicale la mieux conduite reste sans profit pour la phonation de l'opéré.

Mais, pour que cette éducation orthophonique donne tous les résultats qu'elle comporte, il faut qu'elle soit réglée d'une manière méthodique.

La méthode professée par M. Chervin, à son Institut des Bègues de Paris, dans des cours spéciaux à l'usage des staphylorrhaphiés, donne des résultats très satisfaisants en deux mois.

M. Delore. — J'ai préconisé l'opération hâtive, avant que l'enfant ne sache parler, n'ait pris d'habitudes vicieuses. Comme M. Chervin vient de le dire, dans les autres conditions, il faut une éducation post-opératoire très minutieuse, dont trop souvent les sujets se lassent bien vite. Au lieu qu'avec une restauration précoce, même imparfaite, la phonation peut devenir facilement très convenable.

Les kératites infectieuses et leur traitement.

M. Rogée (Saint-Jean-d'Angély). — Les kératites, si elles ne reconnaissent pas toujours et exclusivement pour cause un traumatisme infectant, sont si souvent d'origine microbienne qu'à mon avis, elles sont toutes justiciables d'un traitement antiseptique. Je suis arrivé, dans les cas en apparence les plus désespérés, dans l'abcès des moissonneurs, par exemple, à 80 0/0 de succès par l'emploi judicieux de certains antiseptiques et par l'application méthodique d'un bandeau compressif formé d'ouate hydrophile collée autour de l'orbite à l'aide de collodion et maintenue par une bande de tarlatane. L'œil et l'ulcération sont lavés à l'aide d'une solution de bichlorure de mercure à 1/10000° et la chambre antérieure avec une solution de résorcine dans l'eau stérilisée à 5 0/0.

Grâce à ce traitement, j'ai réussi dans 48 cas à conserver à l'œil ses fonctions.

Coup de feu grave de la face.

M. Hassler (Lyon). — Le blessé est un jeune soldat qui, dans le courant de 1893, couché à terre, le canon de son fusil Gras sous le menton, fit partir la gâchette au moyen d'un fourreau de baïonnette appuyé sur elle et poussé avec les pieds. Les lésions produites par la balle et par les gaz furent épouvantables. Les lèvres furent dilacérées et arrachées, le maxillaire inférieur brisé en quatre fragments, les deux maxillaires supérieurs et le nez furent emportés avec le tiers antérieur de la langue.

Lors de l'entrée du blessé à l'hôpital Desgenettes, plusieurs mois après le traumatisme, la première indication était de réparer la consolidation vicieuse du maxillaire inférieur qui avait perdu sa courbe parabolique par suite de la réunion angulaire des fragments. Les dents du fragment postérieur gauche venaient mordre dans la voûte palatine et le fragment antérieur avait subi le mouvement de rotation signalé par Chavasse. M. Brousses, qui dirigeait alors le service (novembre 1893), assisté de son collègue et de M. Martin de Lyon, sectionna le cal fibreux antérieur, fractura au davier les deux cals latéraux vicieux et put maintenir les fragments en bonne position au moyen de l'appareil en acier étamé de M. Martin, vissé dans les fragments. Actuellement, la consolidation est parfaite, le maxillaire a recouvré sa forme, la perte de substance antérieure est comblée par un dentier portant une dent et s'arc-boutant solidement aux dents voisines; s'opposant à la bascule des fragments qui serait névitable sans cela.

Les maxillaires supérieurs ont été remplacés par un appareil en caoutchouc vulcanisé portant huit dents et solidement fixé aux molaires conservées. L'arcade dentaire supérieure et la voûte palatine sont parfaitement restaurées et la voûte artificielle ferme toute communication entre la bouche et les fosses nasales. La mastication est possible, la déglutition se fait parfaitement et le blessé commence à parler plus facilement.

Au mois de février 1894, le blessé tolérait parfaitement ses appareils, avait appris à s'en servir, à les ôter et à les remettre pour les lavages quotidiens. M. Hassler procéda alors à la restauration de la lèvre supérieure, au moyen de deux lambeaux latéraux, pris dans les régions géniennes et qui viennent se souder ensemble et à ce qui reste de l'aile gauche au nez. Dans la même séance et comme temps préliminaire à la rhinoplastie, il décolle l'adhérence cicatricielle de la région sous-orbitaire qui par sa rétraction avait baissé et dévié considérablement l'angle interne de l'œil droit, amenant l'ectropion de la paupière inférieure et la chute de la paupière supérieure.

Le 20 mars 1894, M. Hassler procède à la rhinoplastie par la méthode indienne en modelant et en faisant porter le lambeau frontal sur la charpente en platine iridié du docteur Martin. Comme il le fit remarquer à M. Martin, l'état du tissu osseux en voie de raréfaction et l'absence de point d'appui pour la branche inférieure de la croix de platine, créaient deux chances d'insuccès pour la stabilité définitive de son appareil si solide d'ailleurs quand il reste une portion de maxillaire supérieur. Ce fut ce qui arriva, malgré la réunion des lambeaux cutanés. Le nez commença à s'effondrer dans le courant du mois de juin 1894 par suite de l'abaissement de l'appareil qui venait s'appuyer sur la lèvre supérieure et l'ulcérer.

La charpente nouvelle, imaginée par M. Hassler, que le malade porte maintenant et qui a été d'abord appliquée pour relever le nez, remplit bien toutes les conditions d'un excellent appareil définitif très solide et, grâce à sa tige, aisément amovo-inamovible, ce qui permettra les nettoyages et les réparations nécessaires avec le temps.

M. Martin présente plusieurs malades opérés selon sa méthode.

Fracture de Dupuytren.

M. Marlier (Bruyères) a observé un homme atteint depuis 6 semaines d'une fracture de Dupuytren consolidée en valgus, avec ulcération au niveau de la malléole interne. Il dut, pour obtenir le redressement, faire la réaction 1 cm. 1/2 du péroné et la résection cunéiforme de la malléole interne. Bon résultat.

Fractures de l'humérus.

M. Poirier, ayant récolté des humérus à l'Ecole pratique, en a conclu d'abord que dans les deux tiers des cas (41 cas) la fracture porte sur l'extrémité supérieure, quoiqu'on dise classiquement que les fractures du corps sont plus fréquentes.

Sur les fractures du corps (15 cas) et de l'extrémité inférieure (12 cas) les données anatomiques courantes sont assez exactes : pourtant la fracture unicondylienne telle qu'on la décrit est exceptionnelle si même elle existe; le trait aboutit bien au-dessus de l'épicondyle, mais il part de la gorge de la trochlée et non pas, comme on le dit, entre le condyle et la trochlée.

Pour les fractures de l'extrémité supérieure, au nombre de 41, 38 fois il s'agit de fractures du col chirurgicales; et 33 de ces fractures sont des fractures par pénétration; cette variété anatomique est bien connue, mais on la croit moins fréquente qu'elle n'est. Elle se fait en général en arrière, quelquefois en dehors, rarement en dedans et surtout en avant. Cette pénétration démontre que ces fractures sont par cause indirecte et non point par chute directe sur l'épaule. C'est que dans l'interrogatoire des malades le lieu d'application de la force est difficile à bien préciser. D'ailleurs, avec M. Mauclaire, M. Poirier a montré qu'expérimentalement on produit ces fractures par choc sur le coude.

Comme complications tardives de ces fractures, il faut d'abord insister sur l'atrophie musculaire, non pas seulement du deltoïde, mais de tous les muscles périscapulaires. Cela est un argument capital en faveur du traitement par le massage.

De l'intervention précoce des fractures non consolidées de l'utérus. hum

M. Rioblanc communique trois observations inédites de pseudarthroses humérales, dont une personnelle.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un cuirassier de 24 ans

chez lequel, après trente-cinq jours d'immobilisation dans un appareil de Hennequin, on ne constatait aucune trace de réparation. M. Rioblanc fit une résection des deux fragments qu'il trouva séparés par un faisceau musculaire, sutura et obtint une guérison parfaite, sans aucun accident. L'opéré, présenté au Congrès cinq mois après l'intervention, a récupéré avec la solidité de l'humérus tous les mouvements de l'épaule et du coude.

Dans une deuxième observation, un cultivateur de 58 ans entre à la clinique du professeur Ollier porteur d'une pseudarthrose datant de cinq mois et consécutive à une fracture compliquée de l'humérus. Les plaies sont guéries. M. Ollier résèque l'extrémité des fragments, récline un faisceau musculaire interposé et suture les os au fil d'argent. Guérison un peu lente, mais parfaite.

Le troisième malade appartient à M. Jalaguier. C'était encore un cultivateur, de 41 ans, entré à la Pitié avec une pseudarthrose flottante de l'humérus datant de 4 mois 1/2. M. Jalaguier, après avoir dégagé un faisceau musculaire formé par le brachial antérieur presque tout entier interposé entre les fragments, réséqua obliquement l'extrémité de ceux-ci et les encloua à l'aide de deux chevilles d'os de veau aseptique. Suites nulles. Consolidation parfaite.

M. Rioblanc pense que la règle de conduite conseillée par tous les classiques dans les retards de consolidation, la temporisation, doit être abandonnée, dans l'état actuel de la chirurgie. Plus on intervient et plus on s'aperçoit que l'interposition d'une cloison inossifiable est la cause principale, sinon unique, des pseudarthroses. Les signes donnés par M. Ollier pour diagnostiquer ces interpositions musculaires font quelquefois défaut ; dans le doute, il ne faut pas attendre, car cependant les muscles s'atrophient, les articulations s'ankylosent, les fragments s'altèrent, envahis par l'ostéite raréfiante, les conditions opératoires s'aggravent. En tout cas, l'incapacité de travail se prolonge sans profit, car la résection des pseudarthroses humérales, déjà peu sérieuse lors du travail de Bérenger-Féraud, a, pour ainsi dire, perdu toute gravité depuis la généralisation de l'antisepsie.

M. Rioblanc a réuni vingt-sept faits qui prouvent cette innocuité, et montrent bien les causes des insuccès fonctionnels : l'âge des opérés et l'altération des fragments, justifiant ainsi l'intervention hâtive, dès que chez un sujet sain — l'auteur n'a point eu en vue les retards de consolidation tenant à l'état général — les délais habituels de la consolidation se sont écoulés sans qu'il y ait trace de réparation.

Quant à la technique, l'auteur préconise le procédé de M. Ollier : résection après rugination d'une collerette périostique et sutures osseuses. Il admet, pour certains cas, l'enchevillement à l'aide d'os de veau, ou l'invagination d'un fragment dans le canal médullaire de l'autre, et se prononce, en ce qui concerne les pseudarthroses humérales, les seules qu'il considère, contre l'emploi des plaques métalliques vissées.

(*A suivre.*) A. Broca.

REVUE DES JOURNAUX

Le sérum antidiphthérique à l'étranger.

La communication de Roux au Congrès de Buda-Pest a remis en Allemagne à l'ordre du jour la question de la sérumthérapie dans la diphthérie, qui semblait définitivement enterrée malgré les derniers efforts tentés par Baginsky à la Société de médecine berlinoise du 27 juin 1894. On y revient donc aujourd'hui, comme en témoignent une série de travaux parus depuis quinze jours dans les principales publications allemandes.

Dans une conférence faite à des médecins militaires, Kossel (*Deuts. med. Woch.*, 25 octobre 1894, n° 43, p. 823), après avoir indiqué les méthodes d'immunisation des animaux, a résumé les principaux faits qui résultent des anciens et des nouveaux essais de sérothérapie dans la diphthérie. Le traitement spécifique réussit presque infailliblement dans les cas où les injections sont faites de bonne heure. Dans les cas avancés, dans les cas où les fausses membranes ont envahi bronches et larynx, dans les cas où l'organisme est profondément intoxiqué et altéré dans ses organes principaux par les toxines, le sérum échoue comme il échoue encore dans les cas où la symptomatologie est dominée par une infection secondaire. Mais quand il réussit, son action est rapide et se manifeste aussi bien localement que par une amélioration des symptômes généraux et de l'état général. Localement, on constate une disparition plus rapide des fausses membranes qui ne se reproduisent plus sur les parties voisines, et une diminution de l'adénopathie sous-maxillaire. L'amélioration de l'état général se reconnaît à la diminution de la fièvre marchant de pair avec un ralentissement du pouls. Quelquefois dans l'espace de 24 heures la température tombe de 40 à 37°, et le pouls de 160 à 96.

En fait de résultats thérapeutiques, Kossel note dans les cas qu'il a observés une mortalité de 16 0/0. Les paralysies s'observent seulement chez les malades chez lesquels le traitement a été commencé tardivement.

Le travail de M. Kœrte (*Berlin. klin. Woch.*, 12 novembre 1894, n° 46, p. 1039), basé sur 121 cas de diphthérie chez des enfants traités par le sérum de Behring, est surtout intéressant par son côté statistique qui montre bien l'efficacité du sérum spécifique.

Les 121 cas en question traités par le sérum ont fourni une mortalité de 33.1 0/0, tandis que la mortalité des deux années précédentes était de 45.1 0/0. Ce qui prouve qu'il ne s'agissait pas là d'une série heureuse, c'est qu'au commencement de la même épidémie, quand, faute de sérum, les malades ont été traités par les méthodes ordinaires, 106 malades ont fourni une mortalité de 53.8 0/0. La diminution considérable de la mortalité est donc entièrement due au sérum.

Quarante-deux diphthéritiques traités par le sérum et trachéotomisés ont donné 20 guérisons, soit une mortalité de 52.4 0/0. Or la mortalité chez les trachéotomisés, avant la sérum-thérapie, était une moyenne de 77.5 0/0. La comparaison de ces chiffres est assez éloquente pour qu'on n'y insiste pas.

Mais ce qui est tout à fait remarquable, c'est l'action merveilleuse du sérum chez des enfants au-dessous de 2 ans. Ainsi, sur 15 enfants au-dessous de 2 ans traités par le sérum, 8 ont guéri, proportion qu'on n'a jamais atteinte avec les autres traitements. Il en est de même des trachéotomies à cet âge. Huit enfants au-dessous de 2 ans, soumis au traitement spécifique et trachéotomisés pour phénomènes de croup, ont fourni une mortalité de 62.5 0/0; or avec les autres traitements, la mortalité chez les trachéotomisés de cet âge a été de 90.8 0/0.

Kœrte a noté aussi que le traitement réussit d'autant mieux qu'il est commencé de meilleure heure. Le sérum, qui n'a jamais provoqué d'accidents ni d'incidents, ne lui a pas semblé avoir une action locale évidente; par contre, l'effet de l'injection sur l'état général est des plus manifestes. Disons enfin que l'autopsie de 30 diphthéritiques sur les 40 qui n'ont pu être sauvés, a montré que la mort a été provoquée 10 fois par la septicémie, 5 fois par la broncho-pneumonie, 19 fois par l'affaiblissement cardiaque, 4 fois par la néphrite, une fois par la tuberculose miliaire, une fois par le collapsus après la trachéotomie.

Mentionnons en passant le travail de Ritter (*Berlin. klin. Woch.*, 12 nov. 1894, n° 46, p. 1043) pour citer simplement sa statistique : sur 26 enfants traités par le sérum anti-diphthérique et l'antisepsie locale, 19 traités dès le commencement ont tous guéri ; 2 qui sont arrivés tardivement et avec des phénomènes laryngés ont guéri, bien qu'on ait été obligé de les trachéotomiser. Cinq ont succombé, soit une mortalité de 19.2 0/0.

La sérothérapie dans la diphthérie a occupé entièrement la dernière séance de la Société médicale de Munich (*Münch. med. Woch.*, 6 novembre 1894, p. 881) où nous avons eu les communications de Buchner, Ranke et Seitz.

La communication de Buchner se réduit à l'historique de la question et à l'exposé des procédés d'immunisation. Nous n'avons donc pas à y insister. Ranke a ensuite exposé les résultats de ses nouveaux essais de sérothérapie dont la valeur ne ressort que lorsqu'on prend en considération la malignité de la diphthérie à Munich. Ainsi, sur 62 diphthéritiques soignés à l'hôpital depuis le 1er mai jusqu'au 24 septembre, 43 sont morts, soit une mortalité de 67.1 0/0. Sur 30 qui n'ont pas

été opérés (tubage ou trachéotomie), 17 ont guéri; sur 32 opérés, 2 seulement ont guéri.

Les essais de traitement ont été faits avec le sérum d'Aronson et le sérum de Behring. Sur neuf enfants traités avec le sérum d'Aronson, six ont guéri, dont cinq après intubation. Sur dix enfants traités avec le sérum de Behring, neuf ont guéri. Les résultats sont donc satisfaisants. Mais avant de se prononcer, Ranke, qui a eu des résultats si déplorables — huit morts sur neuf enfants — dans ses premiers essais faits avec le sérum de Behring il y a deux ans, croit que de nouvelles expériences sont nécessaires.

Pour ce qui est de la communication de Seitz, les faits qu'il apporte sont intéressants au point de vue de l'action prophylactique du sérum. Dans une famille où l'isolement de deux enfants atteints de diphthérie était absolument impossible, Seitz fit des injections de sérum aux quatre frères et sœurs des deux malades. Aucun des vaccinés ne contracta la diphthérie.

Parmi les Munichois, Emmerich (*Münch. med. Woch.*, 6 nov. 1894, p. 888) seul continue à soutenir que le sérum ne peut donner que des résultats très médiocres, du moins à Munich. Et ceci, parce qu'à Munich les infections secondaires sont presque la règle dans la diphthérie. Ainsi, sur 12 cas de diphthérie mortelle qu'il a eu l'occasion d'examiner, 9 fois la mort était produite par une septicémie généralisée à streptocoques, et une fois par une septicémie à staphylocoques. D'un autre côté, sur dix-huit cas de diphthérie examinés pendant la vie, le bacille de Lœffler était accompagné quinze fois de streptocoques, de staphylocoques et d'un bacille analogue au bacillus pyogenes fœtidus (Passet). Dans ces conditions, les effets spécifiques de l'antitoxine diphthérique doivent forcément échouer.

Les deux faits que signale Mervius, de Helgoland (*Berlin. klin. Woch.*, 15 octobre 1894, n° 42, p. 884), rappellent ceux de Seitz et sont également en faveur de la valeur prophylactique du sérum. Son garçon prend la diphthérie, et Mervius vaccine ses deux autres enfants, âgés de 3 et 4 ans, qui continuent à jouer avec leur frère sans contracter la diphthérie. Même fait dans une autre famille qui vient de perdre un enfant de diphthérie et où un autre garçon contracte la diphthérie. L'isolement étant impossible, Mervius vaccine le père, la mère et un frère âgé de 18 mois. Aucun des vaccinés ne contracte la diphthérie.

Signalons enfin en dernier lieu le cas de Lublinski (*Deut. med. Woch.*, 8 nov. 1894, n° 45, p. 857) où un garçon de 8 ans, traité par le sérum, guérit après avoir présenté un érythème ortié dans les parties voisines du point d'inoculation (bras).

L'Angleterre semble encore nous regarder. Du moins, les travaux que nous avons trouvés publiés par Thornbury (1), A. Baginsky (2), Austin O'Malley (3) sont de simples revues, à part celui de Fischer (4) où se trouve l'observation d'un cas de diphthérie grave guérie par l'antitoxine d'Aronson.

R. Romme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Election.

M. Just Lucas-Championnière est élu membre titulaire dans la section de médecine opératoire, par 66 voix sur 74 votants contre 3 voix à M. Delorme, 2 à M. Delens, 2 à M. Pozzi et un bulletin blanc.

(1) *Med. News*, 20 octobre 1894, p. 429.
(2) *Med. Record*, 6 octobre 1894, p. 417.
(3) *New-York med. Journ.*, 20 octobre 1894, p. 485.
(4) *Med. Record*, 6 octobre 1894, p. 418.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 novembre 1894.

Présidence de M. Déjerine

Le son de percussion du thorax.

M. Castex (Lille) envoie une note dans laquelle il expose les résultats de ses recherches sur le son fourni par la percussion du thorax. Le son que l'on obtient dans la percussion du thorax se compose de la superposition de deux sons non-harmoniques, l'un pariétal produit par les vibrations des parties osseuses de la cage thoracique, l'autre pulmonaire dû aux vibrations du parenchyme pulmonaire et de la masse gazeuse. Le parenchyme lui-même n'émet aucun son et joue plutôt, comme toutes les parties molles, le rôle d'étouffoir.

Influence de la respiration sur la circulation veineuse des membres.

M. Wertheimer (Lille) expose, dans une note envoyée à la Société, ses recherches sur l'influence de la respiration sur la circulation veineuse des membres. On admet généralement, d'après les recherches faites dans cette direction par d'autres auteurs, que les effets de l'inspiration ne se font pas sentir sur la circulation veineuse des membres inférieurs. Or M. Wertheimer est arrivé dans ses expériences à des conclusions opposées. En mettant en communication la veine fémorale d'un chien avec un manomètre contenant une solution de bicarbonate de soude, il a trouvé que la pression augmentait à chaque aspiration et baissait à chaque inspiration, et que cet abaissement pouvait même atteindre 20 millimètres. L'aspiration exercée par le thorax l'emporte par conséquent sur les effets de l'abaissement du diaphragme.

L'inspiration favorise donc le cours du sang veineux dans les régions sus- et sous-diaphragmatiques. Ces effets se manifestent quelquefois jusque dans la veine saphène interne.

Résistance à l'asphyxie.

M. Richet. — On sait qu'avec Paul Bert on admet que si le canard résiste à l'asphyxie par immersion, c'est grâce à la quantité considérable de sang contenue dans son organisme. En saignant le canard, on peut, d'après P. Bert, diminuer cette résistance.

M. Richet a repris ces expériences et trouvé que la résistance du canard est à peine diminuée quand par la saignée on lui retire la moitié ou même les deux tiers de la quantité totale de son sang. La résistance du canard tient donc à autre chose, et d'après M. Richet il faut chercher l'explication dans des phénomènes d'inhibition du côté du cœur (ralentissement). En effet, si l'on fait à un canard une injection d'atropine qui abolit l'action du pneumogastrique et qu'on le plonge ensuite dans l'eau, il succombe presque aussi vite qu'un poulet.

M. Laborde pense que pour que l'expérience de M. Richet eût toute sa valeur, il aurait fallu voir comment se comporte dans les mêmes conditions le cœur d'un canard non-atropinisé.

M. Malassez trouve que dans cette question on s'est occupé du cœur, sans avoir fait intervenir le rôle de la capacité pulmonaire.

M. Ch. Féré lit une note sur la *fréquence des arrêts de développement du bec supérieur et des anomalies de la tête chez l'embryon du poulet.*

M. Trouëssart fait une communications sur les *acariens parasites des fosses nasales.*

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre 1894.

Péritonite tuberculeuse.

M. G. Marchant avait laparotomisé, il y a trois ans, pour péritonite tuberculeuse la malade à laquelle M. Routier a ouvert le ventre, il y a quelques semaines, pour une occlusion intestinale. M. Routier n'a rien vu qui ressemblât à de

a tuberculose. Or, lors de la première intervention, le diagnostic avait été vérifié par des inoculations.

Cystostomie sus-pubienne.

M. Poncet, après s'être félicité du débat qui vient de s'engager devant la Société, étudie, d'après ses 63 opérations personnelles, quelles sont les indications de la méthode. Mais pour rendre compte de son importante communication, nous n'avons qu'à renvoyer à l'intéressant travail que son élève M. Lagoutte publie en ce moment même dans nos colonnes.

M. Tuffier pense également que dans les cas de rétention aseptique l'opération est bénigne, mais, à son sens, elle est rarement indiquée; d'autant mieux que, quoi qu'en dise M. Poncet, la ponction hypogastrique est alors bénigne.

M. Segond a appliqué trois fois l'opération de Poncet — elle mérite ce nom, malgré certaines arguties, même si on l'a pratiquée en 1856 ou plus tôt — et pense qu'elle a pour indication les contre-indications de cathétérisme. Chez ses trois malades, le cathétérisme était insuffisant et dangereux; or, tous trois se portent à merveille depuis décembre 1893 et juin 1894. Ils ne sont pas continents et portent des appareils pour lesquels M. Segond n'a d'ailleurs qu'une admiration relative.

M. Poncet n'a jamais dit que le cathétérisme ne soit pas la méthode de choix, mais il maintient qu'il est moins grave d'ouvrir la vessie que de la ponctionner. En outre, on n'est jamais sûr que la sonde à demeure sera bien tolérée et on sera ainsi conduit parfois à intervenir trop tard. Si on veut de bons résultats, il ne faut pas laisser trop compromettre la santé du malade. En somme, on est à peu près d'accord sur les indications fournies par l'infection; M. Poncet diffère surtout d'avis avec M. Tuffier en ce qu'il insiste davantage sur les indications d'ordre mécanique.

Bouton de Murphy.

M. Chaput pense que le bouton de Murphy abrège notablement la durée des opérations intestinales, les rend plus faciles et évite le rétrécissement tardif. Malheureusement, son emploi n'est pas sans danger et son application réclame beaucoup de précautions et de prudence. En effet, il expose à l'occlusion intestinale, son calibre étant trop gros, et à ce propos M. Chaput rappelle des expériences qu'il a entreprises avec MM. Lenoble, Anghelesco, Boulanger (voyez *Société anatomique*, *Mercredi médical*, 1894, p. 305). En outre, il y a des cas où il perfore l'intestin, d'où péritonite mortelle. M. Demons a observé deux fois cet accident (voyez *Mercredi*, 1894, p. 523), enregistré également par Willy-Meyer, par Zielewicz (de Posen).

Résection du pubis.

M. Picqué montre une malade à laquelle il a fait, pour ostéosarcome, une large résection du pubis et qui, malgré cela, marche bien.

M. Michaux a observé un cas analogue à la suite d'une fracture.

M. Berger rappelle qu'en cas d'extrophie de la vessie, il y a écartement du pubis et que la démarche, analogue à celle de la malade de M. Picqué, est en général satisfaisante.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 *novembre* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Infection du foie compliquant l'appendicite. Pathogénie des abcès aréolaires.

M. Achard. — Voir page 569.

M. Rendu. — La question pathogénique que soulève M. Achard est des plus délicates. J'ai déjà été frappé plusieurs fois par ces faits, et j'en ai relevé un tas dans un livre de cliniques médicales. Je crois que c'est quand l'appendicite est très limitée et chronique pour ainsi dire, que se manifestent les lésions hépatiques; les lymphatiques ont le temps de se prendre, ce qui n'arrive guère dans les cas très aigus.

M. Hanot. — Dans trois cas d'abcès aréolaires, je n'ai absolument pas pu retrouver le point de départ; et, en particulier, dans trois cas, l'appendice était absolument normal.

Des infections pyogéniques exogènes au cours de la fièvre typhoïde.

M. Chauffard. — Parmi les suppurations observées pendant le cours ou le déclin de la fièvre typhoïde, les unes relèvent directement du bacille d'Eberth, les autres, plus fréquentes, des agents pyogènes vulgaires.

C'est à ce dernier groupe de faits qu'appartiennent la plupart des abcès typhiques ou méta-typhiques, et pour expliquer leur genèse, on se contente le plus souvent d'invoquer la notion des infections secondaires, sans rechercher l'origine et la porte d'entrée de cette complication pyogénique surajoutée.

La petite épidémie de fièvre typhoïde de cette année, telle que je l'ai observée dans mon service de Laënnec, m'a donné un nombre tout à fait inusité de suppurations qui, pour des raisons que nous allons examiner, me paraissent relever d'infections d'origine extrinsèque, formant ainsi des *abcès exogènes* au point de vue de leur pathogénie.

Sur un total de 25 cas, j'ai eu 12 fois des abcès, soit un pourcentage de 48 pour 100.

Ce chiffre énorme comprend diverses catégories de faits.

Sur les 25 cas, 13 fois absence de toute suppuration.

Sur les 12 cas restants, 6 fois abcès sans gravité, simplement furonculeux ou superficiels, et 6 autres cas compliqués d'abcès graves et profonds.

La lésion intestinale des plaques de Peyer, envisagée comme porte d'entrée de ces pyogènes secondaires, ne rend compte ni de la fréquence insolite de ces abcès, ni de leur caractère tardif, ni de leur survenance chez certains malades et non chez d'autres.

Supposons, au contraire, que ces typhiques se sont infectés *par le dehors*, que leurs abcès ont une *origine exogène*, et voici ce que l'enquête pathogénique nous apprend.

Dans le groupe des cas compliqués d'abcès, nous trouvons 5 cas si légers, qu'ils n'ont pas nécessité de bains; 3 cas atténués, ayant comporté 46, 30, et 2 bains; 1 cas avec 90 bains; 3 cas de mort par hémorrhagie ou suppuration.

L'examen des autres cas nous montre l'influence pathogénique *de la maladie et du nombre des bains donnés*. Tous les typhiques qui ont eu des abcès avaient pris plus de 90 bains, sauf un qui n'en avait pris que 69. Par contre, un seul des cas non compliqués d'abcès avait nécessité 90 bains; tous les autres étaient restés au-dessous de ce chiffre.

De même, dans le service voisin de M. Oulmont, remplacé alors par M. Galliard, sur 17 typhiques traités, un seul prend 90 bains, et est atteint d'éruption furonculeuse; les autres prennent de 50 à 80 bains et ne suppurent pas.

Il semble donc que plus est grand le nombre des bains nécessités par une fièvre typhoïde, et plus s'accroissent les chances d'abcès, et cela non seulement à cause de la gravité accrue de la maladie, mais aussi à cause des gerçures, crevasses, lésions superficielles des téguments, qui se montrent chez les sujets soumis coup sur coup à un grand nombre de bains.

L'examen bactériologique comparatif du pus des abcès et de l'eau des bains plaide dans le même sens. Chez 5 de nos malades, l'agent pyogène était le staphylocoque doré ou citrin, et c'est le même germe que M. Chantemesse retrouvait, sur ma demande, et à l'état virulent, dans l'eau prise dans la baignoire avant d'avoir servi aux bains.

Pour expliquer la fréquence de ces abcès, ainsi interprétés comme d'origine exogène, il faut invoquer plusieurs causes contingentes et surajoutées: hôpital aussi peu propre que possible, salles qui n'ont pas été repeintes ni lessivées depuis plus de quinze ans, eau de Seine dans les baignoires, enfin, peut-être, transport et inoculation d'un malade à l'autre par les infirmières et les garçons préposés au soin des typhiques.

De même que nous étudions chaque typhique appareil par appareil, nous devons donc surveiller de très près le milieu dans lequel il subit sa maladie, et en particulier *le milieu hydrique*. Le typhique n'a que trop d'occasions ambiantes de

s'infecter, et ces occasions il faut les lui éviter par toute une série de mesures prophylactiques qui sont la conséquence pratique de tout ce qui précède.

Goitre expérimental par injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien.

MM. Ballet et Enriquez. — Au cours d'expériences que nous poursuivons en ce moment, sur les effets de l'hyperthyroïdisation d'une part et de l'hypothyroïdisation de l'autre, nous avons eu l'occasion d'observer sur un chien un résultat qu'il nous a paru intéressant de vous communiquer. Nous nous bornons aujourd'hui uniquement à rapporter et à vous faire constater le fait, sans nous arrêter à l'interprétation qu'il peut comporter, au point de vue de la pathogénie de la maladie de Basedow.

Ce chien a été soumis depuis environ un mois à l'hyperthyroïdisation, au moyen d'injections sous-cutanées d'extrait glycériné de corps thyroïde de mouton. Cet extrait glycériné a été préparé selon la formule générale proposée par d'Arsonval, pour la préparation de tous les extraits organiques : section des corps thyroïdes en petits corps d'un centimètre de côté, macération pendant vingt-quatre heures environ dans la glycérine officinale stérilisée; le liquide ainsi obtenu est étendu de deux fois environ son volume d'eau, et ensuite filtré.

Notre technique diffère seulement de celle de d'Arsonval, en ce fait que nous mettons une quantité de glycérine égale au volume des corps thyroïdes, et non pas double ou triple comme il l'indique; et que de plus, nous nous bornons à filtrer simplement sur des filtres en papier Laurent, sans employer ni le filtre à acide carbonique, ni le filtre de Kitasato. Malgré cela, nous n'avons pas eu à enregistrer un seul abcès sur plus de cent injections.

Depuis le 17 octobre, ce chien a subi deux séries d'injections séparées par une période de repos d'une semaine environ.

La première série a duré 14 jours consécutifs. Les premiers jours, nous lui avons injecté 4 c. c. d'extrait thyroïdien par jour; la dose a été élevée progressivement les jours suivants, pour atteindre 15 c. c. les derniers jours : en tout, il a reçu pendant ces 14 jours 86 c. c. d'extrait. Pendant cette série d'injections, il a présenté un certain nombre de symptômes sur lesquels nous n'insisterons pas aujourd'hui et que nous nous réservons de vous communiquer plus tard, quand nous aurons multiplié nos expériences : fièvre, tachycardie, diarrhée, melæna, crises de tremblement, etc., etc. Le fait important que nous voulons mettre en relief aujourd'hui, c'est qu'à la suite de ces injections, notre chien a présenté un gonflement très appréciable du cou.

Ce gonflement a débuté cinq jours après la première injection, il siégeait immédiatement de chaque côté du larynx, légèrement plus accentué à gauche qu'à droite. Au bout de trois jours, c'est-à-dire huit jours après le début de l'expérimentation, la tuméfaction diminuait à gauche pour augmenter à droite d'une façon très manifeste. Cette tuméfaction, qui, très vraisemblablement, représentait le lobe droit du corps thyroïde, persista tant que durèrent les injections de la première série.

Au 13e jour de l'expérimentation, les injections furent supprimées. Quelques jours après, les autres symptômes : fièvre, tachycardie, diarrhée, tremblement, etc., etc., s'amendaient ou disparaissaient et parallèlement le gonflement du corps thyroïde commença à diminuer, pour disparaître entièrement au 7e jour après la cessation des injections.

A ce moment-là, notre chien fut soumis à une nouvelle série d'injections à des doses relativement faibles, 6 c. c. au maximum par jour. Au bout de trois jours, les symptômes fièvre, tachycardie, diarrhée, etc., etc., reparurent en même temps que le gonflement du corps thyroïde qui, cette fois-ci, alla progressivement en augmentant pour constituer aujourd'hui une tuméfaction appréciable à la vue. Comme on peut le constater, cette tuméfaction unilatérale siège exactement à la place anatomique qu'occupe le lobe droit du corps thyroïde; elle fait corps, pour ainsi dire, avec le larynx et participe à tous ses mouvements.

La palpation en est légèrement douloureuse et donne une sensation nette de lobulation. Nous n'avons constaté ni mouvement d'expansion, ni bruit de souffle à l'auscultation.

Quoi qu'il en soit, il ne nous paraît pas possible de douter, et le contrôle anatomique ne tardera pas à nous renseigner d'une façon absolue à cet égard, que nous ne soyons en présence d'un goître expérimental provoqué par les injections sous-cutanées de liquide thyroïdien.

H. Vaquez.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 16 novembre 1894.

Anévrysme du cœur.

M. Marie relate l'observation d'un malade âgé de 73 ans, chez lequel on avait constaté pendant la vie tous les symptômes d'une cirrhose classique, sans aucune manifestation cardiaque, bien qu'il portât une grosse lésion de la paroi du ventricule gauche, découverte à l'autopsie. Il existait une légère symphyse cardiaque, et dans la paroi du ventricule gauche, le long de la cloison inter-ventriculaire, aux abords de la pointe, une induration considérable formant une plaque de 5 à 6 centimètres de diamètre. Il fallut scier cette plaque indurée. Elle recouvrait un anévrysme avec caillots fibrineux. La paroi du cœur à son niveau était calcifiée. Les coronaires paraissent saines à leur origine, le muscle cardiaque ne paraît pas altéré dans le reste de son étendue. L'aorte thoracique est athéromateuse, les autres artères sont saines.

Salpingite avec perforation du rectum.

M. Chaput revient sur une observation antérieurement présentée de salpingite, dans laquelle une perforation du rectum avait été observée consécutivement à l'ablation des trompes. L'examen histologique du rectum perforé a été pratiqué par M. Pilliet. Il en résulte que la perforation ne s'est pas produite consécutivement à des lésions ulcératives propres de la paroi rectale, mais que des diverticules de la paroi antérieure du rectum adhérents aux tissus malades, ont dû être déchirés pendant les manœuvres de décollement de ces tissus.

Fracture du crâne par balle de revolver.

M. Bouglé raconte l'observation d'une jeune femme de 20 ans qui s'est tiré dans la tempe du côté droit une balle de revolver d'un calibre de 5 millimètres. La malade est apportée dans le coma dans le service de M. Tillaux. Elle ne présente aucun phénomène indiquant le siège des lésions cérébrales, pas d'épilepsie jacksonienne, pas de contracture. Aucune intervention n'est pratiquée. A l'autopsie, on découvre une perforation très régulière de l'os temporal. En regard, la dure-mère est décollée sans être rompue, et un gros caillot existe entre la face externe de la membrane et la face interne de l'os. La balle est logée dans l'épaisseur de ce caillot. Bien que la balle n'ait pas pénétré dans le cerveau, il y a une attrition très considérable de la corne du lobe sphénoïdal du côté correspondant.

Anévrysme de la portion initiale de l'aorte.

M. Trenel présente un anévrysme énorme de la portion initiale de la crosse de l'aorte. La tumeur anévrysmale s'était développée en avant du cœur, qu'elle avait refoulé dans la partie postérieure du médiastin, venant prendre la place normale du cœur lui-même. Elle déterminait de la convexité dans la région sternale correspondante, mais n'était accompagnée d'aucun battement, ni d'aucun souffle. La matité qu'elle entraînait se confondait par ses limites avec la matité d'un double hydrothorax concomitant. Enfin, il n'y avait pas d'inégalité dans les deux pouls. Le diagnostic avait donc dû être réservé pendant la vie.

Rupture de l'intestin grêle.

M. Delanglade relate un cas de rupture de l'intestin grêle consécutif au passage d'une roue de voiture sur la paroi abdominale. La rupture s'est produite à 40 centimètres audessous du duodénum.

F. Potier.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

PILULES DE

QUASSINE FREMINT

(Quassine amorphe pure 0.02)

DIURÉTIQUES, TONIQUES, APÉRITIVES

1 ou 2 avant chaque repas contre l'**Anorexie**, **Faiblesse générale**, **Convalescences difficiles**, **Atonie des Voies digestives** (*Diarrhée et Constipation rebelles*), **Coliques hépatiques et néphrétiques**. — Le fl. **3** fr., rue d'Assas, 18, Paris, *et toutes pharmacies, en exigeant le timbre de l'Etat français.*

DIGITALINE d'HOMOLLE et QUEVENNE

Approbation de l'Académie de Médecine. — Médaille d'Or de la Société de Pharmacie.

PRINCIPE ACTIF PUR de la DIGITALE, la Digitaline d'Homolle et Quevenne(1) offre sur la plante les avantages suivants: 1° *Inaltérabilité*; 2° *Action plus sûre*; 3° *Tolérance plus grande*; 4° *Dosage rigoureux.* — DOSE PAR JOUR : Granules (1 à 2) — Solution pour usage interne (1 à 20 gouttes).

(1) A cause des Imitations impures, formuler la **VRAIE DIGITALINE d'HOMOLLE et QUEVENNE.**

Pharmacie COLLAS, 8, Rue Dauphine, PARIS, ET TOUTES PHARMACIES.

COALTAR SAPONINÉ LEBEUF ANTISEPTIQUE

nullement irritant antidiphthérique, cicatrisant les plaies, admis dans les *Hôpitaux de Paris* et les *hôpitaux de la Marine militaire.* — **Dans toutes les PHARMACIES**

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN

PARIS, 12, RUE CASTIGLIONE, 12. **PARIS**

Le SACCHAROLÉ de QUINQUINA CHARLARD-VIGIER

Renferme les principes toniques et tous les alcaloïdes de l'écorce et remplace avantageusement les autres préparations de ce médicament. — **VIGIER, Pharmacien, 12, Boulv Bonne-Nouvelle, PARIS.**

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés et très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-aliment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

TUBES DE SUBLIMÉ VIGIER

SOLUTION alcoolique bleue, **INALTÉRABLE** pour preparer ***instantanément*** des solutions au titre voulu. Les tubes se vendent par boîtes de: **20** tubes à **0g25** de sublimé, ou **15** tubes à **0g50**, ou **10** tubes à **1** gramme. *Prix de la Boîte* **4** fr.

PHon VIGIER, 12, Boul. Bonne-Nouvelle, PARIS

---

15 mai **URIAGE** **15 octobre**

EAU SULFUREUSE ET SALINE PURGATIVE

Contre le **lymphatisme**, la **scrofule**, les **maladies de la peau**. — Convient particulièrement aux enfants. — Remplace avec avantage Aix-la-Chapelle.

DÉPOTS : Cie de Vichy, boulevard Montmartre, 22. — Maison Trinuesse rue de la Michodière, 23. — Maison d'Esebeck, rue Jean-Jacques-Rousseau, 62.

LE VÉRITABLE THAPSIA

doit porter les Signatures

Ch. Le Perdriel   Reboulleau

Les exiger pour éviter les accidents reprochés aux imitations.

TOILE VÉSICANTE LE PERDRIEL

Action Prompte et Certaine

EXIGER LA COULEUR ROUGE

La plus ancienne. * La seule admise dans les Hôpitaux civils.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

N° 48 — 28 NOVEMBRE 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 3 au 8 décembre 1894.

Mercredi 5. — M. Delécluse. De l'occlusion pathologique des mâchoires. — M. Tavitian. Etude sur le gaïacol et son emploi dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. — M. Garnier. Essai sur les écrits des aliénés. M. Rebière. Kystes hydatiques primitifs de la plèvre. — M. Fonvieille. De l'hydrocèle et de ses traitements. — M. Bruneau. Etudes sur les indications de curettage de l'utérus dans l'infection puerpérale. — M. Strafforelli. Des grands kystes du cordon spermatique.

Jeudi 6. — M. Galopin. L'oxygène et le chlorure de sodium dans la scrofule et la tuberculose. — M. Fougerat. Quelques remarques d'ordre physiologique relatives au travail intellectuel et à la méthode. — M. Barbier. Des pseudo-infections puerpérales d'origine intestinales. — M. Perret. Accouchement prématuré provoqué et symphyséotomie. — M. Gervais de Rouville. Des néphrectomies partielles. — M. Bernard. Les eaux de Vichy et leurs propriétés thérapeutiques.

Limites des consignations. — 1° Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après désignées :

Pour le 2e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 12 mars inclusivement;

Pour le 2e examen de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 2 avril inclusivement;

Pour le 3e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 2 avril inclusivement;

Pour le 3e examen de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 21 mai inclusivement;

Pour le 4e examen de doctorat, jusqu'au mardi 4 juin inclusivement;

Pour le 5e examen de doctorat (1re et 2e parties), jusqu'au mardi 2 juillet inclusivement;

Pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 2 juillet inclusivement;

Pour les thèses, jusqu'au mardi 9 juillet inclusivement.

Officiats. — Pour le 1er examen, jusqu'au mardi 12 mars inclusivement; pour le 2e examen, jusqu'au mardi 2 avril inclusivement; pour le 3e examen, jusqu'au mardi 2 juillet inclusivement.

2° Les élèves ajournés après le 1er juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 9 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses, et ne signeront plus de manuscrits.

Faculté de médecine de Paris. *Clinique chirurgicale de la Pitié.* — Pour cause de réparations urgentes, l'ouverture de ce cours est momentanément retardée. Elle sera annoncée ultérieurement par une affiche.

VARIÉTÉS

Hôpital Trousseau. — M. le prof. Lannelongue a repris ses entretiens cliniques, le mercredi à 9 h. du matin, sur la chirurgie infantile.

Hôtel-Dieu d'Orléans. *Concours pour l'internat* le 14 décembre prochain, à une heure et demie, pour 3 places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

N. B. — Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

Congrès annuel de médecine mentale. — 4e session tenue à La Rochelle du 1er au 6 août 1893. Comptes-rendus publiés par le docteur H. MABILLE, secrétaire général du Congrès. 1 vol. in-8°, 12 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement chirurgical des maladies de l'estomac et du duodénum, par le Dr Doyen, de Reims. Paris, Rueff et Cie, éditeurs. 1 vol. broché avec 185 figures dans le texte, dont 38 planches en phototypie, 12 francs.

Les Trichophyties humaines, par le docteur R. Sabouraud, ancien interne des hôpitaux. Paris, Rueff et Cie, éditeurs, 1894. 2 volumes in-8° jésus dont 1 atlas contenant 133 figures en phototypie, reliure d'amateur peau pleine souple, tête dorée, 20 francs.

Les Coupes du système nerveux central, par le Dr A. Mercier, ancien second médecin de l'asile cantonal des aliénés de Burghoelzli. Paris, Rueff et Cie, éditeurs. 1 vol. peau pleine souple, reliure amateur tête dorée, 4 francs.

Manuel de médecine, publié sous la direction de MM. G. Debove, membre de l'Académie de médecine, professeur de la Faculté, et Ch. Achard, médecin des hôpitaux. Tome V. Maladies du tube digestif, du péritoine, de la rate et du pancréas. Paris, Rueff et Cie, éditeurs. 1 fort volume in-8°, relié, 16 francs.

Le Massage, manuel théorique et pratique, par le Dr Georges Berne, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie de la Faculté. Paris, Rueff et Cie, éditeurs. 1 volume reliure amateur, peau pleine, tête dorée, avec 152 figures dans le texte, 5 francs.

Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies, par le Dr Albert Mathieu, médecin des hôpitaux de Paris. 1 volume in-8° relié, 8 francs. Paris, 1894, Rueff et Cie, éditeurs.

Formulaire pratique de l'hypodermie, par MM. les docteurs Cancalon et Maurange. Paris, 1894. Rueff et Cie, éditeurs. 1 volume, reliure amateur, peau pleine, tête dorée, 3 francs.

Le Nouveau-né. Physiologie. Hygiène. Allaitement. Maladies les plus fréquentes et leur traitement, par le Dr A. Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris. Deuxième édition, revue et augmentée. Paris, 1894. O. Doin, éditeur. Un volume in-12 cartonné de 120 pages avec 69 fig. dans le texte, une planche chromolithographiée hors texte et des graphiques pour enregistrer le poids de l'enfant. Prix : 2 fr. 50.

NEUROPATHOLOGIE

Hôpital Necker. — Service du prof. Dieulafoy.

Note sur un cas de paralysie alterne due à une tumeur glycomateuse de la région bulbo-protubérantielle, par G. Marion, interne du service.

Le 21 juillet 1894, la nommée Legué Françoise était amenée à l'hôpital Necker dans un état demi-comateux. Cette malade est âgée de 27 ans.

Le jour de son entrée, dans l'après-midi, elle a une attaque épileptiforme; le lendemain, deux nouvelles attaques, analogues à la première, se produisent. Ces attaques la prennent subitement et sont caractérisées par des mouvements convulsifs plus accentués du côté gauche du corps; elles sont suivies d'un coma plus ou moins prolongé.

Du reste aucun renseignement sur son compte. Le 24 juillet seulement, son état s'étant un peu amélioré, on peut apprendre d'elle, qu'il y a cinq mois, elle a eu un ictus apoplectique, avec perte de connaissance, mouvements convulsifs, suivi d'hémiplégie gauche et de paralysie faciale droite. Depuis cette époque il n'y a eu aucune amélioration et la malade a dû garder le lit.

Actuellement la malade présente une hémiplégie alterne, bien caractérisée; à la face c'est le côté droit qui est lésé : le facial supérieur aussi bien que le facial inférieur sont paralysés. La malade ne peut plus fermer l'œil droit atteint de conjonctivite et les larmes s'en écoulent sans cesse. Tous les plis cutanés ont disparu de ce côté, qui semble projeté en avant. La salive s'écoule par la commissure droite des lèvres, et aussitôt que la malade vient à parler, sa bouche se dévie nettement à gauche. Du reste la parole est difficile, bredouillante, bien que la malade semble avoir des idées nettes. Cette difficulté tient à une paralysie partielle de la langue; en effet, si l'on fait tirer la langue à la malade, on voit qu'elle est nettement déviée à gauche; mais un examen attentif montre que le génio-glosse est intact et que la déviation ne reconnaît pour cause qu'une paralysie du stylo-glosse innervé par le facial. Pour en terminer avec la septième paire, signalons enfin une parésie plutôt qu'une paralysie complète du voile du palais; de temps en temps, en effet, les boissons refluent par le nez.

Du côté de l'œil droit, outre la paralysie de l'orbiculaire, et l'épiphora, on note du strabisme interne; le droit externe ne se contracte plus, par conséquent son nerf, le moteur oculaire externe, est paralysé. Il existe également du nystagmus vertical.

Du côté des membres, c'est le côté gauche qui est paralysé, ou plutôt parésié; car la malade peut encore esquisser quelques mouvements surtout avec le membre supérieur. Le membre inférieur est contracturé en extension. Soutenue, la malade marche en fauchant.

Quant à la sensibilité, à la face aussi bien qu'au tronc et aux membres, la malade n'accuse pas cette sensation de boire dans un verre cassé, caractéristique, comme l'a bien noté M. Dieulafoy, d'une paralysie du trijumeau. Mais au tronc et aux membres, il y a un retard considérable dans la perception.

En résumé, la malade se présente avec une hémiplégie des membres du côté gauche, et une hémiplégie du facial supérieur et inférieur, et du moteur oculaire externe du côté droit.

L'examen des autres organes est absolument négatif. Le cœur est sain. Les poumons ne présentent qu'un certain degré de congestion due probablement au décubitus dorsal de la malade. Rien du côté des reins.

De tels symptômes permettaient de localiser la lésion avec précision; seules en effet les lésions protubérantielles déterminent ces paralysies alternes bien décrites par Gübler en 1856... Mais de plus, grâce à certains signes d'une part, et d'autre part à l'absence de paralysies d'autres nerfs, on pouvait indiquer les limites de la lésion à quelques millimètres près.

Rappelons brièvement la constitution anatomique de ce qu'on appelle la région bulbo-protubérantielle, région qui est en même temps un lieu de passage pour certaines fibres nerveuses et un lieu d'origine pour un certain nombre de nerfs.

C'est un lieu de passage pour les fibres qui, des centres cérébraux corticaux, vont à la moelle, les uns constituant le faisceau sensitif, les autres le faisceau pyramidal. Celui-ci a pris naissance dans l'écorce cérébrale des zones motrices du cerveau; après avoir traversé la capsule interne occupant les deux tiers antérieurs de son segment postérieur, il s'est trouvé dans le pédoncule situé à la partie moyenne de la région du pied de ce pédoncule, entre le faisceau géniculé qui est en dedans et le faisceau sensitif qui est en dehors. Une fois dans la région protubérantielle, il occupe à l'intérieur de la protubérance la partie antérieure de celle-ci, séparée de la face antérieure par quelques fibres transversales. Immédiatement au-dessous de la protubérance, les fibres du faisceau pyramidal pénétrant dans le bulbe croisent la ligne médiane pour se porter du côté opposé, formant ainsi le faisceau pyramidal croisé. Seules quelques fibres ne s'entre-croisent pas et constituent le faisceau pyramidal direct.

Le faisceau sensitif passe dans la protubérance, en arrière du faisceau pyramidal, dont il est séparé par des fibres transversales. Comme ce dernier faisceau, il s'entre-croise dans le bulbe, un peu au-dessous de lui.

Quant aux noyaux d'origine des nerfs, ils sont nombreux à ce niveau. Tous les nerfs crâniens, sauf l'olfactif et l'optique, prennent en effet naissance dans la région bulbo-protubérantielle. Au point de vue de la disposition de ces noyaux, on peut diviser la région en trois parties :

Une partie antérieure et supérieure, située immédiatement au-dessous de l'aqueduc de Sylvius, présente tout près de la ligne médiane les noyaux du moteur oculaire commun, et un peu en arrière celui du pathétique.

La partie moyenne représente le triangle supérieur du plancher du quatrième ventricule. On y rencontre, le long de la ligne médiane, l'eminentia teres où naissent les fibres du moteur oculaire externe et celles du facial supérieur. Un peu plus en dehors et plus profondément, se trouve situé le noyau du facial inférieur; plus en dehors enfin le noyau masticateur du trijumeau, et échelonnés en une longue série les noyaux sensitifs de cette cinquième paire.

La partie inférieure, triangle inférieur du plancher du quatrième ventricule, présente les ailes blanche et grise, c'est-à-dire les noyaux d'origine réelle, de dedans en dehors : 1° de l'hypoglosse; 2° du glosso-pharyngien, du spinal et du pneumogastrique; 3° de l'acoustique.

Etant donnée une telle disposition, la lésion était localisée certainement au niveau de la partie moyenne de la région bulbo-protubérantielle, atteignant en avant le faisceau pyramidal non entre-croisé, mais destiné au côté gauche; atteignant un peu plus en arrière le noyau du facial, et l'eminentia teres, origine du facial supérieur et du moteur oculaire externe du côté droit. L'absence de paralysies des troisième, quatrième et cinquième paires, et des nerfs prenant naissance à la partie inférieure du plancher du quatrième ventricule, permettait d'affirmer que la tumeur ne dépassait pas en haut et en bas la partie

moyenne de la région, et qu'en dehors elle ne s'étendait pas jusqu'au trijumeau.

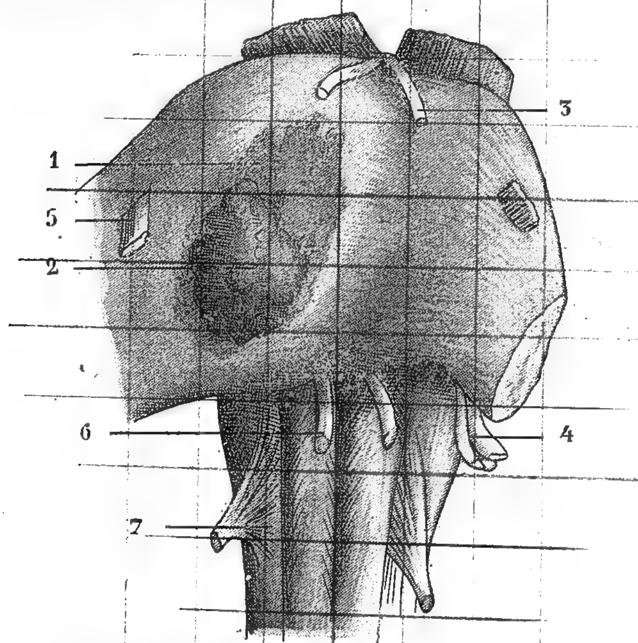
La nature de la lésion était plus difficile à diagnostiquer. Cependant, étant donnés l'âge de la malade, l'intégrité du système rénal, on ne pouvait guère penser à une hémorrhagie ; l'absence de syphilis et de tuberculose permettait d'éliminer l'hypothèse d'une gomme ou d'un gros tubercule. Restait l'hypothèse d'une tumeur, probablement un gliome ; c'est l'hypothèse à laquelle s'arrête M. Dieulafoy.

Tout traitement devant échouer, on se contenta d'appliquer un séton à la nuque afin de faire de la révulsion.

Les jours suivants, disparition des attaques convulsives, mais aucune autre modification de l'état de la malade jusqu'au 28 août.

Le 28 août la malade terminait son déjeuner, quand subitement elle perd connaissance, sa face se cyanose et, avant qu'on ait eu le temps d'aller chercher l'interne de garde, sa mort survient en quelques instants.

A l'autopsie. — Intégrité de tous les organes, sauf du poumon qui est congestionné.



1. Zone périphérique ramollie.
2. Tumeur.
3. V. moteur o. c.
4. V. facial acoustique.
5. Trijumeau.
6. Moteur o. externe.
7. G. hypoglosse.

L'attention est portée du reste sur la région du bulbe. Les centres nerveux ayant été enlevés, on constate l'intégrité du cerveau. Mais au premier abord, la protubérance paraît déformée ; le côté droit bombe, le sillon médian est repoussé un peu à gauche. — A la palpation on sent une masse dure au-dessous des couches superficielles ramollies. Sous un filet d'eau ces couches se désagrègent et mettent à nu la tumeur grisâtre, présentant les dimensions d'une grosse noisette. — En dehors l'émergence du trijumeau est respectée. — Examinée par la face postérieure, la pièce permet de voir que la tumeur a détruit la partie supérieure du plancher du 4e ventricule, et même un bourgeon de la grosseur d'un pois fait saillie dans le ventricule. En haut la tumeur s'arrête à l'aqueduc de Sylvius, en bas elle touche aux ailes blanche et grise sans cependant les entamer.

Etant donnée la conservation de la sensibilité au tronc et aux membres, on aurait pu supposer que le faisceau sensitif était en partie intact ; la tumeur cependant l'atteint évidemment : il est donc plus rationnel de penser que la sensibilité au lieu de passer par les fibres ordinaires suivait une voie détournée et que les impressions étaient transmises par les cellules nerveuses, d'où le retard dans la perception.

En somme, l'autopsie a vérifié d'une façon complète le diagnostic du siège de la lésion porté pendant la vie.

La mort ne paraît pas explicable par une hémorrhagie bulbaire, mais doit plutôt être mise sur le compte de l'irritation du noyau de la dixième paire par la tumeur contiguë à ce noyau ; irritation ayant eu pour effet un arrêt du cœur et de la respiration, et une mort rapide, mais non instantanée comme on l'observe dans certaines hémorrhagies du bulbe.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Note sur la transmissibilité du cancer de l'homme au rat blanc, communication au Congrès de chirurgie par M. Mayet, professeur de pathologie générale à la Faculté de Lyon.

Rien n'a été encore publié d'absolument convaincant sur la cause spécifique, microbe ou ferment, constitution congénitale vicieuse des cellules ou toxine, qui détermine la prolifération cellulaire désordonnée qui caractérise essentiellement les néoplasmes malins.

Les recherches, non sans valeur sans doute, sur les conditions de vie, de milieu hygiénique, de transmission héréditaire ou de contagion possible auxquelles ont été soumis les cancéreux contribuent à déterminer certaines causes adjuvantes ou même le mode d'action de la cause efficiente essentielle, mais elles ne fixent pas d'une façon précise sa nature véritable, pas plus que des recherches analogues n'avaient éclairé la cause réelle des lésions tuberculeuses avant que Villemin et Koch aient pu démontrer d'une façon précise ce qu'elle était réellement.

Des considérations théoriques dans lesquelles est entré M. Bard dans son si intéressant rapport, il reste cette proposition absolument exacte que le cancer n'est nullement un tissu de forme anatomique déterminée, mais un mode spécial de prolifération morbide des tissus divers. Quant à la théorie pathogénique qu'il professe, elle est trop hypothétique pour la discuter.

Un seul moyen permettra d'approcher de la solution du problème ou d'y arriver : la reproduction expérimentale du processus chez les animaux. Grâce à elle seule on pourra se livrer à une analyse raisonnée des conditions précises de la production de cette cause ou de son introduction dans l'organisme, de son action intime sur les cellules normales des tissus, par l'emploi des procédés histo-chimiques ou de ceux si délicats de la chimie biologique.

Un premier pas a été fait dans cette voie quand on a démontré la possibilité de la greffe au porteur ou de l'inoculation et de la contagion entre sujets de la même espèce (Langenbeck, Doyen, Morau, etc.). Mais l'impossibilité d'expérimenter sur l'homme est un obstacle invincible.

La voie serait ouverte au contraire si l'on pouvait transmettre aux animaux le cancer de l'homme.

C'est à ce résultat que je suis arrivé le premier, je crois, dans une expérience dont j'ai publié la relation dans une note communiquée à l'Institut le 5 juin 1893.

La valeur de ce résultat ayant été contestée, je tiens à démontrer que l'animal porteur des trois foyers de dégénérescence dans les reins à la suite d'injections sous-cutanées répétées de suc cancéreux glycériné extrait d'un carcinome du sein par le procédé de d'Arsonval, était bien atteint de cancer du rein.

Le néoplasme présentait à l'œil nu l'aspect et la consistance du tissu encéphaloïde principalement dans deux points du rein droit sans la moindre apparence d'inflammation dans le tissu intermédiaire, sur lequel le tissu morbide bien limité tranchait par sa coloration blanche légèrement grisâtre.

L'examen microscopique prouvait que ce néoplasme n'avait aucune ressemblance morphologique, ainsi que l'a avancé M. Cazin dans la *Semaine médicale,* avec un tissu d'origine inflammatoire.

On n'y trouvait aucune trace du tissu rénal même très altéré par un processus phlegmasique, des tubuli ni des glomérules très reconnaissables autour d'eux. Ces éléments n'eussent cependant disparu dans la supposition d'une néphrite que s'il y avait eu abcès. Mais il n'y avait aucune trace d'infiltration purulente ni même d'infiltration embryonnaire.

Les cellules du néoplasme nées sans doute des cellules épithéliales rénales, mais avec les transformations métatypiques caractéristiques de l'épithélioma malin, analogues à celles du carcinome, différaient des éléments embryonnaires et à plus forte raison des leucocytes du pus par leur volume et l'abondance de leur protoplasma.

Dans le voisinage seulement existaient entre les éléments normaux du rein des fibres conjonctives de nouvelle formation en faisceaux, ébauches d'un stroma carcinomateux.

Un second animal de la même série est mort deux mois après en présentant des lésions des reins qui n'ont pas la même valeur sans doute, mais ont cependant une certaine signification.

Ces organes présentaient plusieurs cavités irrégulières du volume d'un grain de mil à une lentille, sans membrane interne de revêtement, qui paraissaient évidemment dues à une nécrobiose et à une absorption des éléments anatomiques ayant constitué des foyers néoplasiques.

L'examen microscopique n'ayant pas été fait dans ce dernier cas, je dois m'en tenir à ces inductions.

Ce fait rapproché du premier nous permet néanmoins d'avancer que dans quelques cas le cancer humain (carcinome du sein) contient un principe qui peut provoquer parfois, chez quelques animaux de l'espèce en question, la formation de néoplasmes de même nature, non absolument identiques anatomiquement, car le tissu dans lequel se produit la prolifération désordonnée n'est pas le même et chaque cellule réagit à sa manière contre la cause irritante encore inconnue. Chez eux la généralisation ne se produit pas comme chez l'homme sans doute parce que leur organisme est un terrain moins favorable, mais aboutit parfois à la simple nécrose des éléments de nouvelle formation et à leur élimination par résorption.

Ce que j'ai observé est d'ailleurs confirmé par les résultats positifs obtenus par M. Boinet, de Marseille.

Mais je ne me fais aucune illusion. Il faut une longue série de recherches par des méthodes que je n'ai pas à exposer, car elles n'ont pas encore fait leurs preuves, pour que ces faits isolés puissent devenir le point de départ d'une détermination complète de la cause essentielle qui produit les néoplasmes malins.

Malgré la réserve extrême que je dois y mettre, j'ai cependant, je crois, le droit de faire observer que mes expériences ne sont pas favorables à la théorie parasitaire du cancer, car la macération prolongée du tissu cancéreux du sein employé en présence de la glycérine concentrée doit, selon toute probabilité, détruire les êtres vivants microscopiques qui pourraient s'y trouver.

Cette note était rédigée quand j'ai fait l'autopsie de sept animaux ayant reçu il y a huit mois des injections répétées soit de suc cancéreux glycériné sous la peau, soit de macération aqueuse de cancer non filtrée ou du même liquide filtré au filtre Chamberland, dans le péritoine.

Un seul d'entre eux a présenté une lésion du rein semblable à celle que j'ai décrite plus haut dans la relation de ma première expérience positive, lésion très limitée, à peine volumineuse comme une petite lentille. C'est celui qui avait reçu la macération aqueuse non filtrée.

Un autre a présenté une solution de continuité de gros volume relativement, comme un petit pois environ, d'un des reins, tapissée dans ce cas d'une membrane conjonctive, trace très probable d'un néoplasme ayant disparu par nécrobiose et absorption.

Ce dernier animal avait reçu dans le péritoine le produit de la macération aqueuse d'épithélioma de l'estomac filtrée.

Ces faits sont confirmatifs de l'élimination par le rein des principes organiques du cancer amenant une lésion de même nature, mais qui ne trouve pas chez le rat des conditions de terrain favorables à sa pullulation ou à sa généralisation.

Expériences sur la transmissibilité du cancer de l'homme aux animaux, communication au Congrès de médecine, par M. Boinet (de Marseille).

Nous avons communiqué au Congrès de Rome et à la Société de biologie de Paris (juillet 1894), les résultats de 60 inoculations de cancer de l'homme aux animaux. Depuis cette époque, nous avons inoculé sous la peau et dans le péritoine de rats, lapins et cobayes, des fragments de cancer du mésentère; d'épithéliome de l'ombilic, de la bouche, des lèvres, des joues, de la verge; du squirrhe, de l'encéphaloïde du sein; du cancer de l'estomac, du foie; des noyaux secondaires du péritoine, du lymphosarcome du testicule et du cancer encéphaloïde de la cuisse.

A. Lésions macroscopiques. — Nous ne mentionnerons que les particularités anatomo-pathologiques, constatées à l'autopsie des animaux inoculés et provoquées par la présence d'un fragment cancéreux de l'homme dans leurs tissus ou dans leur cavité péritonéale.

Observation I. — Un *rat,* dans le péritoine duquel on a inoculé plusieurs morceaux de *squirrhe du sein* de femme, meurt au bout de cinq mois et, à son autopsie, on trouve trois nodules cutanés et un noyau induré siégeant dans la partie moyenne du poumon droit. Le foie et les ganglions sont normaux.

Obs. II. — Une inoculation intra-péritonéale de *cancer de la bouche* de l'homme entraîne la mort d'un *rat,* au bout de cinq mois et demi. A l'autopsie, on constate une tumeur noirâtre du volume d'une petite noisette, adhérente au péritoine pariétal de la paroi abdominale antérieure du côté droit. On constate des granulations jaunâtres, à la surface du péritoine. La vessie, distendue, contient du pus, et les masses lombaires renferment un foyer de pus caséeux. Les ganglions abdominaux sont intacts.

Obs. III. — Un vieux rat mort, deux mois et demi après l'inclusion intra-péritonéale d'*épithélioma de la joue* de l'homme, présente, à l'autopsie, une tumeur du volume d'une noix, à contenu caséeux, comblant le petit bassin et comprimant les anses intestinales. Les ganglions mésentériques sont volumineux.

Obs. IV. — Cinq mois et demi après l'inoculation intra-péritonéale du *cancer des lèvres et de la bouche,* un *rat* finit par succomber, et son autopsie ne révèle que de la tuméfaction de nombreux ganglions mésentériques.

Obs. V. — Un jeune *cobaye* meurt deux mois après l'inoculation intra-péritonéale d'un *lymphosarcome du testicule* et présente une masse caséeuse adhérente aux anses intestinales, qui sont parsemés de petits nodules blanchâtres, disséminés. Le péritoine est recouvert de petites granulations.

Obs. VI. — Un *rat,* à qui on a inoculé dans le péritoine des fragments d'*épithéliome de la verge,* quatre mois et dix jours auparavant, présente, dans ses derniers jours, de l'œdème très marquée du dos, des pattes postérieures. A l'ouverture de son abdomen, on constate une tumeur mamelonnée, mesurant 15 millimètres de longueur sur 8 à 10 millimètres de largeur, d'une coloration rosée, adhérant à l'épiploon gastro-splénique. Les ganglions abdominaux et la rate sont hypertrophiés. Il existait au niveau du bassin une tumeur molle, fluctuante, à contenu caséeux, du volume d'une petite noix. Enfin, un gros ganglion siégeait sous la peau de la région lombaire.

C'était un fragment du même épithéliome de la verge qui avait été inoculé dans le péritoine de ce rat, qui avait été atteint, trente-huit jours après, de tumeur de la colonne vertébrale avec compression de la moelle dorsale, entraînant de la paraplégie avec rétention d'urine. Cette dernière observa-

tion a été communiquée à la Société de biologie de Paris, en juillet 1894.

B. Examen histologique. — En un point d'un ganglion mésentérique d'un rat dans le péritoine duquel on a inoculé 5 mois auparavant des fragments de squirrhe de sein de femme non ulcéré, on trouve des formations tubulées, tapissées par des cellules cubiques à noyaux assez volumineux et, à l'intérieur, quelques détritus amorphes. Ces formations sont ramenées en un îlot qui est unique dans le ganglion. Elles sont séparées les unes des autres par des cellules pour la plupart rondes, à noyaux volumineux, avec peu de protoplasma. Cependant, il est des points où entre ces tubes s'étendent des îlots irréguliers de cellules à caractère épithélioïde, à protoplasma volumineux et ayant pris par l'acide picrique une teinte jaunâtre et un aspect grenu. Ces derniers îlots peuvent être en somme, comme morphologie cellulaire, rapprochés des cellules que l'on observait dans les deux nodules cutanés de la peau du dos du même rat.

Ces nodules cutanés présentent les particularités anatomo-pathologiques suivantes :

On voit, au contact même de la peau, dans le derme dont les papilles ont été déplissées, une formation cellulaire presque homogène, limitée, à la surface, par une lame fine de cellules ectodermiques presque complètement kératinisées; et, à la profondeur, par un tissu conjonctif assez dense.

Les cellules de ce nodule ont à un plus haut degré le caractère épithélioïde. Ce sont de grandes cellules à protoplasma granuleux et jaunâtre, possédant un unique noyau. Elles forment d'immenses nappes, parcourues par des traînées lymphatiques roses, faciles à reconnaître; ces nappes sont séparées les unes des autres par un tissu connectif lamelleux, qui s'est laissé distendre par les manipulations. Toutes les cellules de toutes ces nappes sont semblables entre elles; aucune ne paraît à un stade évolutif différent de l'autre : il n'y a ni formation nodulaire, ni traces de lobes cornés, ni traces de tubes. En somme, à voir ces formations, il est impossible de déterminer l'origine de ces cellules : est-ce néoplasique, est-ce inflammation dermique? En résumé, ces noyaux cutanés ne paraissent pas avoir une formation absolument typique, qui permette d'en déterminer la nature exacte; mais, en faisant le rapprochement avec les préparations des ganglions mésentériques où nous voyions des cellules semblables accolées à des tubes, elles acquièrent, nous semble-t-il, une signification plus caractéristique. On ne peut donc pas conclure de cet examen histologique à une transmission du cancer de l'homme aux animaux. A la suite de nombreuses inoculations intra-péritonéales du cancer de l'homme aux rats, nous avons constaté à l'autopsie de quelques animaux une rate volumineuse, de nombreux ganglions mésentériques hypertrophiés et l'examen du sang révélait une augmentation des globules blancs avec diminution des globules rouges. L'un de ces animaux, dont nous présentons les pièces, avait même de l'œdème plus accentué aux pattes postérieures.

REVUE DES CONGRÈS

HUITIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Tenu à Lyon du 9 au 13 octobre.

(Fin.)

Discussion sur le cancer.

M. L. Bard. — Les données de l'observation clinique et anatomique sont encore aujourd'hui la base la plus sûre pour l'étude de la pathogénie du cancer.

Des classifications artificielles des tumeurs, fondées sur des données d'anatomie générale inexactes, ont fait admettre à tort une séparation entre le « cancer » et les autres tumeurs malignes; en réalité leur étude, éclairée par la spécificité cellulaire, montre qu'il n'y a entre elles que des différences de physiologie pathologique résultant uniquement de la diversité des propriétés des espèces cellulaires; rien n'autorise à leur accorder une pathogénie différente.

La pathogénie du cancer doit tenir compte de ces deux lois fondamentales de la genèse de toutes les tumeurs malignes : d'une part, tous les tissus de l'organisme, même ceux qui n'ont qu'une existence transitoire, donnent naissance à une variété de cancer qui leur est propre ; d'autre part, les cellules des tumeurs conservant tous les attributs physiologiques et sécrétoires qui appartiennent normalement à leur espèce.

Le processus néoplasique, qui donne naissance au cancer, est un processus spécial, autonome, distinct des processus inflammatoires; il est en rapport avec les influences qui régissent la prolifération, l'évolution et la subordination des éléments cellulaires; sa pathogénie est le fait de l'intervention des causes capables de dévier ces influences; le cancer doit être regardé comme une monstruosité du développement des tissus.

M. Le Dentu (Paris). — Les rapports de l'épithélioma avec la leukokératose méritent d'attirer l'attention des chirurgiens. L'étude de cette affection a conduit les observateurs à en admettre plusieurs variétés, qui peut-être ne sont pas toutes également prédisposées à la dégénérescence. Les recherches histologiques ont montré qu'elle est caractérisée essentiellement par l'hyperkératinisation de l'épithélium des muqueuses, et que le développement de l'épithélioma est précédé par une dékératinisation partielle. Les faits que j'ai observés me font penser que la transformation maligne des plaques doit être assez fréquente. Si l'épithélioma leucoplasique de la langue a des allures comparables à celles des autres néoplasmes linguaux, si celui de la joue paraît être aussi grave que ceux qui reconnaissent une autre étiologie, peut-être aux lèvres la maladie a-t-elle une évolution un peu spéciale et offre-t-elle une gravité moindre que le cancroïde vulgaire. Lorsque la leukokératose poursuit sa marche dans des points autres que celui qui a été le siège d'une opération, la guérison peut rester parfaite au niveau et autour de la cicatrice. Lorsque des plaques anciennes ou nouvellement formées sont atteintes de dégénérescence épithéliomateuse, à peu de distance d'une cicatrice opératoire, cette cicatrice et les parties avoisinantes peuvent rester indemnes de toute modification. Si la transformation épithéliomateuse ne peut pas, dans l'état actuel de la science, être considérée comme une phase normale de la maladie, on peut et on doit penser qu'elle est déterminée par une prédisposition particulière de la leukokératose, et spécialement de la leukokératose idiopathique, à la dégénérescence. Tant que la plaque leucoplasique a ses caractères normaux, elle ne doit être soumise à aucun traitement local. En tout cas, il faut apporter dans la thérapeutique la plus grande prudence, et se contenter d'instituer une hygiène rationnelle. En revanche, toute modification représentée par un développement papillomateux, une fissuration, une ulcération ayant résisté à quelques attouchements au moyen d'une solution faiblement caustique, rend l'intervention chirurgicale nécessaire. Pour être efficace, celle-ci doit être précoce et radicale.

M. O. Guelliot (Reims). — L'agitation qu'a soulevée depuis quelques années la question de la contagiosité du cancer a mis au jour un certain nombre de faits favorables à cette hypothèse; nous en avons réuni pour notre part une quarantaine dans une enquête commencée en 1891. Il en résulte :

1° Que les affections cancéreuses sont inégalement réparties dans des régions voisines et que ni l'hérédité, ni la consanguinité ne suffisent à expliquer ces *taches cancéreuses*;

2° Qu'il existe de véritables *maisons à cancer* dont les habitants, sans aucun lien de parenté, sont successivement ou simultanément atteints de tumeurs malignes;

3° Que les observations du cancer frappant deux conjoints ou deux personnes en continuelle cohabitation sont relativement fréquentes : sur une centaine d'observations publiées ou inédites de ces *cancers à deux*, 85 fois il s'agit de cancers conjugaux ; 8 fois le cancer est apparu chez des médecins soignant spécialement des cancéreux, etc.

Toutes ces observations imposent l'idée de transmission directe ou indirecte du cancer, qui évolue comme une maladie infectieuse : incubation moyenne de quelques mois à deux ans, localisation primitive, puis généralisation.

Cette notion n'a rien d'effrayant. Elle substitue à l'inconnu ou à la fatalité de l'hérédité, la connaissance d'un danger

tout contingent et laisse entrevoir des moyens prophylactiques efficaces.

M. Delore (Lyon). — Il y a une quinzaine d'années, j'ai cité l'exemple d'une dame dont le mari était cancéreux, et qui est devenue cancéreuse également; je crois qu'elle est devenue cancéreuse à la suite d'une grossesse.

M. Bauby (Toulouse), après avoir aidé M. Jeannel à opérer une femme qui ne mangeait guère que du porc comme viande et qui avait un cancer de l'estomac, a eu pendant quelques heures l'espoir de confirmer l'hypothèse de M. Verneuil (Voyez *Gazette*, 1893, p. 253), sur le rôle du porc dans l'étiologie du cancer. Mais l'enquête qu'il a suivie l'a vite fait renoncer à cette idée, car : 1° le porc n'est pas par lui-même un des animaux souvent frappés par le cancer; 2° les paysans qui mangent du porc ne sont pas plus frappés que les autres.

M. Fabre (Lyon). — En consultant la statistique de la ville de Lyon, on voit avec évidence que la mortalité absolue par cancer augmente, comme on l'a constaté en Allemagne, en Angleterre. Mais cette augmentation n'est qu'apparente, car la population elle-même s'est accrue, et la mortalité *relative* par cancer diminue plutôt. Cette mortalité paraît plus élevée qu'au Havre, à Reims, à Paris, à Rouen, mais cela tient peut-être à des variations dans le mode de groupement des résultats statistiques. A Paris, outre l'accroissement de la mortalité absolue, il faut signaler une légère augmentation de la mortalité relative.

M. Berrut (Paris) relate l'histoire d'une tumeur du sein, qu'il croit être un cancer et qui n'a pas récidivé au bout de vingt ans, époque à laquelle la malade est morte de l'influenza. Pas d'examen histologique. Tumeur ayant débuté plusieurs années avant l'opération.

M. Mayet. — Voyez p. 582.

Cure radicale des ganglions du cou.

M. Zancarol (Alexandrie) considère que les ganglions tuberculeux du cou, localisation souvent initiale de la tuberculose, doivent être extirpés, car ils sont un foyer d'infection redoutable. L'exérèse sera faite au bistouri, et si on fait avec soin la réunion immédiate, la cicatrice ne sera ordinairement pas difforme.

Fracture esquilleuse de la clavicule. Cal hypertrophique comprimant le plexus brachial. Esquillotomie. Suture osseuse. Guérison.

M. Mauclaire. — Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans qui, en tombant de son lit, se fit une fracture de la clavicule du côté droit, au point classique. En examinant la malade, nous notons l'existence d'une esquille qui repoussait la peau sans la perforer ni sans menace de perforation. La réduction paraissait complète par l'appareil de Desault. Celui-ci fut appliqué et maintenu trois semaines.

En l'enlevant, nous notons l'impotence complète du bras avec troubles vaso-moteurs et sensitifs. Une intervention s'imposait : nous avons fait l'incision pour examiner les lésions et nous trouvons le fragment externe glissé au-dessous du fragment interne. Un cal hypertrophique comprimait le plexus. Le fragment externe est arraché et ramené au-dessus des fractures internes et la suture osseuse est faite au fil d'argent perdu. La guérison opératoire fut parfaite, l'électrisation des muscles paralysés amena une guérison fonctionnelle totale au bout de deux mois. Les troubles nerveux disparurent rapidement. Quant aux mouvements d'abduction par le raccourcissement de l'os, ils n'étaient nullement gênés.

66e RÉUNION DES NATURALISTES ET DES MÉDECINS ALLEMANDS

Tenue à Vienne du 24 au 30 septembre 1894.

Plaies du cœur.

M. Nobiling a observé plusieurs cas de plaies du cœur qui lui ont permis d'étudier les conditions dans lesquelles la mort se produit dans ces cas.

Son premier cas se rapporte à un individu de 44 ans qui dans un cabaret reçut un coup de couteau dans le sixième espace intercostal, près du bord du sternum. Comme la plaie ne saignait presque pas et était indolore, le blessé appliqua un emplâtre adhésif et continua à boire de la bière avec des camarades. Mais une heure et demie plus tard il fut pris de malaise, se cyanosa et tomba mort de sa chaise.

A l'autopsie on trouva que le couteau, après avoir perforé la paroi antérieure de l'oreillette droite, avait passé dans le ventricule du même côté, ouvert la cloison interventriculaire, sectionné la mitrale et pénétré dans l'oreillette gauche, dont il avait entamé la paroi antérieure. Les poumons étaient considérablement distendus, le larynx, la trachée et les bronches presque complètement bouchés par le contenu stomacal aspiré dans un effort de vomissement. Dans ce cas le blessé a donc vécu deux heures avec une perforation du cœur pour succomber à la pénétration des aliments dans les voies respiratoires.

On admet généralement que les plaies de l'oreillette sont rapidement mortelles. M. Nobiling croit qu'il en est ainsi seulement dans les cas où la plaie est parallèle au sillon auriculo-ventriculaire, tandis que dans les autres plaies la survie peut être plus ou moins longue.

Ainsi M. Nobiling a observé un homme de 32 ans qui avait reçu deux plaies pénétrantes au niveau de la moitié gauche du thorax et a succombé avec des phénomènes de pleurésie huit jours plus tard. A l'autopsie on trouva qu'une des deux plaies, celle qui se trouvait sur la ligne axillaire, n'intéressait que la plèvre. La seconde plaie se trouvait à 7 cm. au-dessus du mamelon. Le couteau avait coupé net le cartilage de la troisième côte, perforé le poumon, ouvert le péricarde et pénétré dans l'oreillette gauche dont la paroi antérieure présentait une plaie verticale longue de 1 cm. 1/2. Les bords de la plaie du péricarde et ceux de l'oreillette étaient accolés les uns aux autres et fermaient complètement la cavité auriculaire. Le malade a donc succombé non pas à sa plaie du cœur, mais à la pleurésie.

A côté de ces faits, M. Nobiling a observé deux cas de mort subite avec des lésions insignifiantes du cœur.

Dans le premier il s'agit d'un homme de 22 ans qui se tire une balle de revolver dans la région précordiale et tombe mort. A l'autopsie on trouva que la balle, après avoir pénétré dans le quatrième espace intercostal gauche, à 6 cm. du bord du sternum, avait traversé le poumon gauche tout près de son bord, déchiré le péricarde sur une étendue de 3 cm. 1/2 et pénétré dans la base du poumon gauche où elle s'était arrêtée tout près de la plèvre. Le péricarde renfermait 20 cm. c. de sang liquide. Le cœur a été simplement éraillé par le projectile et présentait sur le milieu de son bord gauche un simple sillon long de 1 cm., large de 2 mm., et profond de un demi-millimètre. Le pneumogastrique était intact, les bronches vides, et la plèvre renfermait à peine 50 cm. c. de sang liquide. Dans ce cas la mort ne pouvait être attribuée qu'à la paralysie des ganglions cardiaques par ébranlement du cœur.

Le second fait, analogue au précédent, se rapporte à un homme de 62 ans, obèse, asthmatique et porteur d'un cœur gras, qui se tire un coup de revolver dans la poitrine et tombe foudroyé. La balle, de 7 mm., avait pénétré dans le quatrième espace intercostal gauche, à 5 cm. du bord du sternum, a perforé la plèvre, déchiré le péricarde, traversé le poumon sans ouvrir un vaisseau ou une bronche importante, et est venue s'aplatir contre une côte. La plèvre gauche renfermait 250 gr. de sang; la péricarde était distendu par du sang qui emprisonnait le cœur. L'examen de ce dernier montra que le sang provenait d'une déchirure de la paroi antérieure du ventricule droit. Comme cette déchirure était située loin du trajet de la balle, il faut donc admettre que le cœur dégénéré s'est déchiré à la suite de l'augmentation de la pression consécutive à la pénétration de la balle et du gaz.

Modifications du poids spécifique du sang chez les enfants.

M. Monti (Vienne). — 1° Dans la plupart des affections, le poids spécifique du sang reste normal, bien qu'on trouve une diminution de la proportion d'hémoglobine. Ce fait est surtout marqué dans la chlorose légère où, à mesure que la maladie marche vers la guérison, on constate une augmenta-

tion progressive de la proportion d'hémoglobine. Le même fait peut encore s'observer dans l'anémie légère, les complications cardiaques de la chorée, la tuberculose.

2° Une augmentation du poids spécifique du sang avec une proportion tout à fait normale d'hémoglobine existe dans les affections fébriles, telles que la pneumonie, la fièvre typhoïde, etc.

3° Une augmentation du poids spécifique du sang avec une diminution parallèle de la proportion d'hémoglobine a été notée dans un grand nombre de cas d'affections chroniques, qui, par leur durée, amènent une consomption progressive de l'organisme.

4° Dans les néphrites avec œdème et hydropisie, on trouve une diminution du poids spécifique du sang avec une proportion normale d'hémoglobine.

5° La diminution du poids spécifique du sang et une diminution concomitante de la proportion d'hémoglobine ont été notées dans la chlorose grave, dans la chorée grave, dans les anémies pernicieuses et la leucémie.

Dilatation aiguë et chronique du cœur d'origine nerveuse.

M. Jacob (Sadowa) a observé plusieurs cas de ce genre. Début par un frisson et des douleurs dans les membres et l'abdomen. Les symptômes qui surviennent après sont l'angoisse et les douleurs précordiales, la dyspnée, les vertiges, les palpitations, alternant avec des sensations d'arrêt du cœur. A l'examen, on trouve la peau froide, les pupilles dilatées, le pouls petit et dur, tantôt accéléré, tantôt ralenti, la respiration fréquente, le cœur dilaté, puis des poussées d'œdème des poumons. Ces symptômes durent plusieurs heures ou plusieurs jours et disparaissent complètement, pour revenir ensuite sous forme de véritables accès. Pour M. Jacob, il s'agirait là d'une dilatation angiospasmodique aiguë du cœur.

Traitement diététique des affections chroniques du cœur.

M. Glax (Abbazia), après avoir passé en revue les travaux et observations relatifs à cette question, arrive aux conclusions suivantes :

1° On peut amener la compensation dans les affections chroniques du cœur en limitant la quantité de liquides que le malade prend.

2° Dans un grand nombre de cas où les médicaments cardiaques n'agissent plus, ces derniers redeviennent actifs quand on limite en même temps la quantité de liquides que prennent ces malades.

Mort subite par rupture des anévrysmes des artères basilaires.

M. Hoffmann (Vienne) a observé 75 cas de mort subite par rupture d'anévrysmes de l'artère basilaire chez 53 hommes et 22 femmes. Au point de vue de l'âge, le plus grand nombre de cas a été observé chez des hommes de 40 a 50 ans et chez des femmes de 60 à 70 ans. Plusieurs fois, il s'est agi d'individus âgés de moins de 15 ans.

Le siège le plus fréquent de ces anévrysmes, ce sont les artères des fosses sylviennes; viennent ensuite par ordre de fréquence les carotides, les communicantes antérieures, les basilaires et les vertébrales. Les dimensions varient de celles d'une tête d'épingle à celles d'une noix. Ces anévrysmes constituent de véritables ectasies auxquelles les artères basilaires se prêtent particulièrement bien par le fait de la minceur de leurs parois. L'athérome ne joue dans ces cas qu'un rôle secondaire, et très probablement, il s'agit là d'un trouble nerveux, vasomoteur ou trophique. L'origine traumatique peut être admise pour les anévrysmes de la carotide.

Ces anévrysmes évoluent d'une façon latente sans provoquer de troubles. La mort survient par rupture avec hémorrhagie intra-méningée.

Des cystites chez la femme.

M. Zuckerkandl (Vienne) a en vue les cystites qui chez les femmes dépendent exclusivement des affections du tractus génital, et qui par conséquent n'ont rien de commun au point de vue étiologique avec les cystites des hommes. Les cystites en question peuvent chez la femme être divisées en trois groupes :

1° *Les cystites par hyperémie vésicale.* — L'hyperémie vésicale s'observe dans un grand nombre d'affections des organes génitaux. Comme type, on peut choisir l'hyperémie vésicale des femmes enceintes. Cette hyperémie vésicale existe également dans les affections inflammatoires de l'utérus et de ses annexes, dans les para-métrites, les myomes utérins, et survient souvent à la suite des opérations où l'utérus est séparé de la vessie, comme par exemple dans les hystérectomies, les vagino fixations, etc.

L'hyperémie en question crée un terrain favorable au développement de la cystite par la pénétration des micro-organismes pathogènes qui se trouvent normalement dans le vagin et l'urèthre. La cystite peut encore dans ces cas se développer après un cathétérisme aseptique.

2° *Cystite par insuffisance vésicale.* — Quand pour une cause ou une autre l'urine stagne dans la vessie, les micro-organismes qui pénètrent dans la vessie ne sont plus expulsés avec l'urine et trouvent un terrain favorable à leur développement.

Au point de vue étiologique, l'insuffisance vésicale peut être produite par trois ordres de facteurs : 1° la vessie est déplacée avec ou sans compression de l'urèthre par des tumeurs des organes génitaux ou par un simple déplacement de ces organes; 2° la vessie se contracte mal, se vide incomplètement comme dans les premiers jours après l'accouchement; 3° la vessie se vide mal sans qu'il existe une affection spinale, mais par affaiblissement de la couche musculaire, par involution sénile, comme cela s'observe chez les vieilles femmes.

3° *Cystite d'origine traumatique* dont le type est constitué par la compression de la vessie pendant l'accouchement.

Dans tous ces cas, l'infection a lieu par voie uréthrale. La voie rénale doit être mise de côté, car elle suppose déjà une infection générale de l'organisme. Quant à la pénétration des micro-organismes des organes voisins à travers les parois vésicales, le fait existe, mais la cystite s'explique fort bien par l'hyperémie réflexe de la vessie et la création d'un terrain favorable à l'infection.

Le traitement de ces cystites doit donc être prophylactique. En cas de cathétérisme et dans l'impossibilité d'une désinfection rigoureuse de l'urèthre, il vaut mieux injecter dans la veine après chaque cathétérisme quelques centimètres cubes d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0.

M. Mackenrodt (Berlin), tout en acceptant d'une façon générale les idées de M. Zuckerkandl, n'admet pas que les opérations dans lesquelles on sépare l'utérus de la vessie, provoquent des troubles circulatoires graves du côté de la vessie.

Névrite multiple et tabes.

M. Pal (Vienne). — La névrite multiple, qu'on considérait dans le temps comme une affection purement périphérique, a pour base une affection du système nerveux central. Au point de vue étiologique, on trouve toujours une intoxication prise dans le sens large du mot.

Les modifications de la moelle épinière portent principalement sur les cordons postérieurs. On pouvait donc se demander si la névrite périphérique n'était pas en relation avec le tabes, d'autant plus que dans ce dernier il survint des symptômes du côté des nerfs périphériques.

Ainsi, M. Pal a observé un malade chez lequel l'affection débuta sous forme d'une névrite multiple. Quelques semaines plus tard, le malade présenta une ataxie des membres inférieurs et supérieurs, des douleurs fulgurantes, la disparition des réflexes, la sensation de constriction thoracique, etc. A l'autopsie on trouva les lésions classiques du tabes.

Cliniquement, ces cas diffèrent du tabes par l'évolution rapide des symptômes, mais anatomiquement on peut les séparer les uns des autres.

Bronchite fibrineuse.

M. P. Koch (Luxembourg) a observé deux cas de bronchite fibrineuse où le diagnostic a pu être fait par l'expectoration caractéristique de cylindres creux ou de membranes composées de fibrine. Ces crachats sont pathognomoniques et permettent de faire le diagnostic d'après le seul aspect des membranes. Les symptômes fournis par l'auscultation et la percussion ont été ceux de la bronchite catarrhale et de la bronchite avec obstruction des bronches.

Version dans la position génu-pectorale.

M. Gergœ (Kormend) commence par constater le fait bien connu que lorsqu'à la campagne on est appelé à faire la version, les conditions dans lesquelles l'opération doit se faire se trouvent modifiées dans un sens défavorable : les membranes sont rompues, le liquide amniotique s'est écoulé depuis longtemps, un bras pend hors de la vulve, etc. La version dans ces cas est très difficile, et dans un cas de ce genre, M. Gergœ eut l'idée de mettre la malade en position génu-pectorale et fut frappé de la facilité avec laquelle la version a pu être faite. Depuis, il a utilisé cette position dans 6 autres cas fort difficiles et put mener à bout cette opération fort délicate. La seule condition indispensable est de soutenir fortement avec l'autre main le fond de l'utérus. Bien entendu, une fois que le ou les pieds sont amenés à la vulve, la malade est remise sur le dos et l'extraction faite dans cette position.

Le grand sympathique.

M. Kœlliker (Leipzig). — 1° Le système du sympathique est en partie indépendant des autres systèmes nerveux, en partie en connexion avec eux.

2° Il est indépendant par ses ganglions qui sont le point de départ des fibres dépourvues en partie de myéline; il est en connexion avec d'autres systèmes par l'intermédiaire des fibres des nerfs céphaliques rachidiens qui s'anastomosent avec lui.

3° Les éléments cérébro-spinaux du sympathique sont sensibles et transmettent la sensibilité des viscères; une autre partie a des fonctions motrices et aboutit aux muscles lisses et aux glandes.

4° Les fibres ganglionnaires sont en grande partie motrices et vont innerver les organes à fibres musculaires lisses (intestins, vaisseaux).

5° Il est certain que le grand sympathique renferme des fibres qui jouent un rôle spécial dans les réflexes.

6° Le grand sympathique renferme encore des fibres qui interviennent dans le chimisme de certaines glandes.

7° Les rapports qui existent entre le système nerveux cérébro-spinal et le grand sympathique sont non seulement directs, mais encore indirects, en ce sens que les excitations des fibres nerveuses sensibles cérébro-spinales provoquent des réflexes dans le domaine du grand sympathique, et inversement.

Modifications du sang dans la diathèse urique.

M. Neusser (Vienne) a examiné le sang d'un grand nombre de malades qui entrent dans la catégorie désignée sous le nom de diathèse urique (goutte, lithiase urinaire, biliaire, diabète, etc.) et trouvé principalement sur des préparations sèches, colorées d'après le procédé d'Ehrlich, certaines anomalies. Autour des noyaux des leucocytes, mono-ou poly-nucléaires, il a notamment constaté l'existence d'un amas de granulations qui tantôt semblait sortir du protoplasma, tantôt formait une couronne autour du noyau. La présence de ces granulations dans le sang des malades en question, leur disposition régulière et leur absence dans le sang des individus bien portants ou non, atteints de diathèse urique, montrent qu'il ne s'agissait pas là d'un artifice de préparation.

D'après M. Neusser, ce fait pourrait être utilisé dans le diagnostic de la diathèse urique latente.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 *novembre* 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Microcéphalie.

M. Laborde présente trois enfants nés à Xérophon, dans une des Cyclades, et atteints d'idiotie complète avec microcéphalie. L'aîné de ces enfants, une fille, est âgée de 12 ans; le second de 10 ans et le troisième de 8 ans. Celui-ci est seul capable d'attention; il serait peut-être susceptible d'une amélioration par un traitement médico-pédagogique approprié. Tous trois sont gâteux et réduits à la vie végétative; ils présentent une agitation incessante et ne profèrent que des cris inarticulés. Il existe chez eux une diminution notable des différentes sensibilités; leur attitude rappelle celle des singes.

Les trois enfants sont nés de parents qui seraient absolument sains, bien portants et non entachés d'alcoolisme. Du reste, depuis la naissance de ces trois premiers enfants, ils en ont eu deux antres dont le développement est normal.

M. Lancereaux. — Cette dernière particularité me porterait à croire que la syphilis doit être incriminée pour expliquer l'arrêt de développement physique et intellectuel de ces trois enfants. On voit, en effet, souvent dans les familles de syphilitiques plusieurs enfants bien constitués succéder à une série d'enfants mort-nés ou mal conformés.

M. Ernest Besnier. — Cependant nous voyons à Paris un grand nombre de syphilitiques et les microcéphales sont exceptionnellement rares.

M. Laborde. — Je ne suis pas à même de dire si les ascendants de ces enfants ont eu ou non la syphilis; je sais seulement que cette affection est considérée comme rare aux Cyclades.

M. Guéniot. — Chez les enfants nés de parents syphilitiques, on constate presque toujours une ossification incomplète des os du crâne. Or, chez un petit malade analogue à ceux que vient de présenter M. Laborde, j'ai trouvé, au contraire, un épaississement anormal des os du crâne.

Insufflation d'air dans le péritoine tuberculeux.

M. H. Folet (Lille). — Dans les laparotomies pour péritonite tuberculeuse qui ont été partout faites depuis dix ans et ont donné lieu à de très nombreuses guérisons, les chirurgiens se sont comportés de façons si diverses, on a lavé ou touché le péritoine avec tant de substances variées, que l'on peut se demander si le véritable facteur curatif de l'intervention n'est pas l'ouverture pure et simple de la séreuse, et l'action même de l'air sur le processus tuberculeux, sur l'évolution du bacille.

De là à essayer l'évacuation de la sérosité suivie de l'injection d'air dans la cavité péritonéale, il n'y avait qu'un pas. Dans un cas de péritonite tuberculeuse à forme liquide, où la malade avait obstinément refusé la laparotomie, M. le Dr H. Folet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille, pratiqua, après ponction et évacuation de six litres de sérosité, une insufflation de trois litres d'air dans la séreuse. Le liquide ne s'est pas reproduit, l'état général s'est fort amélioré; et cette guérison se maintient après huit mois écoulés.

Une tentative analogue avait été faite en 1892, par Mosetig Moorhof de Vienne qui, opérant un enfant de quatre ans pour lésions tuberculeuses de l'épididyme, fit pénétrer par le canal inguinal une canule dans le péritoine, et, après issue de 1,700 gr. de liquide, insuffla aussi de l'air dans la séreuse. La guérison eut lieu. Elle se maintenait après cinq mois.

La conclusion à tirer de ces deux observations, c'est que, dans les cas où, pour une raison quelconque, la laparotomie ne pourra être faite, on sera autorisé à recourir à cette pratique anodine et pourtant efficace de l'insufflation d'air dans le péritoine.

Pathogénie du coup de chaleur.

MM. Laveran et P. Regnard. — Il résulte de nos expériences que l'exercice favorise puissamment la production des accidents occasionnés par la chaleur. L'exercice élève par lui-même la température du corps, et son influence vient s'ajouter à celle de la chaleur extérieure pour faire monter la température du corps.

Lorsque la température de 45° a été atteinte par le milieu intérieur, l'homme et les animaux supérieurs meurent, comme l'a très bien vu Claude Bernard.

Dans les conditions ordinaires où se produit le coup de chaleur, la mort ne s'explique ni par la coagulation de la myosine, ni par l'asphyxie, ni par une auto-intoxication, elle paraît être le résultat d'une action directe, excitante d'abord, puis paralysante de la chaleur sur le système nerveux.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 23 *novembre* 1894.

Appendicite.

M. Broca présente un appendice vermiculaire réséqué, il y a quatre jours, au cæcum d'une fillette opérée pour une éventration consécutive à un abcès de la fosse iliaque, ouvert et guéri. Pendant le cours de la dernière opération, on reconnut que l'épiploon adhérait à l'appendice dont il bouchait une perforation. Quand on trouve un appendice malade dans les cas de laparotomie, il est prudent d'en faire la résection; on prévient ainsi une rechute presque fatale.

Appendicite. Pyléphlébite.

M. Cernea rapporte l'observation d'une petite fille morte rapidement avec des phénomènes infectieux et de l'ictère. L'autopsie révéla une appendicite très avancée avec adhérences et même un abcès péricæcal, du volume d'un œuf de poule. Le foie présentait à la coupe l'aspect aréolaire dû à des pyléphlébites intra-hépatiques.

Exostose du crâne.

M. Damaye présente une exostose du crâne enlevée à une femme de 33 ans. Cette tumeur avait apparu à l'âge de 22 ans. Elle siégeait exactement au niveau de la suture fronto-pariétale droite, et avait un petit pédicule avec point d'implantation au pariétal. Cette tumeur était bridée par l'aponévrose épicrânienne qui l'avait attirée en avant.

Maladie bleue. Varicelle.

M. Claisse a observé une petite fille de 9 ans, présentant tous les symptômes classiques de la cyanose avec souffles divers et mal définis dans la région sternale. Cette enfant, atteinte de varicelle, présenta des phénomènes généraux graves et mourut. A l'autopsie on trouva un cœur avec diverses malformations : communication inter-ventriculaire et inter-auriculaire, insuffisance auriculo-ventriculaire droite, aorte dilatée dans sa première partie, artère pulmonaire rétrécie à son origine, sténose des valvules sygmoïdes. Cet état du cœur semblait indiquer une endocardite de la vie intra-utérine. Il est rare de voir une enfant vivre si longtemps avec de semblables malformations. Les cyanosés sont des sujets peu résistants : on comprend qu'une maladie infectieuse choisisse volontiers ce terrain, et, quelque bénigne que soit sa nature, puisse y occasionner des complications funestes.

Néphrite scarlatineuse. Syphilis hépatique.

M. Zuber relate l'observation d'un enfant de 12 ans entré dans la semaine à l'hôpital avec des symptômes de scarlatine fruste et présentant encore 39°5 et de l'œdème des jambes. Bientôt se développe une anasarque généralisée, puis de l'œdème pulmonaire qui entraîne la mort. A l'autopsie on trouvait des reins atteints de néphrite aiguë : il y avait du sang épanché sous le péricarde; à la valvule mitrale on voyait une végétation grosse comme une noisette. Il existait à la surface du foie des cicatrices de dimensions diverses : le tissu cicatriciel pénétrait la substance hépatique : les diverses plaques étaient de coloration plus foncée que la substance du foie et paraissaient être formées de cercles ou de segments de cercles. On doit penser qu'il s'agissait de syphilis héréditaire.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 *novembre* 1894.

Bouton de Murphy.

M. Quénu tient à déclarer que les objections de M. Chaput ne l'ont nullement convaincu et il termine en donnant la technique qui dans trois cas personnels de gastro-entérostomie lui a réussi. Il conseille, pour que l'affrontement soit bien exact, d'amincir les bords des deux bouts intestinaux en en réséquant la muqueuse. Pour empêcher les matières de sortir par la première tige du bouton, il obture cette tige avec un bouchon et, dès lors, n'a plus à s'en occuper pendant qu'il manœuvre sur le second bout. Le tout est préparé à l'avance et stérilisé par l'ébullition.

Gastrostomie.

M. Picqué fait un rapport sur une observation où M. Villar (de Bordeaux) a mis en pratique, avec quelques modifications, la gastrostomie par le procédé de Frank (de Vienne). Ce procédé, on le sait, consiste à établir, entre l'orifice musculo-aponévrotique et la peau, un canal stomacal, de façon à éviter l'issue au dehors du suc gastrique : pour y parvenir, on va d'abord à la recherche de l'estomac et on attire au dehors un pli qu'on fait ressortir plus loin par une seconde incision cutanée parallèle à la première, après l'avoir fait passer sous le pont cutané décollé.

M. Villar a eu un bon résultat, mais on réussit aussi bien par l'opération simple et classique à condition de faire une toute petite ouverture. M. Picqué opère, comme M. Périer, en deux temps; quelques jours après la gastropexie, il ouvre l'estomac avec la pointe du thermocautère. A ses yeux, l'opération de Frank ne sera qu'exceptionnellement indiquée, car chez les malades cachectiques, il importe d'opérer vite.

A la suite de ce rapport, **MM. Routier, Schwartz, Segond, Monod, Championnière** ont, tour à tour, appuyé les conclusions de M. Picqué et ont cité des faits personnels démontrant que par le procédé ordinaire bien exécuté, l'écoulement du suc gastrique est évité.

Rupture de l'intestin.

M. Richelot lit un rapport sur une observation de M. Jullien ; c'est celle d'une fille publique qui, au 27e jour d'un séjour à Saint-Lazare, fut prise d'une péritonite aiguë que M. Jullien traita par la laparotomie : après quoi la malade mit huit jours à mourir. Et à l'autopsie, on trouva une perforation de l'iléon à 81 centimètres au-dessus du cæcum. L'examen histologique, pratiqué par M. Pilliet, fit conclure à une perforation traumatique et on apprit alors qu'avant de tomber entre les mains de la police, la fille avait été rouée de coups par des souteneurs. C'est donc là une de ces rares observations relatives à des accidents très tardifs, et cela prouve que même si on est sûr qu'il n'y a pas eu violence récente, il est prudent d'examiner l'intestin au cours des laparotomies de cette espèce.

M. Moty (Lille) fait une communication sur un microbe qu'il a trouvé dans des sarcomes et qu'il a pu cultiver.

M. Desprès (Saint-Quentin) présente un brancard pour le transport des blessés.

M. Delorme fait voir un malade auquel il a pratiqué la suture de la rotule pour fracture. Un fragment libre faisait corps étranger dans la jointure et, dès lors, M. Delorme ne s'en applaudit que plus d'avoir fait la suture.

M. Tuffier montre un malade auquel il a réséqué le maxillaire supérieur pour attaquer un polype naso-pharyngien. Le résultat est excellent et dure depuis 8 mois.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 *novembre* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Contribution à l'étude de la pérityphlite. Onze cas de guérison par le traitement médical.

M. Millard. — Quand en 1892 j'ai vu se dessiner partout ce grand mouvement d'opinion en faveur du traitement purement chirurgical de la pérityphlite, quand j'ai constaté que mes élèves internes et externes, séduits tout naturellement par les succès opératoires auxquels ils avaient assisté, manifestaient du dédain ou de la défiance pour le traitement médical, je me suis promis de recueillir désormais avec soin les cas nouveaux que je rencontrerais. Je vous en rapporte onze, observés dans ces deux dernières années. Sept proviennent de mon service de l'hôpital Beaujon en 1893 et 1894 ; deux ont été suivis par moi en ville en consultation, deux

enfin m'ont été communiqués par le Dr Para, de la Ferté-Alais, avec qui j'avais vu deux fois un de mes clients ; à ce nombre je pourrais en ajouter deux autres encore que j'ai vus l'an dernier dans la clientèle civile et qui ont bien guéri sans opération ; mais je ne les ai pas suivis régulièrement et je m'en tiendrai aux faits dont je suis absolument certain.

J'espère que plusieurs de nos collègues, fouillant dans leurs souvenirs et dans leurs cartons, nous apporteront d'autres statistiques et que nous arriverons peut-être ainsi à réhabiliter le traitement médical ou, pour mieux dire, à lui faire la part légitime qu'il mérite. Pour justifier cette communication, il me suffirait de rappeler qu'il y a quelques semaines au congrès de Lyon mon excellent ami le Dr Ch. Monod communiquait 22 cas d'appendicite opérés par lui tant en ville qu'à l'hôpital avec 17 guérisons et 5 morts. Sa conclusion, appuyée par le docteur Ricard, avec une statistique aussi favorable, était que *l'intervention chirurgicale est pour ainsi dire toujours indiquée et qu'elle doit être aussi précoce que possible*.

A ce compte-là, presque tous les faits que je me propose d'analyser devant vous auraient pu être opérés d'emblée et n'auraient sans doute pas manqué de procurer de faciles succès. Quant aux signes qu'on indique pour faire ce diagnostic précoce, on verra qu'ils ne sont pas constants et n'ont pas tous la valeur qu'on leur attribue.

Pour ce qui est de la dénomination à donner à la maladie, nous accordons la préférence à celle de pérityphlite, précisément parce qu'elle est vague et a le grand avantage de s'appliquer indistinctement à tous les cas, aux plus légers comme aux plus graves. Nous admettons que l'on rejette la typhlite ou inflammation propre du cæcum, la vieille et classique typhlite d'Alberts de Bonn, que niait déjà mon maître Grisolle et à laquelle Talamon, par une argumentation serrée, semble avoir porté les derniers coups. Mais d'autre part, le terme d'appendicite nous paraît trop restreint, trop exclusif, il a l'inconvénient de préciser trop formellement le siège présumé ou primitif des lésions, de ne pas tenir assez compte de la péritonite péri-appendiculaire, d'éveiller immédiatement l'idée d'une perforation qui n'est pas constante et d'une intervention chirurgicale qui risque *d'être inutile ou trop hâtive*.

M. le Dr Roux, l'éminent professeur de chirurgie de Lausanne, à qui l'on ne contestera pas une expérience spéciale de la question, puisqu'il dispose de cent et quelques observations personnelles et puisqu'il a opéré soixante-treize fois, toujours dans des cas sérieux, a dans toutes ses communications (Réunion médicale Suisse à Genève, mai 1892. Rapport chirurgical sur la pérityphlite) adopté le terme de pérityphlite ; nous nous conformerons à son exemple.

La plupart de nos observations sont très détaillées et ont beaucoup de ressemblance les unes avec les autres. Aussi, pour ménager votre temps et votre attention, j'aurai soin de ne vous en lire que les parties les plus saillantes, celles surtout qui concernent le début, puisqu'on veut que la précocité du diagnostic implique la précocité de l'intervention. J'insisterai ensuite sur les enseignements cliniques qu'on en peut tirer et sur la thérapeutique très simple et très banale qui nous a toujours si bien réussi.

Le premier malade présentait une pérityphlite avec péritonite sous-ombilicale. Tout le monde croyait utile le transport immédiat de ce malade dans un service de chirurgie. Je pensai qu'il y aurait quelque avantage à temporiser, et, après quelques jours de traitement médical, la guérison s'est effectuée et s'est maintenue parfaite. Chez le deuxième malade, la guérison fut aussi facile, quoique la symptomatologie parût plus grave que dans le premier cas. Dans le troisième cas, la guérison fut obtenue en l'espace d'une semaine.

Le quatrième malade présentait au maximum tous les symptômes qui caractérisent l'appendicite. Deux jours après l'application de ventouses scarifiées, de l'ingestion de 5 centigrammes d'opium, la fièvre tombait, et peu à peu la guérison s'obtenait.

L'observation 5 est plus intéressante par la grande étendue de la tumeur qui avait fait porter le diagnostic de phlegmon périnéphrétique.

Le malade avait le facies typhoïde avec une température de 38°5. Sous l'influence seule du repos, le lendemain, la fièvre était tombée à 37°5 et l'amélioration était déjà évidente ; trois jours après son entrée à l'hôpital, la défervescence était complète et en même temps la tuméfaction lombaire avait diminué considérablement.

Un mois après, la guérison était absolue. L'observation 6 a de grandes analogies avec la précédente, eu égard surtout aux grandes dimensions de la tumeur. La malade est soumise au même traitement : ventouses scarifiées, glace, opium. Peu à peu les vomissements cessent et, le treizième jour de la maladie, une débâcle se produit annonçant une amélioration très évidente.

Le septième cas a trait à un jeune garçon de 14 ans qui présente une pérityphlite à début lent, presque apyrétique.

L'observation 8 est un autre exemple de pérityphlite à début insidieux et à défervescence brusque.

Les trois autres observations ont été recueillies par le docteur Para, de la Ferté-Alais ; elles ont de grandes analogies avec les précédentes.

Le *traitement* que nous avons eu l'habitude de mettre en œuvre dans la pérityphlite et qui nous a toujours réussi est des plus simples. C'est en somme celui de la péritonite partielle ; il comprend dans la première période les moyens suivants : le repos absolu et prolongé au lit, les émissions sanguines locales et les opiacés pour combattre les douleurs, les révulsifs cutanés (vésicatoires), des onctions calmantes, des purgatifs dont des lavements antiseptiques, le régime lacté, et dans la deuxième période ou période de réparation les applications de pointes de feu, les pommades résolutives, les bains alcalins, l'usage régulier des laxatifs ou des lavements, et enfin dans certains cas les préparations d'iodure de fer et de quinquina pour activer la convalescence.

Avec M. Talamon j'insisterai sur la nécessité, dès qu'on soupçonne l'invasion de la maladie, d'imposer au plus tôt le *séjour au lit* et le plus grand repos et de le maintenir tant que tout danger n'a pas disparu. Les malades des observations VI, VII et IX ont certainement aggravé leur situation en essayant de se lever trop tôt. Très partisan comme M. Rendu des *émissions sanguines locales*, nous donnons d'ordinaire la préférence aux ventouses qui permettent mieux que les sangsues de mesurer la quantité de sang et n'exposent pas à l'infection des piqûres.

Nous croyons qu'il ne faut pas avoir peur d'en faire une assez large application ; elles produisent toujours un grand et prompt soulagement, comme en témoignent nos observations II, IV, VI, VIII et elles sont surtout indiquées au début des accidents.

Il en est de même de *l'opium* qui est le médicament par excellence pour calmer les douleurs, arrêter les vomissements, modérer les contractions intestinales et combattre les progrès de la péritonite. Nous le prescrivons généralement soit sous forme de piqûres de morphine, soit plus fréquemment sous forme d'extrait thébaïque à la dose de 0,05 ou 0,10 centigr. Contre les vomissements nous employons les boissons glacées, l'eau de Seltz, le champagne frappé. Quant aux applications de glace sur le ventre, elles sont plutôt pénibles pour le malade, dont elles augmentent les douleurs par l'impression du froid et par le poids du sac de glace ; nous n'y avons jamais recours.

Les purgatifs doux sont les seuls à administrer, bien entendu ; encore ne faut-il pas se presser. Chaque médecin suit en cela ses goûts ou ses habitudes ; Talamon préconise le calomel. Rendu, au contraire, lui trouve des inconvénients et lui préfère de beaucoup la belladone administrée à la dose de 7 à 8 centigrammes par jour en pilules de 1 centigramme et il faut reconnaître que cette préparation est des plus rationnelles.

Le purgatif auquel nous donnons la préférence est le citrate de magnésie, sous forme de limonade ou de poudre granulée effervescente. L'huile de ricin à petites doses est d'un effet plus sûr, mais est plus facilement vomie. Pendant longtemps, même quand la convalescence est commencée, nous recommandons l'usage systématique d'un laxatif (eaux minérales, magnésie, etc.) tous les deux ou trois jours et un lavement simple ou boraté les jours intercalaires.

Localement, nous employons fréquemment la pommade belladonée ; mais depuis longtemps, nous avons renoncé à l'onguent mercuriel belladoné dont les avantages sont problématiques, mais qui a des inconvénients incontestables, ceux de tout salir, de masquer la couleur des téguments et

surtout de rendre pour le médecin le palper abdominal plus difficile et plus désagréable. Enfin, chez certains sujets, il risque de produire rapidement des accidents d'intoxication très pénibles. Chez le malade de l'observation IX, on ne pratiqua pas plus de 4 onctions mercurielles belladonées en deux jours et uniquement sur la fosse iliaque droite, et elles provoquèrent pourtant une éruption vésiculeuse des plus intenses sur tout l'abdomen, sur les cuisses, sur le scrotum et qui gagna même les parties latérales du tronc et jusqu'aux avant-bras. Les vésicules causèrent de vives démangeaisons et en se réunissant formèrent bientôt une vaste phlyctène remplie de sérosité purulente analogue à celle d'un immense vésicatoire. La desquamation consécutive ne dura pas moins d'une quinzaine de jours. Cette énergique révulsion n'a peut-être pas été étrangère à l'amélioration survenue dès le lendemain. Mais nous pensons qu'elle eût pu être obtenue à moins de frais avec un vésicatoire ordinaire.

En effet, nous sommes encore très partisan de la révulsion cutanée et nous employons presque toujours les emplâtres vésicants dans la période aiguë dès que les ventouses scarifiées en permettent l'application. Plus tard, quand les reliquats de la tumeur péri-cæcale persistent sous forme de petites tumeurs marronnées et tardent plus ou moins à se résorber, nous n'hésitons pas à pratiquer des applications répétées de pointes de feu.

Enfin, pour remonter les forces dans la convalescence, nous avons l'habitude de conseiller les préparations ferrugineuses, le vin de quinquina et les bains toniques, soit sulfureux, soit alcalins, soit avec des eaux mères et des sels de Salies-de-Béarn.

Tel est dans ses grands traits le traitement qui, suivant nous, s'il est appliqué méthodiquement et le plus près possible du début, procurera le plus souvent la guérison de la pérityphlite et préviendra le mieux les rechutes. Il est assurément moins expéditif et moins brillant que le traitement chirurgical d'emblée; mais quel médecin, pour lui-même ou pour les siens, ne préférerait pas commencer par ces moyens simples avant de recourir au *bistouri*?

En terminant, je tiens à déclarer que je n'ai pas du tout voulu prouver la supériorité absolue du traitement médical dans tous les cas, mais seulement contribuer à en établir les indications et les avantages incontestables dans la première période ou dans certaines formes bénignes de la maladie.

Mort rapide due à l'angine de poitrine par sténose des coronaires.

M. Huchard présente le cœur d'une femme morte dans un accès angineux pseudo-gastralgique; on y remarque une sténose marquée des deux coronaires.

H. VAQUEZ.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 *novembre* 1894.

PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

Electrocution et mécanisme de la mort par l'électricité.

M. d'Arsonval. — Le mécanisme de la mort par l'électricité varie suivant la nature ou l'intensité de la décharge. En cas de courants destructifs et de haute intensité on trouve sur le passage du courant des lésions matérielles qui expliquent la mort.

Dans les cas de mort par courants industriels, alternatifs, l'électricité provoque un état syncopal avec des phénomènes inhibitoires du côté du cœur et de la respiration. Lorsque chez ces individus on pratique la respiration artificielle soit par le procédé Laborde qui est d'une efficacité tout à fait remarquable, soit par le procédé du soufflet introduit dans la trachée, on les ramène à la vie. L'expérience a été faite tout récemment sur le dernier électrocuté à New-York qui avait reçu un courant alternatif de 4,600 volts. Après l'exécution, l'individu paraissant complètement mort, on fit la respiration artificielle qui ranima l'exécuté.

On croyait, sur l'affirmation d'Edison, que les courants continus étaient moins dangereux que les courants alternatifs. Aujourd'hui il est bien démontré que le courant continu est fatalement mortel à haute tension. M. d'Arsonval a eu connaissance de trois cas de mort par courants continus industriels soigneusement cachés par les Compagnies. Ce qui tue dans ces cas, c'est l'électrolyse générale de tout l'organisme. M. d'Arsonval a pu voir un de ces tués, par un courant de 460 volts : il était électrolysé dans tous ses tissus. Il faut en effet savoir que le corps n'est pas homogène et que les phénomènes polaires de l'électrolyse se manifestent dans des points innombrables de l'économie.

M. Chauveau a soutenu encore en 1860 que l'organisme vivant ne se comporte pas envers les courants continus comme un corps homogène. Il serait intéressant, au point de vue physiologique, de connaître les impressions des électrocutés ramenés à la vie.

M. d'Arsonval l'a demandé à un des ouvriers ramenés à la vie. Au moment du passage du courant, il a vu, suivant son expression, trente-six mille chandelles, et perdu ensuite connaissance. Les phosphènes sont en effet caractéristiques du passage des courants alternatifs.

M. Laborde a pu constater aussi, chez les individus ramenés à la vie, une amnésie complète de tout ce qui touche à l'événement.

M. Dastre fait observer que de tous ces faits il résulte que la respiration artificielle peut ramener à la vie dans tous les cas où la mort est causée par une lésion dynamique, c'est-à-dire quand il n'existe pas de lésions matérielles, pathologiques.

Section des pneumogastriques et fonction glycogénique du foie.

M. Butte a fait une série d'expériences sur des chiens, qui ont consisté à sectionner les deux pneumogastriques et à examiner, après la mort de l'animal, le foie au point de vue des fonctions glycogéniques. Le foie, coupé en morceaux, était examiné soit immédiatement après la mort de l'animal, soit au bout de quelque temps. Dans les deux cas, M. Bute a constaté l'absence de glycogène et la présence de traces de glycose. Le foie ne fabrique donc pas de glycogène après la section des peumogastriques.

Sur le passage des microbes à travers la membrane des cysticerques chez le lapin.

M. H. Frenkel. — On sait, depuis les recherches de MM. Chauffard et Widal, que les membranes des kystes hydatiques de l'homme sont imperméables pour les microbes. Or, il n'en est pas de même des cysticerques du lapin qui, eux, laissent passer les microbes, tout au moins dans certaines conditions prédisposantes.

Un lapin a reçu dans la veine marginale de l'oreille un centimètre cube des cultures du staphylocoque citreus en même temps qu'il a reçu sous la peau de l'abdomen 2 centimètres cubes de produits solubles du même microbe. Au bout de 4 à 5 jours, apparaît une nodosité qui devient fluctuante vers le 8[e] jour. On trouve non pas un abcès, mais un cysticerque fusiforme, dont le contenu est séreux et donne par culture les staphylocoques injectés dans le sang. Sur des coupes histologiques on constate, en outre des crochets, la présence dans les parois du cysticerque de nombreux staphylocoques.

L'explication de la différence chez l'homme et le lapin est facile et est due à M. Sabrazès. Chez l'homme, il s'agit des kystes hydatiques dont la paroi propre a une structure lamelleuse et amorphe imperméable; chez le lapin il s'agit du cysticerque fusiforme dont la paroi propre est une mince membrane granuleuse, facilement perméable pour les microbes.

Sur quelques causes d'erreur dans l'étude des effets thermiques immédiats des substances toxiques.

M. Frenkel. — Lorsqu'on veut étudier les propriétés thermiques immédiates d'une substance toxique, par exemple de l'urine, il faut avoir soin de ne pas attacher l'animal, autrement on s'expose à prendre pour de l'hypothermie ce qui est de l'hypothermie par contention. Si l'on suit la technique

des injections intraveineuses de l'urine sur l'animal attaché, on peut faire un nombre considérable d'expériences, jamais on ne verra cette injection produire une élévation immédiate de la température. On trouvera de l'hypotherm e qui sera encore constatée avec l'extrait alcoolique de l'urine ou même avec des solutions indifférentes, ou même en n'injectant rien, mais en tenant le lapin attaché.

Une autre condition viciant les résultats obtenus est la profondeur à laquelle on fait pénétrer le thermomètre dans l'intestin de l'animal; mais cette erreur n'est que de quelques dixièmes de degré.

M. François Frank fait une étude sur les *nerfs érecteurs du pénis et l'érection chez le chien.*

R. Romme.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 9 octobre 1894.

Tumeur de l'iris.

M. Chevallereau présente un enfant âgé de 4 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, chez lequel, en quelques semaines, pendant un séjour à la campagne, sans cause appréciable, il s'est développé une tumeur de l'iris. Celle-ci est située entre le bord inférieur de la pupille et le limbe scléro-cornéen, elle est ellipsoïde, mesure 3 millimètres sur son axe horizontal et 2 sur le vertical, sa saillie est de un millimètre environ, de teinte jaunâtre; elle est partagée en deux moitiés par une ligne comme cicatricielle au niveau de laquelle s'arrêtent les fins rameaux vasculaires qui sillonnent sa surface. La pupille est contractile, le bord irien libre, mais il existe un dépôt d'uvée sur la cristalloïde antérieure; de plus, si la tumeur ne fait pas saillie sur la face postérieure de l'iris, le corps vitré est trouble. Un traitement par les frictions mercurielles et l'iodure a été institué sans avoir encore donné de résultats.

S'agit-il d'un tubercule ou d'un sarcome de l'iris?

M. de Wecker pose comme certain le diagnostic de tubercule et **M. Kalt** appuie cette manière de voir sur l'existence d'un trouble du vitré, lequel indiquerait l'infiltration tuberculeuse de la zone ciliaire. **M. Vignes** rapproche aussi ce malade d'un autre malade présenté par M. de Wecker à l'une des premières séances de la Société.

Ophthalmoplégie traumatique.

M. Vignes prescrivit des exercices stéréoscopiques à un homme atteint de paralysies multiples de l'œil à la suite d'un coup de poing. Des séances d'une demi-heure furent régulièrement faites matin et soir et au bout d'un mois les mouvements d'abduction et d'adduction spécialement travaillés par le patient étaient redevenus normaux. Le stéréoscope fut alors disposé de façon à permettre l'exercice des mouvements d'élévation et d'abaissement et un mois plus tard toute diplopie avait disparu, il persistait seulement quelque gêne des mouvements obliques, qui elle aussi a disparu par l'exercice.

Suture de la cornée.

M. Kalt, dans le but de se mettre à l'abri des hernies iriennes après l'extraction de la cataracte, a systématiquement pratiqué la suture de la cornée par un procédé particulier. Avant d'inciser le limbe scléro-cornéen, il passe un fil dans la lèvre cornéenne sans le faire pénétrer dans la chambre antérieure, ce fil entre et sort en deux points très rapprochés situés l'un au-dessus de l'autre dans le plan du méridien de l'œil : cela fait, le même fil pénètre dans la lèvre sclérale et sans léser dans la profondeur la zone ciliaire il en ressort à très courte distance un peu plus haut. Le fil par suite décrit une anse intra-cornéenne, une anse libre laquelle est laissée très grande et est rabattue sur le nez, enfin une anse intra-sclérale, ses deux chefs restent libres. Le fil ainsi disposé, le couteau de Græfe pratique la kératotomie en évitant de couper l'une ou l'autre des deux petites anses si voisines l'une de l'autre, le cristallin est extrait, puis la suture est serrée assez fortement. La coaptation qu'elle procure n'est pas idéale, elle s'accompagne d'un léger plissement superficiel de la cornée, et d'un peu de chevauchement des lèvres de la plaie; cependant la fermeture de la chambre antérieure est assez exacte pour que dès le lendemain on la trouve remplie d'humeur aqueuse.

Pour pratiquer cette suture, il faut se servir d'une aiguille très courbe, très fine et très aiguë, et d'un fil extra-fin en cordonnet de soie. La cocaïne suffit pour anesthésier l'œil et la stérilisation du fil par la chaleur sèche a toujours suffi pour le faire tolérer sans aucune trace d'infection du tissu cornéen. On peut le laisser tomber de lui-même, ce qui arrive vers le 8e ou 9e jour, quelquefois le 15e, ou bien on sectionne le nœud et en retire l'anse. Si pendant la kératotomie le couteau a sectionné l'une des anses, il est possible parfois de replacer un nouveau fil en utilisant les trous déjà existants.

Sur une série de 50 cataractes opérées avec suture de la cornée, M. Kalt n'a eu que deux pointes de hernie de l'iris, soit une proportion de 4 0/0 au lieu de la proportion de 8 à 9 qu'il avait antérieurement.

M. Despagnet se demande s'il ne s'agit pas là d'une série heureuse et réclame une plus longue pratique du procédé avant de reconnaître son utilité. Il fait de plus observer que si la suture provoque un plissement du lambeau cornéen, la coaptation doit par suite faire défaut dans les deux angles de la plaie, là où se font les hernies iriennes les plus défavorables, parce qu'il est très difficile de les empêcher de rester adhérentes, d'où des accidents glaucomateux ultérieurs.

M. Darier préférerait à la suture de **M. Kalt**, celle qui a été préconisée par **Snellen** au dernier Congrès d'Edimbourg; l'incision est pratiquée de façon à intéresser la conjonctive, et c'est cette dernière que l'on prend dans une anse de fil.

M. Kalt estime que cette suture ne doit être d'aucune utilité, la conjonctive ne fournissant pas un point d'appui suffisant pour serrer le fil. D'autre part, il fait observer que, avec sa suture, le plissement du lambeau cornéen est tout à fait superficiel, que, par suite, la coaptation au niveau des angles ne s'en trouve pas empêchée. Enfin, dans les deux cas de pointes de hernies qu'il a observés, l'iris tendait à s'échapper non pas au niveau des angles, mais bien près du milieu de l'incision, auprès de l'anse du fil.

Séance du 6 novembre 1894.

Tumeur de l'iris.

M. Chevallereau donne des nouvelles du petit garçon qu'il a présenté dans une précédente séance et chez lequel une tumeur de l'iris avait été diagnostiquée de nature tuberculeuse. Soupçonnant qu'elle était survenue plutôt sous l'influence d'une syphilis héréditaire, il a donné le mercure et l'iodure de potassium, et en huit à dix jours le néoplasme a disparu. L'enfant est atteint de névrite optique.

Tumeur du nerf optique.

M. Darier complète l'observation d'un malade qu'il a montré déjà avec une exophthalmie datant de quelque cinq ans, survenue rapidement, ainsi qu'une atrophie de la papille. Restée stationnaire, s'accompagnant de parésie de toutes les branches de l'oculo-moteur commun, cette exophthalmie ne pouvait être expliquée par la présence d'une tumeur placée ailleurs que tout au fond de l'orbite. En effet l'exploration de l'orbite avec le doigt ne décelait aucun néoplasme, de plus la perte rapide et complète de la vision devait faire songer à une tumeur du nerf optique ou de ses gaines; enfin, comme il n'existait pas de stase papillaire, on pouvait préciser son siège dans le segment du nerf optique situé en arrière du point de pénétration des vaisseaux centraux.

L'énucléation de l'œil a permis de constater la présence d'une tumeur du volume d'une petite amande intéressant les deux tiers postérieurs du nerf optique dont le tiers antérieur était atrophié. Comme le néoplasme se prolongeait à travers le trou optique, l'orbite fut évidée. Le malade a guéri de l'intervention. La pièce ayant été égarée n'a pas été examinée, macroscopiquement on a posé le diagnostic de myxome du nerf optique.

Rupture de la choroïde.

M. Fage rapporte un cas de ruptures multiples de la choroïde à la suite d'un choc violent sur l'œil. Chez son

malade, il existe trois croissants réguliers au niveau du pôle postérieur de l'œil, l'un situé entre la papille et la macula, les deux autres en dehors de cette dernière. Le globe de l'œil a dû être refoulé en dehors contre la paroi orbitaire, il s'est trouvé ainsi pris entre la résistance de cette paroi osseuse et l'insertion du nerf optique, d'où la localisation des déchirures choroïdiennes entre les deux points fixes, c'est-à-dire dans la région du pôle postérieur. Les ruptures de la choroïde près de son bord antérieur doivent se produire non plus par distension du globe, comme tout à l'heure, mais bien par enfoncement, et par suite directement au point frappé. Enfin, lorsqu'il y a rupture de la membrane après le passage d'une balle au travers du maxillaire sans lésion directe de l'œil, il faut l'attribuer à une violente contraction musculaire.

Occlusion conjonctivale.

M. de Wecker conseille de protéger les plaies cornéennes en les recouvrant par la conjonctive; à cet effet il la dissèque sur tout le pourtour de la cornée, au devant de qui il l'attire et la maintient, soit par une suture en bourse, soit par quatre à six points de suture dirigés verticalement. L'opération terminée, leur bandeau compressif est placé et laissé à demeure pendant une huitaine, et au bout de ce temps la guérison de la plaie est complète, il est très facile alors de libérer la muqueuse qui adhère à la cornée blessée seulement près du limbe cornéen.

M. Despagnet rappelle que **M. Trousseau** a déjà présenté à la Société un malade chez qui il avait recouvert avec la conjonctive une plaie béante créée par l'excision d'un staphylome cornéen.

M. Antonelli a plusieurs fois aussi masqué sous la conjonctive des plaies scléro-cornéennes.

M. Meyer, depuis longtemps, suit la pratique que recommande **M. de Wecker**; pour éviter tout tiraillement de la conjonctive ramenée au devant de la cornée, il pousse la dissection très loin et parfois se donne du jour en débridant la membrane en haut et en bas.

Grains de plomb dans l'œil.

M. Terson apporte le résultat des recherches qu'il a entreprises dans le but de faciliter l'extraction des grains de plomb logés dans l'intérieur de l'œil. Tout d'abord, il a utilisé une pince mise en rapport avec un trembleur électrique à la manière de l'explorateur Trouvé, mais bientôt il a reconnu que la sensation fournie par la prise du corps étranger permettait de se passer du secours du trembleur et il a fait construire une pince à mors longs et très déliés, terminés chacun par une petite cupule qui emboîte le grain de plomb. Il recommande, avant de recourir à l'énucléation de l'œil, de pratiquer une iridectomie, l'extraction du cristallin, puis d'aller avec sa pince à la recherche du corps étranger en se guidant sur cette donnée que, libre dans l'œil, il doit se trouver au point le plus déclive. Si l'on échoue dans ces recherches, on passera, séance tenante, à l'énucléation. **M. Terson** rapporte une observation favorable à cette pratique.

M. de Wecker estime qu'on ne sera pas toujours aussi heureux que **M. Terson**; il a énucléé beaucoup d'yeux croyant y rencontrer un grain de plomb qu'il n'a pu y découvrir. D'autre part, fût-il resté dans l'œil, le grain de plomb qui a frappé le segment postérieur du globe s'y fixe ou bien ricoche et vient se loger au niveau de la zone ciliaire; dans les deux cas, sa prise n'est guère facile. Du reste, l'extraction du grain de plomb n'offre pas une bien grande utilité; les accidents d'infection, en pareil cas, résultent moins du plomb que des agents qu'il a entraînés dans l'œil.

M. Galezowski, pour démontrer combien il est difficile de savoir si un grain de plomb a ou non pénétré dans l'œil, rapporte l'observation d'un malade qui, au moment de l'accident, perdit connaissance et chez lequel existait une petite plaie conjonctivale au niveau du cercle ciliaire en dehors de la cornée; on ne pouvait éclairer l'intérieur. Ce ne fut qu'après plusieurs examens que l'on reconnut l'existence d'un grain de plomb dans la conjonctive du grand angle de l'œil, une légère traînée rougeâtre permettait alors de préciser le trajet sous-conjonctival qu'il avait suivi.

M. Kalt, après énucléation d'un œil, y a cherché en vain le grain de plomb qui en avait perforé la coque sans en être sorti.

M. Abadie soigne un malade chez qui un grain de plomb est resté dans l'œil six ans sans causer d'accidents autres que la perte de la vision. Des douleurs dans les deux yeux étant brusquement survenues, sans tarder l'énucléation fut pratiquée; puis, comme le corps étranger ne fut pas retrouvé dans l'œil, l'orbite fut évidée. En raison de l'intérêt de ce cas, l'observation sera complétée ultérieurement.

M. Chevallereau, ayant été appelé auprès d'un blessé, constata l'existence d'une plaie perforante de la sclérotique et, quelques jours plus tard, il vit le petit grain de plomb faire hernie par cette plaie.

M. Vigne rappelle qu'un grain de plomb peut frapper l'œil tangentiellement et laisser une plaie pénétrante sans s'arrêter lui-même dans la cavité oculaire.

M. Despagnet désirerait connaître l'avis de la Société sur la conduite à tenir lorsque, après énucléation, l'on constate que le grain de plomb a traversé l'œil de part en part et s'est perdu dans l'orbite.

M. Abadie estime que l'on peut attendre, puis, s'il survient des accidents sympathiques, tenter le traitement médical et, en cas d'échec, recourir à l'évidement de l'orbite.

Ophthalmie des nouveau-nés.

M. Kalt revient sur le traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés qu'il a communiqué à l'Académie. Il conseille les lavages du sac conjonctival pratiqués une, deux ou trois fois par jour avec une solution de permanganate de potasse à 1/5000. Grâce à l'emploi d'un laveur particulier de son invention, ces lavages peuvent être faits par les sages-femmes elles-mêmes.

H. NIMIER.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement des suppurations articulaires graves (Zur Behandlung schwerer komplicirter Gelenkeilerungen), par FRANKE (*Centralbl. f. Chir.*, 1894, n° 38, p. 889). — L'auteur rapporte 4 cas de suppurations chroniques graves et très étendues du genou, guéris par l'ouverture large de tous les foyers. Dans tous ces cas, l'état local des parties, la longue durée de la suppuration, l'état général du malade et son affaiblissement paraissaient commander l'amputation du membre. Au lieu de cela, l'auteur a largement ouvert, à une ou plusieurs reprises, l'articulation, ouvert tous les clapiers, décollé au besoin et sectionné les muscles, gratté les surfaces osseuses, etc., et tamponné la cavité irrégulière avec de la gaze iodoformée, sans fermer ni drainer la plaie. Tous ces malades ont guéri sans avoir été amputés.

Fracture du crâne avec déchirure du sinus longitudinal (Complicirte Depressionsfractur des Schædels, doppelte Zerreissung von Sinus longitudinalis), par SEYDEL (*München med. Woch.*, 1894, n° 39, p. 755). — Il s'agit d'un ouvrier qui pendant son travail, reçoit sur la tête un bloc de pierre. Au moment de l'accident, ni plus tard, la connaissance ne fut perdue. A l'hôpital où le malade fut amené peu de temps après l'accident, on trouva une plaie pénétrante du crâne longue de 15 cm. et large de 3, située sur le pariétal gauche. Comme troubles fonctionnels, on nota une hémiplégie droite avec anesthésie.

L'examen de la plaie sous le chloroforme montra l'existence d'une fracture esquilleuse du pariétal avec déchirure double du sinus longitudinal par deux esquilles. Extraction des esquilles, régularisation de la plaie et tamponnement à la gaze iodoformée destiné à arrêter l'hémorrhagie. Les jours suivants, disparition progressive des phénomènes paralytiques et guérison après opération ostéoplastique destinée à combler la perte de substance du crâne.

G. MASSON, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'IMP. DES ARTS ET MANUFACTURES et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT
PUBLIÉ PAR
LA GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction
Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 10 au 15 décembre 1894.

Mercredi 12. — M. Valentin. Contribution à l'étude de la tuberculose myocardique. — M. Marais. Contribution à l'étude des lipomes du cou et de la nuque. — M. Bagarry. Du traitement de quelques dermatoses par la méthode ignée. — M. Guillond. Contribution à l'étude des éruptions de l'antipyrine. — M. Zysman. Erythème desquamatif récidivant et hydrargyrie.

Jeudi 13. — M. Rautureau. Étude sur l'épidémie cholérique de Nantal, 1892-93. — M. Jeanpierre. Étude sur une épidémie de variole à Paris pendant les années 1893-1894. — M. Synéphias. Des suppurations péri-utérine post puerpérales ou post-abortives et de leur traitement par l'élytotomie. — M. Dubar. De l'emploi du pétrole brut dans les conjonctivites. — M. Durand. Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque et en particulier de la valeur séméiologique du dédoublement du second bruit du cœur dans cette affection. — M. Gaillard. Essai sur le traitement de la morphinomanie. — M. Daguillon. Contribution à l'étude clinique de la phlébite primitive.

Premier examen de doctorat (Session de janvier 1895). — Les aspirants au grade de docteur en médecine, ajournés au premier examen pendant les deux sessions de juillet, et d'octobre-novembre, pourront renouveler cet examen dans une session spéciale qui sera ouverte dans la 1re quinzaine de janvier au siège des Facultés (Décret du 31 juillet 1891).

En exécution de ces dispositions les élèves docteurs ajournés en juillet, et en octobre-novembre 1894, ou autorisés à subir le 1er examen au mois de janvier 1895, devront consigner les 17 et 18 décembre.

Ils subiront le 1er examen du 7 au 12 janvier 1895.

Hôtel-Dieu. *Clinique médicale.* — M. Marie, chargé de cours, commencera le cours de clinique médicale le samedi 8 décembre 1894, à 10 heures, et le continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Agrégation de médecine. — Le jury du concours est définitivement constitué de la manière suivante :

Président : M. Brouardel. — Juges titulaires : MM. Jaccoud, Hayem, Fournier, Joffroy, Grasset, Mayet, Pitres et Hermann. — Juges suppléants : MM. Dieulafoy, Landouzy, Brissaud et Ballet.

VARIÉTÉS

Corps de santé des colonies. — Ont été promus :

Au grade de médecin principal, MM. Henry et Calmette, médecins de première classe des colonies.

Corps de santé de la marine. — Sont promus :

Au grade de directeur du service de santé, M. le médecin en chef Guès.

Au grade de médecin en chef, M. le médecin principal Nègre.

Au grade de médecin principal, M. le médecin de première classe Danguillecourt.

Au grade de médecin de première classe, M. le médecin de deuxième classe Galbrunner.

Hôtel-Dieu. — M. le docteur Ferrand, chargé de cours pour les stagiaires de la Faculté, a commencé ce cours le 1er décembre. Tous les jours, à neuf heures : visite des malades, exercices cliniques; le jeudi, à dix heures : conférences de propédeutique et de thérapeutique clinique. Jeudi 6 décembre : l'examen du malade; jeudi 13 : le diagnostic; jeudi 20 : les indications thérapeutiques.

Constipation et danse du ventre. — Une jeune artiste dramatique est affligée d'une de ces constipations que rien n'arrive à combattre Un chirurgien de Paris, croyant trouver la raison de cette constipation dans un déplacement de l'utérus, avait proposé une opération. Sur ces entrefaites, la jeune personne trouve un engagement en province pour danser la danse du ventre. Dès la première représentation, elle s'aperçoit qu'elle va très facilement à la selle. Depuis, elle se livre quatre fois par jour à cet exercice, et ses intestins fonctionnent avec une régularité et une facilité qu'ils n'avaient jamais connues. On trouve donc dans la danse du ventre une précieuse indication thérapeutique que les constipés peuvent mettre à profit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire des stations d'hiver, des stations d'été et de la climatothérapie, par le Dr De La Harpe, professeur de balnéologie à l'Université de Lausanne. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 1894. 1 volume in-18 de 300 pages, cartonné, 3 francs.

Leçons cliniques de chirurgie orthopédique, par le docteur Phocas, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, etc. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1895, 1 vol. in-8° de 524 pages.

Formulaire du massage, par le Dr G. Norstrœm. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, 1895, 1 vol. in-18 de 280 pages avec figures. Cart., 3 francs.

Dyspeptiques et Obèses du ventre, par le docteur Zabé, avec préface par Dujardin-Beaumetz. Dans cet ouvrage, sont clairement exposées de nouvelles idées pathogéniques sur la dyspepsie cet arcane mystérieux, où commence à pénétrer la lumière. Paris, librairie Maloine. In-1 carré, avec 6 dessins d'après nature, prix 3 fr

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hémato-néphrose intermittente par épithélioma du hile du rein et du bassinet, communication à la *Société de chirurgie*, par M. Tuffier.

Les phénomènes de rétention rénale intermittente de l'urine sont connus sous le nom d'hydronéphrose intermittente; et si leur histoire n'est pas encore élucidée, elle a été l'objet de nombreux travaux. Au contraire, la rétention de sang dans l'intérieur du bassinet et du rein constitue un accident très rare et dont je n'ai pas rencontré d'exemple dans l'histoire de la chirurgie rénale. Chez le malade que j'ai étudié, les faits cliniques méritent bien le nom d'*hémato-néphrose intermittente*, car ils étaient constitués par le double syndrome suivant :

1° Rétention du sang dans le rein, douleur rénale, augmentation considérable de volume de la glande.

2° A cet accident faisait suite une hématurie plus ou moins abondante, avec diminution de volume du rein et indolence de l'organe. J'ai dû opérer ce malade et j'ai trouvé un rein distendu, ayant le volume d'une tête de fœtus et dont le bassinet et les calices étaient remplis de sang liquide.

Voici l'histoire de ce malade :

Pr..., Jacques, jardinier, 65 ans, entré le 1er juillet, pavillon Dolbeau, n° 3, hôpital Beaujon. C'est un homme maigre, assez vigoureux, qui nous est adressé pour une hématurie persistante.

Ayant toujours eu une santé parfaite, il fut pris très brusquement, sans cause appréciable et sans aucun phénomène prémonitoire, d'une hématurie, il y a trois mois.

C'est par hasard, le matin, qu'il s'aperçut que son urine était colorée en rouge et déposait des caillots noirs. Cet accident persista sans interruption complète, mais avec une intensité variable, depuis cette époque. Il n'y eut aucun autre trouble physique ou fonctionnel du côté des voies urinaires. Il y a un mois seulement, il commença à ressentir dans la région du flanc droit quelques douleurs, sorte d'endolorissement avec pesanteur de ce côté. Les allures des douleurs et de l'hématurie furent assez remarquables. C'est pendant la nuit, alors que l'hématurie était le moins abondante, que le malade souffrait le plus. Dans la matinée, quand l'urine était beaucoup plus foncée, les douleurs disparaissaient.

De même le malade ayant à deux reprises essayé de remédier à ces accidents par le simple repos au lit, le sang disparut presque des urines pendant toute la période du repos pour reparaître avec la même abondance dès qu'il reprenait son travail. Nous avons pu par nous-même constater ces phénomènes. Nous avons maintenu le malade, à son entrée à l'hôpital, pendant trois jours au lit et nous avons vu les urines devenir simplement rosées, mais l'examen micrographique y a toujours révélé la présence de globules sanguins, en même temps les douleurs devenaient plus vives. Depuis le début de ces accidents, cet homme a notablement maigri, perdu ses forces, c'est ce qui l'a engagé à entrer à l'hôpital.

L'urine alors examinée est en quantité normale (1,600 gr. dans les 24 heures), sa coloration est rouge foncé, elle dépose un caillot noirâtre au fond du bocal; par décantation on voit que ces caillots sont formés par dépôt après l'émission de l'urine, il n'existe aucun long filament qui rappelle les coagulations moulées dans l'uretère et d'ailleurs le malade n'aurait jamais rendu aucun caillot de ce genre. L'examen de la prostate et de la vessie est négatif. On trouve dans la région lombaire droite une tuméfaction volumineuse très nettement appréciable par la palpation abdominale et plus nette encore par le palper bimanuel. Elle descend jusqu'à mi-chemin entre la crête iliaque et l'ombilic, en haut elle se perd sous les fausses côtes. Elle remplit tout l'hypochondre et affleure en dedans à une ligne située à 3 centimètres de la ligne médiane. Ses contours sont bien arrondis. Elle est ferme, résistante, lisse, sans bosselures, indolente à la pression, peu mobile, aussi bien transversalement que dans le sens antéro-postérieur. Elle est nettement au contact de la région lombaire. La percussion fait constater de la sonorité dans sa moitié inférieure. En avant une bande de sonorité la sépare de la matité hépatique.

Le reste de l'abdomen ne présente aucune induration et tout le reste du corps très minutieusement examiné ne présente aucun stigmate de néoplasie ganglionnaire. Le système artériel est même d'une intégrité remarquable, étant donnés l'âge et l'aspect du malade.

Dans ces conditions, j'ai pensé que le diagnostic devait être circonscrit entre un calcul du rein et un néoplasme. J'éliminai l'hypothèse d'un calcul en me basant sur les allures de la douleur, l'absence de tout antécédent lithiasique et la persistance de l'hématurie. Toutefois, l'examen clinique nous montrant que le repos diminuait l'abondance de l'hémorrhagie, nous aurions pu garder un doute à cet égard, si nous ne savions que cette influence du repos et du mouvement, si nette en général dans les calculs de la vessie, est beaucoup moins caractéristique dans les lésions rénales et si, d'autre part, nous n'avions constaté directement un phénomène remarquable : Pendant que le malade était en observation, nous constatâmes que son hématurie diminuait, mais sa tumeur augmentait de volume absolument comme s'il y avait une rétention du sang dans le rein. De plus, l'indolence était complète dans les efforts et dans la marche, et par la percussion de la tumeur, on n'amenait aucun phénomène douloureux. Je portai donc le diagnostic néoplasme du rein et j'attribuai sa fixation complète dans la région lombaire probablement à une sclérose péri-rénale.

En tout cas, les accidents étaient tels et les lésions si nettement localisées que je crus devoir recourir à une intervention.

Le 5 juillet, je pratique la néphrectomie par la voie lombaire. Le rein étant très peu mobile et très haut placé, je fais une incision très oblique, parallèle à la 12e côte et à un travers de doigt au-dessous. Cette incision part de la 11e côte et arrive jusqu'à trois travers de doigt en dehors du muscle grand droit. Les différents plans musculaires incisés, je trouve une capsule graisseuse légèrement sclérosée mais *très vasculaire* comme je l'ai signalé dans les cas de néoplasmes du rein. Je ne saurais mieux comparer son aspect qu'à celui d'un épiploon congestionné et sillonné de grosses veines. Je décortique facilement toute la face libre de la glande jusqu'au niveau du hile. Là je sens du côté du rein une induration irrégulière, dont la consistance me rappelle celle d'une tumeur. En haut le rein remonte derrière les fausses côtes, il est doublé de volume. Après l'avoir isolé et avoir largement écarté mon champ opératoire, je constate que la glande est violacée, amincie, nettement fluctuante surtout dans son tiers moyen. Cette fluctuation est tellement évidente que je puis apprécier la très faible épaisseur de l'écorce rénale qui me sépare de la collection liquide. Avant de passer outre, je résolus d'ouvrir cette cavité, ne voulant pas m'exposer à sacrifier d'emblée un rein qui eût pu être conservé.

J'incise l'organe sur le bord convexe et aussitôt une énorme quantité de sang noir mélangé de quelques petits caillots fit irruption dans le champ opératoire, avec une abondance telle que je crus à la blessure d'une énorme veine, et que je pinçai de suite entre mes doigts le pédicule vasculaire du rein, mais cet écoulement s'arrêta spontanément. Je diminue progressivement la pression que j'exerçais sur le pédicule vasculaire, et je constate qu'il ne s'écoule plus de sang, l'hémorrhagie était donc bien due à la seule ouverture de la poche, et c'était son contenu sanguin qui avait fait irruption au moment où je l'incisais. Le rein revient sur lui-même, prenant l'aspect d'une poche peu tendue. J'introduis le doigt à travers mon incision, j'explore la cavité et je trouve une surface analogue à celle d'une hydronéphrose, surface sillonnée de colonnes suivant la forme et la distribution des calices; je sens ainsi au niveau du bassinet une infiltration dure, néoplasique, irrégulière, du volume d'une noix et je m'assure que non seulement le bassinet, mais toute la région voisine du rein est envahie.

Dans ces conditions, l'ablation de la glande et du néoplasme était le seul parti à prendre, puisque la lésion siégeait au niveau du hile. Pour ce faire, j'aurais certainement recouru au morcellement, qui, étant donnés le peu d'épaisseur et la sclérose de la poche rénale, eût été indiqué, si la facilité relative sur laquelle je comptais pour extirper d'un seul coup la

tumeur, et si le désir de posséder la pièce complète ne m'eût engagé à l'extirper d'un seul tenant. Je libère complètement les deux extrémités de la glande, je dégage bien exactement tout le hile, j'applique une première pince sur l'urerère que je sectionne assez bas. Au niveau du hile vasculaire, je tombe sur une masse de tissu cellulaire absolument scléreux et dur qui ne me paraissait pas contenir de ganglions, j'applique deux nouvelles pinces sur les vaisseaux et j'enlève le tout.

Cette masse scléreuse m'engage à laisser les pinces à demeure contrairement à mon habitude en cas de néoplasme. Je crois que les vaisseaux du hile doivent être plus ou moins étranglés dans cette gangue, que peut-être leur paroi sclérosée est friable si bien que la constriction d'un fil de soie serait susceptible de couper les vaisseaux.

Fermeture de la plaie en étage, pansement iodoformé et ouaté, enlèvement des pinces au bout de 48 heures sans aucun incident. Aucune suite opératoire.

Les quantités d'urine émises ont été de :

400	grammes	le premier jour.
600	—	le deuxième jour.
1100	—	le troisième jour.
1000	—	le quatrième jour.
1000	—	le cinquième jour.

Elles ne contiennent ni sang ni éléments anormaux.

Le rein enlevé présente un volume double de celui du rein normal ; sa surface est lobulée ; le hile est déformé par une tumeur qui pénètre dans le bassinet, les calices sont très distendus mais d'aspect lisse et normal, comme dans les hydronéphroses, le parenchyme rénal est réduit à une coque de quelques millimètres au niveau de la partie moyenne du bord convexe.

La région du hile est envahie par une tumeur dure ayant le volume d'une grosse noix, elle occupe exactement la région rénale du hile et le bassinet.

Le sang contenu dans la poche rénale recueilli avant son ouverture et examiné au laboratoire de l'hôpital par M. le Dr Papillon, chef du laboratoire, et par M. Lévi, interne du service, a été reconnu, après examen et ensemencements sur milieux appropriés, complètement stérile.

L'examen histologique pratiqué par M. Levi, interne du service, sous la direction de M. le Dr Papillon, chef de laboratoire de l'hôpital, a porté sur les différents fragments du rein. *Au niveau de la tumeur*, la structure du rein est très modifiée par la présence de boyaux épithéliaux d'épithélioma tubulé. On voit de ces traînées épithéliales au milieu du tissu conjonctif. En certains points on peut voir l'envahissement du glomérule se faire par le tube urinifère qui en part. Un certain nombre de branches artérielles sont envahies et leur cavité est rétrécie. A un fort grossissement on constate que les cellules sont cylindriques. Quelques-unes sont des cellules en raquettes typiques. Au milieu d'elles il y en a qui semblent dégénérer.

Coupe au niveau du hile au voisinage de la tumeur. A ce niveau il y a des vaisseaux dilatés atteints d'endartérite. Le tissu conjonctif interstitiel est très développé ; il y a hypertrophie des colonnes musculaires du bassinet et du tissu élastique. A ce niveau on commence à voir apparaître les productions épithéliales.

Les suites opératoires furent particulièrement simples et le 15e jour le malade était guéri.

Le 17 août, c'est-à-dire 6 semaines après sa guérison opératoire, il fut pris de malaise avec perte d'appétit et un peu de dyspnée et il succomba le 23 avec tous les signes d'une broncho-pneumonie.

Autopsie le 24 août.

Du côté du rein enlevé (*rein droit*), on trouve une masse extrêmement dure, fibreuse, très adhérente à la fosse iliaque et au muscle psoas iliaque dont on enlève des fibres en essayant de la disséquer. L'uretère droit se perd dans ce tissu et on ne peut en retrouver le trajet qu'en le disséquant à partir de la vessie, où il est normal. En haut il est complètement englobé dans cette masse fibreuse. Ce tissu paraît fibreux et inflammatoire.

Le rein gauche n'a pas de néoplasme. Il est assez difficile à décortiquer, de volume normal, assez fortement congestionné, mais sans autre lésion.

La vessie est normale, ainsi que l'uretère gauche et l'uretère droit dans sa partie vésicale.

Le foie, assez volumineux, a un lobe gauche plus gros que normalement. A la surface convexe, on voit des noyaux blanchâtres de cancer secondaire, de grosseur variable d'une lentille à une noisette. Il y en a une dizaine. L'examen histologique de ces noyaux montre de l'épithéliome secondaire (alvéoles avec grandes cellules cylindriques), on trouve des cellules néoplasiques dans les espaces portes ; congestion capillaire entre les travées hépatiques, et cellules néoplasiques entre ces travées.

La rate est normale.

Les poumons sont adhérents, on trouve des granulations tuberculeuses un peu caséeuses, sans cavernes au sommet droit. La base est congestionnée. Un peu de dilatation bronchique. Cœur. Léger athérome valvulaire.

Je laisse de côté dans cette observation sa partie anatomo-pathologique pour ne retenir que son enseignement clinique. J'ai étudié les hématonéphroses traumatiques, mais je ne connais pas d'observations ayant trait à un épanchement sanguin avec distension du bassinet. Ce fait constitue un très rare exemple de tumeur du hile du rein avec hémorrhagie se faisant du côté du bassinet et des calices, c'est-à-dire avec rétention uro-hématique. Cette anomalie est due au siège du néoplasme qui obturait l'entrée de l'uretère. Cette obstruction devait être ancienne et il est très probable qu'elle a d'abord provoqué une rétention incomplète de l'urine aseptique dans le rein, véritable hydronéphrose, et ce mécanisme peut seul expliquer la distension énorme du rein, ces distensions exigeant pour se produire une obstruction incomplète de l'uretère. Ultérieurement, cette uronéphrose s'est transformée en hématonéphrose par hémorrhagies du néoplasme dans la cavité rénale perforée. L'intermittence des hématuries est fréquente dans les néoplasmes du rein et on s'accorde en général pour la considérer comme le résultat de phénomènes congestifs variables et capricieux. Ici au contraire l'écoulement sanguin était continu, *son émission seule était intermittente* et le mécanisme de cette intermittence était le suivant : hémorrhagie dans le bassinet, distension progressive de cette cavité des calices et du rein, amenant une pression intra-rénale suffisante pour vaincre l'obstacle formé par la tumeur.

Il semble également que dans la station debout l'écoulement du sang se faisait plus facilement que dans le décubitus dorsal. Ce mécanisme de l'intermittence de l'hémorrhagie due à la variation dans la tension intrarénale rappelle l'un des mécanismes de l'intermittence de l'hydronéphrose que j'ai étudiée devant vous. D'ailleurs le liquide contenu dans le rein était un mélange d'urine et de sang.

Quel que soit ce mécanisme, le fait d'une urohématonéphrose par tumeur rénale n'en reste pas moins acquis et je crois que dans tous les cas où on trouvera un épanchement de sang dans l'intérieur des cavités rénales distendues, on pourra penser à une tumeur du hile et on devra agir en conséquence sous peine d'enlever le rein en laissant le néoplasme.

Quand un malade présentera tous les signes d'une *hématonéphrose intermittente* sans élimination de fragments de caillots longs et arrondis, véritables moules de l'uretère et sans symptômes de lithiase urinaire, on devra penser à un néoplasme siégeant au voisinage du bassinet dans sa cavité.

Ce sont ces deux conclusions pratiques qui m'ont engagé à vous communiquer cette observation.

REVUE DES CONGRÈS

66e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Tenue à Vienne du 24 au 30 septembre 1894.

Influence des albuminoses sur l'organisme animal.

M. Matthes (Iéna), qui a étudié sur des animaux l'influence des albuminoses (de digestion) et des peptones injectées sous la peau, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'injection de ces substances provoque chez l'animal les mêmes réactions locales et générales que celles auxquelles donne lieu la tuberculine.

2° Les produits d'hydratation de l'albumine agissent d'une façon d'autant plus intense que l'hydratation est plus avancée et que la substance albuminoïde se rapproche davantage des peptones. L'action de la tuberculine est celle d'une substance intermédiaire entre la peptone et les deutéro-albuminoses.

3° L'injection d'une forte quantité d'albumine hydratée provoque chez l'homme une élévation de la température suivie de tuméfaction de la rate.

4° L'organisme animal s'habitue assez rapidement à ces injections et acquiert à la longue une sorte d'immunisation.

Troubles nerveux fonctionnels.

M. Stern (Breslau) a observé deux cas de diminution de l'activité de l'écorce cérébrale survenue après un traumatisme de la tête. Cette diminution en question se manifestait sous forme de crises d'une très courte durée, pendant lesquelles les malades présentaient un abaissement brusque des facultés intellectuelles, une parésie intermittente avec ataxie de tous les muscles et une diminution de la sensibilité générale et des facultés sensorielles.

Passage des aliments de l'estomac dans l'intestin.

M. Moritz (Munich) a étudié le temps que mettent les substances liquides à passer de l'estomac dans l'intestin. Il a trouvé que parmi les liquides c'est l'eau qui passe le plus vite. Ainsi, quand on introduit dans l'estomac un demi-litre d'eau, on n'en trouve plus que 30 à 50 cm. c. au bout d'une demi-heure. Les solutions légèrement alcalines ou acides passent presque aussi vite que l'eau ; par contre le passage est considérablement ralenti quand le titre de la solution est un peu fort. La bière, le lait, le bouillon séjournent plus longtemps dans l'estomac. Il en est de même des soupes épaisses, des potages.

Digestibilité des substances albuminoïdes.

M. Hammerschlag a fait, pour déterminer le pouvoir digestif de l'estomac, une série de recherches dont le point de départ consistait à doser la proportion d'albumine de deux solutions d'albumine à 1 0/0, contenant 4 0/0 d'acide chlorhydrique et additionnées, la première de 5 cm. c. de suc gastrique et l'autre de 5 cm. c. d'eau. Le rapport entre les deux solutions pouvait servir d'échelle de comparaison pour le pouvoir digestif de l'estomac chez des individus sains et malades.

Les recherches conduites dans cette direction ont montré à M. Hammerschlag que la peptonisation est abaissée dans les cas de catarrhe de l'estomac et de dyspepsie nerveuse, et augmenté dans l'hyperchlorhydrie. Chez les carcinomateux, la peptonisation des substances albuminoïdes dans l'estomac fait entièrement défaut.

M. Boas fait observer, à propos du carcinome de l'estomac, que, pour pouvoir attribuer à l'acide lactique du contenu stomacal toute sa valeur diagnostique, il faut ne pas confondre entre l'acide lactique formé dans l'estomac et celui provenant des aliments.

Hématomes du bassin.

M. Thorn divise les épanchements sanguins du bassin en intra-péritonéaux et extra-péritonéaux, en réservant le nom d'hématocèle aux épanchements sanguins rétro-utérins. Sur les 157 cas qu'il a pu réunir, il s'agissait dans 15 0/0 des cas des hématomes extra-péritonéaux. Les hématomes intra-péritonéaux sont donc bien plus fréquents que les hématomes extra-péritonéaux.

Contrairement à Fritsch, M. Thorn ne pense pas que tous les hématomes relèvent d'une grossesse extra-utérine méconnue. Il en a notamment observé des cas chez des personnes qui ne se sont jamais exposées à devenir enceintes. Quant à la coagulation du sang épanché, il admet avec tout le monde que les adhérences et les membranes que l'on trouve dans le foyer sont de formation secondaire. Le sang épanché s'accumule dans le cul-de-sac de Douglas, s'y coagule et provoque l'accolement de la séreuse voisine et l'enkystement de la collection.

Le pronostic n'est pas mauvais. Au point de vue du traitement, M. Thorn se prononce pour les méthodes conservatrices et n'admet la laparotomie qu'en cas de suppuration de la collection.

M. Wertheim (Vienne) a soutenu, en se basant sur les cas observés à la clinique de Schauta, que la grossesse extra-utérine joue un rôle prépondérant dans l'étiologie des hématomes du bassin. Les hématocèles se forment presque exclusivement dans les avortements tubaires, rarement après rupture du sac de la grossesse tubaire. Dans le premier cas le sang suinte par l'extrémité abdominale de la trompe, s'accumule entre les surfaces séreuses voisines, qui, par le fait d'une réaction irritative, s'accolent et ferment pour ainsi dire l'extrémité abdominale de la trompe en formant tout autour une cavité virtuelle dont les parois s'épaississent par l'apparition de nouveaux caillots provenant du sang qui continue à couler par la trompe.

On voit par conséquent que jamais, au début, l'hématocèle ne se forme dans le cul-de-sac de Douglas ; il n'y arrive qu'après avoir atteint certaines dimensions.

M. Thorn a fait observer qu'il admettait parfaitement le rôle de la grossesse extra-utérine pour un certain nombre de cas. Par contre, il continue à soutenir que les hématocèles qui se forment d'une façon aiguë, au cours de la menstruation, n'ont rien à voir avec la grossesse extra-utérine. Dans ces cas le sang pénètre dans la cavité abdominale, s'accumule dans le cul-de-sac de Douglas et s'y coagule.

Endométrite des femmes enceintes.

M. Emmanuel (Berlin), qui a eu l'occasion d'examiner trois cas de ce genre, croit pouvoir incriminer l'infection par les micro-organismes pathogènes qu'il trouva dans les membranes.

Dans deux cas notamment, observés à la clinique du professeur Veit, il trouva des diplocoques situés dans les cellules des membranes. Ces diplocoques, qui ressemblaient beaucoup à des gonocoques, se coloraient pourtant fort bien par la méthode de Gram. Les cultures n'ont pas été faites, de sorte que la nature de ces diplocoques n'a pu être déterminée.

Le troisième cas se rapporte à une femme qui fit une fausse couche au quatrième mois de sa grossesse. Les membranes, profondément altérées, étaient épaissies et infiltrées, par places, de petites cellules. Dans les foyers d'infiltration se trouvaient de courts bacilles qui semblaient être, comme l'ont montré les ensemencements et les expériences sur les animaux, des coli-bacilles.

Pour M. Emmanuel, dans ces trois cas, l'endométrite était due à l'infection de l'utérus par les micro-organismes en question.

Infection ombilicale chez les nouveau-nés.

M. Ehrendoffer (Innsbruck) admet notamment que l'infection ombilicale chez les nouveau-nés est une infection par contact qui se réalise soit après la section, soit après la chute du cordon ombilical. L'infection par les sécrétions vaginales ou le liquide amniotique est plus rare. C'est donc contre l'infection par contact que le médecin doit diriger tous ses efforts.

Le pansement de la plaie ombilicale doit être fait comme pour toutes les plaies, c'est-à-dire avec une antisepsie ou une asepsie rigoureuse. Au point de vue prophylactique, il faut éviter l'emploi des éponges. Le pansement sera fait avec un mélange de poudre d'amidon et d'acide salicylique. Cette poudre s'est montrée également efficace dans les cas où la plaie ombilicale présentait un aspect suspect. Dans les cas où

les sécrétions de la plaie deviennent abondantes, on obtiendra de bons résultats en mettant sur la plaie 2 ou 3 gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 0/0 et en pansant ensuite la plaie à sec.

Invagination de l'intestin chez les enfants.

M. Hirschprung a observé 64 cas d'invagination intestinale dont 46 chez des enfants au-dessous d'un an et 36 chez des nourrissons. Sur ces 64 cas, 38, soit 60 0/0, ont guéri.

D'après M. Hirschprung, il faut distinguer entre l'invagination de l'iléum et iléo-cæcale d'une part et l'invagination iléo-cæcale et celle du cæcum de l'autre. L'invagination iléo-cæcale est la plus fréquente. Elle apparaît brusquement et débute par des douleurs et des vomissements qui disparaissent ordinairement au bout de 24 à 36 heures. L'enfant tombe alors dans un état voisin du collapsus : la température n'est pas élevée, l'urine présente la réaction de Ronbach, le ventre est mou. La tumeur apparaît ordinairement du côté gauche du ventre ; la muqueuse rectale semble attirée en haut et ne présente plus ses plis normaux. Vers le 6e jour la température monte, le pouls devient fréquent, le ventre se ballonne et la mort survient ordinairement dans le collapsus 24 heures plus tard.

L'invagination du côlon s'observe ordinairement chez les enfants âgés de plus d'un an. L'affection ne débute jamais brusquement, et est ordinairement précédée pendant plusieurs jours de diarrhée et de ténesme rectal ; dans un grand nombre de cas, une fois que l'invagination est déclarée, on trouve l'évacuation, par l'anus, de mucosités claires. La lésion siège ordinairement sur le côlon descendant de l'S iliaque. Les vomissements fécaloïdes sont rares.

L'invagination de l'intestin grêle s'observe ordinairement chez des enfants au-dessous de 9 mois. L'affection débute brusquement sans cause connue. L'obstruction intestinale n'est pas complète et quelquefois on trouve pendant le cours de la maladie des évacuations de matières fécales mêlées à du sang et des mucosités.

Pour assurer le diagnostic, l'enfant doit être examiné sous le chloroforme. Quand le ventre est souple et la tumeur accessible, on arrive à lever l'invagination en une ou plusieurs séances de massage, surtout quand il s'agit d'une invagination de l'iléon. Dans les invaginations iléo-cæcales, les grands lavements réussissent souvent. En cas d'échec, il ne faut pas hésiter à faire la laparotomie.

Fistules urétéro-vaginales et urétéro-utérines.

M. Mackenrodt (Berlin) a publié dernièrement deux cas de fistules urétéro-vaginales guéries par une opération autoplastique qui a permis d'implanter dans la vessie l'orifice vaginal de la fistule et de conduire l'urine dans la vessie. La guérison obtenue au bout de 15 jours ne s'est pas encore démentie.

Dans un cas de fistule urétéro-utérine qu'il a eu récemment à soigner, M. Mackenrodt procéda de la façon suivante. Il essaya tout d'abord d'isoler la partie inférieure de l'uretère pour l'implanter dans le vagin et transformer ainsi la fistule urétéro-utérine en urétéro-vaginale. Mais le col de l'utérus et le vagin étaient entourés de masses cicatricielles tellement denses, que, pour se donner du jour, M. Mackenrodt fit l'hystérectomie vaginale. Ce sacrifice était justifié par ce fait que la malade était X-pare et l'organe était malade.

Après l'hystérectomie il fut très facile de fixer l'orifice urétéral dans le vagin. Au bout d'un mois, il décolla la fistule, la rapprocha de la vessie, ouvrit cette dernière, implanta la fistule dans la vessie, et ferma le vagin. La malade guérit.

Ostéomalacie.

M. Latzko (Vienne) attire l'attention sur ce fait que l'ostéomalacie est, au début, fréquemment confondue avec des affections rhumatismales et spinales, ce qui n'a rien d'étonnant quand on songe que le complexus symptomatique de l'ostéomalacie rappelle par plusieurs points celui de ces deux affections par le fait de l'existence commune d'affections articulaires, de parésie des membres inférieurs, d'exagération des réflexes rotuliens, de contracture des adducteurs.

Le diagnostic d'ostéomalacie, en absence de déformations du bassin, doit s'appuyer sur la coexistence d'une sensibilité des os à la pression et d'une parésie des fléchisseurs de la hanche avec contraction des adducteurs.

L'ostéomalacie n'est pas aussi rare qu'on le dit, puisque, dans l'espace de 3 ans 1/2, M. Latzko a observé 50 cas à Vienne. Dans ces cas, les malades n'ont pas eu beaucoup d'enfants.

M. Chroback (Vienne) ne croit pas que l'ostéomalacie soit aussi fréquente à Vienne. Personnellement il ne voit tous les ans que quelques cas isolés. Quant à l'étiologie de l'ostéomalacie, il ne pense pas que tous les cas relèvent des mêmes causes. En effet, les traitements qui guérissent radicalement certains malades (castration, opération de Porro, phosphore) échouent chez d'autres ou sont suivis de récidive.

M. R. v. Braun (Vienne) ne croit pas non plus à la fréquence de l'ostéomalacie à Vienne. Il admet le rôle prépondérant des mauvaises conditions hygiéniques dans l'étiologie de l'ostéomalacie.

M. Kehrer (Heidelberg) admet également l'influence des mauvaises conditions hygiéniques. Seulement, dans un tiers des cas les malades appartiennent à des classes plus ou moins aisées.

Vaccination et néphrite.

M. Falkenheim (Kœnigsberg), qui a eu l'occasion d'observer deux cas d'albuminurie avec hématies dans l'urine après la vaccination, a examiné l'urine de 187 nourrissons pendant la période de vaccine. Sur 175 échantillons d'urine pris dans le premier jour après la vaccination, 25 contenaient de l'albumine. Vingt de ces enfants avaient des troubles gastro-intestinaux sur le compte desquels on ne pouvait pourtant pas mettre l'albuminurie.

D'une façon générale, M. Falkenheim n'a pu trouver aucun rapport entre la vaccine et l'albuminurie. La néphrite vaccinale, si elle existe, doit être très rare.

Le traitement de la coqueluche par le toussol.

M. Rehn (Francfort-s-M.) a essayé le toussol, qui est une combinaison d'antipyrine et d'acide amygdalique, dans 60 cas de coqueluche. Cette substance amène très rapidement, c'est-à-dire au bout de 2 ou 3 jours dans les cas ordinaires et au bout de 6 à 10 jours dans les cas graves, une diminution du nombre et de l'intensité des accès. La durée de la maladie est également abrégée et réduite à 3-5 semaines.

Le toussol agit favorablement sur la perte d'appétit et les vomissements probablement par son action sédative sur les nerfs de l'estomac. Son action sur les phénomènes pulmonaires est nulle. La dose journalière est de 2 gr. 50 à 5 g. en plusieurs fois, suivant l'âge de l'enfant. Le lait et les alcalins sont incompatibles avec le toussol.

Paralysies spasmodiques d'origine centrale chez les enfants.

M. Ganghofner (Prague) a spécialement en vue la raideur congénitale de membre après hydrocéphalie et hydromyélie. Comme à l'autopsie de ces cas on ne trouve aucune dégénérescence des cordons pyramidaux, il faut admettre que les troubles relèvent d'une lésion de la substance corticale. En tous les cas, les phénomènes spasmodiques ne dépendent pas directement de l'hydrocéphalie. Il s'agit peut-être d'une diminution de la valeur fonctionnelle du cerveau arrêté dans son développement. Certaines paralysies cérébrales de l'enfance présentent une certaine analogie avec la poliomyélite.

M. Escherich (Graz) a observé plusieurs fois, après la diphthérie, des états spasmodiques avec exagération des réflexes tendineux et clonus dorsal.

Lait de femme.

M. Pfeiffer (Wiesbaden), qui a examiné le lait de femme à diverses périodes de la lactation, a trouvé que la proportion d'albumine diminue progressivement jusqu'au 5e mois, tandis que celle de sucre augmente parallèlement, la proportion de graisse ne subissant pendant cette période aucune modification.

Au point de vue de la production de la chaleur, le lait de femme est plus calorigène que le lait de vache. Ce dernier ne doit donc pas être trop dilué.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Syphiliome ano-rectal avec rétrécissement du rectum.

M. Verneuil. — J'ai été consulté en juillet dernier par un homme de 68 ans atteint d'une affection de la région anale récidivant, paraît-il, pour la troisième fois. En octobre 1892, première opération, vraisemblablement une ouverture d'abcès ; en décembre 1892, débridement de la fistule. A l'examen, entre la racine des bourses et la commissure antérieure de l'anus, on trouve une tuméfaction assez bien circonscrite, du volume d'une amande, d'une rougeur un peu livide, recouverte par le tégument adhérent et présentant à son sommet une ouverture à bords un peu décollés d'où sortait une certaine quantité de pus mal lié et fétide; au toucher rectal, catarrhe assez intense, ni induration, ni ulcération de la muqueuse.

Croyant à un simple abcès sous-cutané, je me bornai à fendre la tumeur périnéale d'avant en arrière à l'aide du thermocautère. Après une amélioration passagère la plaie donna issue de nouveau à un pus liquide, fétide, irritant la marge de l'anus ; peu de temps après les douleurs revinrent; le malade dut prendre le lit.

Un nouvel examen fit constater que la plaie anale était remplacée par une saillie aplatie, d'un rouge violacé, avec base indurée ; au toucher rectal, rétrécissement de toute la région avec contraction du sphincter. Je pensai alors à une gomme syphilitique péri-anale avec commencement de rétrécissement du rectum ; d'autant qu'aux jambes existaient sept ou huit cicatrices un peu déprimées, les unes blanchâtres, les autres pigmentées tout à fait caractéristiques des syphilides ulcéreuses ou du rupia.

Avant de pratiquer la rectotomie linéaire, opération de choix en pareilles circonstances, je résolus de soumettre le malade à un traitement spécifique (pilules mercurielles et iodure de potassium) ; à ma grande surprise, la guérison fut complète, non seulement du syphilome de la marge de l'anus, mais encore du rétrécissement du rectum.

M. Fournier. — Le succès est d'autant plus remarquable qu'il est extrêmement rare de voir le rétrécissement du rectum guérir par un traitement spécifique. Longtemps j'ai considéré de telles fistules comme vulgaires ; M. Trélat, le premier, a montré leur caractère spécifique et pourquoi, lorsque l'affection restait limitée à l'intérieur du rectum, le diagnostic restait difficile et incertain. Aussi intervient-on, en général, trop tard, lorsque des tubercules ou des gommes sont apparus à l'anus ou au périnée.

En pareil cas, ou bien la syphilis se manifeste par des gommes, ce qui est l'alternative la plus heureuse ; ou bien elle détermine des formations de tissus scléreux, sans passer par l'état gommeux ou quelquefois se produisent des scléroses gommeuses. Dans la plupart des cas, le syphilome ano-rectal se convertit en sclérose ; il n'y a alors rien à faire.

De tels accidents n'ont rien de commun avec les lésions que j'ai dénommées parasyphilitiques et qui sont tout aussi bien dues à la syphilis qu'à l'alcoolisme ou à la tuberculose ; ils pourraient plutôt être appelés post ou métasyphilitiques.

M. Le Dentu. — J'ai traité par les agents spécifiques un certain nombre de rétrécissements syphilitiques du rectum sans jamais obtenir le moindre résultat. Une seule fois, un syphilome ano-rectal a subi la transformation scléreuse sans que j'aie pu l'attribuer au traitement; cette sclérose a donné lieu à la formation de rétrécissements multiples dont un situé très haut et qui, jusqu'ici, se sont montrés rebelles à la médication spécifique.

Le résultat obtenu par M. Verneuil tient sans doute à ce qu'il a eu la bonne fortune d'assister au début de l'affection de son malade.

Extirpation d'un anévrysme iliaque droit et d'un anévrysme inguinal gauche.

M. Quénu présente un homme de 36 ans, opéré le 5 décembre 1893 pour un volumineux anévrysme de l'artère iliaque externe droite et 16 jours plus tard, le 21 décembre, pour un anévrysme inguinal gauche. Ils ont été tous deux traités par la méthode de l'extirpation. Aucun accident fâcheux n'a suivi l'une ou l'autre des interventions. L'opéré, clown au Nouveau-Cirque, a repris ses exercices depuis le 1er octobre et paraît n'en éprouver aucun inconvénient.

Le début des deux tumeurs remontait à près de deux ans. La droite avait le volume d'une tête de nouveau-né; elle occupait toute la fosse iliaque, dépassant en haut l'ombilic de quatre travers de doigt et plongeait en dedans dans le petit bassin. La gauche, plus petite, était à cheval sur le ligament de Falloppe.

L. malade a été présenté, avant l'opération, le 29 novembre 18.3, à la Société de chirurgie.

Tractions rhythmées de la langue.

M. Laborde communique un nouveau fait de rappel à la vie par les tractions rhythmées de la langue chez un enfant nouveau-né pour lequel les procédés ordinaires n'avaient pas réussi. Il présente en même temps des pinces destinées aux tractions rhythmées, pinces mousses, ne pouvant pas blesser la langue.

M. Guéniot continue à préférer pour le nouveau-né la respiration artificielle, bien que le procédé de M. Laborde soit plus facilement applicable; mais il peut exposer à des accidents, tels que déchirures de la langue, et le retour à la vie est quelquefois moins prompt.

M. Terrier. — Les accoucheurs ont tant de fois sauvé la vie à des enfants à l'aide de la respiration artificielle qu'ils ont quelque peine à partager l'enthousiasme de M. Laborde. Sans doute, il n'est pas toujours facile de pratiquer comme il convient la respiration artificielle ; mais le procédé des tractions rhythmées de la langue n'est pas toujours aisé non plus, et il paraît regrettable de le compliquer par une instrumentation spéciale.

M. Budin. — Il y a lieu d'attendre, avant de se prononcer, qu'une expérimentation plus développée ait pu être faite du procédé de M. Laborde. En tout cas, il faut se servir, si l'on a absolument besoin, d'appareils, d'une pince à bras longs et élastiques ne pouvant produire de pressions douloureuses.

M. Laborde. — L'avantage des tractions rhythmées, c'est d'amener forcément le réflexe qui détermine ensuite l'acte proprement dit de la respiration, ce qu'on n'obtient pas aussi aisément avec d'autres procédés. En prolongeant suffisamment les tractions, on doit presque toujours obtenir le rappel à la vie, dans les limites, encore indéterminées, mais que je déterminerai bientôt, s'il est possible.

M. Pinard. — Il semblerait alors que chaque fois qu'un accoucheur a perdu un nouveau-né par asphyxie, cela tiendrait à ce qu'il n'a pas prolongé suffisamment les tractions rhythmées de la langue. Cependant, j'ai de nombreux cas dans lesquels celles-ci n'ont pas suffi et dans lesquels la respiration artificielle a véritablement sauvé la vie à l'enfant. La question doit rester à l'ordre du jour de l'Académie.

Accidents électriques.

Sur le rapport de **M. Gariel**, l'Académie adresse à M. le Ministre des travaux publics une instruction sur les soins à donner aux victimes des accidents électriques, dus au contact de conducteurs d'électricité ou de machines génératrices.

Tout d'abord, il y a lieu de chercher à supprimer ce contact; puis d'appliquer les moyens ordinairement recommandés pour le sauvetage des asphyxiés, transport dans un local aéré, respiration artificielle et tractions rhythmées de la langue.

Mélalenques.

M. le Dr **Forné** lit un mémoire sur les propriétés antimicrobiennes de l'essence des mélalenques provenant et de distillation des feuilles fraîches de deux arbustes, le *niaouli* des Canaques et le caju-puti des Malais.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 1er décembre 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Surmenage hépatique.

MM. Cassaët et **Mongour.** — Reprenant les recherches que M. Cassaët avait déjà faites sur le fonctionnement de la cellule hépatique dans certaines affections digestives, les auteurs se sont attachés à prouver combien facile peut être le surmenage hépatique.

Ils apportent 24 nouvelles observations dans lesquelles l'alcoolisme, la tuberculose, le rhumatisme articulaire aigu, l'impaludisme, etc., ont pu déterminer partiellement ou totalement l'insuffisance hépatique. Bien que dans ces conditions si diverses la pathogénie ne puisse être univoque, il est certain néanmoins, d'après les auteurs, que le foie passe fort souvent par une période dangereuse de véritable préparation à l'ictère grave que tout incident pathologique peut alors déterminer, tandis qu'il en eût été incapable, si la glande avait normalement fonctionné.

M. Phisalix fait une communication sur la *toxicité du sang de la vipère.* Les expériences faites sur des vipères auxquelles on avait extirpé les glandes conduisent M. Phisalix à la conclusion que la toxicité du sang des vipères tient en grande partie à la sécrétion interne des glandes.

M. Roger dépose au nom de **M. Létienne** une note relative aux *effets des microbes sur les milieux contenant du glycogène.*

M. Noé lit une note sur *l'action de la bactéridie charbonneuse sur l'inuline.*

M. Gley dépose au nom de **M. Castex** (Lille) une note sur le frémissement vocal à l'état normal.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre 1894.

Polypes naso-pharyngiens.

M. Nélaton, à propos du malade présenté la semaine dernière par M. Tuffier, constate que chez celui de M. Quénu il y a eu récidive. Il faut attendre avant de proclamer guéri celui de M. Tuffier, et nous ne devons pas oublier ce que nous a appris sur ce point l'expérience de nos devanciers.

M. Quénu. — Il y a deux espèces de polypes naso-pharyngiens, les bons et les mauvais. On peut appliquer des opérations partielles aux premiers, mais pour les seconds, qui sont des sarcomes, elles sont déplorables. Chez mon malade, il s'agissait d'un myxo-sarcome. Dans les cas de ce genre, en outre, la voie palatine est insuffisante : elle ne convient que pour les fibromes angiomateux, fréquents d'ailleurs. Et faut-il alors la laisser ouverte pour surveiller la récidive? Je crois que, le voile étant reconstitué, il nous est très facile de savoir, par la vue et par le toucher, ce qui se passe dans le naso-pharynx.

M. Nélaton. — Je ne suis pas compétent sur la question d'histologie, mais ce que je sais, c'est qu'il y a là une entité clinique, pour les polypes, qui de 16 à 25 ans repoussent sans cesse, et après cela guérissent. Pour la voie à choisir, c'est une affaire de degré, mais je dis qu'il y a intérêt à laisser la porte ouverte. Après l'avoir fermée, M. Quénu nous a montré un malade superbe il y a trois mois ; et aujourd'hui il y a récidive.

M. Kirmisson a le respect de l'histologie, mais pas pour les polypes naso-pharyngiens, car on sait que bien souvent un fibrome récidive sous forme de sarcome, et cela se comprend. Surveiller la récidive ne veut pas dire la regarder, mais la traiter immédiatement, et il est certain que la cure lente a fait ses preuves.

M. Quénu reconnaît qu'ici l'histologie peut être en défaut, mais quelquefois elle montrera dès le début qu'il s'agit d'un sarcome et alors on agira en conséquence. Pour M. Quénu, en effet, la voie à prendre dépend de la nature et non du volume de la tumeur. En outre, quoi qu'en dise M. Nélaton, il y a des sarcomes naso-pharyngiens malins chez des adolescents, et pour les traiter il faut associer les enseignements de l'histologie à ceux de la clinique.

M. Lucas Championnière reconnaît que la méthode lente donne souvent d'excellents résultats, mais il ajoute que la réparation immédiate du voile n'empêche pas de surveiller la récidive, et s'il faut inciser de nouveau le voile, ce n'est pas terrible.

Hématonéphrose.

M. Tuffier. — Voy. p. 594.

M. Bazy a observé un homme, chez lequel il avait diagnostiqué un calcul, qui eut un jour une douleur rénale violente, et ce jour une tumeur apparut, pour disparaître le lendemain, après un pissement de sang. La néphrectomie révéla un épithéliome.

M. Larger lit une observation de tétanos céphalique (avec paralysie faciale et hydrophobie) mortel malgré la désarticulation d'une phalange (plaie de la phalangette) 17 heures après le début du trismus.

M. Tuffier présente deux malades opérés de hernie crurale par la voie inguinale (A. Cooper, Ruggi), procédé qui lui paraît bon dans certaines grosses hernies.

M. Reclus présente des pièces d'hydronéphrose intermittente. Néphrectomie transpéritonéale. Mort.

A. Broca.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 novembre 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Discussion sur l'appendicite.

M. Le Gendre. — Bien qu'il puisse être difficile dans certains cas d'établir le diagnostic différentiel avec certitude, il est indispensable de distinguer les appendicites des pérityphlites, d'origine cæcale (engouement stercoral, typhlite des dilatés). Cette dernière peut se résoudre toujours sans intervention chirurgicale; au contraire sur l'appendicite et la péritonite de cause appendiculaire plane toujours l'éventualité d'une intervention chirurgicale, bien que dans la majorité des cas la guérison puisse être obtenue par des moyens purement médicaux.

Le diagnostic de l'appendicite peut être en général établi par la brusquerie du début, l'intensité de la douleur et son siège qui est souvent sur la ligne iléo-pubienne, ou sur la ligne iléo-ombilicale, mais qui varie suivant le lieu d'insertion assez variable de l'appendice et ses rapports avec le cæcum, par l'absence ou la petitesse de la tumeur, par les vomissements réitérés, par l'ascension plus rapide de la fièvre et le facies rapidement péritonéal. Tous ces signes pouvant à la rigueur être infidèles, il faut toujours, dans les cas douteux, faire pencher la balance du côté de l'incision exploratrice qui seule peut sauver le malade dans le cas de perforation de l'appendice et ne compromet jamais la vie, quand elle est faite suivant les règles de l'antisepsie.

Les purgatifs, qui ne sont jamais nécessaires, sont dangereux dans toutes les inflammations aiguës de la région cæcale.

Le traitement doit consister dans le repos absolu, la diète et l'administration méthodique de l'opium ; j'y joins la réfrigération locale, continue, que je considère comme supérieure à la révulsion dans les cas aigus. Un sac contenant de la glace concassée, qui, suspendu à un cerceau, effleure seulement la peau de la région cæcale, avec interposition d'une flanelle, a toujours été bien supporté par mes malades.

La diète doit être d'autant plus sévère que les accidents sont plus aigus et plus récents. Absolue pendant les premières heures, elle est hydrique pendant 24 heures (eau glacée par cuillerée tous les quarts d'heure; puis, au fur et à mesure de la détente, lait coupé en quantité de plus en plus grande).

L'opium doit être donné à dose réfractée de 2 à 10 centigrammes par 24 heures chez l'enfant ; jusqu'à 20 ou 30 centigrammes chez l'adulte. Les grands lavements sont donnés deux ou plusieurs fois par jour suivant le cas, additionnés d'un antiseptique (naphtol, borate de soude et teinture de benjoin).

Une surveillance attentive de l'état général (pouls, température, facies, vomissements) et de l'état local est indispensable ; le malade doit être visité deux fois par jour. C'est parce qu'il faut pouvoir aisément explorer à chaque visite la région cæcale par la palpation très discrète et la percussion légère que je proscris les vésicatoires, les pommades mercurielles et belladonées qui gênent ces différents modes d'exploration.

Je crois dangereuse l'exploration sous le chloroforme proposée par M. Millard.

Si au bout de 48 heures la défervescence thermique et le relèvement du pouls, l'amélioration du facies n'ont pas commencé à se manifester parallèlement à la diminution de la douleur et des autres signes locaux, je crois l'incision exploratrice légitime. Au bout de trois jours, je la crois nécessaire. L'existence de foyers congestifs du poumon ou bronchopneumoniques n'est pas une contre-indication absolue à l'intervention chirurgicale dans les cas où celle-ci est indiquée par les autres symptômes généraux et locaux.

Dans les cas d'appendicite à rechutes après la deuxième ou la troisième crise, je crois que la résection à froid de l'appendice est un moyen de préservation à conseiller surtout aux sujets qui, par leurs habitudes et leur profession, sont particulièrement exposés aux rechutes.

M. Sevestre donne ainsi qu'il suit le résumé de son opinion sur la question de l'appendicite :

1° Sous le nom de pérityphlite on englobe des cas complexes et assez différents les uns des autres ;

2° Les premiers, méritant le nom de pérityphlite d'origine cæcale, sont relativement bénins et guérissent souvent par des moyens médicaux ; l'intervention chirurgicale n'est justifiée que lorsque, la maladie traînant en longueur, la fièvre persistant, il est permis de penser qu'il existe une suppuration plus ou moins étendue ;

3° Les autres, d'origine appendiculaire, assez fréquents dans la seconde enfance, peuvent aussi guérir par des moyens médicaux, mais ils demandent une surveillance rigoureuse et incessante ; car, très rapidement, ils peuvent exiger une intervention immédiate. Les purgatifs sont formellement contre-indiqués et, par contre, le repos absolu, les opiacés, la diète sont de rigueur dans les cas de ce genre.

M. Moizard se range dans cette question à l'avis de MM. Le Gendre et Sevestre ; il insiste surtout sur les dangers immédiats qu'il y a à donner des purgatifs, surtout par la difficulté où l'on se trouve de faire au début le diagnostic exact ; on ne peut savoir s'il y a simple coprostase cæcale, et, par conséquent, si le purgatif, même doux, ne sera pas immédiatement dangereux.

M. Mathieu. — J'ai eu l'occasion de faire des recherches à propos des statistiques d'observations d'intervention.

La conclusion est favorable à la non-intervention dans la majorité des cas.

Je crois malgré tout, pour ma part, qu'il vaut mieux intervenir un peu plus qu'un peu moins. Sonnenburg est intervenu 77 fois ; il y eut 12 cas de mort pour des cas de malades amenés trop tard e dans des conditions désavantageuses.

Richardson eut 42 cas de mort sur 168 cas et la conclusion on serait donc que l'intervention ne donne pas toujours les résultats qu'on en peut espérer.

Dans 9 cas que j'ai observés, 7 fois la guérison fut obtenue par les simples moyens médicaux. Deux fois j'eus à hésiter au point de vue de l'intervention ; dans les deux cas je finis par m'abstenir et la guérison n'en fut pas moins obtenue. Mais je ne suis pas absolument opposé à l'idée de l'opération à froid et chez un jeune homme que j'observe en ce moment la répétition des accidents indique nettement un danger à venir que l'incision chirurgicale pourra seule prévenir.

Je pense donc qu'il faut intervenir dans le cas de phénomènes aigus d'appendicite et alors rapidement, dans le cas où il se forme un abcès, cela vers le 7e ou 8e jour. Les cas d'appendicites à répétition doivent être mis à part, et bien souvent ils sont justiciables de l'intervention.

Ma pratique diffère un peu de celle de M. Millard. Je m'abstiens des purgatifs au début, je prescris le repos, le lait, avec application de glace.

M. du Cazal. — On s'entend actuellement à déclasser la typhlite. J'accepte entièrement pour ma part les conclusions de M. Millard ; je ferai à M. Le Gendre cette observation que le point de départ peut être spécifié par un médecin avisé qui s'observe lui-même ou qui observe avec soin ses malades. En général, la dénomination de pérityphlite est suffisante et juste en clinique.

Les observations de typhlite que j'ai suivies au Val-de-Grâce se sont terminées par la guérison. Dans un cas cependant il y eut péritonite suppurée, mais le malade était venu me trouver après 8 ou 9 jours de maladie. Les applications de sangsues me semblent très utiles et fort souvent je me suis bien trouvé des applications d'onguent mercuriel belladoné.

M. Lemoine. — J'ai observé récemment un cas assez analogue à certains de ceux rapportés par M. Millard.

Il s'agissait d'une petite fille chez laquelle la typhlite fut suivie d'un empâtement de toute la région avec envahissement de tissu péri-vésical et péri-rectal. L'intervention qui fut alors discutée ne fut pas faite et quelques jours après la résolution se faisait d'elle-même.

M. Mathieu. — La suppuration paraît être pour les chirurgiens une raison absolue d'intervention. Mais il y a des cas, et ils sont fréquents, où la suppuration apparaît alors que la typhlite reste purement médicale.

M. Hirtz présente un malade atteint d'atrophie musculaire monoplégique compliquée d'accidents bulbaires.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 novembre 1894.

De l'action de la toxine du staphylocoque pyogène sur le lapin et des infections secondaires qu'elle détermine.

MM. Mosny et **Marcano.** — Des recherches poursuivies au laboratoire de bactériologie de M. le professeur Straus sur l'action des cultures filtrées du staphylocoque pyogène doré nous ont appris, entre autres faits intéressants, que si l'inoculation intraveineuse de doses élevées de ce filtrat (10 c. c.) fait succomber les lapins en quelques secondes, une inoculation semblable, mais à dose beaucoup plus faible (1 à 2 c. c.), laisse survivre ces animaux.

Les lapins qui ont subi cette inoculation se rétablissent promptement ; la fièvre disparaît, l'appétit revient, mais les animaux maigrissent lentement et perdent en quatre à cinq semaines environ le quart de leur poids.

Ces lapins ne sont nullement vaccinés contre l'action des cultures vivantes et virulentes du staphylocoque doré ; bien plus, l'injection préalable des cultures filtrées semble favoriser l'action pathogène du *staphylococcus aureus.*

Mais si, au lieu de soumettre les animaux, ainsi préparés, à l'inoculation des cultures du staphylocoque, on les laisse vivre sans nouvelle intervention, au bout de quatre à cinq semaines on voit, sans cause apparente, survenir une diarrhée profuse ; la température reste normale ou souvent descend à 36° ou 37° et l'animal succombe en deux à cinq jours.

L'autopsie a constamment révélé les mêmes lésions, comportant divers degrés suivant la durée de la survie de l'animal à l'injection intraveineuse de la culture filtrée du staphylocoque : tantôt il s'agissait de petits abcès arrondis, de volume variable, siégeant dans l'épaisseur des parois intestinales, principalement sur le gros intestin ; tantôt, outre ces abcès intestinaux, nous constations soit une suppuration des ganglions de la région lombaire, soit de la péritonite pelvienne ; d'autres fois enfin, et le plus souvent, il y avait une péritonite purulente généralisée ; en aucun cas les lésions inflammatoires ou suppuratives n'ont dépassé les limites de la cavité abdominale.

Les recherches bactériologiques faites sur le pus des lapins qui succombaient à ces lésions nous ont démontré l'absence constante du staphylocoque doré : ce fait ne doit nullement surprendre, puisque nous n'avons inoculé que des cultures filtrées et sûrement privées de tout microbe vivant.

Par contre, ces recherches nous ont révélé la présence constante dans le pus de deux bacilles : l'un court et trapu ; l'autre, plus fréquemment rencontré, moins épais et très analogue, par sa morphologie et ses propriétés biologiques, au coli-bacille.

Ces bacilles, que l'on trouvait toujours isolés ou associés dans le pus, ne se rencontraient dans le sang du cœur que lorsque la suppuration abdominale était très étendue (péritonite purulente généralisée).

Des recherches ultérieures sur le contenu normal de l'intestin de lapins sains nous ont démontré que ces deux bacilles en étaient les hôtes habituels.

Tous les lapins auxquels nous avons fait l'injection intraveineuse de cultures virulentes filtrées ont succombé dans les conditions qui viennent d'être exposées.

Nous avons obtenu des résultats semblables par l'injection intravasculaire au lapin :

a. Soit de doses élevées (5 à 10 c. c.) de cultures non virulentes et filtrées. Il s'agissait alors de cultures âgées (un mois à six semaines) et maintenues constamment à une basse température (18° à 20°) ;

b. Soit de doses faibles (1 c. c.) de cultures vivantes et atténuées. La mort des animaux a toujours été tardive, et l'autopsie a révélé l'existence inconstante des lésions particulières au staphylocoque (abcès des reins), et l'absence constante du microbe dans le sang du cœur et dans le pus de la cavité péritonéale ;

c. Soit enfin de doses élevées (10 c. c.) de sérum de lapins vaccinés contre l'infection par le staphylocoque. Diverses expériences nous ont effectivement démontré, comme l'a déjà observé M. Courmont, que ce sérum n'est pas bactéricide pour le staphylocoque qu'on y ensemence, mais que néanmoins il possède à l'égard des cultures filtrées des propriétés antitoxiques manifestes : le lapin supporte en effet, sans aucune réaction, l'inoculation intraveineuse d'un mélange de 5 c. c. de ce sérum avec 5 c. c. d'une culture virulente filtrée, alors que l'inoculation de 5 c. c. de cette même toxine seule tue les lapins témoins en quelques heures.

Les lapins que l'inoculation de 10 c. c. de ce sérum de lapins vaccinés avait immunisés contre l'action d'inoculations répétées de cultures vivantes et virulentes du staphylocoque doré ont tous succombé au bout de quatre à cinq semaines à des suppurations péritonéales déterminées par l'issue hors de l'intestin des microbes que nous avons décrits et qui en sont les hôtes habituels et inoffensifs.

Comme complément de ces expériences, nous avons recherché l'action pathogène sur le lapin des microbes isolés qui se trouvaient dans le pus des péritonites que nous avions observées, et des mêmes microbes retirés du contenu intestinal de lapins sains. Voici les résultats que nous avons obtenus :

1° L'inoculation, dans la veine marginale de l'oreille du lapin, de 1 c. c. de cultures des bacilles isolés dans le pus des péritonites a tué ces animaux en moins de vingt-quatre heures par septicémie, sans lésion locale. L'inoculation des mêmes cultures dans le péritoine est demeurée sans résultat ;

2° L'inoculation intraveineuse au lapin de cultures des mêmes bacilles isolés dans le contenu intestinal de lapins sains a fait succomber les animaux en un temps variable suivant la dose de l'injection. Les doses élevées (1 c. c. 5) les tuaient en moins de vingt-quatre heures par septicémie, sans lésion locale. Les doses plus faibles (1 c. c.) les tuaient en six à huit jours avec de la péritonite purulente ; ou tout au moins avec des abcès dans les parois du gros intestin. Comme dans le cas précédent, l'inoculation des cultures dans le péritoine est demeurée négative.

Nous avons obtenu des résultats identiques en inoculant dans les veines ou dans la cavité péritonéale de lapins les cultures de ces microbes (isolés dans le contenu intestinal de lapins sains) ensemencées dans un bouillon filtré dans lequel avait vécu le staphylocoque pyogène doré.

L'ensemble de ces expériences montre, en résumé, que l'introduction d'une toxine dans l'économie peut, sans déterminer aucun accident immédiat, provoquer, à plus ou moins longue échéance, la mort des animaux par suite de suppurations dues à la sortie hors de l'intestin de microbes qui se rencontrent à l'état normal dans sa cavité.

L'inoculation de sérum antitoxique prélevé sur des animaux immunisés contre le staphylocoque ou ses toxines, tout en permettant d'immuniser l'animal auquel on l'injecte contre l'action immédiate du staphylocoque ou de ses toxines, ne le prémunit pas contre les infections secondaires tardives.

La pathologie humaine offre de nombreux exemples de ces prédispositions morbides de l'organisme, créées par des infections antérieures. Elle montre souvent la transformation en microbes pathogènes de micro-organismes en apparence saprophytes, hôtes habituels et inoffensifs de notre organisme sain.

Effets de l'ablation des glandes à venin chez la vipère.

M. C. Phisalix et **G. Bertrand**. — Dans une précédente communication nous avons montré que le sang de vipère contient des principes toxiques analogues à ceux du venin et, nous basant sur un ensemble de faits et de considérations physiologiques, nous avons admis que la présence de ces substances était due à la sécrétion interne des glandes venimeuses. Mais ce n'était là qu'une hypothèse ; on pouvait croire, au contraire, que les poisons primitivement contenus dans le sang étaient éliminés par les glandes. Dans cette alternative, nous nous sommes adressés à l'expérience. Il suffit, en effet, pour trancher la question, d'enlever les glandes et d'examiner dans quel sens varie la toxicité du sang après l'opération : dans le cas d'une sécrétion interne, le venin contenu dans le sang tendant à disparaître, on doit constater une diminution de la toxicité ; dans la seconde hypothèse, au contraire, il doit y avoir une augmentation de cette même toxicité.

Les expériences ont été faites sur 46 vipères provenant du Jura, du Puy-de-Dôme, de la Vendée et des environs de Paris, et les inoculations à des cobayes ont porté sur 58 animaux.

Malgré des conditions défavorables, nous avons pu, à la suite de ces nombreuses expériences, constater une *diminution* manifeste de la toxicité du sang après l'ablation des glandes à venin. Ces résultats suffisent dès maintenant pour démontrer qu'une partie au moins des principes toxiques du sang de la vipère proviennent des glandes venimeuses. Ils complètent ceux que nous avons déjà obtenus dans nos recherches antérieures et apportent une preuve directe à la théorie de la sécrétion interne des glandes.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séances des 29 *octobre et* 19 *novembre* 1894.

Tumeur du médiastin.

M. Litten. — Il s'agit d'un homme qui, depuis 8 jours, a été obligé de quitter le travail pour une tuméfaction de la face et du cou. A son entrée à l'hôpital, on trouvait, outre cette tuméfaction, une cyanose des deux oreilles et une gêne de la respiration, une dyspnée qui augmentait dans la position horizontale.

Vingt-quatre heures après l'entrée du malade à l'hôpital, il est survenu une dilatation énorme des veines du thorax. A la percussion du thorax, on trouvait une matité absolue de la région sternale. L'auscultation permit de constater l'existence de l'emphysème pulmonaire et d'un épanchement pleural du côté droit. Le liquide retiré par la ponction était jaune citron et renfermait des cellules rondes, volumineuses avec des noyaux gigantesques, en forme de vésicules, caractéristiques, d'après M. Frænkel, de certains néoplasmes de la plèvre et du médiastin.

Il s'agit donc très probablement dans ce cas d'une tumeur du thymus avec compression partielle de la veine cave supérieure.

M. Frænkel a observé un cas analogue où il s'agissait de la compression de la veine cave supérieure par une tumeur probablement syphilitique du médiastin.

Quant aux cellules signalées par M. Litten, elles proviennent probablement de l'endothélium de la plèvre, et M. Frænkel les a trouvées dans tous les cas où il existait une compression du canal thoracique.

M. Fürbringer pense aussi que les cellules en question, que l'on rencontre dans les épanchements pleurétiques proviennent de la plèvre. Dans deux cas pourtant, où le liquide retiré par la ponction ressemblait à un potage à la semoule, les granulations se composaient exclusivement de ces cellules. A l'autopsie, on trouva un cancer villeux de la plèvre constitué entièrement par ces cellules.

Chirurgie de l'estomac.

M. Rosenheim. — Dans les tumeurs cancéreuses de l'estomac, la chirurgie a à envisager 2 opérations : la résection des parties malades qui le plus souvent sont le pylore et les parties voisines, et la gastro-entérostomie ou l'établissement d'une fistule entre l'estomac et l'intestin. Quant à la gravité respective de ces deux opérations, la statistique de Guinard donne une mortalité de 62 0/0 sur 153 résections, celle de Lebœuf, une mortalité de 58 0/0 sur 108 résections. Pourtant Kocher n'a eu que 2 morts sur 9 résections de l'estomac. Pour ce qui est de la gastro-entérostomie, Guinard cite 33 morts sur 105 opérés, soit une mortalité de 31 0/0. Tout différents sont les résultats obtenus par chaque opérateur en particulier. Ainsi Rockwitz a publié la statistique de Lücke qui n'a qu'une mortalité de 12.50 0/0. Les résultats obtenus par Hahn sont encore meilleurs.

Il en résulte toujours que la résection est une opération plus grave que la gastro-entérostomie. Les contre-indications formelles de la première sont : 1° l'extension du néoplasme à plus de la moitié de l'organe ; 2° l'existence des adhérences étendues sur le pancréas et le foie ; 3° l'infection de l'épiploon et des organes voisins ; 4° l'infiltration cancéreuse des ganglions lymphatiques.

Quant aux résultats que fournissent ces deux opérations, il est certain que le rétablissement des fonctions motrices est presque complet après la résection, et incomplet après la gastro-entérostomie. Il n'en est pas moins vrai que cette dernière, qui reste une opération palliative, améliore considérablement l'état des malades.

Les résultats sont naturellement supérieurs dans les néoplasmes non cancéreux de l'estomac. Dans les cas de rétrécissements cicatriciels du pylore, la gastro-entérostomie est l'opération de choix. La pylorectomie doit être faite seulement dans les cas de rétrécissements cicatriciels d'origine caustique.

Dans le traitement opératoire de l'ulcère rond, il faut prendre en considération trois facteurs, l'hémorrhagie, la péritonite par perforation, la péri-gastrite. Les opérations faites pour et pendant l'hémorrhagie ont donné jusqu'à présent des résultats peu encourageants. La laparotomie pour péritonite par perforation a été faite jusqu'à présent 15 fois avec 14 morts. Si après la perforation la péritonite aboutit à une péri-gastrite, l'intervention peut donner de bons résultats.

M. Ewald admet que l'opération doit être faite chaque fois que l'on se trouve en présence d'une tumeur de l'estomac. La règle est moins absolue pour les ulcères ronds. Il y a tout d'abord ce fait que 85 0/0 des ulcéreux guérissent spontanément, c'est-à-dire avec un traitement médical approprié. Il ne faut donc intervenir que dans les cas graves. Les statistiques chirurgicales pour les interventions de ce genre sont encourageantes. On a notamment 50 0/0 de guérisons avec la résection directe de la partie ulcérée. Il en est de même des rétrécissements cicatriciels de la pyloroplastie qui donne 70 0/0 de guérisons, la pylorectomie 74 0/0, la gastro-entérostomie 85 0/0.

Quant aux interventions chirurgicales pour dilatation de l'estomac, que l'on fasse le raccourcissement des parois par le procédé de Bircher ou la gastro-entérostomie proposée pour ces cas et exécutée par Heinecke, c'est le plus souvent au malade de décider de l'opportunité de l'intervention qui n'a en somme pour but que de parer aux inconvénients d'un traitement médical fastidieux, long et fréquemment palliatif. Dans les cas de gastrectasie avec état cachectique, l'intervention chirurgicale est pleinement justifiée.

Quant à la périgastrite signalée par M. Rosenheim, M. Ewald ne pense pas qu'on puisse la diagnostiquer. S'il y a tumeur, on l'attribuera à l'estomac. Récemment il a observé une malade qu'on devait opérer pour une tumeur de l'estomac. Il conseilla d'attendre, et la tumeur disparut sous l'influence d'un traitement médical.

Cancer de la vésicule biliaire et du pancréas.

M. Oesterreich a présenté les pièces provenant d'une femme de 60 ans, entrée a l'hôpital pour un ictère et des coliques auxquelles elle était sujette depuis une dizaine d'années. A l'autopsie, on trouva un cancer de la vésicule biliaire ayant envahi le pancréas. A aucun moment la malade n'a eu de glycosurie.

M. Ewald a observé plusieurs cas de destruction cancéreuse partielle du pancréas sans glycosurie.

M. Marcuse a constaté que la glycosurie manque ordinairement dans les dégénérescences rapides du pancréas.

Sarcomes multiples de la peau.

M. A. Frænkel a présenté un homme de 24 ans atteint de sarcomes multiples de la peau. Le traitement par l'arsenic par voie stomacale ou hypodermique a donné chez lui des résultats très remarquables au début. Malheureusement l'arsenic ne fut pas supporté et l'on a été obligé d'interrompre le traitement à cause des phénomènes manifestes d'intoxication.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE BERLINOISE

Séance du 17 *octobre* 1894.

Extirpation du larynx.

M. Rotter. — Si l'extirpation totale du larynx n'est pas encore devenue une opération courante, cela tient à la gravité de l'opération, aux inconvénients qui surviennent après la guérison, à la mortalité élevée qui est de 35 0/0.

Les perfections de la technique opératoire ont contribué à rendre la laryngectomie moins grave. Ainsi, avant Bardenheuer, on laissait communiquer la plaie avec la cavité pharyngienne, ce qui nécessitait l'alimentation par la sonde et favorisait la pénétration de la salive dans la plaie et les voies respiratoires. Bardenheuer eut l'idée d'isoler la plaie du pharynx en réunissant la muqueuse pharyngienne par une suture. Seulement les sutures ne tenaient ordinairement pas. On essaya alors de faire deux étages de sutures. Cette modification n'ayant pas réalisé un progrès bien sensible, M. Rotter eut l'idée d'isoler le pharynx par trois étages de sutures dans un cas de cancer du larynx chez un homme de 72 ans auquel il a fait l'extirpation totale du larynx. Cette modification réussit fort bien, et immédiatement après l'opération, le malade put exécuter des mouvements de déglutition.

Au neuvième jour après l'opération se forma pourtant une petite fistulette qui nécessita l'emploi d'une sonde pour les aliments liquides. Cette fistulette fut du reste utilisée plus tard pour le placement d'un larynx artificiel.

Strophulus infantum.

M. Blaschko. — Le strophulus infantum, qui, comme indique le nom, est une affection qui frappe les jeunes enfants, provoque des phénomèmes (démangeaisons, insomnie), qui retentissent rapidement sur l'état général des malades. L'affection est caractérisée par l'apparition de taches rouges irrégulières, élevées au centre où il se forme ordinairement une vésicule qu'on apprécie mieux au toucher qu'à la vue. Quelquefois on observe la formation de vésicules sur la plante

des pieds et la paume des mains, qui ne sont pas sans analogie avec le pemphigus. Ces vésicules, qui apparaissent aussi quelquefois sur le tronc, sont souvent attribuées à une varicelle chronique.

Pour les auteurs français, le strophulus serait en rapport avec des troubles digestifs, la dilatation de l'estomac, le rachitisme. M. Blaschko n'a jamais pu constater ces rapports. Par contre il a souvent trouvé l'anémie, et une irritabilité extrême de la peau.

Le traitement doit par conséquent être dirigé contre l'anémie. Localement on donnera des bains sulfureux froids ou des bains de lysol. Les bains tièdes sont nuisibles.

M. Neumann ne pense pas que le strophulus se rencontre chez les anémiques; au contraire les enfants atteints de cette affection sont souvent particulièrement vigoureux. Ce qu'on trouve fréquemment chez ces enfants, c'est une dyspepsie chronique et souvent on voit le strophulus disparaître après la guérison du catarrhe intestinal.

Séances des 31 *octobre*, 7 *et* 13 *novembre* 1894.

Thérapeutique intra-utérine.

M. Olshausen. — Avant la période antiseptique, toute intervention intra-utérine était dangereuse. Un simple cathétérisme pouvait être suivi de péritonite mortelle. Il n'en est plus de même aujourd'hui; toutefois le cathétérisme de l'utérus ne doit être fait que dans les cas où l'exploration manuelle de l'utérus est insuffisante. Naturellement le cathétérisme utérin ne présenterait aucun danger si l'on pouvait obtenir une asepsie complète du vagin.

Les lavages intra-utérins et les injections de liquides médicamenteux sont moins dangereux. Les coliques utérines qui surviennent ordinairement dix minutes après l'injection, peuvent être calmées par la morphine. Il importe avant tout de ne pas laisser de liquide dans l'utérus, et pour cela on peut au bout de quelque temps retirer avec la seringue le liquide injecté auparavant.

Pour obtenir la dilatation du col, le mieux est de se servir de la gaze iodoformée qu'il faut préférer à la laminaire. Il faut pourtant savoir que même la dilatation avec la gaze iodoformée ne garantit pas entièrement contre l'infection.

Le curettage est l'intervention la plus importante, mais aussi la plus dangereuse. Le curettage, qui d'une façon générale est trop souvent employé, est indiqué comme moyen diagnostique et dans certains cas comme moyen thérapeutique. Comme moyen diagnostique, le curettage est indiqué pour préciser la nature du néoplasme. En tant que moyen de traitement, il donne des résultats excellents dans l'endométrite hyperplastique.

Son danger principal est la perforation de l'utérus. La simple perforation n'est pas très grave et guérit le plus souvent par le repos et l'opium. Ce qui est plus grave c'est qu'après les perforations dont on ne s'aperçoit pas, on passe dans la cavité abdominale et on continue à gratter. Il faut donc se servir de curettes flexibles et opérer sous le contrôle de l'autre main.

M. Martin croit qu'il faut toujours fixer l'utérus avec la main quand on fait le curettage de l'utérus. La curette de Roux et même la pince ne sont pas dangereuses quand on procède attentivement.

M. Landau soutient que le danger du curettage réside moins dans la perforation de l'utérus que dans la provocation des mouvements réflexes dans les trompes qui peuvent chasser dans le péritoine leur contenu quelquefois septique.

Le curettage doit être envisagé principalement comme moyen diagnostique. La dilatation du col doit se faire le mieux avec la gaze iodoformée.

M. Dührssen obtient des résultats excellents dans les métrites cararrhales par le curettage suivi de la muqueuse. Pour être bien fait, le curettage doit être fait sans anesthésie.

L'injection intra-utérine de liquides caustiques ou médicamenteux est mauvaise. Il faut lui préférer les attouchements de la muqueuse avec un tampon d'ouate imbibée de la solution et monté sur une sonde. Le tamponnement de la cavité utérine avec de la gaze iodoformée est utile comme moyen de diagnostic et comme moyen thérapeutique.

M. Broese pense que, dans l'endométrite catarrhale où les lésions ne dépassent jamais l'orifice du col, l'intervention thérapeutique peut se limiter à cette région.

M. Czempin ne croit pas que les dangers que présentent les applications intra-utérines de substances médicamenteuses doivent faire condamner la méthode. Ainsi, les métrites hémorrhagiques guérissent mieux par les caustiques que par le grattage. Les applications caustiques sont contre-indiquées quand il existe des lésions concomitantes des annexes.

Inversion de l'utérus envahi par une tumeur.

M. Gottschalk a observé un cas d'inversion spontanée de l'utérus myomateux dans lequel, comme dans celui publié par Schauta, on ne pouvait invoquer, comme mécanisme, la contraction des fibres utérines. En effet, dans le cas de M. Gottschalk, où il s'agit d'une femme de 63 ans, l'examen histologique de l'utérus, après l'hystérectomie sus-vaginale, montra l'atrophie complète des parois utérines. Du reste, les recherches faites par M. Gottschalk lui ont montré que 28 0/0 des cas d'inversion ont été observés chez des femmes arrivées au moment de la ménopause, c'est-à-dire à une époque où l'utérus a perdu sa contractilité. Il faut donc admettre que le plus souvent l'inversion se produit par suite de la disparition de la contractilité de la paroi utérine.

Carcinome de la vessie.

M. Israël a présenté les pièces provenant d'un homme de 31 ans ayant succombé à un cancer de la vessie et qui, depuis 17 ans, éprouvait des douleurs pour uriner.

A l'autopsie on trouva une hypertrophie considérable des parois de la vessie dont la capacité était réduite à quelques centimètres cubes. Un néoplasme entourait la prostate et comprimait complètement le rectum.

M. Frank présente un *calcul formé autour d'un bout de sonde*, enlevé par la taille hypogastrique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE HAMBOURG

Séance du 16 *octobre*.

Sarcome du pubis.

M. Krause. — Il s'agit d'un homme de 33 ans, entré à l'hôpital pour une tumeur développée depuis quelque temps sur la face postérieure de la branche horizontale du pubis gauche et qui avait complètement détruit l'os et envahi les parties voisines. La tumeur fut enlevée par une incision qui, partant de la région hypogastrique, descendait jusqu'à l'anus. Après l'ablation de la tumeur et des parties osseuses envahies, branche horizontale gauche du pubis, symphyse et parties voisines du pubis droit, il resta dans l'anneau une perte de substance de 7 cent. 5 de largeur. La plaie guérit sans complication, et, trois semaines après l'opération, le malade pouvait quitter l'hôpital et reprendre son travail.

Un an après le malade revint pour une hernie qui, à la suite d'un effort, s'était brusquement formée au niveau de la cicatrice et renfermait, outre le paquet intestinal, une partie de la vessie. La hernie était facilement réductible, mais d'une contention fort difficile. On se décida alors à combler la perte de substance par une opération autoplastique.

La cicatrice fut donc incisée, et, après la mise à nu et l'avivement des surfaces osseuses, un lambeau ostéo-périostique de dimensions convenables, taillé à la face interne du tibia gauche, fut transplanté dans la perte de substance du bassin et fixé par plusieurs points de suture au catgut. Suites opératoires simples et guérison en 3 semaines.

Actuellement, 10 semaines après l'opération, la hernie n'a pas encore reparu. Le lambeau ostéo-plastique a parfaitement pris, de sorte que la continuité du bassin paraît complètement rétablie.

Chirurgie du cerveau.

M. Sænger a eu l'occasion d'intervenir chez un homme de 27 ans, alcoolique avéré, sujet depuis quinze mois à des accès épileptiformes. A l'examen on trouvait chez lui une

névrite optique double avec stase papillaire, une hémianopsie latérale homonyme du côté droit, une ataxie sans aphasie et une parésie du facial droit.

L'ensemble de ces symptômes et la présence des accès épileptiformes de plus en plus fréquents firent faire le diagnostic de tumeur du gyrus angulaire gauche empiétant sur le lobe occipital. Et comme l'état du malade, et surtout celui de l'acuité visuelle, diminuaient de jour en jour, on se décida à faire la trépanation pour aller à la recherche de la tumeur.

Après l'ouverture du crâne par la résection ostéo-plastique de Wagner et l'incision de la dure-mère extrêmement tendue, le cerveau fit hernie au dehors. L'exploration la plus minutieuse, l'inspection, la palpation ne permirent de découvrir aucune trace de néoplasme. Pour diminuer la pression intra-cérébrale, on fit une ponction ventriculaire et on retira une certaine quantité de liquide cérébro-spinal.

Le résultat de l'intervention fut d'arrêter les progrès de la névrite optique et de faire disparaître la stase papillaire.

Trois semaines environ après l'opération, le malade fut brusquement pris d'une attaque violente de convulsions avec vomissements, après laquelle il resta une hémiplégie droite. Le lendemain une forte quantité de liquide cérébro-spinal s'écoula par la fistule de la hernie cérébrale, et peu à peu l'hémiplégie disparut presque complètement.

Actuellement, la névrite optique a presque complètement disparu, l'alexie persiste; la plaie est complètement cicatrisée.

Pour M. Sænger, l'intervention est justifiée dans les cas analogues, car seule elle peut arrêter les progrès de l'amaurose. Ainsi, dans un cas où il s'agissait d'un homme de 32 ans qui s'est présenté à la clinique ophtalmologique pour des troubles de la vue et des vertiges, à l'examen, on trouva une stase papillaire, sans troubles moteurs, ni sensitifs, et, comme on avait quelques raisons de soupçonner la syphilis, on institua un traitement spécifique. Au lieu de s'améliorer, la situation ne fit qu'empirer. Et lorsque, deux ans plus tard, le malade se présenta à la clinique, on constata une atrophie complète des deux nerfs optiques avec cécité, des douleurs dans la région temporale gauche, l'impossibilité de se tenir debout, et pas de symptômes de lésions en foyer.

M. Sænger soutient donc que si ce malade avait été trépané, on aurait, comme dans le cas précédent, arrêté les progrès de la névrite optique et évité l'amaurose. Et il en conclut que la trépanation est justifiée dans ces cas, quand, en l'absence des phénomènes de foyers, on ne trouve que les symptômes généraux des tumeurs cérébrales (céphalalgie, vomissements, vertiges, stase papillaire), et qu'en même temps il existe une diminution progressive de l'acuité visuelle.

ANGLETERRE

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES

Séance du 26 novembre 1894.

Tumeur cérébrale.

MM. Beevor et Ballance. — Une femme de 39 ans présenta de la paralysie graduelle du membre inférieur droit et de la main du même côté, en même temps que des troubles du langage. Cet état durait depuis sept mois et s'accompagnait de vomissements, de céphalée, de névrite optique double, de troubles intellectuels; il y avait de l'anesthésie au niveau du tronc et des membres. Pas d'antécédents syphilitiques ou tuberculeux. En raison de ce fait que l'anesthésie correspondait aux régions les plus paralysées, mais n'était pas complète, qu'il n'y avait qu'une localisation imparfaite et que le sens musculaire avait disparu dans les membres paralysés, on fit le diagnostic de tumeur corticale ou sous corticale. On penchait surtout en faveur d'une tumeur sous-corticale, la malade n'ayant jamais eu de crises. En juillet 1894, on opéra : on tailla un large lambeau en forme de fer à cheval du côté gauche, découvrant ainsi presque tout le pariétal et la partie postérieure du frontal; on enleva un parallélogramme osseux de près de 4 centimètres de longueur sur près de 3 centimètres de largeur. La dure-mère fit saillie au dehors; on ne l'ouvrit pas et on replaça le fragment osseux. Six jours après, on ouvrit la plaie de nouveau et on coupa un lambeau carré de la dure-mère. Le cerveau fit saillie principalement au niveau de la partie supérieure de la pariétale ascendante, laquelle présentait un aspect tacheté. En explorant cette région, on déchira l'écorce cérébrale et on mit à nu une tumeur qu'on enleva au bistouri. Cette tumeur était formée par un sarcome à cellules rondes et fusiformes. La malade alla progressivement mieux et maintenant elle a recouvré sa sensibilité et ses mouvements, excepté au niveau de la cheville, de l'épaule, du poignet et du pouce. La céphalée et la névrite optique ont disparu.

D'une façon générale on peut dire que la chirurgie cérébrale peut donner d'excellents résultats en permettant l'ablation complète d'une tumeur ou seulement son ablation partielle, ou encore son drainage, ou enfin par la trépanation et l'incision de la dure-mère. La seule ablation d'une rondelle osseuse est insuffisante pour diminuer notablement la pression intra-crânienne.

M. Taylor. — J'ai vu un cas analogue dans lequel les symptômes dataient de deux ans; après l'ablation partielle de la tumeur, il y eut une amélioration (cependant l'hémiplégie persista). Six mois après, il y avait déjà une récidive. Dans les cas de tumeurs malignes du cerveau, la chirurgie ne peut qu'adoucir la dernière période de la vie. L'opération, en diminuant la pression, fait disparaître la céphalée et la névrite optique.

M. White. — Les observations de tumeurs sous-corticales sont encore peu nombreuses. Il importe de bien distinguer les opérations entreprises pour enlever la tumeur de celles qui n'ont pour but que le soulagement du malade. J'ai trouvé que sur 100 cas de tumeurs cérébrales constatées à l'autopsie, 10 0/0 seulement eussent été opérables; les autres ne l'auraient pas été parce que la tumeur était située trop profondément, parce qu'il y avait tumeurs multiples, parce qu'elles siégeaient dans le cervelet, parce qu'il y avait une affection concomitante, comme la phthisie, contre-indiquant l'opération, etc. J'ai fait l'autopsie d'un sujet porteur d'un abcès sous-cortical qu'on avait trépané, mais sans explorer ensuite le cerveau. J'ai vu un malade guérir d'une tumeur de la face interne du crâne, tumeur qu'on lui enleva. Chez une malade qu'on avait amputée du sein deux ou trois ans auparavant, il se forma une tumeur secondaire dans le cerveau, amenant une série de crises. On trépana, l'écorce cérébrale parut saine; néanmoins, on excisa le centre moteur du bras, qu'un examen ultérieur montra être sarcomateux. La malade mourut plus tard de tumeurs secondaires, mais les crises avaient disparu.

Kyste congénital pulsatile simulant un anévrysme.

M. Golding-Bird a relaté le 23 novembre à la Société clinique de Londres l'observation d'un adulte chez lequel un kyste occupait le triangle carotidien supérieur et était animé de pulsations antéro-postérieures et latérales. L'opération a fait constater que ce kyste avait des parois minces et présentait tous les signes cliniques d'un anévrysme. Il est très rare qu'un kyste congénital soit pulsatile. Ces pulsations latérales et antéro-postérieures n'étaient possibles que parce que le kyste était assez peu tendu pour se mouler exactement sur l'artère.

M. Hulke croit qu'une hydrocèle congénitale du cou peut donner lieu aux mêmes symptômes; mais le contenu du kyste permet d'en reconnaître la vraie nature. Dans les kystes dermoïdes, le contenu renferme des grumeaux; aussi il est rare qu'il y ait des pulsations.

AUTRICHE

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 17 *octobre* 1894.

Néphrite aiguë chez un syphilitique héréditaire.

M. Hock. — Il s'agit d'un enfant de trois mois, né d'une mère syphilitique et ayant présenté quelques jours après la naissance un coryza intense. A l'âge de deux mois, il présenta une éruption papuleuse sur le scrotum et un exanthème sur les membres. L'enfant fut traité par les applications d'onguent mercuriel.

Lorsque le malade fut, au bout d'un mois, amené à l'hôpital, M. Hock trouva, à l'examen, du psoriasis palmaire et plantaire et des papules sur le scrotum et les commissures labiales, un exanthème maculo-papuleux sur la nuque et le tronc et un érythème étendu des cuisses et du ventre. M. Hock fit cesser l'emploi de l'onguent mercuriel et donna du proto-iodure à l'intérieur. En quelques jours, l'érythème disparut; mais quelques jours après, on trouva un œdème des membres inférieurs, du scrotum et du pénis. L'examen de l'urine montra que celle-ci contenait de l'albumine, des cylindres granuleux et hyalins, des hématies et des leucocytes.

On fit donc cesser le mercure qu'on remplaça par l'iodure de potassium. Ce changement fut rapidement suivi d'une amélioration de la néphrite. Les cylindres ne tardèrent pas à disparaître et aujourd'hui on ne trouve plus dans l'urine que des traces d'albumine.

Pour M. Hock, il s'agissait dans ce cas d'une néphrite syphilitique. Il est possible que l'emploi du mercure, qui donna lieu à un érythème étendu, n'était pas étranger à la gravité de la néphrite.

Anévrysme artérioso-veineux de la sous-clavière.

M. Schlesinger présente une femme de 32 ans qui six semaines auparavant avait reçu un coup de revolver dans la poitrine. A l'hôpital où elle fut amenée après l'accident, on trouva une paralysie du bras droit, de la crépitation dans la région des troisième et quatrième côtes droites et, au même endroit, de l'emphysème sous-cutané. Pas d'hémoptysie, pas de tuméfaction de la région du plexus brachial droit.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, les phénomènes paralytiques se dissipèrent peu à peu. Mais au bout de quatre semaines on constata une légère tuméfaction de la région sous-claviculaire droite, où l'on pouvait sentir le thrill caractéristique et, à l'auscultation, un souffle continu avec renforcement synchrone aux battements du cœur. Le pouls ne présente aucune différence dans les deux radiales. Depuis quinze jours, la malade présente de l'œdème du bras droit.

M. Hock pense que dans ce cas il peut fort bien s'agir d'un anévrysme faux avec compression du plexus brachial par le sang épanché. C'est aussi l'opinion de M. Braun.

Séance du 31 *octobre*.

Thrombose de l'aorte abdominale.

M. Weismayr. — Il s'agit d'une femme de 59 ans, athéromateuse, atteinte d'une insuffisance aortique, qui, dans la nuit du 3 au 4 octobre, fut prise brusquement de collapsus avec douleurs violentes dans l'abdomen, analogues à celles des coliques hépatiques. Le 4, au matin, les jambes et les pieds étaient déjà livides, froids, douloureux et anesthésiés. Le pouls des fémorales n'a pas disparu, de sorte que l'idée d'une embolie pouvait être écartée.

Dans la suite, se déclara une gangrène progressive, de sorte qu'actuellement, les deux jambes sont presque complètement momifiées. Depuis douze jours, les pulsations des fémorales ont disparu.

Pour M. Weismayr, la pathogénie des accidents doit être comprise de la façon suivante. La malade athéromateuse devait avoir une thrombose pariétale de l'aorte abdominale. Cette thrombose a augmenté dans la nuit du 3 octobre, par le fait de l'affaiblissement du cœur; le sang pouvait encore être chassé dans les fémorales, mais n'alla pas plus loin. Plus tard, la thrombose augmenta et les pulsations des fémorales disparurent à leur tour.

M. Teleky a observé un cas tout à fait analogue chez un jeune cardiaque qui succomba 48 heures après la thrombose de l'aorte abdominale.

M. Kolisko pense que, dans le cas de M. Weismayr, la gangrène des membres inférieurs était produite par une embolie formée par un caillot parti de la thrombose de l'aorte abdominale.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 5 *novembre* 1894.

Mobilisation des fractures.

M. Bum, après avoir passé en revue les inconvénients de l'immobilisation des fractures, préconise le traitement des fractures par la mobilisation précoce. Cette dernière a l'avantage de faire disparaître les troubles du côté des muscles et des articulations du membre condamné au repos. Le massage et la gymnastique exercent une influence favorable sur la nutrition des parties saines et la formation du cal.

La mobilisation comprend :

1° Le massage et la gymnastique qu'on entreprend dès le commencement du traitement et qu'on continue jusqu'à la guérison fonctionnelle (fractures transversales de la rotule et de l'olécrane).

2° Le traitement pré-immobilisant. Massage et gymnastique avant l'application de l'appareil que l'on enlève au bout de quelques jours pour reprendre le traitement mécanique (fractures articulaires et para-articulaires).

3° Le procédé mixte. Immobilisation pendant 10 à 20 jours, puis séances de massage après lesquelles on remet l'appareil (fracture diaphysaire sans tendance au déplacement, fracture du péroné ou du tibia seul).

La mobilisation est contre-indiquée dans les fractures diaphysaires à contention difficile, obliques, dans les fractures avec phlébites, phlyctènes de la peau, etc.

M. Hofmokl préfère l'immobilisation des fractures chez les enfants. Dans un cas compliqué d'hématome, le massage provoqua la suppuration de la collection.

M. Gersuny emploie l'immobilisation mitigée dans les fractures simples. Dans les fractures articulaires, l'immobilisation doit être prolongée si l'on désire avoir une restitution *ad integrum* aussi bien anatomique que fonctionnelle. Le traitement ambulatoire des fractures de la cuisse lui a donné de bons résultats avec l'appareil de Taylor.

REVUE DES JOURNAUX

Extirpation du rectum cancéreux par voie sacrée (Zur Casuistik der sacralen Mastdarmextirpation), par v. Stubenrauch (*Münch. med. Woch.*, 1894, n°s 36, 37). — L'auteur rapporte dans son travail cinq cas de cancer du rectum opérés par la méthode de Kraske. Sur ces cinq opérés il y eut trois guérisons et deux morts. Sur ces deux derniers un a succombé au progrès de sa cachexie cancéreuse dix jours après l'opération, l'autre à une pyélo-néphrite suppurée d'origine calculeuse, cinq semaines après l'intervention. Il n'y eut donc pas de morts opératoires proprement dites.

Sur les trois qui ont guéri, deux n'ont pas encore de récidive au bout de 18 mois et deux ans. Chez le troisième l'opération, qui n'a pu être terminée à cause de l'extension du cancer au péritoine, a amené une amélioration considérable des symptômes locaux.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

VARIÉTÉS

Thèses du 17 au 22 décembre 1894.

Mercredi 19. — M. Trotesski. Contribution à l'étude des métrites hémorrhagiques. — M. Dupont. Contribution à l'étude clinique de l'ostéomyélite consécutive à la fièvre typhoïde. — M. Peyre. Du cystodrainage ou opération de Méry « rajeunie ». — M. Bouly de Lesdain. Sur quatre cas d'hypomégalie hépatique et splénique d'origine palustre. — M. Estève. Les indications de la saignée. — M. Jay. Contribution à l'étude de l'hystérie tardive (hystérie débutant chez le vieillard).

Jeudi 20. — M. Faure (Fernand). De la mort subite dans les dilatations congénitales de l'œsophage. — M. Tartarin. Un cas de dégénérescence myxomateuse généralisée des nerfs. — M. Mardrus. Contribution à l'étude du traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'électrolyse linéaire. — M. Braillon. Des kystes hydatiques du rein (Symptomatologie, intervention). — M. Leseigneur. Etude sur la laryngotomie (Tailles laryngées). M. Moreau. Tuberculose. Prophylaxie alimentaire. — M. Halipre. La paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale.

Il est nommé, à la Maternité de Paris, un accoucheur en chef, directeur de l'Ecole d'accouchements, et un accoucheur adjoint. Le service de gynécologie de la Maternité est transféré dans le service d'accouchements de Cochin, et un même nombre de lits d'accouchement est transporté de Cochin à la Maternité.

Le chirurgien chargé du service d'accouchements et de gynécologie à Cochin prend le titre de chirurgien consultant de la Maternité; il devra être appelé pour toute opération ne nécessitant pas directement la pratique des accouchements.

La consultation de gynécologie de la Maternité est transportée pour la partie médicale à la Charité (service de M. Labadie-Lagrave) et pour la partie chirurgicale, à Cochin (service de chirurgie consultante).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix proposés pour 1895.

(Concours clos fin février 1895).

Prix de l'Académie (1,000 francs). — Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.*

Prix Alvarenga (Brésil) (800 francs). — A l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Barrier (2,000 francs). — A celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet (1,500 francs). — A l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs sera partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

Prix Mathieu Bourceret (1,200 francs). — A l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Adrien Buisson (10,500 francs). — A l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron (1,200 francs). — Question : *Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

Prix Chevillon (1,500 francs). — A l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Daudet (1,000 francs). — *Du Myxœdème.*

Prix Desportes (1,300 francs). — A l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au siége de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1895. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1896. Une somme de 1,500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard (1,000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Huguier (3,000 francs). — A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Ce prix ne sera pas partagé.

Prix de l'hygiène de l'enfance (1,000 francs). — Question : *Hygiène de la peau pendant la première enfance.*

Prix Laborie (5,000 francs). — A l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laennec (1,000 francs). — Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.*

Prix Laval (1,000 francs). — A l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Louis (4,000 francs). — Question : *Etude comparée des iodures au point de vue thérapeutique.*

Prix Mège (900 francs). — Question : *De la pathogénie des myocardites.*

Prix Meynot (2,600 francs). — A l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

(*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Un cas d'imperforation du rectum. Modification au procédé opératoire par la voie périnéo-sacrée, par Commandeur, interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté.

Jusqu'au milieu de notre siècle, le traitement des imperforations du rectum se bornait à trois procédés :

1° La ponction simple au trocart ou au bistouri, méthode éminemment aveugle, obligeant à de nombreuses séances de dilatation consécutives. L'incertitude de la méthode, la possibilité de transfixer le péritoine en même temps que le rectum et d'ouvrir l'intestin dans la séreuse doivent la faire rejeter.

2° L'incision du périnée et recherche du bout inférieur du rectum dans les parties molles qui le constituent. Bien supérieure à la ponction, elle permet d'aller méthodiquement à la rencontre du cul-de-sac pour le suturer à la peau après l'avoir ouvert. Mais elle ne convient qu'aux cas où le cul-de-sac n'est pas très éloigné des téguments. Lorsque l'incision atteint une profondeur de 15 à 20 mm., la recherche devient difficile et le champ opératoire, se rétrécit de plus en plus. Aussi les chirurgiens se décidaient-ils, lorsqu'ils ne trouvaient rien au fond de leur incision de 2 cm., à recourir à la troisième méthode.

3° La création d'un anus artificiel par la méthode de Littre ou de Callisen, de préférence par la première.

Mais, déjà en 1852, Verneuil avait eu l'idée pour agrandir le champ opératoire de réséquer la pointe du coccyx. Ce n'est qu'en 1873 (*Bull. Soc. chir.*), apportant le résultat du traitement de six imperforations du rectum par la voie périnéo-coccygienne, qu'il parvint à entraîner la conviction des chirurgiens. Ses conclusions sont d'ailleurs très précises. Pour lui la résection du coccyx élargit le champ opératoire, permet de remonter plus haut à la recherche de l'intestin et de fixer le rectum à la peau sans le tirailler. Elle n'est pas toujours nécessaire, mais on ne doit pas s'attarder à fouiller les parties molles et on ne trouve pas rapidement l'intestin dans le périnée, il ne faut pas hésiter à enlever le coccyx. Mais cela fait, ajoute-t-il, si on ne trouve pas *bientôt* le rectum, il faut abandonner la voie périnéale pour recourir à l'entérotomie. La méthode de Verneuil, progrès notable, reçut l'assentiment du Guyon, Trélat, etc.

Elle fut bien vite adoptée par la plupart des chirurgiens et ceux-ci ne se bornèrent plus à réséquer seulement le coccyx; ils attaquèrent le sacrum et en enlevèrent une plus ou moins grande étendue. Polaillon put atteindre ainsi une profondeur de 5 à 6 cm. sans blesser le péritoine. D'autres ont porté leurs recherches jusqu'à 7 ou 8 cm. sans accidents, et Bardenheuer fait la résection méthodique du sacrum jusqu'au deuxième trou sacré.

Cette résection haute du sacrum donne évidemment le maximum de jour, mais parfois le cul-de-sac est situé trop haut, affleure seulement le promontoire. Ces malformations sont justiciables de la colotomie, quoique M. Vincent soit allé chercher le bout terminal de l'intestin jusque dans la fosse iliaque. Mais il est des cas où le chirurgien peut passer à côté du cul-de-sac rectal sans le voir et sans que rien lui fasse soupçonner son voisinage. Les signes capitaux, l'existence d'une saillie arrondie, de coloration noirâtre, molle et dépressible, font complètement défaut. C'est ce que nous avons observé chez un nouveau-né opéré par M. le professeur Fochier. Cette absence de signes s'explique facilement par une disposition anatomique spéciale relevant de la malformation et consistant essentiellement dans l'existence d'un plan fibreux épais cloisonnant simplement l'excavation et constitué par l'aponévrose pelvienne supérieure.

Voici l'observation de ce petit malade ; nous la discuterons ensuite :

Observation. — *Imperforation du rectum avec anus bien formé. — Recherche infructueuse du cul-de-sac rectal par la voie sacrée. — Colotomie iliaque gauche. — Mort le quatorzième jour.*

Enfant né le 14 janvier 1894 à 1 h. 20 du matin. Accouchement normal. Pas de malformation apparente. Anus bien conformé. Paraît assez bien portant, quoique ne pesant que 2 kilos 500.

Le 16 janvier, n'a pas eu de selle ; le ventre est très ballonné. Cependant l'introduction du thermomètre n'a nullement attiré l'attention, car la cuvette entière peut pénétrer dans le cul-de-sac anal en le déprimant sans effort. Le diagnostic imperforation rectale s'impose et la recherche du cul-de-sac rectal est décidée.

M. Fochier adopte la voie sacrée. Incision médiane et résection du coccyx. On n'aperçoit ni ne sent l'ampoule rectale. Le tiers inférieur du sacrum est alors réséqué, mais rien encore ne se présente et la recherche est infructueuse ; on tombe sur un plan fibreux et, ne voulant pas ouvrir le péritoine, M. Fochier se décide à faire la colotomie iliaque.

Incision au-dessus de l'arcade de Fallope se prolongeant en dehors plus loin que l'épine iliaque antéro-supérieure. Le péritoine ouvert, une anse se présente distendue. Elle a tous les caractères de l'S iliaque, on la suture au péritoine et à la peau par 5 points de fil d'argent. L'intestin est ouvert immédiatement et il sort une assez grande quantité de méconium. Pansement au coton facilement renouvelable.

Le soir l'enfant prend le sein, quelques vomissements.

Le 17, selles vertes et jaunes, mais n'a plus de vomissements.

Le 18, selles normales; le ventre a beaucoup diminué, mais l'enfant ne tette plus ; on le nourrit à la cuiller avec le lait de la mère. Il paraît souffrir et crie constamment.

Le 20, passe à la crèche. Malgré tous les soins de propreté, la périphérie des plaies est rouge, les matières s'écoulent abondamment. Alimentation au biberon.

Le 25, à 1 heure du matin, mort après affaiblissement progressif. La température, qui le premier jour était de 35°, n'a pas excédé 38°.

Autopsie 34 heures après la mort. — Incision de l'abdomen. Anses intestinales distendues. Pas trace de péritonite même au voisinage de l'anse suturée qui est bien l'S iliaque et qui est déjà soudée par des adhérences, peu résistantes il est vrai.

Une sonde cannelée poussée dans le rectum aboutit au cul-de-sac dont le fond répond à peu près au tiers inférieur du sacrum, c'est-à-dire au niveau du bord inférieur du sacrum réséqué. On déprime toutes les parties molles du côté de l'incision sacrée, et l'incision sur la sonde est faite couche par couche. On reconnaît qu'il faut traverser, pour arriver dans la cavité de l'intestin, un plan fibreux, un plan cellulo-fibreux et enfin la musculeuse et la muqueuse ; mais la sonde cannelée retirée montre que le péritoine a été ouvert.

Par la dissection plus minutieuse de la pièce (vessie et pubis rabattus en avant), on voit que le cul-de-sac rectal est renfermé presque tout entier dans le péritoine, sauf en arrière et sur la ligne médiane où la continuation du méso-rectum jusqu'à la partie inférieure du cul-de-sac rectal forme en s'amincissant une sorte de repli falciforme qui diminue de largeur d'arrière en avant.

Le cul-de-sac anal est totalement séparé du cul-de-sac rectal et on ne trouve entre les deux aucune trace de cordon fibreux. Ils sont séparés l'un de l'autre par l'épaisseur du plancher pelvien formé à ce niveau par un plan fibreux qui est l'aponévrose pelvienne supérieure, doublé sur sa face supérieure par le péritoine.

L'anus est normal; les releveurs de l'anus sont bien formés.

Le cul-de-sac anal présente une profondeur d'environ 5 mm. qui double lorsqu'on le refoule avec plus de force. La distance qui sépare le bord postérieur de la prostate du cul-de-sac rectal est de 18 mm.

Deux faits anatomiques nous paraissent particulièrement intéressants dans cette observation :

1° Les rapports du péritoine avec l'ampoule rectale;

2° La disposition des plans fibreux du périnée.

C'est en se basant sur cette double donnée que M. Fochier a conclu au procédé opératoire qu'il propose pour les cas de ce genre, procédé que nous exposerons dans un instant.

Lorsqu'on examine la pièce par sa face supérieure et qu'on recline en haut le cul-de-sac rectal, un fait frappe tout d'abord, c'est que le plancher pelvien est continu sur tout le fond du petit bassin et l'excavation ressemble à une sorte de cuvette qui ne présente vers son fond qu'un orifice, celui où passe l'urèthre. Le fond de cette cuvette est constitué par l'aponévrose pelvienne supérieure doublée sur sa face supérieure par le péritoine. Il est facile de s'en convaincre en regardant la pièce par sa face inférieure. Cette aponévrose offre une disposition spéciale. Normalement, ce plan fibreux est constitué par l'aponévrose de l'obturateur interne et plus bas par celle qui recouvre la face supérieure du releveur de l'anus. En arrière, elle va avec ce dernier muscle passer sur les côtés du rectum, puis gagner la paroi postérieure du bassin et se continuer avec l'aponévrose du pyramidal. Donc, à la partie postérieure, normalement l'aponévrose pelvienne supérieure n'existe pas sur la ligne médiane et c'est en ce point que passe le rectum. Sur notre pièce il n'en est pas ainsi, car le rectum n'existant pas à ce niveau, les aponévroses des releveurs de l'anus viennent se souder sur la ligne médiane, formant un plan continu qui se porte en arrière et va se perdre sur la face postérieure du pelvis. Ainsi se constitue un septum complet sur lequel repose le cul-de-sac rectal.

Celui-ci affecte avec le péritoine les mêmes rapports que le cæcum lorsqu'il existe un mésocæcum. Le mésorectum se prolonge en bas sur le cul-de-sac et vient se terminer en diminuant de hauteur et de largeur sur le sommet de celui-ci. Il en résulte que celui-ci est à peu près complètement revêtu par la séreuse, sauf en arrière sur la ligne médiane où il repose sur l'aponévrose pelvienne supérieure par une mince surface triangulaire à sommet antérieur représentant l'insertion des deux feuillets du mésorectum prolongé au-dessous de l'ampoule. Celle-ci est, dès lors, intra-péritonéale sur presque toute sa surface et on comprend facilement qu'il soit bien difficile de l'aborder par la voie sacrée (qui est la seule voie possible) sans ouvrir le péritoine.

En résumé, M. Fochier s'est buté à un obstacle capital : un plan fibreux masquant complètement l'ampoule, plan qu'il n'a pas voulu inciser, craignant d'ouvrir le péritoine ou de blesser la vessie. Aussi s'est-il décidé rapidement à la création d'un anus artificiel par la méthode de Littre.

Une chose frappe lorsqu'on lit l'histoire du traitement des imperforations du rectum. C'est la véritable terreur qu'inspire aux chirurgiens l'ouverture du péritoine dans la recherche périnéale du cul-de-sac. Cette crainte était, certes, légitime avant la méthode antiseptique. De nos jours encore, on comprend qu'on cherche à l'éviter quand elle est inutile. Mais on peut se demander si, dans le cas de recherches infructueuses, il ne serait pas bon d'ouvrir méthodiquement le péritoine et faire la recherche intrapéritonéale du bout terminal du rectum. En effet, abandonner la voie périnéale, c'est se résoudre à faire un anus artificiel et, de préférence, par la méthode de Littre. C'est donc se résoudre à entrer dans la grande séreuse et s'exposer à l'infecter, d'autant que la recherche de l'anse sigmoïde peut demander un certain temps. Quel avantage a-t-on donc à ouvrir la séreuse sur la paroi abdominale? La certitude de trouver une anse et d'agir en pays connu. Mais l'ouverture périnéale a, elle aussi, un double avantage. D'abord le péritoine pelvien paraît mieux résister à l'inflammation que le reste de la grande séreuse et, en tout cas, cette inflammation tend moins à se généraliser. Ensuite la position déclive du cul-de-sac permettrait un drainage plus efficace si besoin était.

Nous poserons donc avec M. Fochier les conclusions suivantes :

1° Il est des cas où le cul-de-sac rectal, quoique situé à un niveau peu élevé, est séparé des plans superficiels par un plan fibreux qui empêche sa découverte.

2° Le cul-de-sac peut être à peu près complètement renfermé dans le péritoine et inabordable sans ouvrir celui-ci.

3° Il est possible et logique de l'aborder par la voie intra-péritonéale en incisant méthodiquement le cul-de-sac recto-vésical.

Cette recherche intra-péritonéale avait déjà été conseillée par Stromeyer. Leisrink, en 1872, la traita et obtint un succès (*Zeitsch. f. Chir.*, 1872, p. 594). Par une incision périnéale chez un petit garçon il ouvrit le cul-de-sac recto-vésical et avec le doigt introduit dans la cavité péritonéale il put sentir le cul-de-sac rectal à une profondeur de 7 centimètres environ. Il le saisit avec une pince, l'attira au dehors et le sutura. L'enfant présenta quelques phénomènes de péritonisme, mais guérit rapidement.

Cette incision peut d'ailleurs être faite sans crainte de blesser la vessie. Il suffit d'introduire un petit cathéter dans le réservoir urinaire. Il eût été dans notre cas très facile de faire cette incision, car lorsqu'on mesure la distance qui sépare le bord supérieur de la prostate du rectum on voit qu'elle atteint 18 à 20 mm., zone utile dans laquelle on peut inciser l'aponévrose et le péritoine en toute sécurité. Nous proposerons donc le manuel opératoire suivant :

1° Inciser le périnée sur la ligne médiane. Réséquer le coccyx et une partie du sacrum si besoin est.

2° Si, après un moment de recherche, on ne trouve pas d'ampoule et si on tombe sur un plan fibreux : introduire un cathéter dans la vessie pour se rendre compte de la situation de celle-ci. Inciser avec précaution le plan fibreux. L'incision transversale nous paraît préférable et l'on s'expose moins à blesser la vessie ou le cul-de-sac rectal. Incision du péritoine dans le même sens transversal.

3° Introduire un doigt dans l'orifice et aller reconnaître l'ampoule qui peut être plus ou moins haut. Une fois reconnue, l'attirer au dehors avec précaution à travers la boutonnière fibreuse périnéale, jusqu'au niveau de la plaie cutanée. Une certaine longueur du rectum se trouve hors du péritoine.

4° Suturer par des points de suture à la soie les bords de la boutonnière péritonéale au péritoine qui recouvre le rectum. Ces points forment autour de la portion du rectum attirée au dehors une collerette complète. Cette suture doit être faite avec soin. Elle est importante, car elle permet d'isoler de la séreuse le cul-de-sac rectal avant de l'ouvrir et on pourra agir à partir de ce moment extra-péritonéalement.

5° Ouvrir le rectum et suturer la muqueuse aux bords *de la plaie cutanée* ou du cul-de-sac anal qui existe le plus souvent, soit par un seul plan de suture comme dans le procédé d'Amussat, soit par deux plans comme l'a proposé M. Vincent.

Ce procédé opératoire ne convient, bien entendu, qu'à un nombre restreint de cas. Mais il a l'avantage de permettre la création d'un anus périnéal alors que la dernière ressource paraissait la colotomie iliaque. On sera

toujours à temps de faire celle-ci si on ne trouve rien, ou bien encore on pourra attirer une anse quelconque par la plaie périnéale, l'y fixer et l'ouvrir comme on l'a proposé.

Récemment (*Arch. Provinc. de chirurgie*, juillet 1894), M. P. Delagénière (Tours) a préconisé la recherche du cul-de-sac rectal par la voie abdominale pour le fixer ensuite au périnée. Il ne l'a d'ailleurs utilisé que dans les cas où le rectum était complètement absent, c'est-à-dire que le cul-de-sac terminal répondait à l'articulation sacro-iliaque ou à la fosse iliaque, mais ce ne sont pas des cas de ce genre que nous avons en vue. Rien n'empêcherait d'ailleurs, au cas où l'on se serait rendu compte de la situation élevée du bout terminal de l'intestin au moyen du doigt introduit dans l'abdomen par la plaie périnéale, de chercher à terminer et à compléter l'intervention par la laparotomie abdominale avec refoulement du cul-de-sac rectal à travers le périnée ouvert, comme l'a conseillé M. Delagénière, mais nous ne croyons pas que cette intervention doive être faite d'emblée.

Hydronéphrose bilatérale, communication faite à la *Société de chirurgie* par le Dr Paul Reclus.

Je vous ai montré, à la fin de la dernière séance, les reins d'un individu atteint d'*hydronéphrose bilatérale*. Je désire revenir sur cette observation fort intéressante, bien qu'elle ne me paraisse pas beaucoup éclairer la pathogénie des hydronéphroses, si obscure encore malgré les recherches contemporaines et le remarquable mémoire de Terrier et Marcel Baudouin.

Il s'agit d'un cordonnier de 32 ans, entré dans notre service de la Pitié pour une volumineuse tumeur du ventre : l'abdomen est très distendu par une masse énorme divisée ne deux saillies secondaires ; l'une supérieure qui refoule le diaphragme à gauche et occupe l'épigastre, l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque du même côté ; l'autre, inférieure, se trouve à droite dans la fosse iliaque et le flanc ; entre les deux, s'étend, à peu près sur la ligne médiane, une zone sonore des plus nettes. Ces saillies sont fluctuantes et la pression se transmet avec la plus grande facilité de la poche gauche à la poche droite ; évidemment, elles ne font qu'une seule et même cavité. Que pouvait être cette tumeur liquide ? Le mot de kyste de la rate, du rein ou du mésentère fut prononcé, mais nous étions encore sans diagnostic précis.

Le récit du malade vint nous éclairer. C'est en 1885 qu'il fait remonter les premières atteintes du mal ; pendant son service militaire, il commence à éprouver une certaine gêne toutes les fois qu'il se baisse, puis apparaissent des douleurs lombaires, et c'est alors que se dessinaient, au point où nous les retrouvons 9 ans plus tard, les deux saillies que nous avons décrites ; le major du régiment pratique dans l'une d'elles une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz et en retire un liquide semblable à de la bière brune. On y plonge alors un trocart plus volumineux, et plus de sept litres s'en écoulent ; l'abdomen tout entier s'affaisse, preuve indiscutable que les deux poches communiquaient entre elles. Mais déjà on reconnaît un signe nouveau : c'est que par instants, les urines sont plus abondantes, et rappellent de tous points le liquide évacué par la ponction et, aux époques où cet écoulement par l'urèthre a lieu, les saillies de l'abdomen sont moins appréciables.

Il est difficile de dire ce qui se passa de 1885 à 1888 ; le ventre, après cette première ponction, était beaucoup moins volumineux ; la douleur avait disparu et notre cordonnier se serait cru guéri, n'étaient les émissions d'urines colorées, qui apparaissaient de temps en temps ; l'amélioration était telle qu'il crut pouvoir se marier. Mais à cette époque, au bout de ces trois ans de répit, les tumeurs commencent à se dessiner de nouveau ; elles augmentent même à tel point que le médecin pratique une deuxième ponction qui donne issue à dix litres de liquide très coloré. A partir de ce moment, — le malade est très affirmatif sur ce point — il ne constata jamais plus ces sortes de crises caractérisées par l'émission d'urines plus abondantes et de couleur brune ; son hydronéphrose ouverte jusqu'alors, ou du moins intermittente, se ferme donc définitivement à la fin de 1888.

A partir de cette époque la tumeur s'accroît constamment et les ponctions doivent être répétées, d'abord tous les sept ou huit mois et en dernier lieu tous les deux mois. La dernière, celle qui précéda l'entrée du malade à l'hôpital, donna jusqu'à dix-huit litres d'un liquide dont la coloration du reste avait changé depuis que l'hydronéphrose était fermée ; au lieu d'être brune et de laisser au repos un dépôt d'hématies, elle était trouble, de teinte savonneuse et contenait une très grande quantité de leucocytes. Il faut dire qu'une des ponctions, en 1890, avait dû être septique et la poche avait été infectée ; le malade, en proie à des accidents péritonitiques aigus, avait dû garder le lit. La persistance de cette tumeur s'accroissant d'une manière continue effrayait fort le malade qui vint à Paris demander une opération radicale et, après examen, je la pratiquai le 28 avril 1894.

Je ne pouvais songer, pour une aussi volumineuse tumeur, à la néphrectomie lombaire et c'est à la néphrectomie transpéritonéale que j'eus recours. Cette voie avait de plus l'avantage de me permettre l'exploration directe du rein droit dont l'examen par la palpation était resté jusqu'alors complètement négatif. Mais le ventre une fois ouvert, je m'aperçus que les difficultés, pour aborder l'organe à droite, demeuraient aussi grandes ; le rein était recouvert par le diverticule du kyste qui remontait dans le flanc droit. Je ne m'y attardai pas plus longtemps ; j'incisai le péritoine soulevé qui recouvrait la tumeur ; je le décollai sur une assez grande étendue de manière à créer une sorte d'infundibulum dont la paroi protégeait la cavité abdominale et l'on peut dire que, à partir de ce moment, l'opération devint extrapéritonéale. Je plongeai alors le trocart à kyste de l'ovaire dans la poche, et j'en retirai quinze litres d'un liquide savonneux et louche.

La dissection de la poche fut en définitive assez facile ; je liai le pédicule et la tumeur flasque resta dans notre main ; je comblai avec des compresses aseptisées cette énorme cavité isolée du péritoine par la suture en collerette des deux péritoines pariétaux à la manière de Terrier. L'opéré très affaibli fut rapporté dans son lit ; le soir, la température était à 36°5 et le pouls à 100 ; il y eut 200 grammes d'urine ; le lendemain, thermomètre à 37, pouls à 120, urine un litre ; le 30, le malade paraît très remonté et nous avons espoir de le sauver ; mais le 1er mai, si la température est à 37°, le pouls monte à 140 et il survient de la diarrhée ; le lendemain la température descend à 36, il n'y a plus que 500 grammes d'urine pour les 24 heures. La nuit est très agitée ; pas de miction spontanée, bien qu'à l'autopsie on devait trouver 250 grammes d'urine dans la vessie et le 3, à six heures du matin, notre opéré était mort.

Je ne vous décrirai pas le rein extirpé : il était transformé en une immense poche irrégulière, sorte de bissac fortement rétréci à la partie moyenne, au niveau de l'insertion du hile ; à ce point la paroi semblait plus épaisse et l'on trouvait une plaque où l'on reconnaissait vaguement la structure de la substance corticale. Je dirai simplement que le bassinet n'a subi qu'une ampliation modérée ; il se continue par un uretère dont le calibre nous semble normal ; tout au plus l'organe est-il repoussé et aplati contre le péritoine par la poche de l'hydronéphrose, mais en aucun point on ne trouve un obstacle quelconque à la progression de l'urine, pas de coudure brusque, pas même de changement de direction, pas de brides, pas de valvules, pas de rétrécissements et un stylet introduit par l'orifice vésical le parcourt dans toute son étendue et arrive jusque dans le bassinet sans se heurter à la moindre barrière au libre écoulement de l'urine.

Le rein droit fut recueilli à l'autopsie ; il est plus volumineux qu'à l'état normal, à peine bosselé et creusé par un commencement de cavité qui refoule le calice et distend la substance corticale. Cette hydronéphrose commençante rappelle en petit les lésions du côté opposé par l'existence de deux dilatations communiquant au niveau du hile par un point rétréci. L'augmentation de volume du bassinet est peu considérable, mais il existe des lésions très remarquables de l'uretère. Il est tordu et présente un demi-tour de spire maintenue par une bride fibreuse, lamelle mince et brillante, qui prend naissance à 4 ou 5 centimètres au-dessous du bassinet ;

elle descend vers l'uretère dilaté et fusiforme dans cette partie de son trajet; elle est appliquée sur sa face antérieure, puis au niveau du point où l'uretère reprend son calibre normal elle fait deux tours de spire et se termine à 5 centimètres au-dessus de la vessie en s'épanouissant autour de l'uretère et en confondant ses fibres avec celles des parois. Cependant, malgré cet enroulement et ces tours de spire, l'uretère est resté perméable de son origine dans le bassinet à sa terminaison dans la vessie.

Telle est cette observation sur laquelle nous devons faire quelques brèves remarques. J'ai déjà parlé du volume de la tumeur; c'est une des hydronéphroses certainement les plus grosses qui aient été signalées, puisque la poche à un moment donné contenait plus de dix-huit litres de liquide. Je laisserai de côté l'analyse de ce liquide troublé par des leucocytes et précipitant, sous les réactifs, une très grande quantité d'albumine. Ce ne sont pas là les caractères habituels du contenu des hydronéphroses; mais nous n'oublions pas que la cavité avait dû être infectée lors d'une des multiples ponctions et ces substances étaient le résultat des accidents inflammatoires.

La marche de la maladie me paraît singulière : l'hydronéphrose semble avoir été fermée tout d'abord; le ventre grossissait peu à peu et aucun symptôme autre que la gêne de certains mouvements, une vague douleur lombaire, l'apparition de deux saillies dans les flancs, ne vint déceler la suppression de l'excrétion de l'urine dans un des deux reins; on pratique une première ponction; à partir de ce moment l'hydronéphrose s'ouvre et de temps en temps se fait une abondante émission d'urine sanguinolente; mais, dans l'intervalle, jamais de ces crises douloureuses coïncidant avec le développement exagéré de la tumeur abdominale, phénomène que l'on signale dans la plupart des observations.

Et puis les résultats de l'autopsie ne sont-ils pas véritablement paradoxaux? Le rein gauche, celui qui a acquis les dimensions démesurées que l'on sait et dont le conduit excréteur s'ouvrait par intermittences, n'a montré sur son uretère aucune altération appréciable : que le rein ait été mobile à un moment donné et qu'à ce moment l'uretère se soit coudé brusquement, bien qu'aucune crise particulière n'ait décélé l'arrêt bruque de l'excrétion, c'est possible, mais en tout cas, dans les 9 ans qu'a duré le processus pathologique il ne s'est pas produit de ces adhérences fibreuses qui font de la coudure brusque une coudure permanente et fixent en une attitude immuable un déplacement d'abord momentané. Sur ce point nous sommes des plus affirmatifs et nos recherches les plus minutieuses ne nous ont donné aucun résultat.

Au contraire, le rein droit, le moins distendu, le moins malade, celui dont la fonction persistait encore et assurait la précaire existence de notre opéré, celui-là présentait du côté de l'uretère des lésions incontestables; une demi-torsion à 4 centimètres au-dessous du rein, deux tours de spire à 5 centimètres au-dessus de la vessie. Et cependant, de ce côté il n'y a jamais eu d'oblitération complète; n'oublions pas, en effet, que pendant 9 ans qu'a duré l'évolution « patente » de l'hydronéphrose gauche, cette hydronéphrose a été fermée au moins 6 ans. Il fallait donc, sous peine de mort, que le rein droit ait fait toute la besogne. Je le répète, il y a là un fait paradoxal : l'uretère gauche, d'apparence normale, s'est fermé définitivement sans que nous trouvions sur son parcours aucun indice de l'obstacle à l'écoulement de l'urine; tandis que l'uretère droit, tordu sans conteste sur une bride fibreuse, ne s'est jamais opposé, du moins d'une manière complète, à l'excrétion du liquide. Et je conclus en disant que la pathogénie de certaines hydronéphroses reste encore fort obscure.

Note préliminaire sur la structure des angiomes cutanés, communication à la *Société anatomique*, par M. A. PILLIET.

La communication préliminaire que j'ai l'honneur de faire à la Société sera développée plus tard dans un travail en collaboration avec M. le docteur Broca qui m'a fourni les pièces dont je vais parler. J'ai examiné déjà une quinzaine de petites tumeurs cutanées, provenant de la face, et diagnostiquées angiomes. A l'exception de celles de ces tumeurs qui étaient développées sur les lèvres ou la sous-narine, sur des dermo-muqueuses par conséquent, elles ne sont à peu près jamais des angiomes purs, mais des tumeurs plus complexes.

On en trouve contenant une proportion considérable de tissu adipeux, dont le volume apparent prime de beaucoup celui des vaisseaux; d'autres sont nettement développées autour des glandes sudoripares; d'autres, à la région temporale ou frontale par exemple, se développent dans l'épaisseur des faisceaux musculaires des peauciers. Mais un trait commun à toutes ces tumeurs, c'est leur infiltration par de petites cellules rondes, qui les rapprochent des molluscums et des sarcomes cutanés bénins. Ces petites cellules rondes sont dispersées en traînées disposées autour de vaisseaux sanguins béants, plus larges que les capillaires ordinaires, mais sans paroi conjonctive. Ces vaisseaux accompagnés de leurs amas de cellules se distribuent, d'une façon variable suivant les régions, autour des pelotons glandulaires; par exemple, si la néoplasie occupe le territoire vasculaire d'une glande sudoripare par exemple, cette glande est alors, elle-même, hypertrophiée. Le tissu adipeux, les faisceaux musculaires, etc., enfin les différents tissus que l'on peut rencontrer englobés dans l'angiome sont toujours hypertrophiés également; ce qui ajoute à la complexité apparente de ces tumeurs, mais ce n'est là qu'un phénomène secondaire. Le point capital, c'est que la plupart des angiomes de l'enfance sont des angiomes charnus, que les vaisseaux y sont développés dans des masses de petites cellules rondes analogues à celles des molluscums et des sarcomatoses cutanées. Le terme d'angio-sarcome est donc le seul qui soit exact au point de vue histologique; mais il faut admettre que ces sarcomes sont bénins, que le tissu angio-blastique dont ils sont constitués s'organise en vaisseaux adultes avec l'âge, et qu'il ne s'agit là que d'un fait particulier de l'histoire des sarcomes du tissu vasculaire sanguin, sur laquelle j'ai déjà eu l'occasion d'attirer l'attention à plusieurs reprises. (V. Pilliet, Qu'est-ce qu'un sarcome? *Tribune médicale*, 1893.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 11 *décembre* 1894.

PRÉSIDENCE DE M. J. ROCHARD.

L'Assemblée entend le rapport général de **M. Cadet de Gassicourt** sur les prix décernés en 1894, puis, après la proclamation des prix et l'indication des prix proposés pour 1895, 1896 et 1897, **M. le Président** fait le compte rendu des travaux de l'Académie pendant l'année écoulée.

Prix décernés en 1894 :

PRIX DE L'ACADÉMIE (1,000 francs). — *De l'étiologie de la grippe.* — Pas de prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1° 200 francs à M. le docteur Antony, médecin-major de 1re classe, au Val-de-Grâce; 2° 200 francs à M. le docteur Jacquemart (Paris); 3° 200 francs à MM. les docteurs Sapelier et Villecourt, médecins à la Maison départementale de Nanterre; 4° 200 francs à M. le docteur Trouillet, médecin aide-major de 1re classe au 14e bataillon de chasseurs à pied, et M. le docteur Esprit, médecin aide-major de 1re classe au 4e régiment du génie à Grenoble; 5° 200 francs à M. le docteur Chiaïs (Menton).

PRIX ALVARENGA. — Le prix de 800 francs est décerné à M. le docteur Choux, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes.

PRIX AMUSSAT (800 francs). — Prix à M. le docteur Mauclaire (Paris).

PRIX BAILLARGER (2,000 francs). — Prix entre M. le docteur Bourneville (Paris) et M. le docteur A. Marie, directeur de la Colonie familiale de la Seine, à Dun-sur-Auron (Cher).

PRIX BARBIER (2,500 francs). — Pas de prix, mais encouragements de : 1° 1,000 francs à MM. les docteurs Bruhl et Dubief (Paris); 2° 300 francs à M. le docteur Galliard (Paris);

3° 300 francs à M. le docteur Bertin, médecin des Epidémies, (Nantes); 4° 300 francs à M. le docteur Luton (Reims).

Prix Mathieu Bourceret (1,200 francs). — 1° Prix de 900 fr. à MM. les docteurs Quénu et Lejars, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris; 2° encouragement de 300 fr. à M. le docteur Arrou (Paris); 3° mention honorable à M. le docteur Thibaudet, de Saint-Claude (Jura).

Prix Henri Buignet (1,500 francs). — Prix décerné à M. Léon Guignard, professeur à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris.

Prix Capuron (1,200 francs). — *Etude comparative sur le traitement hydrologique du diabète sucré.* — Prix partagé entre M. le docteur Paul Rodet (Paris) et M. le docteur Dubourcau, médecin aux Eaux (Cauterets).

Mention honorable à M. le docteur H. Forestier, médecin-adjoint de l'hôpital thermal à Aix-les-Bains.

Prix Desportes (1,300 francs). — Prix à MM. les docteurs Beni-Barde et Materne (Paris).

Mentions très honorables : 1° à MM. les docteurs Legendre et Broca (Paris); 2° à M. le docteur Cathelineau (Paris).

Prix Falret (900 francs).

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine.

L'Académie a versé, en 1894, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 2,000 francs à M. Arthus, pour sa mission à Cauterets, en 1894, et ses rapports sur les eaux de Châtelguyon et Saint-Nectaire, en 1893; 2° 2,000 francs à M. Bernard, pour sa mission en 1894, à Vittel, et ses rapports sur les eaux de Royat et d'Hammam-Meskoutine, en 1893; 3° 1,500 francs à M. Ranglaret, pour sa mission de 1894, au Mont-Dore; 4° 1,500 francs à M. Leblanc, pour sa mission aux eaux thermales de Saint-Amand (Nord), en 1894.

Prix Ernest Godard (1,000 francs). — Prix décerné à M. le docteur Gastou (Paris).

Prix de l'hygiène de l'enfance (1,000 francs). — *De la mort apparente des nouveau-nés.* — Prix à M. le docteur Demelin, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Paris. Mentions honorables à : 1° M. le docteur Jacquemart (Paris); 2° M. le docteur G. Lepage, ancien chef de clinique obstétricale, et M. G. Brosset, externe des hôpitaux.

Prix Herpin (Metz) (1,200 francs). — *Du traitement abortif de l'érysipèle.* — Prix décerné à M. et Mme Cristiani, docteurs en médecine, à Genève.

Prix Itard (2,400 francs). — 1° Prix de 2,000 francs à M. le docteur Chauffard (Paris); 2° mention très honorable avec une somme de 400 francs à M. le docteur Courtois, médecin aide-major au 55° d'infanterie, à Nice; 3° mention honorable à M. le docteur Vanlair (Bruxelles), et à M. le docteur Juhel-Rénoy (Paris).

Prix Laborie (5,000 francs). — 1° Prix de 2,000 francs à M. le docteur Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, et M. le docteur Maubrac (Paris); 2° encouragement de 500 francs à M. le docteur Delorme, professeur au Val-de-Grâce; 3° encouragement de 500 francs à M. le docteur Demosthen, professeur à la Faculté de médecine de Bucharest; 4° encouragement de 500 francs à M. le docteur Félizet (Paris); 5° encouragement de 500 francs à M. le docteur Mauclaire (Paris); 6° encouragement de 500 francs à M. le docteur Schwartz (Paris); 7° mentions très honorables à MM. les docteurs Binaud (Bordeaux); Forgue (Montpellier); Reclus (Paris); Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et Tollet, ingénieur à Paris.

Prix Laval (1,000 francs). — Prix à M. Levert, licencié ès sciences physiques, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Meynot (2,600 francs). — 1° Prix de 1,600 francs à MM. les docteurs Broca et Lubet Barbon (Paris); 2° récompense de 500 francs à M. le docteur Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce; 3° récompense de 500 francs à M. le docteur Gellé (Paris).

Prix Adolphe Monbinne (1,500 francs). — 1° Prix de 1,000 francs à M. le docteur Lermoyez (Paris); 2° encouragement de 500 francs à M. le docteur Marcel Baudouin (Paris).

Mentions honorables : 1° M. Bourgès, vétérinaire en 1er au 4e hussards; 2° M. le docteur Meilhon, médecin de l'Asile d'aliénés de Montauban; 3° M. le docteur Delvaille (Bayonne).

Prix Oulmont (1,000 francs). — Prix décerné à M. Souligoux, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Orfila (6,000 francs). — *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?* — Le prix n'est pas décerné. 1,000 francs à M. le docteur Vicente Coronado (Havane). D'après les intentions du testateur, la somme de 5,000 francs restant disponible, sera versée dans la Caisse de l'Association des médecins de la Seine.

Prix Portal (600 francs). — *Anatomie pathologique des maladies causées par le bacterium coli commune.* — Prix décerné à M. le docteur Macaigne (Paris).

Prix Saintour (4,400 francs). — L'Académie partage un prix de 2,000 francs entre M. le docteur Letulle (Paris) et M. Alfred Franklin, administrateur de la Bibliothèque Mazarine, pour ses différents travaux. Des encouragements sont en outre, accordés : 1° 400 francs à M. le docteur Pierre Janet (Paris); 2° 400 francs à M. le docteur Catrin, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce; 3° 400 francs à MM. les docteurs Ribemont-Dessaignes et Lepage (Paris); 4° 400 francs à M. le docteur Verchère (Paris); 5° 400 francs à M. le docteur Chipault (Paris); 6° 200 francs à M. Verwaest (Paris), docteur en droit; 7° 200 francs à M. le docteur Henri Lamy (Paris).

Prix Saint-Paul (25,000 francs). — Prix d'encouragement de 1,800 francs à M. le docteur Bourges (Paris).

Prix Stanski (1,800 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 500 francs à à MM. les docteurs Thoinot et Dubief (Paris).

Prix Vernois (700 francs). — Prix à M. le docteur Vincent, médecin aide-major, chef du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire du Dey (Alger); mentions honorables à : 1° M. le docteur Simon, médecin de 1re classe des colonies; 2° M. le docteur Le Roy des Barres (Saint-Denis); 3° M. le docteur Gautrez (Clermont-Ferrand); 4° M. le docteur Bouchereau, médecin-major de 2e classe, et M. le docteur Grasset, médecin de l'hôpital de Riom; 5° M. le docteur Bec (Avignon).

Service des eaux minérales.

1° *Médaille d'or, à* M. le docteur Ferras (Bagnères-de-Luchon).

2° *Rappel de médaille d'or à* M. le docteur Tillot (Luxeuil).

3° *Médailles d'argent, à* MM. les docteurs Cathelineau (Paris); de la Garde (Bagnères-de-Bigorre); Messerer et Gasserer, médecins aides-majors de 1re classe, à l'hôpital d'Oran; Gabriel Pouchet (Paris).

4° *Rappels de médailles d'argent, à* MM. les docteurs Forestier (Aix-les-Bains); Heulz (la Bourboule); Lavielle (Dax).

5° *Médailles de bronze, à* MM. les docteurs Censier (Bagnoles); Emond (Mont-Dore); Mallat (Vichy); Paul Raymond (Paris); Roland, de Divonne (Ain).

Service des épidémies.

Médailles d'or, à MM. les docteurs Blanquinque (Laon); Durand, de Marseillan (Hérault); Legée, à Abbeville (Somme).

Rappels de médailles d'or, à MM. les docteurs Chabenat, de la Châtre (Indre); Fichot (Nevers); Fiessenger, à Oyonnax (Ain); Lallemant (Dieppe); Pennetier (Rouen).

3° *Médailles d'argent à* MM. les docteurs Bard (Lyon); Bertin (Nantes); Bunel (Paris); Gorez (Lille); Lang, de Liverdun (Meurthe-et-Moselle); Lepage (Orléans); Liron;

médecin-major de 2e classe (Fort-National); Mantel, Paul (Saint-Omer); Mathieu, de Vassy (Haute-Marne).

4° *Rappels de médailles d'argent*, à: MM. les docteurs André (Toulouse); Balestre (Nice); Dubrulle, médecin-major de 1re classe au 23e de ligne; Pauthier (Senlis); Pedrono (Lorient); Tuefferd (Montbéliard).

5° *Médailles de bronze*, à: M. Alexandre, médecin-vétérinaire (Paris); MM. les docteurs Barrault (Paris); Bastiou (Lannion); Bernard, médecin-major de 1e classe (Dijon); Berthelé, médecin principal de 2e classe (Marseille); Charlier (Havre); Comte, médecin-major de 1re classe au 12e régiment de dragons; Courtet et Delaborde, médecins aides-majors des hôpitaux (Tunisie); Courtet, médecin aide-major, et Loir, directeur du laboratoire d'histologie (Tunis); Delbecq, à Gravelines (Nord); Delmas, médecin principal de 2e classe (Poitiers); Dezautières, La Machine (Nièvre); Fournié, médecin-major de 1re classe aux Sapeurs-Pompiers (Paris); Grizou (Châlons-sur-Marne); Guiol (Toulon); Hoel (Reims); Hublé, médecin-major de 2e classe (Nantes); Jaubert (Aumale); Jaubert, médecin aide-major de 1re classe (Constantine); Lacour, pharmacien-major de 1re classe (Mans); Lesueur (Bernay); Magnant (Gondrecourt); Malaingre (Chaumont); Merz, médecin-major de 2e classe (Lunel); Morisset et Meyer (Mayenne); Mougeot (Paris); Négadelle, médecin principal de la marine au port de Brest, et M. le docteur Vincent, médecin de 2e classe de la marine; Olivier, médecin-major de 2e classe au 30e régiment de dragons; Prieur, médecin-major de 2e classe au 125e de ligne; Séjournet (Revin); Soulié (Alger); Tartière, médecin-major de 1re classe au 148e de ligne (Verdun); Trifaud, médecin-major de 2e classe (Narbonne); Toussaint, médecin-major de 2e classe à l'Ecole de Saint-Cyr; Vergely (Bordeaux).

Service de l'hygiène de l'enfance.

1° *Médaille de vermeil*, à M. le docteur Faivre.

2° *Rappel de médaille de vermeil*, à M. le docteur Bournet, à Amplepuis (Rhône).

3° *Médailles d'argent*, à: MM. les docteurs Augé, à Reuilly (Indre); Baratier, de Jeugny (Aube); Czajewski (Orléans); Doumic (Poissy); Gaudefroy, à Vatan (Indre).

4° *Rappels de médailles d'argent*, à: MM. les docteurs Audoin (Périgueux); Barthès (Caen); Carassus (Milly); Coffignon, à Marle (Aisne); Delobel, à Noyon (Oise); Durand, à Saint-Martin-d'Auxigny (Cher).

Service de la vaccine.

I. *Prix de* 1500 *francs*, à partager, 500 francs à M. Antony, médecin-major de 1re classe, ex-professeur agrégé à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce; 400 francs à M. Lombard, médecin aide-major de 1re classe, à l'hôpital militaire de Tiaret; 300 francs à M. le docteur P. Courrent, à Tuchan (Aude); 300 francs à M. H. Haneur, médecin de 1re classe du corps de santé des colonies (Tonkin).

II. *Quatre médailles d'or*, à: MM. les docteurs Marchoux, médecin de 1re classe du corps de santé des colonies (Cochinchine); A.-J. Martin, inspecteur général du service de l'assainissement de la ville de Paris; Simond, médecin de 1re classe du corps de santé des colonies (Tonkin); Emile Trifaud, médecin-major de 1re classe au 100e régiment d'infanterie à Narbonne (Aude). Plus 100 médailles d'argent à des vaccinateurs et des médailles d'argent et de bronze à des instituteurs et institutrices.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 *décembre* 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Digestion saline des substances albuminoïdes.

M. Dastre commence par rappeler que dans une série de communications il a montré que les solutions salines possèdent le pouvoir de digérer les substances albuminoïdes au même titre que les solutions de pepsine acidulées. En poursuivant ses recherches, M. Dastre a constaté que la digestion pepsique peut être entravée par l'addition d'une solution de chlorure de sodium à 8 0/0 et complètement arrêtée par une solution saline à 16 0/0. Les sels autres que le chlorure de sodium jouissent des mêmes propriétés. Inversement, la digestion saline peut être entravée par l'addition d'une solution de pepsine acidulée.

Quant aux causes de la digestion saline des substances albuminoïdes, on a incriminé les ferments solubles et les micro-organismes peptonisants. Pour élucider cette question, M. Dastre a mis dans une solution de fluorure de sodium à 3 0/0 un globe de fibrine cuite et un globe de fibrine crue: le premier a été dissous, tandis que le second est resté intact. Il s'ensuit que les facteurs incriminés n'interviennent pas.

Injection sous-cutanée de toxines diphthériques.

MM. Enriquez et **Haltion** présentent le cœur et les reins d'un singe auquel on a fait pendant la vie des injections sous-cutanées de toxines diphthériques.

Les reins présentent le type du petit rein granuleux. L'examen histologique montra l'existence d'une néphrite interstitielle type, mais sans artérite ni péri-artérite. Le cœur gauche est hypertrophié comme dans le mal de Bright, mais sans sclérose.

Au sujet de la slérose rénale, on pouvait se demander si la néphrite était produite par la toxine ou par les modifications des liquides organiques consécutivement à l'injection des toxines. Les auteurs pensent que de ces deux hypothèses, la première seule doit être acceptée.

Température pendant l'éthérisation.

M. Anghelesco. — Pendant tout le temps de l'anesthésie par l'éther la température s'abaisse, en rapport avec la durée de l'anesthésie. L'abaissement de la température présente des oscillations beaucoup plus marquées au début de l'anesthésie que plus tard, et se continue quoique très légèrement pendant le sommeil qui suit l'anesthésie. Cet abaissement varie entre 0°1 et 0°3. La température commence à monter au moment du réveil et suit dans cette phase une courbe inverse à celle du début.

Le refroidissement produit par l'éthérisation doit être attribué à l'augmentation du rayonnement des parties découvertes pour l'opération, au repos, à l'immobilité, au ralentissement des oxydations, etc. Mais on ne comprend pas pourquoi l'éther produit un abaissement plus considérable que le chloroforme. Cette différence est due peut-être à ce que l'éther est un vaso-dilatateur, tandis que le chloroforme est un vaso-constricteur.

M. Leblond fait une communication sur le nystagmus et la trépidation épileptoïde pendant l'éthérisation.

Influence des centres nerveux sur la thermogenèse.

M. R. Dubois a déjà montré que l'on pouvait empêcher les marmottes en torpeur de se réchauffer, non seulement en sectionnant la moelle à la hauteur de la 4e vertèbre cervicale, mais encore par l'ablation du cerveau. Dans deux expériences, il avait même obtenu l'arrêt du réchauffement automatique en détruisant seulement la surface corticale des hémisphères par un jet d'eau chaude. Mais il a reconnu que le moyen était défectueux à plusieurs égards, car en modifiant convenablement son procédé opératoire, il a réussi à enlever les hémisphères sans empêcher le réchauffement des marmottes engourdies et sans produire l'abaissement de la température chez les animaux en état de veille. Ce dernier résultat a du reste été obtenu en pratiquant la même opération sur des lapins et des pigeons. Il n'en est plus de même quand on détruit avec les hémisphères le cerveau moyen. La température s'abaisse alors rapidement chez la marmotte éveillée, le lapin et le pigeon. En outre, les marmottes en torpeur auxquelles on a fait subir cette opération ne se réchauffent pas, bien qu'elles puissent survivre plusieurs jours.

M. Féré dépose une note sur les rapports entre le développement de l'embryon et la perte de poids de l'œuf.

M. Beauregard fait une communication sur le plexus veineux de l'œil des cétacés.

R. Romme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 décembre 1894.

Hydronéphrose bilatérale.

M. P. Reclus. — Voy. p. 605.

Luxation du coude irréductible.

M. Nélaton lit un rapport sur une observation adressée par M. Walther et relative à un homme qui, en tombant dans un escalier, se fit une luxation du coude en arrière rebelle aux manœuvres habituelles de réduction. Après avoir échoué à son tour, M. Walther pratiqua avec succès l'arthrotomie. La cause d'irréductibilité pour lui était la suivante : l'apophyse coronoïde était arrachée, mais son cartilage d'encroûtement était resté en place, sous forme d'une lamelle qui se rabattait lorsqu'on refoulait le cubitus en place et s'interposait ainsi entre les surfaces articulaires. De ce mécanisme, M. Nélaton se déclare peu convaincu. En outre, il croit que M. Walther aurait bien fait d'essayer l'action de la traction élastique, selon le procédé de Th. Anger. C'est une pratique à laquelle on n'a pas assez souvent recours et qui, pour l'épaule surtout, donne des succès remarquables, sans qu'il soit besoin d'outillage spécial ou de connaissances anatomiques précises. Il est d'ailleurs probable que dans le cas actuel le succès n'eût pas été obtenu, et M. Nélaton félicite M. Walther du résultat.

Abcès du foie.

M. Chauvel fait un rapport sur une observation où M. Nicot a guéri un abcès du foie par incision. A ce propos, une courte discussion s'est engagée sur l'utilité de suturer le foie à la paroi avant d'inciser l'abcès. Quoique ce pus soit parfois stérile, la plupart des orateurs, **MM. Championnière, Quénu**, ont conseillé de bien isoler le péritoine avant d'ouvrir la poche, et **M. Peyrot**, qui a observé un cas où la stérilité fut bien démontrée (voyez *Mercredi*, 1891, p. 13), a fait la même recommandation. De même **M. Tuffier** qui, après avoir observé six cas stériles, vient d'en rencontrer un où le pus contenait le coli-bacille.

M. Chauvel fait un autre rapport sur un cas où M. Nicot a lié avec succès l'iliaque externe pour une plaie inguinale avec lésion de l'artère fémorale. Après avoir narré l'odyssée du patient, M. Chauvel conclut formellement que M. Nicot aurait dû lier les deux bouts dans la plaie.

M. Poirier présente un malade auquel il a extirpé l'astragale pour pied-bot.

M. Berger présente un malade auquel il a pratiqué l'ostéotomie pour double genu valgum.

A. Broca.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 7 décembre 1894.

Polype du rectum.

M. Mouchet rapporte l'observation d'une jeune fille de 22 ans soignée pour ovaralgie, hystérie, et qui présenta à l'anus, après une longue période de constipation, dans un effort de défécation, un polype retenu par son pédicule à la muqueuse rectale. Ce polype, du volume d'une mandarine, était constitué par de l'adénome.

Plaie de l'encéphale par balle de revolver.

M. Mouchet relate l'observation d'un homme blessé par une balle de revolver qui pénétra dans le crâne par la région temporale droite. Le malade vécut deux jours, avec 38° de température, quelques vomissements, du coma, du ptosis et de la photophobie. Il n'y avait aucun phénomène paralytique du côté des membres ou de la face. M. B.um fit une intervention chirurgicale qui consista à nettoyer la plaie crânienne, et à voir si la balle ou quelques débris osseux se trouvaient à portée d'instruments. Ce ne fut qu'à l'autopsie qu'on découvrit le trajet de la balle qui, après avoir perforé la 2e circonvolution temporale à sa partie moyenne, était venue se fixer à la partie inférieure du cervelet. Le trajet était rempli de débris osseux et de fragments de la balle.

Fibrome du ligament large.

MM. Funck-Brentano et **Robineau** ont observé une malade du service de M. Nélaton a l'hôpital Tenon, âgée de 38 ans. Cette femme, bien réglée, n'avait présenté aucun symptôme fonctionnel en rapport avec une volumineuse tumeur abdominale qui gênait sa locomotion. La palpation et la percussion, jointes au toucher vaginal, faisaient reconnaître que la tumeur s'étendait de l'appendice xiphoïde au cul-de-sac de Douglas. L'opération fut assez facile et n'aurait présenté rien de particulier, sans l'adhérence d'une anse intestinale en arrière. L'utérus, adhérent, fut sectionné au-dessus du col et ce dernier fut amené et fixé à la lèvre inférieure de la plaie. On fit l'ablation des annexes gauches. L'ovaire droit kystique, du volume d'une orange, adhérait à la tumeur.

Les examens divers ont montré qu'il s'agissait d'un fibrome.

Cancer de l'œsophage : dégénérescence secondaire du foie. Tumeur de l'oreillette droite.

M. Dutournier présente les pièces d'un homme de 78 ans, mort dans le service de M. Bucquoy, 24 heures après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un cachectique succombant à une infiltration cancéreuse du foie, consécutive à un épithélioma de la première portion de l'œsophage. On trouva en examinant le cœur une tumeur du volume d'un œuf de poule située dans l'oreillette droite, reliée à l'endocarde par un pédicule résistant. Cette tumeur avait l'aspect d'un myxome, mais, en l'examinant de plus près, on constata qu'elle était de consistance assez ferme et présentait à l'extension des noyaux très durs. On trouva quelques tubercules dans le poumon.

M. Cornil a examiné ces pièces et conclu par les coupes histologiques qu'il s'agissait d'un épithéliome pavimenteux tubulé, à l'œsophage comme au foie, sans globes épidermiques. Quant à la tumeur de l'oreillette, pièce extrêmement rare, elle paraît être constituée par du tissu cellulaire ancien, dans les mailles duquel il existe une grande quantité de cellules rondes, les unes normales (leucocytes migrateurs), les autres, plus volumineuses, pleines de granulations pigmentaires. Il paraît y avoir eu un fibrome avec mortification d'une partie de cette tumeur par hémorrhagie.

Sarcome aponévrotique du bras.

M. Auvray rapporte l'observation d'un homme robuste, âgé de 36 ans, qui ressentit, il y a six mois, une grosseur dans la partie postérieure du bras. On fit une ponction dans cette tumeur, car on soupçonnait un kyste hydatique, mais on dut se ranger au diagnostic de tumeur et bientôt de tumeur maligne, car celle-ci évolua rapidement. Dans une première partie de l'intervention chirurgicale on incisa franchement la tumeur qui avait envahi le triceps, et en reconnaissant *de visu* sa nature, on songea à désarticuler l'épaule, avec lambeau externe.

M. Pilliet, qui a étudié la constitution de la tumeur, montre que le néoplasme a envahi surtout les cloisons intermusculaires et qu'il s'agit d'un sarcome aponévrotique, encéphaloïde angioplastique se développant par des nodules, puis formant de petits kystes.

Luxation de l'axis sur la troisième vertèbre cervicale.

M. Picou rapporte l'observation détaillée, avec pièces à l'appui, d'un homme de 52 ans, qui, atteint de vertige sur son siège de voiture, tomba sur la tête. En outre d'une plaie contuse du cuir chevelu, sans symptômes de fractures du crâne, on trouva de la paralysie des membres, des troubles sensitifs, une élévation de température qui augmenta peu à peu jusqu'à 41°5, de la gêne respiratoire, une tumeur dans le pharynx et enfin une dépression en coup de sabre à la nuque. On fit en vain une tentative de réduction, mais le malade mourut peu après par asphyxie.

On trouva à l'autopsie une fracture des pédicules de l'atlas de l'axis, les grands surtout ligamenteux déchirés, les capsules articulaires étaient déchirées. Il existait un foyer hématomyélique postérieur qui descendait jusqu'à la quatrième vertèbre cervicale. Enfin il y avait un glissement de la ver-

tèbre n° 2 en avant de la vertèbre n° 3, mais la réduction s'était faite sur la table d'autopsie.

Kyste rétrosplénique.

M. Floersheim présente la poche d'un kyste opéré par M. Routier à l'hôpital Necker. Cette tumeur, située dans la région supérieure de l'abdomen et à gauche, avait occasionné de la voussure thoracique et de la dyspnée de temps en temps : on pensa donc à de la pleurésie, puis on songa à un kyste du lobe gauche du foie, et enfin à une tumeur kystique de la rate. Après la ponction médiane on tomba sur une tumeur irrégulière qu'on ponctionna; il s'écoula un liquide brun noirâtre, hématique. On vit alors que le kyste adhérait à la rate, au pancréas et au rein gauche. On dut renoncer à son extraction : la malade mourut de péritonite.

M. Pilliet n'a examiné la pièce que macroscopiquement : il pense toutefois qu'il s'agit d'un kyste de la capsule surrénale.

Invagination intestinale.

M. Pilliet présente l'intestin de deux lionnes, l'une de huit, l'autre de quatre ans; dans les deux cas l'intestin grêle s'est invaginé dans le gros intestin, exactement comme chez l'homme, par le même mécanisme.

Cancer du larynx.

M. Pilliet présente encore comme pièces de pathologie comparée le larynx d'un ours qui était devenu aphone; on y voit les deux cordes vocales atteintes d'épithélioma et la dégénérescence s'est étendue sur les côtés du larynx dans les ventricules, qui chez ces animaux sont très étendus.

G. Dagron.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 décembre 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Indication du traitement de la typhlite et de l'appendicite.

M. Rendu. — Deux éventualités se présentent en pratique, au cours desquelles le médecin doit se prononcer et décider, sans retard, l'opportunité de l'intervention chirurgicale.

La première concerne les cas d'appendicite à début sidérant avec perforation intestinale et péritonite diffuse. Si l'on est appelé presque au moment du début des accidents, alors que le choc péritonéal est dans toute son intensité, faut-il opérer ? Je ne le crois pas : il me paraît singulièrement dangereux d'ajouter au collapsus morbide le choc opératoire et l'anesthésie chloroformique. Le traitement de choix, à cette phase de la maladie, est la glace, le champagne frappé, l'opium à doses fractionnées et les injections d'éther.

Que si, au bout de douze à quinze heures de ce traitement, les accidents conservent une gravité menaçante, et qu'il soit démontré qu'on ait affaire non pas simplement à du péritonéisme, mais à de la péritonite diffuse, je crois qu'il est du devoir du médecin de provoquer l'opération. Médicalement le malade est dans ces circonstances à peu près perdu : on lui doit cette dernière chance de salut, si minime soit-elle; des exemples heureux d'intervention *in extremis* montrent que tout espoir ne doit pas être abandonné. Je connais un succès de ce genre sur une enfant en pleine péritonite, obtenu grâce à la décision rapide et à l'habileté opératoire de notre collègue Nélaton.

En général les choses se passent d'une façon même dramatique, et à l'invasion des phénomènes péritonitiques du début succède une accalmie dangereuse parce qu'elle peut illusionner la famille et même le médecin sur les risques que court le malade. C'est dans cette période qu'il faut le plus attentivement suivre les diverses phases de la maladie et explorer soir et matin l'abdomen, avec l'intention bien arrêtée d'intervenir dès que la notion d'un abcès enkysté deviendra évidente. On aura souvent la satisfaction de voir se résoudre une tumeur inflammatoire qui semblait d'un pronostic menaçant, et dans le cas contraire on ne sera pas pris au dépourvu s'il survient quelque incident qui force à intervenir.

D'une façon générale, je crois sage, lorsque la fièvre se maintient avec des exacerbations vespérales et quand l'empâtement local persiste, de faire l'ouverture du foyer en se bornant à le drainer sans chercher à réséquer l'appendice. Une fois la collection purulente mise à jour, les accidents graves sont conjurés, la réparation de la plaie intestinale n'est presque plus qu'une affaire de temps. Les risques opératoires sont certainement moindres que ceux auxquels donne lieu la rétention du pus dans un foyer péritonéal mal enkysté. Ce sont là, du reste, les conclusions auxquelles sont arrivés de leur côté nos collègues de la Société de chirurgie dans la discussion qui eut lieu sur ce sujet il y a deux ans.

Une troisième éventualité justifie l'intervention : c'est même de toutes la plus nette et celle qui a suscité le moins de controverse.

Je veux parler des cas d'appendicite à répétition, qui laissent après chaque poussée une tumeur persistante susceptible de s'enflammer à nouveau sous le moindre prétexte. La résection de l'appendice est alors le meilleur parti à prendre et elle constitue une opération presque complètement exempte de danger, puisqu'elle se fait en dehors de toute période inflammatoire et dans les conditions les meilleures de tolérance péritonéale. Pourtant là encore il ne faut pas se presser d'agir, car j'ai vu plusieurs exemples de coliques appendiculaires à répétition qui ont fini par disparaître sous l'influence d'un régime sévère, de révulsifs appliqués avec persévérance et d'une saison à Plombières.

Je résume en quelques mots les conclusions qui me semblent ressortir de cette situation.

Dans l'immense majorité des cas la pérityphlite des adultes guérit médicalement sans qu'il soit nécessaire d'intervenir avec le bistouri. Sous ce rapport, les faits que j'ai vus à l'hôpital depuis 17 ans que je dirige un service d'adultes confirment absolument l'opinion de M. Millard et M. Du Cazal.

L'appendicite surtout chez les enfants est singulièrement plus grave, mais il est fort rare qu'elle tue d'emblée les malades par le premier choc qui suit la perforation intestinale. D'ordinaire, c'est dans les cinq ou six jours qui suivent et après une détente de symptômes qui fait croire à un début de convalescence que surviennent les accidents auxquels succombent les enfants.

La conséquence est qu'il faut toujours commencer par faire le traitement médical et ne pas se hâter dès l'apparition des premiers symptômes péritonéaux de donner la parole aux chirurgiens. Seulement il faut bien savoir que ces cas doivent être surveillés étroitement et que, dès qu'on a la certitude d'une collection purulente enkystée, il est indiqué d'intervenir. Je partage l'avis de Mathieu et j'estime qu'il vaut mieux pratiquer une opération de trop, qui pour n'être pas indispensable n'en constitue pas moins le traitement décisif qui donne le plus de sécurité, plutôt que de temporiser systématiquement, ce qui amène parfois des désastres irrémédiables.

Ceci dit, j'ajouterai aux statistiques allemandes fournies par M. Mathieu quelques chiffres qui montrent qu'en Angleterre même, le pays des interventions chirurgicales hardies, l'idée de soigner médicalement le plus grand nombre de pérityphlites a fait son chemin.

Dès 1889, Treves (*Brit. med. Journ.*, p. 10, 30 novembre 1889) indiquait que la plupart des cas simples devaient être médicalement traités, que l'opération ne devait jamais être faite avant le cinquième jour et qu'il était inutile et dangereux de réséquer l'appendice même dans les cas d'appendicite à répétition.

Dans la discussion qui eut lieu à la Société clinique de Londres, Fowler présenta une statistique de 85 cas recueillis en dix ans à l'hôpital de Middlesex. Sur ces 85 cas de typhlite et de pérityphlite, il n'y avait eu qu'une mort, sans un autre traitement que le traitement médical. Dans cette même période de 10 ans, on avait compté 14 décès par perforations intestinales appendiculaires, ce qui donne un cas mortel sur six, mais la plupart du temps le diagnostic de ces appendicites avait été méconnu et l'intervention chirurgicale n'avait pas été mise en question.

La statistique plus récente de Baring (elle date du mois

d'avril 1893) porte sur 68 cas d'appendicite, dont une seule fut opérée : il y eut six morts, soit une proportion de près de 9/10 de guérisons par le seul traitement médical.

Les faits personnels signalés par nos collègues et particulièrement par M. Du Cazal montrent que, de même en France, la proportion des péritonites appendiculaires et des pérityphlites guéries médicalement dépasse de beaucoup le chiffre des cas malheureux.

Nous devons donc en conclure qu'il ne faut pas commencer par appeler le chirurgien et que, tout en étant décidé à intervenir à la moindre menace de collection suppurée, on est en droit d'attendre beaucoup d'un traitement médical employé rationnellement et surveillé avec intelligence.

231 cas de diphthérie traités par le sérum antidiphthérique.

M. Moisard. — Du 1er octobre au 30 novembre 1894, nous avons dirigé le service de la diphthérie à l'hôpita Trousseau.

Pendant ces deux mois, 302 enfants sont entrés au pavillon des douteux. Tous ont reçu une injection de 20 centimètres cubes de sérum dès leur entrée à l'hôpital, 53 enfants ont été reconnus non diphthéritiques, gardés pendant un temps plus ou moins long au pavillon des douteux, et je rappelle qu'aucun d'eux n'a pris la diphthérie.

249 enfants sont donc entrés au pavillon Bretonneau. Au moment où nous avons quitté le service, 28 enfants s'y trouvaient encore, mais 10 étaient complètement guéris et devaient quitter l'hôpital le lendemain ou le surlendemain ; nous les avons compris dans notre statistique, laissant en dehors, bien entendu, les 18 enfants encore en traitement.

Ces éliminations faites, nous limitons donc nos observations à 231 enfants, traités complètement par nous pendant les deux mois qui viennent de s'écouler.

Sur ces 231 malades, 34 sont morts.

La mortalité globale est donc : 14,71 0/0.

Ce chiffre est bien inférieur à celui indiqué par M. Roux dans une communication (26 0/0). Doit on attribuer cette diminution si sensible de la mortalité à une bénignité plus grande de la diphthérie pendant ces derniers mois? Nous devons dire que si nous avons observé des cas légers, nous en avons vu de très graves, et qu'il ne nous a pas semblé que la proportion des cas légers fût sensiblement plus grande qu'autrefois. Nous pensons que la véritable cause de cette différence est la meilleure installation du service — qui nous a permis d'isoler non seulement les broncho-pneumonies, mais tous les enfants suspects de manifestations pulmonaires — et, il faut bien le dire aussi, la rareté des complications thoraciques.

En tout cas, pour bien établir que nous n'avons cherché en rien à améliorer notre statistique par des éliminations qui auraient pu pourtant se justifier, nous dirons, qu'arrêtée d'abord à 230 cas, elle est montée à 231 par l'arrivée dans le service, le 30 novembre dans l'après-midi, d'un enfant atteint de croup avec broncho-pneumonie, et qui a succombé trois heures après son entrée. Comme il avait été injecté, nous l'avons compté. De plus, nous comprenons dans nos décès, 2 enfants morts pendant la trachéotomie, 5 enfants entrés avec des broncho-pneumonies compliquant le croup ou l'angine, et morts moins de 24 heures après leur admission, 1 enfant atteint d'angine hypertoxique et mort moins de 24 heures après son arrivée dans nos salles.

Très légitimement, pensons-nous, il serait juste de distraire ces 9 cas, pour lesquels la sérumthérapie ne pouvait avoir aucun effet, pas plus que toute autre méthode de traitement. Si nous avions procédé ainsi, la mortalité serait réduite à 11,26 0/0.

Ces accidents généraux de la sérumthérapie sont précoces ou tardifs. Quelquefois, très rarement à vrai dire, et en tout cas beaucoup plus rarement que dans les premiers jours d'octobre, nous avons observé, dans les quelques heures qui suivaient l'injection, des phénomènes fugaces de réaction générale, dont la seule manifestation objective était une élévation thermique allant quelquefois jusqu'à 39°, mais ne durant que quelques heures, sans aucun phénomène morbide inquiétant.

Plus importantes sont les manifestations cutanées consécutives à la sérumthérapie. Elles sont précoces ou tardives, accompagnées ou non de phénomènes généraux, et, dans quelques cas, d'arthropathies assez intenses et assez durables pour simuler une poussée de rhumatisme articulaire subaigu.

Nous en avons observé 33 cas, dont :

14 cas d'urticaire;
9 cas d'érythème scarlatiniforme ;
9 cas d'érythème polymorphe ;
1 cas de purpura.

M. Roux avait surtout insisté, dans sa communication, sur l'urticaire, et, de fait, c'est elle que nous avons observée le plus souvent. Elle paraît à une époque variable ; tantôt, rarement il est vrai, quelques heures après l'injection, tantôt deux ou trois jours, quelquefois même plus tardivement, dix jours et même quinze jours après. Cette urticaire est plus ou moins généralisée, se produit par poussées successives le plus souvent, et n'est ordinairement accompagnée ni de fièvre, ni d'accidents généraux. Il existe à peine un peu de malaise et d'insomnie. C'est la plus légère des éruptions dues au sérum. Il peut cependant se produire concurremment des accidents généraux assez intenses. L'enfant d'un de nos collègues, inoculé préventivement de cinq centimètres cubes de sérum, présenta, cinq jours après l'injection, une urticaire généralisée avec une température de 40°. Ces accidents furent passagers.

Tout autre est l'érythème polymorphe que nous avons observé neuf fois. Si, dans certains cas, il paraît sans aucune manifestation générale, avec les caractères classiques de l'érythème polymorphe — mélange d'urticaire, d'érythèmes papuleux, en cocarde ou marginé, alternant quelquefois avec des poussées d'érythème scarlatiniforme, localisé à quelques parties du corps ou généralisé et disparaissant rapidement — il en est d'autres où ses allures sont beaucoup plus bruyantes, et où il s'accompagne de phénomènes généraux assez intenses pour inquiéter une personne non prévenue.

L'auteur termine en préconisant les injections préventives qui ont donné entre ses mains des résultats prophylactiques excellents. A Trousseau, aucun des enfants ainsi immunisés et laissés au contact des diphthéritiques n'a pris la diphthérie.

Nous ne l'avons pas voulu, parce qu'il nous fallait nous mettre absolument dans les conditions des statistiques antérieures; et pour comparer autant que possible des périodes semblables, j'ai fait dresser la statistique de la mortalité des mois d'octobre et de novembre des cinq dernières années au pavillon de la diphthérie à l'hôpital Trousseau. Elle a toujours dépassé 50 0/0.

Il est vraiment impossible de ne pas être frappé d'un pareil résultat, et même en admettant qu'il y ait plus de diphthéries légères qu'habituellement, ce qui ne nous semble pas prouvé, même en faisant la part d'une installation meilleure, nous pensons que la sérumthérapie est le vrai et principal facteur du résultat obtenu. Du reste, même en se tenant aux chiffres de M. Roux, le résultat serait assez beau pour en consacrer la valeur.

L'auteur discute la question de l'intubation, méthode préconisée par M. Roux. Il ne pense pas pour sa part que l'intubation doive être définitivement préférée à la trachéotomie. Puis il passe à l'étude des *accidents de la sérumthérapie.*

Cette méthode de traitement comporte-t-elle des inconvénients? Quelques-uns, et nous tenons à les signaler; mais nous pouvons dire qu'ils sont de peu d'importance et ne diminuent en rien la valeur de la découverte de MM. Behring et Roux. Il est cependant important de les connaître, et nous tenons à les exposer en détail.

Localement, du fait des piqûres, les accidents sont exceptionnels. Sur plus de 600 injections pratiquées pendant les mois d'octobre et de novembre, nous avons observé un seul abcès. L'enfant avait reçu cinq injections. C'est la dernière qui fut suivie d'un abcès qui guérit, du reste, très rapidement après l'incision. Une asepsie rigoureuse de la peau et des instruments explique la rareté de ces accidents locaux chez des enfants dont certains ont reçu jusqu'à 120 centim. cubes de sérum dans le cours de leur maladie. A part ce fait, nous n'avons observé, après les piqûres, qu'une légère sensibilité qui persiste généralement vingt-quatre heures, et quelquefois un érythème fugace autour du point inoculé.

Les accidents généraux, sans être très fréquents, sont cependant quelquefois assez marqués, et ils indiquent d'une façon bien nette, par leurs allures, une action vraiment toxique du sérum. Jusqu'au 10 octobre nous n'en avons pas observé; du 10 octobre au 10 novembre nous avons eu l'occa-

sion d'en voir quelques-uns; depuis quinze jours ils sont très rares. Le sérum provenant de certains chevaux a eu évidemment une action toxique plus marquée. Nous ne pouvons que signaler le fait, sans chercher à l'expliquer.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 4 *décembre* 1894.

Traitement de l'ophthalmie purulente.

M. Dehenne accuse les irrigations de permanganate préconisées par M. Kalt d'être irritantes et de n'avoir aucune puissance microbicide. Il est partisan des cautérisations avec la solution de nitrate d'argent au quarantième, mais croit que si dans les cas simples tout médecin peut les pratiquer, parfois elles réclament, pour être bien faites, l'intervention d'un oculiste.

M. Abadie rappelle qu'il y a une quinzaine d'années les Quinze-Vingts ont fait donner l'estampille officielle à un traitement prétendu infaillible de l'ophthalmie purulente. L'acide phénique était alors préconisé, maintenant c'est le permanganate de potasse. Cependant, l'an dernier, dans une maternité de Paris, ces irrigations n'ont pas empêché des enfants de devenir aveugles. Du reste, avant M. Kalt, MM. Terson, Lagrange, Brun ont imaginé des appareils destinés à laver les culs-de-sac, toutefois ces confrères ont soin de recommander les irrigations comme de simples adjuvants de la cautérisation bi-quotidienne au nitrate d'argent. Pour que celle-ci soit efficace dans les cas où le gonflement des paupières empêche de les retourner, il ne faut pas hésiter à donner du chloroforme au malade ou à fendre la commissure externe; le pinceau doit passer sur la muqueuse du cul-de-sac supérieur.

M. Abadie fait remarquer que, en fait d'ophthalmie purulente, il convient d'établir deux variétés de cas, les graves qui réclament l'emploi du nitrate d'argent, les bénins qui peuvent s'en passer, et fournissent les succès sur lesquels les innovateurs se basent pour préconiser sans cesse de nouveaux agents de traitement.

M. Despagnet reproche aux irrigations abondantes et répétées deux ou trois fois par jour de constituer un traitement d'hôpital, qui ne saurait être bien fait en ville, même par les sages-femmes.

M. Valude, après avoir employé autrefois la solution de permanganate à 1/4000, l'a abandonnée comme insuffisante dans les cas graves. Il l'accepte comme adjuvant du nitrate d'argent et **M. Vignes** partage son avis.

M. Trousseau a soigné, conformément aux prescriptions de M. Kalt, 21 enfants dont 18 nouveau-nés. De ces derniers, ceux qui sont entrés dans son service sans accidents cornéens ont tous guéri. Cinq qui, à l'entrée, présentaient des lésions des cornées, sont sortis l'un avec les cornées très nettes, un second avec deux petites tares, les trois autres avec la cornée perforée d'un côté. Même après siccité apparente de la conjonctive, il convient de faire continuer quelque temps les lavages, sans quoi l'écoulement peut reparaître, il est vrai, alors bénin. M. Trousseau a encore remarqué que la substitution au permanganate d'un autre agent, en particulier de l'hyposulfite de soude, lui a donné des résultats moins bons. Les lavages, toutefois, ne sont pas aussi faciles à bien faire que le prétend M. Kalt.

M. Terson le premier a traité les ophthalmies purulentes par les lavages avec le permanganate de potasse, ayant été conduit à essayer cet agent en raison de son efficacité dans la blennorrhagie. Il estime que les irrigations conjonctivales, pour lesquelles il a imaginé un laveur particulier, sont très insuffisantes quand on emploie une seringue; alors même elles sont dangereuses pour les yeux du médecin en raison de la projection des liquides. Il accepte, du reste, l'instrumentation de M. Kalt.

M. Boucheron préfère comme antiseptique dans les cas de conjonctivite purulente l'eau oxygénée.

M. Darier, après avoir essayé les irrigations, les a abandonnées.

M. Gorecki reste fidèle aux cautérisations avec le nitrate d'argent et aux solutions boriquées.

M. Chevallereau s'élève contre le discrédit dans lequel est tombé le crayon mitigé.

Blessures de la cornée et occlusion conjonctivale.

M. Trousseau fait observer que le traitement des blessures de la cornée par l'occlusion conjonctivale, préconisé par M. de Wecker dans la séance du 6 novembre dernier, avait déjà été indiqué par lui dans la séance du 8 mars 1892.

H. Nimier.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 *décembre* 1894.

Action des hautes pressions sur les microbes.

M. Roger. — Il semble établi par de nombreuses recherches que les gaz comprimés atténuent et détruisent les bactéries, mais on n'a pas encore recherché les effets que pourrait produire la simple compression des liquides de culture. J'ai fait, à ce sujet, deux séries d'expériences. Je me suis d'abord servi d'un appareil qui permet de produire des chocs de 250 kilogrammes; le staphylocoque doré, le streptocoque de l'érysipèle, le bacille du côlon, la bactéridie charbonneuse, sporulée ou non, ont été soumis à l'action de cinq à dix chocs successifs et n'ont présenté aucun trouble.

J'ai recherché alors l'influence de pressions plus élevées. J'ai pu soumettre les mêmes cultures à des pressions qui ont varié de 1,000 à 3,000 kilogrammes par centimètre carré, c'est-à-dire de 967 à 2,903 atmosphères. Dans ces conditions, le staphylocoque, le bacille du côlon n'ont éprouvé aucune modification; le charbon sporulé a été légèrement atténué à 3,000 kilogrammes. Le charbon non sporulé supporte parfaitement 1,000 kilogrammes; les pressions de 2,000 et surtout de 3,000 kilogrammes font périr un grand nombre de bâtonnets; ceux qui survivent ne produisent plus chez le cobaye qu'une maladie chronique qui évolue en quinze à vingt jours, tandis que chez les témoins la mort survient en trois jours. Le streptocoque est également altéré par une pression de 3,000 kilogrammes: quelques microbes sont tués; ceux qui résistent se développent plus lentement que les témoins et possèdent une virulence moindre: introduits sous la peau, ils provoquent un érysipèle curable, tandis qu'avant la compression, l'inoculation sous-cutanée produisait une septicémie mortelle.

On peut donc conclure qu'il existe une différence très curieuse entre la sensibilité des bactéries à l'action des gaz comprimés et leur résistance aux simples élévations de pression. Il faut les soumettre à 2,000 ou 3,000 kilogrammes pour obtenir, chez quelques-unes, des troubles appréciables. Les changements de pression qui se passent sur notre globe ne peuvent donc jouer aucun rôle dans les modifications de virulence des agents pathogènes. Enfin, au point de vue pratique, il faut renoncer à l'espoir de stériliser les liquides au moyen de chocs répétés.

La frigothérapie.

M. Raoul Pictet. — La frigothérapie constitue une étude sur les lois du rayonnement à basses températures et les applications toutes nouvelles qui en découlent pour la thérapeutique et les recherches expérimentales en biologie.

Toutes les vibrations calorifiques qui correspondent avec les températures au-dessous de —65° à —67° traversent tous les corps comme la lumière traverse le verre. Les substances mauvaises conductrices deviennent transparentes pour la chaleur. Les rayons froids traversent une pelisse, une couverture de laine, une planche de bois, comme un rayon de soleil traverse une vitre!

Les animaux, sur terre, ne sont jamais soumis à des froids plus intenses que —45° à —50°, et dans ces conditions, les pelisses naturelles dont la nature les a revêtus les protègent parfaitement; par contre, que va-t-il se passer si l'on enveloppe un chien, par exemple, de couvertures et de

duvets réputés *bien chauds* et qu'on place cet animal dans un *puits frigorifique* maintenu à —100° ou —110°?

Les rayons compris entre —65° et + 37°5, température du chien, seront absorbés par la pelisse et les couvertures, ce qui supprimera totalement l'impression *de froid à la peau;* l'organisme de l'animal vivant éprouvera une perte de chaleur due aux rayons compris entre —110° et — 65° qui traversent les couvertures et le duvet pour aller s'absorber dans l'enceinte froide.

Tout le corps du chien va ainsi se refroidir sans que la peau soit engagée comme *agent révélateur* du danger que court l'animal.

Dans ces conditions absolument nouvelles et réalisées pour la première fois par les expériences que j'ai faites dans mon puits frigorifique, j'ai constaté que tout l'appareil digestif reçoit un stimulant si puissant, qu'en quelques minutes une faim *intense* se manifeste ainsi qu'une augmentation de la circulation sanguine. Voici, en effet, ce que j'ai observé sur moi-même :

J'étais atteint depuis plus de six ans d'une affection d'estomac tellement douloureuse que je redoutais chaque digestion, et j'avais perdu presque le souvenir de ce qu'on nomme l'appétit.

Je descendis donc dans le *puits frigorifique* le 23 février 1894, bien entouré d'une pelisse et de vêtements épais. Au bout de *quatre minutes*, l'impression de *fringale* commença, donnant progressivement la *sensation douloureuse de la faim* pendant les quatre minutes suivantes. Je sortis du puits avec un désir impérieux de manger.

Au bout de quelques expériences répétées les jours suivants, les digestions furent absolument bonnes, rapides et *sans douleur.*

Après huit opérations analogues de huit à dix minutes chacune, j'étais *absolument guéri*, et aujourd'hui je n'ai jamais eu d estomac plus valide et plus complaisant.

Je désigne sous le nom de *frigothérapie* cette méthode nouvelle d'agir sur l'appareil digestif; elle consiste, ainsi que je l'ai dit, à utiliser le rayonnement aux très basses températures, opérant sur le patient bien couvert de pelisses.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

RÉUNION LIBRE DES CHIRURGIENS DE BERLIN

Séance du 12 novembre 1894.

Tumeurs de la région iléo-cæcale.

M. Kœrte a eu l'occasion d'observer 13 cas de tumeurs de la région iléo-cæcale. Chez 7 qui ont été opérés, il s'agissait 3 fois de carcinome, 3 fois de tuberculose, 1 fois d'actinomycose. Dans ce dernier cas, le diagnostic avant l'opération a été celui de typhlite chronique. Ce malade succomba 8 mois après, à la généralisation de son actinomycose.

On sait que dans les néoplasmes de la région iléo-cæcale il s'agit presque toujours de carcinome ou de tuberculose. Le début est très insidieux et le seul symptôme qu'on rencontre à cette époque est une constipation opiniâtre, à caractères particuliers. La coprostase peut donner lieu à des complications variables. D'un côté on trouve des phénomènes d'occlusion intestinale avec débâcles périodiques; de l'autre, la présence des matières fécales irrite, ulcère la muqueuse, et les ulcérations deviennent le point de départ d'infections des parties voisines. C'est là l'origine des suppurations péricæcales que l'on prend souvent pour des abcès de pérityphlite. Pourtant, quand on les ouvre, on trouve que la collection est relativement peu volumineuse et entourée de parois très dures. Plus tard, quand on n'intervient pas, les malades se plaignent de fatigue, d'incapacité de travail, etc.

Le diagnostic est difficile. On s'appuie sur la présence d'une tumeur que du reste on confond souvent avec la pérityphlite. L'étude des antécédents permet pourtant d'éviter cette confusion. Le diagnostic entre la tuberculose et le carcinome est souvent impossible. On sait toutefois que la tuberculose est plus fréquente chez les individus jeunes, bien que le cancer puisse se rencontrer chez des individus touchant à la trentaine. Ce qui est également particulier à la tuberculose, c'est le développement de tumeurs irrégulières dans le mésentère et le côlon. Mais souvent le diagnostic ne peut être fait qu'après examen microscopique de la pièce. L'examen de l'urine permettra d'éviter la confusion de ces tumeurs avec celles du rein. Il existe du reste un moyen de diagnostiquer au moins le siège de la tumeur : c'est l'insufflation du rectum.

Le traitement comprend la résection de la tumeur avec entérorrhaphie primitive quand c'est possible. La contre-indication de cette intervention est l'existence de phénomènes d'obstruction intestinale aiguë au moment de l'intervention : dans ces cas on se contentera d'établir un anus contre nature, quitte à intervenir plus tard par une opération plus radicale. La résection peut enfin être impossible quand la tumeur est trop volumineuse et présente des adhérences très étendues. Chez les tuberculeux enfin, l'intervention est contre-indiquée en cas de lésions tuberculeuses concomitantes très avancées d'autres organes. L'opération terminée, il est préférable de drainer la plaie.

Quant aux résultats fournis par l'intervention chez les 7 malades opérés, ils ont été les suivants. Sur les trois tuberculeux opérés, un seul a succombé 8 mois après l'opération, à la tuberculose généralisée. Sur les trois carcinomateux, 2 ont succombé longtemps après l'opération à la généralisation de la tumeur. Un est guéri depuis trois ans. Enfin, dans le cas d'actinomycose, la mort est survenue 8 mois après l'opération.

M. Israël a eu l'occasion d'intervenir dans un cas de carcinome du cæcum avec infiltration des ganglions du mésentère et du méso-côlon. L'ablation de la tumeur suivie d'entérorrhaphie a nécessité la résection de 63 cm. 1/2 d'intestin. Le malade guérit dans d'excellentes conditions.

Les tumeurs cancéreuses du cæcum sont remarquables par la lenteur de leur évolution. Ainsi, M. Israël se rappelle avoir observé un cas où la mort ne survint qu'au bout de 7 ans. A l'autopsie, on trouva un cancer à cellules cylindriques du cæcum. Au point de vue de l'influence de l'âge, M. Israël cite un cas de cancer du cæcum chez un enfant de 7 ans.

Dans un cas d'actinomycose du cæcum considérée pendant la vie comme une pérityphlite, on trouva à l'autopsie une perforation de l'appendice d'origine calculeuse. Le champignon a passé par la perforation pour envahir le tissu rétropéritonéal jusqu'à la colonne vertébrale.

M. v. Bergmann a eu l'occasion d'intervenir plusieurs fois pour tumeur du cæcum. Dans un cas de carcinome où l'on a fait la résection, le malade reste guéri depuis 10 ans. Dans un autre cas, à la place de la tumeur supposée, on trouve l'estomac extraordinairement dilaté. Enfin, comme M. Israël, M. Bergmann a observé deux cas d'actinomycose du cæcum avec perforation de l'appendice par un calcul.

Kystes du mésentère.

M. Brentano a rapporté trois cas de kystes du mésentère, qui se sont présentés dans les conditions suivantes :

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 32 ans qui, quelques jours après avoir reçu un coup dans le ventre, vit se développer une tumeur dans la région du flanc droit. La tumeur lisse, fluctuante, pouvait être délimitée du foie et du rein. Une ponction exploratrice montra que la tumeur était remplie d'un liquide sanguinolent. L'opération montra que la tumeur, qui avait les dimensions d'une tête d'adulte, était un kyste du mésentère, situé tout près de la colonne vertébrale. Guérison.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de 42 ans qui est prise brusquement de phénomènes d'étranglement intestinal aigu. Au 7e jour, débâcle fécale, et alors seulement il est possible de trouver une tumeur volumineuse du flanc gauche reliée par un pédicule à l'utérus. Diagnostic : kyste de l'ovaire. A l'opération, on trouva un kyste du méso-côlon. Enucléation et guérison.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une femme de 21 ans entrée pour une tumeur située à droite de l'utérus. La ponction exploratrice donna issue à du pus. Laparotomie et mise à nu de la tumeur soudée aux anses intestinales. Ouverture par une incision et drainage. Guérison.

On sait peu de choses sur l'étiologie des kystes du mésentère. La symptomatologie se réduit à la présence d'une volumineuse tumeur fluctuante, indépendante du foie, des reins, de l'épiploon, ne suivant pas les mouvements du diaphragme, s'accroissant par poussées. Le traitement est purement chirurgical.

Résection de l'estomac.

M. Borchardt a rapporté un cas de résection du pylore pour cancer chez un homme de 47 ans. Après l'ablation de la tumeur, l'estomac fut fermé par une série de sutures et le duodénum implanté dans la paroi antérieure de l'estomac. Depuis l'opération, le malade a gagné 50 livres. Les fonctions chimiques et motrices de l'estomac se sont complètement rétablies.

M. Boas insiste sur l'importance du diagnostic précoce. On peut le faire dans le cancer en s'appuyant sur les deux faits suivants : 1° absence de HCl libre et présence d'une proportion considérable dans le contenu stomacal ; 2° phénomènes cliniques de stagnation des aliments en l'absence des signes physiques de la dilatation. Ces deux signes permettent de diagnostiquer le cancer avant l'apparition d'une tumeur appréciable.

AUTRICHE

SOCIÉTÉ IMPÉRIO-ROYALE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 9 novembre 1894.

Coxa vara.

M. Schnitzler a présenté un jeune homme avec le diagnostic de coxa vara, affection décrite depuis peu. Il y a trois mois le malade a commencé à boiter et à se plaindre de douleurs dans la hanche et le genou du côté gauche.

Les résultats fournis par l'examen se réduisent à ceci : atrophie du membre inférieur gauche et raccourcissement de 2 cent. 1/2 ; mouvements d'abduction, d'adduction et de rotation très limités ; mouvements de flexion et d'extension libres. On pourrait donc penser à une coxite, à une luxation, etc. En réalité, il s'agit d'un cas de coxa vara produit par l'incurvation du col du fémur qui arrive à former un angle aigu avec le corps de l'os.

Comme étiologie on a incriminé le rachitisme et des conditions de statique. Comme traitement, extension qui fait disparaître les douleurs, et port d'une semelle.

M. Albert pense que cette affection est plus fréquente qu'on ne le pense.

Empyème des sinus frontal et ethmoïdal.

M. Müller distingue dans l'empyème du sinus frontal une forme aiguë et une forme chronique. La première est très rare. Il en a observé trois cas dont un s'est terminé par la mort. Dans les trois cas, l'empyème paraissait devoir être attribué à une attaque antérieure d'influenza. Au début, ce qui peut guider le diagnostic, ce sont l'hémi-céphalalgie, des douleurs lancinantes dans une moitié du nez. Plus tard, il peut survenir du ptosis, de la tuméfaction avec rougeur de la paupière supérieure, de l'exophthalmie, de la diplopie. Ce qui fait éliminer dans ces cas le diagnostic de phlegmon de l'orbite, c'est une tuméfaction minime de la paupière avec un ptosis très accusé.

L'empyème chronique du sinus frontal peut provenir de la forme aiguë ou bien affecter dès le début une marche torpide. La céphalalgie limitée à une moitié de la tête caractérise le début. Plus tard, quand le conduit du sinus est complètement bouché, la cavité se dilate par rétention des produits, qui finissent par se faire jour du côté de l'orbite. Le traitement préconisé par Fuchs, à savoir l'ablation de la paroi antérieure du sinus, suivie de curettage de la muqueuse, aboutit plus rapidement à la guérison que les procédés ordinaires. Toutefois, M. Müller préfère aborder la cavité du sinus par sa paroi inférieure.

L'empyème des cellules ethmoïdales peut se propager à l'orbite de deux façons. Dans une série de cas la perforation a lieu après la tuméfaction de la paupière supérieure et l'exophthalmie ; dans d'autres cas, les cellules ethmoïdales distendues arrivent à former au niveau de l'angle interne de l'œil une tumeur qu'on prend souvent pour un néoplasme. Dans deux cas observés par M. Müller l'empyème s'est ouvert dans le sac lacrymal.

Occlusion intestinale par utérus gravide.

M. Lotheisen a présenté une malade arrivée à la clinique avec des phénomènes d'occlusion intestinale qui semblait produite par une tumeur située derrière le rectum. Comme la colotomie qu'on avait faite en premier lieu n'avait amené aucune amélioration, on pratiqua la laparotomie qui fit voir un utérus rétrofléchi gravide et une tumeur pédiculée de l'ovaire gauche située derrière l'S iliaque La tumeur avec l'ovaire, ainsi que l'ovaire kystique droit, furent extirpés et l'utérus mis en bonne position. La grossesse ne fut pas interrompue et suit actuellement son cours normal.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 14 novembre 1894.

Ulcère rond de l'estomac.

M. Schlesinger. — Il s'agit d'un homme de 28 ans, sujet, depuis 18 mois, à des hématémèses relevant d'un ulcère rond de l'estomac. Le traitement ordinaire, le régime lacté n'amenèrent aucune amélioration. Le régime lacté fut encore essayé quand le malade entra à la clinique, mais, comme tous les phénomènes persistaient comme par le passé et que les douleurs devenaient intolérables, on se décida à essayer l'alimentation par la voie rectale. Le malade recevait notamment trois fois par jour un lavement composé de 200 grammes de lait, de deux œufs, d'une cuillerée à soupe de vin, d'une cuillerée à café de farine de riz et d'un peu de sel de cuisine. Si le lavement n'était pas supporté, on y ajoutait quelques gouttes d'opium. Le lavement nutritif était donné après nettoyage du rectum par un lavement ordinaire.

Dès le second jour de ce traitement, les hématémèses cessèrent, les vomissements s'arrêtèrent et les douleurs devinrent moins violentes. Actuellement, tous les symptômes d'ulcère rond ont disparu et le malade peut être considéré comme guéri.

Le traitement en question a donc pour premier effet de mettre l'estomac au repos absolu. Outre l'ulcère de l'estomac, il donne des résultats très remarquables dans la dilatation de l'estomac, les vomissements habituels de la grossesse, dans le carcinome de l'œsophage, etc.

M. Singer emploie des lavements alimentaires d'une composition analogue et contenant encore un peu de peptone et de glycose. Pour supprimer les sensations de ténesme, il suffit de donner quelques gouttes d'opium.

M. Schlesinger ne met pas de glycose dans les lavements pour la raison que cette substance lui semble irritante pour le rectum.

Traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de sublimé.

M. Neumann a présenté à la *Société dermatologique de Vienne* (séance du 31 octobre) un syphilitique traité par les injections intra-veineuses de sublimé au 37e jour après l'infection, c'est-à-dire avant l'apparition des accidents de la période secondaire. Ces injections n'eurent pas d'effet préventif, et la roséole parut soixante-cinq jours après le chancre.

M. Lang emploie depuis assez longtemps les injections intra-veineuses. Il a constaté que si les injections sont faites tous les jours, on manque bientôt de place par le fait des infiltrations et des thromboses. Aussi actuellement fait-il des injections para-veineuses en comptant sur l'effet de l'endosmose. Les résultats sont assez bons.

M. Kaposi s'élève vivement contre les injections intraveineuses qui constituent une méthode tout à fait dangereuse et ne présentant aucun avantage sur les injections hypodermiques.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 24 au 29 décembre 1894.

Mercredi 26. — M Mazarakis. Contribution à l'étude du traitement de l'étiologie et de l'esthiomène de la région vulvo-anale. — M. Dacheux. La vessie irritable chez la femme. — M. Chaumier. Traitement des congestions actives des voies respiratoires par les enveloppements hydriques. — M. Brumauld des Houlières. Contribution à l'étude de l'amygdalite aiguë. Analogie des orchites amygdaliennes et des orchites ourliennes dans quelques cas particuliers. — M. Oudiné. Curabilité de la cirrhose alcoolique. — M. Levet. Essai clinique sur la claudication intermittente consécutive à l'artérite syphilitique des membres inférieurs.

Jeudi 27. — M. Magenié-Husté. Etude sur le cloisonnement transversal du vagin au point de vue obstétrical. — M Leblais. De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile. — M. Tixeron. Traitement des infections blennorrhagiques de la femme par le permanganate de potasse. — M. Grenouille. La contractilité du muscle vésical à l'état normal et pathologique. — M. Filaudeau. De la rétention d'urine post-traumatique. — M. Legal. Etude sur le traitement chirurgical des prolapsus utérins. — M. Morel. Contribution à l'étude clinique de la tuberculose de l'omoplate.

Samedi 29. — M. Sauvage. Essai sur les abcès froids de la langue. — M. Fort. Traitement de la métrite par la solution de chlorure de zinc à un dixième. — M. Cocheril. Essai sur la restauration du pavillon de l'oreille.

Prix des thèses devant la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon pendant l'année 1892-1893.

a) *Médaille d'argent :* MM. Cl. Martin, Rosenthal, Remlinger, Hirtz, Biraud, Saint-Paul.

b) *Médailles de bronze* : MM. Chatin, Tarrasse, Rivière, Bonnet, Guichard.

c) *Mentions honorables* : MM. Lyonnet, Gounon, Gaurand, Alonget-Gaget, Roux, Tournier, Georges Vellat, Croizat, Chavigny, Vigier, d'Arlhac, Choupin, Marrau.

d) Pour les thèses de pharmacie, M. Carrez a obtenu une mention honorable.

Fidèle à ses traditions, la Faculté de médecine attend deux ans avant de faire connaître les noms des docteurs en médecine dont les thèses lui paraissent dignes d'une récompense.

VARIÉTÉS

Hôpitaux de Paris. — Sauf modifications, les mutations suivantes auront lieu le 1er janvier prochain dans les services chirurgicaux des hôpitaux de Paris.

M. Championnière passe de Saint-Louis à Beaujon, M. Reynier de Tenon à Lariboisière, M. Nélaton de Tenon à Saint-Louis, M. Preugrueber de la Maison municipale de santé à Tenon, M. Gérard-Marchant d'Ivry à Tenon, M. Tuffier du Bureau central à la Maison municipale de santé et M. Picqué du Bureau central à Bicêtre.

Asile de Bron. — Le concours de l'internat de l'asile d'aliénés de Bron vient de se terminer par les nominations suivantes : internes titulaires, MM. Foy, Audemard et Papillon; internes suppléants, MM. Bourcyron et Naussac.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix proposés pour 1895
(Concours clos fin février 1895).
(*Suite*).

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1,500 francs). — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence) des missions scientifiques d'intérêt médico-chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins.

PRIX NATIVELLE (300 francs). — A l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIT OULMONT (1,000 francs). — A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat — (Médecine).

PRIX PERRON (3,800 francs), — A l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

PRIX PORTAL (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique des tumeurs de la parotide.*

PRIX POURAT (1,200 francs). — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.*

PRIX PHILIPPE RICORD (600 francs). — A l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

PRIX VERNOIS (700 francs). — Au meilleur travail sur l'hygiène.

CLINIQUE MÉDICALE

Hopital Necker. — Service du prof. Dieulafoy.

De la mort par hémorrhagie dans la lithiase biliaire, par G. Marion, interne des hôpitaux, aide d'anatomie.

Aux chapitres des livres classiques traitant des complications de la lithiase biliaire, dans tous les travaux parus sur ce sujet, en particulier dans la thèse d'agrégation de Mossé, 1880, il n'est fait nulle mention de la mort par hémorrhagie. L'observation suivante est donc, je crois, la première publiée, du moins en France. Voici le fait :

R..., J..., âgée de 60 ans, blanchisseuse, entre le 18 juillet 1894 à l'hôpital Necker, salle Monneret.

Cette malade vient à l'hôpital pour des douleurs dans le flanc droit et la jaunisse.

Le début de ces accidents remonte à trois semaines. C'est alors que des douleurs sont apparues dans la région hépatique, s'irradiant dans l'épaule droite. En même temps la malade a ressenti des vertiges et de la faiblesse, mais n'a jamais perdu connaissance. Elle n'a pas eu de frissons.

L'ictère est survenu huit jours après le début des douleurs.

Aujourd'hui les douleurs sont encore vives, toujours dans la région du foie. L'ictère est très prononcé, caractérisé par une belle teinte jaune d'or. Les urines sont foncées, presque noires, et le matin sont complètement décolorées.

Aucune autre particularité : l'état général de la malade est excellent.

Du reste, cette attaque de colique hépatique n'est pas la première ; la malade y est sujette. Depuis deux ans elle a présenté trois attaques d'une durée de trois semaines environ chacune.

Il s'agit donc de coliques hépatiques bien caractérisées.

Les jours suivants, nulle modification.

Le 1er août, l'ictère commence à disparaître; la malade se sent mieux.

Le 12 août, la malade a été agitée dans la nuit; elle a eu de nouveau des douleurs très vives. Le matin, à la visite, elle se plaint d'oppression ; l'externe, M. Choppin, la fait asseoir pour l'ausculter. A ce moment, elle est prise d'un violent frisson; on la recouche. Quelques instants après il se produit tout à coup une débâcle sanguine par la bouche, le nez et l'anus; débâcle d'une telle abondance que le lit et le parquet sont inondés de sang. Peu à peu la malade se refroidit et meurt au bout d'une demi-heure. Au moment du frisson la température avait été prise : elle était de 36°.

Une mort dans de telles conditions, étant donné le diagnostic, donnait un intérêt extrême à l'autopsie. A l'ouverture de l'abdomen on trouve dans la région hépatique, immédiatement au-dessous du foie, un amas de caillots au milieu desquels se trouve un calcul gros comme un œuf de pigeon.

La cavité qui contient ce calcul s'ouvre d'une part dans le péritoine dans lequel s'est fait un épanchement considérable de sang, d'autre part dans l'angle supérieur du duodénum; si bien qu'il y a deux orifices duodénaux, l'un faisant communiquer la cavité avec la portion horizontale; l'autre avec la portion verticale. Ces orifices sont de date ancienne et bien cicatrisés sur les bords.

La cavité qui représente les restes de la vésicule biliaire est formée en haut par le tissu hépatique recouvert d'une couche fibreuse, en bas par une masse indurée qui englobe les canaux cystique et cholédoque impossibles à disséquer. Cette masse est reconnue pour être un cancer des voies biliaires, si fréquent dans la lithiase.

A la coupe le foie présente dans son épaisseur des noyaux jaunâtres du volume d'une noix à celui d'une petite orange. Ces noyaux sont également des noyaux cancéreux secondaires.

Nombreux ganglions dans le voisinage.

Veine porte intacte.

Le pancréas, l'estomac, le petit intestin, à part le duodénum perforé et soudé à la vésicule biliaire, sont parfaitement sains.

En somme, nous avions affaire à un calcul biliaire, compliqué de carcinome des voies biliaires s'étant terminé par hémorrhagie. Le sang s'était écoulé par l'estomac, par l'intestin, et probablement, n'ayant pas une voie de sortie assez large, il avait déterminé la rupture de la vésicule biliaire et avait pu pénétrer dans le péritoine. Mais quelle était la cause de cette mort par hémorrhagie ? Etant données la situation des caillots au niveau de la vésicule biliaire et l'intégrité de la veine porte, une déchirure de l'artère hépatique, ou de l'une de ses branches, pouvait seule expliquer l'hémorrhagie formidable, cause de la mort.

Malheureusement l'artère hépatique, facile à trouver avant sa pénétration dans la tumeur cancéreuse, devenait impossible à distinguer plus loin, tous les tissus se confondant, et nous ne pûmes confirmer notre hypothèse.

A l'occasion de ce cas de mort par hémorrhagie dans la lithiase biliaire, M. le professeur Dieulafoy, surpris au plus haut point tout d'abord, nous raconta qu'il y a quelques années, il avait eu à soigner, en ville, une jeune fille atteinte de coliques hépatiques. Cette jeune fille, un peu plus tard, se trouvant à la campagne, avait été prise d'une nouvelle crise de coliques et, quelques jours après, on annonçait à M. Dieulafoy que la malade venait de succomber par hémorrhagie. Jusqu'alors ce fait était resté pour lui inexpliqué; il était probable, après l'autopsie de notre malade, que cette jeune fille était bien atteinte de lithiase biliaire comme le diagnostic avait été porté, et que, comme elle, elle avait succombé à une hémorrhagie par déchirure de l'artère hépatique.

Cette déchirure de l'artère hépatique devait bientôt nous être confirmée par une autre observation. En effet, quelques jours plus tard, en parcourant la *Semaine médicale* du 15 août 1894, il nous tombait sous les yeux le compte rendu d'un travail de Schmidt sur les anévrysmes de l'artère hépatique dans la lithiase biliaire. Le cas qu'il rapporte est identique au nôtre ; il s'agit d'une femme qui à plusieurs reprises avait souffert de violentes coliques hépatiques. Elle mourut à la suite d'une série d'hémorrhagies ; et à l'autopsie, plus heureux que nous, l'auteur trouva un anévrysme de la branche droite de l'artère hépatique; anévrysme dont la rupture avait amené la mort. A propos de ce fait, Schmidt rappelle les cas, au nombre de cinq seulement, ceux de Stokes, de Lebert, de Quincke, de Borchus et de Chiari, d'hémorrhagie par rupture d'anévrysme de l'artère hépatique, mais sans lithiase biliaire, par conséquent ne nous intéressant pas.

En somme, la complication que nous signalons doit être une complication exceptionnellement rare, étant donné le silence de tous les auteurs à ce sujet. Etant connue elle deviendra peut-être plus fréquente, car il a pu se faire jusqu'ici qu'une mort par hémorrhagie chez un hépatique restât, faute d'autopsie, sans explication ; tel le cas de M. Dieulafoy.

En terminant, nous faisons remarquer que nous ne précisons rien au sujet du siège de la déchirure vascu-

laire cause de l'hémorrhagie; la rupture de l'artère hépatique n'est qu'une hypothèse appuyée sur le nombre et le siège des caillots, sur l'abondance de l'écoulement de sang, et sur l'observation de Schmidt; mais non sur l'examen direct, celui-ci ayant été impossible. Il est probable du reste qu'une déchirure de l'artère cystique ou même de la veine porte pourrait causer les mêmes accidents.

Dans notre observation, il y avait coïncidence de lithiase et de cancer; peut-être ce dernier a-t-il joué un certain rôle dans cette hémorrhagie en préparant l'artère à l'ulcération; cependant son rôle ne doit être que secondaire, puisque, dans le cas de Schmidt, il n'y avait pas de tumeur, et que dans le cas de M. Dieulafoy, la malade étant une jeune fille, il était peu probable qu'il y en eût.

Le sérum antidiphthérique à l'étranger.

Les travaux parus à l'étranger depuis notre dernier bulletin (v. *Mercredi médical*, 21 novembre 1894, n° 47, p. 577) ont pleinement confirmé les espérances qu'a éveillées la nouvelle méthode et définitivement consacré la valeur thérapeutique du sérum.

La récente communication de MM. Moizard et Perregaux à la Société médicale des hôpitaux (v. *Mercredi médical*, 12 décembre 1894, n° 50, p. 613) suffit déjà à elle seule pour emporter la conviction, et si nous tenons à présenter au lecteur une étude d'ensemble des faits signalés à l'étranger, c'est qu'il s'agit là d'une question d'actualité qui passionne littéralement le monde médical.

La question a été surtout étudiée dans les Sociétés. Pour éviter les répétitions à l'occasion de chaque communication, disons de suite que les faits relatifs à l'action locale et générale du sérum, aux complications, à l'importance du moment auquel on commence le traitement, signalés dans les travaux que nous aurons à analyser sont les mêmes que nous avons déjà signalés dans notre précédent bulletin, à savoir amélioration de l'état local au bout de 24 à 36 heures, chute de la fièvre au bout de 48 à 72 heures, apparition dans quelques cas d'albuminurie tantôt précoce, tantôt tardive, mais toujours légère, apparition d'érythèmes scarlatiniformes, ortiés, noueux, etc.; guérison presque certaine de la diphthérie à bacille de Lœffler, guérison fréquente de la diphthérie polymicrobienne.

Ceci étant dit, nous pouvons passer aux statistiques.

A la *Société médicale de Hambourg* (séance du 13 novembre), Rumpf (1) a présenté une statistique de 26 cas chez des enfants de 10 mois à 12 ans, avec 7 trachéotomies. Deux enfants, tous les deux trachéotomisés, ont succombé. La mortalité a donc été de 8 0/0 contre 13 0/0, chiffre habituel tiré des statistiques des années précédentes.

Bokai (2), qui a essayé le sérum de Behring chez 36 enfants dont 13 intubés, a perdu 5 malades dont un seul sur les intubés. La mortalité totale a donc été de 14.4 0/0 contre une mortalité de 42 à 63 0/0 que donnent les statistiques des années précédentes. Les effets du sérum sont particulièrement appréciables chez les intubés, chez lesquels la mortalité est tombée à 7.5 0/0 de 34 0/0 en moyenne qu'on avait dans les séries précédentes.

A la *Société médicale de Kœnigsberg* (séance du 12 novembre) Hilbert (3) a apporté les résultats du traitement par le sérum essayé à la clinique de la Faculté sur 11 enfants de 2 à 13 ans, dont 2 atteints de croup. Le résultat a été très net : tous les enfants ont guéri. Les années précédentes la mortalité par diphthérie a été en moyenne de 23.8 0/0.

(1) *München. medic. Woch.*. 20 nov. 1894.
(2) *Soc. méd. de Buda-Pest*, séance du 27 oct. 1894.
(3) *Berlin. klin. Woch.*, 26 nov. 1894, p. 1084.

La statistique présentée par Bærger (1) à la *Société médicale de Greifswald* (séance du 19 novembre), sans être aussi heureuse que celle de Hilbert, n'en est pas moins décisive : sur 30 diphthériques, dont 5 ont été trachéotomisés, 2 seulement ont succombé, soit une mortalité de 7 0/0 contre la mortalité moyenne de 14.5 0/0 des années précédentes. Sur les 2 enfants qui ont succombé, 1 avait été trachéotomisé, ce qui donne une mortalité de 4 0/0 pour la diphthérie et une mortalité de 20 0/0 pour le croup.

La statistique de Hayer (2), présentée à la *Société médicale de Magdeburg* (séance du 8 novembre), rappelle celle de Hilbert : 25 cas de diphthérie chez des enfants de huit mois à seize ans, avec un seul cas de mort, chez l'enfant de huit mois, dont la diphthérie vint compliquer une scarlatine.

A la *Société pédiatrique de Moscou* (séance du 7 novembre), Filatoff (3) a rapporté douze cas traités par le sérum avec deux morts. La plupart de ces cas étaient extrêmement graves et auraient sûrement succombé avec les autres modes de traitement.

Parmi les travaux relatifs à la question du sérum, nous avons à signaler celui de Sonnenburg (4) sur les cas traités à l'hôpital de Moabit. Son travail est particulièrement intéressant, en ce que le sérum de Behring a été employé à deux reprises après un intervalle de huit mois environ, pendant lequel on eut recours à un autre traitement. Les résultats de ces deux grandes séries furent les suivants :

Sur 95, dont 31 trachéotomisés, 16 ont succombé, soit une mortalité de 17 0/0, avec une mortalité de 23,5 0/0 chez les trachéotomisés. Sur 114 enfants traités par les autres procédés, et dont 47 avaient subi la trachéotomie, 32 ont succombé, soit une mortalité de 27,6 0/0 avec une mortalité de 38 0/0 chez les trachéotomisés.

Mya (5) rapporte une statistique de 17 cas traités avec le sérum de Behring et ayant donné deux morts sur les dix trachéotomisés. Citons enfin le travail de Charon (6) relatif à 13 cas de diphthérie dont 11 avec trachéotomie, traités par le sérum de Roux. Sur ces 13 enfants, deux ont succombé, tous les deux injectés *in extremis*.

Les faits que nous avons rapportés sont assez nombreux et assez probants pour ne pas continuer cette énumération fastidieuse et pour nous permettre de signaler simplement les cas isolés publiés dans les journaux anglais et américains,

***

La *valeur prophylactique* du sérum n'est pas moins certaine que sa valeur curative. Les travaux publiés ne laissent aucun doute sur ce point. Ainsi Schuler (7) a renoncé à l'isolement des diphthériques dans les familles et se contente de faire des injections de sérum aux personnes de l'entourage du malade. Sur 36 enfants qu'il a vaccinés dans ces conditions, aucun ne tomba malade. Il cite encore dans son travail le fait suivant : Récemment une épidémie de diphthérie grave éclate dans un pensionnat berlinois, frappe 12 enfants sur 65, et amène la

(1) *Münch. med. Woch.*, 27 nov. 1894.
(2) *Centralb. f. innere Med.*, 1er décembre, p. 1121.
(3) *Vratch*, 17 novembre 1894, p. 1377.
(4) *Deut. med., Woch.*, 13 décembre 1894.
(5) *Lo sperimentale*, 1894, n° 34.
(6) *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1894, t. III, p. 337.
(7) *Allgem. med. Central. Zeit.*, 1894, n° 88.

mort de deux. On vaccine les autres et aucun des vaccinés ne contracte la diphthérie.

Baumer (1) cite également deux faits fort probants. Dans une famille où il y avait cinq enfants pris de diphthérie, on vaccine le sixième. Sur les cinq malades deux ont succombé ; le sixième resta indemne. L'autre fait observé par Beumer est le suivant : Une épidémie de diphthérie éclate dans une crèche et frappe trois nourrissons. On vaccine les quatorze autres, qui restent bien portants.

Hilbert (2) a fait de son côté 64 inoculations préventives dans des familles où il y avait des diphthéritiques. Les inoculations échouèrent six fois, mais tous ces six enfants eurent une diphthérie très légère. Or, d'après une statistique établie par Hilbert, la mortalité dans la diphthérie contractée au lit du malade est en moyenne de 27,9 0/0.

R. Romme.

REVUE DES CONGRÈS

66e RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Tenue à Vienne du 24 au 30 septembre 1894.

Hydrocéphalie chronique et son traitement.

M. Ranke (Munich) fait observer que le diagnostic précoce, fort difficile, de l'hydrocéphalie, doit s'appuyer sur l'apparition des phénomènes spasmodiques du côté des membres. Tantôt très légers, ces phénomènes peuvent, dans certains cas, aboutir à de véritables contractures. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Quelquefois il existe du laryngospasme et des stigmates de rachitisme. Le diagnostic différentiel doit être fait avec la raideur des membres inférieurs chez les enfants nés avant terme, qui est phénomène tardif et ne s'accompagne pas d'hydrocéphalie, et avec la tétanie intermittente où l'on trouve le phénomène de Trousseau.

Dans un cas d'hydrocéphalie chronique très avancée chez un enfant de 10 mois, M. Ranke fit la ponction suivie d'injection de 20 centimètres cubes de teinture d'iode diluée, après évacuation de 350 grammes de liquide. L'enfant tomba dans le collapsus, mais se rétablit vers la soirée. Au bout de 48 heures, albuminurie et fièvre de 40°. La température ne redevint normale qu'au bout de 15 jours, et l'enfant finit par se rétablir. La circonférence de la tête a diminué de 2 centimètres. Mort au bout de quelque temps de gastro-entérite.

Diphthérie et tubage à Vienne.

M. Widerhofer (Vienne) qui, depuis 1862, se trouve à la tête de l'hôpital d'Enfants de Sainte-Anne, fait observer que, de 1859 à 1861, il n'y eut pas de diphthérie à Vienne. En 1862 apparaît le croup : les cas sont peu nombreux, peu graves et jusqu'en 1864, la mortalité par trachéotomie reste à 10 0/0. En 1865, la diphthérie devient fréquente et prend une forme gangréneuse. Depuis cette époque, elle augmente progressivement de fréquence (109 cas en 1876 et 643 en 1893) et donne une mortalité de 50 0/0. De 1862 à 1888, la mortalité fournie par la trachéotomie était en moyenne de 40.7 0/0. Elle a baissé depuis l'introduction du tubage qui a fait baisser le nombre de trachéotomies. Ainsi, au lieu de 218 trachéotomies faites en 1888, on en a fait 58 seulement en 1893. En 1890, on a fait 132 intubations, en 1893, 169. Actuellement, on ne fait la trachéotomie que dans les diphthéries très toxiques compliquées de paralysies précoces.

Pseudo-diphthérie d'origine septicémique.

M. Epstein (Prague) a observé plusieurs cas de diphthérie septique chez des nourrissons, relevant d'une infection du sang et caractérisée par l'absence du bacille de Lœffler. Cette angine frappe principalement les nourrissons affaiblis. La température reste normale ou bien il existe de l'hypothermie. La fausse membrane recouvre le voile du palais, la luette, l'épiglotte, le pharynx, envahit même l'œsophage, sans descendre dans le larynx. La structure de cette fausse membrane est la même que dans la diphthérie vraie. Le diagnostic différentiel doit être fait avec le muguet et il est d'autant plus difficile que la coexistence de ces deux affections n'est pas rare.

Dans un cas examiné récemment, le sang renfermait des streptocoques 48 heures avant l'apparition de l'angine dont les fausses membranes, comme cela a lieu toujours, renfermaient des streptocoques et des staphylocoques, mais pas de bacilles diphthériques.

Pour M. Epstein ces angines pseudo diphthériques relèvent d'une infection du sang, d'origine intestinale.

M. Fischl a observé un cas très analogue chez un nourrisson atteint de gastro-entérite et présentant en même temps du muguet. L'examen a pu démontrer l'indépendance des deux processus : muguet et pseudo-diphthérie.

M. Bernheim (Zurich) a trouvé, dans ses recherches sur les injections mixtes dans la diphthérie, que les streptocoques favorisent le développement des bacilles diphthériques dont ils augmentent la virulence. Le rôle des staphylocoques est sous ce rapport moins net.

Adénopathie trachéo-bronchique.

M. Seitz, après avoir passé en revue la symptomatologie objective et subjective de l'adénopathie trachéo-bronchique, a insisté sur les difficultés du diagnostic et du diagnostic différentiel. Pour lui, à la période avancée cette affection n'est diagnostiquée que par le contraste entre les troubles fonctionnels considérables et l'insignifiance des données fournies par l'examen objectif.

M. Fischl (Prague) considère comme pathognomonique l'existence d'une adénopathie cervicale, de chaque côté du sterno-mastoïdien, se continuant avec les ganglions intra-thoraciques.

M. Heubner recommande pour ces cas l'emploi de la tuberculine, en se basant sur ce fait que l'adénopathie trachéo-bronchique relève d'une tuberculose.

M. Widerhofer considère comme très importantes au point de vue diagnostique : 1° L'expiration sonore persistante au niveau de la bronche gauche ;

2° La matité dans le premier espace intercostal ;

3° La bronchite tenace avec amaigrissement.

L'alcool dans les affections aiguës des enfants.

M. Hertyka (Vienne). — L'alcool est un agent thérapeutique indispensable dans un grand nombre d'affections fébriles aiguës chez les enfants. Il agit comme stimulant dans la pneumonie, l'érysipèle, les anémies graves, partout où le collapsus paraît imminent. Il constitue pour l'organisme malade un aliment d'épargne en agissant en même temps comme stimulant dans les affections de longue durée comme la fièvre typhoïde, la diphthérie.

L'alcool ne doit pas être employé à doses anti-pyrétiques, mais même à petite dose il appuie l'action des médicaments hypothermiques. L'organisme infantile supporte fort bien l'alcool et est d'autant plus sensible à son action qu'il y est moins habitué.

Leucémie.

M. Vehsemeyer (Berlin), en s'appuyant sur une statistique de 600 cas, fait observer que la leucémie est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. La proportion serait comme 1 à 1,7. Le plus grand nombre de cas s'observe chez les hommes, à l'âge de 20 à 30 ans ; chez les femmes, à l'âge de 30 à 40 ans. Le traumatisme joue un rôle étiologique peut-être trop déprécié.

La leucémie est une auto-intoxication par des produits albuminoïdes toxiques. Les expériences faites dans cette direction sur des chiens lui ont permis de produire chez ces animaux une leucocytose progressive.

(1) *München. med. Woch.*, 27 novembre 1894.
(2) *Loc. cit.*

Tuberculoses locales.

M. Scheimpflug. — 1° Le traitement conservateur de la tuberculose locale chez les enfants ne doit pas être purement expectatif;

2° Les traitements hygiénique, médicamenteux et orthopédique ne peuvent remplacer le traitement chirurgical proprement dit qui doit tendre à enlever dans la mesure du possible les foyers tuberculeux afin d'arriver aux résultats fonctionnels satisfaisants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *décembre* 1894.

PRÉSIDENCE DE M. J. ROCHARD.

Election du Bureau pour 1895.

M. Hervieux est nommé vice-président, par 44 voix sur 78 votants, contre 30 à M. Panas et 4 bulletins blancs.

M. Cadet de Gassicourt est réélu secrétaire annuel par acclamation. De même M. Caventou, trésorier.

MM. Colin (L.) et Tillaux sont nommés membres du conseil.

Paralysie angineuse.

M. Proust communique une observation de M. Bourges sur une paralysie consécutive à une angine pseudo-membraneuse reconnue non diphthérique à l'examen bactériologique. On sait combien on a discuté sur ces paralysies angineuses dont Gubler affirmait énergiquement l'existence; certains auteurs, se fondant sur l'impossibilité d'affirmer cliniquement et d'une façon catégorique le diagnostic d'une angine pseudo-membraneuse, ont toujours nié l'existence de ces paralysies. Dans le cas de M. Bourges, le premier où soit donnée la démonstration bactériologique, il s'agit d'un enfant de 7 ans, chez lequel la paralysie affecta le voile du palais, les membres inférieurs et les muscles oculaires. Guérison en 1 mois 1/2. L'angine était à streptocoques, et la mère de l'enfant contracta une angine pseudo-membraneuse également à streptocoques.

Résultats éloignés des opérations pour affections non cancéreuses de l'estomac.

M. Doyen communique les résultats éloignés de 25 opérations. Sur ces 25 malades 11 étaient atteints de sténoses pyloriques ou duodénales; il les laisse de côté, la gastro-entérectomie étant l'opération indiquée en pareil cas. Les 14 autres comprennent : 1° six malades atteints de dyspepsie grave sans ulcère appréciable; 2° huit étaient atteints d'ulcère gastrique ou duodénal éloigné du pylore.

Les malades qui ont guéri ont cessé de souffrir au sortir du réveil chloroformique; leurs gastrorrhagies ont cessé et leur nutrition est redevenue satisfaisante.

Ces observations prouvent que les symptômes gastriques pénibles sont dus à la stagnation des aliments, stagnation qui est sous la dépendance d'un spasme réflexe du pylore.

Le cœur forcé et surmenage dans les exercices de sport.

M. B. Teissier (Lyon). — Chez dix coureurs arrivés au but, la pointe du cœur a paru déviée à droite de 2 à 3 centimètres; chez un seul coureur, atteint d'insuffisance aortique et arrivé le second sans fatigue, la pointe a été abaissée; comme conséquence de cette déviation de la pointe, la base restant fixe, on a observé une augmentation notable de la matité précordiale. Cette augmentation tient évidemment à une dilatation des cavités droites, comme le montrèrent la déviation de la pointe et les résultats de l'auscultation.

Les tracés cardiographiques recueillis montrent la brièveté de la systole et sa brusquerie; on retrouve les caractères des battements du cœur forcé, décrits par M. Pitres.

Chez tous les coureurs, la pression artérielle a baissé au moins de 6 centimètres de mercure.

Le mécanisme de ce phénomène paraît tenir : 1° au surmenage, à la fatigue générale; 2° aux produits toxiques sécrétés. Il y a un certain degré d'hyperexcitabilité musculaire qui paraît dû aux produits toxiques accumulés dans le sang. Il y a une diminution légère mais constante de l'excitabilité faradique, une augmentation de la contractilité galvanique; le réflexe patellaire a toujours disparu. Chez deux tiers des sujets il y avait une albuminurie appréciable et une augmentation de la proportion d'urée.

Ces résultats paraissent établir que ces exercices, poussés à leurs extrêmes limites, ne sont pas exempts de danger.

Hernie congénitale du diaphragme comprenant l'estomac, une portion du foie, du côlon transverse et de l'intestin grêle, avec refoulement consécutif du cœur à droite.

M. Clozier lit une observation portant ce titre et relative à un enfant né à terme et mort au bout de deux jours.

Mort par coup de chaleur.

M. Vallin discute le travail lu dans l'avant-dernière séance par M. Laveran sur la pathogénie et le mécanisme du coup de chaleur. Dans ses expériences sur des animaux, on trouvait le cœur dur, revenu sur lui-même, ce qu'il explique par ce fait que la myosine se coagule à 45 ou 46°. Ces résultats ont été constatés sur plus de 25 chiens et un plus grand nombre de lapins. M. Valin exposait ses animaux à la chaleur lumineuse et radiante, M. Laveran les soumettait à la chaleur obscure; cette différence dans le mode d'expérimentation peut expliquer la différence des résultats. De même M. Valin, contrairement à M. Laveran, n'a trouvé dans le sang de ses animaux qu'une très petite proportion d'oxygène. Il faudrait donc reprendre ces expériences et les contrôler contradictoirement.

M. Lancereaux. — Deux faits m'ont frappé dans la communication de M. Vallin, c'est la contracture du cœur et sa vacuité. Chez des malades morts dans ces conditions, on trouve le cœur revenu sur lui-même et vide. C'est une mort dans la systole qui peut être due à une irritation du pneumogastrique.

M. Laborde. — L'irritation du bout périphérique pneumogastrique amène l'arrêt du cœur en diastole.

M. Lancereaux. — Alors je demande à M. Laborde de nous expliquer le mécanisme de la mort dans ces cas.

M. Vallin. — Au moment même de la mort, dans ces cas, il est impossible d'obtenir aucune contraction du cœur.

M. Lancereaux. — Ce que vient de dire M. Vallin confirme ce que j'ai vu. Dans aucun de ces cas je n'ai vu rappeler un mort à la vie.

Note sur la compression forcée dans le traitement des névrites périphériques traumatiques.

M. Delorme. — J'exerce une pression forcée avec les pouces, sur les points qui sont le siège d'une hyperesthésie ; le plus souvent il suffit d'une seule séance prolongée dans la mesure des forces du chirurgien. Dans quelques cas il faut y revenir après plusieurs jours.

On observe alors la cessation des douleurs irradiées; les troubles trophiques, sueurs, œdème, cyanose, disparaissent également.

Le premier malade chez lequel j'ai utilisé la compression portait depuis 22 ans une kéloïde cicatricielle consécutive à un coup de feu. Sept fois on fit sans succès l'ablation de cette kéloïde dont le moindre frôlement provoquait des douleurs très vives. Deux séances de compression espacées de huit jours ont suffi à la guérir, et la guérison se maintient depuis deux ans.

M. Delorme rapporte huit observations analogues. Ces faits amènent à s'arrêter à quelques données de physiologie pathologiques dignes d'intérêt.

Ceux qui croient qu'un tronc nerveux devenu douloureux à distance est très altéré se laissent aller à des opérations radicales. Par ces interventions à distance, on peut amener la guérison des malades, mais au point de vue des troubles fonctionnels considérables, chaque fois qu'il sera permis de choisir entre les deux méthodes, il sera préférable de recourir à la compression qui ne provoque aucun dégât.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 14 *décembre* 1894.

Ulcère de l'estomac.

M. Chaput a pratiqué la gastro-entérostomie sur un homme de 45 ans qui présentait des troubles digestifs depuis 1885. On avait observé au début des vomissements et des éructations. Ces symptômes avaient disparu au bout de six mois. En 1892, les accidents reparaissent, accompagnés cette fois d'hématémèse et de mélæna, et compliqués d'œdème malléolaire. On fit le diagnostic de cancer de l'estomac, et le traitement par le chlorate de soude fut institué. L'amélioration parut telle que le malade put être présenté comme guéri. Toutefois dès cette époque, à la suite de l'analyse du suc gastrique, un doute avait été émis sur l'existence du cancer. En 1894, M. Chaput voit le malade. Il était rentré à l'hôpital pour récidive de ses accidents antérieurs : vomissements, hématémèses, mélæna. On percevait une tumeur assez nette dans la région épigastrique. Opérant pour le diagnostic d'ulcère de l'estomac, M. Chaput se décide à l'intervention et pratique la gastro-entérostomie. Malgré l'opération les vomissements continuent. Le malade meurt au bout de deux jours. A l'autopsie on trouve un ulcère de l'estomac typique, occupant la paroi postérieure, et communiquant avec une poche abcédée située entre cette paroi postérieure et le pancréas.

Dégénérescence descendante des cordons postérieurs.

M. Durante a pu constater, à la suite d'une hémorrhagie cérébrale, des lésions de dégénérescence descendante très nette dans les cordons postérieurs de la moelle. Au niveau des tubes nerveux lésés, on trouve, comme dans la dégénérescence wallérienne typique, un gonflement notable du cylindre-axe devenu par places tortueux, comme contourné en S, au milieu des altérations de la myéline.

Ostéomyélite prolongée.

M. Picou a observé un cas d'ostéomyélite prolongée ayant déterminé de l'ankylose de presque toutes les articulations du tarse, et de l'articulation tibio-tarsienne. La première poussée d'ostéomyélite a eu lieu dans l'enfance, et entraîné de l'équinisme. A 15 ans parut un nouveau foyer. De 15 à 19 ans rien ne se produisit. En septembre dernier parut de la tuméfaction, et un abcès en avant de la malléole externe, puis de nombreux trajets fistuleux se formèrent. L'amputation dut être pratiquée. On peut constater sur une coupe verticale des os de la jambe, passant par l'articulation tibio-tarsienne, la disparition de la cavité articulaire, et la fusion des os de la jambe et du tarse. De plus il y a raréfaction très nette du tissu osseux au niveau des parties lésées.

Cancer chez le chien.

M. Pilliet montre des coupes de cancer de la mamelle chez le chien. Il s'agit d'épithélioma colloïde. Seulement la dégénérescence colloïde est plus considérable que dans le cancer analogue chez la femme. Un autre cancer des glandes péri-anales chez le chien est constitué par de l'épithélioma pavimenteux lobulé, et a absolument les mêmes caractères que chez l'homme.

F. Potier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 *décembre* 1894.

Polypes naso-pharyngiens.

M. Verneuil, reprenant l'observation des deux malades qu'il a présentés l'an dernier à la Société (Voy. *Mercredi*, 1893, p. 194 et 220) se déclare une fois de plus partisan de la voie palatine et de la méthode lente. Pour juger du résultat définitif, huit mois ne suffisent pas, dans le cas de M. Tuffier : d'ailleurs, M. Tuffier n'abuse pas de la méthode dite radicale, car chez cinq autres malades il a employé le procédé de douceur. Jusqu'en 1878, M. Verneuil a attaqué ce procédé; depuis, une hémorrhagie mortelle l'a converti, et dans un mémoire qui va paraître bientôt il a réuni en abondance des documents prouvant qu'elle est fréquente quand on agit en une seule séance. Il faut le premier jour fendre simplement le voile au thermocautère, et attaquer ensuite la tumeur par des cautérisations à l'acide chromique. Pour surveiller *efficacement* la récidive, il faut laisser la porte pendant très longtemps ouverte. Enfin, contrairement à l'opinion de divers orateurs, de M. Championnière par exemple, M. Verneuil croit que plus le polype est grave par lui-même, plus il faut le traiter par de petites opérations.

M. Picqué, depuis le malade dont il a entretenu la Société (voy. *Mercredi*, 1893, p. 194 et 209), a eu l'occasion d'en opérer trois, et d'aider M Berger pour un quatrième. Chez le premier de ces malades, la restauration du voile s'est faite spontanément. L'hémorrhagie immédiate est abondante, mais grâce à la position de Rose et à la compression méthodique, on en vient à bout et on évite le passage du sang dans les voies aériennes, en sorte que M. Picqué a renoncé à la trachéotomie préventive, dont il s'était fait le champion l'an dernier. Mais il reste partisan de la voie palatine. Quant à la restauration immédiate, outre qu'elle empêche de surveiller bien la récidive, elle doit être proscrite comme empêchant le tamponnement exact du naso-pharynx, tamponnement indispensable pour être maître de l'hémorrhagie immédiate, et aussi des hémorrhagies secondaires, dont M. Piqué a observé deux exemples.

M. Berger a vu appliquer souvent les opérations parcimonieuses et successives, et avec de bons résultats quelquefois. Mais parfois aussi, pendant ce traitement si long, où il y a souvent un peu de septicité, les malades s'affaiblissent, s'anémient. Aussi, pour un polype de volume modéré, vaut-il mieux faire l'exérèse en une seule séance.

Mais par quelle voie? Sauf exceptions rares, la voie palatine est de beaucoup la meilleure, avec la position de Rose et sans trachéotomie préliminaire. Pour arrêter l'hémorrhagie, le fait capital est d'enlever vite et complètement toute la tumeur, comme M. Verneuil l'a enseigné autrefois à M. Berger.

Pour la restauration immédiate, M. Berger y est opposé : il insiste à la fois sur les arguments donnés par M. Picqué et sur la nécessité de surveiller la récidive dès le début.

M. Quénu maintient que la nature de la tumeur domine l'indication : pour le sarcome, l'extirpation en un seul temps est seule applicable. Pour le vrai polype naso-pharyngien, c'est-à-dire le fibrome télangiectasique, la voie palatine est la meilleure, mais, comme l'a dit M. Berger, il faut enlever toute la tumeur d'un coup. Mais M. Quénu persiste à conseiller la restauration immédiate : il trouve même que c'est le meilleur procédé pour donner un point d'appui au tampon destiné à arrêter le sang.

M. Segond présente un malade auquel il a pratiqué la gastrostomie par le procédé ordinaire et dont la bouche stomacale fonctionne parfaitement bien.

M. Quénu présente une pièce de gastro-entérostomie. La malade a succombé en 42 heures, mais le bouton de Murphy a donné un affrontement parfait.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 *décembre* 1894.

Présidence de M. Chauveau.

Tuberculose du foie chez les oiseaux et les mammifères.

MM. Gilbert et **Cadiot** ont continué leurs recherches sur la tuberculose du foie chez les oiseaux. Cette fois, ils ont étudié la tuberculose du foie du cygne. Comme dans leurs études précédentes, ils ont pu constater chez le cygne une tendance à la transformation fibreuse de la tuberculose hépatique avec cirrhose interstitielle très nette.

Chez les mammifères, la tuberculose du foie se présente sous deux formes : la forme nodulaire et la forme infiltrée. La première est la plus commune et présente ceci de parti-

culier que les tubercules très volumineux sont appréciables à l'œil nu, et qu'au point de vue histologique, les tubercules renferment un très petit nombre de cellules géantes. Sous ce rapport, la tuberculose des mammifères se distingue nettement de la tuberculose humaine.

La forme infiltrée est rare. Le foie paraît pâle, volumineux, et les lésions tuberculeuses ordinairement très accusées ne sont décelées qu'à l'examen microscopique. On voit alors que tous les espaces portes et la moitié des lobules sont transformés en tissu tuberculeux. Les lésions portent sur le tissu conjonctif et sur la cellule hépatique, mais sont relativement rares. La dégénérescence amyloïde et pigmentaire des cellules hépatiques, la nécrobiose et la dégénérescence graisseuse sont rares.

Elimination du chlorure de sodium par l'estomac.

MM. Brunel et **Surmont** (Lille) exposent dans une note le résultat de leurs expériences sur des chiens auxquels ils injectaient, dans le tissu cellulaire ou les veines, une solution de chlorure de sodium et examinaient ensuite, par le procédé de Hayem-Winter, le suc gastrique. Les expériences en question, faites à des intervalles variables avant ou après le repas d'épreuve, ont montré que les injections en question provoquaient une diminution de l'acidité totale du suc gastrique, une diminution de la chlorhydrie et une augmentation des chlorures. Les auteurs en concluent que le chlorure de sodium injecté dans les veines ou le tissu cellulaire souscutané s'élimine par les veines.

Les chloraloses.

M. Richet a continué ses recherches sur la chloralose. En faisant agir le chloral sur la xylose et la rabinose, il a obtenu deux nouvelles espèces de chloralose, la rabino-chloralose et la xylo-chloralose. La première, la rabino-chloralose, est dépourvue des propriétés strychnisantes et est deux fois moins hypnotique que la chloralose. La xylo-chloralose, par contre, est dépourvue complètement des propriétés hypnotiques, mais possède un pouvoir strychnisant considérable.

MM. Abelous et **Biarnès** (Toulouse) ont envoyé une note sur le pouvoir oxydant du sang et des tissus chez les animaux.

M. Bordier (Bordeaux) a envoyé une étude sur la contraction musculaire par l'étincelle statique.

M. Fabre-Domergue fait une communication sur un procédé de conservation des animaux colorés avec leur pigment naturel.

M. Retterer fait une communication sur la constitution du tarse chez le lapin.

M. Gley dépose au nom de **M. Castex** (Lille) une note sur les variations de conductibilité du son par la masse gazeuse pulmonaire.

M. Haué rapporte un cas d'hématémèse chez une neurasthénique.

M. Pachon montre un chat auquel il a pratiqué l'extirpation complète de l'estomac. Ce chat digère mieux la viande cuite que la viande crue, fait qui a été déjà constaté par M. Pachon et par d'autres observateurs dans des conditions analogues.

R. Romme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 *décembre* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Discussion sur la sérumthérapie dans la diphthérie.

M. Le Gendre. — Ayant organisé à Trousseau la sérumthérapie, mais n'ayant conservé le service que douze jours, je n'ai traité que 21 malades amenés comme suspects de diphthérie. Malgré sa faiblesse, ce chiffre n'est pas à dédaigner, car il reproduit toutes les divisions de la statistique des 231 cas observés par M. Moizard.

Sur ces 21 cas ayant les apparences cliniques de la diphthérie, il y a seulement 17 diphthéries vérifiées par la culture et l'examen microscopique. Sur ces 17 cas authentiques, il faut déduire un croup mort sur la table d'opération au moment de son entrée, avant d'avoir reçu le sérum. Restent donc 16 diphthéries traitées ; elles ont donné 2 décès (1 croup avec broncho-pneumonie, 1 angine avec accidents cardiaques). Mortalité 12,5 0/0, presque identique à celle de M. Moizard. Si j'ajoute 2 cas traités en ville et guéris, j'aurai, sur 18 cas, 2 décès, soit une mortalité d'environ 11 0/0.

Sur 6 croups, 3 ont guéri sans opération, contre toute attente. Il n'est pas douteux qu'ils doivent au sérum de n'avoir pas été opérés, car si, de tout temps, on a signalé des croups confirmés, avec tirage permanent et accès réitérés de suffocation, ayant guéri sans opération, ces faits toujours été exceptionnels, et la triple répétition d'une telle exception en si peu de jours, serait vraiment trop extraordinaire.

Trois croups ont été trachéotomisés et ont guéri avec une rapidité remarquable. Je pense donc qu'on ne doit pas abandonner la trachéotomie, comme on l'a proposé, puisque, grâce au sérum, elle devient une opération à suites beaucoup plus simples et rapides. Le tubage, qu'on voudrait lui substituer, est passible d'une grave objection dans la pratique : le danger de l'obstruction instantanée du tube par une fausse membrane, danger qui ne peut jamais être prévu et qui menace l'intubé d'une mort rapide si le tube n'est pas aussitôt enlevé. D'où la nécessité absolue pour le médecin de rester en faction auprès de son malade.

Dans la majorité des cas j'ai observé, avec M. Pochon, mon interne, une élévation de température de quelques dixièmes après l'injection de sérum.

Il existe des accidents éventuels post-séro-thérapiques apparaissant quinze à vingt jours après l'injection de sérum et pouvant durer quatre à huit jours. Outre les érythèmes, on peut observer des vomissements réitérés, des garde-robes diarrhéiques et fétides, une élévation thermique, de la dépression ou de l'excitation, de la phosphaturie, de l'urobilinurie.

Ces accidents paraissent d'une fréquence très variable suivant le cheval qui a fourni le sérum. Aussi sera-t-il très utile de savoir quels seront, parmi les cent et quelques chevaux déjà immunisés et dont le sérum sera mis en circulation dans quelques jours dans toute la France, ceux dont le sérum peut donner lieu à des accidents post-séro-thérapiques.

L'injection du sérum ne prévient pas nécessairement les accidents post-diphthériques tels que les paralysies et la néphrite. J'ai soigné une petite fille de cinq ans qui, dix jours après être sortie du pavillon Bretonneau et considérée comme guérie, est rentrée dans le service avec une paralysie du voile du palais et une néphrite si grave qu'elle a failli succomber.

L'injection du sérum ne fait pas disparaître toujours les bacilles de la diphthérie. En effet, dans le cas dont je viens de parler, ils existent encore aujourd'hui — 75 jours après l'inoculation — dans la salive. Ils ont, il est vrai, perdu leur virulence pour le cobaye.

Au moment où tous les praticiens vont avoir à discrétion le sérum antidiphthérique, il est, je crois, prudent d'insister sur ce fait qu'il s'agit d'une substance médicamenteuse dont l'étude physiologique expérimentale sur les animaux n'a pas encore été poussée assez loin pour qu'il soit possible d'en affirmer l'absolue innocuité et d'en réglementer la posologie chez l'homme. L'avenir seul, et une observation prolongée des malades inoculés pouvant combler cette lacune regrettable, les médecins devront user du sérum avec discrétion et ne pas se laisser pousser par les familles à en injecter des doses excessives ni trop précipitées. Je ne me résoudrai pour ma part à en injecter, sauf en cas de danger imminent et surtout de croup, que lorsque le diagnostic bactériologique sera établi. Je n'en injecterai pas préventivement, car c'est seulement en cas de diphthérie prouvée que je me crois le droit de mettre en balance un danger certain et un danger hypothétique.

M. Lebreton. — Le roulement du service de la diphthérie à l'hôpital des Enfants-Malades me laissant encore pour un mois à ce service, je me réserve d'apporter à la Société, au début de l'année prochaine, le résultat complet de la statistique des trois mois de sérothérapie que j'ai pu pratiquer. Je veux seulement aujourd'hui, en regard des

résultats de M. Moizard, vous donner les résultats des mois d'octobre, de novembre et début de décembre. Les voici en deux mots : soit 242 malades entrés à la diphthérie sans en excepter un seul, en comptant même un enfant entré trachéotomisé pour un polype du larynx, avec broncho-pneumonie et sans diphthérie, nous avons eu *28 décès*, soit en tout : 11.66 0/0. Si l'on supprime les cas de mort avant 24 heures de séjour, nous arriverions à près de 8 0/0.

Les trachéotomies sont au nombre de *23,8 décès*, soit 34.77 0/0. Quant aux tubages que nous pratiquons le plus possible, ils nous ont donné les résultats les plus encourageants et nous les continuons de grand cœur en ce moment : sur *48* intubations nous avons eu 14 décès, soit 29.1 0/0; j'ajoute que les résultats les plus récents sont encore meilleurs; depuis le mois de novembre jusqu'aujourd'hui, nous avons fait 33 tubages avec 8 décès seulement, soit 24 0/0 environ.

J'insiste sur ces résultats au point de vue de la thérapeutique complémentaire de la sérothérapie, à l'hôpital des Enfants *aucun traitement local n'est appliqué*; deux lavages sont faits par jour avec 50 centimètres cubes de liqueur de Labarraque pour 1 litre d'eau, mélange qui ne peut avoir aucune valeur curative. Cette observation, étant donnés les résultats, amènerait à penser que le traitement local est tout au moins inutile.

M. Sevestre. — J'ai pris le service de la diphthérie à l'hôpital Trousseau le 1er décembre; il y a, par conséquent, trop peu de temps pour que je puisse vous donner une statistique des cas traités. Je me réserve de le faire plus tard et je me bornerai aujourd'hui à vous dire que les résultats observés confirment absolument les conclusions de mon collègue M. Moizard.

Je crois cependant devoir attirer l'attention sur un cas particulier : nous assistons en ce moment à une recrudescence de la diphthérie et ce matin j'ai trouvé dans mon service 14 malades nouveaux, ce qui portait à 54 le nombre des enfants en traitement.

Il nous est donc impossible de garder les malades aussi longtemps que cela serait nécessaire et ils sont rendus à leur famille souvent au bout de 6 à 8 jours, quelquefois même après 3 jours seulement.

En outre, la proportion des cas graves est notablement plus élevée depuis quelques jours et j'ai reçu cette semaine plusieurs enfants malades depuis 5, 6 et 8 jours et qui pendant tout ce temps avaient été traités exclusivement par des badigeonnages plus ou moins régulièrement faits; ils avaient la gorge remplie de fausses membranes, mais sont aujourd'hui en voie de guérison; d'autre part, les formes toxiques ne sont pas rares.

En raison de ces deux circonstances : augmentation du nombre des entrées, gravité plus grande des cas, il est permis de prévoir que nous ne tarderons guère à observer un encombrement qui a pu être évité jusqu'ici.

L'installation actuelle du service de la diphthérie va se trouver insuffisante et cependant nous ne voyons pas que l'on songe à commencer les travaux dont l'exécution semblait décidée.

Comme je demandais il y a quelques jours si la solution approchait, on m'a répondu que *le projet suivait la filière*; nous savons trop ce que cela veut dire. Aussi je demande la permission de signaler ce fait à la vigilance de nos collègues qui font partie du Comité d'hygiène des Hôpitaux. Si dans quelques mois les résultats du traitement de la diphthérie par le sérum anti-toxique sont moins satisfaisants qu'aujourd'hui, il ne faudra pas en accuser la méthode elle-même ni la façon dont elle aura été appliquée, mais simplement l'encombrement des salles dû aux lenteurs administratives.

Un cas de pneumonie du vague.

M. Hanot rapporte une observation de pneumonie consécutive à des lésions du pneumo-gastrique. Ces sortes de pneumonies sont désignées à l'étranger sous le nom de pneumonies du vague. Il s'agissait dans le cas présent d'une compression du pneumo-gastrique par des ganglions du médiastin, causée par un épithélioma du poumon. La pneumonie se présentait avec les caractères d'une névrose étendue avec suppuration.

M. Duflocq communique une observation de morphinomanie traitée par la méthode de la suppression rapide.

MM. Ballet et **Henriquez** présentent à la Société un corps thyroïde de mouton ayant subi des injections de suc thyroïdien.

H. Vaquez.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 *novembre* 1894.

Nouveau phénomène entoptique.

M. S. Tchiriew. — J'ai aperçu pour la première fois, au mois de mai dernier, un nouveau phénomène entoptique que j'observe depuis lors sans pouvoir l'expliquer par les particularités de la structure de l'œil et dont voici la description :

Les fenêtres de ma chambre à coucher sont tournées à l'occident. En me réveillant, certain jour du mois de mai, entre trois et quatre heures du matin, et en regardant le plafond blanc, encore faiblement éclairé, j'aperçus que tout l'espace que pouvaient embrasser mes regards était bariolé d'un réseau de carrés d'une forme assez régulière ; les lignes de ce réseau étaient plus claires, le fond était plus foncé. Si je regardais ce réseau un temps plus long qu'il n'en faut pour un simple coup d'œil, il disparaissait. Si je fermais les yeux et si, quelques instants après, je regardais de nouveau le plafond, j'apercevais encore le réseau qui, après avoir été visible pendant quelques dixièmes de seconde, disparaissait derechef.

En répétant plusieurs fois la même expérience, c'est-à-dire en fermant les yeux et en regardant successivement le plafond, j'ai obtenu chaque fois le même dessin. Mais à mesure que je continuais cette observation, le réseau devenait de moins en moins visible et finissait par disparaître entièrement. Alors j'ai eu beau fermer les yeux et regarder ensuite le plafond, le phénomène n'a plus reparu.

Au mois de juin, ce phénomène m'apparut environ à la même heure (entre trois et quatre heures du matin). Par contre, les mois suivants, juillet, août, septembre, il se produisit plus tard; enfin en octobre je n'ai pu l'observer qu'entre six et sept heures du matin.

Le résultat du mesurage de ces carrés fut que, sur la rétine, ils avaient de tous les côtés un peu moins d'un millimètre carré de longueur.

Pour expliquer ce phénomène, il faut admettre, en raison de ce que les cloisons des carrés paraissent plus claires que le fond, que la perception par la rétine se produit suivant ces cloisons; et, en prenant en considération que la couche extérieure de la rétine, à savoir la couche des cônes et des bâtonnets, est la seule sensible à la lumière, on doit aussi admettre que c'est dans cette couche que se produit la perception. Enfin, ces cloisons ayant la forme de réseaux rectangulaires, on doit admettre encore que, dans les couches antérieures de la rétine, il existe des figures ayant la même forme et grandes de moins d'un millimètre carré chacune, et que, conformément à celles-ci, les couches antérieures de la rétine perçoivent plus aisément la lumière que les autres.

Sur le chlore, dit organique, de la sécrétion gastrique.

M. H. Lescœur. — En 1892, j'ai indiqué les inconvénients de la méthode de MM. Hayem et Winter pour apprécier la quantité du chlore dit organique dans la sécrétion gastrique et j'ai proposé, en collaboration avec M. Malibran, une disposition permettant de recueillir les produits chlorés et de les titrer directement. Il résulte de mes nouvelles recherches que le chlore dégagé du suc gastrique par la chaleur, à l'état d'acide chlorhydrique, évalué en bloc, est susceptible de mesures précises et paraît avoir une signification physiologique simple. Mais la distinction entre l'acide chlorhydrique faiblement combiné, et surtout la notion de *chlore organique*, sont loin d'avoir la même simplicité. Il y aura lieu, pour l'application clinique, à préciser ces données.

Séance du 3 décembre.

Désinfection des matières fécales.

M. H. Vincent communique le résultat de ses expériences d'après lesquelles le *sulfate de cuivre* est le meilleur agent de désinfection des matières fécales et du contenu des fosses d'aisances, surtout si l'on prend le soin de renforcer son activité en ajoutant, aux matières fécales à désinfecter, 10 0/0 de leur volume d'*acide sulfurique*. Voici les conclusions auxquelles est arrivé M. Vincent :

1° Pour les *selles normales*, putréfiées ou non, mélangées à de l'urine et à la température de 16° en moyenne, la désinfection est obtenue en vingt-quatre heures si l'on emploie une proportion de sulfate de cuivre égale à 6 grammes pour 1,000 centimètres cubes ou 6 kilogrammes pour un mètre cube.

2° Pour la désinfection des *selles des typhiques* et la destruction du *bacille d'Eberth*, la proportion du sulfate de cuivre n'est plus, dans les mêmes conditions que tout à l'heure, que de 5 grammes pour 1,000 centimètres cubes ou 5 kilogrammes pour un mètre cube d'excréments.

3° Pour la désinfection des *selles des cholériques*, il suffit enfin de 3 gr. 50 de sulfate de cuivre pour 1,000 centimètres cubes d'excréments.

Dans les deux derniers cas, douze heures suffisent pour la désinfection.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS

Séance du 3 décembre 1894.

Présidence de M. Bouloumié.

Des frictions mercurielles : influence des bains sulfureux, et de la cure thermale sulfureuse, sur leur action.

M. Cathelineau. — Cette communication est extraite d'un mémoire déjà publié, dont la première partie ne rentre pas dans le cadre des études hydrologiques.

L'emploi des frictions mercurielles détermine plus ou moins rapidement, comme on le sait, de la salivation et de la stomatite; or il n'est pas rare, au cours d'un traitement thermal aux stations sulfureuses, de voir administrer des frictions quotidiennes de 10 à 15 grammes d'onguent, pendant trois à quatre semaines, sans déterminer aucun accident de saturation.

M. le professeur Fournier, recherchant la cause de ce fait, a déterminé le travail de l'auteur.

Déjà M. Elsenberg s'était livré à une enquête à ce sujet auprès d'un certain nombre de syphiligraphes: des expériences personnelles lui avaient démontré que l'emploi simultané des frictions et des bains sulfureux donnait dans les urines une élimination de mercure très inférieure à celle qu'on observe chez les individus faisant des frictions seulement.

Les spécialistes interviewés diffèrent d'opinion : les uns condamnent l'association, les autres la préconisent ; ces derniers sont surtout les médecins pratiquant aux stations sulfureuses, et appuient leur dire sur la clinique.

Un fait est à retenir : M. Kadkine (Caucase) constate que le mercure, sous l'influence de bains chauds simples et de bains sulfurés, apparaît dans l'urine de gens antérieurement soumis à un traitement mercuriel, alors qu'on ne pouvait plus l'y déceler avant les bains, le traitement remontât-il à quatre ans.

M. Finger (Vienne) observe le même fait.

M. Cathelineau a institué ses expériences en employant le bain sulfureux de la pratique courante, qui n'est autre qu'une solution de trisulfure de potassium (100 grammes pour un bain).

Dix malades soumis aux frictions mercurielles et prenant un bain sulfureux chaque jour, éliminent par les urines en moyenne 0,032 milligr. de mercure en 24 heures, alors que dix autres malades soumis aux mêmes frictions et ne prenant pas de bains, en éliminent de 0,048 à 0,049 milligr. dans le même temps.

Donc sous l'influence des bains sulfureux à base de trisulfure de potassium, l'élimination du mercure par les urines se traduit par une diminution de près d'un tiers : le traitement mercuriel dans ces conditions est en partie neutralisé, le mercure déposé sur la peau se trouvant transformé en sulfure insoluble, par suite non absorbable.

Quant aux résultats contradictoires observés par MM. Kadkine et Finger, ils peuvent s'expliquer par les considérations suivantes : l'auteur étudiant à Barèges l'action des Eaux sulfureuses sur les phénomènes de la nutrition, a montré que ces eaux, qu'elles soient prises en boisson ou en bains, produisent : augmentation de la diurèse, accélération des échanges dans le sein de l'organisme, qui se traduit par une augmentation du résidu fixe de l'urée, du coefficient d'oxydation, de l'acide urique, avec gain d'acide phosphorique et perte de poids du corps.

Cette accélération des échanges pourrait expliquer l'élimination du mercure antérieurement accumulé dans l'organisme.

M. A. Robin. — Il serait difficile d'enlever de l'esprit des médecins que l'association du traitement mercuriel avec le traitement sulfureux est absolument normale : cette notion est ancienne et au siècle dernier Belloc et Astruc insistaient sur l'augmentation de la tolérance au mercure par l'emploi des eaux sulfureuses. Les expériences de M. Cathelineau ne sont pas en contradiction avec cette opinion et d'ailleurs, il a bien soin de distinguer l'action du bain sulfureux de celle des cures sulfureuses.

Est-ce que d'autres recherches analogues ne sont pas susceptibles d'éclairer la question ? Le mercure n'est pas le seul métal administré thérapeutiquement ou absorbé, qui s'accumule dans l'organisme : le plomb et l'arsenic se comportent de même, et s'accumulent en se combinant aux matières albuminoïdes des cellules. Chez tous les malades ainsi imprégnés, une partie du métal s'élimine par les urines, une autre s'accumule et, s'il se produit une excitation de la désassimilation, l'élimination est plus active. Un saturnin vient à l'hôpital pour des coliques de plomb, on le baigne, on décape sa surface cutanée ; la colique cesse et on ne constate pas de plomb dans ses urines. Si on lui administre de l'iodure de potassium, le plomb réapparaît dans les urines, par suite de l'action désassimilatrice du médicament.

Donc, les expériences démontrant l'action excitatrice du Barèges sur la nutrition, et ce qu'on sait sur le mode d'élimination des métaux, suffisent à expliquer le rôle joué par les eaux sulfureuses dans l'élimination du mercure et justifient leur emploi combiné au traitement mercuriel.

M. de Lavarenne fait observer que M. Cathelineau a expérimenté sur des malades d'hôpital qui sont en général peu soigneux de leur peau : peut-être le seul fait de les baigner facilite-t-il l'absorption du mercure en rétablissant les fonctions de la peau. Le bain sulfureux provoque d'autre part une activité cutanée plus marquée que le bain simple.

M. Cazaux a observé de nombreux cas où, cliniquement, le traitement mercuriel interne, mixte ou non, était admirablement supporté au cours de la cure sulfureuse.

M. Sénac-Lagrange cite deux faits cliniques en faveur de ce traitement combiné : l'un est un cas d'aphasie syphilitique, l'autre un cas de syphilide ulcéreuse du pharynx traitée pendant six mois par le mercure sans résultat apparent, et guérie rapidement après l'emploi de la cure sulfureuse associée.

M. Suchard reçoit à Lavey des malades syphilitiques avec mission de leur faire suspendre le traitement mercuriel pendant la cure : les résultats n'en sont pas moins excellents au point de vue spécifique, et sembleraient dus, dès lors, à la mise en action, par les eaux sulfureuses, du mercure accumulé.

M. Caulet a observé, pendant 24 ans de pratique à Saint-Sauveur, qu'on ne parvient pas à provoquer la salivation mercurielle chez les malades faisant une cure sulfureuse, alors qu'on l'obtient si facilement quand on n'emploie que les bains sulfureux ordinaires. La cure thermale provoque en effet une série de phénomènes qui lui sont propres, et distinguent très nettement son action de celle des bains sulfureux.

Ray. Durand-Fardel.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON (1)

Séance du 28 *novembre* 1894.

Présidence de M. Colrat.

Ictus laryngé.

M. Leclerc fait une communication sur un cas d'ictus laryngé primitif.

Il s'agit d'un homme de 48 ans, alcoolique et syphilitique. A 35 ans, il eut un accès d'apoplexie laryngée, puis un accès de goutte et deux autres ictus laryngés. Deux ans après, il fut atteint de diabète. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, il urinait moins de 2 litres et avait 28 grammes de sucre par 24 heures et une petite quantité d'albumine.

Ses accès laryngés se présentèrent trois fois dans les mêmes conditions et furent identiques. Il ressentit tout à coup, après le repas, un chatouillement à la gorge suivi de toux et perdit connaissance quelques secondes seulement.

Ce vertige laryngé n'était pas dû à l'ébriété, ni à une lésions laryngée. L'épilepsie ni le tabes ne peuvent être soupçonnés. Il ne s'agissait pas d'une sorte d'asphyxie pa la toux, qui n'était pas excessive. On peut admettre comme mode pathogénique une action nerveuse directe à distance.

M. Bard demande pourquoi on ne range pas ces accès dans la période préataxique.

M. Leclerc. — Ce malade a eu un accès il y a dix ans; les réflexes sont normaux et il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

M. Weill a assisté à une crise telle que l'a décrite M. Leclerc; il croit qu'il ne faut pas trop s'en rapporter au récit du malade.

M. Leclerc répond qu'il a fait le diagnostic d'après le premier récit du malade, sans l'interroger.

M. Pic fait remarquer que les artères du malade sont athéromateuses.

Pseudarthrose et greffe osseuse.

M. Vallas présente une malade opérée, il y a 15 mois, pour une pseudarthrose de la jambe, consécutive à une fracture de la jambe au 1/3 inférieur. La consolidation, après six mois d'immobilisation, était vicieuse, et les deux fragments faisaient un angle saillant en avant. M. Vallas, après incision des téguments, vit que le fragment inférieur avait glissé au-dessus du fragment supérieur dont l'extrémité était arrondie. Celle du fragment inférieur était effilée. Les deux étaient réunis par du tissu fibreux. Les fragments, remis en place au moyen d'une ostéotomie oblique du péroné, ne se touchaient plus que par une petite portion, à cause de l'effilement de l'un des fragments.

Pour remédier à cet inconvénient, M. Vallas détacha du fragment supérieur des copeaux osseux, au nombre de 10 à 12, qu'il rejetta sur le fossé sur lequel reposait le fragment inférieur. Il fit ensuite une suture du périoste et des parties sus-jacentes, et mit une attelle plâtrée. La réunion se fit par première intention.

Six semaines après, la malade sortait de l'hôpital avec une consolidation régulière, solide et un cal non douloureux.

Elle est revenue à cause d'un *morbus coxæ senilis*, à marche rapide. On trouve déjà une luxation pathologique de la hanche.

Dans ce cas, intéressant à cause des résultats orthopédiques, il a employé la greffe osseuse fragmentaire qui donne de bien meilleurs résultats que la greffe par gros fragments. Mais la greffe n'a été ici qu'un adjuvant et non la cause de la formation du cal.

M. Poncet se rattache à la manière de voir de M. Vallas quand il dit qu'il faut, pour que la greffe osseuse soit utile, un terrain spécial, irritation médullaire ou autre, à laquelle la greffe sert d'adjuvant.

M. Augagneur compare les résultats de la greffe osseuse à ceux de la greffe épidermique. Une greffe étendue ne donne aucun résultat. Si l'on place de petits fragments, ceux-ci deviennent le point de départ d'une cicatrisation par îlots. Cela provient de ce que la greffe n'est pas une vraie greffe, mais une sorte d'engrais qui détermine, par un processus mal connu, l'activité formative des cellules jusque-là indifférentes.

M. Vallas est de l'avis de M. Augagneur au point de vue de l'action des greffes épidermiques, mais non si l'on a en vue des greffes dermo-épidermiques qui sont de vraies greffes.

Actinomycose.

M. Garcin présente une malade atteinte de lésions destructives de la cavité buccale ayant débuté au niveau de dents cariées, ayant évité la ligne médiane, et ayant évolué sans phénomènes réactionnels, sans gonflement ou douleurs, semblant des lésions syphilitiques. Elles ont été rapportées à l'actinomycose après l'examen microscopique.

M. Dor a fait l'examen microscopique des grains jaunes; il a pu colorer les massues; il peut donc affirmer le diagnostic d'actinomycose.

M. Poncet. — Si l'on ne connaissait pas les résultats de l'examen microscopique, le diagnostic semblerait être syphilis tertiaire. L'actinomycose peut donc se présenter avec une forme destructive semblable à la syphilis.

M. Augagneur. — Cette lésion destructive diffère un peu des lésions syphilitiques qui débutent par le voile du palais et la région médiane et respectent les bords alvéolaires. Elle ressemble à la nécrose phosphorée. Malgré tout, il serait difficile de faire un autre diagnostic que celui de syphilis, si l'examen microscopique ne démontrait l'actinomycose. Celle-ci débute, dans l'espèce bovine, par le maxillaire.

M. Bérard fait une communication sur un cas d'actinomycose qui simule les lésions d'une phthisie à la dernière période.

M. Dor fait remarquer que ce cas a pris naissance à Lyon, dans la rue Sébastien-Gryphe. Le malade habitait dans une maison où les murs, adossés à un amas de fumier, étaient couverts de moisissures.

Séance du 5 *décembre* 1894.

A propos du procès-verbal.

M. Garel. — Je tiens à faire remarquer que l'ictus laryngé n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire. Avec mon ancien interne, M. Collet, je vais publier, dans le cours de ce mois, un mémoire contenant vingt-quatre observations personnelles. L'ictus laryngé présente un ensemble de symptômes caractéristiques qu'il est impossible de confondre avec l'épilepsie. Il survient chez des arthritiques, des goutteux ou des diabétiques, mais seulement durant les périodes de bronchite. On a eu tort de le confondre avec la crise laryngée tabétique qui consiste plutôt en un spasme de la glotte.

Calcul vésical volumineux, formé autour d'un haricot.

M. Gangolphe. — Le nommé F. D..., jardinier, âgé de 35 ans, se présente à la clinique de M. le professeur Ollier se plaignant de douleurs très vives et d'incontinence d'urine. Le sujet, vigoureux, paraît souffrir beaucoup, soit spontanément, soit sous l'influence de la marche. Par le cathétérisme, à l'aide d'une sonde de gomme, on constate la pression d'un calcul; le col n'est franchi qu'avec difficulté, l'instrument étant arrêté par le calcul; l'explorateur de Guyon ne peut être introduit. Le toucher rectal révèle la présence d'un calcul volumineux remplissant complètement le fond de la vessie; combiné avec le palper hypogastrique, il permet de saisir entre les doigts ce calcul.

Le malade raconte que, cinq ou six mois auparavant, se trouvant gris, une fille lui aurait introduit probablement un haricot dans le canal.

La taille hypogastrique fut pratiquée, mais l'extraction du calcul fut très laborieuse. Le calcul, saisi fortement par une pince solide, est attiré en avant et maintenu entre les lèvres de la plaie, tandis que, de la main gauche, l'opérateur déplissait la vessie qui était exactement collée au calcul. Il n'y avait pas d'adhérences, mais une sorte d'adhésion analogue à celle qui est réalisée lorsqu'on applique un morceau de cuir mouillé sur un caillou.

Le calcul enlevé mesure une circonférence de 15 centimètres

(1) A partir d'aujourd'hui nous emprunterons à la *Province médicale* ses comptes rendus.

pour la plus grande, de 13 cent. pour l'autre. La forme est ovoïde, allongée; la petite extrémité est tournée du côté du col de la vessie, tandis que la grosse, arrondie, est moulée dans le bas fond vésical.

Les suites opératoires furent simples et le malade sortit guéri, trois semaines plus tard, urinant par la verge.

Cette observation paraît intéressante non seulement par la consistance, le volume du calcul, les difficultés de son extraction, mais aussi à cause de l'incontinence d'urine que présentait le sujet. Chez les calculeux, cette incontinence signifierait volume considérable de la pierre.

Fracture de l'extrémité inférieure de la jambe.

M. Gangolphe présente un malade de 48 ans opéré à la Croix-Rousse le 15 mars 1892. Il présentait une fracture du type Pouteau-Dupuytren. Malgré l'application d'une ou plusieurs attelles plâtrées, le pied gauche se trouvait dévié en valgus très marqué; la marche n'était pas possible. Il est à noter que le sujet, porteur d'une coxalgie ancienne du côté droit, faisait porter à peu près toujours le poids du corps sur la jambe fracturée; de telle sorte que la marche tendait à accentuer de plus en plus la déviation en valgus, qui se trouvait corrigée au moment où l'on avait enlevé l'appareil plâtré. Il résolut de fixer la malléole interne par deux points de suture après ostéotomie du col péronier; la malléole interne fut ramenée en dedans et fixée à son ancien point d'implantation. Une attelle plâtrée fut appliquée par-dessus le pansement.

Les suites furent simples. Le sujet marche admirablement; pas de raccourcissement, pas de déviation du pied, pas d'ankylose.

Ce fait et d'autres plus récents recueillis dans le service de M. le professeur Ollier viennent encore à l'appui des conclusions formulées dans la thèse de Hubert (Lyon, 1894) et prouvent l'excellence de l'opération préconisée par l'orateur dans le traitement des fractures anciennes ou récentes du type Pouteau-Dupuytren.

Syphilis du larynx.

M. Garel présente un malade atteint de sténose cicatricielle du pharynx d'origine syphilitique.

M. Augagneur. — La déformation du malade de M. Garet, consécutive à la syphilis, n'est pas rare. Elle est simplement rare par l'étendue de la lésion.

Au point de vue opératoire, il y a deux indications: 1° rendre plus facile le passage de l'air; 2° dilater l'orifice par où passent les aliments.

La première indication est la plus pressante; en effet, un traumatisme de la paroi thoracique ou une maladie aiguë de l'appareil respiratoire seraient excessivement graves chez ce malade.

La déformation présentée par ce malade rappelle un cas de Richet publié dans ses leçons cliniques (1872) qui fendit le voile du palais sur sa partie moyenne et vit une amélioration.

M. Garel attire l'attention sur la dysphagie prolongée, qu'on doit rapporter, dit-il, à la syphilis toutes les fois qu'elle a une durée de plus de trois semaines. Cet axiome, vrai peut-être pour les accidents primaires ou secondaires, quoique la dent de sagesse puisse amener de la dysphagie, est beaucoup trop absolu pour la syphilis tertiaire. A cette période, la syphilis buccale ne se traduit pas toujours par de la dysphagie, et des gens non syphilitiques, tuberculeux ou cancéreux, peuvent avoir de la dysphagie.

M. Garel a voulu dire que la dysphagie prolongée indiquait la syphilis, mais n'a pas voulu dire qu'il y a toujours de la dysphagie dans la syphilis.

Il n'a pas voulu parler de la dysphagie laryngée profonde, mais de la dysphagie de l'arrière-gorge. Elle est un signe presque absolu de syphilis, quand l'on compare sa fréquence relativement aux autres causes de dysphagie.

M. Rivière communique le résultat de ses observations sur la valeur de la dysphagie comme signe diagnostique. — A la période secondaire ce signe est absolument pathognomonique et, chez les femmes, il est quelquefois le seul caractère de la syphilis. Cette dysphagie est particulière, elle est plus accentuée pour les liquides que pour les solides; on note des douleurs irradiées et la récidive fréquente.

Le traitement local, selon la pratique de l'Antiquaille, avec le nitrate acide de mercure ne donne rien; les dysphagies sont justiciables du traitement général.

M. Augagneur est de l'avis de M. Garel, lorsqu'il atténue l'absolutisme de son axiome; en effet, la syphilis est la cause la plus fréquente de la dysphagie et la dysphagie peut exister sans syphilis.

Il diffère totalement de l'opinion émise par M. Rivière, relative au traitement.

Le nitrate acide de mercure est, dit-il, insuffisant pour faire disparaître les accidents dysphagiques. Il n'a pas vu à l'Antiquaille employer le traitement local sans le traitement général. Si le premier était insuffisant, c'est que l'autre l'était aussi.

Hémianopsie corticale par ramollissement embolique.

M. Mouisset présente le cerveau d'une malade antérieurement traitée dans le service de M. Pic, qui avait établi le diagnostic vérifié à l'autopsie.

Il s'agit d'une femme de 69 ans entrée à l'hôpital pour troubles circulatoires en rapport avec une insuffisance mitrale.

Pendant son séjour, la malade fut prise d'hémiplégie gauche avec troubles visuels très accusés. En raison des antécédents, de l'évolution des symptômes et de l'état du cœur, M. Pic fit le diagnostic de ramollissement par embolie.

L'autopsie a montré que la malade avait une maladie mitrale (insuffisance et rétrécissement) par cicatrice d'endocardite ancienne. Les artères cérébrales n'étaient pas athéromateuses. D'autres organes, les reins, étaient le siège d'infarctus multiples, indiquant que le processus de l'embolie avait été un accident, qui s'était plusieurs fois reproduit chez la malade.

L'intérêt de cette observation réside surtout dans l'étude des troubles visuels, et de leur rapport avec les lésions cérébrales.

D'après l'examen de l'œil, pratiqué par M. Dor, la malade avait une hémianopsie latérale gauche avec conservation de la macula. De plus, en interrogeant le réflexe pupillaire, on ne constatait pas la réaction de Wernicke, c'est-à-dire que la pupille réagissait également, par l'excitation de la partie malade et de la partie saine de la rétine. Ce signe permettait d'affirmer que la lésion siégeait au-dessus des ganglions de la base et, dès lors, il était probable qu'il s'agissait d'une lésion corticale.

Les troubles de la vue existaient en même temps qu'une hémiplégie. Pour expliquer cette coïncidence, il fallait admettre soit une lésion très étendue, intéressant à la fois les zones motrices et le lobe occipital, soit des foyers multiples de ramollissement. C'est cette dernière hypothèse qui a été confirmée par l'autopsie. L'examen de l'hémisphère droit a montré : 1° un ramollissement sous-cortical au niveau des coupes frontale et pédiculo-frontale; 2° un ramollissement siégeant à la face interne du lobe occipital.

Ce ramollissement est situé à la partie antérieure de la scissure calcarine. En ce point la substance corticale est complètement détruite; le cunéus, au contraire, est intact à la surface. En introduisant une sonde cannelée dans la portion visiblement ramollie, on pénètre dans une sorte de cavité, qui constitue la plus grande partie du ramollissement, et qui occupe la substance blanche du cunéus. Au-dessus, la substance grise de ce lobe forme la paroi de cette cavité, de sorte que, dans le plus grande partie de son étendue, le ramollissement est sous-cortical.

On sait que le centre cortical de la vision est situé dans le domaine de la scissure calcarine.

Tandis que la plupart des auteurs donnent à ce centre une étendue variable pouvant comprendre le cunéus, les lobules lingual et fusiforme, la pointe occipitale, Henschen, partisan d'une localisation à outrance, limite à la scissure calcarine le siège du centre de la vision.

D'après M. Brissaud, dans un cas de Gombault, l'hémianopsie a été produite par un ramollissement superficiel, intermédiaire au lobule lingual et au lobule fusiforme.

Parmi les lésions de la face interne du lobe occipital, qui ont été constatées, dans le cas d'hémianopsie ou de cécité corti-

cale, suivant qu'elles étaient unilatérales ou bilatérales, celles du cunéus sont fréquentes (Exner, Seguin, Bouveret, Chauffard, Déjerine, Vialet, von Monakow). Notre observation rentre dans cette catégorie.

M. Lissonier fait une communication sur le mode d'absorption de l'acide salicylique. Il croit qu'il s'absorbe non par altération de l'épiderme, mais, comme le gaïacol, à l'état de vapeur.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 26 novembre 1894.

Présidence de M. Arloing.

La Société nationale de médecine de Lyon a reçu une lettre des docteurs Orcel et Fallot par laquelle, en présence des résultats récents de la séro et de l'hématothérapie, ils demandent, en le complétant, l'ouverture d'un pli cacheté, confié par eux à la Société en février 1892 et portant sur la nature et le traitement de la syphilis.

Ayant entrepris des recherches sur l'agent pathogène de la vérole, en recueillant le liquide à ensemencer non pas au niveau d'accidents ulcérés en surface, mais par scarification de papules secondaires, ils sont arrivés à trouver un certain nombre de fois une forme microbienne, toujours la même et qui, en raison même de cette fixité, leur a paru avoir une certaine valeur spécifique. Des résultats nouvellement obtenus en inoculant des animaux les arrêtent encore dans la description définitive, d'autant plus qu'ils avaient vu, bien avant Golasz, le polymorphisme dont cet auteur a parlé en 1893.

Ils avaient pensé pouvoir tirer de ces recherches des conséquences pratiques soit au point de vue préventif, soit au point de vue curatif et ils avaient songé à la possibilité d'injecter de ces cultures atténuées notamment à des sujets syphilitiques, atteints d'accidents du début, pour juger de l'évolution ultérieure de la maladie. N'ayant pas la certitude scientifique suffisante et, partant, la possibilité morale de faire des essais, ils ont proposé l'injection de sérum de sang tertiaire ou de dilutions de produits gommeux, croyant qu'il était possible d'assimiler ces produits, démontrés non contagieux, à des cultures vieillies et, de ce fait, atténuées. Faisant des réseroes au point de vue de l'application de la sérothérapie, méthode Behring-Roux, ils proposent de résumer la méthode qu'ils ont signalée en 1892 de la façon suivante : Rechercher dans les étapes d'une maladie évoluant naturellement le moment où cette maladie, s'épuisant sur un organisme résistant et imprégné, arrive tout à la fois par l'action combinée de la résistance individuelle et l'évolution de la maladie à offrir un produit analogue peut-être à celui qu'on obtiendrait par des cultures en série, et utiliser ce produit à la vaccination préventive ou curative de cette affection.

Réinfection syphilitique.

M. Eraud présente un malade atteint de syphilis pour la deuxième fois. Voici l'histoire de ce malade. Agé de 39 ans, il a été soigné à l'âge de 20 ans à l'Antiquaille, service de M. Horand. La feuille d'observation prise à cette époque porte le diagnostic suivant : chancre simple de la rainure, plaques muqueuses de la gorge, acné de la face. Au moment de la sortie du malade le chancre est guéri, mais il reste encore quelques plaques muqueuses. Le malade part au régiment et pendant son service militaire il est pris de nouveaux accidents syphilitiques secondaires et, en outre, d'une gomme spécifique du mollet gauche, accidents qui nécessitent un séjour à l'hôpital et qui disparaissent au bout de deux mois de traitement mixte.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis 1879 jusqu'en juillet 1894, le malade n'accuse rien de particulier. A ce moment, il est vu par M. Eraud, qui le trouve porteur d'un chancre induré de la largeur d'une pièce de 2 francs : ganglions nombreux et volumineux, éruption maculo-papuleuse, céphalée nocturne.

Traitement spécifique.

Le 7 septembre, l'éruption a disparu, le chancre est cicatrisé, mais il existe de nombreuses plaques muqueuses à la gorge, sur les piliers et sur les amygdales.

Le 14 septembre, les plaques muqueuses ont en partie disparu.

Le malade est encore porteur de quelques plaques au moment où il est présenté à la Société.

Quelle est l'origine de cette deuxième vérole ? Le malade nie tout rapport autre que ceux qu'il a eus avec sa femme ; mais celle-ci se trouve actuellement en pleine éruption secondaire. Le malade étant présent, M. Eraud réserve son opinion à ce sujet.

Quoique la plupart des syphiligraphes français aient nié la réinfection syphilitique, M. Eraud est persuadé qu'il se trouve en présence d'une deuxième atteinte de vérole chez un même individu.

Adénites géniennes.

M. Albertin fait une communication sur les adénites géniennes. Il rappelle qu'il a pris, en septembre 1884, alors qu'il avait l'honneur d'être l'interne de M. le professeur Poncet, une première observation d'adénite suppurée de la joue. Il s'agissait d'un malade présentant sur la joue droite une tumeur fluctuante, siégeant à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs d'une ligne réunissant la commissure labiale droite à la racine du lobule de l'oreille du même côté. Il présenta ce malade comme atteint d'une gomme suppurée de la joue, diagnostic que M. Poncet lui fit rectifier sous cette forme : Adénite suppurée de la joue droite; ceci dit, pour établir la date de la première observation rédigée sous l'inspiration de M. Poncet. Ce malade présentait des adénites cervicales suppurées anciennes, qui permettaient de faire entrer cette adénite génienne dans une première catégorie d'*adénites géniennes strumeuses suppurées froides*.

M. Albertin donne communication de cinq observations semblables accompagnées de photographies ou de dessins des malades.

Dans une seconde catégorie il classe trois observations, deux personnelles et une communiquée par M. Poncet sous le diagnostic d'*adéno-phlegmons géniens*. Il s'agit de malades (dont les photographies et dessins sont présentés) strumeux qui, à la suite de circonstances occasionnelles, coup de froid, alvéolo-périostite dentaire, ont eu de véritables adénophlegmons de la joue avec le ganglion génien comme point de départ du processus inflammatoire. Les dessins et photographies montrent nettement que le point culminant de la tumeur, point fluctuant, siégeait au niveau du ganglion génien et l'histoire pathologique des malades le confirme.

Dans une troisième catégorie de faits on peut caser deux observations : Une première due à M. le professeur Pollosson et l'autre ayant trait au malade ici présenté. Il s'agit d'*adénites géniennes secondaires à un néoplasme du voisinage*. La première observation de M. M. Pollosson a été publiée dans son volume de *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*. Il s'agissait d'une femme présentant un épithélioma de la région temporale qui portait un ganglion génien volumineux dont M. M. Pollosson pratiqua l'ablation. La deuxième observation se rapporte au malade ici présent qui est porteur d'un épithélioma du nez empiétant sur la face latérale gauche de l'organe. Il présente dans l'épaisseur de la joue, sur le trajet d'une ligne allant de la commissure au tragus, une petite tumeur arrondie roulant sous le doigt, qui paraît bien être une tumeur secondaire.

Depuis sa première observation de 1884, M. le professeur Poncet a réuni, sur l'adénite génienne, des documents qui ont permis à son élève, M. Vigier, de faire une étude détaillée de cette affection dans sa thèse parue en novembre 1892.

De son côté, M. Albertin, se souvenant du premier cas observé en 1884, a réuni les documents qu'il présente à la Société et qui viennent confirmer pleinement les conclusions de M. le professeur Poncet.

ÉTRANGER

ALLEMAGNE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE INTERNE DE BERLIN

Séance du 3 décembre 1894.

Traitement chirurgical des maladies de l'estomac (1).

M. Pariser admet la gastrectomie dans les cas graves de dilatation de l'estomac, mais seulement à la condition que l'on ait auparavant constaté que l'estomac a conservé sa contractilité. A cet effet, il faut soumettre le malade pendant quelque temps à l'alimentation exclusive par le rectum. Si, sous l'influence de la suppression de l'alimentation par la bouche, l'estomac se rétracte, l'opération peut amener la guérison du malade. Dans le cas contraire, l'intervention n'amène qu'une amélioration passagère.

Pour ce qui est de l'intervention chirurgicale dans l'ulcère rond ayant amené une perforation de l'estomac, M. Pariser se déclare partisan de l'intervention, et d'une intervention précoce. Il faut pourtant savoir que les péritonites de ce genre ne sont pas fatalement mortelles. Ainsi en réunissant 43 cas publiés par les auteurs anglais, M. Pariser a trouvé sur ce nombre dix guérisons. Personnellement il a observé un cas où, la perforation étant survenue à l'état de vacuité de l'estomac, la malade guérit sans intervention chirurgicale.

M. Boas trouve que les indications de l'intervention chirurgicale doivent être tirées de l'état des forces du malade et de l'absence d'autres maladies organiques. Quand ces deux conditions se trouvent réunies, il faut opérer.

Un signe qui permet de faire de bonne heure le diagnostic du cancer de l'estomac, c'est la présence, après un repas d'épreuve, d'une grande quantité d'acide lactique dans le contenu stomacal. Cet acide ne se montre ni en présence de néoplasmes bénins, ni en présence d'affections gastriques autres que le carcinome. On ne doit cependant pas poser le diagnostic de carcinome en s'appuyant sur ce seul symptôme : le véritable signe de certitude est constitué par la perception de la tumeur; mais le siège de la tumeur peut la rendre inaccessible. A côté de l'apparition de l'acide lactique dans le sac gastrique, il faut accorder une grande valeur à l'absence d'acide chlorhydrique.

M. Litthauer a observé un malade qui a succombé à la perforation d'un ulcère rond après avoir refusé l'intervention qui a été proposée. A l'autopsie on trouva que l'estomac ne présentait pas d'autres lésions que l'ulcère en question. Le malade aurait donc guéri par l'intervention. C'est la seconde fois que le cas se présente à M. Litthauer.

Les centres de l'innervation du larynx.

M. Grabower a fait à la *Société laryngologique de Berlin* (séance du 7 décembre) une communication sur les centres bulbaires de l'innervation du larynx.

En poursuivant ses études antérieures qui lui ont montré que le nerf moteur du larynx est le pneumogastrique et non pas l'accessoire, M. Grabower a cette fois étudié la situation, les dimensions et les rapports respectifs des noyaux de l'accessoire et du pneumogastrique et de leurs racines. Il a fait à cet effet plus de 1500 coupes de la moelle dans la portion qui s'étend de la 3e paire au pont de Varole.

L'étude de ces coupes lui a montré que le noyau de l'accessoire siège dans la corne antérieure de la moelle épinière, en partie dans la portion dorsale, en partie dans la portion bulbaire. Les racines de l'accessoire, qui présentent deux parcours différents, partent de la substance blanche, traversent la substance grise et arrivent tantôt directement, tantôt après quelques déviations, au noyau. Le noyau de l'accessoire s'arrête au milieu de l'entre-croisement des pyramides. A l'endroit où l'on place actuellement le noyau de l'accessoire, on trouve un groupe de cellules qui se réunissent plus loin pour former le noyau de l'hypoglosse. L'accessoire est donc un nerf purement spinal, si bien que l'on peut soutenir qu'il n'existe pas d'accessoire cérébral. Dans certains cas, l'accessoire offre lui-même sur son parcours des ganglions, ce qui confirmerait l'origine spinale de ce nerf.

Le noyau moteur du pneumogastrique n'a aucun rappor avec celui de l'accessoire, et les noyaux moteur et sensiti de ce nerf sont constamment reliés par des fibres à myéline Le noyau moteur du pneumogastrique est donc le centre d'innervation du larynx.

(1) Suite de la discussion. Voir *Mercredi méd.*, n° 49, p. 601.

AUTRICHE

COLLÈGE DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 26 novembre 1894.

Traitement des bubons.

M. Laub a montré une série de malades traités et guéris de leurs bubons par le procédé de Welander. Le procédé en question consiste à ponctionner avec un bistouri la collection, à faire sortir le pus par une pression modérée, et à injecter dans la cavité une certaine quantité d'une solution de nitrate d'argent à 1 ou 1/2 0/0. La petite plaie est fermée par un pansement compressif. Deux jours après, on fait une nouvelle injection après laquelle l'écoulement devient séreux. La guérison est ordinairement complète au bout de 10 à 15 jours.

M. Hebra a constaté sur plusieurs malades l'efficacité de ces injections.

M. Lang emploie la méthode en question depuis deux ans et demi, et les résultats qu'il a obtenus sont tout à fait remarquables.

M. Mracek insiste sur ce fait que les propriétés curatives des injections reviennent exclusivement au liquide employé, c'est-à-dire au nitrate d'argent.

Réinfection syphilitique.

M. Mracek a présenté un homme qu'il a soigné, en 1883, pour un chancre syphilitique suivi de roséole. Sous l'influence des frictions mercurielles les accidents secondaires disparurent. Or, dix ans plus tard, c'est-à-dire en 1893, le malade contracta un nouveau chancre induré, suivi à son tour de roséole avec plaques muqueuses dans la bouche.

M. v. Hebra pense que les syphilitiques tertiaires peuvent fort bien contracter une nouvelle syphilis.

M. Mracek pense que cette hypothèse n'est possible qu'à la condition d'admettre que les accidents tertiaires ne sont pas spécifiques, mais relèvent de l'état général.

CLUB MÉDICAL DE VIENNE

Séance du 28 novembre 1894.

Suture du nerf cubital.

M. Frey. — Il s'agit d'un homme qui s'est coupé avec un éclat de verre le nerf cubital, l'artère et les veines cubitales et le muscle cubital interne.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, 24 heures après l'accident, on constata une anesthésie complète de la peau dans le domaine du cubital. M. Frey réséqua les deux bouts du nerf et les sutura ensuite au catgut en consolidant la suture par plusieurs points passés à travers la gaine du nerf.

La sensibilité commença à revenir 14 heures environ après la suture. Ce retour précoce est absolument inexplicable.

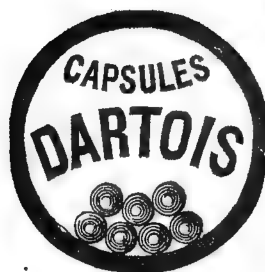
Arthropathie tabétique.

M. Frey a présenté une malade qui s'est aperçue, il y a 18 mois, qu'elle traînait la jambe droite en marchant. Quelque temps après, survint une tuméfaction indolore du genou. L'examen montra qu'il existait une hydarthrose avec corps articulaires étrangers, épaississement de la capsule et rugosité des surfaces articulaires. Le genou a l'aspect d'un genu valgum. Les autres phénomènes de tabes sont très peu accusés.

M. Singer considère les corps étrangers de l'articulation comme produits par une fracture spontanée dont la fréquence est si grande dans le tabes.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant.*

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.



Les CAPSULES DARTOIS
contiennent chacune
0,05 CRÉOSOTE DE HÊTRE
redistillée et titrée et
0,20 huile de foie de morue.
C'est le meilleur remède contre

BRONCHITES
CATARRHES
PHTISIE
TUBERCULOSE

3 ou 4 à chaque repas.
Le flacon, 3 fr.
105, rue de Rennes, Paris et les pharmacies, en exigeant le timbre de l'État français.

Pharmacie CADET-GASSICOURT
6, Rue Marengo, Paris.

SANTAL BRETONNEAU

Le plus en faveur auprès des Médecins pour sa pureté et ses bons effets.



MORRHUOL

De CHAPOTEAUT

Le **MORRHUOL** renferme tous les principes actifs de l'huile de foie de morue, sauf la partie grasse. Il représente 25 fois son poids d'huile et se délivre en petites capsules rondes contenant 20 centigrammes ou 5 grammes d'huile de morue brune. — Dose JOURNALIÈRE : 2 à 3 capsules pour les enfants ; 3 à 6 pour les adultes au moment des repas.

MORRHUOL CRÉOSOTÉ

De CHAPOTEAUT

Ces Capsules contiennent chacune 15 centigrammes de **MORRHUOL** correspondant à 4 grammes d'huile de foie de morue, et 5 centigrammes de créosote de hêtre dont on a éliminé le créosol et les produits acides, substances que l'on rencontre toujours dans les créosotes du commerce et qui exercent une action caustique sur l'estomac et les intestins.

Elles ont donné les meilleurs résultats dans la **phtisie et la tuberculose pulmonaire** à la dose de 4 à 6 capsules par jour prises au commencement du repas. — *Pharmacie, 1, rue Bourdaloue, PARIS.*

SOLUTION ou SIROP DE BROMURE DE STRONTIUM

De PARAF-JAVAL

Mieux toléré et plus actif que le Bromure de Potassium
MALADIES NERVEUSES, HYSTÉRIE, ÉPILEPSIE, CHORÉE
2 grammes de sel par cuillerée à bouche.

Pharmacie VAUCHERET, 74, rue Rambuteau, PARIS



SANTAL MIDY

PUR

Le seul obtenu de la distillation du Santal de Mysore,
20 centigrammes d'Essence par Capsules
MIDY, 113, Faubourg-Saint-Honoré, PARIS

ANOREXIE

Chez nombre de malades pour qui l'alimentation est une condition indispensable à la guérison, le manque d'appétit est absolu. Tous leurs efforts pour suivre les prescriptions des médecins à cet égard se heurtent à une répugnance presque invincible et quand ils parviennent à la vaincre, les aliments pris digèrent mal, sont souvent rejetés et très rarement assimilés.

Plus de vingt années de succès ont démontré que l'Elixir Alimentaire Ducro triomphe constamment de la répugnance des malades pour les aliments. Il est pris avec plaisir, toujours digéré sans aucune fatigue par l'estomac, et comme sa propriété fondamentale est d'être alimentaire, c'est le médicament-laiment par excellence des phthisiques, anémiques, cancéreux, etc... Préparé avec la viande crue, l'alcool et les écorces d'oranges amères, l'Elixir Alimentaire Ducro est tout à la fois apéritif et nutritif. L'alcool qui lui sert de véhicule lui communique ses qualités d'antidéperditeur et aussi fait de l'Elixir Ducro une préparation de viande crue exempte de tout danger des vers intestinaux.

COALTAR SAPONINÉ LEBEUF ANTISEPTIQUE

nullement irritant antidiphthérique, cicatrisant les plaies, admis dans les *Hôpitaux de Paris* et les *hôpitaux de la Marine militaire*. — **Dans toutes les PHARMACIES**

LYSOL

LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON

ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU

FLACON D'ÉCHANTILLON

franco, à MM. les médecins qui en font la demande.

Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS

Nº 52 — 26 DÉCEMBRE 1894 LE NUMÉRO QUINZE CENTIMES

LE MERCREDI MÉDICAL

JOURNAL DU PRATICIEN ET DE L'ÉTUDIANT

PUBLIÉ PAR

LA GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE

Et servi gratuitement à tous les abonnés de ce journal

ABONNEMENTS SPÉCIAUX POUR MM. LES ÉTUDIANTS. — UN AN : 6 FRANCS

L. LEREBOULLET, Rédacteur en chef. — A. BROCA, Secrétaire de la Rédaction

Librairie de G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

SOMMAIRE

ACTES

DES FACULTÉS DE MÉDECINE

Thèses du 7 au 12 janvier 1895.

Mercredi 9. — M. Bertonnier. Séméiologie du pouls en clinique chirurgicale. — M. Grandsire. Contribution à l'étude des abcès sous-diaphragmatiques d'origine gastro-intestinale. — M. Crespin. De l'évolution lente du cancer du gros intestin (côlon, iliaque, rectum) et de son traitement. — M. Leloutre. Etude clinique des ulcérations diathésiques de la cornée.

Jeudi 10. — M. Mignon. Contribution à l'étude de l'étiologie du syndrome de Basedow. — M. Tainturier. Etiologie des grossesses extra-utérines.

VARIÉTÉS

Académie des sciences. — *Distribution des prix.*

Statistique. — Prix Montyon : M. Boutin. Prix supplémentaire : M. le Dr Faidherbe. Mentions honorables : MM. les Drs Cartier et Taslière.

Chimie. — Prix Secker : MM. Barbier, Adam, Chabrié et Meslans.

Anatomie et zoologie. — Prix Thore : M. Cuénot.

Prix Savigny : M. Mayer-Eymard.

Prix da Gama Machado : Un encouragement est accordé à M. Phisalix.

Médecine et chirurgie. — Prix Montyon : trois prix sont décernés à MM. les Drs Félizet, Laborde, Panas. Trois mentions sont accordées à MM. les Drs Legendre et Broca, Vaquez, Vaudremer. Cinq citations sont accordées à MM. les Drs Marcel Baudouin (Voyage aux Etats-Unis), Ferreira, Ernest Martin, Pietra-Santa, Voisin et Petit.

Prix Barbier : M. Henri Leloir; mentions honorables : l'une à M. le Dr Artault, l'autre à M. le Dr Tscherning.

Prix Bréant : M. Arloing.

Prix Godard : MM. Melville-Wassermann et Noël Hallé.

Prix Parkin : MM. Béhal et Choay.

Prix Bellion : M. le Dr Lardier, de Rambervilliers (Vosges) et MM. Beni-Barde et Materne, de Paris; mention honorable : M. le Dr Renon.

Prix Mège : M. Faure.

Prix Lallemand : M. Gley; mentions honorables : MM. de Nabias et P. Janet.

Physiologie. — Prix Montyon : MM. Phisalix et Bertrand; un autre prix à M. Raphaël Dubois; mentions honorables à MM. Morot, Blanc et Philippon.

Prix Pourat : M. Kaufmann; mention : M. Thiroloix.

Géographie physique. — Prix Gay : M. Martel.

Prix généraux. — Prix Montyon (arts insalubres) : MM. Balland et Layet; mention : Société française des munitions de chasse, de tir et de guerre.

Mutations dans les hôpitaux. — *Médecins.* Les mutations sont les suivantes : M. Sevestre, aux Enfants-Malades; MM. Netter et Variot, à Trousseau; M. Babinski, à la Pitié; M. Richardière, à Hérold; MM. Mathieu et Delpeuch, à Tenon; M. Lermoyez, à Sainte-Périne; M. Œttinger, aux Ménages; M. Legendre, à Aubervilliers; MM. Bourcy et Roger, à la maison de Santé.

Chirurgiens. — M. Lucas-Championnière, à Beaujon; M. Reynier, à Lariboisière; MM. Prengrueber et Gérard Marchant, à Tenon; M. Tuffier, à la maison de Santé; M. Picqué, à Ivry.

Accoucheurs. — M. Budin, à la Maternité; M. Porak, à la Charité; M. Maygrier, à Lariboisière; M. Doléris, à la Pitié; M. Auvard est nommé, comme accoucheur du Bureau central, accoucheur adjoint à la Maternité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix proposés pour 1896.
(Concours clos fin février 1896).

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Question : *Du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose.*

PRIX AMUSSAT (1,000 francs). — A l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisés ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil).

PRIX BAILLARGER (2,000 fr.). — A l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

PRIX BARBIER.

PRIX CHARLES BOULLARD (1,200 francs). — Au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX MATHIEU BOURCERET.

PRIX HENRI BUIGNET.

PRIX CAPURON (1,200 francs). — Question : *De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus.*

PRIX CHEVILLON.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.*

PRIX DAUDET. — Question : *Des angines couenneuses non diphthériques.*

PRIX DESPORTES.

(A suivre.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Quelques considérations touchant la valeur de la prostatectomie partielle dans l'hypertrophie de la prostate. Communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, par le Dr A. Pousson, agrégé de la Faculté de Médecine, chargé du Cours des maladies des voies urinaires.

Depuis quelques années déjà, les chirurgiens se préoccupent de combattre radicalement à l'aide de diverses opérations les troubles dysuriques qui accompagnent l'hypertrophie de la prostate. Les uns s'attaquent directement à la glande en en faisant l'extirpation totale; les autres se contentent d'une résection partielle des lobes saillant dans la vessie; d'autres enfin, ayant recours à une voie détournée, pratiquent la castration dans l'espoir que cette opération aura sur la prostate les mêmes effets que l'oophorectomie sur l'utérus et en déterminera l'atrophie. Je ne veux pas juger la valeur de ces opérations, l'expérience personnelle me fait défaut pour me prononcer à leur sujet et, les documents étrangers, auxquels j'aurais pu avoir recours pour le faire, sont encore trop peu nombreux. Je désire simplement, à propos de deux opérations de prostatectomie partielle que j'ai eu occasion de pratiquer récemment, développer devant vous quelques considérations touchant les résultats qu'on est en droit d'attendre de la prostatectomie partielle dans l'hypertrophie de la prostate.

Avant toute intervention, le devoir du chirurgien est de se demander s'il sera utile à son malade. De nos jours, grâce à l'antisepsie et à la perfection de notre outillage, les guérisons opératoires sont faciles à obtenir; ce que nous devons par-dessus tout chercher, ce sont les résultats thérapeutiques. La résection des lobes hypertrophiés de la prostrate, entreprise dans le but de mettre un terme définitif aux troubles de la miction et de permettre au malade de vider aisément et complètement sa vessie, constitue-t-elle une opération légitime? Voilà ce qu'il convient de se demander avant d'ouvrir la vessie pour supprimer la barre prostatique. S'il était démontré que les phénomènes de dysurie tiennent uniquement à l'obstacle prostatique, sa suppression serait tout naturellement indiquée dans tous les cas; mais si, comme nous le pensons, le rôle que joue le développement de la glande dans la pathogénie des troubles mictionnels des vieillards est le plus souvent secondaire, les indications de la prostatectomie devront être restreintes à quelques cas particuliers et l'opération sera faite dans un autre but que celui de restituer au malade le pouvoir de vider spontanément sa vessie.

C'est dans la dégénérescence des parois du réservoir urinaire, bien plus que dans l'augmentation de volume de la prostate, qu'il faut rechercher la cause de la rétention partielle ou complète des urines au bout d'un certain temps, sinon au début même de l'évolution des accidents. La prostate n'est qu'un des organes atteints dans l'ensemble des lésions anatomiques qui sont le *substratum* du prostatisme. Avec elle, la vessie, les uretères et les reins, tout l'appareil urinaire, en un mot, a subi des altérations consistant essentiellement dans la sclérose de ses tissus. La preuve de la dégénérescence scléreuse de la vessie, en particulier, nous est fournie par l'anatomie et la physiologie pathologiques, par l'expérimentation et, enfin, par la clinique.

A l'examen histologique des organes urinaires de malades ayant succombé après avoir présenté les troubles attribués à l'hypertrophie de la prostate, il est facile de constater que les parois musculaires de la vessie sont envahies par une abondante prolifération conjonctive, qui a étouffé les fibres contractiles et s'y est substituée. Ces lésions anatomiques doivent forcément entraîner la perte des fonctions du réservoir comme organe expulseur des urines

Une autre preuve de la nature scléreuse du processus anatomique caractérisant le prostatisme et de son extension à tous les tissus rentrant dans la constitution des organes urinaires nous est donnée par l'interprétation pathogénique de ces attaques de rétention aiguë, épisodes si fréquents chez les prostatiques. Ces attaques, que l'on voit survenir à la suite d'un refroidissement, d'une fatigue, d'un long voyage, d'un dîner prolongé, d'un retard volontaire dans l'évacuation de l'urine, en un mot de toutes les causes amenant de la stase dans la circulation veineuse du petit bassin, s'expliquent pour nous très simplement, étant donné que, dans l'hypertrophie de la prostate, les vaisseaux artériels sclérosés sont rétrécis et ont perdu leur contractilité, et les vaisseaux veineux sont dilatés mais également incapables de se contracter. En temps ordinaire, lorsque les lacs veineux sont modérément distendus, la *vis a tergo* affaiblie, s'exerçant par les vaisseaux artériels, est suffisante à assurer la circulation de retour. Mais que la pression intra-veineuse vienne à augmenter sous l'influence d'une des causes que nous venons de signaler, la *vis a tergo* faillit à sa tâche; le sang, continuant à affluer dans le système veineux, s'y accumule sans avoir l'impulsion suffisante pour en sortir et l'on voit alors se dérouler toute la série des accidents caractérisant les attaques de rétention aiguë. Aux causes purement mécaniques, empêchant la vessie de se vider, est venue se joindre une cause dynamique consistant dans la turgescence congestive des tissus de la prostate et de ses plexus périphériques. Cette manière d'interpréter la pathogénie des accidents congestifs des prostatiques nous a été inspirée par l'une des théories servant à expliquer les attaques aiguës du glaucome.

Il résulte de recherches encore inédites qui ont été poursuivies à la Clinique des voies urinaires de la Faculté par mes aides, MM. Lamarque et Donnadieu, que la contractilité vésicale est très affaiblie, sinon même complètement abolie, chez les prostatiques. En effet, si, comme l'ont fait ces expérimentateurs, on introduit dans la vessie une sonde à double courant et qu'à l'aide d'un appareil manométrique, branché sur l'un des canaux de la sonde, on mesure la pression intra-vésicale tandis que l'on injecte un liquide par le canal demeuré libre, on voit cette pression s'élever lentement et à une très faible hauteur, alors même qu'on injecte une très grande quantité de liquide. La ligne qui indique cette pression s'élève graduellement et ne présente pas ces brusques ascensions qui traduisent les révoltes d'une vessie jouissant de sa contractilité. L'expérimentation vient ainsi à l'appui de la thèse que je soutiens.

La clinique vient enfin donner une dernière sanction à ma manière de voir, en montrant que les malades chez lesquels la prostatectomie partielle a été pratiquée n'urinent guère mieux qu'avant l'opération et sont pour la plupart obligés de continuer à se sonder. C'est précisément ce qui est arrivé à l'un de mes opérés, dont je vais maintenant vous résumer l'observation.

Obs. I. — Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans, d'une très bonne santé habituelle, mais présentant depuis quelque temps déjà des troubles de la miction indiquant une hypertrophie de la prostate. Dans le courant du mois d'août dernier, il est pris brusquement d'une attaque de rétention et fait appeler son médecin. Celui-ci essaie en vain de le sonder avec des sondes en gomme de diverses courbures et ne peut parvenir à pénétrer

dans sa vessie qu'avec une sonde métallique à grande courbure de Gély. La miction spontanée ne se rétablit pas et les jours suivants, malgré toutes les tentatives pour passer des instruments en gomme, on ne peut le sonder qu'à l'aide de la sonde métallique, dont on s'est servi le première fois. Comme le malade ne peut se sonder lui-même et que les cathétérismes nécessitent l'intervention, sinon du médecin, mais d'un membre de la famille du patient, il vient à l'hôpital demander s'il n'y aurait pas une opération à lui faire. J'essaie l'introduction de diverses sondes en gomme coudées, bicoudées, à grande courbure, en me servant de la manœuvre du mandrin et de tous les expédients employés en pareil cas, j'échoue comme le confrère qui a donné ses soins au malade avant moi et, comme lui, je ne peux introduire dans la vessie qu'un cathéter métallique à grande courbure. Mes tentatives répétées durant quelques jours restent sans résultat. En présence de cette situation, je propose au malade de lui faire l'ablation de la partie de la prostate qui empêche la sonde de se dégager dans la vessie. Je l'avertis que cette opération n'est pas destinée à lui permettre d'uriner volontairement par son canal, mais simplement d'ouvrir un chemin à des instruments en gomme ou en caoutchouc, d'un maniement plus facile et moins périlleux que la sonde en métal.

L'opération est pratiquée le 29 août, à la faveur de la taille sus-pubienne, qui est faite suivant les règles habituelles. La vessie ouverte, je trouve un gros lobe moyen, du volume de la phalangette du pouce, proéminant un peu à droite et déviant de ce côté l'embouchure de l'urèthre à la vessie. Je l'abrase d'un coup de pince coupante et régularise l'orifice du col en sectionnant quelques petits fragments complémentaires de tissu prostatique. Il s'écoule très peu de sang et je ne m'attarde pas à faire la suture des lèvres de la plaie que j'ai produite. Je m'assure, en introduisant une sonde rectiligne par l'urèthre, que le chemin à la vessie est ouvert et que l'obstacle prostatique s'opposant au passage des instruments n'existe plus. Je mets à demeure dans le canal une sonde de Pezzer, puis je ferme complètement la vessie par une suture en surjet au catgut et réunis au-dessus d'elle par des sutures à étages les différents plans de la paroi abdominale sans le moindre drainage. Les suites furent des plus simples; il n'y eut pas la plus petite élévation de températnre; pas traces d'infiltration à travers la plaie hypogastrique; la réunion par première intention fut complète.

Au cinquième jour, j'enlevai la sonde; mais, ainsi que je le prévoyais, le malade ne put uriner seul et il dut avoir recours à une sonde en caoutchouc, qui passa avec la plus grande facilité. Les jours suivants, la situation ne changea pas et elle ne s'est pas modifiée depuis lors. Ainsi donc, si cet opéré a retiré de la prostatectomie partielle que je lui ai faite cet avantage de pouvoir se sonder aisément, il n'a pas récupéré le fontionnement physiologique de sa vessie.

En terminant le résumé de cette première observation, je désire vous signaler un incident survenu chez mon malade le jour même de l'opération, incident qui prouve bien que la suture hermétique de la vessie peut être réalisée et résister à une certaine pression. Comme je l'ai dit, j'avais placé une sonde de Pezzer à demeure et j'avais bien recommandé de la maintenir ouverte dans un urinoir placé entre les jambes du malade, afin que l'urine s'écoulât au fur et à mesure de son déversement par les uretères. Cette recommandation ne fut pas suivie et le fosset, placé dans la sonde pour empêcher le malade d'être mouillé durant son transport de la salle d'opération dans son lit, fut laissé en place. Lorsque, voyant le malade à quatre heures, je m'aperçus de la chose, je conçus des craintes touchant l'état de ma suture; mais, lorsque, après avoir ouvert la sonde, je vis s'écouler environ 200 grammes d'urine rougeâtre, je fus rassuré. Comme vous l'avez vu, cet incident n'eut pas de suite et la réunion parfaite de la vessie et de la paroi abdominale n'en fut pas le moins de monde compromise.

Obs. II. — Le deuxième malade chez lequel j'ai pratiqué la prostatectomie était un homme de soixante-quinze ans, dans des conditions déjà inférieures par son âge à la réussite d'une intervention chirurgicale quelconque. Pissant depuis longtemps fort mal, il fut pris de rétention aiguë dans les premiers jours de septembre. Son médecin ordinaire, ayant essayé de le sonder avec différentes sondes sans pouvoir y parvenir, fit une ponction de la vessie et envoya le malade à l'hôpital. L'interne de garde, n'ayant pas pu davantage pénétrer dans la vessie, renouvela la ponction. Appelé à mon tour à donner mes soins au patient, je constatai l'existence de fausses routes et d'une hypertrophie considérable de la prostate. Toutes mes tentatives pour pénétrer dans la vessie échouèrent et je dus aussi recourir à la ponction. Ces ponctions furent continuées pendant deux jours, le cathétérisme restant absolument impraticable.

Cependant, l'état du malade étant assez satisfaisant, apyrétique et bien qu'il y eût un peu de sécheresse de la langue et quelques troubles digestifs, je crus pouvoir mettre un terme à cette situation en ouvrant la vessie par-dessus le pubis et en abrasant le lobe prostatique s'opposant à la pénétration de la sonde.

Le malade étant endormi, je pratiquai la cystostomie, le 13 septembre, sans ballon de Pétersen et sans injection préalable dans la vessie, celle-ci étant naturellement distendue par l'urine. La vessie étant ouverte, je constatai *de visu* toutes les altérations de la muqueuse consécutives aux rétentions aiguës prolongées. Le lobe latéral droit formant un relief considérable, je le résèque à l'aide d'une pince coupante. Cette section saigne très abondamment; d'un coup de thermocautère, je cautérise sa surface et, sans m'arrêter à étancher le sang qui s'en échappe, je bourre la vessie d'une longue mèche de gaze iodoformée de façon à assurer l'hémostase; le tube de Guyon-Périer ayant été préalablement disposé dans la vessie. Je suture celle-ci au-dessus et au-dessous du point par où sortent la mèche de gaze iodoformée et le tube, et j'achève le pansement comme après une taille hypogastrique ordinaire. Comme ce n'était pas la première fois que j'employais le tamponnement hémostatique de la vessie, j'avais confiance dans son emploi et je ne m'inquiétai guère de cette hémorrhagie. Elle s'arrêta, en effet, et, dès le soir, l'urine, qui malgré la gaze remplissait la vessie, s'écoulait régulièrement par les tubes, était très peu teintée de sang et le lendemain elle était à peine rosée.

Un autre cas, où je me suis très bien trouvé du tamponnement de la vessie pour arrêter un saignement, mérite que je le rapporte en passant.

Obs. III. — Il s'agissait d'un homme de quarante ans, porteur depuis 26 ans d'un néoplasme vésical s'étant traduit par des hémorrhagies, d'abord assez espacées et courtes, qui progressivement allèrent en se rapprochant et en augmentant de durée. Lorsque je fus appelé à le voir, des pertes de sang profuses, durant depuis plus de six semaines, l'avaient profondément anémié et rendu d'une pâleur de statue. Malgré cet état, je crus devoir proposer, comme ultime ressource, l'ouverture de la vessie et l'ablation de la tumeur. Je procédai à l'opération et découvris un énorme néoplasme dont l'extirpation entraîna une abondante hémorrhagie. Je bourrai la vessie de gaze iodoformée autour des tubes de Guyon-

Périer ; l'hémorrhagie s'arrêta au point que, dès le lendemain, les urines étaient absolument incolores.

Revenant à mon malade prostatectomisé, je dois dire que, si la perte de sang s'arrêta, il n'en succomba pas moins dans le courant du troisième jour à la continuation des accidents urineux, qui avaient déjà commencé à se développer avant mon intervention.

Ce cas malheureux, qui ne peut servir à juger de la valeur thérapeutique de la résection de la prostate au point de vue du rétablissement de la fonction urinaire, est cependant instructif en ce sens : qu'il montre la facilité d'exécution de cette opération et le peu de gravité des hémorrhagies auxquelles elle donne lieu, alors même que l'on opère en pleine phase congestive. Bien que j'aie eu à déplorer chez ce malade un insuccès, je n'ai pas cru devoir taire mon observation.

REVUE DES CONGRÈS

66e REUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Tenue à Vienne du 24 au 30 septembre 1894.

Pathologie des capsules surrénales.

M. Berdach (Vienne) a publié, en 1889, un cas de sarcome de la capsule surrénale qui, cliniquement, a présenté une hypothermie très marquée. Cette hypothermie fut encore constatée chez un tuberculeux pulmonaire chez lequel on trouva à l'autopsie une tuberculose des capsules surrénales.

Les recherches expérimentales faites récemment par M. Berdach et M. Pal ont confirmé ce point. Chez des chiens auxquels ils avaient extirpé les deux capsules, la température s'abaissait pour tomber dans quelques cas à 26° 2 C.

La mitose dans les organes leucémiques.

M. Gumprecht (Iéna) a constaté l'existence de la mitose dans les organes de quatre leucémiques dont le sang examiné pendant la vie ne présentait pas ce phénomène. La leucémie serait donc une affection des organes. Les cellules qui présentaient ce phénomène étaient les mêmes que celles qu'on trouve dans le sang. L'examen bactériologique et les cultures du sang donnèrent des résultats négatifs.

M. Pick (Prague) a récemment observé un leucémique dans le sang duquel les érythrocytes présentaient les phénomènes de mitose.

Acromégalie.

M. Schlesinger a observé deux cas d'acromégalie. Chez le premier malade, il existait en même temps une atrophie du nerf optique gauche, une paralysie du moteur oculaire commun du côté droit et une hémianopsie temporale du côté gauche; chez le second, un nystagmus rotatoire, une atrophie du nerf optique et une hémianopsie bi-temporale.

M. Sternberg (Vienne) attire l'attention sur les relations entre l'acromégalie et le gigantisme. 20 0/0 des acromégaliques sont des géants et 40 0/0 des géants présentent de l'acromégalie.

Le gigantisme semble prédisposer à des troubles dystrophiques généraux, comme on en rencontre dans la diathèse lymphatique.

Névrotripsie dans le tabes.

M. Benedikt rapporte l'histoire de deux ataxiques auxquels il a fait la névrotripsie sanglante des sciatiques au premier il y a 6 ans, au second il y a 11 ans. Au moment de l'opération, les deux se trouvaient dans un état déplorable et à cause des douleurs fulgurantes et de l'ataxie étaient obligés de garder le lit. L'opération a provoqué chez eux une amélioration considérable qui ne s'est pas démentie depuis.

Dermatoses et maladies internes.

M. Jenner (Kœnigsberg). — 1° Les maladies internes provoquent des modifications de la peau par continuité et par contiguité.

2° Les maladies internes peuvent donner lieu à des modifications pathologiques de la peau par voie réflexe.

3° Les maladies internes peuvent provoquer des modifications du côté de la peau par voie sanguine ou lymphatique, par l'intermédiaire des affections vasculaires ou des troubles circulatoires d'ordre mécanique ou des modifieations du sang.

Kyste dermoïde du grand épiploon.

M. Zinnsmeister (Troppau). — Il s'agit d'une femme de 30 ans qui a eu 6 enfants. Au 3e mois de sa seconde grossesse, elle commença à éprouver dans la région hypogastrique, un peu à gauche, des douleurs assez vives qui augmentaient à l'occasion des mouvements et pendant les périodes menstruelles. En 1893, au printemps, apparition d'une tumeur mobile, dure, ronde, des dimensions d'un poing, occupant l'hypogastre gauche. Bien que la malade fût enceinte de trois mois, on fit la laparotomie et on enleva la tumeur qui siégeait sur le bord inférieur du grand épiploon. Suites opératoires des plus simples. La tumeur était un kyste dermoïde avec cheveux, dents, cartilage, tissu osseux, etc.

Formation d'un sphincter anal continent.

M. Rydygier (Cracovie). — Dans les cas d'absence congénitale (atrésie du rectum) ou acquise du sphincter anal, M. Rydygier conseille de procéder de la façon suivante : sur la ligne allant de l'épine iliaque postéro-supérieure à la pointe du trochanter, on fait une incision parallèle à la direction des fibres du pyramidal et du fessier, on attire dans la fente le bout inférieur du rectum et on le suture à la peau. Avant de fixer le rectum, on peut lui faire subir un mouvement de torsion suivant le procédé de Gersuny. L'incision peut être faite du côté opposé à celui où se trouve l'incision faite pour découvrir le rectum.

Corps étranger de l'intestin.

M. Zinnsmeister (Troppau) a eu l'occasion d'intervenir chez une personne qui, depuis cinq ans, était sujette à des douleurs dans la fosse iliaque droite avec constipation opiniâtre. La tumeur qu'on trouvait à l'examen dans la fosse iliaque droite n'existait que depuis un an. Elle avait acquis les dimensions d'un poing, était dure et très mobile. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva que la tumeur occupait la portion terminale de l'iléon et le commencement du côlon. Après section des adhérences, on fit une résection iléo-cæcale suivie d'entérorrhaphie. Guérison sans complications. La portion réséquée de l'intestin renfermait 394 noyaux de cerise et de prune.

Traitement de l'invagination intestinale.

M. Rydygier (Cracovie). — Dans l'invagination aiguë, il faut intervenir d'aussi bonne heure que possible, aussitôt que l'inefficacité des moyens médicaux est dûment constatée. La laparotomie faite, il faut tenter la désinvagination de l'intestin en se guidant pour cela sur l'état de l'intestin. Si la désinvagination est impossible, on fera la résection, mais non pas l'anus contre nature.

Dans l'invagination chronique, il faut revenir à plusieurs reprises au traitement non sanglant, et si l'on intervient, profiter pour cela des intervalles entre les accès. Si l'on fait la laparotomie, tenter la désinvagination, et, si elle échoue, faire la résection de la portion invaginée.

Résection étendue de l'intestin.

M. Hinterstoisser rapporte l'observation d'un cas de volvulus avec gangrène dans une hernie épigastrique, où il fut amené à réséquer 186 centim. d'intestin. Les deux bouts furent ensuite réunis par une entérorrhaphie circulaire. Guérison au bout de 42 jours.

62e SESSION DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Tenue du 31 *juillet au* 8 *août* 1894 *à Bristol.*

Arhythmie cardiaque consécutive à l'influenza.

M. Sansom. — J'ai constaté d'une façon indubitable la possibilité de l'arhythmie cardiaque consécutive à l'influenza. Le virus de l'influenza a donc sur le cœur une action spéciale qui en trouble le rhythme. Sur 100 cas de troubles cardiaques dus à l'influenza, j'ai trouvé 23 fois de la névralgie dans la région du cœur, 37 fois de la tachycardie, 25 fois de l'arhythmie, 5 fois de la bradycardie, 10 fois des lésions organiques du cœur.

1° *Forme de l'irrégularité des battements cardiaques.* — Dans certains cas il y a en quelque sorte une irrégularité rhythmée, les battements cardiaques dans un cas que j'ai observé étaient groupés par 4; d'autres fois j'ai constaté une alternance très régulière de battements forts et faibles; dans un cas l'arhythmie consistait en un fort battement suivi de deux battements faibles. J'ai vu aussi les pulsations se grouper par trois. La plupart du temps toutefois l'irrégularité était complète. Il n'y avait aucune relation entre la forme et le degré de l'irrégularité d'une part et l'intensité des sensations du malade. J'ai vu des irrégularités extrêmement marquées ne s'accompagner d'aucun malaise.

2° *Douleur précordiale et malaise cardiaque.* — Dans 15 cas sur 30 que j'ai observés, les malades accusaient des symptômes dans la région cardiaque. La tachycardie s'accompagne rarement de ces symptômes, tandis que j'ai vu souvent, après l'influenza, survenir des crises douloureuses horribles chez des malades ne présentant aucun symptôme objectif au niveau du cœur. Dans 4 cas la douleur revêtit l'allure de l'angine de poitrine; dans un cas elle irradiait vers la poitrine et le ventre; chez un autre malade les irradiations se propageaient dans les deux bras, surtout dans le gauche. Un autre malade encore se plaignait d'avoir la sensation de la mort, sans du reste que ses douleurs fussent très vives.

3° *Dyspepsie.* — Ces symptômes douloureux peuvent s'accompagner de troubles du côté du tube digestif; les douleurs se propagent de la poitrine vers le ventre et il y a en même temps de la flatulence, des diarrhées; il peut y avoir des nausées, des vomissements, des alternatives de diarrhée et de constipation s'accompagnant de transpirations abondantes. En général ces attaques étaient paroxystiques et elles durèrent quelquefois toute une nuit. Chez certains malades il y avait en même temps de la dyspnée, des frissons, des lypothimies, de l'aphonie. En un mot, ces troubles rappellent les crises gastriques que présentent certains sujets atteints de maladie de Graves. Ces crises, qui sont à peu près également prononcées dans toutes les autres formes d'irrégularité cardiaque, m'ont au contraire paru beaucoup plus bénignes chez les sujets atteints de tachycardie.

4° *Polynévrites.* — Ces troubles s'accompagnent aussi de polynévrites qui s'annoncent par des engourdissements, des sensations de bras mort, des douleurs analogues à celles que produiraient des piqûres d'épingle. Ces signes peuvent disparaître, puis se montrer de nouveau et cela jusqu'à une période de 8 mois après l'influenza. L'engourdissement peut se limiter à la main, au pouce. Les douleurs au contraire peuvent envahir les jambes et cela je l'ai observé 9 mois après l'influenza. J'ai vu des symptômes analogues à ceux des polynévrites d'origine alcoolique. Dans certains cas ces douleurs et ces perversions de la sensibilité avaient un caractère rémittent. J'ai vu un exemple bien net de maladie de Raynaud consécutive à l'influenza. Souvent à la suite de la grippe, les troubles persistent longtemps et il y a une diminution de la force musculaire.

5° *Symptômes simulant ceux de la maladie de Graves.* — Il peut survenir du ptosis, de la rétraction des paupières supérieurs, de l'exophthalmie associée à une arhythmie cardiaque. Il y a quelquefois du tremblement; il peut même y avoir un gonflement du cou et de la glande thyroïde. De tout cela il résulte qu'un ensemble symptomatique tout à fait analogue à celui de la maladie de Graves peut se manifester à la suite de l'influenza. On pourra objecter que dans beaucoup de cas ces symptômes étaient peu marqués et que l'ensemble des symptômes de la maladie de Graves ne s'est jamais présenté au complet. J'ai toutefois déjà montré dans un travail antérieur que dans certains cas de tachycardie consécutifs à l'influenza on peut trouver tous les signes cardinaux de la maladie de Graves. J'ai démontré d'autre part que l'arhythmie cardiaque peut être caractéristique d'une maladie de Graves typique. Enfin je montre aujourd'hui que l'arhythmie cardiaque consécutive à l'influenza peut aussi être associée à beaucoup de signes de la maladie de Graves. Il est évident que cela est intéressant au point de vue de la pathogénie du goître exophthalmique. On a émis une théorie d'après laquelle l'hypertrophie du corps thyroïde, entraînant une résorption trop abondante des produits de ce dernier sécrétés en excès, est la cause de la tachycardie de la maladie de Graves. Mais il est bien improbable que cette même cause puisse entraîner dans certains cas une accélération extrême des battements du cœur et dans d'autres cas une irrégularité extrême de ces mêmes battements. La théorie devient encore plus insoutenable lorsque, comme cela est arrivé dans les cas que j'ai observés, il n'y a aucune relation entre le volume du corps thyroïde et le degré des symptômes cardiaques. Il me semble bien plus vraisemblable que les lésions du système nerveux cérébro-spinal sont la cause primitive des phénomènes observés et que, suivant la localisation de ces lésions cérébro-spinales, ce qu'on voit apparaître c'est la tachycardie, ou l'arhythmie, ou la bradycardie.

6° *Troubles divers produits par l'influenza.* — Tout le monde admet qu'on peut encore observer, à la suite de l'influenza, des lésions des oreilles, des bourdonnements, du vertige. On admettra plus difficilement une relation entre l'arhythmie cardiaque et les troubles auditifs. Cependant, sur 47 cas d'arhythmie cardiaque non associée à une lésion du cœur, j'ai trouvé 10 fois des irritations des organes de l'ouïe ou du naso-pharynx. On peut alors se demander si les symptômes cardiaques ne sont pas dus à un réflexe parti de la muqueuse du naso-pharynx. Il est certain que, chez un malade présentant un vertige auditif intense avec arhythmie cardiaque très prononcée, tous les accidents disparurent après l'ablation du cornet moyen.

7° *Accidents goutteux consécutifs à l'influenza.* — D'après mon expérience personnelle, les complications nerveuses au cours ou à la suite de l'influenza prennent une intensité remarquable chez les goutteux et les alcooliques.

Pathogénie. — Dans ces irrégularités cardiaques consécutives à l'influenza, il semble bien qu'il n'y ait aucune lésion du myocarde et qu'il s'agisse là de phénomènes réflexes. Il est probable que dans les cas de tachycardie le vague a son action diminuée; ses branches cardiaques sont parésiées; peut-être aussi y a-t-il une irritation du sympathique. Dans les cas d'arhythmie, la plupart du temps le vague paraît, au contraire, excité; des lésions irritatives portent sur son noyau d'origine ou sur ses fibres, ou encore il se produit une parésie des nerf accélérateurs. Roy et Adami ont montré qu'une excitation du vague produit de l'irrégularité cardiaque en affaiblissant les contractions des oreillettes. De cette façon, le stimulus rhythmique qui va des oreillettes aux ventricules est supprimé ou diminué et les ventricules tendent à prendre un rhythme indépendant de celui des oreillettes. Les interférences de ces deux rhythmes produisent l'arhythmie. Quand l'impulsion affaiblie de l'oreillette ne produit pas l'excitation ventriculaire, la contraction du ventricule est retardée.

Traitement. — L'irrégularité cardiaque peut être compatible avec l'absence de toute espèce de symptôme. Il faut se garder alors d'avertir le malade qu'il présente une arhythmie cardiaque. En général cependant il y a quelques symptômes et le plus fréquent est la dyspepsie, qui peut être paroxystique ou constante. Il faut alors prescrire de la pancréatine, de la papaïne, des alcalins, du bismuth, de petites doses d'arsenic. Dans les crises douloureuses on fera une piqûre de morphine. L'antipyrine et surtout la phénacétine sont utiles, non seulement pour la céphalée, mais encore pour les douleurs abdominales; j'associe quelquefois à la phénacétine du musc, du camphre ou du citrate de caféine. Contre l'insomnie je donne le chloralamide; le sulfonal est moins inoffensif. L'hydrate de chloral et les opiacés sont dangereux.

Contre l'arhythmie cardiaque de l'influenza, la digitale n'est pas seulement inefficace, elle est dangereuse et à ce point de vue mes observations confirment celles de Huchard (Paris). Dans quelques cas j'ai vu la belladone avoir une

action favorable. On diminue l'arhythmie et on améliore les symptômes subjectifs par les courants continus allant de la région cervicale du rachis aux régions des nerfs pneumogastriques. Il faut faire chaque jour 3 séances de six minutes.

De la fièvre.

M. White. — Un animal est dit avoir de la fièvre quand sa température dépasse le point le plus élevé qu'elle puisse atteindre pendant l'état de bonne santé de l'animal. Il existe un véritable mécanisme qui maintient constante la température des animaux supérieurs. La principale source de production de chaleur est dans les muscles; des physiologistes ont montré que probablement la fonction thermogène des muscles est différente de leur fonction motrice. Il y a un appareil qui règle la production de chaleur. Rohrig, Zantz, Reichert ont montré que le curare à haute dose arrête la production de chaleur, parce qu'en paralysant les terminaisons nerveuses il empêche les impulsions d'arriver aux muscles. Sur 27 expériences que j'ai faites pour léser les corps striés, j'ai vu sept fois la température s'élever. Reichert a confirmé ce fait. Wood, Reichert et moi, nous avons obtenu des élévations de température par des lésions des pédoncules cérébraux; les lésions de la partie supérieure de la moelle et celles de la protubérance agissent de même. La fonction thermogène du muscle est donc sous l'influence des corps striés d'où part constamment l'impulsion qui passe ensuite par les pédoncules cérébraux, la protubérance, la moelle et les nerfs. Il n'est pas possible de savoir, du reste, s'il s'agit là d'impulsions produisant une excitation ou une inhibition. La plus grande perte de chaleur se fait par la peau, par la radiation et l'évaporation. Les vaisseaux cutanés et les glandes de la peau sont sous l'influence du système nerveux central. Une perte de chaleur se fait aussi au niveau des poumons. Pour quelques auteurs il y a un centre thermotaxique équilibrant continuellement les quantités de chaleur gagnées et perdues.

Cliniquement l'état de fièvre peut être produit par un traumatisme de l'écorce cérébrale, par de la méningite, par l'épilepsie, par l'hystérie. Il y a aussi ce qu'on a appelé la fièvre paradoxale, se produisant chez des sujets non hystériques et ne s'expliquant par aucune maladie ou lésion. Le delirium tremens, la chorée, les lésions des corps striés, les tumeurs des pédoncules cérébraux, de la protubérance et de la moelle, peuvent donner de la fièvre.

Il y a aussi des fièvres réflexes. On sait, en effet, que certains processus physiologiques, qui sont sous la dépendance d'un centre nerveux, peuvent être profondément modifiés par un fort stimulus périphérique agissant sur le centre. Horsley a vu, sur 168 cas de fractures simples, que la température avait légèrement augmenté dans 92 0/0 des cas. Comme il n'y avait aucune lésion externe, il faut bien croire à de la fièvre réflexe. On peut expliquer de même la fièvre de la colique hépatique, de la colique néphrétique, de l'accouchement.

Bien des substances introduites dans le courant circulatoire produisent de la fièvre; telles sont la strychnine, l'atropine, la cocaïne, la caféine, la pilocarpine. Les empoisonnements par les moules, la charcuterie, les viandes de mauvaise qualité produisent aussi de la fièvre. La plus importante cause de fièvre réside dans la présence dans le sang des toxines de micro-organismes spécifiques.

Dans les cas d'hyperpyrexie, tout traitement échoue souvent; quelquefois cependant, surtout chez les enfants, on obtiendra de bons effets des bains froids; s'il survient du collapsus après le bain, il faut entourer le malade de boules d'eau chaude et lui faire prendre des grogs.

Pour certains auteurs, comme Cantani, la fièvre a une action utile, quand elle se produit; c'est un moyen de défense de l'organisme. Il est certain que souvent il n'y a pas d'avantage à abaisser la température: ainsi, dans l'impaludisme, la quinine est utile, non parce qu'elle abaisse la température, mais parce qu'elle agit directement sur les plasmodies. Cependant, le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids diminue la mortalité de cette maladie; il est vrai que dans ce cas les bains agissent peut-être uniquement en favorisant l'élimination de grandes quantités de produits toxiques, comme l'ont constaté Roque et Weil.

Dans le rhumatisme, le salicylate n'agit pas comme antifébrile, mais comme spécifique contre l'infection.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1894.

Présidence de M. J. Rochard.

Gangrène des doigts après pansements phéniqués.

M. Laugier. — J'ai observé récemment trois nouveaux cas de gangrène d'un doigt survenue à la suite de l'enveloppement prolongé dans un pansement phéniqué. Dans ces trois cas les malades avaient fait usage d'une solution de phénate de soude au 100me et les deux autres d'une solution d'acide phénique au 50me. Aucun des malades ne présentait de prédisposition pathologique à la gangrène.

Je conclus que l'enveloppement plus ou moins prolongé d'un doigt dans un pansement imbibé de solution phéniquée même faible, c'est-à-dire au 40e, au 50e et même au 100e, est capable de déterminer une action caustique assez intense pour amener la gangrène partielle ou totale de ce doigt et cela non seulement chez des enfants ou de jeunes sujets, mais chez des adultes, sans distinction de sexe et en dehors des cas d'albuminurie, de diabète, d'alcoolisme, d'endartérite. On ne saurait donc trop recommander aux pharmaciens de ne jamais débiter, sans ordonnance médicale, que des solutions phéniqués au 1000e ou même au 2000e, ou mieux de ne se servir que d'eau boriquée saturée.

Météorologie et choléra en Cochinchine.

M. Mougeot. — Les observations météorologiques faites à Saïgon de 1881 à 1890 donnent lieu de croire que la gravité du choléra et son importance en Cochinchine sont en raison directe :

1° De l'élévation de la température, surtout de la hauteur des minima et de la moindre différence entre les maxima et les minima, autrement dit de l'invariabilité des fortes chaleurs de jour et de nuit.

2° De l'élévation des hauteurs barométriques;

3° De l'irrégularité des hauteurs hygrométriques (fortes pluies, peu continues et accompagnées de fortes chaleurs);

4° De l'importance des grands mouvements de terrains;

Mais aucune de ces conditions ne peut, à elle seule, provoquer ou entretenir l'épidémie.

Pathogénie du coup de chaleur.

MM. Laveran et **Vallin** reproduisent les arguments qu'ils ont développés, au cours des deux dernières séances, sur la pathogénie et le mécanisme du coup de chaleur.

Chez les animaux, autopsiés immédiatement après une insolation prolongée, on trouve toujours le cœur rigide et inexcitable; lorsque l'expérience a été faite en exposant les animaux à une température élevée mais sans insolation, on trouve, par contre, le cœur flasque et encore excitable.

M. Le Roy de Méricourt fait remarquer que, tandis que, dans la traversée de la mer Rouge, les passagers éprouvent quelquefois, même dans leur cabine, des accidents graves du fait de l'insolation, les soutiers et les chauffeurs, exposés à des températures de 60 et 70°, ne ressentent aucun des accidents ordinaires du coup de chaleur. Ils le doivent sans doute à une transsudation excessive; aussi sont-ils bientôt profondément anémiés, à tel point que, pendant les trois hivernages de l'*Archimède* à Madagascar, on dut tous les remplacer par des Malgaches, plus accoutumés à de telles températures.

Renouvellement partiel des commissions permanentes.

Epidémies : MM. Hallopeau et Laveran.
Eaux minérales : MM. Riche et C. Paul.
Remèdes secrets : MM. Malassez, Marty et Henriot.
Vaccine : MM. Landouzy, et Léon Colin.
Hygiène de l'enfance : MM. Budin, Charpentier et Roussel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 *décembre* 1894.

Complications intra-crâniennes des otites.

M. Picqué lit un rapport sur une observation de M. Mignon (Val-de-Grâce).

Un caporal, âgé de 24 ans, souffrait d'une vieille otorrhée intermittente, dont une poussée survint en mai 1894, à l'occasion d'une angine. Trois semaines après se déclarèrent de l'aphasie, de la céphalalgie, avec un point très sensible à la pression au niveau de l'écaille du temporal, et un ralentissement notable du pouls, qui tomba à 42. M. Mignon conclut à l'existence d'un abcès du cerveau et immédiatement adopta le plan opératoire suivant : drainer l'oreille moyenne et la collection cérébrale.

Après ouverture de la caisse, il perfora donc le crâne juste au-dessus du conduit auditif externe, de façon à arriver au niveau de la deuxième circonvolution temporale. Dans la brèche osseuse il vit bomber la dure-mère privée de battements, ponctionna le cerveau et trouva une collection purulente qu'il incisa et draina avec un faisceau de catgut. L'amélioration fut immédiate, et en quelques semaines le malade guérit complètement, malgré un érysipèle et malgré une hernie cérébrale que M. Mignon traita en la liant à sa base avec une lanière de gaze antiseptique. Il persista une tumeur grosse comme une olive, qui fut recouverte finalement par un lambeau autoplastique.

M. Picqué, à propos de cette observation, commence par constater que jusqu'à présent les efforts du clinicien pour établir la distinction entre les diverses complications intra-crâniennes des otites sont restées trop souvent infructueux; que les descriptions classiques sont souvent inexactes, et que cela se conçoit, puisque dans bien des cas les diverses complications coexistent. Toutefois, il faut attribuer une valeur réelle à la céphalalgie, au ralentissement du pouls. Le coma brusque implique une intervention immédiate. Quelquefois, enfin, comme chez le malade de M. Mignon, avec un ou plusieurs de ces symptômes, on trouve des signes de localisation, et le diagnostic de l'abcès devient assez simple : mais ces cas sont malheureusement assez rares.

Pour la majorité des cas, ceux où le diagnostic est ambigu, les déterminations thérapeutiques deviennent assez difficiles à prendre.

Un premier point à bien retenir est que chez ces sujets on trouve très souvent des collections péripétreuses, dont l'importance pratique a été bien mise en relief par Hoffman, Hessler, Picqué et Février, A. Broca. Quoi qu'on en ait dit, elles sont plus fréquentes que les véritables abcès encéphaliques, avec lesquels, en outre, elles coexistent : or, elles échappent aux procédés de trépanation classiquement recommandés pour aborder les abcès cérébraux. Aussi faut-il, avant tout, les chercher et ne pas, comme autrefois, les découvrir seulement par hasard. C'est pour cela que l'on doit adopter, avec Wheeler, la voie mastoïdienne, pour être sûr de ne pas laisser stagner de pus entre la dure-mère et le rocher.

Mais convient-il d'aller toujours jusqu'à l'intérieur du crâne, et même jusqu'à l'exploration du cerveau, dès qu'une otite moyenne, avec ou sans mastoïdite, s'accompagne de douleur et de fièvre? MM. Picqué et Février l'ont soutenu. Mais M. A. Broca a tout récemment consacré un mémoire à l'étude de cette question : pour lui, non seulement après la trépanation de l'apophyse et de la caisse on voit presque toujours tomber douleur et fièvre, mais même quelquefois des accidents cérébraux assez graves. Aussi donne-t-il pour précepte, pour les cas où le diagnostic de l'abcès cérébral n'est pas ferme, de s'en tenir d'abord au drainage de l'oreille moyenne, et de n'entrer dans le crâne que s'il n'y a pas cessation des symptômes au bout de 24 à 48 heures. M. Picqué, revenant sur sa première opinion, se rallie à cette manière de voir, et ne conseille plus la trépanation crânienne immédiate que s'il existe des signes de localisation

D'autre part, pour M. A. Broca, la voie mastoïdienne qu'on a ouverte suffit pour explorer le cerveau. Ici, M. Picqué maintient les conclusions de son mémoire antérieur, et croit que mieux vaut faire une seconde trépanation, au-dessus du conduit auditif externe. Il ajoute enfin, que, même si on ouvre d'emblée le cerveau, il faut trépaner également l'apophyse.

M. Berger constate que M. Picqué a notablement modifié sa première manière de voir, et il pense, comme lui, qu'il faut se rallier aux conclusions de A. Broca, pour les cas à diagnostic obscur, qui sont les plus nombreux. Si on ne trouve pas de lésions osseuses conduisant de proche en proche jusque dans le crâne, il faut s'arrêter, et presque toujours cela suffit pour faire tomber les symptômes alarmants : M. Berger confirme à cet égard ce que M. Broca a constaté dans sa pratique si étendue. Dans un cas seulement, il a méconnu, par manque de détermination peut-être, un abcès cérébral. Dans un cas, en poursuivant le mal de proche en proche, M. Berger a enlevé un séquestre comprenant à peu près tout le rocher; le malade est mort tuberculeux environ 2 mois après. Quand il y a une localisation cérébrale positive, il faut également s'attaquer d'abord au foyer initial, c'est-à-dire à l'oreille, et on ne fera une trépanation isolée que s'il faut, sans cela, trop agrandir la brèche primitive.

M. Berger a observé deux encéphalocèles traumatiques, et la cicatrisation a été obtenue sans intervention.

M. Routier a opéré une femme de 42 ans, atteinte d'otite moyenne suppurée depuis l'âge de 12 ans, et qui fut prise, 8 à 10 jours avant d'entrer à l'hôpital, de céphalalgie vive. Il trépana l'apophyse, et pendant 2 jours, le malade alla bien. Puis au 4e jour, elle présenta une température de 40° avec un peu d'hébétude qui persista le lendemain, et M. Routier, craignant un abcès cérébral, trépana au-dessus du conduit auditif ; mais il ne trouva rien dans le cerveau, et il était fort inquiet lorsqu'un jour on trouva dans le pansement une quantité notable de pus, venant on ne sait d'où, et la fièvre cessa définitivement.

M. Lucas Championnière se joint à M. Berger pour approuver M. Picqué d'avoir modifié ses premières conclusions.

M. Schwartz de même. Il cite en outre un cas dans lequel, le sujet ayant succombé, on trouva à l'autopsie une méningo-myélite suppurée de la région lombaire.

M. Chaput présente un malade opéré de rhinoplastie à tuteur métallique pour syphilis héréditaire.

M. Monnier lit une observation de gastrostomie.

M. Picqué présente une malade à laquelle il a fait, pour tuberculose rénale, la néphrotomie, puis la néphrectomie.

M. Broca montre un sarcome de la gaine du long péronier latéral à la plante du pied.

A. Broca.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 23 *décembre* 1894.

Présidence de M. Guignard.

Toxicité urinaire chez les cancéreux.

M. Gautier a examiné la toxicité des urines chez 17 cancéreux dont les reins et le tube digestif fonctionnaient normalement et qui ne présentaient pas de phénomènes de cachexie. L'étude a été faite d'après le procédé du professeur Bouchard et comparativement avec la toxicité urinaire chez des individus porteurs de tumeurs bénignes. Les recherches en question ont amené l'auteur aux conclusions suivantes :

1° La toxicité urinaire est élevée chez les cancéreux; le coefficient uro-toxique est chez eux de 0.6 environ au lieu de 0.27 que l'on trouve à l'état normal. L'augmentation de la toxicité urinaire s'accompagne d'une diminution de l'excrétion journalière d'urée.

2° Après l'ablation de la tumeur cancéreuse, la toxicité urinaire et l'excrétion d'urée redeviennent normales.

3° Chez les individus porteurs de tumeurs non cancéreuses, la toxicité urinaire et l'élimination d'urée restent normales.

La dégénérescence rétrograde.

M. Durante rapporte l'observation d'un individu qui a succombé à une hémorrhagie de la couche optique. A l'autopsie on trouva une dégénérescence des cordons postérieurs, très intense au niveau du bulbe où elle intéressait les deux

cordons de Goll, et allant en diminuant d'intensité de haut en bas. Comme les racines postérieures et le faisceau de Burdach étaient intacts, M. Durante admet qu'il s'agissait dans ce cas d'une dégénérescence descendante des cordons postérieurs consécutivement à un foyer cérébral.

Tuberculose hépatique.

M. Pilliet revient sur la question de la dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, que M. Gilbert a dit n'avoir pas trouvée chez les oiseaux tuberculeux. M. Pilliet fait observer que ce fait est d'autant plus curieux qu'à l'état normal les cellules hépatiques renferment chez les oiseaux une forte proportion de graisse.

D'un autre côté, on peut se demander par quel mécanisme la tuberculose et plus spécialement la broncho-pneumonie tuberculeuse amène l'adipose du foie chez l'homme? M. Pilliet admet que dans le foie tuberculeux de l'homme il faut distinguer : 1° la cirrhose tuberculeuse graisseuse et 2° la stéatose due à la diminution du champ respiratoire par le fait de la broncho-pneumonie.

Ectasie des canalicules biliaires chez un nouveau-né, coïncidant avec une dégénérescence kystique des reins.

MM. Bar et **Renou** ont eu l'occasion d'observer chez un nouveau-né, non monstrueux, mort onze jours après sa naissance, une dégénérescence kystique du foie et des reins. Ces lésions, bien connues aujourd'hui, ont présenté sur le foie, dans leur cas, des particularités très intéressantes.

Cet organe n'offrait aucun kyste visible à l'œil nu, ni sur sa surface, ni à la coupe. A l'examen histologique, il existait des ectasies très multiples des canalicules biliaires, de dimensions variables, de forme irrégulière et tourmentée, mais toutes constituées sur le même type. Au centre, une masse biliaire colorée en jaune par l'acide picrique, à la périphérie, une couche, rarement plusieurs, d'épithélium cubique, et autour de celle-ci une zone de tissu embryonnaire fibreux d'autant plus abondante que l'ectasie était plus grande.

MM. Bar et Renou pensent avoir pu saisir ainsi, à la période d'ectasies simples, le premier stade de la dégénérescence kystique du foie.

M. Gley remet une note sur les effets toxiques des extraits thyroïdiens.

M. Contejean présente plusieurs tracés de contraction du cœur, pris à l'aide de la pince cardio-myographe.

M. Féré dépose : 1° une note sur l'épilepsie hémiplégique chez l'oiseau ; 2° une note sur la ressemblance pathologique chez les jumeaux.

M. Dissart fait une étude sur l'influence du cœur sur la résistance à l'asphyxie dans l'eau bouillie et le vide.

MM. Guignard et **Sauvageot** décrivent un microbe chromogène qui forme des cristaux basiques verts dans les milieux incolores.

M. Azoulay décrit un procédé de coloration des coupes par la méthode de Golgi.

R. Romme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 *décembre* 1894.

Présidence de M. Ferrand.

Deux cas de sclérose cérébrale d'origine grippale.

M. Rendu. — Je viens d'observer deux cas complexes d'affection du système nerveux qui m'ont paru, à n'en pas douter, imputables à l'infection grippale. Dans le premier, il s'agit très certainement d'une sclérose en plaques disséminées dont le diagnostic est resté longtemps hésitant et difficile; dans l'autre, la lésion, plus circonscrite et bornée exclusivement à la zone motrice de l'encéphale, appartient très vraisemblablement aussi au groupe des scléroses cérébrales. C'est donc une contribution à l'origine infectieuse des scléroses cérébro-spinales que je présente.

Un homme de 33 ans, qui avait eu la grippe au mois de mars 1893, fut pris, quelque temps après, d'une hémiplégie dont la nature m'avait tout d'abord surpris. Elle portait exclusivement sur la motilité et ne pouvait être rattachée ni à la syphilis, ni à l'hystérie. Les accidents n'en guérirent pas moins d'une façon complète. Au mois de décembre de la même année, survinrent des troubles fonctionnels ressemblant à de l'ataxie cérébelleuse. A la fin de décembre, il se manifesta de la torpeur intellectuelle avec déchéance manifeste. M. Raymond, alors consulté, pensa qu'il s'agissait de troubles neurasthéniques.

En mai, on pouvait penser à des accidents hystériques avec astasie-abasie, à cause des troubles fonctionnels nerveux qui s'étaient manifestés. Mais bientôt après les réflexes tendineux présentèrent une augmentation marquée, ce qui fit penser à l'éclosion d'une sclérose en plaques. En septembre, il y eut une crise d'aspect apoplectiforme. Aujourd'hui, le tremblement a apparu et le diagnostic n'est plus douteux.

Dans une seconde observation, c'est à la suite d'accidents multiples, probablement dus à la grippe, que l'on vit la maladie se constituer. Il s'agissait d'une jeune malade de 3 ans qui en février 1894 avait eu une grippe d'allures sérieuses. Le 20 mars, les accidents reparaissent avec fièvre continue; les ganglions du cou étaient douloureux et gonflés. Des crises convulsives apparurent alors unilatérales et presque quotidiennes. On dut alors penser à l'origine tuberculeuse de l'affection et à l'existence d'une méningite. Aujourd'hui, la guérison paraît complète, mais il a persisté des troubles nerveux caractérisés par de la parésie du côté atteint, avec exagération des réflexes. Dans ces cas, il est vraisemblable qu'il s'est agi simplement d'une sclérose cérébrale localisée.

M. Galliard a vu à l'hôpital Saint-Louis un malade qui à la suite du choléra, contracté en 1893, eut du tremblement, puis un ensemble de symptômes qui rappelaient la sclérose en plaques.

M. Rendu. — La difficulté réside dans ce fait que, à son début, la sclérose en plaques est d'un diagnostic souvent délicat.

M. Marie. — J'ai, dans mon mémoire, considéré la sclérose en plaques comme fréquente chez l'enfant. Depuis ce temps, je n'en ai pas observé à nouveau ; les réflexions que j'ai faites depuis me portent à penser qu'il devait s'agir dans ces cas de scléroses cérébrales.

Abcès aréolaire du foie.

M. Œttinger lit une observation d'abcès aréolaire du foie. La maladie a débuté d'une façon aiguë, et l'évolution en a été rapide.

Anatomiquement, c'était bien un abcès aréolaire, mais de dimensions considérables Le pus était tout à fait semblable à la sécrétion purulente du coryza à la période de maturité. L'examen histologique a montré de véritables embolies microbiennes dans les capillaires intra-lobulaires. Ces micro-organismes étaient des streptocoques. Les voies biliaires étaient libres ainsi que les veines sus-hépatiques, ce qui est contraire aux faits observés par MM. Chauffard, Achard, Achalme et Claisse.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 21 *décembre* 1894.

Lithiase biliaire. Cholécystectomie.

M. Mauclaire présente un foie qu'il a trouvé à l'Ecole pratique et sur lequel on constate, en plus d'un lobe aberrant, une sorte de magma cicatriciel formé aux dépens du péritoine et des vestiges de la vésicule biliaire. Il existait deux calculs du volume d'une noisette dans le canal cystique. En admettant que, pendant la vie, des symptômes aient importuné le malade, peut-être aurait-on pu intervenir en extrayant le calcul.

M. Broca. — Dans le cas que vient de décrire M. Mauclaire, rien ne démontre que pendant la vie il y ait eu des symptômes indiquant une intervention chirurgicale, mais si on avait eu à opérer, je crois que le but à poursuivre eût été

la cholécystectomie, et non l'incision simple du canal cystique, laquelle n'eût été qu'un pis aller si on n'eût pas pu libérer les adhérences. C'est en effet un de ces cas de lithiase limité au système diverticulaire de la vésicule et où l'existence, que ne menace pas la rétention biliaire, peut être rendue très pénible par des douleurs internes et répétées. Dans ce cas, on doit chercher à supprimer à la fois le calcul et ce qui le fabrique : j'ai obtenu ainsi trois résultats aussi bons définitivement qu'immédiatement et que j'ai publiés il y a quelques mois dans la *Gazette hebdomadaire*.

Dans ce cas, comme dans ceux du même genre que j'ai vu opérer par mon maître M. Terrier, la vésicule était dilatée, à un degré variable, contrairement à ce qu'on a coutume d'observer dans l'occlusion calculeuse du cholédoque. Il est possible que ce soit seulement parce qu'après cette atrophie limitée au système diverticulaire les calculs du canal cystique restent assez silencieux pour ne pas provoquer l'intervention opératoire.

Sarcome de la queue du pancréas.

M. Blind a observé un malade entré à l'hôpital pour un ramollissement cérébral avec symptômes de paralysie faciale. La mort survint rapidement dans le coma. On trouva à l'autopsie, en plus des lésions du ramollissement siégeant dans le lobe occipital, une tumeur située dans l'hypochondre gauche dependant de la queue du pancréas, et affectant des rapports avec les organes voisins. Il existait quelques noyaux dans le foie : le canal cholédoque était perméable; l'urine examinée après la mort ne contenait pas de sucre; les reins étaient petits et granuleux. Il y avait quelques noyaux sur la vessie, le mésentère et le péritoine de la cavité de Douglas. Les pièces histologiques montrent qu'il s'agissait de sarcome à cellules géantes.

Tumeur du nerf médian.

M. Claude présente une tumeur du poids de 200 gr. enlevée à l'avant-bras d'une femme de 50 ans, et datant de 13 ans, sans cause connue. Cette tumeur occasionnait de violentes douleurs dans tout le membre supérieur, mais, quoique dépendant nettement du nerf médian, on n'avait trouvé aucun phénomène d'anesthésie à la main.

Après l'ablation, qui se termina par la résection des deux bouts du nerfs médian qui s'éparpillaient dans la tumeur, il y eut anesthésie du territoire du médian à la main : la sensibilité reparut le cinquième jour. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un fibro-myxome.

Abcès de l'espace maxillo-pharyngien. Ulcération de la carotide interne. Considérations sur le développement de l'oreille externe.

M. Meslay rapporte l'observation détaillée d'un enfant soigné à Trousseau, par M. Sevestre, pour une amygdalite aiguë et qui fit un abcès latéro-pharyngien consécutif. Après une otorrhagie légère, on examina le fond de l'oreille et on ne trouva rien d'anormal du côté du tympan. Une seconde otorrhagie s'accompagne d'épistaxis, puis d'hématémèses abondantes. En pressant à l'angle de mâchoire on faisait sourdre quelques gouttes de pus dans le conduit auditif externe : la membrane du tympan était toujours intacte.

M. Broca incisa la région sushyoïdienne latérale, tomba sur une cavité remplie de pus et surtout de caillots, fit la ligature de la carotide interne. Mais l'enfant mourut en syncope peu après l'opération, l'hémorrhagie ne s'étant pas arrêtée. L'autopsie montra qu'on avait bien lié le vaisseau ulcéré, mais que le sang était venu par la partie supérieure à l'ulcération. La poche abcédée s'ouvrait dans le pharynx près du voile du palais. Un stylet pouvait passer de l'abcès dans le conduit auditif externe sans que le tympan fût intéressé.

M. Broca. — Le fait que vient de présenter M. Meslay est intéressant à deux points de vue, pour l'histoire des phlegmons péripharyngiens avec ulcération vasculaire et pour celle, aussi, des abcès péripharyngiens ouverts dans le conduit auditif externe.

L'ulcération qui a causé la mort portait, comme on pouvait le prévoir, sur la carotide interne : je désire insister sur la continuation de l'hémorrhagie par le bout supérieur après que j'ai eu lié la carotide interne.

Quant à l'ouverture de l'abcès dans le conduit auditif externe, en avant du tympan conservé, j'avais déjà observé un cas semblable chez un enfant qui a guéri; c'est pour cela que j'ai engagé M. Mayet à faire sur ce point des recherches dont il va vous entretenir.

J'ai opéré un autre malade chez lequel la pression sur un abcès latéropharyngien faisait sourdre par le conduit une quantité considérable de pus. Mais chez ce sujet, qui a également succombé à une hémorrhagie par la carotide interne, il y avait otite moyenne suppurée, avec perforation du tympan et ostéite du rocher dont la pointe dénudée baignait dans le pus de l'abcès péripharyngien.

M. Mayet a repris l'étude du développement du conduit auditif externe et de l'os tympanal. Après avoir montré la part que chacun des trois points primitifs prend à la formation du conduit, il conclut que les deux points principaux, antérieur et postérieur, en allant au-devant l'un de l'autre, laissent pendant quelques années une solution de continuité à la partie antérieure du cercle tympanal. Ce serait par ce point que le pus des abcès latéro-pharyngiens sourdrait dans l'oreille externe au devant de la membrane du tympan et sans l'intéresser. Ces otorrhées sont donc bien à séparer de celles qui proviennent de la caisse.

Anévrysme de l'aorte.

M. Halipré rapporte l'observation d'un homme bien portant jusqu'en septembre, qui subitement présenta trois crises de suffocation dans les trois mois et à un mois d'intervalle et chez lequel on ne constata à l'hôpital aucun symptôme de voussure thoracique : cependant la petitesse du pouls radial, le retard du pouls carotidien, la voix dysphonique avec tirage firent songer à une ectasie aortique. Le malade mourut dans un quatrième accès de suffocation, malgré une trachéotomie faite d'urgence.

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un anévrysme développé surtout en arrière de la crosse aortique, ayant repoussé l'œsophage et ayant entamé les corps des premières vertèbres dorsales. Le cœur présentait de l'insuffisance aortique. L'artère sous-clavière était obturée et l'orifice de l'artère carotide primitive était disposé en bec de flûte. Enfin, le nerf récurrent gauche était en dégénérescence wallérienne, ce qui peut expliquer les phénomènes bulbaires qui ont amené la mort du malade.

Cystotomie sus-pubienne : canaux sus-pubiens consécutifs.

M. Pasteau rapporte l'observation de deux malades pour lesquels M. Lejars fit une cystotomie sus-pubienne. Dans un premier cas, il s'agissait d'un vieillard de 81 ans, entré à l'hôpital avec des urines purulentes, dont l'état général défendait toute intervention sous le chloroforme. On se contenta avec un gros trocart de ponctionner la vessie et de laisser un drain à demeure. Il y eut amélioration à la suite des lavages et cet état persista 15 mois : la malade retenait ses urines pendant 4 heures. La mort survint par ramollissement cérébral. Les reins étaient petits et scléreux; la vessie était de volume normal.

L'état du deuxième malade était moins grave à son entrée à l'hôpital. On put lui faire une cystotomie d'après le procédé de M. Poncet. On retira quelques calculs, puis on amena la muqueuse de la vessie à la peau.

M. Pasteau présente les canaux sus-pubiens consécutifs à ces deux interventions : il montre leur trajet oblique ascendant, leur forme en entonnoirs opposés par leur petite extrémité, leur longueur variable, leurs rapports avec les muscles grands droits de l'abdomen et la sangle de soutien formée par ces muscles, enfin il expose leur structure cellulo-fibreuse, sans fibre musculaire et recouverts par un épithélium identique à celui de la vessie.

Pleurésie fœtale.

M. Perregaux montre le thorax d'un enfant de 2 mois, né après 8 mois de vie intra-utérine, qu'on éleva à la couveuse. Cet enfant fut pris, un mois après sa naissance, de suffocation, d'algidité, puis d'autres crises survinrent et l'enfant mourut de dyspnée.

On trouva à l'autopsie que le cœur, fortement déjeté à droite, avait sa pointe en rapport avec le 6e espace droit. Le poumon gauche, très développé, dépassait le sternum à droite.

Il existait des adhérences multiples de la plèvre droite et le poumon droit n'existait qu'à l'état de vestige, avec ses deux scissures interlobaires, appendu à un long cordon qui longeait la colonne vertébrale.

Kyste épidermique.

M. Pilliet présente deux cas de kystes épidermiques d'origine traumatique. Ces tumeurs, dont le développement a été étudié par M. Masse, de Bordeaux, siègent le plus souvent à la main et aux doigts qui sont le plus exposés aux traumatismes. Dans un cas le siège était le front, dans l'autre la poitrine. Ce dernier avait suppuré, s'était ouvert et, la guérison n'arrivant pas, on avait pensé à une gomme tuberculeuse. Les deux tumeurs ont été extirpées par M. Tillaux.

G. Dagron.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 décembre 1894.

Présidence de M. Lœwy.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur chez le kanguroo.

MM. Lannelongue et Achard. — Au printemps de l'année 1892, une maladie particulière sévissait sur les kanguroos du Muséum; ces animaux présentaient des abcès des mâchoires, l'alimentation devenait pour eux impossible et ils mouraient dans le marasme. M. le professeur Alph. Milne-Edwards voulut bien nous charger d'étudier la microbiologie de cette affection : grâce à son obligeance, nous avons pu pratiquer l'autopsie d'un kanguroo femelle, sujet de grande taille, mort dans la nuit du 3 au 4 juin 1894.

Cet animal présentait à la région sous-maxillaire, du côté gauche, un abcès fluctuant, contenant un pus sanieux, mélangé de grumeaux caséeux et grisâtres; les ganglions de la chaîne parotidienne étaient tuméfiés et suppurés. En disséquant le foyer purulent, nous trouvâmes le corps de la mâchoire inférieure gauche complètement divisé, un peu en avant du trou mentonnier, en deux fragments baignant dans le pus. Le fragment antérieur, friable, laissait voir à nu la longue racine, elle-même nécrosée, de la grande incisive de ce côté. Le fragment postérieur montrait en avant un séquestre adhérent, parfaitement lisse et dénudé, à bord antérieur net, figurant une ligne avec quelques brisures et tout à fait semblable à un séquestre d'ostéomyélite humaine. En arrière de ce séquestre, le maxillaire formait un petit bourrelet d'hyperostose. Les autres régions et les viscères ne présentaient aucun foyer de suppuration.

Des ensemencements furent faits avec le pus de l'abcès, de l'infiltration œdémateuse et des ganglions, ainsi qu'avec le sang du cœur : des inoculations furent pratiquées dans le péritoine de divers animaux (souris, cobayes, lapins, pigeons) avec le pus et les parois de l'abcès. Les ensemencements faits avec le sang demeurèrent stériles; les autres donnèrent, en cultures pures et mélangées, un microbe particulier que nous allons décrire; des cultures pures furent obtenues notamment avec le pus des ganglions. Enfin les animaux inoculés succombèrent en un ou deux jours et le sang puisé dans leur cœur fournit aussi des cultures pures de ce même microbe.

Ce microbe se présente sous l'aspect d'un fin microcoque; il est généralement accouplé en diplocoque lorsqu'on l'observe dans le pus; nous ne l'avons jamais vu former de véritables chaînettes; souvent il est groupé en amas épais lorsqu'on l'examine dans les cultures. Il est dépourvu de capsule et se colore par la méthode de Gram.

Ses cultures sur la gélose ont un aspect un peu variable. Souvent elles forment, au début, de petits points plus ou moins confluents; les petites colonies sont très cohérentes, mais elles adhèrent à peine à la gélose. Parfois, dès le débu , la culture forme une traînée mince, demi-transparente et brillante; plus tard les colonies s'épaississent un peu, restant plus minces sur les bords qui offrent souvent plusieurs zones disposées en cocarde. En vieillissant, les cultures deviennent très adhérentes à la gélose.

Sur gélatine, par piqûre, les cultures se développent lentement et seulement au-dessus de 20°.

Dans le bouillon, la culture ne donne lieu, au bout de vingt-quatre heures, qu'à un léger trouble. Puis ce trouble augmente, une pellicule blanche, plus ou moins épaisse, se forme à la surface. Plus tard se produit un dépôt épais et visqueux, blanc grisâtre, qui, par l'agitation, s'élève du fond du vase en formant un tourbillon consistant, difficile à fragmenter.

Les effets pathogènes obtenus par l'inoculation des bouillons de culture ont été variables.

Sous la peau du cobaye, l'injection de 1 cc. à 1 cc. 5 n'a jamais provoqué d'abcès ni de phlegmon.

Dans le péritoine du cobaye et du lapin, l'inoculation produit une péritonite suppurée rapidement mortelle : 5 gouttes de cultures virulentes suffisaient à amener la mort en moins de quinze heures.

L'inoculation intra-veineuse chez le lapin produit la septicémie, sans abcès, ou bien provoque la formation de foyers de suppuration plus ou moins nombreux, ou enfin détermine des troubles passagers n'entraînant pas la mort. Chez les animaux qui succombent, on trouve le microbe à l'état de pureté dans le pus des abcès, dans le sang du cœur et parfois aussi dans l'urine.

Chez deux lapins, qui ont succombé, l'inoculation intraveineuse avait donné lieu à la formation d'arthrites suppurées multiples. Chez un troisième, une arthrite radio-carpienne se développa, avec gonflement et fluctuation, l'animal maigrit considérablement, puis fut pris, au vingtième jour, d'une paraplégie transitoire qui disparut au bout de quatre jours; enfin l'arthrite se résorba, le poids remonta et l'animal est encore actuellement vivant et bien portant, après vingt et un mois. Cette expérience nous paraît particulièrement intéressante, car, outre la coexistence d'accidents infectieux variés, elle offre un exemple d'une sorte de pseudo-rhumatisme mono-articulaire, avec épanchement spontanément résorbable et provoqué par une infection générale. Jamais, par l'inoculation intra-veineuse, nous n'avons produit d'ostéomyélite suppurée, bien que ce microbe fît du pus en différents tissus et bien qu'un certain nombre de nos animaux fussent jeunes et en pleine période de croissance. Mais nous avons pu provoquer la suppuration de la moelle osseuse par une inoculation locale, en introduisant dans l'os, après trépanation, de petits fragments de moelle de sureau imbibés de cultures. Dans un cas notamment, l'os s'étant brisé pendant la trépanation, le foyer de la fracture se transforma en un volumineux abcès.

Ajoutons que les températures élevées lui font perdre sa virulence. Ainsi à 46° il pousse encore dans le bouillon avec une certaine abondance, quoique plus lentement qu'à 37°, mais ses cultures sont inoffensives. Enfin les inoculations non mortelles ne nous ont paru conférer aucune immunité.

En résumé, le microbe que nous venons d'étudier est un microcoque pyogène, qu'on ne peut identifier complètement avec les microcoques pyogènes vulgaires. Il se rapproche du streptocoque par certains caractères de culture, mais il ne forme pas de chaînettes, pousse plus largement sur la gélose, donne un dépôt plus épais et plus visqueux dans le bouillon qu'il trouble d'ordinaire uniformément. Enfin, il n'a pas produit d'ostéomyélites dans les conditions où le streptocoque pyogène en détermine. Toutefois, il faut reconnaître que l'ostéomyélite du kanguroo présentait bien certains traits des ostéomyélites à streptocoques observées en pathologie humaine, et notamment la diffusion de la suppuration, l'atteinte marquée du système lymphatique. Par plusieurs caractères, ce micro-organisme se rapproche aussi d'un microbe trouvé par Weschselbaum dans une endocardite humaine et décrit par lui sous le nom de *Micrococcus endocarditis rugatus*; mais ce dernier microbe poussait sur la pomme de terre, contrairement au nôtre; de plus, l'auteur allemand le compare pour l'aspect et les dimensions aux staphylocoques, alors que notre microcoque se présentait en grains plus petits.

Une particularité qui mérite d'être signalée consiste dans les variations des aptitudes pathogènes de ce microcoque pendant les vingt mois durant lesquels nous avons pu poursuivre sa culture. Au début, injecté dans le sang, il tuait facilement par septicémie; à une certaine époque, il provoquait des arthrites : les trois lapins chez lesquels nous avons décrit ces accidents ont été inoculés du 18 au 27 juillet 1892; puis, malgré de nombreuses tentatives, nous n'avons pu reproduire ces arthrites; plus tard, dans les derniers mois,

il avait perdu sa virulence et ne déterminait plus aucun phénomène morbide, même lorsqu'on l'inoculait dans le péritoine du cobaye.

Un dernier point doit être discuté. Quel a été le rôle de ce microbe dans la maladie des kanguroos? Tout d'abord, il est évident que nous ne sommes pas en droit de conclure de nos recherches qu'il ait été l'agent pathogène et spécifique de cette petite épizootie, puisque l'examen microbiologique n'a porté que sur un seul cas. D'autre part, il y avait dans le foyer purulent, chez l'animal examiné, des microbes nombreux, puisque ce foyer communiquait avec la bouche. On peut toutefois accepter comme vraisemblable que ce microbe ait joué un rôle important dans le développement de l'ostéomyélite du maxillaire, étant donné qu'il était pyogène, qu'il se trouvait dans le pus du foyer, qu'il se trouvait même à l'état de pureté au voisinage du foyer principal, dans les ganglions. Il est très probable encore, vu l'absence de toute lésion viscérale, qu'il avait pénétré dans l'os non par la voie sanguine, mais par la voie buccale, et sans doute par l'intermédiaire du tissu lâche qui unit à l'alvéole la longue racine de l'incisive dont l'extrémité nécrosée plongeait dans le foyer ostéomyélitique. C'est aussi, d'ailleurs, d'une origine dentaire que semblent procéder, dans la pathologie humaine, la plupart des ostéomyélites de la mâchoire inférieure.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

Séance du 12 novembre 1894.

Absorption cutanée de l'acide salicylique.

M. Destot. — Si l'on fait plusieurs séances de cataphorèse avec le chlorure de lithium, la peau ne tarde pas à se charger de sels, les glandes sont gorgées et leur capacité physiologique d'absorption se trouvant dépassée, les sels de lithium deviennent irritants et produisent un véritable érythème, que l'auteur a déjà signalé; cela tient à ce que la résorption par les vaisseaux ne contrebalance pas l'apport continuel dû au courant. Dans ces conditions, si l'on a soin de frictionner la peau avec une pommade à l'acide salicylique, l'érythème disparaît; d'autre part, si l'on fait, concomitamment, les séances de cataphorèse avec le lithium et les onctions salicyliques, l'érythème ne se produit pas. Enfin, le fait capital de la cataphorèse du lithium consiste en ce que ce métal n'apparaît que vingt-quatre heures après la séance d'électrisation; si, dans ces cas, on fait suivre l'application du courant d'une onction salicylique, on retrouve, dans les urines, l'acide salicylique et le lithium au bout de deux heures en moyenne. L'acide a donc servi de véhicule à la lithine et a favorisé son absorption.

Si l'on fait une pommade au salicylate de lithium, on n'observe pas les mêmes phénomènes; avec le salicylate de soude on ne trouve rien non plus dans les urines.

La nature des excipients a une grande importance; les deux formules qui donnent les meilleurs résultats sont :

1° La formule de Bourget et de Lausanne :

Axonge	100 gr.
Lanoline	10 »
Essence de térébenthine	10 »
Acide salicylique	10 »

2° La formule suivante :

Huile de ricin	100 gr.
Chloroforme	10 »
Lanoline	10 »
Acide salicylique	10 »

Dans la formule de Bourget, on observe l'acide salicylique 1 heure après l'onction dans les urines.

Dans la formule contenant du chloroforme, l'absorption est encore plus rapide : au bout de 20 à 30 minutes, la coloration apparaît. Dans les pommades, contenant, soit de la vaseline, de l'huile, de l'axonge pure, l'absorption est beaucoup plus lente. Il en est de même avec des pommades à la salive, au jaune d'œuf, etc., contenant toutes 10 0/0 d'acide. Avec la lanoline pure, on n'a pas eu d'absorption, il semble que cette dernière substance fasse un vernis, empêchant l'entrée du médicament, fait déjà signalé par Aubert et par M. Guimard, en 1890.

Les mélanges de toutes ces substances soit deux à deux, soit en mélange complexe, ne donnent pas de meilleurs résultats.

Il semble donc que la présence de l'essence de térébenthine et du chloroforme détermine une absorption plus rapide; est-ce par les vapeurs qu'elles produisent, ou ont-elles un pouvoir kératolytique particulier, il est difficile de le dire; quant à l'acide salicylique, son action sur les couches épidermiques est bien connue; c'est lui qui sert de base aux coricides et, dans la fabrique de M. Schlumberger, les ouvriers qui manipulent cette substance ont les mains tellement attaquées qu'ils s'amusent à dissimuler des pièces de monnaie sous la couche de peau desquamée.

M. Souler croit que le chloroforme et l'essence de térébenthine agissent surtout en déterminant un afflux sanguin plus considérable dans les parties recouvertes par la pommade, et que l'acide salicylique agit surtout sur les cellules cornées en fondant leur contenu et permettant ainsi l'absorption.

Quant à la lanoline, jamais l'auteur qui l'a découverte n'a prétendu que cette substance favorisait l'absorption; il croit, en effet, qu'elle forme, en raison de sa viscosité, un vernis empêchant l'absorption; aussi doit-elle toujours être mêlée dans les pommades avec au moins un poids égal d'axonge.

Seance du 19 décembre 1894.

Sclérodermie et iritis.

M. Dor présente, à cause de la rareté du fait, une malade venue le consulter pour une iritis légère et qui est atteinte d'une sclérodermie localisée aux pavillons des deux oreilles.

Les pavillons sont aplatis, déformés, indurés; on constate la perte de la sensibilité.

M. Hassler, à cause de la mobilité de la peau, croit à de la chondrite.

M. Gangolphe a vu un cas très étendu de sclérodermie, sans lésion des pavillons.

M. Poncet est frappé de la symétrie de la lésion, qui a débuté par des démangeaisons.

Il n'y a jamais eu de sécrétion. N'existe-t-il pas d'eczémas chroniques qui simulent l'éléphantiasis? La symétrie de la lésion laisse, en effet, supposer une origine eczémateuse.

M. Aubert a vu trois cas semblables. L'eczéma n'a jamais cette dureté cartilagineuse. Quant à la nature de cette lésion, on n'est pas fixé sur ce point.

M. Lannois croit plutôt à de la chondrite. Les troubles de la sensibilité sont, en effet, peu marqués; de plus, la malade raconte que son oreille est rouge, tendue par moments, comme s'il se faisait de nouvelles poussées de chondrite.

Corps étranger de l'œsophage.

M. Gangolphe met sous les yeux de la Société un caillou du volume d'un petit œuf de poule, enlevé chez un aliéné qui l'avait avalé pour calmer sa soif. Deux jours après, le caillou était arrêté à 21 centim. des arcades dentaires, le malade n'avalait plus.

Il pratiqua l'œsophagotomie externe; le caillou fut très difficile à extraire, l'œsophage était sphacélé. La plaie ne fut pas refermée et une sonde en caoutchouc rouge servit à nourrir le malade. Au bout de 30 jours le malade s'alimenta.

Cette œsophagotomie a été pratiquée il y a 18 mois, et le malade n'a pas de traces de rétrécissement de l'œsophage, malgré la perte de substance due au tissu sphacélé. Ce défaut d'atrésie est le fait capital. Dans les pertes de substance par liquides caustiques, l'atrésie est, au contraire, la règle.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Séance du 3 décembre 1894.

Résection de la hanche.

M. Vincent présente une série de malades réséqués de la hanche parfaitement guéris. M. Vincent insiste fortement sur les soins consécutifs à toute résection de la hanche. Il ne faut pas se contenter de bien surveiller son drainage, de faire des pansements plus ou moins fréquents, il faut encore

poursuivre et détruire, soit par le curettage, soit par la cautérisation (chlorure de zinc, teinture d'iode, créosote, etc.), les trajets fistuleux, les fongosités qui n'ont que trop de tendances à se reformer. Ce n'est que par ce moyen que l'on obtiendra la disparition rapide de tous ces accidents et, partant, la guérison.

De la contagion de la tuberculose par le tube digestif.

M. Cadéac. — La contagion par ingestion des matières bacillifères est généralement admise. Cependant, il est démontré que les matières tuberculeuses peuvent traverser le tube digestif sans grand danger.

M. Cadéac a fait de nouvelles expériences sur ce mode de contagion et il a fait porter ses recherches sur la première partie du tube digestif. Il a pris des granulations où la présence de bacilles en grand nombre était nettement démontrée et il a fait les expériences suivantes :

1re série. M. Cadéac fait ingérer à 15 cobayes 4 grammes de matière tuberculeuse.

Deux animaux meurent de septicémie au bout de trois jours. Au bout de deux mois, tous les autres étaient morts de tuberculose généralisée.

2e série. 14 cobayes ingèrent 3 gr. de matière tuberculeuse pauvre en bacilles. Tous les animaux vivent deux mois après l'ingestion; mais 10 ont de l'engorgement ganglionnaires, 4 sont indemnes. Quelque temps après, la plupart meurent de tuberculose généralisée.

3e série. 12 cobayes ingèrent 1 gr. de matière tuberculeuse riche en bacilles. La contagion se manifeste assez rapidement. Tous les animaux ont, au bout de quinze jours, de l'engorgement ganglionnaire. Sacrifiés quelque temps après, ils sont tous manifestement tuberculeux.

4e série. On fait seulement ingérer aux cobayes 0 gr. 30 à 0 gr. 40 de matière.

Quatre mois après, 3 sont faiblement tuberculeux, 10 sont indemnes sur les 13 animaux qui ont servi à l'expérience.

De ces faits il résulte que, pour obtenir l'infection tuberculeuse chez le cobaye par le tube digestif, il faut que l'animal ingère au moins 1 gramme de matière bacillifère.

M. Cadéac a recherché ensuite quel était le mécanisme de l'infection, en quel point du tube digestif se faisait l'inoculation. Chauveau et d'autres expérimentateurs ont montré que l'infection se faisait surtout par les plaques de Peyer. Il résulte des expériences de M. Cadéac que chez le cobaye, l'inoculation commence et se fait surtout par la muqueuse bucco-pharyngienne.

En effet, chez tous les animaux qui ingèrent de la matière tuberculeuse, ce sont les ganglions sous-maxillaires qui sont envahis les premiers; les ganglions mésentériques ne sont pris que plus tard. De plus, si on sacrifie un cobaye quelque temps après l'inoculation, on remarque que les ganglions maxillaires commencent déjà à se caséifier, alors que les ganglions mésentériques sont à peine engorgés. L'infection tuberculeuse se fait donc bien, chez le cobaye, par la muqueuse bucco-pharyngienne.

Les ganglions maxillaires ainsi produits ont été inoculés à d'autres cobayes qui sont tous morts de tuberculose généralisée.

La muqueuse rectale est aussi capable d'absorber les produits tuberculeux.

Des cobayes auxquels M. Cadéac a fait prendre des lavements contenant de la matière tuberculeuse sont morts rapidement de généralisation.

M. Cadéac a recherché si les antiseptiques avaient une action sur le développement de la tuberculose. Après avoir fait ingérer à 8 cobayes de la matière tuberculeuse, il leur a administré immédiatement après de l'essence de serpolet au 5e. Au bout de dix jours, 4 cobayes présentaient des signes de tuberculose, les 4 autres étaient indemnes.

M. Roux demande à M. Cadéac s'il a déterminé exactement quelle était la partie de la muqueuse bucco-pharyngienne où se faisait l'inoculation et quel était l'état du tube digestif des animaux au moment de l'expérience.

M. Cadéac croit que l'inoculation se fait au niveau des cryptes amygdaliennes où les aliments séjournent un peu plus. Il ne s'est pas préoccupé de savoir si les animaux soumis à l'ingestion étaient à jeun ou en état de digestion.

Séance du 10 décembre 1894.

Trachéotomie d'urgence dans les accidents graves de l'anesthésie générale.

M. Poncet a eu deux fois l'occasion de pratiquer la trachéotomie chez des opérés en état complet de mort apparente, survenue dans le cours d'une anesthésie avec l'éther. Il a pu, dans les deux cas, rappeler les malades à la vie, alors que tous les autres moyens habituellement conseillés : respiration artificielle méthodiquement pratiquée, flagellations de la face, électrisation, etc., avaient été en vain employés.

Dans une thèse d'un de ses élèves, M. Léon Gerbaux (*De la trachéotomie d'urgence dans les accidents graves de l'anesthésie*), thèse qui doit être soutenue le 18 décembre 1894, se trouvent, en détail, les deux observations auxquelles il vient de faire allusion. D'après M. Gerbaux, les cas dans lesquels on aurait ainsi pratiqué la trachéotomie d'urgence seraient particulièrement rares. On ne trouverait, en effet, dans la littérature chirurgicale, en dehors des deux faits de M. Poncet, qu'une observation parue dans le *British medical Journal* de 1878, appartenant à M. Howse, chirurgien à Guy's Hospital. L'opéré, qui avait été chloroformé, fut également rappelé à la vie, alors que tous les autres moyens avaient également échoué.

Dans le premier cas de M. Poncet, dont l'observation a été recueillie à l'hôpital de la Croix-Rousse, en 1883, par MM. les docteurs Rochet et Leclerc, alors ses internes, il s'agissait d'une trachéotomie pratiquée une heure un quart après la cessation de la respiration et l'arrêt du pouls, pendant une éthérisation, chez une femme anesthésiée pour une dilatation de fissure anale particulièrement douloureuse. L'éthérisation n'avait présenté aucune particularité et, l'opération terminée, la malade, non réveillée, mais chez laquelle la respiration était normale, fut transportée dans la salle Sainte-Catherine. Dix minutes environ après l'opération, on vint prévenir M. Poncet que son opérée ne respirait plus, qu'elle était morte. Il courut immédiatement dans la salle avec ses internes et trouva cette femme qui ressemblait tout à fait à un cadavre, assise dans son lit, la tête penchée sur l'oreiller, ne donnant plus aucun signe de vie.

Par une inadvertance des plus regrettables, les infirmiers qui avaient transporté cette femme à son lit, au lieu de l'étendre horizontalement, la tête basse, l'avaient au contraire haussée, plaçant deux oreillers en arrière. Ainsi se trouvaient malheureusement réunies les conditions les plus favorables à une syncope post anesthésique.

M. Poncet fit immédiatement étendre cette femme sur un brancard au milieu de la salle et, assisté de ses deux internes, il essaya de la ranimer, mais inutilement, par les moyens habituels. C'est alors qu'à bout de ressources, une heure 1/4 après le début des accidents asphyxiques et alors que le pouls avait disparu en même temps que la respiration, il songea tout à coup à pratiquer la trachéotomie.

L'opération fut rapidement exécutée et les manœuvres de la respiration artificielle méthodiquement continuées. Peu d'instants après, plusieurs respirations spontanées incomplètes se produisirent, enfin la vie revint progressivement et la malade put être replacée dans son lit après avoir recouvré ses sens.

La 2e observation de M. Poncet vise une fillette de 14 ans, qui avait été éthérisée pour des cautérisations intra-articulaires, nécessitées par une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou gauche. L'opération était terminée et on procédait à l'application du bandage lorsque la respiration devint stertoreuse, la face cyanosée. Ici encore on employa, mais inutilement, les moyens usuels de rappel à la vie. Voyant l'inutilité de tous ses efforts combinés et des mucosités paraissant encombrer l'arrière-gorge, M. Poncet se hâta de pratiquer la trachéotomie pendant qu'on continuait systématiquement la respiration artificielle. Quelques instants après, trois à quatre minutes au maximum, de petits mouvements respiratoires spontanés se produisaient, des réflexes apparaissaient, la malade était sauvée.

La canule fut enlevée le lendemain de l'opération.

D'après M. Poncet, la trachéotomie agit surtout d'une façon mécanique. Une colonne gazeuse est d'autant plus difficile à mettre en mouvement au travers d'un tube que le tube est plus long d'abord et aussi plus irrégulier, avec des différences de calibre dans ses différentes parties.

Or, dans la respiration, la colonne d'air doit traverser, avant d'arriver aux premières bronches, aux poumons, un long canal coudé, auquel on peut considérer deux parties : la première est lisse, bien calibrée, c'est la trachée; la seconde est irrégulière dans son calibre, la moins directe dans son parcours et elle oppose au courant gazeux une foule d'obstacles qui brisent sa puissance, elle est constituée par les fosses nasales, l'arrière-gorge et le larynx.

La trachéotomie supprime d'un coup la première portion du canal, la portion difficile, et avec elle diminue, et de beaucoup, l'effort à fournir pour faire progresser la colonne d'air nécessaire à la respiration.

Si l'on ajoute que, dans certains cas, il existe un spasme de la glotte, de la constriction des mâchoires, du sang, mais surtout des mucosités qui encombrent les voies respiratoires, on se rend encore mieux compte de l'utilité de cette opération.

Il va sans dire qu'après elle, la respiration artificielle doit être continuée et que l'on devra songer également à l'insufflation directe par la canule de la trachéotomie.

A quel moment faut-il trachéotomiser?

Il est difficile, fait remarquer M. Poncet, de répondre nettement à une telle question; c'est affaire de gravité des accidents, de coup d'œil chirurgical, etc. ; mais il va sans dire qu'on ne saurait trop se hâter, malgré le succès de cette intervention rapportée dans la première observation où l'anesthésiée fut rappelée à la vie plus d'une heure après un état de mort apparente complet. *A priori*, l'opération doit avoir naturellement d'autant plus de chances de réussite qu'elle aurait été pratiquée à un moment plus rapproché de la cessation de tout phénomène vital.

Sans méconnaître la grande utilité des moyens jusqu'à ce jour employés : respiration artificielle, flagellations, tractions rhythmées de la langue suivant le procédé de Laborde, etc., M. Poncet émet cette conclusion : Dans une anesthésie générale avec mort apparente, la trachéotomie peut s'imposer à un moment plus ou moins rapproché de la disparition de la respiration, des battements de cœur. Elle est une ressource de premier ordre, sur laquelle le chirurgien a le droit de compter et à laquelle il doit toujours savoir recourir lorsque les autres moyens ont échoué.

Une anesthésie générale, quel que soit l'agent employé : chloroforme, éther, etc., ne doit être pratiquée qu'en tenant compte de cette éventualité. C'est dire que le chirurgien doit toujours avoir sous la main, dans une opération quelconque exigeant une anesthésie générale, les instruments nécessaires pour une trachéotomie.

M. Rochet a eu, alors qu'il suppléait M. le professeur Ollier, à l'Hôtel-Dieu, l'occasion de faire la trachéotomie dans un cas analogue à ceux signalés par le professeur Poncet qu'il assistait, du reste, à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans sa première trachéotomie. Il s'agissait d'une femme de 70 ans, porteur d'un énorme épithélioma de la face, qui au début de l'opération fut prise d'une syncope.

Tous les moyens ordinaires : *flagellation*, tractions de la langue, respiration artificielle, etc., ne donnant rien au bout d'un quart d'heure, M. Rochet fit la trachéotomie. Une longue canule fut introduite dans la trachée et on continua la respiration artificielle. En même temps on avait adapté à la canule le tube d'un ballon rempli d'oxygène. Au bout de vingt minutes de manœuvres, la malade recouvra ses sens.

Le succès fut complet. La malade guérit très bien et de sa syncope et de son opération.

M. Delore estime que la trachéotomie est parfaitement indiquée dans les cas signalés par MM. Poncet et Rochet. Elle supprime les obstacles mécaniques, quand il en existe; de plus, elle permet de pratiquer l'insufflation pulmonaire qui est le moyen le plus énergique pour ramener à la vie les gens en état de mort apparente.

M. Dron demande si la trachéotomie a été employée dans les cas de mort par submersion. Lors de l'accident qui eut lieu sur la Saône, il y a quelque vingt ans, et dans lequel périrent de nombreuses personnes, un médecin pratiqua plusieurs trachéotomies, mais sans résultat. Dans des cas semblables, cette opération peut-elle être suivie de succès?

M. Poncet est très heureux de voir l'opinion de M. Rochet corroborer la sienne et montrer la nécessité de recourir à la trachéotomie, dans les cas de mort apparente pendant l'anesthésie, comme, du reste, dans toute asphyxie. Cette opération n'est pas grave, car elle s'adresse à un organe sain et il s'agit d'une trachéotomie tout à fait temporaire. La respiration bien rétablie, on pourra enlever la canule plus ou moins promptement. M. Poncet croit qu'il ne faut pas trop attendre pour intervenir. Il ignore les résultats de la trachéotomie chez les noyés.

M. Ollier n'a jamais eu l'occasion de faire la trachéotomie dans des cas semblables à ceux signalés par M. Poncet. Tous ses malades en état de mort apparente pendant l'anesthésie ont pu être rappelés à la vie par les moyens ordinaires. Il signale une méthode de traitement qui lui a donné de bons résultats : c'est une injection d'eau lancée vivement dans les fosses nasales; elle détermine la réapparition rapide des fonctions respiratoires.

M. Dron. — Au dernier Congrès de chirurgie, M. Alphonse Guérin a conseillé de boucher les fosses nasales pendant l'anesthésie au chloroforme. Cet anesthésique ayant une action très vive sur la muqueuse nasale détermine parfois, dès le début de l'anesthésie, un état syncopal. M. Dron demande si cette pratique est suivie par les chirurgiens.

M. Poncet. — L'opinion de M. Guérin est absolument vraie. On voit parfois un malade tomber en syncope dès les premières inhalations de chloroforme. Les travaux de MM. Franck et Laborde ont fait connaître l'action de cet anesthésique sur la muqueuse des fosses nasales. Son action, irritante, peut provoquer des réflexes d'arrêt du côté du cœur et de la respiration. Il me semble que les chirurgiens qui anesthésient avec le chloroforme feront bien de tenir compte des conseils de M. Guérin.

M. Marduel emploie fréquemment le chloroforme, surtout dans l'accouchement. Il n'a jamais fermé les fosses nasales et n'a jamais eu d'accident.

M. Viry a souvent employé ou vu employer le chloroforme sans prendre les précautions conseillées par M. Alphonse Guérin. Il n'a jamais constaté aucun accident.

M. Bron a vu le simple passage d'un flacon de chloroforme sous le nez d'une personne déterminer une syncope assez longue.

M. Poncet. — Les conseils donnés par M. Guérin sont trop récents pour que nous puissions être renseignés par les chirurgiens sur leur valeur. Ils ne visent, du reste, que la syncope primitive ou laryngo-réflexe, *le choc chloroformique initial*, et ils ne sauraient mettre à l'abri des accidents qui surviennent pendant la narcose complète et qui sont les plus fréquents. Les faits signalés ne sont pas assez nombreux pour qu'il soit possible de se faire une opinion. D'ailleurs, les accidents de l'anesthésie au chloroforme arrivent surtout dans le cours de l'anesthésie, et très rarement au début.

M. Grandclément croit que l'obstruction des narines, surtout chez l'enfant, rend la chloroformisation plus rapide et beaucoup moins dangereuse.

Réinfection syphilitique.

M. Aubert, à propos du malade qui a fait le sujet de la communication de M. Eraud, émet quelque doute sur le premier chancre de ce malade et, à ce sujet, il voudrait avoir l'avis de M. Horand. Quant à la gomme suppurée du mollet signalée chez ce malade, il ne croit pas qu'on soit en droit d'en faire une gomme syphilitique.

M. Delore apporte à la Société l'opinion de M. Diday qui dit avoir observé 20 cas de réinfection syphilitique.

M. Dron. — Il y a 30 ou 40 ans cette question eût pu passionner la Société. A cette époque, il y avait deux camps, celui des unicistes et celui des dualistes. M. Diday faisait alors partie du premier camp, mais, en 1862, il avait changé d'avis. Il cite le cas d'un artiste qui, en 1838, contracta une syphilis pour laquelle il fut soigné par M. Ricord. En 1856, se trouvant à Lyon, il consulta M. Diday pour une céphalée excessivement violente. Dans le cours de l'examen, le praticien constata que son malade se trouvait porteur d'un superbe chancre induré. L'iodure eut raison de la céphalée, mais la syphilis suivit son cours et fut particulièrement grave.

G. Masson, *Propriétaire-Gérant*.

Paris. — Soc. anon. de l'Imp. des Arts et Manufactures et DUBUISSON
12, rue Paul-Lelong. — M. Barnagaud imp.